



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

GUÍA CLÍNICA:

Detección y primera respuesta a niños,
niñas y adolescentes víctimas de maltrato
por parte de familiares o cuidadores

Diciembre 2013

unicef



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

GUÍA CLÍNICA:

Detección y primera respuesta a niños,
niñas y adolescentes víctimas de maltrato
por parte de familiares o cuidadores

Diciembre 2013



GUÍA CLÍNICA

Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores

© Ministerio de Salud de Chile

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Todos los derechos reservados.

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

Registro de Propiedad Intelectual: 236.546

ISBN: 978-956-348-048-1

Edición: Carolina Silva Gallinato E. I. R. L.

Diseño: Carlos Bravo Maggi

Impresión:

Santiago, diciembre de 2013

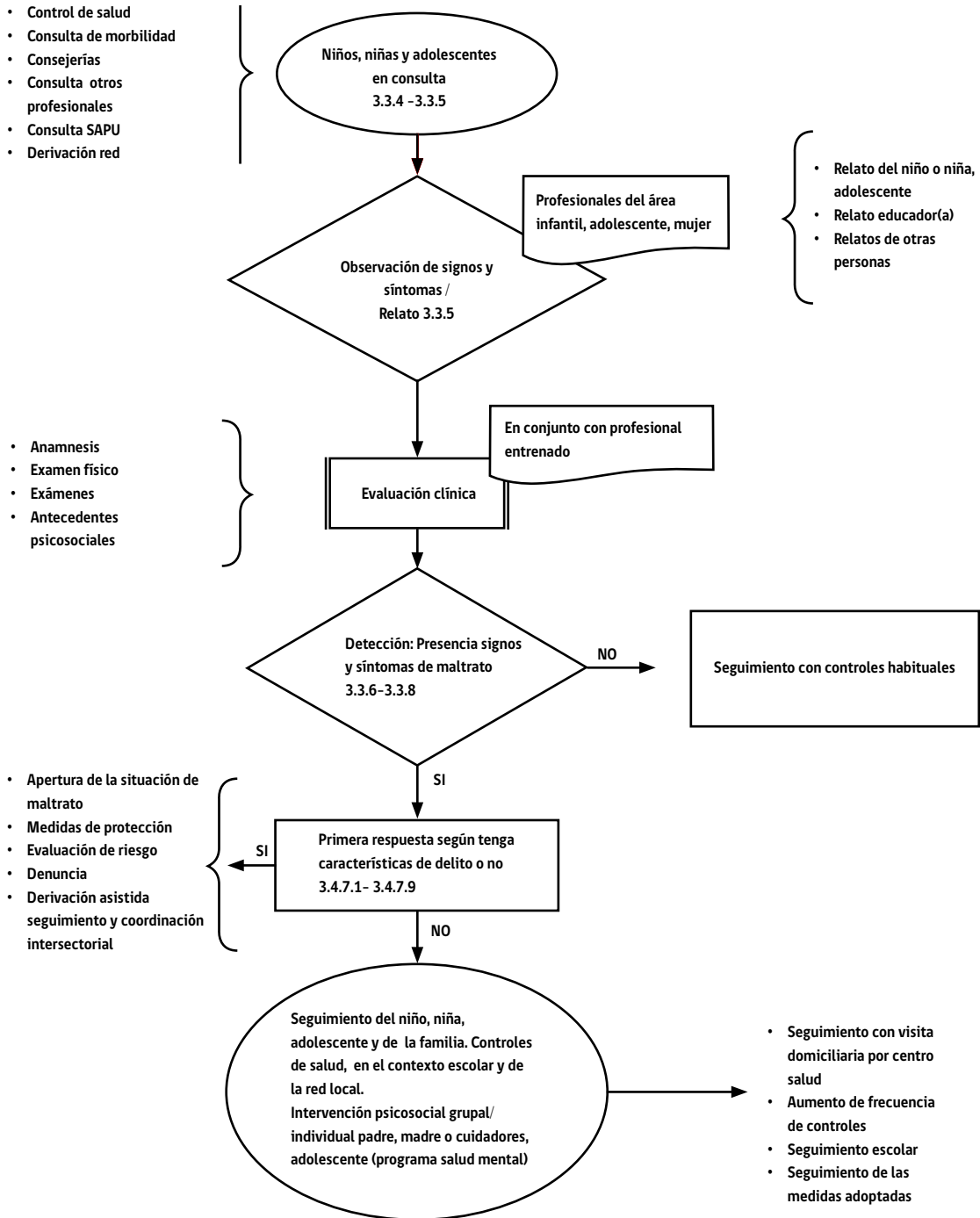
Esta publicación está disponible en www.minsal.cl y www.unicef.cl

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	7
1.1	Descripción del problema.....	8
1.1.1.	Consideraciones conceptuales.....	8
1.1.2.	Tipos de maltrato en el contexto de esta guía	9
1.1.3.	Niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género en la pareja	10
1.1.4.	Maltrato y adolescencia.....	11
1.1.5.	Maltrato y discapacidad.....	12
1.1.6.	Modelos explicativos del maltrato	13
1.1.7.	Factores protectores de maltrato infantil	16
1.1.8.	Factores de riesgo de maltrato infantil.....	17
1.1.9.	Consecuencias del maltrato.....	19
1.2.	Dimensión del maltrato infantil	24
1.2.1.	Datos de América Latina.....	24
1.2.2.	Datos nacionales.....	25
1.3.	Alcance de la guía	29
1.3.1.	Pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía	29
1.3.2.	Usuarios(as) de la guía	29
1.4.	Declaración de intención.....	29
2.	PROPÓSITO Y OBJETIVOS.....	31
3.	SÍNTESIS DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	33
3.1.	Preguntas abordadas en la guía	33
3.2.	Prevención universal de maltrato	33
3.2.1.	Síntesis de evidencia en prevención de maltrato.....	33
3.2.2.	Recomendaciones para prevención de maltrato.....	35
3.3.	Detección de maltrato.....	36
3.3.1.	Síntesis de evidencia en detección de maltrato.....	37
3.3.2.	Recomendaciones para la detección de maltrato	39
3.3.3.	Barreras de los equipos de salud para detectar maltrato y negligencia infantil.....	39
3.3.4.	¿Dónde se realiza la detección en salud?.....	40
3.3.5.	¿Cómo se detecta el maltrato?.....	42
3.3.6.	Detección de maltrato físico	43
3.3.7.	Detección de maltrato psicológico-emocional.....	48
3.3.8.	Detección de negligencia y abandono	51

3.4	Primera respuesta y seguimiento.....	53
3.4.1.	Síntesis de evidencia en primera respuesta en maltrato.....	53
3.4.2.	Recomendaciones para la primera respuesta en maltrato.....	53
3.4.3	¿Qué es la primera respuesta?.....	54
3.4.4.	¿Cuándo se activa la primera respuesta?.....	54
3.4.5.	Consideraciones con la víctima.....	55
3.4.6.	Consideraciones con la familia y adultos responsables en primera respuesta.....	56
3.4.7.	Desarrollo de la primera respuesta.....	58
3.4.8.	Denuncia.....	65
3.4.9.	Derivación y seguimiento.....	65
3.4.10.	Intersectorialidad.....	66
3.5.	Intervenciones para el tratamiento reparatorio.....	67
3.5.1.	Síntesis de evidencia para el tratamiento reparatorio.....	67
3.5.2.	Recomendaciones para el tratamiento de las consecuencias del maltrato.....	70
4.	ASPECTOS NORMATIVOS DEL MALTRATO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.....	73
4.1.	Consideraciones generales.....	73
5.	DESARROLLO DE LA GUÍA.....	75
5.1.	Grupo de trabajo por orden alfabético.....	75
5.2.	Declaración de conflictos de interés.....	78
5.3.	Revisión sistemática de la literatura.....	78
5.4.	Formulación de las recomendaciones.....	78
5.5.	Validación de la guía.....	78
5.6.	Vigencia y actualización de la guía.....	78
	ANEXOS.....	79
	Anexo N° 1: Significado de los grados de recomendación basada en evidencia, según GRADE Criteria Working Group.....	79
	Anexo N° 2: Tablas de resumen de síntesis de evidencia y recomendaciones: Prevención, detección, primera respuesta y tratamiento.....	80
	Anexo N° 3: Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil.....	84
	Anexo N° 4: Seguimiento de acciones de primera respuesta en situaciones de maltrato.....	94
	Anexo N° 5: Detalle de la normativa nacional e internacional relativa al maltrato infantil.....	96
	Anexo N° 6: Resolución jurídica.....	119
	REFERENCIAS.....	121

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE MALTRATO



1. INTRODUCCIÓN

El maltrato y/o la negligencia a niños, niñas y adolescentes (en adelante maltrato o maltrato infantil), es uno de los grandes problemas que enfrenta la sociedad actual a nivel mundial, que tiene significativas repercusiones individuales y sociales, además de graves consecuencias en la salud de las víctimas que viven este tipo de situaciones. El maltrato es reconocido por OMS/OPS como un problema de salud pública¹.

El maltrato vulnera derechos fundamentales de la infancia y adolescencia, derechos que permiten asegurar una vida protegida y un desarrollo óptimo de todas sus potencialidades.

Es una problemática compleja y multicausal, que obedece a la interacción de factores sociales, psicológicos, culturales y biológicos²; su abordaje requiere la participación y coordinación de diferentes instancias, tales como salud, justicia, educación, desarrollo social, entre otras.

Cuando un niño, niña o adolescente es víctima de maltrato en el espacio familiar, esto habitualmente tiende a ir aumentando en intensidad, a no ser que se detecte e intervenga en forma oportuna y temprana. Por esta razón, se requiere un abordaje multidisciplinario e intersectorial, desde todos los niveles y en todos los ámbitos de atención a la infancia y la adolescencia.

Esta guía se encuentra acotada al maltrato infantil que ocurre al interior de las familias o que es ejercido por parte de cuidadores o cuidadoras; no se considera el abordaje de otras formas de maltrato como las ocurridas en las comunidades educativas e instituciones que trabajan con población infantil, ya que requieren otro tipo de intervenciones.

El abuso sexual no es tratado en este documento, puesto que existe una guía clínica específica, del año 2010, en que se aborda esta temática³.

La guía está dirigida a profesionales y técnicos que se desempeñan en el nivel primario de atención y en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia o SAPU, entendiendo que el rol de salud implica el abordaje de estas situaciones, desde la promoción, la prevención, la detección temprana, primera respuesta, intervenciones psicosociales, hasta el tratamiento de las secuelas y consecuencias.

Para los equipos de salud, el maltrato infantil es un fenómeno real y visible en su quehacer cotidiano, ya que es frecuente el contacto con niños, niñas y adolescentes que muestran signos de vivir situaciones de violencia. Por esta razón, es necesario que administrativos, técnicos y profesionales se encuentren debidamente capacitados para detectar estas situaciones y brindar una primera respuesta a las víctimas.

Ya que, generalmente, las situaciones de maltrato no son el motivo de consulta directa en el nivel primario, se requiere que los equipos busquen, en forma activa, signos y síntomas que puedan dar cuenta de estas situaciones, los exploren y los consideren en el diagnóstico clínico y la resolución terapéutica.

Los integrantes del equipo de salud se relacionan con madres, padres u otros adultos responsables, así como con niños, niñas y adolescentes, a través de todos los programas vigentes, especialmente en el control de salud, desde la etapa pre concepcional hasta los 18 años. En este contexto, se espera de estos equipos una particular sensibilidad, una alta disposición y comprensión frente a situaciones de maltrato.

Por otro lado, la conformación interdisciplinaria de los equipos de salud facilita la interrelación y coordinación, no solo al interior del equipo de salud, sino que abre la posibilidad de relacionarse con organismos del extra sistema que se encuentran trabajando en esta problemática, propiciando un abordaje integral y multisistémico, indispensable para detener el maltrato, proteger a las víctimas y reparar el daño.

En este documento se definen y abordan aspectos conceptuales y técnicos basados en la evidencia disponible, que facilitan la detección, el diagnóstico clínico, la primera respuesta y el tratamiento a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato. Asimismo, se informan las consideraciones legales implicadas en su detección, primera respuesta y la obligatoriedad de denuncia por parte de los funcionarios públicos.

1.1 Descripción del problema

1.1.1. Consideraciones conceptuales

Existen distintas conceptualizaciones sobre maltrato infantil, las que enfatizan diferentes aspectos, tales como la intencionalidad, los efectos del maltrato, la edad de los niños y niñas, entre otros criterios.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada por la Naciones Unidas el año 1989, en su artículo 19 exige a los Estados adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo custodia de sus padres, de un tutor o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”⁴. De igual manera, el Comité de los Derechos del Niño ha enfatizado lo importante que resulta que los países que han ratificado la Convención, prohíban toda forma de castigo físico y trato degradante contra los niños⁵.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2006 expresa que *“Los menores víctimas de maltrato y abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”*⁶.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala en 2006 que: *“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño(a), su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”*⁷.

Para efectos de esta guía, se comprenderá el maltrato como *“toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que afecte el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes y que ocurra en un contexto familiar o de cuidado”*⁸.

Este concepto alude a un desequilibrio de poder entre los protagonistas y la naturaleza abusiva de esta relación asimétrica.

El maltrato infantil, así considerado, puede ser perpetrado por:

- el padre, la madre u otros miembros de la familia, y
- cuidadores(as).

1.1.2. Tipos de maltrato en el contexto de esta guía ^{9 10 11 12}

El informe mundial sobre la violencia y la salud y la consulta de la OMS sobre la prevención del maltrato infantil (1999) distinguen cuatro tipos de maltrato:

Maltrato físico

Se define como el uso de la fuerza física contra un niño, niña o adolescente que ocasione perjuicios para su salud, supervivencia y desarrollo integral. Se incluyen en este concepto desde lanzar objetos, tirones de pelo, tirones de oreja, golpes, patadas, zamarreo, palizas, mordiscos, estrangulamientos, quemaduras, envenenamientos, asfixia y hasta la muerte.

Maltrato psicológico

Se trata del hostigamiento verbal por medio de insultos, desacreditaciones, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia niños, niñas y adolescentes. Se contemplan los actos de aterrorizar, ignorar, aislar, corromper y ser testigos de violencia al interior de las familias, como también el encierro, el menosprecio continuo, la culpabilización, las amenazas, gritos, las descalificaciones, la discriminación y el trato hostil.

Negligencia

Se define como la desatención y abandono por parte de un progenitor u otro miembro de la familia que está en condiciones de proveer salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, vivienda y condiciones de vida seguras y protegidas para contribuir al desarrollo y bienestar del niño, niña o adolescente.

Abuso sexual

Se trata del involucramiento de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales no acorde al nivel evolutivo, cognitivo o social esperado para su edad¹³. Este tipo de maltrato no se considerará en esta guía.

Maltrato constitutivo de delito

Si un niño, niña o adolescente es objeto de **lesiones físicas** de cualquier tipo, en el contexto de un relato o de antecedentes que den cuenta de una agresión física que explica tales heridas o lesiones físicas constatadas (visibles o no), realizadas por una persona mayor de catorce años de edad, se está en presencia de un maltrato que puede revestir las características del delito de lesiones tipificadas en el Código Penal (arts. 395, 396, 397, 399, 400, 410, 411, 494 N° 5)¹⁴. Estas pueden ser graves gravísimas, simplemente graves, leves o menos graves, atendiendo a la cantidad de días de incapacitación laboral (o escolar) que produce, y las características de la lesión (si produce notable deformación, ablación de miembro importante, castración, equimosis, fracturas, etc.).

Asimismo, tratándose de maltrato psicológico exclusivamente, si este es reiterado (más de una vez) y calificado así por el Tribunal de Familia respectivo, constituye también delito de maltrato habitual prescrito en el artículo 14 de la Ley 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar¹⁵. Si se constatará este tipo de maltrato, lo que procede no es denunciar al Ministerio Público, sino al Tribunal de Familia, único organismo que puede calificar el delito de maltrato habitual.

Maltrato no constitutivo de delito

El único maltrato no constitutivo de delito es el psicológico que se realiza por una sola vez, y el maltrato físico que deja lesiones.

1.1.3. Niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género en la pareja

Durante las últimas décadas ha habido una creciente conciencia de la relación entre la violencia de género en la pareja y el maltrato infantil; es así como en el Informe mundial sobre violencia contra los niños y las niñas, se estima que anualmente entre 133 y 275 millones de niñas y niños presencian violencia entre sus progenitores y/o cuidadores de manera frecuente¹⁶.

En los estudios de maltrato desarrollados por UNICEF¹⁷ se ha observado que es más frecuente la violencia física en aquellos niños y niñas que reportan violencia entre sus padres (51,6%), si

se los compara con los niños y niñas que sufren violencia pero que no han vivido violencia entre sus padres (6,5%). Los niños y niñas que viven en familias que sufren este tipo de violencia están expuestos a eventos traumáticos, negligencia y maltrato, siendo muchas veces asesinados por el padre o pareja como una forma de dañar a las mujeres.

Según Lizama, la violencia de pareja puede afectar a los niños y niñas aun antes de nacer. Los altísimos niveles de estrés a la que es sometida la madre, como resultado de la violencia de género, impactan tempranamente en el desarrollo evolutivo del feto¹⁸.

El mismo autor sostiene que “un porcentaje de mujeres se embarazan por presión de la pareja, manteniéndose la idea patriarcal que con la maternidad, el hombre supone que la mujer se mantendrá ocupada en su rol de crianza, evitando que piense en otras cosas o que llegue a abandonarlo, quitándole libertad de acción”. Plantea además que la existencia de hijos e hijas restringiría las relaciones sociales de la mujer¹⁹.

Otro impacto de la violencia de género en la infancia ocurre cuando los niños o niñas son testigos de violencia hacia sus madres, presentando una mayor probabilidad de repetir estas pautas de interacción en las parejas que establezcan en la edad adulta, incluso en la etapa de pololeo y/o noviazgo, es decir, existiría una transmisión transgeneracional de la violencia²⁰.

Las madres que son víctimas de violencia por parte de su pareja pueden ser maltratadas hasta el punto de temer que la denuncia provoque mayor maltrato y abuso hacia los hijos e hijas, no encontrándose en condiciones de resguardar su integridad.

El fenómeno de los niños y niñas víctimas de violencia basada en el género, tiene su expresión más dramática en los femicidios que suceden cada año en el país y la región. En esta situación los hijos e hijas muchas veces, junto con perder a su madre, quedan en situación de orfandad cuando el padre se suicida luego de cometer el crimen.

1.1.4. Maltrato y adolescencia

Aunque el maltrato en la infancia se ha visibilizado cada vez más, no ha ocurrido lo mismo con el maltrato en la adolescencia, pues se cree falsamente que este es menos frecuente y que tiene un menor impacto negativo en el desarrollo de quienes lo sufren. Esta invisibilización podría explicarse porque este grupo es considerado menos vulnerable y con más capacidades para defenderse. A esto se suma la presencia de diversos estereotipos negativos sobre la etapa de la adolescencia, a la que se asocia con conductas provocadoras, opositoras, violentas, desafiantes e irresponsables; lo que lleva a empatizar más con los adultos que con el grupo de adolescentes. Estos estereotipos pueden, incluso, influir en la no detección activa de situaciones de maltrato en personas de este grupo etario por parte de los equipos de salud²¹.

Si las tareas evolutivas de la adolescencia, como el logro de identidad personal y la autonomía progresiva, se desarrollan en un contexto social y familiar favorable, afectuoso y apoyador, es altamente probable que se transite en forma exitosa desde esa etapa hacia la vida adulta. Por el contrario, cuando la falta de atención y apoyo, o incluso el abuso y la violencia, caracterizan las relaciones familiares, es muy probable que surjan importantes problemas que comprometan seriamente el desarrollo, tanto actual como futuro de las víctimas.

Para muchos padres, madres y cuidadores(as) es difícil acompañar de manera sensible la búsqueda de una mayor autonomía propia de esta etapa, puesto que la sienten como una amenaza y pérdida de control frente al o a la adolescente. Al respecto, se observan marcadas diferencias de género: las adolescentes son quienes reciben las mayores restricciones en esta etapa, especialmente en el ámbito de la sexualidad^{22 23}, observándose un cambio, desde el castigo físico en la infancia, hacia un mayor maltrato psicológico en la adolescencia²⁴.

Aunque existe en la adolescencia un distanciamiento entre padres e hijos(as), los y las adolescentes necesitan cariño y apoyo para enfrentar con seguridad los desafíos de esta etapa, así como también supervisión y control de sus padres.

Se sabe que las familias que presentan maltrato adolescente se caracterizan por tener estilos parentales muy autoritarios y/o negligentes, uso incoherente de disciplina, arraigados estereotipos de género, altos niveles de conflicto conyugal, presencia de padres no biológicos en el hogar, todos factores que, en definitiva, desencadenan conflictos problemáticos surgidos o acentuados por la entrada del hijo(a) a la etapa de la adolescencia²⁵.

La instalación de relaciones violentas de padres a hijos(as) compromete seriamente su desarrollo psicoemocional actual y futuro. Asimismo, les influye negativamente la falta de satisfacción de necesidades básicas, tales como alimentación, sueño, higiene y protección de los distintos peligros que pueden atentar contra la salud y la vida, lo que ocurre especialmente en situaciones de abandono y negligencia de adolescentes, por parte de sus padres o cuidadores²⁶.

Por los motivos descritos, la detección activa y la intervención oportuna del maltrato en adolescentes favorecerán sus procesos de adaptación e integración social, tan importantes en esta etapa de desarrollo. De esta manera, se pueden prevenir problemas de salud mental, la delincuencia juvenil, el embarazo adolescente y el suicidio, entre otros, asociados con el maltrato.

1.1.5. Maltrato y discapacidad

Un niño, niña o adolescente con discapacidad o necesidades especiales está definido, según la Ley N° 20.422, como *"aquella [persona] que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"*²⁷.

Los datos actuales sobre la incidencia y prevalencia del maltrato en niños y niñas con discapacidad están limitados por las diversas definiciones de discapacidad y la falta de uniformidad de métodos de clasificación de maltrato. Por estas razones, no se sabe con exactitud la magnitud del maltrato en esta población infantil y es complejo determinar si la discapacidad estaba presente antes del maltrato, o fue consecuencia directa de este²⁸. Este grupo está más expuesto a vivir situaciones de maltrato por la interacción y sinergia de factores de riesgo individual, familiar, ambiental, social, cultural y económico²⁹.

Estudios han demostrado en niños y niñas con discapacidad un mayor riesgo de ser víctimas de maltrato y negligencia; es así como tienen 1.8 veces más probabilidades de sufrir descuido, 1.6 veces más probabilidades de sufrir maltrato físico y 2.2 veces más probabilidades de sufrir abuso sexual³⁰. En este sentido, los resultados de un estudio desarrollado por Olds reflejan una correlación positiva entre ser víctima de maltrato y discapacidad³¹.

Los padres con insuficiente apoyo social y comunitario pueden estar en más alto riesgo de tener conductas maltratadoras o de negligencia, pudiendo sentirse sobrepasados, abrumados e incapaces de hacer frente a las responsabilidades de los cuidados especiales de la salud y rehabilitación que requieren los niños y niñas con discapacidad. El insuficiente tiempo de descanso por el cuidado que estos niños y niñas requieren, así como las demandas adicionales, como administración de fármacos, alimentación y cuidado, pueden dar lugar a situaciones de maltrato, negligencia o abandono³².

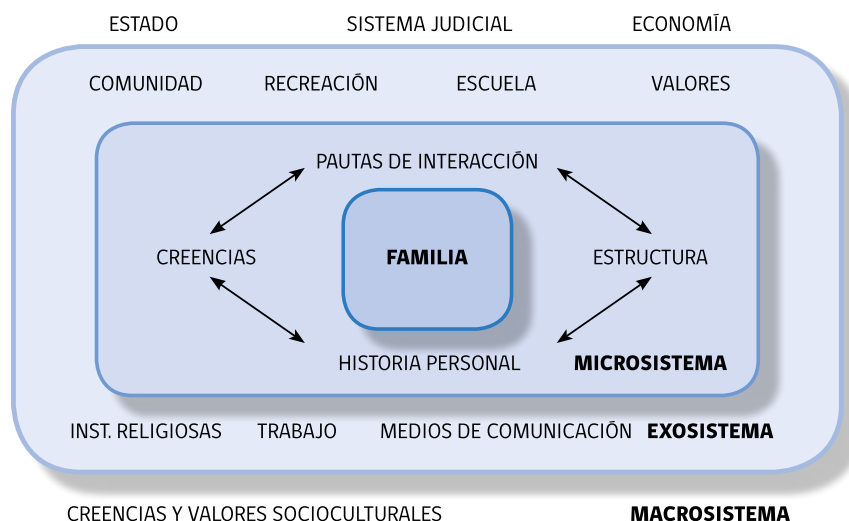
Es importante considerar que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad pueden tener contacto con numerosas personas, lo que aumenta la exposición a situaciones de maltrato y abuso sexual. Sin embargo, lo que puede ser un riesgo, puede ser también una oportunidad para prevenir y detectar oportunamente lesiones y signos de maltrato y abuso, siendo relevante la cuidadosa selección de cuidadores, atendiendo a que todo niño y niña con discapacidad puede ser víctima de este tipo de situaciones.

1.1.6. Modelos explicativos del maltrato

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha adoptado el modelo ecosistémico o ecológico de Bronfenbrenner para comprender adecuadamente los ámbitos involucrados en la violencia en contra de los niños y niñas, su naturaleza multicausal y multifacética. Este modelo es aplicable para explicar la violencia contra los niños, niñas y adolescentes como un síntoma de disfunción en un complejo ecosistema con una multiplicidad de variables que interactúan entre sí³³.

En el siguiente esquema se grafican todos los elementos implicados en la problemática de la violencia intrafamiliar³⁴.

Este modelo plantea tres niveles de análisis que inciden en el maltrato en niños, niñas y adolescentes. Cada uno de ellos describe diferentes elementos que, en una interacción compleja, retroalimentación o circularidad entre los mismos, se condicionan recíprocamente y pueden ayudar a explicar el fenómeno:



a) Microsistema

Este nivel se refiere a los elementos estructurales de la familia, que permiten que esta tenga instalada una relación de violencia. Este tipo de familia se caracteriza por poseer pautas de comunicación deficitarias, bajas habilidades de negociación, altos niveles de dependencia entre sus miembros, entre otros.

La posibilidad de una transmisión transgeneracional del maltrato se observa en este nivel cuando niños, niñas y adolescentes han sufrido violencia o han sido testigos de la misma, quienes además tienen una mayor probabilidad de ser padres o madres maltratadores³⁵. Por esta razón, la historia individual de las personas adquiere mucha relevancia en la comprensión de esta problemática.

Otros elementos de este nivel son los trastornos de salud mental de los adultos, tales como depresiones severas, esquizofrenia, trastorno bipolar y cuadros orgánicos, cuya sintomatología podría favorecer la emergencia de conductas violentas como, por ejemplo, irritabilidad, inestabilidad emocional, expresión de rabia y bajo control de impulsos³⁶.

b) Exosistema

Este nivel describe el entorno social inmediato de la familia, su relación con la comunidad, con las instituciones educacionales, laborales, recreativas, judiciales, religiosas, entre otras.

La familia está inserta en un entorno con instituciones y grupos sociales determinados de interacción diaria, los que pueden ofrecer diferentes grados de apoyo a las familias que viven situaciones de violencia. El sistema de creencias, la presencia de estereotipos culturales de género y valores de cada grupo social, influirán en el grado de tolerancia a la violencia y apoyo que se les otorga a las víctimas.

Barudy define a la integración de la familia en redes familiares y sociales como “una capacidad fundamental y necesaria para el ejercicio de la parentalidad. Esto se refiere a la capacidad de pedir, aportar y recibir ayuda de sus redes familiares y sociales, incluyendo las redes institucionales y profesionales que tienen como mandato promover la salud y el bienestar infantil. La parentalidad es también el resultado de una práctica social, por lo tanto, las instituciones sanitarias, los jardines infantiles y las instituciones sociales de protección, tienen que conformar redes de apoyos visibles y confiables para apoyar la parentalidad en las familias”³⁷. Por lo tanto, la exclusión de la familia de las redes de apoyo sería parte de la violencia estructural que deja en situación de alto riesgo de maltrato a quienes participan de esta dinámica, principalmente a los niños(as) y adolescentes.

Los sistemas de creencias y valores propios de la cultura patriarcal y centrada en los adultos han legitimado históricamente el empleo del castigo físico, del mayor valor y la dominación del adulto sobre el niño, del hombre sobre la mujer.

Los medios masivos de comunicación (televisión, radio, diarios, páginas web, Facebook, Twitter, entre otros) pueden contribuir positivamente a sensibilizar a la población contra el maltrato y la violencia de género, e informar sobre la denuncia y oferta de ayuda a las víctimas. Al contrario, si los mensajes noticiosos avalan los estereotipos culturales de género y promueven creencias sociales que culpabilizan a las víctimas y validan el maltrato, pueden ser muy nocivos para una sociedad.

c) Macrosistema

Es el nivel más general. Involucra al Estado, a través de las políticas públicas; al sistema judicial, que fija normas de sanción a los agresores y de protección a las víctimas, y favorece el respeto de los derechos fundamentales, como son el derecho a la integridad física y mental, al resguardo de su óptimo desarrollo; a la economía del país, que destina recursos a la prevención del problema; a las instancias de protección y control social, encargadas de ejecutar planes de intervención (hospitales, centros de salud, municipios, carabineros, entre otros); y a las creencias y estereotipos culturales y valores socioculturales que definen la posición de la sociedad respecto al maltrato, a través de la familia, la maternidad, la paternidad, los estilos de crianza y disciplina permitidos.

Analizar este nivel permite poner el énfasis en los aspectos del contexto sociocultural, donde se sustenta y se perpetúa el maltrato infantil. Es preciso considerar el marco de creencias y valores de un sistema patriarcal, que permite y avala la violencia contra los miembros de la sociedad que se encuentran en una posición de mayor debilidad (perspectiva de género y generacional).

El castigo físico y otras formas degradantes de prácticas de crianza pueden ser percibidos como normales, particularmente cuando no dan lugar a un daño físico visible y duradero³⁸, lo que dificulta mucho tomar conciencia del impacto negativo del castigo en el desarrollo de un niño, niña y/o adolescente.

1.1.7. Factores protectores de maltrato infantil

Se entienden por factores protectores aquellas condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y que pueden reducir los efectos de circunstancias desfavorables³⁹.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes es posible distinguir factores de protección individual, relacional y social, cuya presencia reduce la probabilidad que se instale una situación de maltrato⁴⁰.

Cuando estos factores están presentes en las familias y las comunidades, aumentan la salud, el bienestar y el grado de protección de los niños, niñas y adolescentes. Estos componentes son fundamentales para garantizarles que tengan una buena integración en la familia y en la comunidad, en todas las etapas del ciclo vital; en particular, las relaciones seguras y estables son esenciales para su desarrollo saludable y el alcance de su máximo potencial.

Los factores de protección funcionan como amortiguadores, ayudando a padres, madres y cuidadores a encontrar recursos, apoyo y estrategias para enfrentar situaciones y problemas de la vida cotidiana, incluso bajo condiciones de estrés, que, de otro modo, podrían favorecer el desarrollo de comportamientos abusivos o de maltrato en contra de sus hijos e hijas.

Los factores protectores de maltrato más frecuentes son:

- La ausencia de tensiones y afrontamiento adecuado al estrés cotidiano y de crianza de los padres, madres y cuidadores. La Teoría del Estrés Social postula que el estrés social se asocia al maltrato en presencia de otras variables mediadoras, como la predisposición de los adultos a reaccionar al estrés con conductas violentas.
- La Teoría del Apego ha ampliado la comprensión del maltrato, postulando que uno de los factores protectores del desarrollo infantil es la seguridad en el estilo de apego. Al contrario, cuando los niños y niñas presentan estilos de apego alterados (desorganizados o altamente inseguros), pueden convertirse en padres y madres que reproduzcan estos patrones vinculares con malos tratos, negligencia o muy baja sensibilidad parental en el cuidado⁴¹.
- El apoyo de las redes familiares y sociales y la pertenencia a grupos comunitarios es un factor protector del maltrato y la violencia de género. Mucha evidencia derivada del Modelo de Redes o Apoyo Social muestra que las familias aisladas social y geográficamente, así como los niños y niñas de familias monoparentales, son más propensos a vivir situaciones de maltrato⁴². La resiliencia parental es otro factor protector de maltrato; esta consiste en la capacidad de los padres y madres de sobreponerse a la adversidad, a las incompetencias parentales de sus padres y a los traumas y sufrimientos infantiles y, finalmente, de mejorar sus competencias parentales. La resiliencia es un paradigma que rompe el determinismo absoluto del daño en la infancia, sin negar el daño ocasionado por los malos tratos⁴³.
- El estilo de crianza que ha resultado ser más protector y promotor de desarrollo infantil es el autoritativo-recíproco, definido por Maccoby y Martin. Los padres y madres, que practican este estilo tienen altas expectativas sobre sus hijos, así como la capacidad para establecer un claro conjunto de normas familiares. Este estilo de competencias parentales se caracterizara además por el uso de expresiones de afecto y cariño y una alta implicancia de los adultos en las interacciones con el niño o niña. Se trata de padres que estimulan en sus hijos e hijas la independencia y potencian sus características individualizadoras; y que recurren a prácticas disciplinares basadas en la inducción más que en la coerción, pero sin llegar al castigo físico⁴⁴.
- Un alto conocimiento de los padres sobre la crianza y desarrollo infantiles, así como un mayor nivel educacional de los padres y madres, son factores protectores contra el maltrato, porque fomentan una mejor comprensión del mundo interno del niño y la niña, permitiendo mejores técnicas de resolución de conflictos.
- La promoción de relaciones igualitarias de género, que no refuercen las dinámicas del circuito de abuso en la propia intervención (impotencia, incapacidad, falta de control de los hechos de los abusados, abuso de poder, dominación de los abusadores, indiferencia y complicidad del tercero).

- El acceso a atención de salud oportuna y eficiente del grupo familiar, tanto en el contexto de satisfacer adecuadamente las necesidades de salud, como la detección oportuna y la intervención precoz de situación de riesgo de maltrato.

1.1.8. Factores de riesgo de maltrato infantil

Por otro lado, los factores de riesgo o aquellas circunstancias que favorecen la ocurrencia del maltrato infantil, constituyen probabilidades, pero no se comportan como determinantes del fenómeno, ya que su presencia y su interrelación solo pueden predisponer y/o precipitar una situación de maltrato⁴⁵.

Un número importante de estudios muestra que presenciar violencia de pareja durante periodos prolongados puede "afectar gravemente el bienestar, el desarrollo personal y las interacciones sociales del niño o niña durante toda la vida, pudiendo exhibir los mismos trastornos de comportamiento y psicológicos que aquellos que están expuestos directamente a la violencia"⁴⁶, constituyéndose en un reconocido factor de riesgo.

Es necesario, por lo tanto, conocer e identificar los diferentes factores de riesgo presentes en un niño, niña o adolescente y su entorno, con el propósito de poder intervenir oportuna y adecuadamente.

La tabla N°1 sintetiza los principales factores de riesgo identificados en la literatura especializada en maltrato infantil^{47 48 49}.

Tabla N° 1: Factores de riesgo de maltrato infantil

Factores de riesgo en padre, madre y cuidador(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultades para establecer vínculos con un recién nacido. • Presenta antecedentes de maltrato en la infancia. • No tiene conciencia del significado y del proceso de desarrollo de un niño, niña o adolescente (hombre y mujer), y tiene expectativas irreales o equivocadas que le impiden comprender sus necesidades y comportamientos. • Tiene arraigados estereotipos de género. • Existe instalada una relación de violencia de género. • Aprueba el castigo físico como medio para disciplinar o cree en su eficacia. • Padece problemas de salud física o mental, o deficiencias cognitivas que interfieren en su capacidad para ejercer la función parental. • Presenta ausencia o dificultades de autocontrol. • Presenta consumo problemático de alcohol o drogas. • Participa en actividades delictivas que afectan negativamente la relación entre progenitor e hijo(a). • Presenta aislamiento social. • Presenta autoimagen deteriorada y baja autoestima. • Tiene insuficientes habilidades para el ejercicio de la paternidad/maternidad. • Presenta alto nivel de estrés.
Factores presentes en el niño, niña o adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta rasgos físicos que producen rechazo en el(la) progenitor(a). • Lloro persistentemente, sin que sea fácil calmarlo. • Presenta discapacidad física o mental. • Presenta síntomas de enfermedad mental. • Presenta problemas de comportamiento, retrasos del desarrollo, dificultades de aprendizaje y otros que dificultan la crianza. • Nació en parto múltiple, tiene frecuencia intergestacional baja.
Factores relacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia o fracaso de los vínculos entre el progenitor y el niño o niña. • Problemas de salud física, de inmadurez o de salud mental de un miembro de la familia. • Ruptura familiar. • Violencia de género por parte de la pareja, violencia entre hermanos. • Interrupción de la ayuda prestada por la familia para la crianza. • Discriminación contra la familia por razones de raza, nacionalidad, religión, género, edad, orientación sexual, discapacidad o forma de vida. • Abuso de poder, legitimado por la cultura patriarcal (favorece la dinámica de relaciones que se basan en el control de un género sobre el otro, de una edad sobre la otra).
Factores comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia a la violencia. • Desigualdad de género o social. • Carencia de servicios de apoyo a las familias y a las instituciones. • Altos niveles de desempleo. • Aislamiento social, inexistencia de una red de apoyo que ayude en las situaciones difíciles o tensas de una relación • Cambios de entorno frecuentes. • Fácil acceso al alcohol. • La naturalización del maltrato, el secreto, las redes de silencio y la tolerancia del entorno y de la comunidad hacia estos aspectos. • Comercio de estupefacientes en el entorno cercano. • Políticas y programas institucionales que propician el maltrato infantil.
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que conllevan un nivel de vida deficiente, desigualdades o inestabilidad socioeconómica. • Normas sociales y culturales que promueven la violencia hacia los otros y, en particular, los castigos físicos, tal como se transluce en los medios de comunicación, la música popular o los videojuegos. • Normas sociales y culturales que imponen roles de género estereotipados. • Normas sociales y culturales que le restan importancia al niño, niña y adolescente en las relaciones entre padres e hijos. • Exclusión social. • Consumismo exacerbado.

1.1.9. Consecuencias del maltrato^{50 51 52 53 54}

Son aquellas alteraciones de las distintas áreas del desarrollo, a nivel biológico, cognitivo, emocional, conductual, social y psicosexual, que se presentan en niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato. La severidad de estas consecuencias depende de las siguientes variables:

- intensidad del maltrato,
- prolongación y cronicidad,
- características del niño, niña o adolescente que sufre el maltrato (edad, sexo),
- el uso o no de violencia física,
- la relación entre el niño o niña y el(la) maltratador(a),
- apoyo o no de la familia a la víctima, y
- la respuesta del entorno, incluidas aquí aquellas otras personas que tienen conocimiento de la situación de maltrato que afecta al niño, niña o adolescente.

En los casos más extremos, el maltrato infantil puede llegar a causar la muerte. "Según estimaciones de la OMS, en el año 2002 sobrevivieron 31.000 defunciones consideradas como homicidio en menores de 15 años. Posiblemente, hay cierto número de defunciones por maltrato que no han sido contabilizadas, incluso en los países de alto nivel de ingresos que registran tales casos, por lo que la cifra anterior subestima el número real de muertes por maltrato infantil"⁵⁵. "Las estimaciones de los homicidios de niños y niñas a nivel mundial indican que lactantes y menores de cinco años corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los niños y niñas de 5 a 14 años"⁵⁶.

Los homicidios infantiles ocurren más frecuentemente durante la primera infancia y existe igual probabilidad de ser perpetrados por la madre o por el padre. Sin embargo, cuando las víctimas son mayores, los agresores suelen ser hombres⁵⁷. En la mayoría de los casos, sin embargo, "las consecuencias más importantes impactan no solo en la salud física, sino que tienen importantes consecuencias psicológicas y psiquiátricas, que pueden ser de carácter agudo y/o tener importantes efectos duraderos sobre el desarrollo neurológico, cognitivo y emocional y en la salud general"⁵⁸.

Existe evidencia del impacto diferenciado en la salud mental y el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes, tanto a corto como a largo plazo, según los distintos tipos de maltrato sufridos. Las niñas maltratadas tienden a mostrar más signos de malestar interno (vergüenza y culpa) y los niños son más agresivos física y verbalmente⁵⁹.

Los niños y niñas que han sido expuestos a conductas negligentes tienen más problemas emocionales y sociales que aquellos que no lo han sido.

Del mismo modo, en el largo plazo, el haber estado expuesto a maltrato físico incrementa el riesgo de conductas violentas, comportamientos antisociales e intentos de suicidio, desórdenes depresivos y consumo problemático de alcohol. Además, puede provocar aislamiento social, conductas agresivas y diagnósticos de trastornos de ansiedad generalizada^{60 61}.

Muchos autores han señalado que en el maltrato infantil se dan simultáneamente varios tipos de violencia: física, psicológica, negligencia^{62 63 64}. La exposición a diversos tipos y episodios repetidos de maltrato se asocia con un aumento del riesgo de malos tratos graves y de mayores consecuencias psicológicas⁶⁵. Del mismo modo, el haber sido víctima de maltrato en la infancia favorece una mayor vulnerabilidad a ser víctima de otras formas de maltrato⁶⁶ y a vivir violencia en la adultez⁶⁷.

Las consecuencias del maltrato infantil según la etapa en que este ocurre

a) Maltrato en la primera infancia

Consecuencias sobre el desarrollo cerebral temprano⁶⁸

En los últimos años han aumentado considerablemente las investigaciones sobre las primeras etapas del desarrollo cerebral y, en particular, sobre los efectos que tiene en este el maltrato durante la lactancia y la primera infancia.

Lactantes y preescolares son claramente vulnerables al maltrato y a la negligencia; la evidencia indica que el desarrollo cerebral infantil temprano –en lo socioemocional y cognitivo– puede ser severamente comprometido por relaciones inadecuadas o dañinas en la crianza por parte de padres, madres o cuidadores(as)⁶⁹.

Estas investigaciones muestran que el desarrollo cerebral puede resultar fisiológicamente alterado en situaciones de estrés severo y prolongado, como el que ocasiona la experiencia de maltrato durante los primeros años del desarrollo. Tales alteraciones pueden, a su vez, afectar negativamente al crecimiento físico, cognitivo, emocional y social del niño o niña, así como también alterar los sistemas inmunológico y neurológico⁷⁰.

El estrés crónico sensibiliza las conducciones nerviosas y desarrolla desproporcionadamente las regiones del cerebro asociadas a las respuestas de ansiedad y miedo. Una víctima que experimenta estrés por violencia orientará sus recursos a la supervivencia y a afrontar las amenazas de su entorno⁷¹.

Los niños y niñas que han padecido maltrato y negligencia crónica durante sus primeros años pueden vivir en un estado permanente de alerta exacerbada o de disociación, atentos a las amenazas que pudieran surgir en cualquier tipo de situación. Su capacidad para beneficiarse de las experiencias sociales, emocionales y cognitivas puede resultar disminuida⁷².

Cuando un niño o niña se siente amenazado(a), libera hormonas que circulan por todo su cuerpo. La exposición prolongada a las hormonas del estrés puede afectar el cerebro y su funcionamiento de distintas maneras⁷³, entre ellas:

- Afectar la conexión de los circuitos cerebrales y, como situación extrema, desarrollar un cerebro más pequeño.
- Perturbar el desarrollo de los circuitos cerebrales, haciendo que un individuo desarrolle un umbral bajo al estrés, así como la excesiva reactividad a experiencias adversas a lo largo de toda la vida.
- Los altos niveles de hormonas del estrés, como el cortisol, pueden suprimir la respuesta inmune del cuerpo, dejando a las personas vulnerables a una variedad de infecciones y de problemas de salud crónicos.
- Niveles altos y sostenidos de cortisol pueden dañar el hipocampo, área del cerebro responsable del aprendizaje y la memoria. Estos déficits cognitivos pueden continuar en la adultez.

Problemas de apego⁷⁴

Los niños(as) expuestos a maltrato experimentan problemas de apego inseguro desorganizado. En una situación de apego inseguro, el padre o madre cuidador(a) –que debe ser la fuente principal de seguridad y protección– se convierte en una fuente de peligro o daño, lo que puede generar dificultades para confiar en los demás.

Los apegos inseguros alteran el proceso normal de desarrollo y, con ello, afectan gravemente la capacidad para comunicarse e interactuar con otros y establecer relaciones saludables durante toda la vida. Pueden observarse repercusiones en las capacidades relacionales, de apego y autonomía.

Quienes tienen este tipo de apego con sus figuras significativas están sujetos a presentar pesadillas, alteración del patrón del sueño, pérdida del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicósomáticos, que son importantes de observar e identificar.

b) Maltrato en la infancia

Salud física

La exposición a una experiencia de violencia duplica las probabilidades de tener problemas de salud física a la edad de 6 años, y las triplica si se han tenido cuatro o más experiencias adversas⁷⁵.

El abandono físico puede ocasionar un retraso pondo-estatural, cronificación de algún problema de salud por falta de tratamiento, aparición de enfermedades por no vacunación, avitaminosis. El maltrato físico puede tener consecuencias que van desde lesiones cutáneas, quemaduras, hasta lesiones óseas que es posible que afecten el crecimiento y la movilidad articular, además de lesiones internas como traumatismos craneales y oculares por edema cerebral, que pueden tener efectos y secuelas neurológicos, llegando incluso hasta la muerte.

Aprendizaje y problemas de desarrollo

El maltrato y/o abandono en niños y niñas afecta su rendimiento escolar, disminuyéndolo en comparación con otros grupos estudiados, incluso cuando las variables de situación socioeconómica y otras están controladas, mostrando además mayor retraso en el desarrollo del lenguaje⁷⁶.

El maltrato y la negligencia se asocian con conductas de internalización (tristeza, aislamiento y depresión) y de externalización (agresividad o hiperactividad) durante la infancia.

La internalización de conductas se asocia comúnmente con la negligencia infantil y con el abandono, observándose un mayor aislamiento y dificultad para hacer amigos en la escuela, además de muestras de un comportamiento agresivo y perjudicial. Los problemas de externalización, en cambio, están más estrechamente asociados con el maltrato físico y sexual o ser testigo de violencia doméstica⁷⁷.

Hay asociación estadísticamente significativa entre maltrato físico, depresión, intentos de suicidio y tasa global de trastornos mentales. Según un estudio, estos fenómenos son 1,5 veces más altos en población infantil con maltrato físico⁷⁸.

c) Maltrato en la adolescencia

Los estudios han mostrado una diversidad de consecuencias del maltrato en diferentes ámbitos de la vida de los adolescentes, entre ellas se pueden observar abandono del hogar, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, conductas autodestructivas, hiperactividad o aislamiento, miedo generalizado, rechazo a su cuerpo, vergüenza, baja en el rendimiento escolar; trastorno disociativo y de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas o alcohol, conducta sexual temprana y no segura, trastornos depresivos, comportamiento agresivo, entre otras⁷⁹.

Se observa una alta asociación entre el maltrato, la negligencia infantil y la depresión en la adolescencia. El maltrato y la negligencia duplican el riesgo de intento de suicidio en la población adolescente, encontrándose en un estudio que el 31% de un grupo de adolescentes que ha sido maltratado ha tenido pensamientos suicidas, en comparación con el 10% de un grupo no maltratado⁸⁰. Otras investigaciones señalan que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados(as) es cinco veces más alto, comparado con aquellos que no presentaron maltrato en la infancia⁸¹.

Existe evidencia de la relación que existe entre historias de maltrato y negligencia en niños, niñas y adolescentes, con la presentación de conductas transgresoras de ley, y un mayor riesgo de desarrollar comportamientos agresivos y violentos. Los estudios sugieren que el maltrato físico en la pubertad y adolescencia y la exposición a la violencia familiar son los predictores más consistentes de la violencia juvenil. Una investigación del Instituto Nacional de Justicia de los Estados Unidos predijo que niños maltratados y abandonados eran 11 veces más propensos a ser arrestados por actos criminales en la adolescencia⁸².

A pesar de que las experiencias de maltrato tienen un gran impacto negativo en el desarrollo infantil, la mayoría de los niños y niñas víctimas de maltrato no se transforman en futuros infractores de ley infanto-juvenil. Sin embargo, un gran número de adolescentes infractores de ley evidencia haber tenido experiencias de relaciones de crianza inadecuadas, maltratadoras y abusivas en el pasado; y presenta además problemas de salud mental y retrasos en su desarrollo⁸³.

De esta forma, se establece entonces una alta asociación entre maltrato (y negligencia infantil) y problemas psicosociales que afectan posteriormente a los niños(as) y adolescentes, tales como situación de calle, abuso de sustancias e, incluso, suicidio. La evidencia es fuerte y consistente al mostrar una alta relación entre maltrato y delincuencia juvenil, con involucramiento en el sistema de justicia⁸⁴.

La temporalidad de la ocurrencia del maltrato, es decir, el momento en la vida en el que ocurre la experiencia de maltrato o negligencia, es un factor muy importante en la producción de consecuencias futuras. Es así como adolescentes y jóvenes que persistentemente fueron maltratados(as) desde su infancia hasta su adolescencia, así como quienes empiezan a ser víctimas de maltrato en su adolescencia, tienen más probabilidades de verse envueltos en el sistema de justicia criminal, en comparación con aquellos(as) adolescentes que fueron víctimas de maltrato solamente en su infancia⁸⁵.

Lo anterior pone de manifiesto que llegar a la adolescencia viviendo una experiencia de maltrato o negligencia es un importante factor de riesgo para llegar a ser un joven infractor de ley. La adolescencia es un período muy especial, en donde se producen muchos cambios normativos personales, con un ejercicio progresivo de la autonomía, el cual requiere de un ambiente seguro y protegido para el óptimo desarrollo de la gente joven. Particularmente, el maltrato, la negligencia y la baja supervisión que se extiende o se inicia en la adolescencia, se asocian al posterior desarrollo de conducta agresora⁸⁶.

Por lo tanto, los(as) adolescentes que sufren maltrato necesitan intervención y apoyo lo más temprano posible, en parte, y por lo menos, para intentar reducir el riesgo de que sigan la ruta de la delincuencia.

Para ser más efectivos en cumplir la misión de protección a adolescentes en riesgo, las cortes de justicia juvenil tienen que comprender dos aspectos esenciales de la dinámica psicopatológica del maltrato: por un lado, el rol de la exposición a eventos traumáticos en la vida de los niños, niñas y adolescentes y, por otro, comprometer recursos e intervenciones que enfrenten el estrés traumático de estas personas⁸⁷.

1.2. Dimensión del maltrato infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2006, estima que 40 millones de niños y niñas sufren violencia en el mundo. La mayoría de los que son sometidos a castigos corporales se encuentra entre los 2 y los 7 años de edad, siendo esto más frecuente entre los 3 y los 5 años. Por otro lado, de las muertes por maltrato, un 85% son clasificadas como accidentales o indeterminadas⁸⁸.

Los resultados de una revisión sistemática de los estudios confirman que los niños(as) con discapacidad tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia que sus pares que no son discapacitados⁸⁹.

1.2.1. Datos de América Latina⁹⁰

Los diversos estudios en América Latina sobre maltrato infantil han tenido como finalidad contar con cifras que se acerquen a la realidad del fenómeno. Sin embargo, la falta de homologación en las metodologías utilizadas para medir las diferentes formas de maltrato ha impedido tener cifras comparables entre los distintos países. Sin perjuicio de lo anterior, se presentan algunos datos:

- Bolivia: en la Encuesta Nacional de Demografía Plurinacional (2007), realizada en 20.000 hogares de todo el país, se indica que en el 83% de ellos, los niños y niñas son castigados por algún adulto⁹¹.
- Perú: una Encuesta del Ministerio de Salud del año 2000 muestra que el 41% de padres y madres de 15 a 49 años, con hijos menores de 5 años, recurre a los golpes para corregirlos⁹².
- Uruguay: en una muestra polietápica de 1.100 casos (2008) se midió el castigo físico y psicológico. El 82% de los adultos entrevistados reporta alguna forma de violencia psicológica o física hacia un(a) niño(a), en su hogar⁹³.

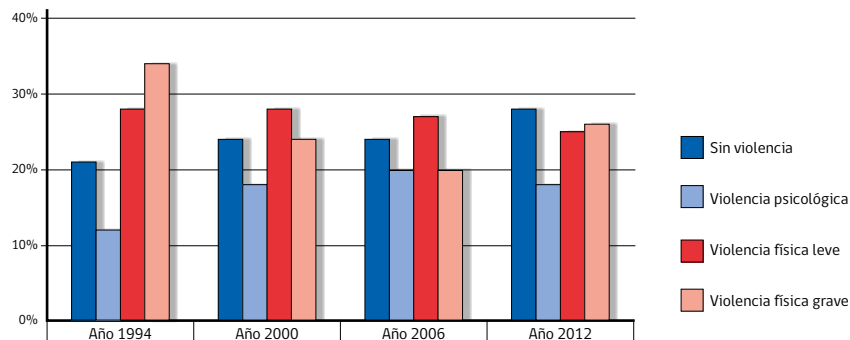
1.2.2. Datos nacionales

En Chile, al igual que en la mayoría de los países del mundo, no existen estudios epidemiológicos de maltrato infantil.

Desde la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño en el año 1990, se han realizado algunos estudios que han permitido dimensionar la gravedad que tiene esta problemática en el país. UNICEF, en los años 1994, 2000, 2006 y 2012⁽¹⁾, ha desarrollado estudios con representación nacional⁹⁴, cuyos hallazgos se resumen en la siguiente tabla.

(1) Los estudios se realizan en la población general, tienen representación a nivel nacional, utilizando muestras comparativas de aproximadamente de 1.500 niños y niñas, entre 12 y 17 años, que cursaban 8º básico, de establecimientos municipalizados, particulares subvencionados y particulares.

Gráfico N° 1: Comparación (%) de los tipos de violencia en niños(as) en los cuatro períodos estudiados por UNICEF (1994 -2000 - 2006 - 2012)⁹⁵



En el análisis de estos resultados se puede observar que los cuatro estudios muestran que un alto porcentaje de niños y niñas de nuestro país ha sido víctima de alguna forma de maltrato de parte de sus padres y/o cuidadores.

Las cifras del último estudio, del año 2012⁹⁶, muestran que un 71% de los niños y niñas entrevistados(as) ha recibido algún tipo de violencia por parte de sus padres y que un 51,5% ha sido víctima de violencia física. En este mismo estudio, un 25,9% ha sufrido violencia física grave, lo que muestra una disminución de esta forma de violencia, comparando con la medición del año 1994, en que esta ascendía a un 34%. En cuanto a maltrato físico grave, en los años 2006 y 2012 se han mantenido las cifras.

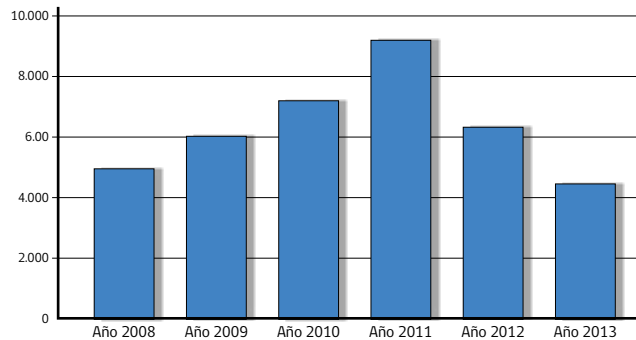
Información de las instituciones que intervienen en la problemática del maltrato en Chile

Otra fuente importante de información sobre la magnitud del problema, la constituyen los registros que tienen las diferentes instituciones que atienden a niños, niñas y adolescentes que son víctimas de maltrato. En Chile, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, no existe un registro único, encontrándose información parcial emitida por cada institución involucrada en la problemática, sin protocolos comunes de detección, ni abordaje.

A pesar de lo anterior, resulta relevante conocer esta información para tener una panorámica de las implicancias en la vida de la población afectada y su impacto en las políticas públicas. En la siguiente sección se presentan los datos estadísticos de distintas reparticiones del Estado que trabajan desde diferentes ámbitos con niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato.

a) Sector público de salud

La siguiente tabla muestra los datos de la población menor de 18 años que está en control en el sistema de salud y que ha sido diagnosticada como víctima de maltrato.

Gráfico N° 2: Ingresos al programa salud mental por maltrato, 0- 19 años, serie 2008-2012 (DEIS - MINSAL)

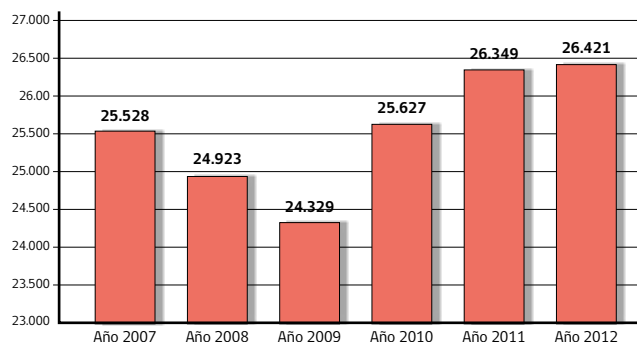
Los datos aportados por el Ministerio de Salud muestran que, pese a que se ha evidenciado un descenso en el año 2012 de niños, niñas y adolescentes en los que se ha diagnosticado alguna forma de maltrato, hubo un aumento progresivo de la población bajo control entre los años 2008 y 2011, que puede deberse a la mayor detección que realiza el sector salud. Sin embargo, la información recabada por el sistema estadístico de MINSAL no permite saber cuántas atenciones recibió cada niño(a), y no otorga información sobre la asociación del maltrato con otros problemas de salud y/o psicosociales.

b) Servicio Nacional de Menores

Los datos estadísticos de atención del Servicio Nacional de Menores (SENAME) que se presentan a continuación fueron extraídos de los Boletines Estadísticos de esa institución de los años 2007 al 2012⁹⁷. Los gráficos consideran a todos los niños, niñas y adolescentes que, en su causal de ingreso, indican algún tipo de maltrato o que registran diagnóstico de maltrato (testigo de violencia intrafamiliar, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia), aunque su causal de ingreso sea por otro motivo.

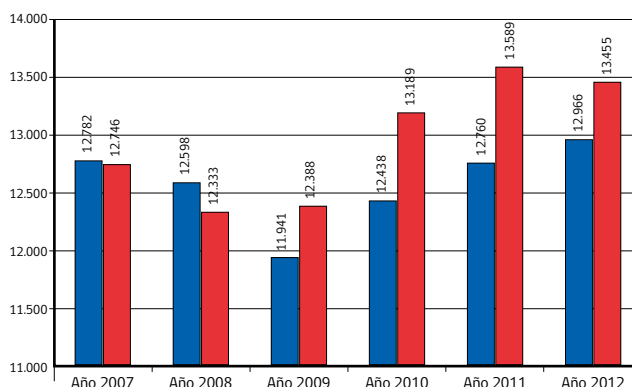
Los datos presentados en los distintos años son comparables entre sí, ya que corresponden a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el sistema SENAME, en un día determinado.

Gráfico N° 3: Total de niños, niñas y adolescentes de la Red SENAME, que presentan registro de maltrato 2007 - 2012⁽²⁾



El número de niños, niñas y adolescentes que se atiende en la Red SENAME y que presenta registro de maltrato se mantiene relativamente estable entre los años 2007 y 2012, al igual que el porcentaje de registro de maltrato respecto del total de las causales de ingreso o de diagnóstico.

Gráfico N° 4: Niños, niñas y adolescentes de la Red SENAME que presentan registro de maltrato, según sexo



Fuente: Departamento estadísticas SENAME.

En los años 2007 y 2008 se observa un porcentaje levemente superior de niñas que presentan registro de causal de ingreso o diagnóstico de maltrato, mientras que entre los años 2009 y 2012 esta diferencia se revierte.

(2) Se excluyen de este análisis los registros de abuso sexual, estupro, explotación, sodomía y violación.

c) Denuncias en Carabineros

Es importante considerar que las cifras que entrega Carabineros de Chile se refieren específicamente a denuncias, por ese motivo, pueden aparecer menos casos en los menores de 14 años, ya que a menor edad, mayor es la dificultad de los niños y niñas de hacer este tipo de imputaciones de forma independiente de los adultos, que suelen ser los que ejercen maltrato. En todo caso, es importante relevar que las denuncias han aumentado entre el año 2005 y el 2011 casi 4 veces.

Tabla N° 2: Denuncias por violencia intrafamiliar con lesiones leves, 2005 - 2011, Carabineros de Chile

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Menores de 14 años	1.201	2.017	2.619	3.337	3.730	3.974	4.736
14 - 17 años	1.703	2.699	3.508	4.495	5.087	5.355	6.296
TOTAL	2.904	4.716	6.127	7.832	8.817	9.329	11.032

Fuente: Sistema AUPOL - Partes de denuncias y detenciones.

Las denuncias por violencia intrafamiliar con lesiones leves son cerca de 30 veces superiores a las de violencia intrafamiliar con lesiones graves y, en estas últimas, desde el año 2006 al 2011 no existen diferencias significativas en las denuncias por edad.

Tabla N° 3: Víctimas de violencia intrafamiliar con lesiones menos graves, graves o gravísimas, 2005 - 2011, Carabineros de Chile

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Menores de 14 años	95	158	169	214	204	201	201
14 - 17 años	58	145	171	228	235	205	206
TOTAL	153	303	340	442	439	406	407

Fuente: Sistema AUPOL - Partes de denuncias y detenciones.

Si bien no es posible distinguir de acuerdo al tipo de lesiones (tabla N° 3), resulta relevante el número de niños y niñas que presentan denuncias por lesiones en el contexto de violencia intrafamiliar. Aunque se observa entre los años 2005 y 2008 una tendencia de alza en el número de denuncias, entre los años 2009 y 2011 hay cierta disminución.

1.3. Alcance de la guía

1.3.1. Pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que son víctimas de maltrato por parte de sus madres, padres, cuidadores(as) u otro familiar que tenga una relación de convivencia cotidiana, inscritos y atendidos en los centros de salud del nivel primario de atención y en los servicios de urgencia.

1.3.2. Usuarios(as) de la guía

Profesionales médicos(as), enfermeras(os), matronas(es), trabajadoras(es) sociales, psicólogos(as) y técnicos(as) paramédicos(as) que en su quehacer diario atienden niños, niñas y adolescentes.

1.4. Declaración de intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales solo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso y están sujetos a cambios, conforme al avance de la evidencia científica.

No obstante lo anterior, se sugiere que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía sean debidamente fundadas en los registros del paciente. En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo.

Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden, de hecho, ser ineficaces, pero otras resultan altamente eficaces aunque quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

2. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

Propósito

Contribuir a la protección y minimización de las consecuencias del maltrato infantil, a través de una detección, atención oportuna y efectiva a niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia por parte de familiares o cuidadores(as).

Objetivo general

Facilitar en el nivel primario de atención y en servicios de urgencia, la detección y primera respuesta por parte de profesionales y técnicos, a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años víctimas de maltrato por parte de sus madres, padres, cuidadores(as) u otro familiar con quien mantenga una relación de convivencia cotidiana.

Objetivos específicos

- 1.- Entregar elementos teóricos, prácticos y legales para la comprensión integral del maltrato infanto-adolescente, que permitan la detección temprana del maltrato.
- 2.- Otorgar herramientas teóricas, prácticas y legales para dar una primera respuesta oportuna en situaciones de maltrato infanto-adolescente, orientada a la detención del maltrato y protección de las víctimas.
- 3.- Difundir elementos que promuevan la participación e integración del equipo de salud en redes locales, que faciliten el abordaje intersectorial y comunitario del maltrato y la violencia intrafamiliar.

3. SÍNTESIS DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES⁽³⁾

3.1. Preguntas abordadas en la guía

- ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para la prevención universal del maltrato físico, psicológico y/o emocional, negligencia y zamarreo de niños y niñas desde la gestación hasta los 18 años?
- ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de maltrato físico, psicológico y/o emocional y negligencia, desde la gestación hasta los 18 años, en contextos de salud de atención primaria y servicios de urgencia?
- ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de maltrato físico, psicológico y/o emocional, y negligencia en niños(as) desde la gestación hasta los 18 años, en contextos de salud de atención primaria y servicios de urgencia?
- ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el tratamiento de maltrato físico, psicológico y/o emocional, y negligencia en niños(as) desde la gestación hasta los 18 años?

3.2. Prevención universal de maltrato

3.2.1. Síntesis de evidencia en prevención de maltrato

En el ámbito de la prevención universal, las campañas mediáticas para sensibilizar a la población sobre el maltrato infantil son consideradas como relevantes en cualquier estrategia que se desee implementar para su prevención, existiendo estudios que demuestran efectos positivos, pero de moderada magnitud⁹⁸.

Las estrategias mejor evaluadas y con mayor nivel de evidencia de resultados positivos⁽⁴⁾ (en la calidad de la interacción y en el mejoramiento de la conducta infantil) son los denominados programas de habilidades de crianza grupales (Parenting programmes). Si bien existen de diversas características y formatos, todos implican un aprendizaje interactivo y utilizan una metodología en la cual los facilitadores del programa enseñan a los padres y cuidadores comportamientos, principios y habilidades de crianza (por ejemplo, el juego, la alabanza, las recompensas, la disciplina), que luego estos practican en casa. La mayoría de ellos están basados en enfoques conductuales y cognitivo-conductuales^{99 100 101}.

(3) Ver Anexos 1 y 2.

(4) Meta análisis y revisiones sistemáticas cualitativas de ensayos clínicos aleatorizados y cuasi aleatorizados.

Los elementos clave de la eficacia de estos programas incluyen aprender cómo y cuándo usar habilidades de crianza positiva, observación, modelamiento de conducta, ensayo conductual, a través de juego de roles, discusiones grupales, tareas en casa, utilizar los pares como apoyo y replanteo de percepciones cognitivas inútiles o negativas acerca de su niño o niña¹⁰².

La Agencia de Salud Pública y Bienestar de Canadá (Public Health Agency of Canadá) ha desarrollado, a partir del año 1980, un programa de educación para padres denominado "Nadie es Perfecto". Este programa ha sido incorporado en la ejecución del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial de Chile, Crece Contigo, desde el año 2010.

En un estudio pre y post intervención de este programa, con una lista de espera no equivalente al grupo de control, las madres y padres que participaron en el programa señalaron que habían tenido cambios positivos. Entre ellos, un incremento en el uso de técnicas positivas de disciplina no violenta; la utilización de la situación problema como fuente de aprendizaje; darle al niño o niña alternativas de conductas aceptables y explicarle, calmadamente, lo que está haciendo mal¹⁰³.

También se evidenció menor uso de técnicas violentas, tales como palmadas, sobrepasarse en el enojo y gritar cuando el niño o niña está haciendo algo que a los padres no les gusta. Es destacable mencionar que ambas líneas se mantenían o continuaban mejorando a través del tiempo¹⁰⁴. El programa también mejoraba las habilidades de los participantes para enfrentar situaciones estresantes de la paternidad y solucionar problemas. Asimismo, traía mejoras en la percepción de apoyo social, la confianza en la auto-eficacia de los adultos y el conocimiento de los padres y madres en el uso de los recursos de la comunidad al servicio de las familias^{105 106}.

Dentro de los programas de prevención selectiva que cuentan con mayor número de evaluaciones y con mejor nivel de evidencia de resultados positivos⁽⁵⁾, se encuentra Triple P (Positive Parenting Program), en su dimensión de mejorar las habilidades de crianza de padres/madres y en la reducción de la incidencia poblacional de maltrato infantil^{107 108 109 110}. Sin embargo, estos estudios están realizados en muestras muy pequeñas que afectan la significancia estadística¹¹¹.

Se han evaluado con relativa frecuencia diversas intervenciones de profesionales de enfermería en formatos variados, entre las que destacan los programas de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras en el período perinatal para madres primerizas en familias de alto riesgo (menores de 19 años, estatus mono parental y nivel socioeconómico bajo), los que han logrado una reducción en la incidencia del maltrato infantil y de negligencia. Estos resultados están respaldados por revisiones sistemáticas de ensayos controlados randomizados. Entre estos programas se destaca el Nurse Family Partnership^{112 113 114}.

(5) Meta análisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorizados.

Otros programas que han demostrado tener impacto en la prevención de maltrato, aunque con un menor nivel de evidencia, son el Parent Education Program y el Child Parent Centers^{115 116}.

Específicamente en el tema de la prevención del síndrome del lactante zamarreado, se identificó el programa PURPLE que, con un buen nivel de evidencia⁽⁶⁾, ha probado mejorar los conocimientos de las madres acerca de las características del llanto infantil y aumentar la conducta de alejarse ante un llanto inconsolable, aunque sin demostrar impacto en indicadores de incidencia de este síndrome. Otras intervenciones con uso de material audiovisual específico se han utilizado para prevenir este síndrome, con similares resultados^{117 118 119}.

No hay evidencia disponible sobre prevención universal de maltrato durante el período de la gestación, ni en población adolescente.

3.2.2. Recomendaciones para prevención de maltrato

Los medios de comunicación tienen un importante rol para formar opinión e influir en normas sociales que pueden afectar el comportamiento. Se recomienda trabajar en abogacía y difusión social, relevando los siguientes temas que ayudarían a prevenir la violencia contra los niños y niñas en la familia¹²⁰:

- Los derechos del niño(a), incluidos el derecho a la protección contra todas las formas de violencia.
- Las consecuencias perjudiciales del castigo físico y otras formas de crianza crueles, y la necesidad de que los padres y madres construyan relaciones basadas en el buen trato y en técnicas de disciplina positiva, no violenta.
- La sensibilidad especial que se debe tener con grupos de púberes y adolescentes.
- El papel de los hombres y los niños en la prevención de la violencia, y de la importancia de la participación activa del hombre en la crianza.
- La violencia basada en el género.
- Las consecuencias mortales del zamarreo infantil.
- La importancia del buen trato hacia los niños y niñas durante la pubertad y adolescencia.
- Difusión de servicios de ayuda telefónica en temas de crianza para las familias con niños pequeños, por ejemplo, Fono infancia, y la consulta a especialistas del programa educativo masivo de www.crececontigo.cl

Se recomienda además:

- La participación de la población universal o selectiva en grupos de educación para padres desde la gestación. En la atención primaria de la red pública de salud se cuenta con talleres prenatales y, después del nacimiento, con el taller de competencias parentales “Nadie es Perfecto”, enfocado a familias con niños y niñas menores de 5 años.

(6) Ensayos clínicos aleatorizados, no aleatorizados y estudios observacionales.

- Fomentar la participación en intervenciones de educación grupal para mejorar las habilidades de crianza en padres, madres y cuidadores(as) de púberes y adolescentes.
- Aumentar la cobertura del Control de Salud Integral de Adolescentes (Control de Salud Joven Sano). Esta es una acción específica de salud integral, innovadora y complementaria, que permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo, además de identificar precozmente los factores protectores, de riesgo y problemas de salud. También posibilita intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo. Se utiliza como un apoyo al instrumento de registro en la ficha CLAP, que permite recopilar y registrar un elevado nivel de información respecto a factores de riesgo y protectores involucrados en la salud de adolescentes y jóvenes, incluidas situaciones de violencia¹²¹.

La tabla de síntesis de evidencia y grado de recomendación se encuentra en anexo N° 2.

3.3. Detección de maltrato

La detección de una situación de maltrato durante la atención de salud se refiere a la identificación de los signos y señales que pueden alertar al equipo de salud sobre la existencia de esta problemática. La detección es el primer paso para la interrupción del maltrato que puede estar viviendo un niño, niña o adolescente.

Mientras más temprana y precoz es la detección, mayores son las posibilidades de tener resultados exitosos, es decir, detener la situación de maltrato y prevenir sus consecuencias, puesto que se sabe que el potencial de daño para el niño o la niña aumenta en función de la frecuencia y gravedad de la violencia¹²².

Es sabido que la detección del maltrato infantil y adolescente muestra tasas muy bajas y que los esfuerzos para mejorar este proceso pueden ser más efectivos si se focaliza en las instituciones involucradas con la atención de esta población. De ahí que el equipo de salud que atiende a este grupo etario tiene el enorme desafío de realizar una detección activa del maltrato.

En las atenciones de salud, la clínica no siempre es tan clara para afirmar que se está frente a una situación de maltrato o negligencia infantil en el contexto familiar. Las víctimas generalmente no reportan espontáneamente estas situaciones por sí solas, ya sea por su edad o sus condiciones de desarrollo; o porque tanto los padres o cuidadores(as), como los propios niños, niñas y adolescentes, no tienen conciencia de estar insertos en una dinámica abusiva y de violencia; o bien, porque existe una negación ante el equipo de salud de la situación de violencia o por las propias barreras que tiene el equipo para su detección.

Existen además otros factores que afectan la detección del maltrato infantil, tales como las circunstancias en que se desarrolla la atención, si el niño o la niña está solo(a) o no, si el profesional o técnico tiene una actitud receptiva y empática en la atención, de tal modo que facilite abordar temáticas de este tipo, y el tiempo que se dispone para la atención, entre otros. Además, el maltrato infantil no necesariamente deja huellas físicas, y cuando estas existen, muchas veces ha transcurrido tiempo entre la agresión y la consulta.

Por estas razones, no se puede esperar que sean los niños, niñas y adolescentes ni sus familias quienes soliciten ayuda espontáneamente por este motivo específico.

Es el equipo de salud el que debe estar sensibilizado y atento frente a los signos y señales que puedan dar cuenta de una situación de maltrato en cualquiera de sus formas. Para ello, debe asegurarse que este tenga un nivel adecuado de información, comprensión y preparación para abordar oportuna y efectivamente este problema.

3.3.1. Síntesis de evidencia en detección de maltrato

Son escasos los estudios que muestren la efectividad de los instrumentos existentes para detectar el maltrato y que aporten evidencias con resultados positivos en el ámbito de la salud. Además, al analizar las pocas investigaciones de buena calidad encontradas, se observa que los resultados son poco alentadores.

Instrumentos de detección

Una revisión sistemática cualitativa⁽⁷⁾, en la que se estudió la implementación de flujogramas decisionales en la atención ante la sospecha de maltrato físico en servicios de urgencia en Canadá, mostró un aumento en la detección de lesiones físicas no accidentales en niños y niñas^{123 124}.

Otra revisión sistemática cualitativa de buena calidad metodológica¹²⁵ revisó 220 estudios, aunque solo ocho fueron seleccionados por cumplir los criterios de evaluación prospectiva de estandarización del instrumento. Estas investigaciones evaluaron instrumentos estandarizados, que pueden ser administrados a familias durante el periodo prenatal o postnatal, para predecir maltrato infantil posterior.

La mayoría de los instrumentos medidos en estos estudios metodológicamente rigurosos, tuvieron una sensibilidad superior al 50%; lo que indica que más de la mitad de los niños(as) maltratados se incluyeron en el grupo de alto riesgo. Sin embargo, estos tuvieron un valor

(7) De estudios prospectivos con limitaciones metodológicas y estudios observacionales de corte transversal.

predictivo positivo menor que un 50%, lo que significa que la mayoría de los niños clasificados como de riesgo alto, no eran maltratados, generando falsos positivos y riesgo de estigmatización en las familias.

Específicamente, entre todos los instrumentos estudiados, solo dos de estos se destacan porque obtuvieron valores de sensibilidad entre el 38% y el 100%, de especificidad por encima del 80% y de valor predictivo positivo de más de un 25%: el Dundee Family Service Indicator (DFSI)¹²⁶ y el Family Psycho Social Risk Inventory¹²⁷.

Estos resultados muestran que estos instrumentos tienen un alto nivel de precisión en cuanto a la sensibilidad y la especificidad para, al menos, un resultado medido, por ejemplo: remisiones con el equipo de protección social o admisiones sociales al hospital, confirmación de maltrato por parte de los servicios sociales y casos manifiestos de maltrato. Sin embargo, los valores predictivos positivos que arrojan son bajos, alcanzando el valor más alto el DFSI, con un 48%, esto significa que más de la mitad de las familias que han sido diagnosticadas como de riesgo, en realidad no presentaban maltrato.

Otra revisión sistemática en el Reino Unido, que incluyó 66 estudios¹²⁸ de calidad metodológica heterogénea, revisó la efectividad de aplicar screenings de maltrato a niños de 0 a 18 años, a través de tests de detección clínica y de protocolos de detección y concluyó que: **Mejorar la detección, a través de la evaluación clínica, es más útil que usar protocolos para mejorar la detección de niños maltratados físicamente que recurren a las salas de atención por accidentes o emergencias.**

No hay evidencia que sostenga que un test pueda ser altamente predictivo para maltrato físico, ni que agregar un protocolo de screening a la detección en la evaluación clínica ofrezca mayores beneficios, lo que trae aparejado el riesgo de detectar casos falsos positivos que exceden a los casos de maltrato.

El protocolo más efectivo fue referir a cada niño(a) o adolescente con daño físico que tenía antecedentes psicosociales de riesgo a un servicio especializado de detección. Lo mismo confirman otra revisión sistemática de screenings en servicios de urgencia¹²⁹ y una revisión en el contexto de la atención primaria¹³⁰, enfatizando que la mayoría de los instrumentos de detección de maltrato infantil o negligencia están dirigidos a los padres, especialmente a mujeres embarazadas y durante el postparto, pero no hay estudios que evalúen a los niños(as) y adolescentes directamente, lo que dificulta mucho la fidelidad de la información.

En el ámbito de la violencia de pareja, una revisión sistemática norteamericana¹³¹ concluyó que no hay evidencia que el screening tienda a disminuir el maltrato o la muerte prematura en los hijos(as), puesto que este aumenta la cantidad de casos de sospecha, pero no necesariamente la cantidad de casos de maltrato confirmados.

3.3.2. Recomendaciones para la detección de maltrato

De acuerdo a la evidencia disponible, no es posible recomendar instrumentos de detección de maltrato en niños, niñas ni adolescentes en el ámbito de los servicios de urgencia y de la atención primaria en salud, por los bajos resultados de los valores predictivos.

Se sugiere que los instrumentos disponibles con los mejores valores en sensibilidad, especificidad y valores predictivos se usen en contextos de investigación protegida, y no como determinantes de consecuencias legales; y que se tome en cuenta toda la problemática asociada a la estigmatización de familias en los casos falsos positivos.

Respecto al uso de flujogramas decisionales en salud, se puede afirmar que:

- El protocolo más efectivo es derivar a cada niño(a) con daño físico y presencia de factores de riesgo psicosocial a un equipo con competencias en detección.
- Se debe fortalecer el seguimiento de casos de niños(as) con sospechas de maltrato, pero que no tienen factores de riesgo asociados o antecedentes suficientes requeridos para ser referidos a servicios especializados.
- Mejorar la detección a través de la evaluación clínica, es más útil que usar protocolos.
- Muchos profesionales expresan la necesidad de contar con el apoyo preferente de profesionales con mayores competencias en el tema para realizar adecuadamente la detección, primera respuesta y seguimiento en los casos de sospecha de maltrato.
- Las instituciones que atienden a niños(as) y adolescentes son los ámbitos propicios para realizar detección de maltrato y negligencia. Por lo tanto, los equipos de salud que atienden a familias tienen una gran oportunidad para realizar la detección activa.
- La tabla de síntesis de evidencia y grado de recomendación se encuentra en anexo N° 2.

3.3.3. Barreras de los equipos de salud para detectar maltrato y negligencia infantil

Es frecuente encontrar barreras en profesionales y técnicos que pueden explicar parcialmente las bajas tasas de detección de maltrato. Se describen en la literatura una serie de resistencias cognitivas y emocionales que deben ser trabajadas con los equipos para fomentar la detección activa¹³². Entre ellas figuran:

- Sentir desagrado o incomodidad frente al tema.
- Tener temor a avergonzar a los padres o cuidadores.
- Sentir miedo a perder una relación positiva con la familia que ya está al cuidado del profesional de salud.
- Manifestar preocupación por dejar pasar algún trastorno que sea tratable.
- Dividir la relación entre el paciente adulto y el niño(a) y quebrar la confidencialidad.
- Pensar o sentir que las razones por las que el maltrato pudo haber ocurrido son válidas y creer que el padre/madre o cuidador no tuvo la intención de dañar al niño/niña.

- Tener miedo a la pérdida de control sobre el proceso de protección del niño(a) y dudas sobre sus beneficios.
- Estar estresado(a).
- Temer por la seguridad personal.
- Sentir miedo a la venganza por parte de la familia.
- Tener una propia historia de violencia.
- Sentir inseguridad para enfrentar el tema.

A pesar de lo anterior, la atención en salud es un escenario privilegiado para que los equipos, en sus quehaceres habituales, realicen una detección activa del maltrato y negligencia.

Cada profesional y técnico de salud debe entonces¹³³:

- Examinar y tomar consciencia de sus propias creencias y actitudes hacia el maltrato y la violencia.
- Revisar el grado de información y comprensión que tiene frente al problema.
- Revisar la propia experiencia de violencia o abuso vivida tanto en el pasado como en el presente, y cómo ello afecta su propia salud física y mental.
- Reconocer cómo la experiencia personal influye en la forma de aproximarnos al maltrato y a la relación con personas que sufren o ejercen violencia al interior de la familia.

Cuando el personal de salud está interferido por prejuicios o experiencias dolorosas y no tiene los conocimientos necesarios para abordar las situaciones de maltrato hacia los niños, niñas y adolescentes, puede involuntariamente favorecer la perpetuación de esta problemática.

3.3.4. ¿Dónde se realiza la detección en salud?

La detección del maltrato infantil y la negligencia pueden ser detectadas en los diferentes servicios y en las distintas prestaciones de salud. Sin embargo, se distinguen, a continuación, algunas prestaciones que constituyen una oportunidad excepcional para la detección del maltrato por su especificidad, periodicidad y/u oportunidad, como se describe en la tabla N° 4.

Tabla N° 4

Nombre de la prestación	Atención en salud	Foco de la detección
Control de la gestación	El control de la gestación que en Chile se realiza sobre un 90% de las mujeres embarazadas y en forma muy temprana, es una oportunidad para la detección de factores de riesgo asociados al maltrato, en la etapa de gestación y con posterioridad al parto.	Resulta especialmente relevante evaluar si el embarazo es deseado o no; además de la presencia de factores de alto riesgo obstétrico, el estado nutricional de la madre y del feto, la presencia de violencia de género por parte de la pareja y el consumo de sustancias tóxicas: drogas, alcohol y tabaco, entre otros. Aplicar la Escala Psicosocial Abreviada (EPSA) en el primer control de la gestación.
Control del niño y la niña sano/a Control de Salud integral en adolescentes "Control de Joven sano".	Esta prestación ofrece periodicidad y continuidad en la vigilancia integral de la trayectoria del niño, niña y adolescente, por lo que permite una precoz detección de las situaciones de maltrato y la realización de acciones preventivas con la familia o cuidadores(as) y la comunidad.	Se recomienda en control sano realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico completo, evaluación nutricional. • Evaluar presencia de signos o síntomas de maltrato o negligencia; consignar causa y analizar si existe evidencia en el examen que haga sospechar de maltrato o negligencia. • Evaluar la consistencia del relato que explique presencia de signos y síntomas de maltrato, dada la edad, nivel de desarrollo y credibilidad del relato.
Consulta de morbilidad	En toda consulta por enfermedad del niño, niña y/o adolescente debe haber una apertura a la pesquisa del maltrato por parte de los médicos(as).	Esta actividad permite confrontar el motivo de consulta, el examen clínico con la sospecha o evidencia de maltrato. Un número importante de niños, niñas y adolescentes son llevados a consulta por otros motivos o por causas que son consecuencias del maltrato recibido.
Control de nutrición	En esta prestación es también posible la detección de diferentes tipos de maltrato, principalmente asociados al estado nutricional.	Esta atención facilita el diagnóstico de algunas formas de maltrato, como la negligencia y el abandono.
Servicios de Urgencias	A este servicio concurren niños, niñas y adolescentes que presentan lesiones y otras condiciones de salud de carácter agudo y grave; por este motivo, es necesario dilucidar la existencia de maltrato o negligencia. Considerando que los casos de maltrato grave no asisten a otras formas de atención en salud, en algunas ocasiones esta puede ser la única oportunidad para detectar la violencia.	Evaluar la consistencia del relato que explique la presencia de signos y síntomas de maltrato, dada la edad, nivel de desarrollo y credibilidad del relato.
Consulta odontológica	Las consultas odontológicas son un espacio propicio para la detección del maltrato.	Cuando se consulta por dientes fracturados y lesiones en la boca se requiere indagar por situaciones de maltrato. La presencia de caries puede ser un indicador de negligencia.

También es posible realizar una detección de maltrato en otras actividades, tales como visita domiciliaria, intervenciones psicosociales individuales o grupales, talleres de competencias parentales, salas de estimulación y talleres educativos, entre otras.

3.3.5. ¿Cómo se detecta el maltrato?

Si en alguna atención de salud hay signos o síntomas para sospechar maltrato, es recomendable recoger el máximo de información disponible para tomar decisiones y entregar una adecuada primera respuesta cuando corresponda.

Si un(a) funcionario(a) de salud se encuentra con una situación de posible maltrato infantil, puede seguir los siguientes pasos generales¹³⁴.

En consultas:

Escuche y observe la presencia de signos y síntomas

Para identificar una situación de maltrato infantil es necesario obtener información de múltiples fuentes para tener un panorama completo del niño, niña o adolescente. Entre otras, estas fuentes son:

- signos y síntomas de maltrato (descritos en los siguientes capítulos y en el anexo 3: Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil),
- informe o revelación espontánea de maltrato por parte de un niño, niña o adolescente o de una tercera persona,
- apariencia y condiciones generales de salud del niño, niña o adolescente,
- comportamiento del niño, niña o adolescente,
- interacción entre el padre, la madre o cuidadores(as) con el niño, niña o adolescente, y
- cualquier información de maltrato que proporcione un tercero.

Sospeche cuando tenga antecedentes u observe alguno de los indicadores que se presentan en esta guía.

1. Evaluación clínica

Frente a la sospecha de maltrato infantil se tiene que dar paso a una evaluación clínica, que debe ser realizada en conjunto con otro profesional del equipo de salud, considerándose en primer lugar a la persona que ha recibido mayor capacitación en esta problemática y ha sido asignada por el establecimiento para apoyar a los profesionales en esta área.

La evaluación clínica se realiza a través del examen general, la información aportada por la(s) persona(s) acompañante(s) del niño, niña o adolescente, y otras fuentes de información que puedan aportar antecedentes relevantes, tales como la escuela, jardín, sala cuna, familia, entre otras.

Recoger la mayor cantidad de información que sea posible de la madre, tutor o acompañante, y del mismo niño, niña o adolescente, facilita a los integrantes del equipo tomar las mejores decisiones y medidas de protección e intervención.

Para facilitar el diálogo y lograr obtener la mayor cantidad de información se requiere:

- Hacer preguntas claras y directas.
- No emitir juicios descalificadores.
- Evitar actitudes intolerantes, amenazadoras.
- Explicitar la disposición del profesional o técnico de salud para brindar apoyo a la familia.
- Resguardar la privacidad de los padres o acompañantes.

En esta etapa es importante:

- Indagar las explicaciones que dan los adultos para la condición de salud del niño(a) o adolescente y analizar las inconsistencias entre los signos y síntomas observados y la explicación entregada.
- Buscar otras características de alerta de maltrato en la ficha clínica del niño, niña o adolescente, en el estado que presenta o en la interacción entre el padre, la madre o cuidador(es) con el niño, niña o adolescente, en la actualidad o en el pasado.
- Descartar los malos tratos cuando encuentre una explicación adecuada para los indicadores de alerta.

El principal recurso para el cambio son las personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes; por tal motivo, se debe tener una actitud de búsqueda de información, evitando el enjuiciamiento.

2. Registro

- Registre en la ficha clínica del niño, niña o adolescente exactamente lo que haya sido observado y oído, por quién y cuándo.
- Anote por qué esto podría dar cuenta de una posible situación de maltrato.
- Registre todas las acciones llevadas a cabo.

Si se establece la sospecha, se debe activar la primera respuesta para profundizar en los antecedentes y actuar en concordancia.

3.3.6. Detección de maltrato físico^{135 136 137 138 139 140}

¿Cuándo buscar indicadores de maltrato físico?

Se debe evaluar la posibilidad de maltrato físico cuando:

- el motivo de consulta no coincide con los hallazgos clínicos,
- se encuentra una lesión traumática sin explicación convincente o existe contradicción en la versión ofrecida por el o los acompañante(s),
- ha transcurrido un tiempo inexplicable entre el momento de la lesión y la consulta médica,

- existe el antecedente de múltiples y diversos accidentes previos, y
- los mecanismos de producción del daño no son concordantes con la edad del niño, niña o adolescente, ni con su capacidad.

¿Cómo preguntar a los adultos que acompañan a los niños, niñas y adolescentes, frente a la presencia de indicadores?

En el contacto con el o la acompañante del niño, niña o adolescente, se sugiere utilizar preguntas abiertas que ayuden a afinar la evaluación y tener un cuadro general de lo que puede estar ocurriendo. Algunos ejemplos:

- “Cuénteme otra vez, ¿cómo María se rompió los dientes?”. En vez de, “¿Ud. le rompió los dientes a María?”
- “¿Quién estaba con Ud. cuando Juanito se quemó la mano?”. En vez de, “¿Alguien le quemó la mano a Juanito?”
- “Sra. María, cuando un niño o niña presenta este tipo de lesión me indica la presencia de un golpe. ¿Está sucediendo algo en su familia que le gustaría contarme, que explicaría esta lesión?”
- “Me llamaron la atención las mordeduras en el cuello de Pedro. ¿Me podría decir cómo le ocurrieron? ¿Quién lo estaba cuidando en ese momento? ¿Qué estaba ocurriendo antes en su casa?”
- “¿Hay algo que quiera contarme acerca de por qué María tiene tantas cicatrices en su cuerpo?”

¿Cómo preguntar a los niños, niñas y adolescentes, frente a la presencia de signos y síntomas?

Si el niño o niña es preescolar, escolar o adolescente, debe evaluarse la posibilidad de conversar con él o ella sin la presencia de los familiares o acompañantes. Es fundamental resguardar la privacidad, de acuerdo al contexto de la atención. Algunas preguntas que se pueden formular son:

- ¿Quieres contarme qué te pasó?
- ¿Quién estaba contigo cuando ocurrió esto?
- Pedro, ¿cómo ocurrieron estas heridas en tu cara?
- Juan, ¿dónde estabas cuando ocurrieron estas heridas?
- ¿Hay algo que quisieras decirme en relación a lo que te pasó?
- Yo estoy aquí para ayudarte, ¿me quieres contar lo que te pasó?

3.3.6.1. Indicadores de maltrato físico

Para identificar la presencia de maltrato físico ha de cumplirse a lo menos uno de los requisitos que se describen a continuación.

Como mínimo, en una ocasión se ha detectado la presencia de alguno o algunos de los siguientes signos o síntomas:

- Las lesiones físicas no son “normales” en el rango de lo previsible en un niño, niña o adolescente, de su edad y características (ya sea por su mayor frecuencia o intensidad, por ser lesiones aparentemente inexplicables o no acordes con las explicaciones dadas por el niño y/o los padres, etc.) o cuyo mecanismo de producción es discordante con la capacidad que tiene el niño(a) por su edad.
- No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores utilizan castigo corporal (incluyendo palizas), ya sea porque hay un relato del propio niño, niña o adolescente, de un tercero o de los propios padres o cuidadores.

Frente a la sospecha fundada de los siguientes indicadores físicos por parte de profesional no médico, y para la confirmación de las lesiones encontradas, debe asegurarse la atención médica de inmediato, ya sea en el mismo box donde se está atendiendo al niño, niña o adolescente, o mediante derivación de atención inmediata por parte del profesional.

a) Indicadores físicos

1. Lesiones cutáneo-mucosas (hematomas y contusiones, equimosis, heridas inciso o contusas, erosiones y pinchazos)

Se localizan en zonas no habituales y no prominentes (área peri ocular, pabellón auricular, mucosa oral, cuello, zonas laterales de la cara, labios, espalda, tórax, nalgas o muslos, área genital).

En ocasiones, su forma reproduce la señal del objeto con el cual han sido infringidas (correa, hebilla, regla) y se presentan en diferentes estadios de evolución y/o de cicatrización. Pueden ser:

- moretones en forma de una mano, cuerda, palo, marca de apretón;
- moretones en niños y niñas que no tienen movilidad independiente;
- contusiones en la cara (con la excepción de la frente), la espalda, el abdomen, los brazos, las nalgas, las orejas y las manos;
- magulladuras que se ven fuera de las prominencias óseas;
- múltiples contusiones en grupo y uniformes;
- contusiones en el cuello, que pueden deberse a un intento de estrangulamiento; y
- moretones en tobillos y muñecas, que pueden dar cuenta de haber estado amarrado¹⁴¹.

2. Quemaduras¹⁴²

Al presentarse quemaduras, se debe sospechar si:

- La explicación de la lesión está ausente o es inadecuada.
- El niño o niña no tiene movilidad dependiente.
- Las quemaduras están ausentes de salpicaduras y su profundidad es homogénea.

- Se presentan en distintos estadios evolutivos, observándose secuelas en la piel de otras quemaduras anteriores, además de las recientes. Puede tratarse de:
 - quemaduras que se presentan en cualquier área de tejido blando que no se espera que esté en contacto con un objeto caliente en un accidente (por ejemplo, el dorso de las manos, plantas de los pies, las nalgas, la espalda);
 - quemaduras en forma de punta (por ejemplo, cigarrillos, hierro);
 - quemaduras que indican inmersión forzada (por ejemplo, quemaduras en las nalgas, el perineo y las extremidades inferiores), quemaduras en las extremidades en una distribución de guante o calcetín;
 - quemaduras con simetría bilateral (por ejemplo, en las extremidades con una distribución simétrica); y
 - quemaduras en las que se observan bordes nítidos, que reproducen el objeto con que fue quemado (plancha, cigarrillo, radiador, cuerda -por haber estado atado fuertemente-, sartén, en forma de calcetín o de guante si fue por inmersión en líquido caliente).

3. Alopecias traumáticas

Al presentarse alopecias, se debe sospechar ante:

- presencia de zonas de pelo sano combinado con zonas de arrancamiento de pelo de forma intencionada,
- localización en la zona occipital u occipito-parietal,
- diferentes estadios de evolución, manifestados por diferentes larguras de pelo sin explicación aparente, y
- diagnóstico diferencial con enfermedades dermatológicas como tiña o alopecia, producto de enfermedades autoinmunes.

4. Mordeduras

Las mordeduras que pueden revestir sospecha de maltrato:

- Reproducen la arcada dentaria humana en forma circular. Pueden ser recurrentes (aisladas o múltiples).
- Tienen un diagnóstico que difiere de la mordedura de un perro (>3cm de separación entre la huella de caninos) o de autolesión por padecer un trastorno psíquico.

5. Lesiones en las mucosas

- Localizadas generalmente en la mucosa oral: pérdida de dientes; hematomas por introducción de objetos forzosamente.
- Desgarros, hematomas, contusiones en mucosa anal o genital (diferenciar de abuso sexual).

6. Lesiones oculares

Lesiones producidas por el impacto directo en el ojo: hemorragias retinianas, desprendimiento de retina, hemorragias vítreas, edema y opacidad corneal, subluxación del cristalino, atrofia del iris.

7. Lesiones osteo-articulares

- Fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos de consolidación. Asociación con otro tipo de manifestaciones cutáneas de maltrato.
- En huesos largos: traumatismo en las metáfisis debido a golpes violentos, estiramientos y desplazamientos epifisarios.
- En el cráneo: fracturas producidas por fuertes impactos, asociadas a hematomas subdurales por sacudidas violentas, movimiento de balanceo. El llamado "Síndrome del niño zamarreado", que se produce cuando la persona sujeta al niño por el tronco o miembros balanceándolo con fuerza y violencia de atrás hacia delante. La cabeza experimenta movimientos de aceleración y desaceleración con roturas vasculares.
- En costillas y vértebras: producidas por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión forzadas, o por impacto directo.

8. Lesiones neurológicas

- Hematomas subdurales
- Hemorragias subaracnoideas
- Focos de contusión cerebral
- Hematoma epidural y atrofia cerebral

9. Lesiones viscerales

- Contusión y hematoma pulmonar; contusión esplénica y renal; neumotórax; desgarramiento mesentérico y hepático, etc.
- Síntomas: hinchazón y dolor abdominal, dificultad respiratoria, vómitos y/o hemorragias.

b) Indicadores comportamentales en la víctima

- Parece tener miedo a sus padres o cuidadores.
- Cuenta que alguno de sus padres le pega normalmente.
- Se muestra receloso(a) en cuanto al contacto físico con los adultos.
- Se adapta fácilmente con adultos desconocidos.
- Se adapta fácilmente cuando le ingresan en el hospital.
- Demuestra pasividad y comportamiento retraído, tímido, asustadizo; tendencia a la soledad y aislamiento.
- Muestra una actitud de auto culpa y aceptación de los castigos.
- Presenta sentimiento de tristeza y depresión.
- Presenta abuso de drogas y alcohol desde edades tempranas.
- Siente inquietud desmedida por el llanto de otros niños.

c) Indicadores comportamentales en los padres/madres

- Utilizan una disciplina severa, impropia para la edad del niño, niña o adolescente.
- No dan ninguna explicación con respecto a la lesión, o esta es ilógica, no convincente o contradictoria.
- Parecen no preocuparse por su hijo(a).

- Perciben al niño, niña o adolescente de manera negativa.
- Abusan del alcohol u otras drogas.
- Intentan ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de esta.
- Culpabilizan al cónyuge como causante del maltrato.
- Se contradicen mutuamente ante la causa de la lesión.
- Existe un retraso indebido o sin explicación en buscar y proporcionar atención médica al niño, niña o adolescente.

3.3.7. Detección de maltrato psicológico-emocional¹⁴³

En un niño, niña o adolescente víctima de maltrato emocional se puede observar un cambio notorio y evidente de su estado emocional y comportamental, que no se explica por una situación de estrés conocida que no sea parte del maltrato infantil (por ejemplo, pérdida o separación de los padres) o una causa médica.

3.3.7.1. Indicadores de maltrato psicológico

a) Cambios en la víctima

Se puede observar en niños, niñas y adolescentes que viven maltrato emocional:

- pesadillas recurrentes con temas similares,
- alto grado de angustia,
- comportamiento marcadamente oposicional, y
- retraimiento.

Todos estos signos o síntomas de maltrato deben conceptualizarse, según edad y fase de desarrollo evolutivo (tabla N°5)¹⁴⁴:

Tabla N° 5

Indicadores primera infancia (0 - 6 años)	Indicadores segunda infancia (6 - 12 años) y adolescencia
Niños que no fijan la mirada, expresión de mirada perdida (a partir de los 4 meses)	Enfermedades o trastornos psicómaticos, cefaleas, dolores abdominales, trastornos de la alimentación
No reacciona a la voz (a partir del 5° mes)	Retraso en todas o en algunas áreas madurativas y del desarrollo
No responde al abrazo (a partir del 5° mes)	Disminución de la capacidad de atención
No distingue a la madre, mediante la sonrisa (a partir del 5° mes)	Niños, niñas, adolescentes que asumen responsabilidades de adulto, que hacen de padre/madre de otros niños
Al mostrarle objetos no los intenta coger (a partir de los 7 meses)	Niños y niñas que tienen discursos o conductas demasiado infantiles (chuparse el dedo, mecerse constantemente)
No llora cuando la madre lo deja con extraños (a partir de los 12 meses)	Falta de respuesta afectiva hacia los padres
No balbucea (a partir de los 10 meses)	Niños, niñas y adolescentes asustados, atemorizados
No reconoce cuando llaman al papá o mamá y no los busca (a partir de los 18 meses)	Ausencia de respuestas a estímulos sociales
No reconoce su nombre (a partir de los 14 meses)	Inhibición en el juego
No imita gestos sencillos (a partir de los 14 meses)	Ausencia de autoestima
No realiza un juego interactivo (a partir de los 4 años)	Niños, niñas y adolescentes excesivamente complacientes, pasivos, nada exigentes
No identifica partes de su cuerpo cuando se le señalan (ojo, nariz) (a partir de los 2 años)	Excesiva ansiedad o rechazo frente a las relaciones psicoafectivas
No reproduce secuencias de la vida diaria (a partir de los 2 1/2 años)	Comportamientos repetidamente negativos
No identifica objetos dibujados (a partir de los 2 años)	Escasa capacidad de respuesta a situaciones conflictivas
Niños, niñas con conductas de adultos, hacen de padres y madres	Relaciones sociales escasas y/o conflictivas con sus iguales
Niños, niñas con conductas excesivamente infantiles (chuparse el dedo, mecerse constantemente)	Aislamiento
Niñas, niños tímidos, asustadizos, pasivos (a partir de los 11 meses)	Conductas compulsivas o de autoagresión
Irritabilidad permanente (a partir de los 8 meses)	Intentos de suicidio
Excesiva ansiedad o rechazo frente a las relaciones psicoafectivas	
Comportamiento opositor en etapas no adecuadas (a partir de los 2 años)	

b) Indicadores en los padres, madres o cuidadores(as)

- Rechazo: el relato que los padres hacen de su hijo o hija implica un menosprecio, una descalificación.
- Utiliza(n) frecuentemente apelativos de desprecio hacia el niño, niña o adolescente y a sus logros. Lo(a) desvalorizan.
- Transmite(n) constantemente al niño, niña o adolescente una valoración negativa de sí mismo(a).
- Trata(n) de manera desigual a los hermanos.
- Se niega(n) a hablar con el niño, niña o adolescente
- Somete(n) al niño(a) a humillaciones verbales y críticas excesivas. Lo(a) insulta(n), se burla(n) de él o ella.
- La madre no nombra al niño, niña o adolescente. En su discurso el niño no tiene un lugar (no dice "mi hijo"). No llama al niño, niña o adolescente por su nombre.
- Identifica(n) negativamente conductas del niño(a) como conductas iguales a las de otra persona (por ejemplo, "Eres igual que tu padre").
- Atemorizar: se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño(a) continuamente con castigos desmedidos. También se puede atemorizar creando hacia él o ella unas expectativas inalcanzables con amenaza de castigo por no alcanzarlas. Amenazar al niño, niña o adolescente con un castigo extremo y siniestro; o a exponerle a la humillación pública. Crear en el niño, niña o adolescente un miedo intenso.
- Mantiene(n) hacia el niño, niña o adolescente expectativas inalcanzables, castigándole por no alcanzarlas. Lo(a) sobre exigen. Asigna(n) al niño, niña o adolescente, responsabilidades excesivas o no adecuadas a su edad.
- Utiliza(n) abuso pedagógico, disciplina excesiva.
- Se burla(n) del niño, niña o adolescente.
- Utiliza(n) gestos y palabras exagerados para intimidar, amenazar o castigar.
- Fuerza(n) al niño, niña o adolescente a elegir entre dos padres enfrentados.
- Exige(n) la respuesta del niño, niña o adolescente a demandas contradictorias de los padres/tutores.
- Aislamiento: se refiere a privar al niño, niña o adolescente de las oportunidades para establecer relaciones sociales.
- Deja(n) al niño, niña o adolescente solo durante largos períodos de tiempo.
- Le niega(n) la relación con adultos.
- Castiga(n) sus iniciativas de relación con otro niño, niña o adolescente. Le prohíbe(n) invitar a otros niños a su casa.
- Lo(a) sacan de la escuela.
- Le prohíbe(n) participar en actividades de ocio, deportivas o extraescolares.
- Hace(n) del niño, niña o adolescente el objeto exclusivo de la vida del adulto.
- Viven violencia doméstica extrema y/o crónica: se producen de manera permanente situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño(a).
- Utiliza(n) al niño, niña o adolescente como intermediario de descalificaciones mutuas y reproches entre los padres.

- Existe incapacidad de los padres para proteger al niño, niña o adolescente, manteniendo el conflicto en la privacidad de la pareja.

3.3.8. Detección de negligencia y abandono

En la detección de estas formas de maltrato, es necesario tomar en consideración las condiciones psicosociales y económicas, es decir, el contexto –particularmente las inequidades de género– que puede estar interviniendo en el adecuado cuidado y protección de los niños, niñas y adolescentes.

3.3.8.1. Indicadores de negligencia física

Para poder definir la existencia de negligencia física, debe presentarse uno o varios de los siguientes indicadores, de manera reiterada y/o continua.

a) Signos físicos

- Alimentación: no se le proporciona la alimentación adecuada al niño(a). Está hambriento(a) o presenta un bajo peso para su edad, malnutrición o raquitismo.
- Vestimenta: tiene un vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño(a) no va bien protegido del frío. Vestuario sucio, roto.
- Higiene: constantemente sucio(a), escasa higiene corporal.
- Cuidados médicos: existe ausencia o retraso importante en la atención médica de los problemas físicos o enfermedades.
- Ausencia de cuidados médicos rutinarios. Retraso de crecimiento y desarrollo. No lleva gafas o prótesis que necesita.
- Supervisión: el niño, niña o adolescente pasa largos períodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres/cuidadores. Visitas repetidas a urgencias del hospital (historia de ingresos).
- Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del niño(a).
- Área educativa: inasistencia injustificada y repetida a la escuela. Retraso en la adquisición de logros madurativos, problemas de aprendizaje.

b) Indicadores comportamentales en el niño, niña o adolescente

- Pide o roba comida.
- Raras veces asiste a la escuela, o se suele quedar dormido(a).
- Dice que no hay nadie que le cuide.
- Tiene tendencia a la apatía, somnolencia y tristeza.
- Manifiesta agresividad y autoagresión.
- Presenta conductas dirigidas a llamar la atención.
- Presenta abuso de drogas y/o alcohol.
- Se ausenta frecuentemente del hogar.
- Participa en acciones delictivas.

c) Indicadores comportamentales en los padres, madres o cuidadores

- Presenta(n) abuso de drogas o alcohol.
- Muestra(n) evidencias de apatía o nulidad.
- Está(n) mentalmente enfermo(s), o con bajo nivel intelectual.
- Manifiesta(n) despreocupación por las enfermedades de su hijo o hija.
- No cumple(n) con los tratamientos médicos de sus hijos(as).
- Presenta(n) exceso de vida social y profesional.
- Compensa(n) con bienes materiales la falta de cuidado general.
- El niño, niña o adolescente es atendido o supervisado por otro niño o personas con dudosa capacidad.

3.3.8.2. Indicadores de negligencia emocional

Para poder definir la existencia de negligencia psíquica/emocional:

- a) Debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua.
- b) Su presencia ha de ser claramente perceptible.

Tipos de conductas observables en los padres, madres o cuidadores

- Ignorar: se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad de los padres hacia el niño, niña o adolescente, y cuando estos se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta de la víctima.
- Falta de respuesta a las iniciativas de apego del niño(a) (por ejemplo, no devolver sonrisas y vocalizaciones, no corresponder a sus abrazos).
- Padres que están preocupados por sí mismos y son incapaces de responder a las conductas del niño, niña o adolescente.
- Frialidad y falta de afecto en el trato de los padres hacia el niño, niña o adolescente.
- No tener en cuenta al niño, niña o adolescente en las actividades familiares.
- Fracaso en proteger al niño(a) de las amenazas externas o no intervenir en favor de este, aun sabiendo que necesita ayuda. No ayudarlo a resolver sus problemas cuando lo solicita.
- No estar pendiente de su evolución global.
- Renuncia por parte de los padres al rol parental y ausencia total de interés por el niño, niña o adolescente.
- Rechazo a comentar las actividades e intereses del niño, niña o adolescente. Falta de participación en sus actividades diarias.
- No mostrar interés por su evolución escolar.
- Situar al niño, niña o adolescente como instrumento en las relaciones familiares conflictivas.
- Rechazo de atención psicológica: rechazo de los padres/tutores a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido recomendado por profesionales competentes.
- Retraso en la atención psicológica: los padres/tutores no proporcionan o no buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño, niña o adolescente, ante una circunstancia extrema en la que es evidente la necesidad de ayuda profesional (por ejemplo, depresión severa, intento de suicidio).

3.4 Primera respuesta y seguimiento^{145 146 147 148 149}

La primera respuesta consiste en acciones en salud destinadas a la interrupción del maltrato, el establecimiento de condiciones seguras y de protección para el niño, niña o adolescente afectado(a), con el fin de dar inicio a la recuperación de los efectos adversos de la violencia. Secundariamente, la primera respuesta facilitará la persecución penal de los hechos y la sanción a los responsables, si correspondiese.

3.4.1. Síntesis de evidencia en primera respuesta en maltrato

Se encontró escasa evidencia internacional para la primera respuesta, aunque algunas guías clínicas internacionales de calidad pueden aportar algunas experiencias¹⁵⁰. Esto puede deberse a que la primera respuesta nace como una respuesta local de los equipos de salud y ONGs que se han dedicado a la atención de víctimas de violencia.

Una revisión sistemática cualitativa de estudios controlados aleatorizados, cuasi aleatorizados y observacionales¹⁵¹, demostró que la introducción de un equipo especializado y de intervención en crisis en servicios de urgencia en Canadá aumentó la participación de los servicios de protección infantil y del intersector.

Estos estudios tenían en común el uso de flujogramas decisionales ante la sospecha de maltrato físico, el que aumentó la documentación de lesión física no accidental (69,5% de aumento, $p < 0,0001$) y tuvo un impacto significativo similar en las listas de verificación del maltrato (aumenta el 70,0%, $p < 0,0001$), en comparación con la práctica habitual. La introducción de un equipo especializado y de intervención en crisis para estandarizar la práctica tuvo poco efecto en la documentación médica, pero sí aumentó la participación de los servicios de protección infantil (22,7% de aumento, $p < 0,005$) y la derivación a servicios sociales aumentó en un estudio tras la introducción de una lista de control gráfico (incremento del 8,6%, $p = 0,018$).

3.4.2. Recomendaciones para la primera respuesta en maltrato

- Establecer flujogramas de derivación local para los equipos de salud.
- Capacitar a los equipos de salud en la ejecución de la primera respuesta, con flujogramas adecuados al mapa de servicios locales para la derivación y seguimiento de los casos, con activación de la red intersectorial.
- Solicitar el apoyo de un o una profesional con mayor nivel de capacitación.
- Conocer e integrar las redes territoriales vinculadas a la infancia.
- Conocer los aspectos legales relativos a protección de la infancia.

La tabla de síntesis de evidencia y grado de recomendación se encuentra en anexo N° 2.

3.4.3 ¿Qué es la primera respuesta?

La primera respuesta corresponde a la atención entregada por el equipo de salud frente a la presencia de un niño, niña o adolescente con una situación de maltrato, requiriendo especiales consideraciones para asegurar la protección de la víctima.

Es una intervención que integra elementos clínicos, de orientación social y psicológica, realizada en un tiempo acotado y breve, con el fin de informar, apoyar e iniciar un proceso que de término a la situación de maltrato, evite la reiteración del mismo y permita desarrollar acciones de protección e inicio de la recuperación de los efectos adversos. Asimismo, se trata de asegurar el bienestar de niños, niñas y adolescentes, es decir, garantizar la cobertura de sus necesidades básicas (de salud, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

3.4.4. ¿Cuándo se activa la primera respuesta?

La primera respuesta en maltrato se realiza cuando:

- En una exploración intencionada, el/la integrante del equipo de salud ha detectado maltrato al examinar al niño, niña o adolescente, a través de hallazgos de signos y síntomas y su evaluación.
- En el curso de una atención de salud se produce el relato espontáneo por parte de un niño, niña o adolescente de una situación de violencia y maltrato que lo afecta, o por parte de un(a) acompañante, en el caso de lactantes.
- Se produce una revelación espontánea de un adulto.
- Una persona integrante del equipo ha detectado una situación de violencia y ha derivado la persona a otro profesional o técnico.

En este contexto, se requiere la participación de más de un profesional del equipo y puede ampliarse a otros miembros y, eventualmente, si se evalúa como pertinente, a agentes de la comunidad o de otros sectores.

Implica que el equipo técnico tome todas las decisiones que faciliten movilizar tanto los recursos personales, familiares, como aquellos disponibles en el ámbito sanitario, social, legal, u otro, de modo de proteger al niño, niña o adolescente, detener la situación de maltrato y lograr un mejor estado psicosocial para la víctima.

Asimismo, la primera respuesta supone evaluar si la familia se constituye en un soporte válido para el niño, niña o adolescente, y lograr el compromiso y/o participación de la víctima y su familia para continuar con la intervención y/o con el proceso de denuncia, si los hallazgos encontrados revisten características de delito.

Al igual que la detección, la primera respuesta se realiza en el marco de las acciones o actividades regulares de salud en las que se detecta la situación o en una consulta de referencia.

De esta forma, esta intervención en el ámbito de salud en relación al maltrato no debe asociarse solo y únicamente con derivar al niño, niña o adolescente a otra institución. La no realización de esta acción en el momento de la detección de maltrato puede significar la cronificación de la situación de violencia y hasta la muerte de los niños, niñas o adolescentes¹⁵².

Para realizar la primera respuesta se requiere que, por parte del equipo, exista un trabajo personal y colectivo respecto de sus valores, pre-conceptos y juicios en relación a la violencia y el maltrato infantil y al rol de padres o cuidadores(as); junto con la comprensión de la compleja trama de las relaciones entre padres e hijos/hijas y la concepción de las dinámicas familiares. Se debe asumir además la posición de "autoridad" y "competencia" que conlleva el ejercicio del rol profesional.

Una adecuada primera respuesta puede facilitar la percepción de las víctimas acerca de que es posible salir de la violencia, más allá del sentimiento de impotencia y desamparo que caracteriza este tipo de problemática. Debe generarse en un clima de calma, seguridad y confianza, donde el/la profesional pueda demostrar su disposición a comprender, sin enjuiciar valorativamente lo que puedan expresar los adultos responsables.

La escucha empática facilita la contención de la ansiedad y angustia de quien experimenta y/o ejerce una situación de maltrato, propiciando un clima de respeto y confianza en el diálogo y la entrevista.

La posibilidad de hablar, a veces por primera vez, de lo que está sucediendo y la reacción del profesional van a marcar la continuidad o no de una primera respuesta.

3.4.5. Consideraciones con la víctima

En el caso de niños, niñas y adolescentes, la primera respuesta se inicia invitándoles a conversar sobre la situación de violencia con un diálogo simple y adecuado a su edad, explicitando que se quiere escuchar y brindar ayuda.

Es necesario considerar la dificultad que implica para un niño, niña o adolescente afectado o testigo de violencia, compartir su vivencia con integrantes del equipo, pudiendo ser esta la primera vez que puede expresar o explicitar esta situación. En ningún caso se debe forzar el relato.

La conversación debe darse en un clima de comprensión, aceptación, confidencialidad y privacidad, lo cual facilita el fluir del relato, la expresión de sentimientos y temores asociados a la situación de violencia intrafamiliar y las dudas o inquietudes acerca de "qué hacer", "cómo actuar".

Se debe connotar la situación experimentada como una vulneración a sus derechos, comunicando al niño, niña o adolescente consultante el rol y responsabilidad de quien le otorga la atención profesional en la interrupción de esta vulneración.

No debe comprometerse el mantener en secreto lo comunicado, explicitando los límites de la confidencialidad, establecidos claramente frente a situaciones que constituyan delito o pongan en riesgo la integridad física y psíquica de las víctimas.

Es preciso permitir que la víctima exteriorice sus sentimientos, intenciones, temores. **No se debe disminuirlos, diciendo frases como “si no es para tanto”, “no llores”, “en otra oportunidad podremos conversar más”, “vuelve en otro momento”.**

Es necesario legitimar el derecho a sentir emociones y sentimientos, tales como rabia, tristeza, vergüenza, soledad y miedo, además de comprender y aceptar que estos puedan ser contradictorios y ambivalentes, toda vez que las figuras agresoras son a la vez las personas significativas para los niños, niñas y adolescentes.

Se debe orientar y alentar a la víctima a participar, de acuerdo a su edad y posibilidades, durante todo el proceso. Quien atiende profesionalmente debe adecuar su intervención de forma de asegurar que el niño, niña o adolescente esté comprendiendo la situación y la intervención efectuada; siendo importante explicarle claramente las acciones que se realizarán. En este sentido, la participación y la receptividad de la víctima se encuentra en directa relación con la capacidad de la persona adulta de adecuar su conducta, lenguaje y emocionalidad a las características de la persona consultante.

Niños, niñas y adolescentes pueden participar activamente en la búsqueda de distintas alternativas de salida, identificando los recursos personales y del entorno que puedan proteger y facilitar la interrupción del maltrato. Igualmente, quien realiza la atención profesional debe comunicar claramente al niño o niña las acciones a seguir, en especial aquellas que se relacionan con situaciones de maltrato grave, constitutivas de delito.

3.4.6. Consideraciones con la familia y adultos responsables en primera respuesta

El momento de dirigirse a la madre, padre o adulto cuidador que se ha identificado con una actuación de negligencia en el cuidado o de maltrato, supone un alto nivel de estrés para quien realiza la atención profesional, siendo su responsabilidad actuar ante esta situación. Resulta fundamental encontrar un lugar que resguarde la privacidad para realizar esta conversación.

Es posible que una primera respuesta pueda interpretarse como una amenaza por parte de la familia, ya que supone una intromisión en su vida privada. Por ello, es probable que surjan

algunas dificultades que es necesario considerar al momento de planificar la intervención. Es así como la familia podrá responder a la intervención:

- negando la existencia de un problema,
- minimizando la gravedad del maltrato o negando que este vaya a continuar,
- intentando desviar la atención hacia otros problemas, y
- reaccionando con rabia o agresividad hacia quien aborda con ellos la situación.

Ante cualquiera de estas conductas, quien o quienes realizan la atención profesional deberá(n) mantener una actitud de firmeza y claridad en base a los hallazgos encontrados.

Por otra parte, cuando la familia reconoce sus dificultades, suele existir latente un deseo de cambio. El hecho de que la familia no pida ayuda no significa que sus miembros no sufran por la situación que viven y que no deseen modificarla.

En este sentido, la actitud de quien hable con la familia por primera vez acerca de la situación de maltrato infantil es de vital importancia, puesto que supone un primer eslabón para la posterior intervención de otros profesionales. Por ello, es importante crear una relación de confianza y apoyo con la familia, no juzgarla, sino transmitirle que se está para ayudarla en las situaciones que experimenta.

Una actitud de intolerancia puede afectar seriamente la posterior solicitud de apoyo a otras instancias y la acción de otros profesionales que deberán realizar una intervención terapéutica con la familia, la cual, básicamente, estará orientada al reconocimiento de la situación de maltrato por parte de los padres o cuidadores y al cambio de la relación padres e hijos.

¿Cómo hablar con los padres, madres o persona adulta responsable?

- Presénteles(s), con una actitud abierta y tranquila, comunicando con claridad y en un lenguaje sencillo, el motivo de la conversación.
- Exprese lo que se ha detectado y las consecuencias o efectos en el niño, niña o adolescente.
- Señale la necesidad de detener el maltrato.
- Indague cuál es la visión que tiene la persona responsable de la situación de maltrato y escuche atentamente sus explicaciones, preocupaciones e intente acogerlas, sin quitar importancia a los hechos y a las consecuencias que puedan resultar de ellas.
- Indague cuál es la visión que tiene la persona responsable en relación a sus patrones culturales sobre ser niño o niña, adolescente hombre o adolescente mujer.
- Transmita su responsabilidad respecto de la atención y protección del niño, niña o adolescente afectado(a).
- Si la familia no problematiza la situación, no trate de acusar y culpabilizar, es decir, no confronte a la familia con los hechos. Mantenga la firmeza, claridad y tranquilidad respecto del rol que le compete y las acciones concomitantes que vendrán después.
- Si la familia problematiza la situación, implíquela en la toma de decisiones, favoreciendo

su participación en las acciones para la detención del maltrato y la protección del niño(a). Recuerde, sin embargo, que la responsabilidad en la interrupción y protección es compartida con el equipo de salud.

- Explique y/o sintetice con lenguaje sencillo las acciones que se van a llevar a cabo. Entre estas, podrían mencionarse la referencia de padres o cuidadores a médico, si se sospecha de salud mental, o la derivación a servicio social para la coordinación con otras redes de apoyo (municipios, ONGS, talleres, entre otras).
- Explique claramente qué acciones se realizarán en relación a la situación e intente conseguir la colaboración del adulto responsable.
- En caso de que la situación de maltrato revista características de delito se deberá comunicar, de forma clara y sencilla, la obligatoriedad que tiene el equipo de realizar la denuncia correspondiente.
- Concuere las acciones de seguimiento al cierre de esta etapa. Dentro de estas, es posible incrementar la frecuencia de los controles o concordar visitas domiciliarias.

3.4.7. Desarrollo de la primera respuesta

Como se ha señalado, frente a un niño, niña o adolescente que está viviendo una situación de maltrato en su familia, o de parte de quien le cuida, los objetivos a alcanzar en la primera respuesta son:

- Interrumpir el maltrato.
- Proteger al niño, niña o adolescente afectada/o, con el fin de resguardar su integridad física y psíquica.
- Iniciar un proceso de reconocimiento de la situación por parte de los padres o familiares involucrados en el maltrato del niño, niña o adolescente, que facilite una intervención psicosocial con la familia en un nivel de mayor complejidad, si la evaluación de la situación lo amerita.
- Realizar la denuncia, si el maltrato reviste características de delito.

La primera respuesta se constituye en un movimiento inicial fundamental, que puede marcar el proceso de cambio. Así, en esta acción, quien otorga la atención profesional necesita contar con información específica sobre:

- la condición de salud del niño, niña o adolescente que presenta la situación de maltrato diagnosticada al momento de la detección y evaluación clínica;
- la problemática detectada en ese niño, niña o adolescente, indagando con la familia o adultos responsables;
- actitudes y conductas estereotipadas de género dirigidas hacia los niños, niñas o adolescentes hombres o mujeres;
- la red de recursos institucionales y comunitarios para facilitar la coordinación, la derivación o el asesoramiento;

- el rol, responsabilidades y límites respecto de la actuación en primera respuesta, así como de la posibilidad de trabajo interdisciplinario para analizar la situación y diseñar una estrategia de intervención adecuada; y
- los aspectos legales involucrados, de acuerdo al tipo y magnitud del maltrato.

Esta información permitirá distinguir acciones particulares de primera respuesta, dependiendo si el maltrato reviste características de delito o no, tal como se detalla a continuación.

3.4.7.1. Primera respuesta en situaciones de maltrato SIN características de delito

En situaciones en las cuales estén presentes factores de riesgo y se identifiquen factores protectores que posibiliten y aseguren detener el maltrato, y/o donde existe relato de uno o más eventos de maltrato físico sin la presencia de lesiones visibles, maltrato psicológico o negligencia, se deben realizar las siguientes **acciones**:

- Evaluar riesgo (anexo 3: Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil).
- Definir y establecer acciones que faciliten la problematización, el reconocimiento de la situación y la aceptación de la ayuda del equipo de salud por parte de la familia.
- Evaluar adopción de medidas de protección.
- Informar al niño, niña o adolescente y a la persona adulta responsable respecto de las medidas a adoptar.
- Complementar esta acción con visita y seguimiento en domicilio por parte del equipo de salud o con acciones coordinadas con el sistema escolar o el extra sistema.
- Incrementar frecuencia de controles.
- Favorecer la integración del niño(a) y su familia a programas de salud que promuevan la reorganización de las pautas relacionales caracterizadas por la violencia, y que proporcionen estrategias de crianza y estilos de vida saludable.
- Referenciar a padres, si corresponde, a programas de salud (salud mental, de promoción, alcoholismo, drogadicción u otros).
- Derivar al niño, niña o adolescente y su familia a programas de prevención comunitaria (PPC), de promoción del buen trato o de carácter preventivo de la violencia (PIB), de SENAME.
- Derivar a las madres víctimas de violencia de pareja a primera respuesta en salud y/o a programas de atención de SERNAM, Municipalidades, ONGs u otros, de acuerdo a la oferta disponible a nivel local.
- Favorecer la incorporación de los miembros de la familia a instancias comunitarias para el enriquecimiento de su red social.
- Gestionar con el intersector, la incorporación de niños y niñas al sistema preescolar y educacional.
- Involucrar a otros miembros de la familia (abuelos/as, tíos/as, otros) que puedan colaborar en la protección de niños, niñas o adolescentes y a mejorar las condiciones de especial vulnerabilidad de la familia.

- Coordinar con el establecimiento educacional acciones de apoyo en el contexto escolar (integración a programa escolares) y seguimiento de las condiciones del niño, niña o adolescente.
- Mantener visibilizada a la familia en los miembros del equipo interdisciplinario de atención primaria, utilizando los recursos disponibles en el propio equipo, a través de los distintos programas vigentes (pediatra, asistente social, psicólogo(a), ginecólogo(a), otros), para lo cual es indispensable su completo registro en la ficha clínica.
- Registrar todas las medidas y acciones indicadas y realizadas
- Seguir las acciones que aparecen en el anexo N°4.

3.4.7.2. Primera respuesta en situaciones de maltrato CON características de delito

Acciones:

- Evaluar riesgo vital (anexo 3: Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil).
- Proporcionar al niño, niña o adolescente la atención clínica correspondiente a la situación diagnosticada.
- Registrar el examen clínico efectuado, el cual puede constituir prueba a ser considerada en el proceso penal.
- Identificar al adulto protector, quien tiene ciertas características que es necesario identificar.
 - ✓ Entre ellas, y la más importante, es que le crea al niño, niña o adolescente y no ponga en duda su relato. Si el adulto duda, es probable que no pueda proteger a la víctima y, por lo tanto, no debe ser considerado un adulto protector.
 - ✓ Es necesario buscar entre las redes primarias a aquel adulto que cumpla con estas características y que sea capaz de garantizar la protección y acompañamiento del niño, niña o adolescente en el proceso que se inicia.
- Informar al niño, niña, adolescente y a la persona adulta responsable respecto de las medidas a adoptar.
- Efectuar la denuncia pertinente.
- Incrementar frecuencia de controles.
- Favorecer la integración del niño(a) y su familia a programas de salud que promuevan la reorganización de las pautas relacionales caracterizadas por la violencia, y que proporcionen estrategias de crianza y estilos de vida saludable
- Definir y establecer acciones que faciliten la problematización, el reconocimiento de la situación y la aceptación de la ayuda del equipo de salud.
- Adoptar las medidas de protección y de urgencia indicadas, de acuerdo a condición de salud de la víctima.
- Involucrar a otros miembros de la familia (abuelos/as, tíos/as, otros) que puedan colaborar en la protección del niño, niña o adolescente y a mejorar las condiciones de especial vulnerabilidad de la familia.

- Coordinar con el establecimiento educacional acciones de apoyo en el contexto escolar (integración a programa escolares) y seguimiento de las condiciones del niño, niña o adolescente.
- Complementar esta acción con visita y seguimiento en domicilio y escuela u hospital por parte del equipo de salud
- Coordinar acciones con el sistema escolar, con la Municipalidad, SENAME, SERNAM u ONG.
- Mantener visibilizada a la familia en los miembros del equipo interdisciplinario de atención primaria, utilizando los recursos disponibles en el propio equipo (pediatra, asistente social, psicólogo, ginecólogo, otros).
- Gestionar con el intersector la incorporación de niños y niñas al sistema preescolar y educacional, si fuese pertinente.
- Registrar todas las medidas y acciones indicadas y realizadas.
- Seguir las acciones detalladas en anexo N°4.

3.4.7.3. Evaluación de riesgo

La evaluación de riesgo es un componente esencial de la primera respuesta en situaciones de maltrato infantil, tengan o no características de delito. **“El riesgo implica la amenaza inminente para la integridad física y psicológica de la persona afectada con probabilidades de muerte o daño severo o irreparable”**. De acuerdo a la evaluación de riesgo, se adoptan medidas de urgencia¹⁵³.

Para la evaluación de riesgo se considerará la presencia de al menos uno de los indicadores expuestos en el anexo N°3 (Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil).

Información para determinar la intervención a seguir^{154 155}

Se deben indagar los siguientes aspectos:

a) Características del incidente

- Tipo de incidente
- Severidad y/o frecuencia del maltrato
- Cercanía temporal del incidente
- Presencia y localización de la lesión
- Historia previa de informes de maltrato

b) Factores de vulnerabilidad infantil

- Acceso del perpetrador al niño, niña o adolescente mujer o adolescente hombre
- Edad y visibilidad por parte de la comunidad de la situación de maltrato
- Capacidad del niño, niña o adolescente para protegerse
- Características comportamentales del niño, niña o adolescente, cómo es y se comporta
- Salud mental y estatus cognitivo del niño, niña o adolescente

c) Características de la persona a cargo del cuidado

- Capacidades físicas, intelectuales y emocionales
- Capacidades asociadas a la edad
- Habilidades parentales y expectativas hacia los niños, niñas o adolescentes
- Métodos de disciplina y castigo que utiliza
- Abuso de drogas, alcohol
- Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva
- Historia personal de maltrato/abandono (maltrato transgeneracional)
- Interacción entre la persona a cargo y el niño, niña o adolescente
- Existencia de solicitudes anteriores de apoyo a esta problemática
- Fuerte arraigo a estereotipos de género

d) Características del entorno familiar

- Violencia de género en la pareja
La violencia en la pareja constituye un riesgo para los hijos(as), por lo tanto, evaluar el nivel de riesgo en esa pareja es relevante para analizar el contexto familiar. Dentro de las preguntas factibles de realizar para la evaluación de riesgo vital en la relación de pareja están las siguientes:
 - ✓ En el último tiempo, ¿ha aumentado la intensidad y la frecuencia de la violencia?
 - ✓ ¿Usted ha notado que le cuesta controlar su ira? ¿Ha buscado ayuda? ¿Siente que su hijo o hija puede estar en riesgo frente a su descontrol o el descontrol de su pareja?
 - ✓ ¿Se siente habitualmente sobrepasada(o)?, ¿su pareja se siente sobrepasada?
 - ✓ ¿Siente temor que su pareja dañe a sus hijos(as)?, ¿les ha amenazado de muerte? (violencia de género por parte de la pareja)
 - ✓ ¿En el último tiempo usted ha pensado en el suicidio? (violencia de la pareja). Su pareja, ¿la o los ha dejado encerrados en su casa, con llave? (violencia de la pareja). Su pareja, ¿la ha amenazado de muerte. Su pareja, ¿ha intentado estrangularla o producirle un daño similar? (violencia de la pareja)
 - ✓ Su pareja, ¿consume drogas como cocaína, heroína, marihuana?, ¿abusa del alcohol?
 - ✓ ¿Ha ejercido violencia física y psicológica estando usted embarazada?
 - ✓ ¿Es violento con los hijos(as)?
 - ✓ ¿Se guardan armas en su casa?
- Presencia de un(a) compañero(a) o padre/madre sustituto
- Maltrato transgeneracional
- Solicitudes anteriores de atención o apoyo por situaciones de maltrato.

La presencia de riesgo vital supone la adopción de medidas de protección y urgencia inmediatas, así como la denuncia pertinente en casos que revisten características de delito.

3.4.7.4. Medidas de urgencia

En las situaciones en que se confirma riesgo (definidas como aquellas en que está comprometida la integridad física, psíquica y/o la vida del niño, niña, adolescente o de la madre en situaciones de violencia de pareja), las medidas de urgencia prioritarias que se pueden adoptar son las siguientes:

- Efectuar hospitalización inmediata, si se evalúa necesario para el tratamiento de las lesiones o compensación psicológica.
- Efectuar denuncia.
- Solicitar la protección legal del niño, niña o adolescente (y/o de la madre, en caso de violencia de pareja).

En el caso de que el niño, niña o adolescente deba ser llevado a otras instancias, este debe recurrir acompañado por algún integrante del equipo de salud. Jamás solo o sola.

3.4.7.5. Medidas legales de protección^{156 157}

Se pueden establecer medidas de protección a favor de los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil, tengan o no características de delitos. Lo anterior tiene como objetivo central procurar la interrupción del maltrato de forma inmediata, establecer condiciones seguras y protegidas y visibilizar al niño, niña o adolescente.

Las medidas legales de protección son aquellas que tienen por objeto cautelar el efectivo goce de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Ellas pueden provenir de los Juzgados de Familia, Ministerio Público y Tribunales de Garantía/Orales.

De especial importancia es considerar que, junto a las medidas legales a adoptar, es vital establecer contacto con algún adulto protector y las redes o recursos con los que cuenta el niño o la niña para desarrollar una estrategia de intervención/protección, disminuyendo la victimización secundaria. Para ello, es importante que los profesionales cuenten con antecedentes de la anamnesis de niños, niñas o adolescentes y que los establecimientos de salud conozcan los recursos disponibles, tanto a nivel local como regional, y cuenten con canales de comunicación y coordinación que hagan posible las intervenciones.

La denuncia debe hacerse cuando existan algunos elementos que hagan sugerir que puede haber existido un delito. Por ejemplo, si el niño, niña o adolescente presenta lesiones de cualquier tipo, de carácter reciente y, paralelo a ello, hay un relato que explica tales heridas, producto de golpes que hizo otra persona mayor de 14 años. Para denunciar es suficiente la sospecha de una situación de maltrato, dado que su comprobación o no es función del Ministerio Público.

a) Medidas de protección decretadas por Juzgados de Familia

Consisten en aquellas que son decretadas en un proceso por vulneración de derechos, como son las situaciones que constituyen maltrato.

Pueden ser solicitadas por cualquier profesional, presentando los antecedentes que fundamenten la adopción de las medidas y mientras lo solicitado atienda al interés superior de niños, niñas o adolescentes. Es de especial importancia considerar que para las sugerencias presentadas al tribunal, se evalúe el conocimiento de los recursos protectores disponibles de estos menores, su familia y su entorno (familia extensa y redes).

En este procedimiento especial, lo relevante es que se pueden decretar medidas cautelares, de forma previa a la sentencia definitiva que falle si hubo o no maltrato. Estas medidas de protección son, entre otras, las siguientes:

- Entregar inmediatamente al niño, niña o adolescente a sus padres o a quien lo tenga legalmente a su cuidado.
- Dar en cuidado provisorio al niño(a) o adolescente a una persona adulta responsable distinta de sus padres.
- Disponer el ingreso a ciertos programas de familias de acogida o, como última medida, centros residenciales, por el tiempo que sea estrictamente necesario.
- Decretar la hospitalización en establecimientos de salud, psiquiátricos o de tratamiento especializado.

A estas medidas propias del procedimiento de protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato, hay que agregar las del procedimiento de violencia intrafamiliar que son aplicables:

- Prohibir el acercamiento del ofensor a la presunta víctima.
- Prohibir al pretendido ofensor estar presente en el hogar común (exclusión).

La duración de estas medidas tiene un plazo máximo de 90 días y podrán requerir del auxilio de Carabineros de Chile.

b) Medidas autónomas del Ministerio Público

Las medidas autónomas del Ministerio Público respecto de un hecho que tiene características de delito y que no requieren de autorización judicial, son las que puede adoptar directamente el Ministerio Público y están asociadas a la denuncia.

Las medidas autónomas son decretadas por los fiscales, quienes utilizan el apoyo de las policías y de la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos (URAVIT); algunas de ellas son:

- Ordenar patrullajes especiales en el domicilio de la víctima.
- Mantener contacto telefónico prioritario.
- Darle a la víctima un teléfono directo para comunicarse con policía.

c) Medidas de protección decretadas por Tribunal de Garantía

Sin perjuicio de estas medidas autónomas, el fiscal puede solicitar ante el tribunal de garantía, en caso de maltrato constitutivo de delito, medidas judiciales de protección específicas para niños(as) y adolescentes víctimas de delitos de violencia intrafamiliar.

Asimismo, los fiscales pueden solicitar medidas cautelares al juez de garantía, una vez formalizada la investigación, que son aplicables a los imputados, a saber: citación, detención, prisión preventiva, arraigo nacional, sujeción a alguna institución de control o prohibición de acercamiento a la víctima.

3.4.8. Denuncia

La denuncia es un acto jurídico que consiste en poner en conocimiento **de un posible delito** a la autoridad correspondiente. Conforme a lo dispuesto en el artículo 175 del Código Procesal Penal¹⁵⁸, **están obligados a denunciar**:

- los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares;
- en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud; y
- los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas.

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código, es de “veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho”. Cabe señalar en torno a este punto que quien omita realizar la denuncia, incurre en las sanciones señaladas en el artículo 494 del Código Penal o en la señalada en disposiciones especiales, en lo que correspondiere¹⁵⁹.

Las denuncias pueden realizarse en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones, Ministerio Público y Tribunales de Garantía, cuando es constitutivo de delito, y en Carabinero de Chile, Policía de Investigaciones y Tribunales de Familia cuando no es constitutivo de delito (maltrato psicológico por una vez y el maltrato físico sin lesiones).

3.4.9. Derivación y seguimiento

En esta fase se debe:

- Asegurar la protección del niño, niña o adolescente en situación de maltrato. Esto implica evitar altas clínicas o la solicitud de alta por parte de los padres, en situaciones en que existe una alta probabilidad de maltrato o este se haya confirmado.
- Asegurar la continuidad de la atención de la familia con niños, niñas o adolescentes, en situación de maltrato.
- Contar con la existencia de flujogramas locales de derivación y normas de seguimiento

establecidos, tanto entre las unidades, programas o áreas de atención del sistema de salud (servicio social, equipos de salud mental) como flujogramas con equipos de atención de otros sistemas (Municipalidades, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones, Organizaciones no Gubernamentales u otros).

- Asegurar la comunicación de los reportes correspondientes desde las unidades o instancias donde fue derivada la familia o el niño, niña o adolescente, de modo de conocer y reforzar las acciones desarrolladas en los niveles de mayor complejidad de intervención.

3.4.10. Intersectorialidad

En el abordaje del maltrato en niños, niñas y adolescentes, el ámbito de la intersectorialidad adquiere particular importancia para que la atención y la primera respuesta entregada sea efectiva y se cumplan sus objetivos, es decir: **la detención del maltrato, la protección de la víctima y, cuando corresponda, la denuncia.**

En este contexto, debe considerarse el entorno socio-cultural y comunitario. Para influir positivamente en este entorno, la acción desde salud debe orientarse a desarrollar comunidades capaces de reconocer la existencia del problema de la violencia en la familia, dimensionar los efectos dañinos de esta en la salud de las personas y emprender iniciativas que llamen la atención sobre el problema y faciliten el cambio.

En esta perspectiva, la acción desde salud adquiere la forma de trabajo comunitario, en el cual se combinan los esfuerzos y recursos de los distintos sectores y de las organizaciones de la comunidad.

El propósito del trabajo comunitario en este ámbito es apoyar las fortalezas y capacidades de los individuos y los grupos para llevar a cabo una vida familiar saludable y prevenir situaciones de violencia.

El primer paso en este trabajo es la conformación de redes. Existe un primer nivel de redes interinstitucionales, consistente en la creación de instancias permanentes de coordinación entre programas de diversos sectores, las que pueden ser de nivel nacional, regional o local (comuna, sector de una comuna o barrio).

Los requisitos fundamentales para que estas coordinaciones sean efectivas en promover calidad de vida y prevenir problemas de violencia intrafamiliar, son los siguientes:

- compromiso institucional, que se traduce en que cada institución participante destine recursos (personas, tiempos) para alimentar el trabajo de la red;
- diseño, implementación y evaluación periódica de programas de trabajo creados y realizados en conjunto por la red; y

- desarrollo de estrategias comunicacionales que hagan de la red un recurso visible a los ojos de las autoridades, de los prestadores de servicios y de las organizaciones de la comunidad.

Existe un segundo nivel de red local que conecta y coordina personas, grupos organizaciones, instituciones, de una comunidad más delimitada, cuyo quehacer está relacionado con programas o actividades que brinden apoyo a la familia como tal, o a alguno de sus integrantes en particular.

La experiencia indica que estas redes se van construyendo, siguiendo el itinerario que se presenta a continuación:

- Identificar las instituciones y organizaciones claves presentes en la comunidad, tales como escuelas, jardines infantiles, centros abiertos, policía; organizaciones vecinales, religiosas, de mujeres; grupos juveniles; programas de atención de salud gubernamentales y no gubernamentales; programas municipales.
- Establecer contacto directo con cada una de estas instituciones y organizaciones, con el propósito de conocer los respectivos programas de acción y establecer áreas comunes en torno a las cuales programar actividades en conjunto.
- Elaborar conjuntamente un catastro de instituciones y organizaciones que prestan servicios a niños, niñas y adolescentes y sus familias en situaciones de maltrato.
- Constituir espacios de participación social para las personas, propiciando la integración social y evitando el aislamiento de las familias.
- Establecer protocolos de derivación y seguimiento que aseguren la detección del maltrato y la protección de la víctima (instrumentos de referencia y contrarreferencia).
- Tener actualizado los catastros de todas las instituciones y actores relevantes y que estos sean conocidos y estén disponibles.

3.5. Intervenciones para el tratamiento reparatorio

Aunque no es el foco de esta guía el tratamiento ni la reparación del maltrato, se mencionarán igualmente modelos basados en evidencia internacional.

3.5.1. Síntesis de evidencia para el tratamiento reparatorio

En relación a las intervenciones efectivas para el tratamiento de maltrato infantil, se realizó una revisión sistemática con meta análisis de regular calidad metodológica, que incluye intervenciones terapéuticas de diversa índole¹⁶⁰, concluyendo y estimando efectos positivos, estadísticamente significativos, del tratamiento.

Esta revisión incluye estudios con una variedad de resultados –proceso cognitivo del niño(a), auto reporte de la personalidad infantil, entrevista de personalidad del niño(a) y los padres, observaciones del niño, observaciones de profesores sobre el comportamiento de niños(as) y de los padres y auto reporte de observaciones de comportamiento de la familia- y analiza estadísticamente con una medida de tamaño de efecto (d+).

Es decir, todos los tratamientos evaluados demuestran un efecto positivo estadísticamente significativo en los resultados medidos, pero no es factible estimar la relevancia clínico-poblacional de dicho efecto, es decir, no identifica a un modelo terapéutico específico con un mayor efecto positivo en maltrato infantil¹⁶¹.

Otra intervención reparatoria identificada es el Kinship Care, llevada a cabo en Estados Unidos y que consiste en la colocación, bajo cuidado familiar o de parentesco, de niños(as) maltratados menores de 18 años, la que es comparada con la colocación habitual en hogares transitorios. Esta intervención resultó ser efectiva para mejorar los resultados de problemas de conducta, comportamiento adaptativo, trastorno psiquiátrico, además de mejorar el bienestar y la estabilidad de la colocación, con un buen nivel de evidencia^{(8) 162}.

Por otra parte, un ensayo clínico aleatorizado ha evaluado una intervención breve de visita domiciliaria para mejorar la sensibilidad parental y el apego infantil en padres con antecedentes de maltrato a sus hijos(as). Esta intervención, desarrollada en Canadá y que tiene ocho semanas de duración, ha demostrado ser eficaz en el mejoramiento de la sensibilidad parental, la seguridad del apego infantil y la reducción de la desorganización de los niños(as) en el período de la primera infancia (12-71 meses)¹⁶³.

Mikton y Butchart, a su vez, realizaron una revisión sistemática de siete tipos de intervenciones: visitas domiciliarias, educación de los padres, prevención del abuso sexual infantil, prevención de los traumatismos craneales por maltrato, intervenciones con múltiples componentes, intervenciones basadas en los medios de comunicación, grupos de apoyo y auto ayuda. Cuatro de las siete (visitas domiciliarias, educación de los padres, prevención de los traumatismos craneales por maltrato e intervenciones con múltiples componentes) obtuvieron resultados positivos para evitar que se produzca el maltrato infantil; tres de estas (visitas domiciliarias, educación de los padres y prevención del abuso sexual infantil) parecen ser eficaces para reducir los factores de riesgo de maltrato infantil¹⁶⁴.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud señala que hay evidencias de que los programas orientados a mejorar y apoyar el rol parental son eficaces en la prevención del maltrato infantil¹⁶⁵.

(8) Revisión sistemática cualitativa de ensayos clínicos randomizados, no randomizados y estudios cuasi experimentales.

Programas de visita domiciliaria: una revisión sistemática de Olds¹⁶⁶ señala una disminución del 40% en el maltrato infantil en padres u otros miembros de la familia que participan en estos programas. Durante las visitas domiciliarias se ofrece información y apoyo, además de otros servicios orientados a mejorar el funcionamiento de la familia. Mac Millan¹⁶⁷ agrega a este análisis los resultados del primer estudio que demuestra la eficacia a corto plazo de la intervención de la visita a domicilio en familias con antecedentes de maltrato infantil previo, con resultados positivos en las variables de apego madre/padre con los hijos(as). Además se observa un mejoramiento de la sensibilidad de los padres en el cuidado y satisfacción de las necesidades, seguridad infantil y reducción de conductas de desorganización en niños durante el período de la primera infancia¹⁶⁸. En el capítulo de prevención de este documento también se mencionan estos mismos modelos, puesto que, dependiendo del tipo de participantes, se pueden considerar en el ámbito de la prevención y/o del tratamiento.

Programas de formación parental: tienen por objeto educar a los padres en el desarrollo de sus hijos y ayudarlos a mejorar su aptitud para controlar el comportamiento de estos. Estos programas están orientados, en su mayoría, a familias de alto nivel de riesgo o en las que ya ha habido maltrato. En muchas de esas intervenciones, la eficacia se ha determinado en base a resultados indirectos, por ejemplo, la competencia y aptitud de los padres, los conflictos entre padres e hijos o la salud mental de los progenitores. Diversos estudios de los programas de formación parental que han resultado eficaces revelan que estos contienen los siguientes elementos:

- Están orientados a padres de niños de 3 a 12 años.
- Los padres examinan el material didáctico destinado a sus hijos(as), y se comprueba que lo recuerdan y lo han comprendido.
- La enseñanza de los cuidados del niño(a) se realiza paso a paso y cada aprendizaje sirve de base para el siguiente.
- Contienen los elementos básicos de pautas apropiadas de cuidados al niño(a), en la medida en que identifican y registran los comportamientos problemáticos en el hogar; utilizan técnicas de reforzamiento positivo y aplican métodos de disciplina no violentos, como la supresión de privilegios o de permisos para salir; supervisan y monitorizan el comportamiento infantil y utilizan estrategias de negociación y de resolución de problemas.

En cuanto a los resultados de las intervenciones reparatorias en la salud mental de las víctimas expuestas a maltrato y violencia, Cohen y Mannarino¹⁶⁹ revisaron estudios aleatorios controlados y señalan que existen tratamientos psicosociales efectivos para enfrentar el trastorno de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y los problemas de comportamiento.

En situaciones de maltrato físico en niños y niñas entre 6 y 13 años de edad, la terapia cognitivo conductual centrada en el maltrato¹⁷⁰ logró una disminución en los problemas de los niños y niñas con sus pares en el barrio y en la escuela, que las familias experimentaran menos rabia

y disciplina coercitiva y menos uso de la violencia, y una disminución en los problemas de conducta externalizante, el estrés parental, el riesgo de maltrato y los conflictos familiares.

En particular, la terapia de interacción padres-hijos (TIPH) es una intervención conductual a corto plazo para niños y padres enfocada a incrementar la calidad de su relación y a enseñar al adulto un manejo positivo frente al comportamiento del niño y niña. Este modelo ha demostrado la disminución de los problemas de comportamiento en los niños(as), así como de los problemas de interacción padres-hijos; cambios que además se han mantenido en el tiempo y se han extendido a los hermanos no tratados y al ámbito escolar. Ha sido utilizada con diversas poblaciones, con adaptaciones culturales para familias mexicanas americanas y nativas americanas¹⁷¹.

La terapia cognitiva conductual centrada en el maltrato (TCCCM) es una intervención a corto plazo para padres que ejercen maltrato físico a sus hijos, en edad escolar, basada en las teorías cognitivo-conductual y de sistemas familiares, e incluyen psicoeducación, compromiso, formación en habilidades individuales y familiares¹⁷². Tanto el componente individual como el componente familiar de este modelo mostraron una reducción de los problemas de conducta externalizante en los niños(as), de la violencia de los niños hacia sus padres y de la angustia de los adultos, además de una disminución del riesgo de maltrato y de conflictos familiares. Este modelo ha sido utilizado clínicamente en familias afroamericanas urbanas y ha sido reconocido por sus participantes en cuanto a la relevancia y su utilidad clínica.

La psicoterapia padres-niños (PNP) es una intervención basada en el vínculo y utilizada para tratar niños y niñas traumatizados, entre el nacimiento y los 6 años de edad. Este modelo aborda la díada padre/madre-hijo/hija en las áreas de seguridad, regulación del afecto y calidad en la relación, así como un procesamiento conjunto de la experiencia traumática del niño(a). Esta intervención ha mostrado un incremento en la calidad en las relaciones del vínculo padres-hijos y una mejora en las representaciones que los hijos tienen de sí mismos y de sus cuidadores; una disminución de los problemas conductuales y los síntomas de estrés traumático en los niños(as) que habían presenciado violencia doméstica y una mayor reducción en los adultos de síntomas de trastornos de estrés postraumático¹⁷³.

La PNP mejora además la calidad de la relación padres-hijos, la seguridad del apego y los comportamientos tanto en padres (por ejemplo, aumento de la empatía y de la interacción con niños) como en niños (por ejemplo, reducción del enojo, moderación, resistencia, incremento de colaboración con la madre). Ha sido utilizada clínicamente con grupos muy diversos, como mexicanos, centroamericanos, sudamericanos, afroamericanos y chinos.

En este mismo nivel de intervención, la terapia de interacción padres-hijos (Parent-Child Interaction Therapy - PCIT) presenta similares resultados y nivel de evidencia en cuanto a las habilidades parentales¹⁷⁴.

3.5.2. Recomendaciones para el tratamiento de las consecuencias del maltrato

Si bien el tratamiento de las consecuencias del maltrato presenta resultados positivos en diversos indicadores, no es posible recomendar un enfoque terapéutico específico¹⁷⁵. En el caso de la negligencia y el síndrome del niño zamarreado, la situación es más pobre aún en cuanto a la evidencia disponible¹⁷⁶.

Al mismo tiempo, se debe tener en consideración que las características de esta revisión, con enfoque sistemático y análisis de medicina basada en evidencia, favorecerán aquellas intervenciones que permitan o faciliten la estandarización. En este sentido, las intervenciones con enfoque cognitivo conductual poseen una mayor probabilidad de ser estudiadas, publicadas y analizadas.

Por ello resulta interesante recordar la revisión de Skowron y Reinemann, de 2005¹⁷⁷, que identifica un efecto positivo general para una gran variedad de enfoques terapéuticos en maltrato, sin que uno predomine significativamente por sobre otro.

La tabla de síntesis de evidencia y grado de recomendación se encuentra en anexo N° 2.

4. ASPECTOS NORMATIVOS DEL MALTRATO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES⁽⁹⁾

4.1. Consideraciones generales

El maltrato infantil es una de las peores formas de desconocer la dignidad y la calidad de sujetos de derechos que tienen los niños, niñas y adolescentes. Este tipo de maltrato se da en numerosos espacios: en la comunidad, en la escuela, en los servicios del Estado y, lo más grave, en el seno de la familia. Los agresores de los niños, a su vez, son variados, pero principalmente se trata de adultos. También pueden ser sus propios pares en el colegio, o bien hermanos o parientes.

La normativa establece tres niveles de protección de los derechos de los niños en relación al maltrato infantil:

- El primer nivel, de abstención, impide al Estado realizar acciones concretas que atenten contra los niños, niñas y adolescentes, incluido el maltrato infantil.
- El segundo nivel, que implica la actividad del Estado propositiva para contribuir al respeto efectivo del derecho de los niños, niñas y adolescentes a no sufrir maltrato alguno.
- El tercer nivel consiste en garantizar el efectivo goce del derecho a la vida y la integridad física y psíquica de los niños, niñas y adolescentes, es decir, garantizar que efectivamente, y sin obstáculos ni condiciones, los niños, niñas y adolescentes gocen del derecho al mayor nivel de salud posible, a la integridad física y psíquica, a la vida y, en definitiva, a la dignidad y a ser considerados sujetos de derechos frente a los adultos.

Estos tres niveles de protección se pueden ver plasmados en la Convención sobre los Derechos del Niño, la Constitución Política de la República y las leyes vigentes. Es así como el Estado está obligado a garantizar el efectivo goce del derecho a la integridad física y psicológica de niños, niñas y adolescentes, y debe propender siempre a su protección y estímulo. Cuando un particular vulnera este derecho (por ejemplo, un padre golpea a su hijo), el Estado debe realizar todo lo que esté a su alcance para sancionar al agresor, proteger a la víctima de futuros ataques y reparar el daño realizado. Por eso se dice que el Estado tiene el deber de promover la protección del derecho a la integridad física y psíquica, de sancionar a los que ejercen maltrato en cualquiera de sus formas y de proteger a las víctimas de este maltrato, reparándolas.

La sanción del maltrato infantil a nivel normativo

A nivel penal, el maltrato infantil físico puede llegar a configurar ciertos delitos, como el de lesiones, que a su vez se sub clasifica en lesiones menos graves, leves, graves y graves gravísimas, dependiendo de las características de las mismas.

(9) Ver anexo N° 5.

El Código Penal se refiere a la figura de Abandono de Niños Menores, definiéndolo como el acto de desamparar al niño o niña, llevándolo a un lugar determinado, o bien, no recogiendo del lugar donde lo dejó, existiendo penas diferenciadas según la edad del niño(a).

Hay personas que por ley, contrato o incluso situaciones fácticas, tienen una posición de garante respecto de los niños, niñas y adolescentes, lo que configura los delitos por omisión, es decir, por un “dejar de hacer”, como se puede ver en los delitos de lesiones. En efecto, si producto de una omisión sin justificación, un niño o niña resulta accidentado, podría decirse que allí también hay maltrato, y lesiones desde un punto de vista penal.

La violencia intrafamiliar como forma especial de sanción al maltrato infantil

El maltrato infantil en el contexto familiar es sancionado por la Ley N° 20.066, cuando quien ejerce el maltrato es el padre, madre, o algún adulto responsable que tenga bajo su cuidado al niño, niña o adolescente.

El detalle de la normativa nacional e internacional relativa al maltrato infantil puede verse en anexo N° 5.

5. DESARROLLO DE LA GUÍA

5.1. Grupo de trabajo por orden alfabético

Nombre	Título o profesión Grados académicos	Cargo actual	Área de desempeño	Institución
Andrade Cárdenas, Elena	Psicóloga Universidad de Concepción. Terapeuta Familiar. Magister Psicología de la Salud®, Pontificia Universidad Católica.	Profesional Departamento de Protección de Derechos	Área de Diseño y Gestión de Redes Departamento de Protección de Derechos	SENAME
Becerra Flores, Carlos	Médico Pediatra Universidad de Chile	Encargado Programa Infantil Dpto. Ciclo Vital DIPRECE	Programa Infantil	Ministerio de Salud
Cáceres Orellana, Ana	Psicóloga Universidad de Chile. Maestría en Ciencias Sociales, Universidad Arcis	Coordinadora Área de Diseño de la Oferta Programática	Área de Diseño de la Oferta Programática, Departamento de Protección de Derechos	SENAME
La Rivera Vega, Cecilia	Psicóloga Universidad Diego Portales	Profesional Unidad de Transversalidad Educativa.	División de Educación General	MINEDUC
Duque González, Catalina	Abogada Universidad de Valparaíso	Abogada	Unidad especializada en delitos sexuales y violencia intrafamiliar	Fiscalía Nacional
Fuentes Oppliger, Valeria	Psicóloga Universidad de Chile. Terapeuta Familiar y de Parejas. Docente Diplomado Intervención en Abuso Sexual Infantil Pontificia Universidad Católica de Chile	Coordinadora Nacional de Programas de Intervención en Maltrato Infantil y Explotación Sexual de Corporación OPCION	Coordinadora nacional de los programas especializados en maltrato grave y los programas especializados en explotación sexual comercial infantil de la Corporación OPCIÓN	ONG Corporación Opción
George Lara, Miriam	Psicóloga Clínica Niños y Adolescentes. Universidad de Chile	Profesora Adjunta del Dpto. de Psicología. U. Chile. FACSO.	Académica Dpto. de Psicología Facultad de Ciencias Sociales. Docencia de pre y post grado; Actividades de Extensión e Investigación	Universidad de Chile
Henríquez Galindo, Sergio	Abogado Universidad de Chile. Magister en derechos de la infancia, la adolescencia y la familia por la Universidad Diego Portales. Consultor en materia de infancia y adolescencia, Puentes Consultores.	Consultor en materia de infancia y adolescencia.	Profesional Puente Consultores	Puente Consultores

Larraín Heiremans, Soledad	Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en psicología clínica: estudios sistémicos avanzados de la familia y pareja de la Universidad Alberto Hurtado. Terapeuta familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar)	Consultora de UNICEF en materia de protección de derechos, maltrato infantil y abuso sexual.	Protección de derechos, maltrato infantil y abuso sexual	UNICEF
Moraga Gutiérrez, Cecilia	Psicóloga Magíster en psicología clínica, Entrenadora de evaluación de apego. Miembro fundador de IASA, Sociedad Internacional de Estudios de Apego.	Asesora técnica de primera infancia.	Chile Crece Contigo Subsecretaría de Redes	Ministerio de Salud
Narváez Espinoza, Patricia	Enfermera y Matrona Universidad Austral de Chile con formación en Violencia y Género, Universidad de Chile.	Profesional del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes Y jóvenes Dpto. Ciclo Vital, DIPRECE Coordinadora y responsable técnica de la Mesa de Expertos en Maltrato Infantil	Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes	Ministerio de Salud
Santander Rigollet, Sylvia	Médico Cirujano Universidad de Chile Magister en Psicología de la adolescencia Universidad del Desarrollo Diplomada en Bioética Pontificia Universidad Católica de Chile Dra. en Ciencias para la Educación, Universidad Metropolitana De Ciencias de la Educación	Jefa Dpto. Ciclo Vital Encargada del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Asesora Ministerial de Género MINSAL.	Departamento del Ciclo Vital. Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes Unidad de Género de MINSAL.	Ministerio de Salud
Valdebenito Herrera, Lorena	Psicóloga Universidad de Chile. Postítulo en psicoterapia estratégica breve del Instituto Milton H. Erickson de Santiago. Experta en violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual.	Consultora de UNICEF en protección de derechos, violencia de género y abuso sexual.	Protección de derechos, violencia de género y abuso sexual	UNICEF
Venegas Cárdenas, Rodrigo	Diplomado en Psicología Jurídica y Forense, Universidad Diego Portales. Máster en Criminología y Ejecución Penal, Universidad de Barcelona. España.	Profesional responsable de la modalidad de Programas de Intervención Especializada en Abuso Sexual y Maltrato.	Área de Diseño de la Oferta Programática, Departamento de Protección de Derechos	SENAME

Colaboradores

Nombre	Título	Cargo actual	Área de desempeño	Institución
Alarcón Bastías, Jenny	Psicóloga Universidad de Chile Terapia Sistémica Estratégica Breve modelo MR	Coordinadora Programa de Maltrato Infantil	Equipo clínico de Reparación en abuso Sexual asociado a Programa de salud mental Vida Nueva del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	COSAM La Granja
Burdiles Fraile, Pamela	Matrona Universidad de Concepción	Profesional Programa Salud Integral Adolescentes y jóvenes Dpto. Ciclo Vital	Equipo Programa Salud Integral Adolescentes y jóvenes Dpto. Ciclo Vital	Ministerio de Salud
Candia Corvalán, Ximena	Psicóloga clínica, Universidad de Chile Terapeuta Familiar, Diplomada en Salud Familiar	Área Privada	Ex Directora Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto (CMPA): Gestión técnica del Modelo de Salud Familiar en los equipos de salud	Área privada
Monsalve, Pilar	Médica familiar, con mención en Infancia	Profesional Equipo ChCC, DIVAP Minsal CESFAM San Gerónimo, P. Alto	Pontificia Universidad Católica de Chile, centro médico San Joaquín y MINSAL equipo ChCC, DIVAP CESFAM San Gerónimo, P. Alto	CESFAM San Gerónimo, P. Alto. Ministerio de Salud
Marín Díaz, Angélica	Psicóloga, Universidad de Chile	Políticas Sociales, Género, Infancia y Familia	Jefa del Departamento de Protección de Derechos de SENAME	SENAME
Márquez Triviño, Luz Eliana	Enfermera Universidad Austral de Chile	Profesional Encargada del Programa del Niño, Niña	Equipo CESFAM Castro	CESFAM Castro
Reyes Araos, Karina	Psicóloga con mención en Psicología Clínica Universidad de Santiago de Chile	Psicóloga Unidad de Protección y Buen Trato Infantil	Equipo psicosocial que asesora técnicamente a los equipos técnicos regionales, departamentos, y a vicepresidencia en materias vinculadas con la prevención del maltrato, promoción de buen trato, y el abordaje de situaciones de maltrato infantil	Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Dirección Nacional
Sepúlveda, Valentina	Psicóloga	Profesional Área de Diseño y Gestión de Redes	Departamento de Protección de Derechos	SENAME
Barreda Muñoz, Pedro	Médico Pediatra	Presidente FUDOC	Miembro de IFH International Scientific Forum of Hygiene, Organismo internacional con sede en Ginebra	Fundación Dr. Julio Meneguello Rivera
Urrutia Francotte, Lilian	Médica Psiquiatra	Asesora para la implementación del Servicio de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital de La Florida	Coordinación del equipo técnico de implementación del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del HLF	Hospital de La Florida
Sanhueza, Cinthia	Trabajadora Social, Magíster en Ciencias de la Familia mención Terapia Familiar	Profesional de la Unidad de Administraciones Directas	Departamento de Protección de derechos	SENAME

5.2. Declaración de conflictos de interés

No hay conflictos de interés de parte de los o las profesionales que participaron en la elaboración de esta guía.

5.3. Revisión sistemática de la literatura

Para el rango etario de 0 a 4 años se externalizó una revisión sistemática de literatura sobre la efectividad de intervenciones para la prevención, detección, primera respuesta y tratamiento en niños y niñas de 0 a 4 años que viven situación de maltrato; a cargo de Medwave Estudios Ltda. Para el rango etario de 5 a 18 años se realizó una revisión de literatura a cargo del equipo de trabajo de esta guía.

5.4. Formulación de las recomendaciones

La elaboración de recomendaciones se realizó siguiendo las sugerencias de la iniciativa GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

5.5. Validación de la guía

Consulta pública (marzo 2013).

Consulta de expertos (marzo 2013).

5.6. Vigencia y actualización de la guía

Actualización de la guía cada tres años. Próxima actualización: año 2016.

ANEXOS

Anexo N° 1: Significado de los grados de recomendación basada en evidencia, según GRADE Criteria Working Group¹⁷⁸

SIGNIFICADO DE LOS GRADOS DE RECOMENDACIÓN BASADA EN EVIDENCIA		
Grado de recomendación	Significado	Implicancias
1A	<ul style="list-style-type: none"> Recomendación fuerte Evidencia de alta calidad 	Recomendación fuerte que puede ser aplicada a la mayoría de los pacientes, en la mayoría de las circunstancias y sin reservas.
1B	<ul style="list-style-type: none"> Recomendación fuerte Evidencia de moderada calidad 	Recomendación fuerte que puede ser aplicada a la mayoría de los pacientes.
1C	<ul style="list-style-type: none"> Recomendación fuerte Evidencia de baja calidad 	Recomendación relativamente fuerte que puede cambiar si aparece evidencia de mayor calidad disponible.
2A	<ul style="list-style-type: none"> Recomendación débil Evidencia de alta calidad 	Recomendación débil; la mejor acción puede diferir dependiendo de las circunstancias de los pacientes o valores sociales.
2B	<ul style="list-style-type: none"> Recomendación débil Evidencia de moderada calidad 	Recomendación débil; aproximaciones alternativas pueden ser mejor para algunos pacientes en determinadas circunstancias.
2C	<ul style="list-style-type: none"> Recomendación débil Evidencia de baja calidad 	Recomendación muy débil; otras alternativas pueden llegar a ser igualmente razonables.

ANEXO 2: Tablas de resumen de síntesis de evidencia y recomendaciones: Prevención, detección, primera respuesta y tratamiento¹⁷⁹

Nivel de intervención	Intervención	Resultados	Calidad de la evidencia	Grado de recomendación (Ver anexo N° 1)
Prevención	Programas grupales de habilidades de crianza en padres adolescentes (Parenting programmes)	Mejora de resultados en relación a la capacidad de los padres de responder e interactuar con las necesidades de lactantes y niños, particularmente en lo que se refiere a la claridad para comprender las señales del bebé y el niño, la respuesta del niño a los padres y una medida de interacción padres-hijos.	Meta-análisis de ensayos clínicos y poblacionales randomizados y no randomizados con limitaciones metodológicas relevantes.	1B
		Mejora los indicadores de depresión, ansiedad, culpa, confianza y satisfacción con la relación de pareja a 6 meses de seguimiento.	Revisión sistemática cualitativa de ensayos controlados randomizados.	1A
		Mejora los indicadores de problemas de conducta del niño.	Revisión sistemática cualitativa de ensayos controlados randomizados.	1B
	Triple P-Positive Parenting Program	Mejora las habilidades de crianza de los padres y bienestar parental.	Meta-análisis de ensayos clínicos y poblacionales randomizados y no randomizados, con limitaciones metodológicas relevantes. Muestras pequeñas, experimentales.	1C
		Disminución de la incidencia poblacional de maltrato infantil.	Ensayo poblacional de alta calidad.	1B
	Programa de visitas domiciliarias por enfermeras en el período perinatal, entre las madres primerizas en familias de alto riesgo (<19 años, estatus monoparental y nivel socioeconómico bajo), y que se extendió a través de la infancia.	Reducción en la incidencia del maltrato infantil en cuanto a abuso físico y abandono.	Revisión sistemática cualitativa con 2 ensayos clínicos randomizados para evaluar este aspecto.	1B
	Parent Education Program; Nurse Family Partnership; y Child-Parent Centers.	Reducción de las tasas de maltrato infantil en seguimiento de dos años plazo.	Revisión sistemática cualitativa de estudios de evaluación prospectiva de programas, en su mayoría ensayos poblacionales.	1C
Programa PURPLE	Mejora los conocimientos de madres acerca de las características del llanto infantil y aumenta la conducta de alejarse ante llanto inconsolable.	2 ensayos controlados randomizados con limitaciones metodológicas relevantes.	1C	

Nivel de intervención	Intervención	Resultados	Calidad de la evidencia	Grado de recomendación (Ver anexo N° 1)
Detección	La implementación de diagramas de flujo decisional ante la sospecha de maltrato físico en servicios de urgencia (comparado con práctica habitual - Canadá).	Aumentaron la documentación de lesión física no accidental.	Revisión sistemática, cualitativa, de estudios prospectivos con limitaciones metodológicas relevantes y estudios observacionales de corte transversal.	1C
	Los instrumentos: Dundee Family Service Indicator (DFSI) y el Family Psycho Social Risk Inventory aplicados en el período ante y postnatal.	Presentaron los mejores indicadores de sensibilidad/especificidad y valores predictivos de maltrato infantil.	Revisión sistemática cualitativa de estudios prospectivos con limitaciones metodológicas relevantes	1C
	Estrategias: 1. Test detección clínica a. Evaluación de cuidados estándar b. Lista de chequeo para maltrato c. Alianza con enfermera comunitaria 2. Protocolos de screening a. Grupos de edad b. Tipos de heridas c. Reincidencia d. Servicio social activo (últimos 12 meses) e. Registro de protección infantil	Mejorar la detección a través de la evaluación clínica es más útil que usar protocolos para mejorar la detección de niños maltratados físicamente que recurren a las salas de atención por accidentes o emergencias en el Reino Unido. No hay evidencia que sostenga que un test es altamente predictivo para maltrato físico. El protocolo más efectivo fue referir a cada bebé o niño con daño físico que tenía antecedentes sociales activos.	Revisión sistemática de 66 estudios (11 no publicados). Calidad metodológica heterogénea.	1C
	Detección de violencia conyugal y familiar en EEUU	No hay evidencia que el screening de violencia de pareja tienda a disminuir el daño o la muerte prematura. No existen estudios que determinen con seguridad a través de herramientas de screening la identificación de familias con problemas de violencia conyugal en la población general.	Revisión sistemática	1C

Nivel de intervención	Intervención	Resultados	Calidad de la evidencia	Grado de recomendación (Ver Anexo N° 1)
	<p>Uso de screening de maltrato en emergencia, cuyo objetivo sea aumentar significativamente la tasa de casos confirmados.</p>	<p>Los estudios son tanto en el número como en metodología insuficientes para mostrar evidencia concluyente sobre su efectividad. Las intervenciones consisten en una lista de chequeo de indicadores de riesgo de maltrato infantil. Después de la implementación de screening, la tasa de casos detectados como sospecha aumentó en un 180% (promedio en tres estudios), pero el número de casos confirmados de maltrato, reportados en dos de los cuatro estudios, mostró un aumento no significativo.</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>1C</p>
	<p>Detección a través de screening en la atención primaria.</p>	<p>La sensibilidad de los instrumentos es buena pero la especificidad es baja, dependiendo del instrumento y población, pero ninguno ha sido testeado en una muestra grande. Ningún instrumento ha sido directamente evaluado en su factibilidad de aplicación en la atención primaria, usando tiempos de aplicación, costos u otros factores como efectos adversos. La mayoría de los instrumentos de detección de maltrato infantil o negligencia están dirigidos a los padres, especialmente a mujeres embarazadas y durante el postparto, no hay estudios que evalúen niños/as directamente ni a los adolescentes. Evidencia del riesgo</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>1C</p>

Nivel de intervención	Intervención	Resultados	Calidad de la evidencia	Grado de recomendación (Ver Anexo N° 1)
Tratamiento y rehabilitación	Kinship Care: colocación bajo cuidado familiar (o de parentesco) en comparación con los centros de cuidado (o de guarda), en niños con diagnóstico de maltrato en menores de 18 años (EEUU).	Mejores resultados en lo que respecta a problemas de conducta, comportamientos adaptativos, trastornos psiquiátricos, bienestar, estabilidad de la colocación, y la tutela que los niños puestos en hogares transitorios.	Revisiones sistemáticas cualitativas de ensayos clínicos randomizados, no randomizados y estudios cuasi-experimentales con limitaciones metodológicas relevantes.	1B
	Intervención breve domiciliaria (8 semanas) diseñada para mejorar la sensibilidad parental y el apego infantil en padres con antecedentes de maltratar a sus hijos (Canadá).	Mejora de la sensibilidad parental, y de la seguridad del apego infantil y reducción de la desorganización de los niños en el período de la primera infancia (12-71 meses).	1 ensayo clínico aleatorizado.	1C
	Terapia de Interacción Padres-Hijos (Parent-Child Interaction Therapy - PCIT).	Mejora las habilidades de crianza de los hijos, la calidez paternal, disminuyen la hostilidad paterna, aumentan la auto-eficacia y reducen el estrés de los padres.	Metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales randomizados y no randomizados con limitaciones metodológicas relevantes.	1C
	Diversos enfoques terapéuticos de niños maltratados.	Estimación de tamaño efecto medio (d).	1 revisión sistemática con metaanálisis.	1C

Anexo N°3: Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil¹⁸⁰

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
1. SEVERIDAD Y/O FRECUENCIA DEL MALTRATO/ABANDONO	<ul style="list-style-type: none"> El niño(a) no ha sido objeto de ningún tipo de maltrato/abandono. Se trata de un incidente aislado. El maltrato/abandono no ha producido ningún daño/lesión física en el niño(a) o no se observa ningún tipo de evidencia de ello, o el/la menor ha sufrido un daño/lesión mínima que no requiere atención o tratamiento médico. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay una historia anterior de castigos/disciplina inapropiados hacia el niño(a) o se sospecha que suele encontrarse habitualmente sin supervisión de un adulto. El niño(a) sufre un daño/lesión de carácter moderado o padece una lesión sin explicación que requiere algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico. Presenta lesiones en diferentes fases de curación/cicatrización. O se sospecha que el cuidador es incapaz de cubrir las necesidades mínimas médicas, de alimentación, protección y/o emocionales del niño(a). 	<ul style="list-style-type: none"> El incidente/situación es el último dentro de un patrón crónico de daños infligidos al niño(a) por los actos u omisiones de sus cuidadores. O hay una historia continuada/patrón de severos castigos/disciplina hacia el/la menor o de dejar a este(a) sin supervisión durante períodos excesivos de tiempo. El niño(a) requiere una inmediata hospitalización y/o tratamiento médico. El maltrato hacia otro hermano(a) ha provocado su muerte o una disfunción permanente. Lesiones severas en diferentes fases de curación/cicatrización. O se tiene conocimiento de que el cuidador no está dispuesto o es incapaz de satisfacer las necesidades mínimas médicas, de alimentación, protección y/o emocionales del o de la menor. Se ha producido cualquier tipo de abuso sexual.
2. CERCANÍATEMPORAL DEL INCIDENTE	<ul style="list-style-type: none"> El niño(a) no ha sido objeto de ningún tipo de maltrato/abandono. El incidente o situación más reciente hacia el niño(a) tuvo lugar hace por lo menos un año. 	<ul style="list-style-type: none"> El incidente o situación de daño más reciente hacia el niño(a) ocurrió hace más de seis semanas y dentro del último año. 	<ul style="list-style-type: none"> El incidente o situación más reciente hacia el niño/a que se conoce tuvo lugar hace menos de seis semanas.
3. PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> No hay ninguna lesión/daño. Zonas óseas: Rodilla, codo, espinilla. Nalgas. 	<ul style="list-style-type: none"> Torso, pies, muslos. 	<ul style="list-style-type: none"> Cara, cabeza, nariz, lesiones internas, ano, genitales.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
4. HISTORIA PREVIA DE INFORMES DE MALTRATO/ABANDONO	<ul style="list-style-type: none"> No existen informes previos en el Servicio de Infancia o en los servicios sociales de Base de maltrato/abandono, o las personas cercanas a la familia no conocen o recuerdan ningún incidente de estas características en la familia. Existe un informe previo del último año referido a esta familia en el Servicio de Infancia o en los servicios sociales de base, pero se constató que la situación notificada de maltrato/abandono no se había producido (informe "infundado"). 	<ul style="list-style-type: none"> Existe más de un informe "infundado" sobre la familia, referido al último año en el Servicio de Infancia o en los servicios de base. Existe un informe "infundado" del último año en el que un hermano(a) del niño(a) murió o fue gravemente dañado(a). Existen informes sin investigar por la imposibilidad de localizar a la familia. Se tiene conocimiento que el niño(a) ha sufrido más de tres lesiones accidentales en un período de seis meses, lo que sugiere un problema de falta de supervisión. Existen accidentes o lesiones inexplicables en el niño(a) o se carece de información sobre los mismos. Informes previos confirmados de maltrato/abandono de gravedad moderada o leve en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen informes previos confirmados de maltrato/abandono severo en la familia. Informes múltiples de maltrato/abandono que implican al niño(a), a la familia o al presunto abusador.
5. ACCESO DEL ABUSADOR AL NIÑO(A)	<ul style="list-style-type: none"> El abusador no tiene acceso al niño(a). El abusador se encuentra fuera del hogar y tiene derecho limitado a visitas, estando éstas siempre supervisadas por una persona responsable capaz de proteger al niño(a). El niño o niña se encuentra en el hogar familiar o con la familia extensa, y el acceso del abusador a este(a) es difícil pero posible. El niño(a) está bajo supervisión constante de un adulto responsable capaz de protegerle. 	<ul style="list-style-type: none"> El niño o niña se encuentra en el hogar familiar o de la familia extensa, y el acceso del abusador a este(a) es difícil pero posible. El niño(a) se encuentra bajo estrecha supervisión de otro adulto en la casa, pero la capacidad de éste para protegerlo(a) frente al abusador es cuestionable, impredecible o limitada. 	<ul style="list-style-type: none"> El niño o niña está en el hogar familiar o con la familia extensa y el abusador tiene acceso libre y total a este. O el abusador tiene derecho de visitas sin restricciones y/o las realiza sin supervisión. El niño o niña está en el hogar bajo supervisión de otros adultos (familiares) pero se duda si estos serán capaces de negar el acceso del abusador al/la menor (especialmente cuando la familia niega el incidente o situación que motivó la intervención).
6. EDAD DEL NIÑO/A Y VISIBILIDAD POR PARTE DE LA COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> El niño o niña puede ser visto por personas ajenas a su familia (maestros, vecinos, etc.), de acuerdo a lo que sería de esperar teniendo en cuenta su edad. Tiene permiso para participar en actividades propias de su edad fuera de casa. El niño(a) tiene 12 o más años, y normalmente está visible por los maestros y otros. 	<ul style="list-style-type: none"> El niño o niña tiene entre 5 y 12 años de edad. Las únicas personas que pueden verle fuera de la casa son el personal escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> El niño o niña tiene menos de 5 años (los niños(as) menores de doce meses han de ser considerados con una vulnerabilidad o riesgo especialmente alto), No acude a la escuela, guardería u otros lugares donde pueda ser observado por personas ajenas a su núcleo familiar.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
7. CAPACIDAD DEL NIÑO O NIÑA PARA PROTEGERSE O CUIDARSE A SÍ MISMO(A)	<ul style="list-style-type: none"> El niño(a) tiene entre 12 y 17 años. Y es capaz de cuidarse y protegerse a sí mismo(a) con poca o ninguna ayuda por parte de los adultos. No tiene hándicaps físicos o mentales. 	<ul style="list-style-type: none"> El niño(a) tiene entre 5 y 11 años. O Es mayor, pero requiere ayuda/supervisión periódica/frecuente por parte de adultos para cuidarse y protegerse debido a que presenta un leve hándicap físico/mental o un retraso en el desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> El niño(a) tiene menos de 5 años. O Es mayor, pero es incapaz de cuidarse o protegerse sin la ayuda/supervisión constante de adultos. Tiene un hándicap físico/mental severo/crónico o un retraso grave de desarrollo.
8. CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES DEL NIÑO O NIÑA	<ul style="list-style-type: none"> La conducta del niño o niña parece apropiada para su edad. Sin historia conocida de hiperactividad. No hay abuso de drogas o alcohol. Asistencia regular al colegio. Sin historia de fugas o conducta delictiva. Si es bebé, tiene hábitos correctos de comida y sueño. La conducta del niño o niña es generalmente apropiada para su edad. Episodios leves de hiperactividad. Existencia de un incidente aislado de abuso de drogas/alcohol. Problemas leves de impuntualidad/inasistencia al colegio. Amenazas verbales de fugas que no se han llevado a cabo. Existencia de un informe previo de conducta delictiva de carácter leve. Los problemas comportamentales conocidos están siendo abordados adecuadamente por los padres/tutores y/o tratados por un profesional cualificado. 	<ul style="list-style-type: none"> La conducta del niño o niña es disruptiva e incontrolable. Muestra pautas frecuentes de hiperactividad y conducta infantil que afecta negativamente la interacción con los demás. Con frecuencia muestra un patrón de conducta opositorista en la escuela, con sus amigos o en el hogar. Uso ocasional de drogas y/o alcohol que limita su capacidad para tomar decisiones. Periódicamente se fuga o llega tarde al colegio. Se fuga frecuentemente durante períodos cortos de tiempo pero regresa voluntariamente. Existencia de informes previos o actuales de conducta delictiva. Si es un bebé, se comporta de manera exigente y nerviosa, tiene problemas con el sueño/comida que suponen un estrés adicional para el/los cuidador(es). 	<ul style="list-style-type: none"> La conducta del niño o niña es extremadamente violenta, disruptiva o peligrosa. Pautas severas/crónicas de hiperactividad que afectan negativamente su capacidad para funcionar en sus roles. Intentos de suicidio o actualmente habla abiertamente de ello. Muestra tendencias y conductas auto-destructivas. Dependencia/uso frecuente de drogas/alcohol. No acude a la escuela (estando obligado a ello). Fugas crónicas que duran largos períodos de tiempo, nunca vuelve voluntariamente. Informes previos o actuales de participación en conductas delictivas serias o peligrosas. Si es lactante, tiene un cólico severo, períodos de llanto prolongados, hábitos comida/sueño irregulares.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
9. SALUD MENTAL Y ESTATUS COGNITIVO DEL NIÑO(A)	<ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña mantiene sus roles normales dentro de la familia, escuela y amigos, con niveles normales de estrés, con independencia de que exista retraso intelectual o síntomas de enfermedad mental. • Es saludable emocionalmente. No existe diagnóstico de trastorno emocional o no parece necesitarse. O su situación ha causado cierto estrés pero se han realizado ajustes y probablemente el problema no empeorará, incluso sin tratamiento. • Presenta síntomas medios de retraso o trastorno mental que están provocando estrés en él/ella y en su familia debido a necesidades especiales. • Tiene síntomas observables de trastorno emocional, aunque no existe un diagnóstico. Hasta el momento, su situación no ha causado problemas significativos pero probablemente habrá un deterioro si no hay tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta una condición emocional o una incapacidad específica para el aprendizaje que daña el desempeño de sus roles normales dentro de la familia, amigos y escuela, pero puede continuar realizándolos con cierto esfuerzo. • Presenta síntomas observables pero no diagnosticados de trastorno emocional que afectan de manera negativa al cumplimiento de sus roles normales. El problema probablemente se deteriorará si no existe tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta un importante deterioro en su desarrollo debido al retraso o a una incapacidad de aprendizaje diagnosticada. Precisa una supervisión rigurosa para evitar que se dañe a sí mismo(a) o a otros. El problema interfiere con sus actividades recreativas y familiares normales. • Tiene un trastorno emocional diagnosticado.
10. CAPACIDADES FÍSICAS, INTELECTUALES Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR(A)	<ul style="list-style-type: none"> • La salud física, capacidad intelectual y salud mental del cuidador(a) no presenta déficits que limiten su capacidad para proporcionar una atención y cuidado adecuados al niño(a) (puede haber déficits pero estos no afectan a dicha capacidad). Es percibido(a) como competente y sin pérdida de sus facultades mentales. No requiere servicios de asistencia para cuidarse a sí mismo(a) y al niño(a). • Presenta alguna enfermedad/hándicap que puede afectar o limitar su capacidad para atender adecuadamente al niño(a), aunque es capaz de cuidarse a sí mismo(a). Tiene un leve déficit físico, mental o intelectual que produce en ocasiones una atención inconsistente hacia el niño(a). Con servicios de apoyo (guardería, ayuda en el hogar) puede ser capaz de mantener la responsabilidad del cuidado del niño(a). 	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador(a) padece una enfermedad/perturbación que interfiere o limita de manera significativa su capacidad para proporcionar un cuidado adecuado al niño(a). Incluso con provisión de tratamiento especializado/intensivo, no se espera una mejora de su enfermedad en un futuro próximo. Con servicios intensivos de apoyo (guardería, apoyo en el hogar) puede mantener la responsabilidad del cuidado del niño(a). O • Padece limitaciones físicas o mentales menores que están empeorando y no han sido aceptados los servicios de ayuda o tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador/a tiene diagnosticada una enfermedad/perturbación aguda o crónica que supone un grave riesgo para el niño(a), debido a que tal enfermedad limita totalmente la capacidad del cuidador (incluso con ayuda complementaria) para atender al niño(a) y no se espera una mejoría en un futuro próximo. • Se encuentra centrado en sus propias necesidades o problemas (físicos, mentales o emocionales) y no puede esperarse que sea capaz de cuidar de otra persona aparte de sí mismo(a). • Tiene una o más de las siguientes condiciones diagnosticadas: pobre concepto de la realidad o psicosis, intentos de suicidio, delirios o alucinaciones, retraso intelectual medio.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
11. CAPACIDADES ASOCIADAS A LA EDAD DEL CUIDADOR(A)	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) es un adulto (mayor de 25 años) responsable y capaz. Es un adulto (mayor de 25 años) con limitaciones en su capacidad para atender al niño(a), pero dispone de apoyos externos positivos o vive con otro adulto responsable, capaz y que le apoya. El cuidador(a) tiene entre 20 y 25 años. Vive solo o con un compañero de edad similar, y en el exterior tiene adultos que le apoyan de manera positiva. O vive con un adulto responsable, capaz y que le apoya. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) tiene menos de 20 años. Vive solo o con un compañero de edad similar, y en el exterior tiene adultos que le apoyan de manera positiva. Tiene más de 25 años. Vive solo, con otros adultos o con su familia extensa, pero carece de apoyos positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) tiene menos de 25 años. Vive solo, con su familia extensa, otro adulto o compañero de edad similar, pero carece de apoyos positivos. O vive con su familia extensa pero nadie asume una clara responsabilidad sobre el niño(a).
12. HABILIDADES PARENTALES Y EXPECTATIVAS HACIA EL NIÑO(A)	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) muestra poseer unas adecuadas habilidades parentales y conocimientos correctos en relación a la crianza y proceso de desarrollo infantil. Mantiene unas expectativas apropiadas en relación a las capacidades del niño(a) y de que este(a) tenga las conductas que en su etapa evolutiva son normales. Reconoce y cubre las necesidades emocionales, de aprendizaje y de estimulación del niño(a). Enseña correctamente al niño(a) las normas sociales. Coloca de manera prioritaria las necesidades del niño(a) frente a las suyas propias. El cuidador(a) posee unos conocimientos mínimos/ aceptables en cuanto a desarrollo infantil, pero en ocasiones realiza demandas que exceden a la capacidad del niño(a) y malinterpreta señales de este(a), aunque en ningún caso ignora intencionadamente las necesidades y capacidades del niño(a). Tiene dificultades para cubrir las demandas del niño(a) en lo que respecta al apoyo emocional y a facilitarle situaciones de aprendizaje nuevas. No obstante, el niño(a) tiene en el hogar materiales (juegos, libros, etc.) apropiados a su edad. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) posee un conocimiento pobre acerca de las conductas apropiadas para la edad del niño(a). A menudo muestra hacia este(a) expectativas irreales y realiza demandas que el niño(a) no puede alcanzar. Tiene serias dificultades para reconocer la importancia de la estimulación, aprendizaje y apoyo emocional para el niño(a) e implicarse activamente en ello. En ocasiones parece indiferente en relación al desarrollo y crecimiento emocional del/ la menor. El niño(a) no posee en el hogar materiales (libros, juguetes, etc.) apropiados para su edad. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) carece de las habilidades parentales y conocimientos sobre crianza infantil y desarrollo evolutivo necesarios para ejercer adecuadamente el rol parental que garantice un mínimo nivel de cuidado del niño(a). Tiene un entendimiento muy pobre de lo que son las conductas apropiadas en una determinada edad o rechaza cualquier intento de modificación de sus criterios. Mayoritariamente realiza demandas no realistas al niño(a). Las normas hacia el/la menor son excesivamente estrictas o no razonables, o hay pocas normas que raramente son hechas respetar. Espera que el niño(a) cubra necesidades parentales. No reconoce o ignora las necesidades emocionales, de aprendizaje y estimulación del niño o niña. En el hogar no hay materiales (juguetes, libros, etc.) apropiados para el/ la menor. Ausencia crónica de conversaciones con el niño(a) y de actividades familiares o de juego; realiza escasas o nulas demostraciones de afecto hacia el/la menor.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
13. MÉTODOS DE DISCIPLINA Y CASTIGO HACIA EL NIÑO(A)	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) utiliza la disciplina de manera apropiada. No se utiliza el castigo físico o da algún golpe, aunque no como primera respuesta a una conducta inadecuada por parte del niño(a). La desaprobación se manifiesta de manera verbal y constructiva. Con frecuencia, el cuidador(a) utiliza el golpe como primera respuesta ante una conducta inapropiada del niño(a) o se muestra verbalmente autoritario, pero no hostil. Cree que posee la responsabilidad exclusiva en cuanto a la disciplina del niño(a). 	<ul style="list-style-type: none"> El castigo físico es en general la primera reacción del cuidador ante una conducta inapropiada del niño(a) y es el método disciplinario prioritario, pero no tiene intención de dañarlo(a). Raramente utiliza una disciplina apropiada; usa la fuerza excesivamente. El cuidador(a) tiende a gritar y amenazar al niño(a), sin apenas redirigir su conducta o enseñarle. Puede ridiculizar al niño o niña o realizar comentarios negativos sobre él/ella. 	<ul style="list-style-type: none"> La fuerza es considerada por el cuidador(a) como un uso apropiado del poder. El castigo corporal es la primera y principal forma de disciplina utilizada. Se castiga al niño o niña por conductas sin importancia o accidentales, pudiéndole causar, o habiéndole causado, lesiones. Expresa rencor hacia el niño o niña, es verbalmente hostil, impredecible, irracional.
14. ABUSO DE DROGAS/ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> No ha habido historia anterior de abuso/dependencia de drogas/alcohol, o, si la hubo, hay constancia de que el problema ha sido resuelto tras un programa de tratamiento. El abuso pasado o el uso limitado actual de drogas/alcohol no limita las capacidades del cuidador ni constituye un problema para la crianza apropiada del niño(a). El abuso de drogas/alcohol supuso un problema para el cuidado del niño(a) en un pasado reciente. El tratamiento ha controlado lo suficiente el consumo como para garantizar el cuidado del niño(a), aunque ha habido recaídas. El cuidador(a) consume drogas ocasionalmente pero ello no ha afectado todavía adversamente su rol parental. Reconoce los riesgos que su conducta de consumo tiene para el niño(a) y se encuentra implicado en un proceso de rehabilitación/tratamiento. Hay un uso inadecuado de drogas/alcohol, pero ello no supone ningún riesgo para el niño o niña. 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha verificado que existe abuso o dependencia actual de drogas/alcohol por parte del cuidador, pero ello no supone un riesgo inmediato para el niño(a): a) Aunque el cuidador tiene períodos en los que es incapaz de atender al niño o niña debido a su consumo, es capaz de concertar algún tipo de ayuda durante tales períodos; b) las necesidades del niño o niña son habitualmente cubiertas por amigos y/o parientes porque el cuidador no puede hacerse cargo del niño(a). Aunque puede no existir dependencia física o psicológica, el consumo aumenta progresivamente y la capacidad del cuidador para asegurar que el niño(a) esté atendido va deteriorándose. El cuidador(a) admite que abusa del alcohol/ drogas y es reticente a iniciar un tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador está crónicamente incapacitado para cuidar al niño o niña por su consumo excesivo de drogas/alcohol. Su vida gira en torno a su consumo, siendo incapaz de controlarlo y priorizando sus necesidades a las del niño(a). Su consumo pone en peligro la situación económica de la familia, afectando su capacidad para satisfacer las necesidades básicas del niño(a). El cuidador rechaza el tratamiento o ha boicoteado de manera constante los diferentes programas de rehabilitación en los que ha participado anteriormente. La madre abusó de las drogas durante el embarazo, naciendo el niño o niña con síndrome de abstinencia y sintomatología asociada.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
15. HISTORIA DE CONDUCTA VIOLENTA, ANTISOCIAL O DELICTIVA	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador no tiene historial de actividades antisociales, violentas o criminales. No hay historia de violencia en la familia. El cuidador tiene un historial previo de tales características, pero en la actualidad ello no supone riesgo alguno para el niño(a) porque ha aprendido a utilizar métodos aceptables para expresar la ira y frustración. El cuidador tiene un historial pasado de delitos no violentos que no han implicado al niño(a). Ha cumplido los requerimientos legales de manera satisfactoria. Tiene una historia de agresor de niños(as) pero ha estado en tratamiento y los profesionales implicados en el mismo han señalado resultados positivos. No existen pruebas de situaciones de violencia/desprotección posteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> Se sospecha que el cuidador está implicado actualmente en conductas delictivas que limitan su capacidad para atender las necesidades mínimas de cuidado del niño(a). Admite haber ejercido conductas abusivas o negligentes con menores, pero asegura haber resuelto este problema aunque no se tiene información sobre su participación en algún tipo de tratamiento. No existen pruebas de situaciones de violencia/desprotección posteriores, aunque esto no puede ser verificado con información externa a la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador tiene algún expediente judicial por uso de la fuerza o violencia contra otras personas (adultos o menores) o por abuso sexual. Existencia de condena(s) anterior(es) por ofensas contra otras personas. La conducta delictiva o antisocial del cuidador limita de manera grave su capacidad para atender las necesidades mínimas básicas y de supervisión del niño(a). Tiene una historia conocida de abuso hacia el cónyuge que se niega a reconocer.
16. HISTORIA PERSONAL DE MALTRATO/ABANDONO EN LA INFANCIA	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) no ha sufrido situaciones de maltrato/abandono en su infancia, habiendo tenido modelos parentales positivos. Fue víctima de tales situaciones, pero ha aprendido a desarrollar su rol parental positivamente. El cuidador(a) ha sido víctima en su infancia de situaciones violentas o de maltrato/abandono, pero da muestras de capacidad de control y evita proyectar su frustración en el niño(a). Habla abiertamente de su experiencia, demostrando su superación con la adecuación del cuidado que presta al/la menor. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) ha sido víctima de situaciones de violencia o maltrato/abandono en su infancia. Rechaza hablar de su niñez y no existe otra fuente de información que pueda proporcionar datos en este sentido. Su capacidad de autocontrol es cuestionable. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) ha sido víctima en su infancia de maltrato, castigos violentos y/o negligencia. Ha carecido completamente de modelos adultos positivos; describe un claro antagonismo hacia sus padres y señala que no se sintió querido(a) durante su infancia. Su nivel de autocontrol es débil. Ha sufrido incesto en su infancia, negándose a manifestarlo o no ha resuelto las secuelas negativas de ello.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
17. INTERACCIÓN CUIDADOR/ NIÑO -A	<ul style="list-style-type: none"> La interacción demuestra un apego, afecto y aceptación adecuados. El cuidador muestra una vinculación afectiva positiva con el niño o niña, habla positivamente de él/ella la mayor parte de las ocasiones, expresa aprobación hacia este(a) de manera frecuente y espontánea. El cuidador(a) expresa y/o demuestra vinculación afectiva, afecto y aceptación hacia el niño o niña, aunque a menudo no de manera abierta y espontánea. Ocasionalmente el/la menor es percibido como problemático, diferente o malo. 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador(a) raramente demuestra vinculación afectiva, afecto o aceptación en su interacción con el niño o niña. No se siente cómodo con el contacto físico con él/ella, mostrando hacia este(a) pocas muestras de afecto. El niño o niña es culpado por los problemas familiares, siendo percibido como problemático. Más frecuentemente de lo necesario, el cuidador le desaprueba o critica. Habla de él/ella normalmente de manera rencorosa o agresiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia completa de indicadores de apego, afecto o aceptación entre el cuidador y el niño(a). No hay contacto físico entre ambos o ausencia de manifestaciones de afecto en la interacción. Los errores o deficiencias del/la menor son constantemente destacadas, percibiendo al niño(a) como un problema, un "extraño" en la familia o como el depositario por herencia de características negativas de un familiar. La presencia del niño o niña es percibida por el cuidador(a) como una amenaza personal o éste señala su incapacidad para controlar la conducta del/la menor.
18. RELACIÓN DE PAREJA	<ul style="list-style-type: none"> Familia monoparental. La pareja demuestra un afecto y apoyo emocional positivo en su interacción. Se comunican de manera positiva. La pareja comparte la autoridad/poder en las responsabilidades de atención a los niños(as). Los conflictos son breves y normalmente son resueltos. No hay conflictos o disputas en relación a la custodia del niño(a). Las figuras parentales representan en general modelos de rol positivos para el/la menor. La pareja muestra problemas ocasionales en la expresión de afecto y apoyo emocional. Episodios ocasionales de conflicto verbal. Tales conflictos afectan negativamente al niño(a,) pero son resueltos con ayuda del exterior, corrigiéndose los déficits en el cuidado infantil. La relación entre la pareja es generalmente positiva, aunque hay conflictos sobre cómo educar/criar al niño o niña, siendo estos perjudiciales para el desarrollo del/la menor. 	<ul style="list-style-type: none"> La pareja raramente muestra afecto o vinculación emocional. Su relación es generalmente conflictiva o su relación es de apoyo mutuo pero excluye al niño(a), lo cual afecta negativamente el cuidado del menor. Existen importantes desacuerdos en relación a la educación del niño o niña, culpando a este(a) de los conflictos parentales. Un miembro de la pareja domina la interacción y posee el poder/autoridad en la crianza infantil, mientras que el otro asume un rol claramente secundario. La pareja se encuentra en una lucha directa por conseguir el afecto del niño o niña, o están implicados en una disputa hostil en relación a su custodia. Existen frecuentes episodios de violencia física, pero no se han producido lesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> La pareja no muestra en ningún momento afecto o vinculación emocional en su interacción. Su comunicación se basa en las discusiones violentas o amenazas de daño. La pareja se sitúa en un patrón claro de dominación/sumisión, donde el cónyuge dominante toma las decisiones referentes la disciplina y cuidado del niño(a) y utiliza su autoridad/poder para intimidar o abusar verbalmente del otro cónyuge. El/la menor es instrumentalizado en los conflictos de pareja, pudiendo darse en el contexto de una lucha violenta por su custodia. El cuidador(a) principal muestra un patrón continuado de múltiples relaciones de pareja breves o inestables. La violencia física entre la pareja ha provocado a menudo lesiones.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
19. PRESENCIA DE UN COMPAÑERO(A) O PADRE/MADRE SUSTITUTO(A)	<ul style="list-style-type: none"> El cuidador principal no tiene compañero(a) o no hay un padre/madre sustituto(a) que viva en el hogar. El compañero(a) o padre/madre sustituto(a) vive en el hogar, considerándose su presencia como de apoyo y estabilizadora. El compañero(a) o padre/madre sustituto(a) está en el hogar con poca frecuencia y tan solo asume una mínima responsabilidad en relación al cuidado del niño o niña. 	<ul style="list-style-type: none"> El compañero(a) o padre/madre sustituto/a muestra poca implicación emocional con el/la menor, no proporciona apoyo en la organización del hogar o representa un modelo de rol negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> El compañero(a) o padre/madre sustituto(a) reside en el hogar y es quien ha cometido el maltrato/abandono hacia el niño o niña. Tiene una influencia negativa en el cuidado proporcionado al niño o niña, por parte del cuidador(a) principal.
20. CONDICIONES DEL HOGAR	<ul style="list-style-type: none"> La casa se encuentra en buen estado y posee un equipamiento adecuado. Hay espacio suficiente para todos sus habitantes. No hay deficiencias en cuanto a seguridad. La casa se encuentra en buen estado, aunque existen algunos déficits en cuanto a seguridad o higiene que pueden provocar daños leves en el niño(a). El equipamiento y accesorios básicos (agua caliente, calefacción, etc.) se encuentran generalmente en buen estado. Hay falta de espacio. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay problemas físicos o de estructura en la casa. Hay accesorios estropeados y déficits de seguridad e higiene que deben ser remediados de manera inmediata para prevenir accidentes o enfermedades en el niño(a). Algunos equipamientos básicos (WC, por ejemplo) se encuentran inutilizados pero se están arreglando. Existe hacinamiento; niños(as) y/o adultos del sexo opuesto comparten dormitorio. 	<ul style="list-style-type: none"> La casa posee déficits que suponen una amenaza inmediata y continua para la salud y/o seguridad del niño(a). Los equipamientos básicos (WC, por ejemplo) se encuentran inutilizados y llevan tiempo sin arreglarse. Hacinamiento severo. Adultos no familiares y niños(as) de diferente edad y sexo ocupan el mismo dormitorio. La familia no tiene vivienda o la perderá de manera inminente.

	NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
21. FUENTES DE APOYO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • La familia tiene un sistema de apoyo estable de parientes/ amigos que proporcionan la ayuda requerida y, si es necesario, proporcionan asistencia en el cuidado del niño o niña para resolver situaciones de estrés/conflicto. • La familia no requiere sistemas de apoyo externos para enfrentarse al estrés. • Los cuidadores tienen recursos materiales y personales suficientes para cubrir las necesidades básicas del niño o niña. • La familia padece frecuentes situaciones de estrés o conflicto que son resueltas satisfactoriamente por sus recursos propios y la ayuda proporcionada por sus sistemas de apoyo, que se encuentran en la mayoría de las ocasiones disponibles. • Hay algunos problemas de relación entre los cuidadores y parientes/amigos/vecinos que en ocasiones afectan negativamente su capacidad para atender al niño o niña. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los sistemas de apoyo ayudan ocasionalmente a la familia pero no de manera consistente, o no están accesibles. Familia aislada, no integrada en la comunidad, con pocas personas de apoyo. • Los cuidadores son incapaces de enfrentarse al estrés/conflicto sin apoyo del exterior. • Relaciones conflictivas con familia extensa u otras personas que con frecuencia afectan negativamente a la capacidad de los cuidadores para atender al niño(a). • Los recursos de la familia y de los sistemas de apoyo no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de los niños(as). 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia sin sistemas de apoyo disponibles, o los que existen no son capaces de proporcionar la ayuda requerida en las situaciones de estrés/conflicto. Total aislamiento o rechazo social. • Los conflictos con familia extensa u otras personas son una de las causas principales que minan la capacidad de los cuidadores para atender al niño(a). • Ni la familia ni sus sistemas de apoyo son capaces de satisfacer las necesidades básicas del/la menor, lo cual lo/la coloca en una situación de alto riesgo.
22. RESPUESTA ANTE LA INTERVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador(a) que ha cometido el maltrato/abandono asume responsabilidad sobre sus acciones, muestra culpa o arrepentimiento, se compromete a cooperar en la intervención. • Acepta los objetivos de la intervención. • El cuidador(a) que ha cometido el maltrato tiende a culpar ocasionalmente a otros por sus dificultades, pero finalmente asume la responsabilidad de sus actos. • Se implica en la planificación de la intervención a un nivel suficiente, pero no llega a un nivel idóneo. • Acepta la mayoría de los objetivos de la intervención, pero puede no hacer un uso óptimo de los servicios provistos/ recomendados. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador(a) que ha cometido el maltrato/abandono acepta los servicios verbalmente, aunque se resiste a cooperar (de manera activa o pasiva). • Se implica mínimamente en los servicios. Su implicación y participación se mantiene únicamente si los profesionales ejercen una supervisión y control constantes y directos. Intenta manipular a los profesionales y evitar el control por parte de estos. • Es abiertamente complaciente u hostil. Su implicación con la intervención es únicamente el resultado de una presión externa ejercida para ello. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador(a) que ha cometido el maltrato/abandono se niega de manera clara a cooperar con la planificación o desarrollo de la intervención. • Se resiste activa o pasivamente a mantener cualquier tipo de contacto o implicación con los servicios. Boicotea los objetivos del servicio o la intervención. • Es evasivo(a), verbalmente hostil o agrede físicamente o amenaza con hacerlo a los profesionales. • Existen severas dificultades para establecer o mantener el contacto con él/ella. • Se opone abiertamente a seguir el tratamiento propuesto.

Anexo N° 4: Seguimiento de acciones de primera respuesta en situaciones de maltrato

Chequeo de acciones realizadas	Observaciones
Tipo de maltrato (características de delito o no)	
Nivel de riesgo (anexo 3: Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil).	
Acciones que faciliten la problematización, el reconocimiento de la situación y la aceptación de la ayuda del equipo de salud por parte de la familia.	
Adopción de medidas de protección.	
Visitas y seguimiento en domicilio por parte del equipo de salud o con acciones coordinadas con el sistema escolar o el extra sistema.	
Incrementar frecuencia de controles. Fechas	
Integración del niño(a) y su familia a programas de salud que promuevan la reorganización de las pautas relacionales caracterizadas por la violencia, que proporcionen estrategias de crianza y estilos de vida saludable. ¿Qué programas?	
Referencia a padres, si corresponde, a programas de salud (salud mental, de promoción, alcoholismo, drogadicción u otros). ¿A qué programa?	
Derivación asistida al niño y su familia a Programas de Prevención Comunitaria (PPC) y de promoción del buen trato o de carácter preventivo de la violencia (PIB), de SENAME. ¿A qué programa?	
Derivación asistida de las madres víctimas de violencia de pareja a primera respuesta en salud y/o a programas de atención de SERNAM, Municipales, ONGs u otros, de acuerdo a la oferta disponible a nivel local. ¿Dónde fue derivada?	

Incorporación de los miembros de la familia a instancias comunitarias para el enriquecimiento de su red social. ¿Cuáles?	
Gestiones realizadas con el intersector para la incorporación de niños y niñas al sistema preescolar y educacional.	
Identificar al/los adulto(s) protectores e involucrarlos (abuelos(as), tíos(as), otros).	
Coordinaciones con el establecimiento educacional para acciones de apoyo en el contexto escolar y seguimiento de las condiciones del niño, niña o adolescente.	
Acciones para mantener visibilizada a la familia por parte de los miembros del equipo interdisciplinario de atención primaria.	
Proporcionar al niño, niña o adolescente la atención clínica correspondiente a la situación diagnosticada.	
Registrar el examen clínico efectuado, el cual puede constituir prueba a ser considerada en el proceso penal.	
Informar al niño, niña o adolescente y a la persona adulta responsable respecto de las medidas a adoptar.	
Efectuar la denuncia pertinente.	
Adoptar las medidas de protección y de urgencia indicadas de acuerdo a la condición de salud de la víctima.	
Visita de seguimiento en domicilio y escuela u hospital.	
Registrar todas las medidas y acciones indicadas y realizadas.	

ANEXO N° 5: Detalle de la normativa nacional e internacional relativa al maltrato infantil

A continuación se realiza una breve descripción de las principales leyes y cuerpos normativos nacionales e internacionales relativos a la protección de los niños, niñas y adolescentes; a su derecho a la salud de la integridad física y psíquica; y de la protección en contra del maltrato infantil.

Primero se describen las disposiciones nacionales, para continuar luego con las internacionales y finalizar con un comentario general de interpretación de la normativa en materia de maltrato infantil.

Normativa nacional

a) Constitución Política de la República

Artículo 1º. Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad.

El Estado reconoce y ampara a los grupos intermedios a través de los cuales, se organiza y estructura la sociedad y les garantiza la adecuada autonomía para cumplir sus propios fines específicos.

El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece.

Es deber del Estado resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población, y a la familia, propender al fortalecimiento de ésta, promover la integración armónica de todos los sectores de la Nación y asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional.

Artículo 5º. La soberanía reside esencialmente en la Nación. Su ejercicio se realiza por el pueblo a través del plebiscito y de elecciones periódicas y, también, por las autoridades que esta Constitución establece. Ningún sector del pueblo ni individuo alguno puede atribuirse su ejercicio.

El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como, por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.

Artículo 19. La Constitución asegura a todas las personas:

1º. El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.

La ley protege la vida del que está por nacer.

La pena de muerte sólo podrá establecerse por delito contemplado en ley aprobada con quórum calificado. Se prohíbe la aplicación de todo apremio ilegítimo.

9º. El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

b) Ley de Menores N° 16.618

Artículo 30. En los casos previstos en el artículo 8º, números 7) y 8), de la ley que crea los juzgados de familia, el juez de letras de menores, mediante resolución fundada, podrá decretar las medidas que sean necesarias para proteger a los menores de edad gravemente vulnerados o amenazados en sus derechos.

En particular, el juez podrá:

- 1) Disponer la concurrencia a programas o acciones de apoyo, reparación u orientación a los menores de edad, a sus padres o a las personas que lo tengan bajo su cuidado, para enfrentar y superar la situación de crisis en que pudieren encontrarse, e impartir las instrucciones pertinentes.
- 2) Disponer el ingreso del menor de edad en un centro de tránsito o distribución, hogar sustituto o en un establecimiento residencial.

Si adoptare la medida a que se refiere el número 2), el juez preferirá, para que asuman provisoriamente el cuidado del menor, a sus parientes consanguíneos o a otras personas con las que aquél tenga una relación de confianza.

La medida de internación en un establecimiento de protección sólo procederá en aquellos casos en que, para cautelar la integridad física o síquica del menor de edad, resulte indispensable separarlo de su medio

familiar o de las personas que lo tienen bajo su cuidado, y en defecto de las personas a que se refiere el inciso anterior. Esta medida tendrá un carácter esencialmente temporal, no se decretará por un plazo superior a un año, y deberá ser revisada por el tribunal cada seis meses, para lo cual solicitará los informes que procedan al encargado del Centro u hogar respectivo. Sin perjuicio de ello, podrá renovarse en esos mismos términos y condiciones, mientras subsista la causal que le dio lugar. En todo caso, el tribunal podrá sustituir o dejar sin efecto la medida antes del vencimiento del plazo por el que la hubiere dispuesto.

c) Ley N° 19.968 que crea los Tribunales de Familia

Artículo 5°. Funciones. La función de los profesionales del consejo técnico será la de asesorar, individual o colectivamente, a los jueces en el análisis y mejor comprensión de los asuntos sometidos a su conocimiento, en el ámbito de su especialidad.

En particular, tendrán las siguientes atribuciones:

Asistir a las audiencias de juicio a que sean citados con el objetivo de emitir las opiniones técnicas que le sean solicitadas.

Asesorar al juez para la adecuada comparecencia y declaración del niño, niña o adolescente.

Asesorar al juez, a requerimiento de éste, en la evaluación del riesgo a que se refiere el artículo 7° de la ley N°20.066, sobre Violencia Intrafamiliar.

Asesorar al juez en todas las materias relacionadas con su especialidad.

Artículo 8°. Competencia de los juzgados de familia. Corresponderá a los juzgados de familia conocer y resolver las siguientes materias:

- 1) Las causas relativas al derecho de cuidado personal de los niños, niñas o adolescentes.
- 2) Las causas relativas al derecho y el deber del padre o de la madre que no tenga el cuidado personal del hijo, a mantener con éste una relación directa y regular.
- 3) Las causas relativas al ejercicio, suspensión o pérdida de la patria potestad; a la emancipación y a las autorizaciones a que se refieren los Párrafos 2° y 3° del Título X del Libro I del Código Civil.
- 4) Las causas relativas al derecho de alimentos.
- 5) Los disensos para contraer matrimonio.

- 6) Las guardas, con excepción de aquellas relativas a pupilos mayores de edad, y aquellas que digan relación con la curaduría de la herencia yacente, sin perjuicio de lo establecido en el inciso segundo del artículo 494 del Código Civil.
- 7) Todos los asuntos en que aparezcan niños, niñas o adolescentes gravemente vulnerados o amenazados en sus derechos, respecto de los cuales se requiera adoptar una medida de protección conforme al artículo 30 de la Ley de Menores.
- 8) Las acciones de filiación y todas aquellas que digan relación con la constitución o modificación del estado civil de las personas.
- 9) Todos los asuntos en que se impute la comisión de cualquier falta a adolescentes mayores de catorce y menores de dieciséis años de edad, y las que se imputen a adolescentes mayores de dieciséis y menores de dieciocho años (que no se encuentren contempladas en el inciso tercero del artículo 1º). Tratándose de hechos punibles cometidos por un niño o niña, el juez de familia procederá de acuerdo a lo prescrito en el artículo 102.
- 10) La autorización para la salida de niños, niñas o adolescentes del país, en los casos en que corresponda de acuerdo con la ley.
- 11) Las causas relativas al maltrato de niños, niñas o adolescentes de acuerdo a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 62 de la ley Nº 16.618.
- 12) Los procedimientos previos a la adopción, de que trata el Título II de la ley Nº 19.620.
- 13) El procedimiento de adopción a que se refiere el Título III de la ley Nº 19.620.
- 14) Los siguientes asuntos que se susciten entre cónyuges, relativos al régimen patrimonial del matrimonio y los bienes familiares:
 - a) Separación judicial de bienes;
 - b) Las causas sobre declaración y desafectación de bienes familiares y la constitución de derechos de usufructo, uso o habitación sobre los mismos.
- 15) Las acciones de separación, nulidad y divorcio reguladas en la Ley de Matrimonio Civil.
- 16) Los actos de violencia intrafamiliar.
- 17) Toda otra materia que la ley les encomiende.

Artículo 16. Interés superior del niño, niña o adolescente y derecho a ser oído. Esta ley tiene por objetivo garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en el territorio nacional, el ejercicio y goce pleno y efectivo de sus derechos y garantías.

El interés superior del niño, niña o adolescente, y su derecho a ser oído, son principios rectores que el juez de familia debe tener siempre como consideración principal en la resolución del asunto sometido a su conocimiento.

Para los efectos de esta ley, se considera niño o niña a todo ser humano que no ha cumplido los catorce años y, adolescente, desde los catorce años hasta que cumpla los dieciocho años de edad.

Artículo 105. Principios de la mediación.

Durante todo el proceso de mediación, el mediador deberá velar por que se cumplan los siguientes principios en los términos que a continuación se señalan:

- a) Igualdad.
- b) Voluntariedad.
- c) Confidencialidad.

Nada de lo dicho por cualquiera de los participantes durante el desarrollo de la mediación podrá invocarse en el subsiguiente procedimiento judicial, en caso de haberlo.

Con todo, el mediador quedará exento del deber de confidencialidad en aquellos casos en que tome conocimiento de la existencia de situaciones de maltrato o abuso en contra de niños, niñas, adolescentes o discapacitados. En todo caso, deberá dar a conocer previamente a las partes el sentido de esta exención.

- d) Imparcialidad: lo que implica que los mediadores serán imparciales en relación con los participantes, debiendo abstenerse de promover actuaciones que comprometan dicha condición. Si tal imparcialidad se viere afectada por cualquier causa, deberán rechazar el caso, justificándose ante el juzgado que corresponda.

Los involucrados podrán también solicitar al juzgado la designación de un nuevo mediador, cuando justifiquen que la imparcialidad del inicialmente designado se encuentra comprometida.

- e) Interés superior del niño: por el cual, en el curso de la mediación, el mediador velará siempre para que se tome en consideración el interés superior del niño, niña o adolescente, en su caso, pudiendo citarlos sólo si su presencia es estrictamente indispensable para el desarrollo de la mediación.
- f) Opiniones de terceros: en virtud del cual, el mediador velará para que se consideren las opiniones de los terceros que no hubieren sido citados a la audiencia, a quienes también podrá citar.

Artículo 106. Mediación previa, voluntaria y prohibida. Las causas relativas al derecho de alimentos, cuidado personal y al derecho de los padres e hijos e hijas que vivan separados a mantener una relación directa y regular, aun cuando se deban tratar en el marco de una acción de divorcio o separación judicial, deberán someterse a un procedimiento de mediación previo a la interposición de la demanda, el que se regirá por las normas de esta ley y su reglamento.

Lo dispuesto en el inciso anterior no se aplicará a los casos del artículo 54 de la ley N° 19.947.

Las partes quedarán exentas del cumplimiento de este requisito, si acreditaren que antes del inicio de la causa, sometieron el mismo conflicto a mediación ante mediadores inscritos en el registro a que se refiere el artículo 112 o si hubieren alcanzado un acuerdo privado sobre estas materias.

Las restantes materias de competencia de los juzgados de familia, exceptuadas las señaladas en el inciso siguiente, podrán ser sometidas a mediación si así lo acuerdan o lo aceptan las partes.

No se someterán a mediación los asuntos relativos al estado civil de las personas, salvo en los casos contemplados por la Ley de Matrimonio Civil; la declaración de interdicción; las causas sobre maltrato de niños, niñas o adolescentes, y los procedimientos regulados en la ley N° 19.620, sobre adopción.

En los asuntos a que dé lugar la aplicación de la ley N° 20.066, sobre Violencia Intrafamiliar, la mediación procederá en los términos y condiciones establecidos en los artículos 96 y 97 de esta ley.

d) **Ley N° 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar**

Artículo 1°. Objeto de la ley. Esta ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma.

Artículo 2º. Obligación de protección. Es deber del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia.

Artículo 3º. Prevención y Asistencia. El Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas.

Entre otras medidas, implementará las siguientes:

- a) Incorporar en los planes y programas de estudio contenidos dirigidos a modificar las conductas que favorecen, estimulan o perpetúan la violencia intrafamiliar.
- b) Desarrollar planes de capacitación para los funcionarios públicos que intervengan en la aplicación de esta ley.
- c) Desarrollar políticas y programas de seguridad pública para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar.
- d) Favorecer iniciativas de la sociedad civil para el logro de los objetivos de esta ley.
- e) Adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás instrumentos internacionales suscritos por el Estado de Chile.
- f) Crear y mantener sistemas de información y registros estadísticos en relación con la violencia intrafamiliar.

Artículo 5º. Violencia intrafamiliar.

Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.

También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad, adulto mayor o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

Artículo 6º. Los actos de violencia intrafamiliar que no constituyan delito serán de conocimiento de los juzgados de familia y se sujetarán al procedimiento establecido en la ley N°19.968.

Artículo 7º. Situación de riesgo. Cuando exista una situación de riesgo inminente para una o más personas de sufrir un maltrato constitutivo de violencia intrafamiliar, aun cuando éste no se haya llevado a cabo, el tribunal, con el solo mérito de la denuncia, deberá adoptar las medidas de protección o cautelares que correspondan.

Se presumirá que existe una situación de riesgo inminente como la descrita en el inciso anterior cuando haya precedido intimidación de causar daño por parte del ofensor o cuando concurran además, respecto de éste, circunstancias o antecedentes tales como: drogadicción, alcoholismo, una o más denuncias por violencia intrafamiliar, condena previa por violencia intrafamiliar, procesos pendientes o condenas previas por crimen o simple delito contra las personas o por alguno de los delitos establecidos en los párrafos 5 y 6 del Título VII, del Libro Segundo del Código Penal o por infracción a la ley N°17.798, o antecedentes psiquiátricos o psicológicos que denoten características de personalidad violenta.

Asimismo, se presumirá que hay una situación de riesgo inminente, cuando el denunciado oponga, de manera violenta, su negativa a aceptar el término de una relación afectiva que ha mantenido recientemente con la víctima.

Además, el tribunal cautelará especialmente los casos en que la víctima esté embarazada, se trate de una persona con discapacidad o tenga una condición que la haga vulnerable. Se considerará especialmente como situación de riesgo inminente el hecho de que un adulto mayor, dueño o poseedor, a cualquier título, de un inmueble que ocupa para residir, sea expulsado de él, relegado a sectores secundarios o se le restrinja o limite su desplazamiento al interior de ese bien raíz, por algunos de los parientes señalados en el artículo 5º.

Artículo 14. Delito de maltrato habitual. El ejercicio habitual de violencia física o psíquica respecto de alguna de las personas referidas en el artículo 5º de esta ley se sancionará con la pena de presidio menor en su grado mínimo, salvo que el hecho sea constitutivo de un delito de mayor gravedad, caso en el cual se aplicará sólo la pena asignada por la ley a éste.

Para apreciar la habitualidad, se atenderá al número de actos ejecutados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferente víctima.

Para estos efectos, no se considerarán los hechos anteriores respecto de los cuales haya recaído sentencia penal absolutoria o condenatoria.

El Ministerio Público sólo podrá dar inicio a la investigación por el delito tipificado en el inciso primero, si el respectivo Juzgado de Familia le ha remitido los antecedentes, en conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la ley N° 19.968.

e) Código Penal

Artículo 346. El que abandonare en un lugar no solitario a un niño menor de siete años, será castigado con presidio menor en su grado mínimo.

Artículo 347. Si el abandono se hiciere por los padres legítimos o ilegítimos o por personas que tuvieren al niño bajo su cuidado, la pena será presidio menor en su grado máximo, cuando el que lo abandona reside a menos de cinco kilómetros de un pueblo o lugar en que hubiere casa de expósitos, y presidio menor en su grado medio en los demás casos.

Artículo 348. Si a consecuencia del abandono resultaren lesiones graves o la muerte del niño, se impondrá al que lo efectuare la pena de presidio mayor en su grado mínimo, cuando fuere alguna de las personas comprendidas en el artículo anterior, y la de presidio menor en su grado máximo en el caso contrario.

Lo dispuesto en este artículo y en los dos precedentes no se aplica al abandono hecho en casas de expósitos.

Artículo 349. El que abandonare en un lugar solitario a un niño menor de diez años, será castigado con presidio menor en su grado medio.

Artículo 350. La pena será presidio mayor en su grado mínimo cuando el que abandona es alguno de los relacionados en el artículo 347.

Artículo 351. Si del abandono en un lugar solitario resultaren lesiones graves o la muerte del niño, se impondrá al que lo ejecuta la pena de presidio mayor en su grado medio, cuando fuere alguna de las personas a que se refiere el artículo precedente, y la de presidio mayor en su grado mínimo en el caso contrario.

Artículo 390. El que, conociendo las relaciones que los ligan, mate a su padre, madre o hijo, a cualquier otro de sus ascendientes o descendientes o a quien es o ha sido su cónyuge o su conviviente, será castigado, como parricida, con la pena de presidio mayor en su grado máximo a presidio perpetuo calificado.

Si la víctima del delito descrito en el inciso precedente es o ha sido el cónyuge o la conviviente de su autor, el delito tendrá el nombre de femicidio.

Artículo 391. El que mate a otro y no esté comprendido en el artículo anterior, será penado:

1º Con presidio mayor en su grado medio a presidio perpetuo, si ejecutare el homicidio con alguna de las circunstancias siguientes: Con alevosía, por premio o promesa remuneratoria, por medio de veneno, con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor al ofendido y con premeditación conocida.

2º Con presidio mayor en sus grados mínimos a medio en cualquier otro caso.

Artículo 392. Cometiéndose un homicidio en riña o pelea y no constando el autor de la muerte, pero sí los que causaron lesiones graves al occiso, se impondrá a todos éstos la pena de presidio menor en su grado máximo.

Si no constare tampoco quiénes causaron lesiones graves al ofendido, se impondrá a todos los que hubieren ejercido violencia en su persona la de presidio menor en su grado medio.

Artículo 393. El que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte.

2. Del infanticidio

Artículo 394. Cometan infanticidio el padre, la madre o los demás ascendientes legítimos o ilegítimos que dentro de las cuarenta y ocho horas después del parto, matan al hijo o descendiente, y serán penados con presidio mayor en sus grados mínimos a medio.

3. Lesiones corporales

Artículo 395. El que maliciosamente castrare a otro será castigado con presidio mayor en sus grados mínimos a medio.

Artículo 396. Cualquiera otra mutilación de un miembro importante que deje al paciente en la imposibilidad de valerse por sí mismo o de ejecutar las funciones naturales que antes ejecutaba, hecha también con malicia, será penada con presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo.

En los casos de mutilaciones de miembros menos importantes, como un dedo o una oreja, la pena será presidio menor en sus grados mínimos a medio.

Artículo 397. El que hiriere, golpeare o maltratare de obra a otro, será castigado como responsable de lesiones graves:

- 1º Con la pena de presidio mayor en su grado mínimo, si de resultas de las lesiones queda el ofendido demente, inútil para el trabajo, impotente, impedido de algún miembro importante o notablemente deforme.
- 2º Con la de presidio menor en su grado medio, si las lesiones produjeran la ofendida enfermedad o incapacidad para el trabajo por más de treinta días.

Artículo 398. Las penas del artículo anterior son aplicables respectivamente al que causare a otro alguna lesión grave, ya sea administrándole a sabiendas sustancias o bebidas nocivas o abusando de su credulidad o flaqueza de espíritu.

Artículo 399. Las lesiones no comprendidas en los artículos precedentes se reputan menos graves, y serán penadas con relegación o presidio menores en sus grados mínimos o con multa de once a veinte unidades tributarias mensuales.

Artículo 400. Si los hechos a que se refieren los artículos anteriores de este párrafo se ejecutan en contra de alguna de las personas que menciona el artículo 5º de la Ley sobre Violencia Intrafamiliar, o con cualquiera de las circunstancias Segunda, Tercera o Cuarta del número 1º del artículo 391 de este Código, las penas se aumentarán en un grado.

f) Código Civil⁽¹⁰⁾

Artículo 222. Los hijos deben respeto y obediencia a sus padres. La preocupación fundamental de los padres es el interés superior del hijo, para lo cual procurarán su mayor realización espiritual y material posible, y lo guiarán

(10) Posterior a ley 20.680.

en el ejercicio de los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana de modo conforme a la evolución de sus facultades.

Artículo 225. Si los padres viven separados, a la madre toca el cuidado personal de los hijos.

No obstante, mediante escritura pública, o acta extendida ante cualquier oficial del Registro Civil, subinscrita al margen de la inscripción de nacimiento del hijo dentro de los treinta días siguientes a su otorgamiento, ambos padres, actuando de común acuerdo, podrán determinar que el cuidado personal de uno o más hijos corresponda al padre. Este acuerdo podrá revocarse, cumpliendo las mismas solemnidades.

En todo caso, cuando el interés del hijo lo haga indispensable, sea por maltrato, descuido u otra causa calificada, el juez podrá entregar su cuidado personal al otro de los padres. Pero no podrá confiar el cuidado personal al padre o madre que no hubiese contribuido a la mantención del hijo mientras estuvo bajo el cuidado del otro padre, pudiendo hacerlo.

Mientras una subinscripción relativa al cuidado personal no sea cancelada por otra posterior, todo nuevo acuerdo o resolución será inoponible a terceros.

Artículo 229. El padre o madre que no tenga el cuidado personal del hijo no será privado del derecho ni quedará exento del deber, que consiste en mantener con él una relación directa y regular, la que ejercerá con la frecuencia y libertad acordada con quien lo tiene a su cargo, o, en su defecto, con las que el juez estimare conveniente para el hijo.

Se suspenderá o restringirá el ejercicio de este derecho cuando manifiestamente perjudique el bienestar del hijo, lo que declarará el tribunal fundadamente.

Artículo 234. Los padres tendrán la facultad de corregir a los hijos, cuidando que ello no menoscabe su salud ni su desarrollo personal. Esta facultad, excluye toda forma de maltrato físico y psicológico y deberá, en todo caso, ejercerse en conformidad a la ley y a la Convención sobre los Derechos del Niño.

Si se produjese tal menoscabo o se temiese fundadamente que ocurra, el juez, a petición de cualquiera persona o de oficio, podrá decretar una o más de las medidas cautelares especiales del artículo 71 de la ley N° 19.968, con sujeción al procedimiento previsto en el Párrafo primero del Título IV de la misma ley, sin perjuicio de las sanciones que correspondiere aplicar por la infracción.

Cuando sea necesario para el bienestar del hijo, los padres podrán solicitar al tribunal que determine sobre la vida futura de aquel por el tiempo que estime más conveniente, el cual no podrá exceder del plazo que le falte para cumplir dieciocho años de edad.

Las resoluciones del juez no podrán ser modificadas por la sola voluntad de los padres.

Artículo 235. Las disposiciones contenidas en el artículo precedente se extienden, en ausencia, inhabilidad o muerte de ambos padres, a cualquiera otra persona a quien corresponda el cuidado personal del hijo.

Artículo 236. Los padres tendrán el derecho y el deber de educar a sus hijos, orientándolos hacia su pleno desarrollo en las distintas etapas de su vida.

Normativa internacional

a) Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 3º

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 4º Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de

los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

Artículo 5º Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 6º

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 9º

1. Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.
2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.
3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.
4. Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona esté bajo la custodia del Estado) de uno de los

padres del niño, o de ambos, o del niño, el Estado Parte proporcionará, cuando se le pida, a los padres, al niño o, si procede, a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultase perjudicial para el bienestar del niño.

Los Estados Partes se cerciorarán, además, de que la presentación de tal petición no entrañe por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

Artículo 12.

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 18.

1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.
2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas.

Artículo 19.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

b) Convención para la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer

Artículo 1º A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

c) Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer

Artículo 1º Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 2º Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. Que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;
- b. Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual,

tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y

- c. Que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Artículo 3º Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 4º Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

- a. el derecho a que se respete su vida;
- b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;
- c. el derecho a la libertad y a la seguridad personal;
- d. el derecho a no ser sometida a torturas;
- e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;
- f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley;
- g. el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos;
- h. el derecho a libertad de asociación;
- i. el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley, y
- j. el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.

d) **Convención Americana de Derechos Humanos**

Artículo 4º Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.
3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.
4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.
5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez.
6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.

Artículo 5º Derecho a la Integridad Personal

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.
3. La pena no puede trascender de la persona del delincuente.
4. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.
5. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento.
6. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.

Artículo 19. Derechos del Niño

Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

g) Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad**Artículo I.**

Discriminación contra las personas con discapacidad

El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

h) Convenio N°182 de la OIT sobre prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación**Artículo 3°**

A los efectos del presente Convenio, la expresión «las peores formas de trabajo infantil» abarca:

- a) todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados;
- b) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;
- c) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes, y
- d) el trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

i) Observación General Nº 8 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas

11. El Comité define el castigo “corporal” o “físico” como todo castigo en el que se utilice la fuerza física y que tenga por objeto causar cierto grado de dolor o malestar, aunque sea leve. En la mayoría de los casos se trata de pegar a los niños (“manotazos”, “bofetadas”, “palizas”), con la mano o con algún objeto -azote, vara, cinturón, zapato, cuchara de madera, etc. Pero también puede consistir en, por ejemplo, dar puntapiés, zarandear o empujar a los niños, arañarlos, pellizcarlos, morderlos, tirarles del pelo o de las orejas, obligarlos a ponerse en posturas incómodas, producirles quemaduras, obligarlos a ingerir alimentos hirviendo u otros productos (por ejemplo, lavarles la boca con jabón u obligarlos a tragar alimentos picantes).

El Comité opina que el castigo corporal es siempre degradante. Además hay otras formas de castigo que no son físicas, pero que son igualmente crueles y degradantes, y por lo tanto incompatibles con la Convención. Entre éstas se cuentan, por ejemplo, los castigos en que se menosprecia, se humilla, se denigra, se convierte en chivo expiatorio, se amenaza, se asusta o se ridiculiza al niño.

12. Los castigos corporales y otras formas de castigo crueles o degradantes de los niños tienen lugar en numerosos entornos, incluidos el hogar y la familia, en todos los tipos de cuidado, las escuelas y otras instituciones docentes, los sistemas de justicia -tanto en lo que se refiere a sentencias de los tribunales, como a castigos en instituciones penitenciarias o de otra índole- en las situaciones de trabajo infantil, y en la comunidad.
13. Al rechazar toda justificación de la violencia y la humillación como formas de castigo de los niños, el Comité no está rechazando en modo alguno el concepto positivo de disciplina. El desarrollo sano del niño depende de los padres y otros adultos para la orientación y dirección necesarias, de acuerdo con el desarrollo de su capacidad, a fin de ayudarlo en su crecimiento para llevar una vida responsable en la sociedad.
14. El Comité reconoce que la crianza y el cuidado de los niños, especialmente de los lactantes y niños pequeños, exigen frecuentes acciones e intervenciones físicas para protegerlos. Pero esto es totalmente distinto del uso deliberado y punitivo de la fuerza para provocar cierto grado de dolor, molestia o humillación.

Cuando se trata de nosotros, adultos, sabemos muy bien distinguir entre una acción física protectora y una agresión punitiva; no resulta más difícil hacer esa distinción cuando se trata de los niños. La legislación

de todos los Estados cuenta, explícita o implícitamente, con el empleo de la fuerza no punitiva y necesaria para proteger a las personas.

15. El Comité reconoce que hay circunstancias excepcionales en que los maestros y determinadas personas, como por ejemplo los que trabajan con niños en instituciones y con niños en conflicto con la ley, pueden encontrarse ante una conducta peligrosa que justifique el uso de algún tipo de restricción razonable para controlarla. En este caso también hay una clara distinción entre el uso de la fuerza determinado por la necesidad de proteger al niño o a otros y el uso de la fuerza para castigar. Debe aplicarse siempre el principio del uso mínimo necesario de la fuerza por el menor tiempo posible. También, se requieren una orientación y capacitación detalladas, tanto para reducir al mínimo la necesidad de recurrir a medidas restrictivas como para asegurar que cualquier método que se utilice sea inocuo y proporcionado a la situación y no entrañe la intención deliberada de causar dolor como forma de control.
26. Las veces que el Comité de los Derechos del Niño ha planteado la eliminación de los castigos corporales a determinados Estados durante el examen de sus informes, los representantes gubernamentales han sugerido a veces que cierto grado de castigo corporal "razonable" o "moderado" puede estar justificado en nombre del "interés superior" del niño. El Comité ha establecido, como importante principio general, el requisito de la Convención de que el interés superior del niño deberá ser una consideración primordial en todas las medidas concernientes a los niños (párrafo 1 del artículo 3). La Convención también afirma, en el artículo 18, que el interés superior del niño será la preocupación fundamental de los padres.

Pero la interpretación de lo que se entiende por el interés superior del niño debe ser compatible con toda la Convención, incluidos la obligación de proteger a los niños contra toda forma de violencia y el requisito de tener debidamente en cuenta las opiniones del niño; ese principio no puede aducirse para justificar prácticas, como los castigos corporales y otras formas de castigo crueles o degradantes, que están reñidas con la dignidad humana y el derecho a la integridad física del niño.

29. Hay quienes aducen justificaciones de inspiración religiosa para el castigo corporal, sugiriendo que determinadas interpretaciones de los textos religiosos no sólo justifican su uso sino que lo consideran un deber. La libertad de creencia religiosa está consagrada en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 18), pero la práctica de una religión o creencia debe ser compatible con el respeto a la dignidad

humana y a la integridad física de los demás. La libertad de practicar la propia religión o creencia puede verse legítimamente limitada a fin de proteger los derechos y libertades fundamentales de los demás.

En determinados Estados, el Comité ha comprobado que los niños, en algunos casos desde muy temprana edad, y en otros casos desde que se considera que han llegado a la pubertad, pueden ser condenados a castigos de extrema violencia, como la lapidación y la amputación, prescritos según determinadas interpretaciones de la ley religiosa. Esos castigos constituyen una violación flagrante de la Convención y de otras normas internacionales de derechos humanos, como han destacado también el Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la Tortura, y deben prohibirse.

j) Opinión Consultiva N°17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

Problemática actual de la niñez: En la región, millones de niños viven en condiciones de pobreza y marginación, siendo “víctimas de un inmenso e imperdonable olvido” y “productos de grandes fallas estructurales”, relacionadas con políticas nacionales e internacionales. Se destacan las siguientes problemáticas:

- c) Casos de peligro a la vida y la salud: Cuando los niños son víctimas de abusos, “no sólo les causa daños psicológicos, físicos y morales, sino que además los expone a enfermedades de transmisión sexual, acentuando aún más el peligro que corre su vida”. Lamentablemente, estos hechos muchas veces quedan en el entorno familiar y en otros casos el Estado no actúa, aunque se encuentra facultado a ejercer los mecanismos adecuados para su protección.

Asimismo, los mecanismos sancionatorios en contra de los victimarios carecen de efectividad negando el acceso a la justicia y contrariando toda idea de protección a la niñez.

k) Instituto Interamericano del Niño: En su escrito de 7 de agosto de 2001 expresó:

Separación de los jóvenes de sus padres por considerar la autoridad que su familia no posee condiciones para su educación o sustento: se rechaza el término “jóvenes”, por su ambigüedad, y se opta por el concepto de “menores”, que resulta más preciso para referirse a este sector de la población. Asimismo, el Estado considera que debe distinguirse entre “la separación del menor motivada por la falta de condiciones de sus familiares

para su educación, y segundo la separación del menor por la falta de condiciones para su mantenimiento. Al respecto, es indudable que en ambos casos el órgano facultado para tomar dicha determinación debe de respetar siempre las reglas del debido proceso legal”.

Conforme al artículo 9 de la Convención sobre los Derechos del Niño, la separación del niño de sus padres debe ser excepcional, limitarse a los casos de maltrato o descuido, y adoptarse para proteger el interés superior del niño.

En ese sentido, los artículos 8 y 25 de la Convención Americana, “más que representar un límite al arbitrio o a la discreción de los Estados para dictar medidas de protección de acuerdo al artículo 19 de la misma, constituyen el cauce por el cual, deben transitar necesariamente dichas acciones” para ser consideradas acordes con las obligaciones del Estado derivadas de la propia Convención.

90. La Corte Europea, haciendo alusión a los artículos 19 y 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño, ha reconocido el derecho del niño a ser protegido contra interferencias de actores no-estatales, tales como el maltrato de uno de los padres, además, ha reconocido que si los niños han sido descuidados por sus padres y carecen de satisfacción para afrontar sus necesidades sociales básicas, el Estado tiene el deber de intervenir para protegerlos.

ANEXO N° 6: Resolución jurídica



APRUEBA GUIA CLINICA "DETECCIÓN Y PRIMERA RESPUESTA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE MALTRATO POR PARTE DE FAMILIARES O CUIDADORES"

EXENTA N° 648 /

SANTIAGO, 27 SET. 2013

VISTO: Lo solicitado en el Memorándum N° B2 /N° 72, de fecha 15 de julio de 2013, de la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades; lo dispuesto en el DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763 de 1979, entre otros; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de esta Secretaría de Estado; lo establecido en la resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente

RESOLUCION:

1.- APRUEBASE la GUIA CLINICA "DETECCIÓN Y PRIMERA RESPUESTA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE MALTRATO POR PARTE DE FAMILIARES O CUIDADORES", la que será publicada y se mantendrá en la página Web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl para su adecuado conocimiento y difusión.

2.- ESTABLECESE que el instrumento que se aprueba en virtud de este acto administrativo consta de un documento de 149 páginas, que se adjunta y forma parte de la presente resolución.

Un ejemplar del texto mencionado en los numerales anteriores, debidamente visado por el Subsecretario de Salud Pública, se mantendrá en poder de la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades, entidad que será responsable de su adecuada difusión.

Todas las copias de la norma en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3.-DEJASE sin efecto la Resolución Exenta N° 1208 de fecha 15.11.1994 del Ministerio de Salud y cualquier otra relacionada con la materia tratada por la Guía que en este acto se aprueba.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.-


DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCION:

- Gabinete Sr. Ministro de Salud
- Subsecretario de Salud Pública
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Servicios de Salud del país
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- División Jurídica
- Oficina de Partes

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *World Report on Violence and Health: Summary*. ISBN 92 4 154562 3, 2002. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
2. Bronfenbrenner, U. *La Ecología del Desarrollo Humano: Experimentos en Entornos Naturales y Diseñados*. Barcelona, España: Editorial Paidós, 1987.
3. Ministerio de Salud (MINSAL) - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años Víctimas de Abuso Sexual*. Chile, 2010.
4. Asamblea General de las Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989, artículo 19, párrafo 1.
5. Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, 42º período de sesiones. *Observación General Nº 8*, Ginebra, 21 de Agosto, 2006 (CRC/C/GC/).
6. UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. "Children and Violence Report of the National Child Month Committee 1997 Conference", citado en *Violence Against Children in the Caribbean Region Regional Assessment*, Panamá, 2006.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. "Informe Mundial sobre Violencia y Salud". En *Publicación Científica y Técnica Nº 588*, Washington D. C., 2006.
8. Op. Cit 4.
9. Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (Eds.). *Developmental psychopathology: Theory and methods (Vol. 1)*. New York: Wiley, 1995.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Report of the consultation on child abuse prevention*, Ginebra, 29 a 31 de marzo de 1999(documento WHO/HSC/PVI/99.1).
11. Organización Mundial de la Salud (Krug EG. et al., eds.). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Ginebra, 2002.
12. OMS. *Consulta de la OMS sobre la prevención del maltrato infantil*, 1999.
13. Op. Cit 3.
14. Editorial Jurídica de Chile. *Código Penal*, Chile, 2010.
15. Ley 20.066 de violencia intrafamiliar, Chile, 2005. Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242648>
16. Pinheiro, S.P. (Experto Independiente para el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños). *Informe Mundial sobre la Violencia contra Niños y Niñas*, 2006. Disponible en http://www.crin.org/docs/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf
17. UNICEF Chile. *Maltrato Infantil y Relaciones familiares en Chile. "Análisis comparativo 1994 - 2000 - 2006"*, 2008. Disponible en <http://www.unicef.cl/centrodoc/ficha.php?id=253>
18. Lizama, R. *A Mí También Me duele. Niños y niñas víctimas de la Violencia de Género en la Pareja*. Editorial Gedisa S.A., España, 2012.
19. Op Cit 18.
20. Kwong, M.J.; Bartholomew, K.; Henderson, A.J.Z. & Trinke, SH.J. "The Intergenerational Transmission of Relationship Violence". En *Journal of Family Psychology* by the American Psychological Association, Inc, Vol. 17, No. 3, 2003, pp. 288-301.
21. Noller, P. "Relationships with parents in adolescence: Process and outcome". En Montemayor, R.; Adams, G.R. & Gullotta, T.P. (Eds.) *Personal relationships during adolescence*. Thousand Oak, CA: Sage, 1994, pp. 37-77.
22. Op. Cit 21.

23. Simmons, R.G. & Blith, D.A. *Moving into adolescence: The impact of puberal change and school context*. Hawthorn, NY: Aldine de Gruyter, 1987.
24. Delgado A., "Maltrato Adolescente". En *Revista de Bienestar y Protección Infantil*, Universidad de Sevilla, Vol. I. N° 0, enero/marzo 2002. Disponible en http://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/ART_2002_Maltrato%20adolescente%20-%20Alfredo%20Oliva%20Delgado.pdf
25. Op. Cit 24.
26. Op. Cit 24.
27. Ley N° 20.422 (2010) Establece Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Diario Oficial 10 de febrero, Chile, 2010.
28. Berástegui Pedro-Viejo, A. y Gómez-Bengoechea, B. "Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión". En *Intervención Psicosocial*, Vol. 5, N°3, 2006, pp. 293-306.
29. Hibbard, R.A., Desch, L.D., Committee on Child Abuse and Neglect & Council on Children with Disabilities. "Clinical Report: Maltreatment of Children With Disabilities". En *Pediatrics*, 119(5), 2007, pp. 1018-1025. Disponible en: <http://pediatrics.aapublications.org/content/119/5/1018.full.pdf+html>
30. Op. Cit 18.
31. Lisa Jones BSc a, Prof Mark A Bellis DSc a, Sara Wood MSc a, Karen Hughes PhD a, Ellie McCoy MSc a, Lindsay Eckley PhD a, Geoff Bates MSc a, Christopher Mikton PhD b, Tom Shakespeare PhD b, Alana Officer MPH. "Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies". En *The Lancet, Early Online Publication*, 12 de Julio de 2012. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60692-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60692-8/abstract)
32. Cooke, P. and Standen P. J. "Abuse and Disabled Children: Hidden Needs...?" En *Child Abuse Review* 11, 2002, pp. 1-18.
33. Peroni G. y Prato J., *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*, Uruguay, abril 2012.
34. Bronfenbrenner, U. *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press, 1987.
35. Barudy, J. *El Enfoque Sistemico del Maltrato Infantil: Una Intervención Alternativa a la Violencia Familiar*, s/ed., 1990.
36. Association for Advanced Training in the Behavioral Sciences. *Breaking The Cycle*, Tercera Edición. Nueva York, 1988.
37. Barudy, J. En Conferencia "Los Buenos Tratos y la Resiliencia Infantil en la prevención de los trastornos del comportamiento", 2009. Disponible en http://infanciacapital.montevideo.gub.uy/materiales/BARUDY_competencias_parentales.pdf
38. Op. Cit 16.
39. Gaxiola, J. y Frías A. "Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas". En *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 9(1y2), 2008, pp. 13-31.
40. Pérez-Gómez, A. y Mejía-Motta, I.E. "Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas". En *Revista de Sociología*, Univ. los Andes, Bogotá, Colombia, 1998.
41. Arredondo, V., Knaak, M., Lira, G., Silva, A. y Zamora, I. *Maltrato Infantil. Elementos Básicos para su comprensión*, Centro de Promoción y Apoyo a la Infancia, Paicabí s/e, 1995.
42. Op. Cit 41.
43. Barudy, J. y Dantagnan, M. *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona: Gedisa, 2005.
44. Maccoby, E.E. y Martin, J.A. "Socialization in the context of the family: Parent-child interaction". En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology*, Vol. 4, New York: Wiley, 1983, pp. 1-101.
45. Op. Cit 16.

46. Op. Cit 16.
47. Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social Medio. *Maltrato Infantil: Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias*, España, 2006. Disponible en http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/MAN_2006_Ambito%20sanitario_Asturias.pdf
48. Guía del Maltrato Infantil para los Servicios Sociales de Ámbito Local. Andalucía, España, 2011. Disponible en <http://www.uimunicipalistas.org/redes/redpersonas/wp-content/uploads/2011/02/guia-maltrato-infantil.pdf>
49. Soriano Faura F.J. y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. "Promoción del Buen Trato y Prevención del Maltrato en la Infancia en el ámbito de la Atención Primaria", En *Rev. Pediatr Aten Primaria*, 2009, 11, pp.121-44.
50. Consejería de Trabajo y Política Social, Región de Murcia, *Atención al maltrato desde el ámbito educativo (Manual para el profesional)*. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/52774669/31/LAS-CONSECUENCIAS-DEL-MALTRATO-INFANTIL>
51. Inter-Parliamentary Union/UNICEF. *Eliminating Violence Against Children handbook for parliamentarians* N° 13, 2007. Disponible en http://www.ipu.org/PDF/publications/violence_en.pdf
52. Barker ,DJP. *Fetal and infant origins of adult disease*. London: British Medical Publishing Group, 1992.
53. Hertzman C. "The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood". En *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, pp. 85-95.
54. Barker, DJP. "Fetal and Infant Origins of Adult Disease". En *British Medical Publishing Group*, Londres, 1992.
55. OMS y ISPCAN. *Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencia*, 2009.
56. Op. Cit 11, p. 66.
57. UNICEF. *La Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas*, 2006.
58. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. 2009.
59. Mash, E.J. Wolf, D.A., *Abnormal Child Psychology*, Cengage Learning, 2010.
60. Lamont, A. *Effects of child abuse and neglect for children and adolescents*. NCPCC Resource Sheet. Melbourne, Australian Institute of Family Studies, 2010. Disponible en <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/sheets/rs17/rs17.html>
61. Kristofferson, M. & Depanfilis, D. "Prevention of Child Abuse and Neglect and Improvements in Child Development". En *Child Abuse Review*, 18, 2009, pp. 24-40.
62. De Paul, J. & Arruabarena, I. *Manual de protección infantil*. Masson, S.A., Barcelona, España, 1996.
63. Finkerlhor, D., Ormrod, R. & Turne, H. "Poly-victimization: A Neglected Component und Child Victimization". En *Child Abuse & Neglect*, 31, 2007, pp. 7-26.
64. Lau, A., Leeb, R., English, D., Graham, J., Briggs, E., Brody, K. & Marshall, J. "What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltratmet". En *Child Abuse & Neglect*, 29, 2005, pp. 533-551.
65. Gilbert, R. et al. "Burden and consequences of child maltreatment in high- income countries". En *The Lancet*, 2009. Disponible en <http://www.thelancet.com/>
66. Larraín, S. "Frecuencia y Severidad de las Experiencias de Victimización y Poli-Victimización de Maltrato Infantil y su Relación con Problemas de Salud Mental en Niños y Niñas entre 11 y 17 años". Tesis para optar al Título de Magister en Psicología Clínica: Estudios Sistemáticos Avanzados de la Familia y la Pareja, Chile, 2010.
67. Larraín, S. "Violencia de Género. Un debate pendiente". En *Mujeres chilenas: fragmentos de una historia*, Sonia Montecino, Compiladora. Ed. Catalonia, Chile, 2008.

68. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, Jennifer S. Middlebrooks, M.S.W., M.P.H. Natalie C. Audage, M.P.H. *The Effects of Childhood Stress on Health Across the Lifespan* U.S., 2008. Disponible en http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/pdf/Childhood_Stress.pdf
69. Egeland, B. "Commentary: Taking stock. Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology". En *Child Abuse & Neglect*, 33, 2009, pp. 22-26.
70. Op. Cit 68.
71. Oates, J., Karmiloff-Smith, A., Johnson, M.H., (Eds), "Developing Brains". En *Early Childhood in Focus 7*, The Open University, 2012.
72. Op. Cit. 58.
73. Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (Eds). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. Washington DC: National Academy Press, 2000.
74. Op. Cit 60.
75. Op. Cit 74.
76. Op. Cit 74.
77. Op. Cit 74.
78. Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. "Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood". En *Child Abuse & Neglect*, 32, 2008, pp. 607-619.
79. Op. Cit 74.
80. Op. Cit 74.
81. Op. Cit 78.
82. Op. Cit 78.
83. Cashmore, J. "The link between child maltreatment and adolescent offending. Systems neglect of adolescents". En *Family Matters* N° 89, 2011, p. 31.
84. Op. Cit 83.
85. Thornberry, T.P., Ireland, T.O., & Smith, C.A. "The importance of timing: The varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes". En *Development and Psychopathology*, 13, 2001, pp. 957-979. 41. Disponible en <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/fm2011/fm89/fm89d.pdf>
86. Op. Cit 85.
87. Buffington, K., Dierkhising, C.B., & Marsh. S. C. "Ten things every juvenile court judge should know about trauma and delinquency". En *Technical Assistance Bulletin*, Reno, NV: National Council of Juvenile and Family Court Judges, 2010.
88. OPS, Oficina Regional. *Maltrato Infantil y Abuso Sexual en la Niñez*, 2006.
89. Op. Cit 31.
90. CEPAL/UNICEF, Boletín Desafíos N° 9, 2009. Disponible en www.cepal.org/desafios
91. UDAPE/UNICEF. *Determinantes de la Violencia contra la Niñez y Adolescencia*, La Paz, 2008.
92. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2000*, Lima, 2001.
93. Ministerio de Desarrollo Social, Programa Intrafamiliar. *Estudio Prácticas de Crianza y Resolución de Conflictos Familiares*, Montevideo, 2008.
94. Op. Cit 17.

95. Op. Cit 17.
96. UNICEF /Larraín, S., Bascuñán, C. *Cuarto Estudio de Maltrato Infantil*. Chile, 2012.
97. SENAME, Boletín Temático Nacional 2007, 2008, 2009, Cuarto Trimestre 2010, Cuarto Trimestre 2011, Primer Trimestre 2012. Disponibles en <http://www.sename.cl/wsename/estructuras.php?name=Content&pa=showpage&pid=153>
98. MacLeod J. & Nelson G. "Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review". En *Child Abuse & Neglect*. 2000 Sep; 24(9) pp.1127-49.
99. MINSAL. *Revisión sistemática de literatura sobre la efectividad de intervenciones para la prevención, detección, primera respuesta y tratamiento en niños y niñas de 0 a 4 años que viven situación de maltrato*, 2012.
100. Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., Huband, N., Jones, H, & Coren, E. "Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children". En *Cochrane Database Syst Rev*, 2011 Mar 16; (3):CD002964.
101. Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S.M. & Donnelly, M. "Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years". En *Cochrane Database Syst Rev*, 2012 Feb 15; (2):CD008225.
102. Op. Cit 101.
103. Public Health Agency of Canada. Skrypnek, B. y Charchun, J. *An Evaluation of the Nobody's Perfect Parenting program*. Department of Human Ecology. University of Alberta, 2009.
104. Op. Cit 103.
105. Op. Cit 103.
106. Chislet G & Kennett D. "The Effects of the Nobody's Program on Parenting Resourcefulness and Competency". En *J Child Fam Stud*, 2007, 16: pp. 473-482.
107. Op. Cit 99.
108. Nowak, C., Heinrichs, N. "A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables". En *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2008 Sep;11(3): pp. 114-144.
109. Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M.J. "Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis". En *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol 35, 2007 Jun; pp. 475-95.
110. Prinz, R.J., Sanders, M.R., Shapiro, C.J., Whitaker, D.J. & Lutzker, J.R. "Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial". En *Prev Sci*, Vol 10, 2009 Mar; pp. 1-12.
111. Coyne, J., & Kwakkenbos, L. "Triple P-Positive programs: the folly of basing social policy on underpowered flawed studies". En *Coyne and Kwakkenbos BMC Medicine*, 2013, 11:11.
112. Op. Cit 99.
113. MINSAL. *Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura. Informe Final*. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; 2007.
114. MacMillan, H.L. & Canadian Task Force on Preventive Health Care. "Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment". En *CMAJ*, 2000 Nov 28;163 (11): pp. 1451-8.
115. Op. Cit 99.
116. Reynolds, A.J., Mathieson, L.C. & Topitzes, J.W. "Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research". En *Child Maltreat*, 2009 May; 14(2): pp. 182-206. Epub 2009 Feb 24. Review.
117. Op. Cit 99.

118. Barr, R.G., Rivara, F.P., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua & L.J., Meredith-Benitz, E. "Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial". En *Pediatrics*, 2009 Mar; 123 (3): pp. 972-80.
119. Barr, R.G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. "Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial". En *CMAJ*, 2009 Mar 31;180 (7): pp. 727-33. Epub 2009 Mar 2.
120. Op. Cit 16.
121. MINSAL. *Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes: "Control de Joven Sano"*. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; 2012. Disponible en <http://www.minsal.cl>
122. Op. Cit 16.
123. Newton, A.S., Zou, B., Hamm, M.P., Curran, J., Gupta, S., Dumonceaux, C., & Lewis, M. "Improving child protection in the emergency department: a systematic review of professional interventions for health care providers". En *Acad Emerg Med*, 2010 Feb;17 (2): pp. 117-25.
124. Louwers, E.C., Korfage, I.J., Affourtit, M.J., Scheewe, D.J., van de Merwe, M.H., Vooijs-Moulaert, F.A., Woltering, C.M., Jongejan, M.H., Ruige, M., Moll, H.A., & De Koning, H.J. "Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study". En *Arch Dis Child*. 2011 May; 96 (5): pp. 422-5. Epub 2011 Jan 30.
125. Peters, R., & Barlow, J. "Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods". En *Child Abuse Review* 2003; 12(6): pp. 416-439.
126. Muir, R.C., Monaghan, S.M., Gilmore, R.J., Clarkson, J.E., Crooks, T.J., & Egan, T.G. "Predicting child abuse and neglect in New Zealand". En *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1989. 23: pp. 255-260.
127. Hunter, R.S., Kilstron, N., Kraybill, E.N., & Loda, F. "Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit". En *Paediatrics* 1978, 61: pp. 629-635..
128. Woodman, J., Pitt, M., Wentz, R., Taylor, B., Hodes & Gilbert, R.E. "Performance of screening test for child physical abuse in accident and emergency departments". En *Health Technology Assessment* 2008; Vol 12: N°33.
129. Louwers, E., Affourti, M., Moll, H., de Koning, H., & Korfage, I. "Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review". En *Arch Dis Child* 2010; 95: pp. 214-218.
130. Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J. et al. "Recognizing and responding to child maltreatment". En *Child Maltreatment* 2. www.thelancet.com Published online December 3, 2008.
131. US Preventives Services Task Force. "Screening for family and intimate partner violence: systematic evidence review for the USPSTF". En *Ann Fam Med*, 2004.
132. Saperia, J., Lakhanpaul, M., Kemp, A., & Glaser, D. When to suspect child maltreatment: summary of NICE guidance, 2009.
133. MINSAL. Domínguez, R., & Narváez, P. *Manual de Apoyo Técnico Para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar*. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, 1997.
134. National Institute for Health and Care Excellence, *Cuándo sospechar el maltrato infantil, Guía NICE de Directrices clínicas*, 2009. Disponible en <http://www.nice.org.uk/CG089>
135. Ayuntamiento de Madrid. *Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores*. Madrid, enero 2008.
136. Op. Cit 133.
137. Op. Cit 47.
138. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *When to suspect child maltreatment*, Clinical Guideline, jul 2009. Disponible en www.rcog.org.uk

139. International Planned Parenthood Federation. *Estrategias para el tratamiento y la prevención del maltrato físico y negligencia hacia el menor*. 1992.
140. Gobierno de Aragón, Dirección General de Planificación y Aseguramiento, Departamento de Salud y Consumo. *Guía Completa para la Detección e Intervención en Situaciones de Maltrato Infantil Desde el Sistema de Salud de Aragón*, Zaragoza, 2007.
141. Op. Cit 140.
142. Op. Cit 140.
143. Op. Cit 140.
144. Op. Cit 140.
145. Dirección General de Políticas Sociales Anteví, Irene V., (Dirigido a profesionales del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia del Gobierno de Cantabria): "Intervención en casos de maltrato". Este documento contempla los contenidos de los seminarios Formación - Supervisión en casos de Maltrato Infantil Organizados por la Dirección General de Políticas Sociales, 2000.
146. Op. Cit 121.
147. Op. Cit 3.
148. Instituto Aragonés de Servicios Sociales (I.A.S.S.). Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón (A.D.C.A.R.A.) Programa de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil en Aragón. *Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón*, 2001.
149. Gobierno de Navarra, Departamento de Bienestar, Deportes y Juventud. *Manual de Intervención en Situaciones de Desprotección Infantil en la Comunidad Foral de Navarra*, 2003.
150. Op. Cit 99.
151. Op. Cit 123.
152. Op. Cit 14.
153. Arruabarrena, M.I., De Paúl, J. y Torres, B. Anexo 5. *Criterios de Evaluación de Gravedad y Riesgo en Situaciones de Maltrato/ Abandono Infantil*. Proyecto SASI, Dirección General de Protección Jurídica del Menor, Ministerio de Asuntos Sociales, España, 1993.
154. Op. Cit 148.
155. Op. Cit 149.
156. Op. Cit 152.
157. Op. Cit 14.
158. Op. Cit 152.
159. Op. Cit 14.
160. Skowron, E., & Reinemann, D.H. "Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis". En *Psychotherapy* 2005; 42(1): pp. 52-71.
161. Op. Cit 160.
162. Winokur, M., Holtan, A., & Valentine, D. "Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment". En *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21; (1):CD006546.

163. Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G.M., St-Laurent, D., & Bernier, A. "Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial". En *Dev Psychopathol*, 2011 Feb; 23 (1): pp.195-210.
164. Mikton, C. & Butchart, A. "Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews". En *Bull World Health Organ*, 2009 may. 87(5): pp. 353-361. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678770/pdf/08-057075.pdf>
165. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*, 2009. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361_spa.pdf
166. Olds, D.L. "Preventing Child Maltreatment and Crime with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family Partnership". En *Journal of Scandinavian Studies in Criminology & Crime Prevention*, Supplement 1, Vol. 9, 2008, pp. 2-24.
167. Macmillan, H.I., Wathen, C.N.J., Fergusson, D.M., Eventhal, J.M., & Taussig, H.N. "Intervention to prevent child maltreatment and associated impairment". En *Lancet*, 2009; 373 (9659): pp. 250-266.
168. Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G.M., St-Laurent, D., & Bernier, A. "Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial". En *Dev Psychopathol*, 2011 Feb; 23(1): pp. 195-210. Doi: 10.1017/S0954579410000738. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21262048>
169. Cohen, J., & Mannarino, A. "Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children". En *Journal of Social Issues*, Vol. 62, No. 4, 2006, pp. 737-766.
170. Shipman, K., & Taussig, H. "Tratamiento de salud mental del niño que sufre malos tratos y negligencia: la promesa de una práctica basada en la evidencia". En *PhD PediatrClin N Am* 56, 2010, pp. 417-428.
171. Op. Cit 170.
172. Op. Cit 170.
173. Op. Cit 170.
174. Op. Cit 170.
175. Op. Cit 160.
176. Allin, H., Wathen, C.N., & MacMillan, H. "Treatment of child neglect: a systematic review". En *Can J Psychiatry*. 2005 Jul; 50 (8): pp. 497-504.
177. Op. Cit 160.
178. GRADE Criteria working group. *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. 2012. Disponible en www.gradeworkinggroup.org
179. Op. Cit 99.
180. Op. Cit 153.

Otras referencias bibliográficas

- Amar, J., Kotliarenko, M.A. y Abello, R. *Factores Psicosociales Asociados con la Resiliencia en Niños Colombianos Víctimas de Violencia Intrafamiliar*. 2003.
- Barudy, J. Conferencia: "Los buenos tratos y la resiliencia infantil en la prevención de los trastornos del comportamiento". Disponible en http://infanciacapital.montevideo.gub.uy/materiales/BARUDY_Competicencias_parentales.pdf
- Barudy, J. "Tratamientos de familias en donde se producen abusos y malos tratos infantiles". Texto de conferencia en las primeras jornadas de trabajo sobre "el tratamiento familiar en situaciones de abuso y maltrato en la infancia" Mallorca, España, 22 y 23 de noviembre de 2011.
- Bureau of Programs and Policies Division of Children and Family Services, Wisconsin Department of Health and Family Services, *Child Protective Services Safety Intervention Standards*, July 17, 2006.
- Carpenter, G.L., & Stacks, A.M. "Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature". En *Children and Youth Services Review* 31, 2009, pp. 831-839.
- Child Welfare information gateway. *Differential Response to Reports of Child Abuse & Neglect*. 2008.
- Daro, D., Edleson, J., et al. "Finding Common Ground in the Study of Child Maltreatment, Youth Violence, and Adult Domestic Violence", En *J Interpers Violence*, 19 March 2004; pp. 282-298. Disponible en <http://jiv.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/3/282>.
- De Panfilis, D., Office on Child Abuse and Neglect, Children's Bureau. *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment and Intervention*. 2006.
- Díaz, J., Casado, J. y col. *Atención al maltrato infantil desde salud mental*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Servicios Sociales; Departamento de Salud Mental Servicio Regional de Salud Consejería de Sanidad, Programa de Atención al Maltrato Infantil, Madrid, 2000.
- Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development. Síntesis ha sido traducida en colaboración con la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI- Gobierno de Chile, 2010.
- Faura, S., y Grupo PrevInfad/PAPPSA Infancia y adolescencia. "Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria". En *Revista pediatría de atención primaria*, Vol. XI, Número 41, 2009.
- Giménez-Pando, J., Pérez-Arjona, E, M, Dujovny, y Díaz, F.G. "Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica". En *Neurocirugía* 18, 2007: pp. 95-100.
- González, A. y Mc Millan, H.L. "Preventing child Maltreatment. An evidence-Based update". En *Journal of Postgraduate Medicine* (en línea), Vol 54, 2008, Issue 4, pp. 280-286.
- Knaul, F., Ramírez, M.A. "El Impacto de la Violencia Intrafamiliar en la Probabilidad de Violencia Intergeneracional. La Progresión Escolar y el Mercado Laboral en México". En *Caleidoscopio de la Salud*, 2003, pp. 69-88.
- Landau, J. "El modelo LINC: una estrategia colaborativa para la resiliencia comunitaria". En *Sistemas Familiares*, 20 (3), 2004.
- McCrory, E., De Brito, S.A. & Viding, E. "The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors". En *Frontiers in Psychiatry*, 2011, Vol. 2, Art. 48.
- Moltedo, C. y Miranda, M. *Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas. Prevención del maltrato y el abuso sexual infantil en el espacio escolar, Manual de apoyo para profesores*. Fundación para la familia, Ministerio de Justicia, Chile, 2004.
- Pou Fernández, J. "Maltrato Infantil. Actuación En Urgencias". En *Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos De Urgencias Pediátricas Seup-Aep*, Cap. 19. Hospital San Joan De Déu, Barcelona, 2002.
- Rivera, Ch., Ministerio de Salud Nicaragua. *Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Primera Revisión*. Ministerio de Salud Nicaragua. Dirección Primer Nivel de Atención, 2006.

- Sweet, M. y Appelbaum M., "Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of Home Visiting Programs for families with young children". En *Child Development*, Vol. 75, Nº 5, 2004, pp. 1435-1456. *Primera Revisión*. Ministerio de Salud Nicaragua. Dirección Primer Nivel de Atención, 2006.
- The APA Presidential Task Force On PTSD and Trauma in Children And Adolescents, <http://www.Apa.Org/Pi/Resources/Child-Trauma.Aspx> Printed In USA children And Trauma Tips For Mental Health Professionals.
- The National Child Traumatic Stress Network. *Complex Trauma in Children and Adolescents*, 2003.
- The National Child Traumatic Stress Network. *Entendamos el Estrés Traumático Infantil*, 2004.
- The National Child Traumatic Stress Network. *Age-Related Reactions to a Traumatic Event*, 2011.
- The National Child Traumatic Stress network. *Preliminary Adaptations for Working with Traumatized Latino/Hispanic Children and their Families V2 n3*, 2007.
- The National Child Traumatic Stress Network. *Early Childhood Trauma*, 2010. Disponible en http://nctsn.org/nccts/nav.do?pid=typ_early1

