

VIOLENCIA, UNA APROXIMACIÓN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS  
PEDIÁTRICA

DAYANA BERMEO ESCALANTE  
ANGÉLICA MARÍA CORONADO RODRÍGUEZ  
MARIA PAULA FORERO CERQUERA  
INGRID VANESSA RICO TRUJILLO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
NEIVA / HUILA

2017

VIOLENCIA, UNA APROXIMACIÓN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS  
PEDIÁTRICA

DAYANA BERMEO ESCALANTE  
ANGÉLICA MARÍA CORONADO RODRÍGUEZ  
MARIA PAULA FORERO CERQUERA  
INGRID VANESSA RICO TRUJILLO

Trabajo de investigación para optar el título de  
ENFERMERA

ASESORA: Francy Hollminn Salas Contreras  
PH. D. Bioética  
MG. Dirección de empresas / educación y desarrollo comunitario  
ESP. Gerencia / Bioética  
Enfermera USCO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
NEIVA / HUILA

2017

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

Los autores de la investigación. Aprobación Satisfactoria  
mente el curso de desarrollo  
de proyectos como resultado  
tienen una nota de 4.9



**Presidente del jurado**



**Jurado**

Neiva, Junio de 2017

## DEDICATORIA

Dedicó el fruto de este proyecto a Dios por haberme permitido culminar con éxito esta investigación y regalado la sabiduría y la constancia en este proceso. De la misma manera a mi familia por el apoyo incondicional y por creer en mí.

***Dayana***

A Dios, por todas sus bendiciones: salud, fortaleza y esperanza.

A mis padres, quienes con amor y sabiduría me han apoyado y guiado en mi desarrollo personal y profesional.

Y en definitiva a todo mi grupo de investigación.

***Angélica María***

Eterna gratitud a la vida, a mi ser, a mis compañeras y asesora por brindar todas las condiciones, el amor y la dedicación a este proyecto.

***María Paula***

Gracias Dios por la sabiduría y paciencia que derramaste en mí durante este proceso.

A mi padre por iluminar mi camino.

A mi madre por el amor incondicional.

***Vanessa***

## **AGRADECIMIENTOS**

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a todas las personas que hicieron parte de este estudio y que aportaron desde su conocimiento un grano de arena para su culminación.

A Dios, por su infinito amor y darnos la paciencia necesaria para culminar este proyecto.

A nuestras familias por brindarnos su apoyo incondicional y ser nuestra motivación para ser mejores personas, y unos futuros profesionales íntegros y comprometidos con la sociedad.

A la Dra. Francy Hollminn Contreras, expresarle toda nuestra gratitud por el acompañamiento, dedicación y amistad. Gracias a su entrega y pasión por su trabajo, nos permitió recorrer un nuevo camino en nuestras vidas, y que con toda seguridad podremos asumir futuros retos en investigación.

A Jesús David Falla, quien con sus valiosos conocimientos y ayuda desinteresada nos asesoró y guio en todo el proceso de desarrollo del proyecto.

## RESUMEN

La violencia es un fenómeno que afecta a una de las poblaciones más vulnerables de la sociedad, como son los niños. En toda su tipología, la violencia acarrea consecuencias físicas y psicológicas difíciles de superar.

El objetivo de este estudio es identificar el panorama de la violencia en el servicio de Urgencias pediátrica del HUHMP en el año 2016.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en donde se aplicó una encuesta estructurada a 19 profesionales de salud que laboraron en el servicio de Urgencias durante el año de estudio. Además, se realizó la revisión 223 historias clínicas, en las cuales, 18 casos corresponden a los niños y niñas diagnosticadas con abuso sexual y negligencia; y 43 con diagnósticos asociados a esta. Los resultados obtenidos indican que el maltrato infantil sigue siendo una constante en el servicio de urgencias pediátricas, predominando el abuso sexual, negligencia y la violencia física. Sin embargo se presenta un subregistro, déficit de notificación y falla en la clasificación de atención por parte de los profesionales de salud, en todos los tipos de violencia.

En definitiva, se hacen necesario reforzar continuamente los conocimientos de los profesionales para que la atención brindada a los niños y niñas sea la más adecuada, teniendo en cuenta que el HUHMP juega un papel muy importante en la región Surcolombiana.

**(PALABRAS CLAVES: VIOLENCIA, ABUSO, NEGLIGENCIA)**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	14
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. OBJETIVOS	19
2.1. OBJETIVO GENERAL	19
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
3. JUSTIFICACIÓN	20
4. MARCO DE REFERENCIA	22
4.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA	22
4.2. FUNDAMENTOS NORMATIVOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA	31
5. DISEÑO METODOLOGICO	34
5.1. TIPO DE ESTUDIO	34
5.2. POBLACIÓN	34
5.3. MUESTRA	34
5.3.1. Criterios de selección de la muestra	36
5.3.2. Criterios de exclusión de la muestra	36
5.4. TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37

	<b>Pág.</b>
5.5. INSTRUMENTOS	37
5.6. PRUEBA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	38
5.7. PLAN DE ANÁLISIS	38
6. CONSIDERACIONES ETICAS Y BIOETICAS	39
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	40
7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL PERSONAL DE SALUD	43
7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES PARA EL PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEXUAL	45
8. RESULTADOS	54
9. DISCUSIÓN	65
10. CONCLUSIONES	69
11. RECOMENDACIONES	70
12. BIBLIOGRAFIA	71

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Números aleatorios	35
Tabla 2. Operacionalización de variables de historias clínicas	40
Tabla 3. Operacionalización de variables sociodemográficas del personal de salud	43
Tabla 4. Operacionalización de variables para protocolo de violencia sexual	45
Tabla 5. Variables sociodemográficas del personal de salud	54
Tabla 6. Frecuencias de las respuestas obtenidas en la encuesta sobre el protocolo de violencia sexual	61

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
Gráfica 1. Violencia VS factores asociados a violencia	55
Gráfica 2. Violencia según el sexo de la víctima	56
Gráfica 3. Violencia según ciclo vital	56
Gráfica 4. Violencia según el régimen de seguridad social	57
Gráfica 5. Frecuencia de la violencia según el municipio	57
Gráfica 6. Diagnósticos asociados según municipio de procedencia	58
Gráfica 7. Violencia según EPS	58
Gráfica 8. Tipos de violencia	59
Gráfica 9. Diagnósticos asociados a violencia	59
Gráfica 10. Registro en la anamnesis de la historia clínica sobre violencia o sospecha	60
Gráfica 11. Agresor según el tipo de violencia	60
Gráfica 12. Agresor según los diagnósticos asociados a violencia	61

## APÉNDICES

	<b>Pág.</b>
Apéndice 1. Acuerdo de confidencialidad para investigadores	77
Apéndice 2. Acta de aprobación del comité de ética, bioética e Investigación del HUHMP	79
Apéndice 3. Consentimiento informado para participar en un Estudio de investigación	81

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Instrumentos para recolección de información de Conocimientos en el personal de salud – encuesta	83
Anexo B. Instrumento para la recolección de información de Diagnósticos de violencia y asociados – base de datos Excel.	88

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	TÉRMINO
OMS	Organización Mundial de la salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund)
HUHMP	Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
CIE - 10	Clasificación Internacional de Enfermedades – décima versión
USCO	Universidad Surcolombiana
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
EPS	Entidades Prestadoras de Salud

## INTRODUCCIÓN

La infancia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes que en la actualidad se ve enmarcada en el escenario de la violencia el cual está vulnerando los derechos de estos niños y niñas y condicionan el libre curso de sus vidas. Si la violencia se convierte en el común denominador de esta población determinará a futuro los comportamientos y vivencias de los adultos.

Teniendo en cuenta que la violencia es un flagelo que envuelve las vidas de los niños, niñas y adolescentes y que muchas veces pasa desapercibido influenciado por aspectos ambientales, socioculturales y personales, es necesario que se puedan identificar las causas y brindar soluciones para evitar que hechos violentos o asociados a estos sigan afectando y cobrando la integridad y vida de los menos protegidos. Estos actos violentos se crean y se viven en el marco de la vida cotidiana, en donde se hace necesario involucrar a la familia, el Estado y el sector salud como agentes fundamentales en la promoción del buen trato y la prevención del maltrato infantil. A nivel familiar por ser el primer ente de socialización del niño o niña se debe fortalecer los espacios de comunicación e intuición que permitan atender y evitar estos actos que amenazan la integridad física y emocional de los niños. Por su parte el Estado junto con el sector salud al ser los lugares de segundo contacto con los niños y niñas afectadas por la violencia o expuestas a ella deben propiciar espacios de atención oportuna y de prevención y alerta ante estos casos.

Debido a lo anterior es importante identificar el panorama de la violencia en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP en Neiva 2016, con el objeto de sugerir una adecuada capacitación de los profesionales de salud que permita no solo identificar los tipos de violencia a los que son expuestos los niños y niñas que consultan el servicio de urgencias pediátricas sino también brindar una atención adecuada. Esto surge de la apreciación de la actual situación del mundo y de nuestro país en cuestión de violencia vista como un problema importante de salud pública.

Para responder al objetivo descrito anteriormente se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en donde se describieron los conocimientos del personal de salud respecto al protocolo de violencia y/o abuso sexual instaurado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo HUHMP y los diagnósticos de violencia y asociados a esta encontrados en la atención en el servicio de urgencias pediátricas durante el año 2016. Para la recolección de la información se realizó un instrumento estructurado de 17 preguntas aplicado por las investigadoras.

Este documento contiene 11 capítulos en donde se explica la violencia en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP y los conocimientos del personal de salud en cuanto al protocolo de violencia y/o abuso sexual adoptado por el hospital. También se muestra la violencia como maltrato infantil desde un panorama internacional, nacional y regional evidenciándose que éstos junto con otros factores influyen en el desarrollo adecuado de los niños, niñas y adolescentes.

En la descripción de diagnósticos de violencia se tuvieron en cuenta los casos ingresados al servicio de urgencias pediátricas del HUHMP durante el año 2016, en los cuales se midieron la frecuencia de estos diagnósticos, la edad de los niños, el sexo, régimen de seguridad social, municipio de procedencia, el tipo de violencia y el agresor. El análisis de los tipos de violencia y los asociados se llevó a cabo a través de la lectura de las historias clínicas y la revisión de literatura idónea para analizar los tipos de violencia. Con respecto al conocimiento del personal de salud se revisó el protocolo de violencia y/o abuso sexual instaurado en el HUHMP.

Para la organización y análisis de la información se utilizó el software Excel 2016, y el programa estadístico SPSS versión 23 con el cual se generaron estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas) para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central, y medidas de dispersión.

# 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el informe mundial de Violencia y salud de la OMS y OPS plantea que la violencia es una de las principales causas de muerte en la población comprendida entre los 14 y 44 años abarcando un total de 1,6 millones de muertes anual por esta causa.<sup>1</sup> Cabe destacar, que la violencia no cubre solo los casos concluidos en muerte, sino que abarca todas las consecuencias físicas, psicológicas, sexuales y reproductivas que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

Por otro lado, aunque las cifras indiquen que la población más afectada son los jóvenes mayores de 14 años, la violencia infantil, no es tema nuevo, debido a que tiene unas raíces históricas que se extienden y agudizan cada vez más. En la Constitución Política de Colombia del año 1991, se estipula en el artículo 44 el derecho de los niños a ser protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos, entre otros.

Según la defensoría del pueblo en Colombia durante la década de 2000 a 2010 es la evidencia más clara de vulnerabilidad de los derechos del niño y de la agravada problemática social teniendo como soporte los casos registrados en el ministerio de salud, con un total de 15.525 casos por año en 2005<sup>2</sup>, seguido del boletín de atención integral a la primera infancia de 2008 y 2009 con 13.919 y 14.094 casos por año<sup>3</sup>, respectivamente. Según estadísticas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se registró en 2014 un incremento de los números de afectados por la violencia, respecto al año 2012 que pasa de 12.173 casos anual a un total de 13.670 denuncias entre 1 de Enero y 4 de Abril de 2014.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC. 2002. Pág. 1.

<sup>2</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Alarma por incremento del maltrato infantil en Colombia. [Internet] Julio 2014. [citado 17 de Septiembre de 2016] Disponible en: <http://defensoria.gov.co/es/nube/noticias/1114/Alarma-por-incremento-del-maltrato-infantil-en-Colombia-conflicto-armado-Defensor%C3%ADa-del-Pueblo-maltrato-infantil-D%C3%ADa-del-Ni%C3%B1o.htm>

<sup>3</sup> DE CERO A SIEMPRE. ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA. Violencias en la primera infancia en Colombia. Boletín No. 7. Bogotá D.C. Marzo de 2013. Pág. 22.

<sup>4</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Proceso administrativo de restablecimiento de derechos niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual 16.695 nna. Septiembre, 2014.

La violencia en Colombia según las cifras del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF de Noviembre de 2014 se tiene registro de que 7.028.776 personas se han inscrito formalmente como víctimas, de las cuales 2.182.707 son niños, niñas y adolescentes<sup>5</sup>. Según el boletín epidemiológico hasta el 20 de febrero del 2016 se notificaron 4.353 casos sospechosos de violencia física representando el 49,8% de los casos registrados, el segundo tipo de violencia fue negligencia y abandono con un 25,3% seguido de abuso sexual con un 14%<sup>6</sup>. La calidad de vida, la oportunidad laboral, la gestión social, los servicios de salud, educación y de saneamiento, uniéndose a esto el conflicto armado que ha padecido el pueblo colombiano, son algunos de los factores que han contribuido en forma muy negativa a que las manifestaciones de violencia sean cotidianas en el día a día colombiano, por ello estas cifras tan significativas, que indudablemente piden con urgencia una intervención que de fin a este panorama tan desolador. Por ello, el Ministerio de Salud y Protección Social implementó un Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual aplicado a cada grupo poblacional de la nación<sup>7</sup>.

Según información del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF) hasta el 31 de agosto del 2014 se presentaron 525 casos de violencia sexual en el departamento del Huila<sup>8</sup> lo que nos demuestra que el panorama nacional no es muy ajeno al departamental. Cabe destacar, que no es el único tipo de violencia que se evidencia.

Una gran parte de la población acude a centros de salud en primera instancia cuando son víctimas de algún tipo de violencia, para realizar el respectivo diagnóstico y tratamiento médico que minimice consecuencias perjudiciales en la vida de la víctima y el direccionamiento a la denuncia penal. En el departamento del Huila el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), por ser centro de referencia del sur colombiano, brinda atención a una cantidad considerable de usuarios con múltiples necesidades, por lo que el personal de salud que se encarga de brindar este servicio a la población tiene que poseer ciertas características que lo hagan competente para la atención integral a cada usuario. En el caso de los niños y niñas puede ser muy frecuente que acudan al Hospital

---

<sup>5</sup> FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Informe Anual Colombia 2014.

<sup>6</sup> SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. Boletín Epidemiológico semana epidemiológica 07 del 2016. Bogotá. Pag.93.

<sup>7</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Resolución 0459. Marzo 2012. Bogotá (COL).

<sup>8</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Proceso administrativo de restablecimiento de derechos niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual 16.695 nna. Septiembre, 2014.

acompañados de algún adulto que pueda contribuir a reconocer que el niño/a ha sido víctima de violencia o por el contrario tratar de ocultarlo, inclusive el menor al no tener la capacidad de entendimiento y de identificar que tiene unos derechos y en qué momento estos pueden llegar a ser violados, no va a sentir la necesidad comunicar esta situación. Es correcto conocer qué tipo de atención brinda el personal de salud a un niño/a víctima de violencia puesto que de acuerdo a la calidad de atención se puede garantizar la continuidad del uso del servicio o por el contrario imponer barreras que dificultaran el manejo del caso.

Por lo anteriormente expuesto, es necesario preguntarnos *¿Cuál es el panorama de la violencia en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP de Neiva durante el 2016?*

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el panorama de la violencia en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP en Neiva durante el año 2016

### 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar los profesionales de salud que brinda atención en el servicio de urgencias del HUHMP de Neiva durante el año 2016.
- Caracterizar los niños y niñas con diagnósticos de violencia y asociados en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP de Neiva durante el año 2016.
- Establecer la frecuencia de los diagnósticos identificados como violencia y los asociados de los niños y niñas atendidos en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP de Neiva en el año 2016.
- Determinar los conocimientos que tienen los profesionales de salud acerca del protocolo de violencia sexual y/o abuso sexual instaurado en el HUHMP de Neiva en el año 2016.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, la violencia comprende el uso intencional de fuerza o amenazas hacia uno mismo, otra persona o una comunidad teniendo como consecuencia posibles traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.<sup>9</sup>

En Colombia, se ha evidenciado un aumento considerable de las cifras de violencia infantil, lo cual ha incentivado no solo a la implementación de leyes que protejan y amparen a las víctimas de esta problemática sino también en crear estrategias que permitan obtener un diagnóstico rápido y oportuno de cada uno de estos casos.

El HUHMP es una de las principales instituciones receptoras de la población a nivel del sur colombiano que cuenta con profesionales y equipo de salud de alta calidad. Esta institución de salud no cuenta con antecedentes investigativos acerca de diagnósticos propios de violencia infantil y diagnósticos diferenciales de esta. Por tal motivo este estudio se centra en la realización de un diagnóstico cuantitativo acerca de los conocimientos del equipo de salud acerca del cumplimiento de protocolos institucionales referente a la violencia así como cuantificar la tipología de esta.

Desde la perspectiva del convenio docencia – servicio entre el HUHMP y la Universidad Surcolombiana, cabe resaltar el aporte investigativo que se añade al ámbito académico debido a que fortalece la variabilidad de los estudios realizados. Dentro de la USCO, en el ámbito clínico, no existe ningún estudio concerniente a la violencia infantil en el HUHMP.

Con la investigación planteada se obtendrán dos tipos de beneficiarios, directos e indirectos. El primer grupo los constituye los profesionales de la salud. Como recomendación del estudio, se tendrá realizar socialización de los protocolos existentes a todo el personal de salud que desconozca su existencia además de implementar medidas para que el equipo de salud se apropie de cada uno de ellos con el fin de optimizar el diagnóstico y atención a las víctimas de violencia. Así pues, los beneficiarios indirectos estarán conformados por los niños y niñas víctimas de la problemática ya que obtendrán atención eficaz según su necesidad requerida.

---

<sup>9</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial sobre la Violencia y la salud. Ginebra.2002. pag.3

Hay que destacar que, como aporte dentro del servicio de Urgencia se espera incentivar a los administrativos a implementar estrategias que modifiquen el recepcionamiento y atención de los menores garantizando el seguimiento de los protocolos estipulados para los casos de violencia considerando también las rutas de atención indicadas por el Ministerio de salud y protección social.

La investigación es viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo: acta de aprobación del comité de ética del HUHMP y aval de cada uno de los instrumentos que se aplicarán. Asimismo, se cuenta con el apoyo de los profesionales de salud que laboran en el servicio de estudio, médicos generales y pediatras, enfermeras profesionales, trabajadores sociales y psicólogos, a partir de esto se facilita la recolección de los datos. Por otro lado, es importante que los profesionales que conformen la muestra otorguen su consentimiento debido a que son ellos, quienes constituyen la fuente de los datos.

Por último la investigación es factible considerando que se cuenta con los recursos humanos, permisos y datos imprescindibles para el desarrollo del estudio.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA

La violencia tiene un origen etimológico desde la pre-historia, pero bien ahora, en el siglo XXI, ha tomado parte del día a día de la humanidad, perjudicándola en su convivencia social y cultural. Para ello, diferentes entes internacionales como OMS, ONU y UNICEF han mostrado gran preocupación ante tal problemática y han tratado de implementar diferentes políticas y prácticas que puedan combatirla, pero no solamente estos entes son los que han demostrado interés, pues en los últimos años son los individuos que hacen parte de la sociedad quienes han tomado el mando para investigar y cuestionar los factores que componen la violencia.

Uno de los tipos de violencia más frecuentes a nivel mundial es la violencia de género, Rodríguez Bolaños y colaboradores<sup>10</sup> (2005), refieren que como implicaciones en esta clase de violencia, principalmente a nivel intrafamiliar, están los embarazos no deseados, aborto, parto prematuro, bajo peso al nacer, entre otras. Por ello, concluyeron que es indispensable el papel del personal de salud en la oportuna identificación de los casos en las instituciones de salud. A pesar de su importancia, es frecuente que todavía, en las instituciones no se logre identificar el un tipo de violencia debido a las barreras existentes para el oportuno diagnóstico como la falta de privacidad, el corto tiempo de la consulta y la ausencia de protocolos de atención, además la capacitación institucional; aun cuando existen protocolos o guías de atención se requiere de esta, en forma sistemática y permanente.

Ahora bien, si hablamos del personal del salud, el cuidado más cercano y directo que recibe un usuario al ingresar a una institución va ser brindado por el personal de enfermería, Mendoza Flores y colaboradores (2006)<sup>11</sup>, resaltan la necesidad de capacitar constantemente al personal de enfermería sobre sensibilidad y detección de la violencia de género y así fortalecer la confianza profesional para una efectiva detección de los casos.

---

<sup>10</sup> RODRIGUEZ BOLAÑOS, R. MARQUEZ, ESCOBAR Mdl. Violencia de género: Actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. MEX. 2005. Salud Pública Mex. Vol. 47(2): págs. 134-144.

<sup>11</sup> MENDOZA, ME. CARDONA, Y. GARCIA, M. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. MEX 2006. Págs. 69-79.

Las acciones de los individuos en ocasiones se ven relacionadas con algún tipo de violencia, ante lo cual el actor principal es consciente o por el contrario puede llegar a desconocer que sus acciones hacen parte de esta problemática mundial, la violencia. Iglesias Pescoso y Álvarez (2013)<sup>12</sup>, realizaron un estudio sobre los conocimientos que tienen los padres de niños que van a consultas pediátricas en Cuba, sobre maltrato infantil, de lo que concluyeron que los conocimientos que tiene este tipo de población es escaso y es por eso que hacia allí se deben encaminar las estrategias comunitarias.

La violencia es ocasionada a aquellos individuos que con ciertas características los hace vulnerables ante la sociedad, sea por su edad o por su etapa de vida, alguna patología o alguna condición socioeconómica. En los últimos años, los niños y niñas han sido protagonistas de considerables casos de violencia. En Ecuador Acosta Aranda (2015)<sup>13</sup>, concluye que para el manejo adecuado del síndrome del niño maltratado se debe principalmente realizar un diagnóstico precoz del maltrato para poder brindar la atención adecuada, la cual debe ser brindada por un grupo interdisciplinario de profesionales.

Rizo Ricardo y colaboradores (2015)<sup>14</sup>, en Cuba realizaron un estudio en el que identificaron que la mayoría de las quemaduras accidentales en niños de hasta 14 años, ocurrieron en niños de sexo masculino, provenientes del área rural y las cuales fueron ocasionadas por liquido hirviente.

Los servicios de urgencias de las instituciones de salud, son la puerta de entrada para la detección de algún tipo de maltrato. En Murcia, España, Bernal y colaboradores (2015)<sup>15</sup>, realizaron una revisión de la que se concluyó, que no existía una norma estandarizada para la identificación de algún tipo de maltrato en niños, para lo cual el personal se apoyaba en la intuición. También destacan el papel

---

<sup>12</sup> IGLESIAS, Ivette. ALVAREZ, Esther. Conocimientos sobre el maltrato infantil en los escenarios asistenciales de la brigada médica cubana en Oruro, Bolivia. CUB, 2013. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 29. Págs. 76-89.

<sup>13</sup> ACOSTA ARANDA, Lehilser. En Respuesta al maltrato infantil ¿Cuál es la forma correcta del manejo del síndrome del niño maltratado? Machala Oro, ECU. 2015. Trabajo de grado (Medico). Universidad Técnica de Machala. Unidad Académica de ciencias químicas y de la salud carrera de ciencias médicas. Disponible en el repositorio en línea de la Universidad Técnica de Machala: < <http://repositorio.utmachala.edu.ec> >.

<sup>14</sup> RIZO, Raúl. FRANCO, María. OLIVARES, Louhau. GONZALES, Orlando. SANCHEZ, Zucel. Quemaduras Accidentales en niños y niñas remitidos del nivel primario de atención. CUB, 2015. Revista MEDISAN. Vol.19.Pag.49.

<sup>15</sup> BERNAL, Marta. GARCIA, Silvia. GARCIA, María. ILLAN, Carmen. ALVAREZ, María. MARTINEZ, Manuel. PINA, Luisa. Guillen, Francisca. Detección del maltrato infantil en el servicio de urgencias. ESP, 2015. Revista Enfermería Docente. Vol. 103. Págs. 40-45.

fundamental que juega la enfermería pediátrica para lograr un incremento en la detección de casos de maltrato.

Madroñal Fernández Pilar (2015)<sup>16</sup>, realizó una valoración de los casos de maltrato infantil detectados en urgencias de pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en México, obteniendo como resultado que en los últimos ocho años el tipo de maltrato más frecuente ha sido el maltrato físico y negligencia, obteniendo las cifras más significativas en menores de 1 año. En los casos de maltrato físico el tipo más común fue el de magulladuras y moratones, los cuales fueron disminuyendo su frecuencia a medida que aumentaba la edad del niño, mientras que el número de casos de maltrato emocional y de abuso sexual aumenta conforme aumenta la edad. Se rescata la importancia de intervenir adecuadamente en cualquier tipo de maltrato debido a las secuelas producidas a los niños que han sufrido maltrato en cualquier etapa de su vida.

Abdala y colaboradores en México (2015)<sup>17</sup>, dedujeron que el síndrome del niño sacudido es una forma de maltrato físico que debe ser motivo de sospecha en un niño menor de un año que súbitamente a la institución de salud, presenta crisis convulsivas, dificultad cardiorrespiratoria o llega muerto al hospital.

Según López y colaboradores<sup>18</sup>, El trauma craneoencefálico es una forma específica de maltrato generalmente en los bebés y niños. A corta edad se generan graves consecuencias para el desarrollo de las víctimas. Por esta razón los profesionales de la salud deben identificar los signos y síntomas que el niño presenta al ingreso a la institución de salud y determinar si las lesiones corresponden con la historia contada por los padres u otros cuidadores para formular un diagnóstico oportuno.

---

<sup>16</sup> MADROÑAL FERNANDEZ, Pilar. Valoración de casos de maltrato infantil detectados en urgencias de pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. MEX, 2015. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. Disponible en el repositorio en línea de Tesis Doctorals en Xarxa: < <http://tesisenred.net/handle/10803/370101> >.

<sup>17</sup> LOREDO, A. CASAS, A. TREJO, J. MELQUIADES I, MARTIN, V. Síndrome del niño sacudido: Cuadro clínico y evolución de 17 casos en el Instituto Nacional de Pediatría. MEX, 2015. Revista Acta Pediátrica de México. Vol. 36. Págs.: 72-80.

<sup>18</sup> LOPES, N. EISENTEIN, E. WILLIAMS, L. Abusive head trauma in children: A literatura review. BRA, 2013. Revista Jornal Pediatría. Vol. 89. Págs. 426-433.

M.T. Jiménez Busselo y colaboradores<sup>19</sup>, realizaron una revisión sistémica sobre la importancia de entrenar la sospecha clínica de los pediatras para que puedan detectar un abuso sexual infantil adecuadamente, debido a que resalta que los signos y síntomas de un abuso sexual infantil no siempre serán claros, es decir estos se encuentran camuflados en el comportamiento vulnerable de un niño víctima, que hace que el proceso sea totalmente confuso y que el diagnóstico sea desviado.

En Bogotá, Colombia, Preciado Barrera y colaboradores (2013)<sup>20</sup>, realizaron un estudio donde observaron la prevalencia de maltrato infantil en el Servicio de Pediatría del Hospital San José, concluyendo que hubo subregistro y déficit de notificación de los casos de maltrato por parte del personal de salud por falta de sospecha o por considerar algunas situaciones secundarias a unos diagnósticos previos. Consecuentemente realizaron énfasis en la importancia de fortalecer el registro completo de la historia clínica para la detección precoz del maltrato y la educación sobre crianza, cuidado y derechos de los niños que debe darse a cada familia especialmente aquellas que carecen de recursos para el desarrollo normal del infante.

En un estudio realizado por Moreno y colaboradores en el año 2013<sup>21</sup>, valoraron la atención de las víctimas de violencia sexual en tres hospitales de Bogotá de II, III y IV grado de complejidad, cada uno de estos hospitales contaba con la infraestructura y los insumos adecuados para brindar una buena atención. Sin embargo a nivel del personal de salud la mayoría presentaba un gran estado de confusión con el diagnóstico, registro y orientación interdisciplinaria en los casos de violencia sexual. Lo que demuestra una falla considerable de entrenamiento al personal de salud.

Florez y González en Bogotá en 2011<sup>22</sup>, evidenciaron que la negligencia y el abuso sexual son los tipos de maltrato con mayor representatividad en el Distrito Capital seguidos por la violencia hacia la pareja.

---

<sup>19</sup> JIMENEZ, M. ARAGO, J. HURTADO, F. LOÑO, J. Abuso sexual infantil: desafío multidisciplinar. Un Abordaje integral del problema para mejorar su detección y la atención a la víctima. ESP, 2013. Revista Acta Pediátrica de España. Vol. 71. Págs. 302-314.

<sup>20</sup> PRECIADO, Helen. LOZANO, Laura. GUTIERREZ, Jennifer. CASTRO, Carlos. Prevalencia de maltrato infantil en el servicio de pediatría del Hospital San José 2010-2013. COL, 2014. Revista Pediatría. Vol. 47. Págs. 90-95.

<sup>21</sup> MORENO, Sandra. PINZON, Adriana. BARRETO, Martha, SANABRIA, Pablo. GONZALEZ, Luis. Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. COL, 2013. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 31. Págs. 195-200.

<sup>22</sup> FLOREZ, María. GONZALEZ, Alba. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C. durante el año 2011. COL, 2013. Revista Teoría y praxis investigativa. Vol. 8. Págs. 74-91.

Gaviria Pino<sup>23</sup>, realizó un estudio en Isnos, Huila, donde cuestionaba la representación social que tenían los niños, niñas y familias que reportaron su caso en una comisaria, de lo que concluyó que los participantes pensaban que las niñas solamente eran abusadas, los hombres adultos eran los abusadores, el abusador no hacía parte del núcleo familiar, consideraban que no era abuso sexual si no hubo penetración. Los participantes referían que el abuso sexual era un asunto de vergüenza que no debía ser contado a las autoridades y finalmente que el abuso sexual solo ocurría en estratos bajos.

#### 4.1. FUNDAMENTOS TEORICOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA

Se entiende por panorama un paisaje detallado y espacioso que se aprecia desde un lugar o posición donde puede ser observado. El termino panorama proviene del griego compuesta por 'pan' que significa todo y "orama" que quiere decir "vista" por lo tanto el termino completo es "todo lo que se ve"<sup>24</sup> . Por ende cuando se habla del panorama de la violencia es un conjunto de factores que presentan un asunto o una situación determinada que puede verse o ser valorada desde uno o varios puntos de vista, que no solo se limita a la forma de cómo se comete la violencia, sino por numerosos actores y entidades involucradas directamente e indirectamente en esta problemática, y que pueden arrojar diferentes apreciaciones frente al tema.

A nivel mundial, la violencia ha sido un agravante para el desarrollo social que afecta a todos los países, en su mayoría los subdesarrollados o en vías de desarrollo, en gran medida por la desigualdades económicas, sociales, políticas influenciadas por vicios de poder sobre una o varias personas, y/o comunidades.

La violencia es una problemática que adopta diversas formas y actos de perpetuarse, condicionado por dos factores entrelazados, que pueden variar por la complejidad de su tipología. Hay muchas maneras de definir la violencia, sin embargo la OMS la define como: *"El uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo,*

---

<sup>23</sup> GAVIRIA PINO, A. Representaciones sociales de abuso sexual elaboradas por los niños, niñas, adolescente y las familias que reportaron su caso en la Comisaria del Municipio de Isnos durante los años 2013 y 2014. COL, 2015. Trabajo de grado (Psicóloga). Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.

<sup>24</sup> CONCEPTODEFINICION. Definición de panorama. [citado 20 de Abril de 2017]. Disponible: en <http://conceptodefinicion.de/panorama/>

*daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.*<sup>25</sup> Dicho concepto vincula los dos factores a perpetuarse, el primero son las características de la persona, grupo o comunidad que comete el acto violento, dividida en violencia auto-infligida, interpersonal y colectiva<sup>26</sup>.

La violencia auto-infligida, es la que se comete hacia sí mismo, como el suicidio, autolesiones o automutilación. La violencia interpersonal se presenta de dos maneras: la primera como violencia familiar o de pareja, siendo todo acto violento que se cometa entre miembros de una familia o entre pareja. Palacio define la violencia intrafamiliar como: *“ toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros que de forma permanente ocasione daño físico, psicológico o sexual a otros de sus miembros, que menoscabe su integridad y cause un serio daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar”*.<sup>27</sup> Es de tener en cuenta que la violencia no se ve solo de padres a hijos sino también de hijos a padres y que puede traer muchas consecuencias para la familia; la segunda forma es la violencia comunitaria que se produce entre dos personas que no tienen ningún parentesco y que pueden o no conocerse. Por último se tiene la violencia colectiva que se divide en dos: la primera en violencia política, perpetuado por grupos más grandes con el fin de promover intereses sociales, por medio de la guerra o ataques terroristas que desencadenan desplazamientos forzados de la comunidad, por último, la violencia económica que busca el lucro económico.

El segundo factor es el método utilizado o la naturaleza del acto, como la violencia física, sexual, psicológica, privaciones, negligencia, entre otras. El conocimiento de la naturaleza del acto violento es imprescindible, ya que incluye la necesidad de abordar actos violentos, que no necesariamente causan lesiones físicas o la muerte, sino toda perturbación psíquica y comportamental, privaciones, descuidos y deficiencias del desarrollo, que puedan tener un impacto temprano o a largo plazo en la calidad de vida del individuo, familia, grupo o comunidad.

Para conocer de fondo las diferencias y la gravedad de la naturaleza del acto violento, es importante definir algunos conceptos. Según la OMS, la violencia física se define como *“Signos físicos derivados del uso intencional de la fuerza física con potencial para causar muerte, discapacidad lesión, daño o sufrimiento”*.<sup>28</sup> Toda fuerza física, con o sin objeto, que pueda ocasionar daños como rasguños,

---

<sup>25</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Temas de salud: Violencia. [citado 20 de Abril de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>

<sup>26</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC. 2003. Pág. 6.

<sup>27</sup> Palacio MC. La violencia familiar en Manizales. Caldas. Colombia 1993:5-24.

<sup>28</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Temas de salud: Violencia física. [citado 20 de Abril de 2017]

hematomas, fracturas, quemaduras, traumatismos o cualquier otra lesión que se vea manifestada en el cuerpo de una persona es. Siendo esta la más identificada y la más usada por el agresor o victimario, dejando una huella visible (pasajera o permanente) y doliente en su víctima.

Por otra parte la violencia psicológica según la OMS *“se refiere a todo tipo de agresión a la vida emocional de la persona que se manifiesta a través de formas de comunicación que implican humillación, ridiculización, burla, amenaza, rechazo y denigración”*.<sup>29</sup> Generalmente su objetivo es perturbar, controlar, humillar, e intimidar a la víctima, imposibilitándola a actuar bajo su propia voluntad, pudiendo desembocar en problemas físicos, psicológicos, emocionales y sociales que le limitan su interacción con el entorno. Al ser una violencia no visible, es poco y difícilmente identificada, ya que se puede ser camuflada por diferentes actitudes y/o comportamientos. Un claro ejemplo puede ser la Xenofobia o la homofobia, que busca humillar, despreciar y/o violentar a un individuo, comunidad o grupo por su raza u orientación sexual.

Existen múltiples variables para definir la violencia sexual, no solo limitándose a los actos físicos que incluyen el uso de la fuerza o la amenaza de violencia física, sino coacciones verbales, intimidación psicológica, extorsión, chantajes u obligaciones para tener una compensación monetaria; por ende la OMS define la violencia sexual como: *“todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuación sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independiente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*<sup>30</sup>. Al ser una violencia ligada a la intimidad de la víctima, se hace más compleja su evidencia, por ende la necesidad de un abordaje interdisciplinario para su diagnóstico y tratamiento.

Otro tipo de violencia que eventualmente no se asume como tal, es el descuido o negligencia, siendo enmascarada por las diversas formas de comportamiento y culturas. Según el informe mundial sobre violencia del 2003, esta violencia se produce cuando una persona no toma las medidas necesarias para promover el desarrollo – estando en condiciones de hacerlo – en varias áreas: la salud, la educación, desarrollo emocional, nutrición, desarrollo comunitario, condiciones de

---

<sup>29</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Temas de salud: Violencia psicológica. [citado 20 de Abril de 2017]

<sup>30</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington DC. 2013. Pág. 2. [citado 20 de Abril de 2017] Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12\\_37/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/es/).

vida segura y protección<sup>31</sup>. Puede perpetuarse por diferentes actores como los padres, familias, grupos hasta el estado.

Como este proyecto de investigación está enfocado a un grupo especial y con necesidades específicas de atención, dichas definiciones deben ser centradas en su contexto. Resulta importante dividir las edades de los niños y niñas por ciclos de vida, ya que permiten entender las vulnerabilidades y oportunidades propias de su desarrollo biológico, psicológico y social.

Se entiende por vulnerabilidad, la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana.<sup>32</sup> Los niños y niñas por su condición de edad, poca capacidad de decisión y porque siempre van a estar al cuidado de otras personas, los hace vulnerable a cualquier peligro.

La primera infancia, según la UNICEF y la OMS, abarca desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad, tratándose de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, ya que las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida del infante, siendo una ventana de oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje y participación<sup>33</sup>. En cambio el Ministerio de Salud y protección social en Colombia reconoce a la primera infancia desde el desarrollo prenatal hasta los 5 años<sup>34</sup>.

La infancia, según el informe del Desarrollo de la primera infancia: Un potente equalizador, *“son los primeros años de vida de un individuo, siendo cruciales en el flujo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital que se verán reflejados en las actitudes y estilos de vida que asuma de adulto”*<sup>35</sup>. Para el

---

<sup>31</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC. 2003. Pág. 66.

<sup>32</sup> FEDERACION INTERNACIONAL DE SOCIEDAD DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA. ¿Qué es la Vulnerabilidad? [citado 06 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/que-es-un-desastre/que-es-la-vulnerabilidad/>.

<sup>33</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Documento de debate. 2013. Pág. 5. [citado 06 de Mayo de 2017].

<sup>34</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Ciclo de Vida. [citado 06 de Mayo de 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

<sup>35</sup> Human early learning partnership; Global knowledge for early child Development. Desarrollo de la primera infancia: Un Potente Equalizador. Junio 2007. Pág. 15. [citado 06 de Mayo de 2017].

Ministerio de Salud y protección social en Colombia reconoce la infancia desde los 6 años hasta los 11 años<sup>36</sup>.

Es importante resaltar que la violencia puede presentarse en cualquier lugar o espacio sea público o privado, inclusive en el ambiente escolar pueden ocurrir actos violentos entre alumnos y docentes, encontrándose agresiones verbales, físicas e inclusive sexuales. Sin embargo la violencia no solo se presenta en el ambiente inmediato al individuo como lo es su casa, barrio, iglesia, colegio, servicios de salud, entre otros; si no que incluye cualquier situación por la que esté viviendo el país, es decir su contexto social, político y cultural, exponiéndose a sufrir acciones violentas por diferentes actores sociales que pueden desencadenar situaciones de violencia. La población que se tomó, va enfocada a los menores de 13 años, siendo la población atendida en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP de Neiva. La violencia dirigida hacia la infancia o maltrato infantil, se define según la OMS como: *“los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil”*<sup>37</sup>.

El maltrato infantil es una violación grave a los derechos humanos, consagrados a nivel de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) por medio de la convención sobre los derechos del Niño (1989), siendo una realidad global y aun latente en nuestros días. Dicho maltrato puede tomar forma en las diferentes tipologías ya descritas, produciendo daños aún más graves por sus condiciones de vulnerabilidad física, psicológica y social, siendo de manera prioritaria la identificación acertada y atención temprana, asegurando la no repetición de la violencia en los círculos familiares y sociales del infante.

Por ende la valoración física y psicología del infante maltratado de ser asertiva y eficiente, logrando así un buen diagnóstico médico. Por ende, es importante la clasificación de los diagnósticos médicos, ya que permiten identificar enfermedades y sus relacionados, además de facilitar la toma de decisiones administrativas, epidemiológicas, curativas y preventivas.

---

<sup>36</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Ciclo de Vida. [citado 06 de Agosto de 2016] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

<sup>37</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Temas de salud: Maltrato infantil. [citado 20 de Abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

“En la actualidad se utiliza internacionalmente la Clasificación Internacional de Enfermedades decima revisión (CIE-10) para clasificar las enfermedades”, dicha clasificación se define “como un sistema de categorías mutuamente excluyentes a las cuales se asignan enfermedades, lesiones y motivos de consulta de acuerdo con criterios previamente establecidos”<sup>38</sup>.

Cada diagnostico utilizado para la obtención de información relevante para la investigación, se basó en esta clasificación, ya que esta instaurada en el HUHMP.

#### 4.2. FUNDAMENTOS NORMATIVOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA

En Colombia, la existencia de marco normativo y legal referente a infancia es bastante amplio y nutrido por convenciones nacionales e internacionales, que pueden verse modificadas por acontecimientos históricos y jurídicos en Colombia.

A nivel de la Constitución Política de Colombia del año 1991, reconoce en su artículo 44 que los niños y niñas tienen el derecho fundamental a la vida, a la integridad física, la salud y la seguridad social, alimentación equilibrada, nombre y nacionalidad, y a tener una familia, además de ser protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos<sup>39</sup>.

La ley 012 del año 1991, por la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño adoptado por la asamblea general de las Naciones Unidas, donde se especifica que los estados que hicieron parte de esta convención, deben respetar, velar y cumplir los derechos de los niños. En el artículo 19, el Estado debe adoptar todas las medidas necesarias para proteger a los niños y niñas de todo abuso físico o mental, trato negligente por parte de sus padres o representantes legal, además de implementar programas sociales para la asistencia, identificación, tratamiento y observación ante casos de malos tratos al niño o niña<sup>40</sup>.

La ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la ley 599 de 2000. Nuevo código penal cuyo título referido a violencia sexual se denominó: “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales”, que en sus artículos 205 a 219 considera la violencia sexual un delito contra la libertad y la dignidad humana<sup>41</sup>.

---

<sup>38</sup> GOMEZ RIVADENEIRA, Alexander. CLASIFICACION INTERNACION DE ENFERMEDADES (CIE): DESCIFRANDO LA CIE-10 Y ESPERANDO LA CIE-11. Monitor Estratégico. Enero-Junio 2015. Pág. 66.

<sup>39</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Constitución política de Colombia DE 1991.

<sup>40</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. LEY 012 DE 1991.

<sup>41</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 599 de 2000.

Los niños y las niñas gozan de protección contra el tráfico internacional, donde el estado debe promover, prevenir y sancionar este delito por medio de regulaciones en aspectos civiles y penales, estipulado en la ley 470 de 1998. Según esta ley todo tráfico de menores tiene propósitos ilícitos, que incluye prostitución, explotación sexual, servidumbre o cualquier tipo de violencia contra los menores<sup>42</sup>.

En la resolución 412 de 2000 se establecen de cumplimiento obligatorio las actividades, intervenciones en demanda inducida y se adoptan las guías técnicas. En el artículo 8 se establece la protección específica para vacunación según esquema del programa ampliado de inmunizaciones. En el artículo 9 se establece detección temprana en alteración del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años), detención temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años). En el capítulo 2, artículo 10 se enuncian las guías de atención de enfermedades de interés en salud pública, entre ellas, bajo peso al nacer, alteraciones asociadas a la nutrición, infección respiratoria aguda (menores de cinco años)<sup>43</sup>.

La Ley 679 de 2001 Por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo, con el ya nombrado, artículo 44 de la Constitución Política<sup>44</sup>.

La ley 1098 del 8 de Noviembre de 2006, La cual reglamenta la ley de infancia y adolescencia, establece en su Artículo 17. Derecho de la vida y la calidad de vida y aun ambiente sano<sup>45</sup>.

Ley 1146 de 2007. Establece normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente<sup>46</sup>.

El Decreto 3039 del 10 de Agosto de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Publica establece entre las prioridades Nacionales en Salud Publica: La salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral y la nutrición<sup>47</sup>.

La ley 1146 de 2007, “Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de violencia sexual y atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados

---

<sup>42</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 470 de 1998.

<sup>43</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 412 de 2000.

<sup>44</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 679 de 2001.

<sup>45</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1098 de 2006

<sup>46</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1146 de 2007.

<sup>47</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Decreto 3039 de 2007.

sexualmente” en el Capítulo III establece disposiciones relacionadas con la atención en salud para niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, la responsabilidad de los actores del sistema general en salud, tanto público como privado, así como de los hospitales y centros de salud de carácter público, quienes están en la obligación de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados<sup>48</sup>.

La Ley 1329 de 2009, por medio de la cual se modifica el título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes<sup>49</sup>.

Ley 1438 de Enero 19 del 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en Colombia, define dentro de sus principios rectores la atención con enfoque diferencial, para las víctimas de la violencia entre otros, para los cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación. Además en el artículo 19 se contempla el restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados e incluye la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas<sup>50</sup>.

La Resolución 1441 de Mayo 6 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, estable en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, en el numeral 2.3.2.4 para los servicios de urgencias en los estándares de Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos y Procesos Prioritarios<sup>51</sup>.

---

<sup>48</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1146 DE 2008.

<sup>49</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1329 de 2009.

<sup>50</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1438 de 2011.

<sup>51</sup> COLOMBIA. Congreso de la república. Resolución 1441 de 2013.

## 5. DISEÑO METODOLOGICO

### 5.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo de diseño descriptivo retrospectivo de corte transversal

### 5.2. POBLACIÓN

Para la realización de la investigación, se incluyeron dos tipos de poblaciones: la primera, correspondió a 65 profesionales de la salud del servicio de urgencias de HUHMP que laboraron durante el año 2016, de los cuales, 35 eran médicos, 28 enfermeros, un psicólogo y una trabajadora social.

La segunda población pertenece a 454 casos de niños y niñas, entre las edades de 28 días de nacido y 13 años de edad, con diagnóstico CIE – 10 de violencia y/o asociados evidenciado en las historias clínicas registradas en el servicio de urgencias pediátrica durante el año 2016.

### 5.3. MUESTRA

Durante el año 2016 se registraron 436 historia clínicas con códigos CIE-10 pertenecientes a factores asociados a violencia tales como contusiones, quemaduras y fracturas. Se calcula la muestra con la ecuación para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N= 436 (tamaño de la población).

Z= 95% (Nivel de confianza).

e= 5% (nivel de error).

Se obtuvo un tamaño muestral de 205 historias clínicas.

Se realizó un muestreo aleatorio simple, primero se enumeran las historias clínicas de 1 a 436, luego se generaron los números aleatorios para el muestreo utilizando la función de Excel de aleatorio. Entre (1; 436) obteniéndose 205 números que corresponden a los números asignados a cada diagnóstico. A continuación se presenta el listado:

*Tabla 1. Números aleatorios*

146	266	143	16	413	101	369
332	96	109	5	36	259	216
355	206	102	367	265	88	433
386	26	95	319	381	230	412
256	72	219	111	243	83	100
154	276	8	127	74	165	79
53	303	225	415	252	39	255
308	257	178	68	366	164	343
263	393	104	384	338	76	247
392	31	277	434	287	357	180
217	56	91	403	135	69	336
163	275	352	176	274	302	171
208	1	160	351	370	383	4
234	239	142	399	371	417	188
11	313	395	59	321	35	337
205	390	318	99	222	428	314
430	238	43	362	201	294	214
124	425	298	169	61	246	182
376	223	139	184	328	166	212
291	129	315	89	228	87	282
324	404	134	244	295	420	363
38	296	262	55	17	389	9
401	342	284	396	237	183	156
27	340	70	365	253	2	133
82	50	260	128	242	327	418
309	123	199	60	200	301	170
261	307	320	335	209	191	21
94	348	416	346	6	173	432
45	258	358	75	181		148
84	125	356	92			

Profesionales de salud:

La población correspondió a un total de 25 profesionales que laboraron en el servicio de urgencias pediátricas durante el año 2016, de los cuales de forma voluntaria 19 decidieron hacer parte del estudio y cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión, de estos 3 fueron médicos generales, 7 médicos pediatras, 7 enfermeros, 1 trabajador social y 1 psicólogo.

Diagnósticos de violencia:

Durante el año 2016 hubo un total de 18 historias clínicas registradas con código CIE-10 perteneciente a violencia en el servicio de Urgencias pediatría del HUHMP.

#### 5.3.1. Criterios de selección de la muestra

- Médicos generales, médicos pediatras, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos que trabajaron en el período comprendido desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2016
- Niños y niñas atendidos entre las edades de 28 días de nacido y 13 años de edad.
- Niños y niñas atendidos con diagnóstico diferencial o con diagnóstico de violencia
- Ingreso al servicio en el período comprendido desde el 1 de Enero hasta 31 de Diciembre de 2016

#### 5.3.2. Criterios de exclusión de la muestra

- Personal de salud que se encuentra laborando fuera del rango de estudio
- Niños y niñas que ingresen con diagnóstico de violencia fuera del rango de estudio

#### 5.4. TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó revisión de historias clínicas y encuesta como técnicas para la recolección de la información según los objetivos, así:

a) La revisión historias clínicas se aplicó para el primer y tercer objetivo del estudio;

- Para el cumplimiento del primer objetivo: “Caracterizar los niños y niñas atendidos que se identifican con diagnósticos de violencia Y ASOCIADOS en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP de Neiva durante el año 2016”; se recolectaron los datos personales de la población víctima de violencia y sus asociados.

- Para el tercero objetivo: “Establecer la frecuencia de los diagnósticos identificados como violencia y los asociados a esta, de los niños y niñas atendidos en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP de Neiva en el año 2016” Se clasificaron los diagnósticos de violencia y asociados según como aparece registrado en la historia clínica según Clasificación Internacional de Enfermedades - décima versión (CIE – 10)

b) La encuesta responde al segundo y cuarto objetivo:

- Se realizó una entrevista estructurada con el fin de caracterizar a los profesionales que brindaron atención a los niños y niñas que se identificaron con diagnósticos de violencia y asociados en el HUHMP. E identificar los conocimientos que tienen los profesionales acerca del protocolo de violencia y/o abuso sexual instaurado en el HUHMP

#### 5.5. INSTRUMENTOS

Se utilizó la encuesta y listado en Excel como instrumentos de recolección de información, así:

Encuesta: Acerca del protocolo de violencia sexual y/o abuso sexual institucionalizado en el HUHMP servicio de Urgencias. La encuesta contiene 17

preguntas que indagan acerca de los conocimientos que posee el personal acerca del protocolo.

Listado en Excel: En éste se incluyó todas las variables de la caracterización de la población infantil y los diagnósticos de violencia como, sexo, edad, régimen de seguridad, EPS, estrato socioeconómico, procedencia, diagnóstico asociados a violencia y agresor.

## 5.6. PRUEBA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación de los instrumentos se realizó mediante la consulta de expertos de la unidad de investigación y proyección social de la universidad Surcolombiana (USCO).

Por otro lado, para la base de datos se contó con la asesoría y aprobación de un profesional en matemáticas aplicada con énfasis en manejo y análisis de la información.

La confiabilidad fue valorada y aprobada por expertos en la unidad de investigación de la USCO. La razón, en el municipio de Neiva no se cuenta con un servicio de pediatría similar al del HUHMP que contenga características similares a la del estudio para la realización de la prueba piloto.

## 5.7. PLAN DE ANÁLISIS

La información se recolectó mediante observación directa de las historias clínicas de los casos de violencia y asociados y la aplicación de una encuesta estructura a los profesionales de la salud. Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel 2016 y se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 23, con el cual se generaron estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas) para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central, y medidas de dispersión para las variables cuantitativas.

## 6. CONSIDERACIONES ETICAS Y BIOETICAS

Para los fines del desarrollo del proyecto de investigación se tuvo en cuenta los diferentes conceptos éticos, bioéticos y legales planteados en la resolución nº 008430 de 1993, declaración de Helsinki, código de Nuremberg, declaración de derechos humanos y derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Razón por la cual esta investigación se consideró sin riesgo ya que no se intervino directamente a los niños y niñas. Por el contrario solo se realizó una valoración de los conocimientos del personal de salud y revisión de historias clínicas. El Alcance de esta investigación es de local inicialmente solo para el HUHMP de Neiva – Huila.

Esta investigación contribuye con uno de los requisitos de acreditación institucional. El Impacto es de corto y mediano plazo. El primero en la medida en que se relacionaron los diagnósticos generados en el servicio de urgencias pediátricas con la frecuencia de los diferentes tipos de violencia. El segundo con la valoración de los conocimientos del personal de salud que atiende en el servicio de urgencias pediátricas y la inducción sobre el manejo y atención de los casos más frecuentes de violencia y asociados a violencia en el servicio de urgencias pediátricas. Igualmente se recomendó crear rutas y protocolos de atención para los diferentes tipos de violencia que con más frecuencia se atienden en el servicio de urgencias pediátricas.

El costo beneficio es tripartito: La universidad gana los conocimientos a nivel de metodología impartido y desarrollado a nivel académico por los estudiantes en un grupo de investigación fundamentando su línea además de poder compartir resultados en eventos científicos (memorias). Los Estudiantes como cumplimiento del requisito de grado y publicación en revista. El HUHMP como uno de los requisitos para habilitación institucional y cualificación del servicio de urgencias haciendo efectivo el Convenio docencia asistencia.

El objeto de estudio los conocimientos en violencia para la atención adecuada de los niños y niñas, que ayuda a la creación de protocolos de atención adecuada oportuna e integrales. Dando cumplimiento a la normatividad vigente con respecto al tema y tipo de investigación. La información obtenida será con carácter únicamente académico, para ello se firmó el acuerdo de confidencialidad con la institución para el manejo de los datos obtenidos.

## 7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Tabla 2. Operacionalización de variables de historias clínicas

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice	
Variables socioeconómicas	Sexo	Condición orgánica que diferencia entre masculino y femenino.		Masculino	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				Femenino			
	Edad	Años desde el nacimiento hasta el momento del evento en estudio.		Número de años	Cuantitativo continuo	Medidas de tendencia central y dispersión.	
	Régimen Seguridad Social	Régimen de aseguramiento al que pertenece la víctima			Contributivo	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
					Subsidiado		
Especial							
Excepción							
No asegurado							
Estrato	Tipo de nivel socioeconómico con base en las características de las viviendas y su entorno urbano o rural.			1,2,3,4.	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa	

<b>Grupo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Subvariable</b>	<b>Indicadores o categorías</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Índice</b>
Variables socioeconómicas	Residencia	Ubicación de la vivienda regular del paciente.	Municipio de Procedencia	Nombre del municipio	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			Área de residencia	Urbano	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
Diagnósticos asociados a violencia	Diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad y/o síndrome.	Negligencia y abandono.	Intoxicaciones	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Lesiones por pólvora		
				Desnutrición		
				Intento de suicidio	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Lesiones de causa externa	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Violencia intrafamiliar	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Abuso sexual	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				V. psicológica	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				V. física	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Síndrome del niño sacudido	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Negligencia	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa

<b>Grupo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Subvariable</b>	<b>Indicadores o categorías</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Índice</b>
Diagnósticos asociados a violencia	Agresor	Persona quien comete el acto violento		Padre	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Madre		
				Hermano (a)		
				Abuelo (a)		
				Tío (a)		
				Primo (a)		
				Vecino (a)		
				Amigo (a)		

## 7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL PERSONAL DE SALUD

*Tabla 3. Operacionalización de variables sociodemográficas del personal de salud*

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice
Variables sociodemográficas	Sexo	Condición orgánica que diferencia entre masculino y femenino.		Masculino	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Femenino		
	Edad	Años desde el nacimiento hasta el momento del evento en estudio.		Número de años	Cuantitativo continuo	Medidas de tendencia central y de dispersión
	Estrato	Tipo de nivel socioeconómico con base en las características de las viviendas y su entorno urbano o rural.		1,2,3,4.	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
	Nivel Educativo	Nivel de educación máximo alcanzado.		pregrado	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
				Posgrado		
Profesión	Actividad habitual de una persona			Enfermer@	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
				Psicólog@		

<b>Grupo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Subvariable</b>	<b>Indicadores o categorías</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Índice</b>
Variables sociodemográficas	Profesión	Generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.		Trabajo social	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
				Pediatra		
	Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		Solter@	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa

### 7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES PARA EL PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEXUAL

*Tabla 4. Operacionalización de variables para protocolo de violencia sexual*

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice	
Conocimientos sobre protocolo de violencia sexual	Personal de salud	Personal idóneo para la atención en violencia de menores de 14 años		Médico general	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				Pediatra			
				Enfermera jefe			
				Trabajadora social			
				Psicólogo (a)			
	Activación de la ruta de atención de abuso sexual	Inicio de la ruta de atención de abuso sexual			Ante una sospecha de abuso sexual	Cuantitativo o nominal	Frecuencia absoluta y relativa
					Cuando el usuario es remito de otra institución		
					En el Triage		
					Ninguna de las anteriores		
	Signos y síntomas de abuso sexual	Manifestaciones objetivas y subjetivas de abuso sexual			Evidencia de otras formas de violencia contra las niñas y los niños.	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa

<b>Grupo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Subvariable</b>	<b>Indicadores o categorías</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Índice</b>	
Conocimientos sobre protocolo de violencia sexual	Signos y síntomas de abuso sexual	Manifestaciones objetivas y subjetivas de abuso sexual		Temor a estar con familiares y conocidos con quien se tenía una relación cercana	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				signos y síntomas poco claros o clínicamente referidos a la zona genital o anal			
				Todas las anteriores			
	Comportamientos sexuales de abuso sexual	Manera sexual de actuar de los niños y niñas frente al abuso sexual			Juegos con contenidos sexuales	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
					Masturbación con juguetes y objetos		
					Masturbación excesiva en niños y niñas menores de 10 años		
					Todas las anteriores		

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice	
Conocimientos sobre protocolo de violencia sexual	Signos de sospecha de explotación sexual	Manifestación objetiva evidente en la víctima de explotación sexual		Temor excesivo al brindar información personal	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				En el examen físico: huellas corporales de abuso sexual o de actividad sexual inusual para su edad y condición			
				No mantiene vínculos familiares			
				todas las anteriores			
	Sospecha de Explotación sexual de niños y niñas	Suponer la presencia de explotación sexual en niños y niñas			Vulvo-vaginitis a repetición, dificultad para hablar, vomito incontrolable	Cuantitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
					Infecciones urinarias, sangrado en boca, enuresis, dificultad para sentarse o caminar, disminución del apetito, aislamiento social		
					Infecciones urinarias, enuresis, tartamudeo, autoestima disminuida, consumo de alcohol y drogas		
					Ninguna de las anteriores		

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice	
	Profilaxis contra VIH/ SIDA En víctimas de abuso sexual	Tratamiento preventivo ante sospecha de VIH/SIDA		Toma de exámenes paraclínicos en las primeras 72 horas	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				Solo prueba de VIH en las primeras 48 horas			
				Toma de exámenes paraclínicos y prueba VIH en las primeras 72 horas			
				Prueba de VIH en las primeras 72 horas, sin la necesidad de pruebas paraclínicas			
	Seguimiento en tiempo después de una agresión sexual	Observar y evaluar la evolución de la agresión sexual en niños y niñas			2 semanas, 4 semanas, 3 meses, 6 meses y al año	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
					2 semanas, 8 semanas, 14 semanas y a los 9 meses		
					3 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 26 semanas y al año		
					3 semanas, 5 semanas, 16 semanas y a los 8 meses		

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice	
Conocimientos sobre protocolo de violencia sexual	Proceder ante el riesgo embarazo tras la ocurrencia de agresión sexual	Primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual, con riesgo de embarazo, se debe asegurar anticoncepción de emergencia		Exámenes clínicos necesarios	cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa	
				se administra anticoncepción de emergencia, con Levorgestrel y seguimiento a los dos meses			
				se administra anticoncepción de emergencia, con Levorgestrel y seguimiento al mes			
			No es necesario asegurar anticoncepción de emergencia				
	Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	Procedimiento de terminar de manera consiente el proceso de gestación			si la persona que sufrió la agresión consulta después de las 72 horas y antes de las 120 horas no se realiza la IVE	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
					Es constitucionalmente inaceptable que trascorra más de 5 días entre la solicitud y la realización de IVE		
Mujeres con 14 años o menos edad la decisión debe ser tomada por los padres							

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice
Conocimientos sobre protocolo de violencia sexual	Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	Procedimiento de terminar de manera consiente el proceso de gestación		Constitucionalmente se debe esperar 5 días entre la solicitud y la realización de la IVE	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
	Intervención inicial en salud mental	Acción de intervenir la situación del abuso sexual		Primeros auxilios psicológicos, no serán brindados por el médico general.	Cuantitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				No se requieren profesionales expertos en salud mental		
				Primeros auxilios psicológicos serán brindados por un médico general, después se realizara interconsulta especializada con psiquiatría o psicología		
Es innecesario que todo el equipo de salud este entrenado para brindar auxilios emocionales						
Atención integral en el caso de abuso sexual	Rutas de protección que el HUHMP debe activar con todos los sectores involucrados en el proceso y atención del caso de abuso sexual		Ruta de protección en cabeza del ICBF, comisaría de familia, CTI	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice
Conocimientos sobre protocolo de violencia sexual	Atención integral en el caso de abuso sexual	Rutas de protección que el HUHMP debe activar con todos los sectores involucrados en el proceso y atención del caso de abuso sexual		Ruta de protección de la comisaria de familia, CTI, URI, Fiscalía y CAIVAS	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Ruta de protección en cabeza del CTI, ICBF Y fiscalía		
				Ruta de protección en cabeza de la fiscalía, CTI y URI		
	Evitación de la re victimización en la víctima de abuso sexual	Impedir que se repita la victimización de la víctima menor de abuso sexual			Usted no tuvo la culpa de lo sucedido	Cualitativo nominal
El agresor es totalmente responsable de los sucedió						
Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda						
Eso no fue nada, al final sola la tocaron o lo tocaron						
	Negación de la víctima de abuso sexual mayor de 5 años de realizarse el examen y valoración con firma de consentimiento informado por su representante legal	Respuesta negativa ante la realización del examen o valoración		Le realiza el examen y/o valoración porque tienen el consentimiento de un mayor de edad	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice	
Conocimientos sobre protocolo de violencia sexual	Negación de la víctima de abuso sexual mayor de 5 años de realizarse el examen y valoración con firma de consentimiento informado por su representante legal	Respuesta negativa ante la realización del examen o valoración		No lo hago porque puedo revictimizarlo	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				La vida del niño prima y debo hacerlo sin su autorización			
				Ninguna de las anteriores			
	Triage de urgencia en abuso sexual	Criterio para la atención de abuso sexual de urgencia			1	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
					2		
					3		
					No se ingresa		
	Sin evidencia de abuso sexual en niños y niñas	Pruebas sin demostración de abuso sexual			No lo confío en lo que me dice el niño, pero si el representante	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
					Dudo si es realmente un abuso		
					Tomo nota textual de lo que la víctima refiere		
Ninguna de las anteriores							

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice
Conocimientos sobre protocolo de violencia sexual	Valoración completa de la víctima de abuso sexual	observar, determinar y reconocer las condiciones de la víctima de abuso sexual		Anamnesis, Examen Clínico general de la Víctima (Valoración de la apariencia general, examen mental completo, examen físico completo), examen Genital y Anal de la víctima, dx clínico y proceso de custodia	cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
				Anamnesis, examen genital y anal de la víctima, diagnóstico clínico y proceso de custodia.		
				Anamnesis, toma de muestras de laboratorio, diagnóstico clínico, remisión a psicología.		
				Ninguna de las anteriores		

## 8. RESULTADOS

A partir de los instrumentos aplicados en la investigación y el análisis realizado de la matriz creada en Microsoft Excel 2016 se evidencia el siguiente panorama de la violencia en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP durante el año 2016 es:

*Tabla 5. Variables sociodemográficas del personal de salud*

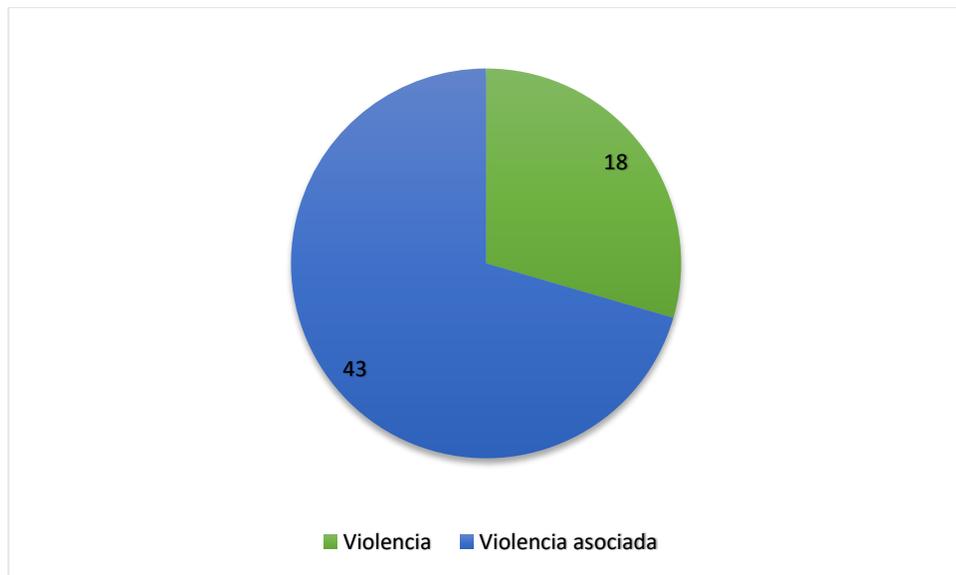
Variable		N	%
<b>Sexo</b>	Femenino	11	57,9
	Masculino	8	42,1
<b>Estrato socioeconómico</b>	1	1	5,3
	2	6	31,6
	3	5	26,3
	4	7	36,8
<b>Nivel educativo</b>	1	7	36,8
	2	11	57,9
	3	1	5,3
<b>Profesión</b>	Enfermero	7	36,8
	Psicólogo	1	5,3
	Trabajador social	1	5,3
	Médico pediatra	7	36,8
	Medico	3	15,8
<b>Estado civil</b>	Casado	9	47,4
	Soltero	8	42,1
	Unión libre	2	10,5

La mayoría de los profesionales de salud que trabajaron durante el año 2016 en el servicio de urgencias pediátricas fueron de sexo femenino con un 57,9%, respecto al sexo masculino con un 42,1%. El estrato socioeconómico predominante en estos profesionales fue el 4 (cuatro) con un 36,8% seguido del estrato 2 con un 36,8% estrato 3 con 26,3% y estrato 1 con 5,3%. El nivel educativo de los profesionales fue pregrado con un 57,9% (11), posgrado 36,8% (7) y doctorado 5,3% (1). La mayoría de los profesionales fueron médicos pediatras y enfermeros con un 37,9% (7) cada uno seguido de médico general con un 15,8% (3) y por último trabajo social

y psicología con un 5,3% (1) cada uno. El estado civil con mayor porcentaje en estos profesionales fue casado con un 47,4% seguido de soltero 42,2% y unión libre con un 10,5%.

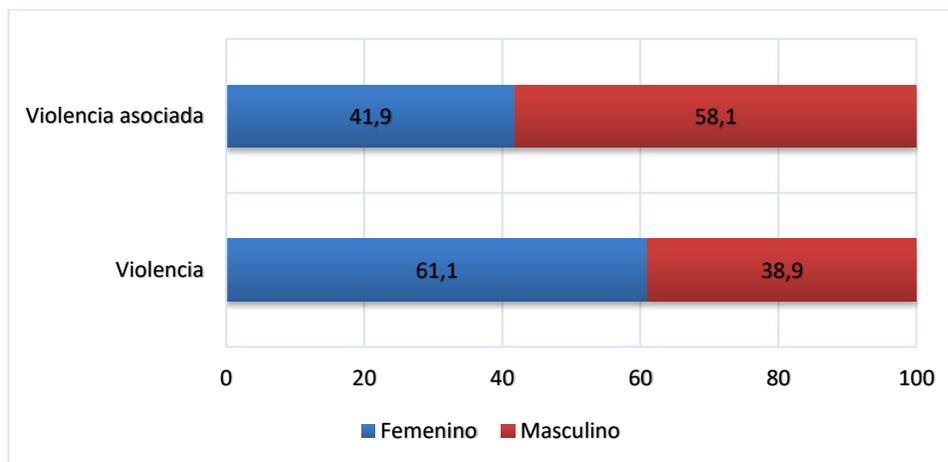
Los niños y niñas atendidos con diagnósticos de violencia y asociados en el en el servicio de pediátricas tienen las siguientes características:

*Gráfica 1. Violencia VS factores asociados a violencia*



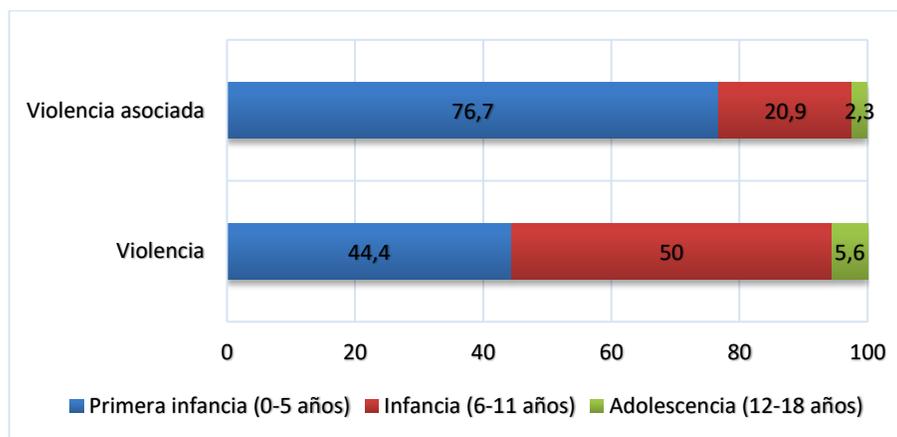
Se revisaron 223 historias clínicas de niños y niñas atendidos en el servicio de urgencias pediátricas durante el año 2016 de las cuales 18 fueron identificadas con diagnósticos de violencia y 43 con diagnósticos asociados a violencia.

Gráfica 2. Violencia según el sexo de la víctima



De los casos diagnosticados con violencia, la mayoría el 61,1% (11) fueron de sexo femenino, en menor porcentaje estuvieron los del sexo masculino con 38,8% (7). A diferencia de los casos con diagnósticos asociados a violencia se obtuvo un 58,1% (25) para el sexo masculino y 41,9 (18) para el sexo femenino.

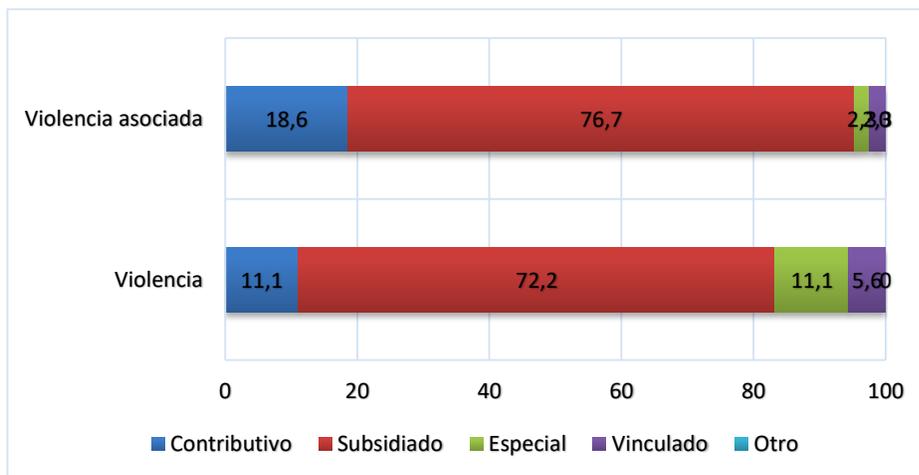
Gráfica 3. Violencia según ciclo vital



El ciclo vital de los niños y niñas con diagnósticos de violencia evidencia que La mayoría de niños y niñas pertenecían a infancia (6-11 años) 50% (9), seguido de primera infancia (0-5 años) con 44,4% (8) y adolescencia (12-18 años) con 5,6% (1). En cuanto al ciclo vital de los niños y niñas con diagnósticos asociados se

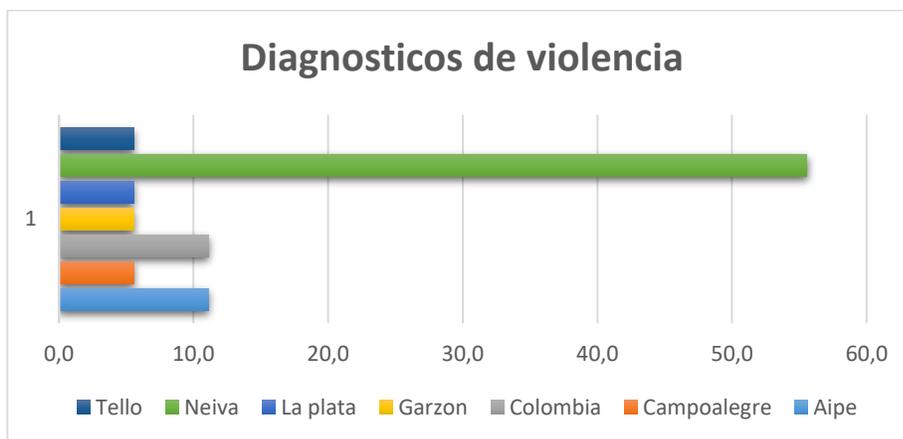
encontró que la mayoría pertenecían a primera infancia con un 76,7% (33), seguido de infancia 20,9% (9) y adolescencia 2,3% (1).

Gráfica 4. Violencia según el régimen de seguridad social



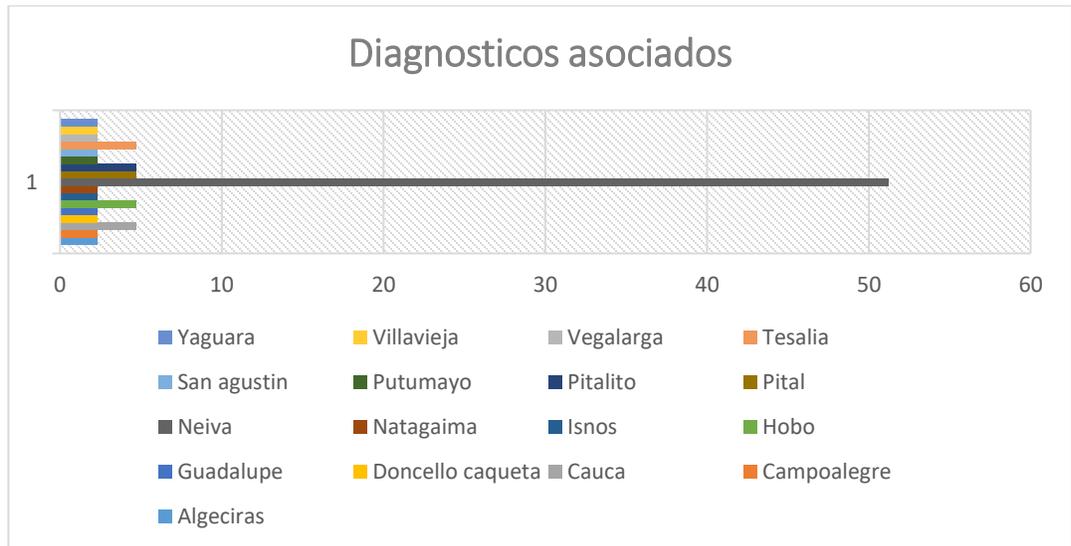
La mayoría de diagnósticos de violencia y asociados fue en el régimen subsidiado con 72,2% y 76,7% respectivamente, seguido de régimen contributivo con un 11,1% y 18,6% respectivamente.

Gráfica 5. Frecuencia de la violencia según el municipio



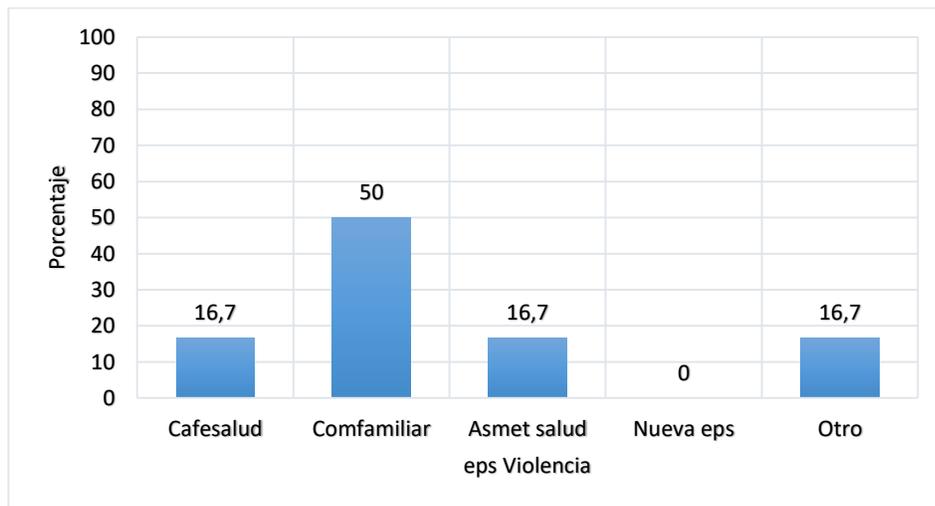
El mayor porcentaje de los casos de violencia ocurrieron en el municipio de Neiva con 50%, seguido de Colombia y Aipe con un 10% y Tello, la Plata, Garzón y Campo alegre con 5%.

Gráfica 6. Diagnósticos asociados según municipio de procedencia



El mayor porcentaje de los diagnósticos asociados a violencia fue en Neiva con un 50% seguido de los municipios de Tesalia, Pitalito, Pital, Hobo, y departamento del Cauca con un 5% cada uno.

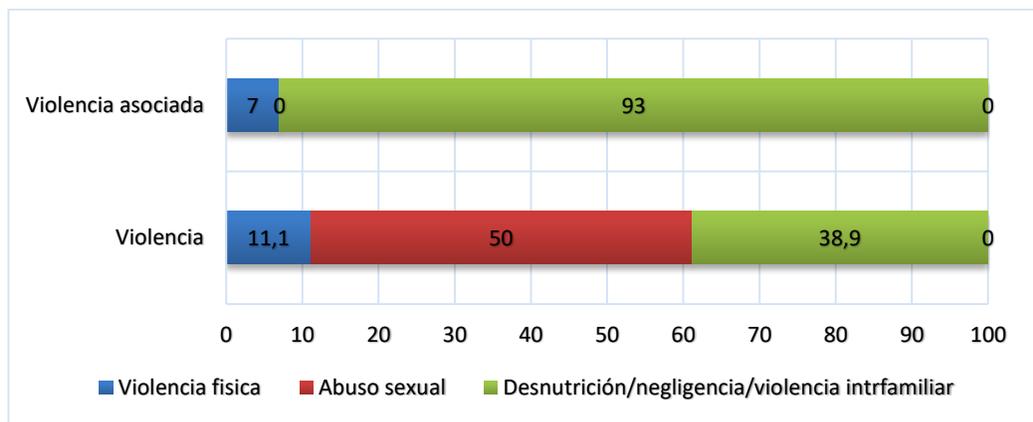
Gráfica 7. Violencia según EPS



La seguridad social de los niños y niñas con diagnósticos de violencia y asociados con mayor porcentaje fue comfamiliar con 50%, seguido de Cafesalud y Asmet salud y otro tipo de asegurador con 16,7 cada uno.

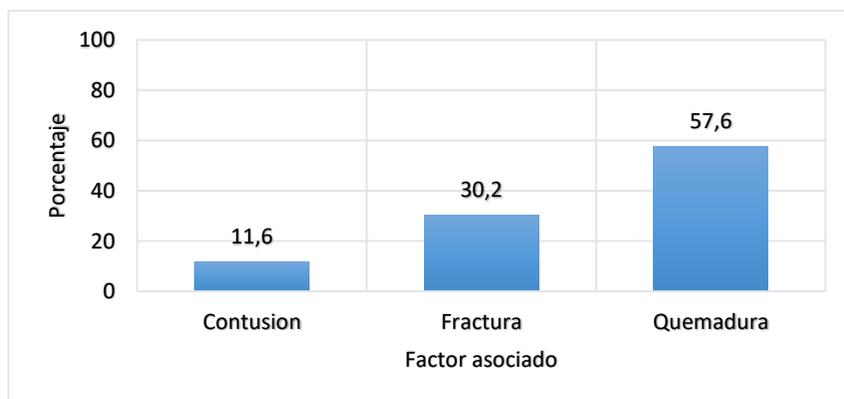
La Frecuencia de los diagnósticos de violencia y asociados fue:

*Gráfica 8. Tipos de violencia*



Se obtuvo que el diagnóstico de violencia con mayor porcentaje, fue Abuso sexual 50% (9) seguido del diagnóstico de desnutrición y negligencia con un 38,9% (7) y violencia física con 11,1% (2). Para los casos con diagnósticos asociados a violencia el mayor porcentaje lo presenta desnutrición y negligencia con 93% (40), seguido de violencia física con 7% (3).

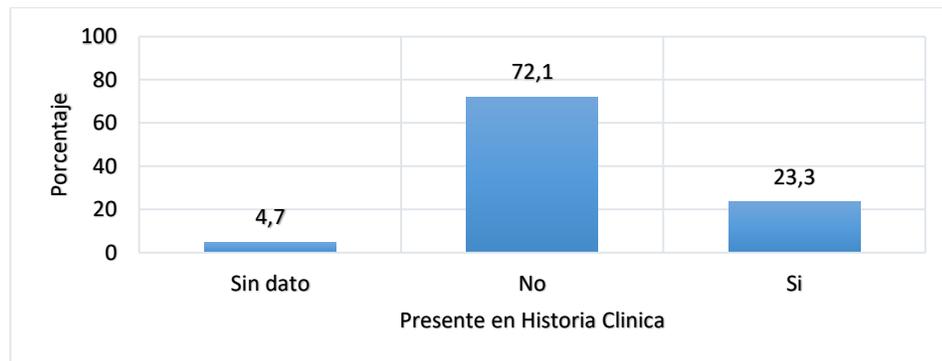
*Gráfica 9. Diagnósticos asociados a violencia*



Como factores asociados a la violencia se hallaron tres principales: 57,6 % quemaduras con un 57,6%, fracturas 30,2% y por último contusiones con 11,6%. A partir de estos datos y las revisiones bibliográficas realizadas se halló que el 90,7%

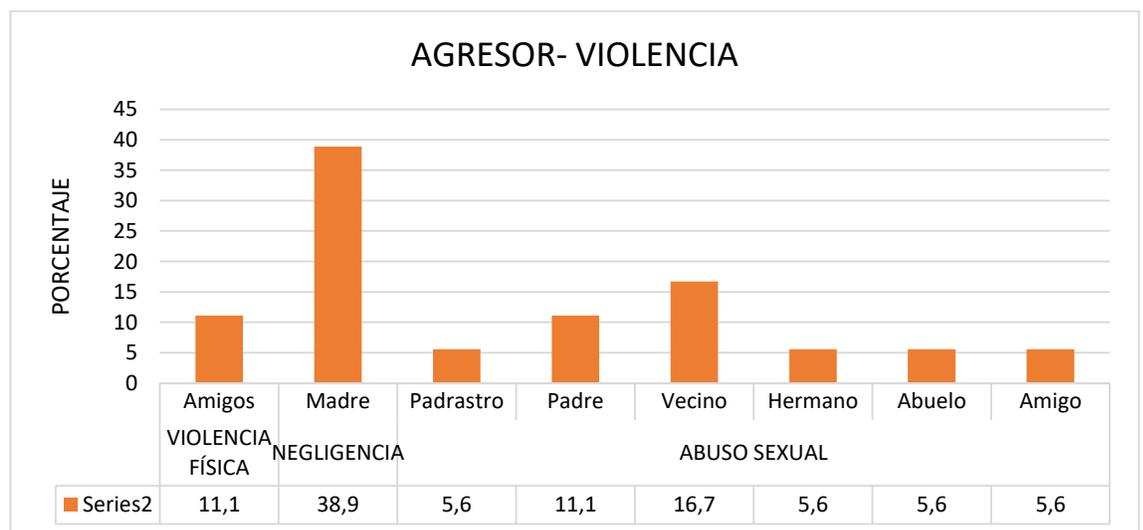
de estos factores se asociaron con el diagnóstico de violencia: negligencia, 7 % violencia física y el 2,3% violencia intrafamiliar.

Gráfica 10. Registro en la anamnesis de la historia clínica sobre violencia o sospecha



De los diagnósticos asociados a violencia se encontró que el 72,1% no se encuentran registrados en la historia clínica, por el contrario el 23,3% si se encuentra en la historia clínica.

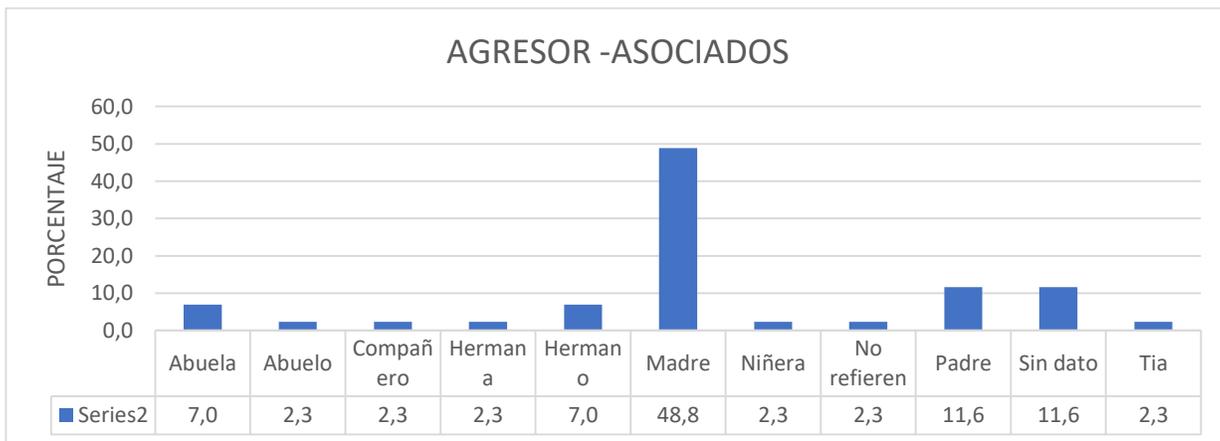
Gráfica 11. Agresor según el tipo de violencia



El principal agresor de los casos diagnosticados con violencia fue la madre con un 38,9% correspondiendo este porcentaje al diagnóstico de negligencia, seguido del vecino con un 16,7%, padre 11,1% hermano, padrastro, abuelo y amigo con un 5,6%

siendo los agresores en el caso de abuso sexual y los amigos con un 11,1% para el diagnóstico de violencia física.

Gráfica 12. Agresor según los diagnósticos asociados a violencia



Para los casos con diagnósticos asociados a violencia, se identificó como principal agresor a la madre con un 48,8%, seguido del padre y sin dato con un 11,6% cada uno, el hermano y la abuela con un 7% cada uno y el compañero, abuelo, niñera, la tía y no refiere con 2,3% cada uno.

El conocimiento de los profesionales de salud en cuanto al protocolo de violencia y/o abuso sexual instaurado en el HUHMP fue el siguiente:

Se aplicó la encuesta estructurada a 19 profesionales de salud que laboraron en el servicio de urgencias pediátricas durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016.

Tabla 6. Frecuencias de las respuestas obtenidas en la encuesta sobre el protocolo de violencia sexual

Variable	N	%
<b>2.1 Según la ruta de atención para violencia sexual de HUMP que profesional es responsable de abordar los usuarios menores de 14 años masculinos y femeninos:</b>	NR	2, 10,5
	a) Médico general	2, 10,5
	b) Pediatra	15, 78,9
	c) Ginecólogo	0, 0,0
	d) Ninguna de las anteriores	0, 0,0
<b>2.2 En qué momento se activa la ruta de atención en abuso sexual:</b>	a) Ante una sospecha de abuso sexual	18, 94,7
	b) Cuando el usuario es remitido de otra institución de salud	0, 0,0

	c) En el Triage	1	5,3
	d) Ninguna de las anteriores	0	0,0
<b>2.3 Son signos y síntomas de abuso sexual:</b>	NR	0	0,0
	a) Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños	0	0,0
	b) Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana.	1	5,3
	c) Signos y Síntomas poco claros o clínicamente referidos a la zona genital o anal.	1	5,3
	d) Todas las anteriores	17	89,5
<b>2.4 Comportamientos sexuales que pueden alertar la probabilidad de abuso sexual:</b>	a) Juegos con contenidos sexuales	0	0,0
	b) Masturbación con juguetes y objetos	0	0,0
	c) Masturbación excesiva en niños y niñas menores de 10 años.	1	5,3
	d) Todas las anteriores	18	94,7
<b>2.5 Signos de sospecha de explotación sexual:</b>	a) Temor excesivo al brindar información personal	0	0,0
	b) En el examen físico: huellas corporales de abuso sexual o de actividad sexual inusual para su edad y condición	3	15,8
	c) No mantiene vínculos familiares	0	0,0
	d) Todas las anteriores	16	84,2
<b>2.6 Debo sospechar de escena CUANDO el niñ@ presenta:</b>	NR	1	5,3
	a) Vulvovaginitis a repetición, dificultad para hablar, vomito incontrolable.	0	0,0
	b) Infecciones urinarias, sangrado en boca, enuresis, dificultad para sentarse o caminar, disminución del apetito	11	57,9
	c) Infecciones urinarias, enuresis, tartamudeo, autoestima disminuida, consumo de alcohol y drogas.	7	36,8
<b>2.7 Para iniciar profilaxis contra ITS-VIH/SIDA en víctimas de abuso sexual es necesario:</b>	NR	1	5,3
	a) Toma de exámenes paraclínicos en las primeras 72 horas.	2	10,5
	b) Solo prueba de VIH en las primeras 48 horas.	0	0,0
	c) Toma de exámenes paraclínicos y prueba de VIH en las primeras 72 horas.	14	73,7
	d) Prueba de VIH en las primeras 72 horas, sin la necesidad de pruebas paraclínicas.	2	10,5
<b>2.8 El seguimiento después de la agresión sexual es un paso importante en la atención brindada a la víctima, por ende, en que lapso de tiempo se debe realizar dicho seguimiento:</b>	a) 2 semanas, 4 semanas, 3 meses, 6 meses y al año.	15	78,9
	b) 2 semanas, 8 semanas, 14 semanas y a los 9 meses.	4	21,1
	c) 3 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 26 semanas y al año.	0	0,0
	d) 3 semanas, 5 semanas, 16 semanas y a los 8 meses.	0	0,0
<b>2.9 Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual con riesgo de embarazo, se debe asegurar anticoncepción de emergencia:</b>	a) Primero se deben realizar los exámenes paraclínicos necesarios	2	10,5
	b) Se administra anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel (1500 microgramos) y seguimiento a los 2 meses.	2	10,5

	c) La anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel (1500 microgramos) y seguimiento al mes.	12	63,2
	d) No es necesario asegurar anticoncepción de emergencia	3	15,8
<b>2.10 Según la sentencia C-355 de la corte constitucional Colombiana y el protocolo del HUHMP, se debe realizar la interrupción voluntaria del embarazo:</b>	NR	2	10,5
	a) Si la persona que sufrió la agresión consulta después de las 72 horas y antes de las 120 horas no se le realiza	1	5,3
	b) Es constitucionalmente inaceptable que transcurra más de 5 días entre la solicitud y la realización	5	26,3
	c) Mujeres con 14 años o menos edad la decisión debe ser tomada por los padres.	7	36,8
	d) Constitucionalmente se debe esperar 5 días entre la solicitud y la realización	4	21,1
<b>2.11 Una Intervención inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta, será brinda de la siguiente manera:</b>	a) Primeros auxilios psicológicos no serán brindados por el médico general	0	0,0
	b) No se requiere profesionales expertos en salud mental.	1	5,3
	c) Primeros auxilios psicológicos serán brindados por médico general, después se realiza interconsulta especializada	15	78,9
	d) Es innecesario que todo el equipo de salud este entrenado para brindar auxilios emocionales.	3	15,8
<b>2.12 El HUHMP debe activar demás rutas de protección con los demás sectores involucrados en el proceso y atención del caso de abuso sexual. Si es menor de 14 años seguirá la siguiente ruta:</b>	a) Ruta de protección en cabeza del ICBF, comisaria de familia, CTI	1	5,3
	b) Ruta de protección de la comisaria de familia, CTI, URI, fiscalía y CAIVAS	7	36,8
	c) Ruta de protección en cabeza del ICBF, CTI y fiscalía	4	21,1
	d) Ruta de protección en cabeza de la fiscalía, CTI, URI	7	36,8
<b>2.13 Estoy evitando la re victimización cuando le digo a la víctima de abuso sexual, EXCEPTO:</b>	a) Usted no tuvo la culpa de lo sucedido	0	0,0
	b) El agresor es el total responsable de lo que sucedió.	0	0,0
	c) Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda.	3	15,8
	d) Eso no fue nada al final solo la tocaron o lo tocaron.	16	84,2
<b>2.14 Cuando un niño mayor de 5 años se niega a realizarse el examen y/o valoración y recién ha ingresado por abuso sexual y su representante legal ha firmado el consentimiento informado, usted:</b>	a) Le realiza el examen y/o valoración por que tiene el consentimiento de un mayor de edad.	3	15,8
	b) No lo hago porque puedo re victimizarlo.	10	52,6
	c) la vida del niño prima y debo hacerlo sin su autorización, con la del responsable es suficiente.	6	31,6
<b>2.15 Si un niño consulta con su madre por abuso sexual en el servicio de urgencias y el abuso fue cometido hace 5 horas y el niño se encuentra estable con buenos signos vitales pero un poco tímido usted lo clasifica con un Triage:</b>	a) 1	8	42,1
	b) 2	8	42,1
	c) 3	1	15,8
	d) No se ingresa	0	0,0
	a) No confió en lo que me dice el niño pero sí el representante.	0	0,0

<b>2.16 Si no hay evidencia de abuso sexual en el cuerpo de la niñ@, usted:</b>	b) Dudo de si es realmente un abuso.	2	10,5
	c) Tomo nota textual de lo que la víctima refiere.	16	84,2
	d) Ninguna de las anteriores	1	5,3
<b>2.17 La Valoración inicial completa de la víctima de abuso sexual debe incluir:</b>	a) Anamnesis, Examen Clínico general de la Víctima (Valoración de la	17	89,5
	b) Anamnesis, examen genital y anal de la víctima, diagnóstico clínico y proceso de custodia.	0	0,0
	c) Anamnesis, toma de muestras de laboratorio, diagnóstico clínico, remisión a psicología.	0	0,0
	4	2	10,5

En general los conocimientos que tienen los profesionales de salud a cerca del protocolo institucional de violencia y/o abuso sexual están acordes con el protocolo puesto que se conocen practicas esenciales para la atención de un niño victima tales como aspectos que incluye la valoración inicial, signos y síntomas, como se evita la re victimización, cuando se debe realizar profilaxis ITS-VIH/SIDA, signos de sospecha de ESCNNA, entre otros. Aunque existe confusión en el conocimiento para realizar la interrupción voluntaria del embarazo según la sentencia C-355 de la corte constitucional, donde se muestra que el 36,8% (7) manifiesta que el consentimiento se debe dar por los padres cuando la mujer es menor de 14 años o menos edad. Además no existe claridad en la activación de demás rutas de protección con otros sectores involucrados para la atención de los casos de abuso sexual, como el CTI, URI, fiscalía y CAIVAS. Como tampoco un consenso en el triage que se debe dar en los casos de abuso sexual, puesto que 42,1% manifiestan que se debe aplicar triage 1 y 2 respectivamente en la asignación del triage a un niño víctima de abuso sexual.

## 9. DISCUSIÓN

Según los resultados del estudio, el panorama de la violencia en el servicio de urgencias pediátricas es poco alentador y no ajeno a la realidad nacional e internacional, sin embargo aunque existe una leve debilidad a cerca de la claridad de algunos puntos claves del protocolo de violencia sexual, el personal de salud que trabajo durante el año en estudio si tiene conocimiento general sobre el mismo.

Se contemplaron diferentes aspectos, inicialmente se identificaron que las características sociodemográficas de la población infantil los hace vulnerables a ser víctimas de algún tipo de violencia, una de ellas es el ciclo vital, puesto que el 50% de los niños diagnosticados con algún tipo de violencia se encontraban en la infancia (6-11 años) mientras que en los diagnósticos asociados el 76.7% pertenecían a niños de la primera infancia (0-5 años). Lo que concuerda con un estudio realizado en el Hospital San José de Bogotá en el servicio de pediatría donde la edad mediana fue de 3 años, confirmándose que entre menos edad, mayor vulnerabilidad<sup>52</sup>. Una característica relevante del estudio es que el 76,7% de los niños con diagnósticos de violencia pertenecieron al régimen de seguridad social subsidiado, al igual ocurrió en los diagnósticos asociados con un 72.2% de niños pertenecientes a este régimen, que según el Ministerio de Salud se define como la afiliación al Sistema General de seguridad social en salud (SGSSS) de la población pobre y vulnerable del país<sup>53</sup>.

Durante el año 2016 se identificaron con código CIE-10 18 casos de violencia en este servicio, mientras que al realizar la revisión de las historias clínicas 43 se encontraron identificadas con códigos CIE-10 de algún factor relacionado a violencia tales como quemaduras, fracturas, contusiones, entre otras, pero estas debieron ser registradas con un código CIE-10 de violencia. Lo que permite inferir que existe una debilidad en la anamnesis y cuestionamiento del profesional sobre el motivo de consulta de los niños que acuden a este servicio, provocando falencias y subregistros del sistema, puesto que de estos factores asociados el 23.3% describió en su registro de historia clínica que existía algún tipo de sospecha de caso de violencia infantil, sin identificarlo con algún código CIE 10. También esta falla de registro se debe a que no hay claridad por parte del profesional a cargo sobre cuándo se debe considerar o clasificar un motivo de consulta como un caso de violencia.

---

<sup>52</sup> PRECIADO, Helen. LOZANO, Laura. GUTIERREZ, Jennifer. CASTRO, Carlos. Prevalencia de maltrato infantil en el servicio de pediatría del Hospital San José 2010-2013. COL, 2014. Revista Pediatría. Vol. 47. Págs. 90-95.

<sup>53</sup> MINISTERIO DE SALUD. Boletín de prensa.CO, 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

Los diagnósticos de violencia más frecuentes fueron abuso sexual con un 50% y negligencia/desnutrición y violencia intrafamiliar con un 38.8%, comportándose de forma similar los diagnósticos asociados con un 93% de factores que fueron clasificados como negligencia/desnutrición y violencia intrafamiliar, lo cual concuerda con un estudio realizado en Bogotá donde se caracterizó la violencia intrafamiliar infantil y sexual y se identificó que la violencia por negligencia y la violencia sexual son las que más se presentan hacia los niños y niñas<sup>54</sup>. Igualmente en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en México donde evaluaron los casos de maltrato infantil concluyeron que la negligencia es el mayor tipo de violencia que se presenta en menores de 1 año<sup>55</sup>. Convirtiéndose esto en datos críticos y claves para encaminar las acciones sociales acompañadas de una excelente capacitación continua a los profesionales encargados de brindar atención en los servicios de pediatría.

El principal agresor en los casos clasificados como negligencia en los factores asociados fue la madre con un 48,8% y en los diagnósticos de violencia ocurrió igualmente con un 38,9%, coincidiendo con los resultados obtenidos en un estudio en Bogotá de la caracterización de violencia intrafamiliar infantil y sexual.<sup>56</sup>

A destacar es el papel que juega el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el Sur Colombiano, pues en este estudio se confirmó que la diversidad poblacional que ingresa al servicio de urgencias pediátricas es muy importante, de los diagnósticos de violencia el 50% fueron niños residentes en el municipio de Neiva, al igual que en los diagnósticos asociados, el 50% residían en este municipio, sin embargo la variedad del 50% restante pertenecían a municipios del Huila, Tolima, Caquetá, Putumayo y Cauca en ambos casos. Es por esto que el profesional que labore en esta institución debería tener un compromiso social y humano por la pronta identificación, registro y notificación de la violencia infantil del Sur Colombiano, ya que gran parte de la población está en manos de ellos.

---

<sup>54</sup>FLOREZ, María. GONZALEZ, Alba. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C. durante el año 2011. COL, 2013. Revista Teoría y praxis investigativa. Vol. 8. Págs. 74-91.

<sup>55</sup> MADROÑAL FERNANDEZ, Pilar. Valoración de casos de maltrato infantil detectados en urgencias de pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. MEX, 2015. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. Disponible en el repositorio en línea de Tesis Doctorals en Xarxa: < <http://tesisred.net/handle/10803/370101> >.

<sup>56</sup> FLOREZ, María. GONZALEZ, Alba. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C. durante el año 2011. COL, 2013. Revista Teoría y praxis investigativa. Vol. 8. Págs. 74-91.

En este estudio existe una limitante que puede convertirse en una sugerencia para futuras investigaciones, puesto que solo se cuestionó a los profesionales de salud a cerca de abuso sexual según el protocolo de su institución, sin embargo según estos resultados es pertinente cuestionar a estos profesionales sobre los demás tipos de violencia y como hacer una adecuada clasificación de los mismos. Una de las fallas en estos registros es quizás por la falta de protocolos de los demás tipos de violencia en la institución, específicos en la población infantil.

El manejo integral por parte del equipo de salud a los niños y niñas que han sufrido algún tipo de violencia o maltrato infantil, deben tener todas las capacidades técnicas y científicas, para brindar una atención que permita a estos niños y niñas superar estos hechos y reintegrarse a la vida social sin algún daño físico o psicológico que vulnere su desarrollo a lo largo de la vida. Se tiene en cuenta que los resultados de esta investigación, fueron satisfactorios para conocimientos generales como los signos y síntomas relacionados a violencia y/o abuso infantil, comportamientos sexuales en menores de edad, valoración inicial a la víctima de abuso sexual.

Sin embargo, uno de los mayores inconvenientes que tuvieron los profesionales de salud es el desconocimiento en la activación de demás rutas de protección con otros sectores involucrados en la atención de los casos de abuso sexual, resultado relacionado con un estudio a tres hospitales en convenio con el programa de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada en Bogotá, donde se apreciaba que la mayor dificultad se debía a falta de mecanismos de coordinación interinstitucional con los agentes judiciales o autoridades pertinentes<sup>57</sup>.

En segunda instancia los profesionales no tienen conocimiento en su totalidad de la sentencia C-355 de 2006, donde se despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo, ya que el 36,8% de los profesionales manifestó que el consentimiento para poder realizarse IVE se debe dar por los padres o tutores legales cuando la mujer es menor de 14 años o menos edad. Según la sentencia C-355 de 2006 describe que la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter

---

<sup>57</sup> Moreno SP, Barreto Mp, Sanabria SA, Gonzales LA, Pinzón A. Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. Rev. Fac Nac. Salud Pública 2013; 31(2): 195 -201.

meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulados por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo.

Finalmente los profesionales de salud desconocen la importancia de una atención oportuna a los casos evidentes de violencia sexual, evidenciado por la inadecuada clasificación en el Triage. No se tiene evidencia de otros estudios referente a la clasificación en el Triage, pero de acuerdo al resultado de un estudio a tres hospitales en convenio con el programa de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada en Bogotá, anuncia que el personal médico no estaba adecuadamente entrenado para brindar la atención, además de contar con algunos vacíos de conocimientos que pueden afectar la atención.

## 10. CONCLUSIONES

- La mayoría de los profesionales que trabajan en el área de urgencias pediátricas del HUHMP son mujeres, con una formación de pregrado y estado civil casado.
- Los niños y niñas atendidos en el servicio de urgencias pediátricas poseen características sociodemográficas que los hacen vulnerables a ser víctimas de violencia debido a su corta edad, su bajo estrato socioeconómico y su poca capacidad de decisión al estar al cuidado de personas adultas.
- El maltrato infantil sigue siendo una constante en el servicio de urgencias pediátricas, predominando el abuso sexual, la negligencia y la violencia física. Sin embargo se presenta un subregistro, déficit de notificación y falla en la clasificación de atención en casos de abuso sexual y en los diferentes tipos de violencia que más se presentan, generando que la atención brindada no sea la más adecuada para los niños y niñas que acuden al servicio.
- Los profesionales de salud tienen un conocimiento general del protocolo institucional y algunas falencias importantes que se hacen necesario reforzar continuamente para que la atención brindada a los niños y niñas sea la más adecuada, teniendo en cuenta que el HUHMP juega un papel muy importante en la región Surcolombiana al recibir usuarios no solo del departamento sino también de departamentos vecinos como el Cauca, Tolima, Caquetá, y Putumayo.

## 11.RECOMENDACIONES

- Es importante que se acoja y se socialice la guía del menor maltratado implementada por el Ministerio de Salud en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP con el fin de encontrar mayor claridad para el profesional de salud encargado de clasificar y registrar la violencia infantil y de esta manera evitar errores de subregistro y mala clasificación.
- Se hace necesario realizar resocialización y reevaluación del protocolo de violencia y/o abuso sexual en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP para que la información que este aporta sea más clara y favorezca una atención oportuna para los niños y niñas que consultan el servicio.
- Se recomienda acudir a la interdisciplinariedad en el proceso de capacitación continua, involucrando el sector justicia, derecho, y educación para que cada uno aportando desde su idoneidad contribuyan a una verdadera mejora que favorezca a los menos protegidos.
- Es preciso realizar un plan de mejoramiento continuo en el servicio de urgencias pediátricas del HUHMP con el fin de superar las falencias encontradas en el personal acerca de la aplicación del protocolo de violencia y/o abuso sexual y el registro de las historias clínicas con diagnósticos de violencia

## 12. BIBLIOGRAFIA

ACOSTA ARANDA, Lehilser. En Respuesta al maltrato infantil ¿Cuál es la forma correcta del manejo del síndrome del niño maltratado? Machala Oro, ECU. 2015. Trabajo de grado (Medico). Universidad Técnica de Machala. Unidad Académica de ciencias químicas y de la salud carrera de ciencias médicas. Disponible en el repositorio en línea de la Universidad Técnica de Machala: < <http://repositorio.utmachala.edu.ec> >.

BERNAL, Marta. GARCIA, Silvia. GARCIA, María. ILLAN, Carmen. ALVAREZ, María. MARTINEZ, Manuel. PINA, Luisa. Guillen, Francisca. Detección del maltrato infantil en el servicio de urgencias. ESP, 2015. Revista Enfermería Docente. Vol. 103. Págs. 40-45.

COLOMBIA. Congreso de la república. Constitución política de Colombia de 1991.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 012 de 1991.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 599 de 2000.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 470 de 1998.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 412 de 2000.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 679 de 2001.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1098 de 2006

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1146 de 2007.

COLOMBIA. Congreso de la república. Decreto 3039 de 2007.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1146 DE 2008.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1329 de 2009.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1438 de 2011.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 1441 de 2013.

COLOMBIA. Ministerio de salud y protección social. Ciclo de Vida. [Citado 06 de Agosto de 2016] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

CONCEPTO DEFINICION. Definición de panorama. [Citado 20 de Abril de 2017]. Disponible: en <http://conceptodefinicion.de/panorama/>

DE CERO A SIEMPRE. Atención integral a la primera infancia. Violencias en la primera infancia en Colombia. Boletín No. 7. Bogotá D.C. Marzo de 2013. Pág. 22.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Alarma por incremento del maltrato infantil en Colombia. [Internet] Julio 2014. [Citado 17 de Septiembre de 2016] Disponible en: <http://defensoria.gov.co/es/nube/noticias/1114/Alarma-por-incremento-delmaltrato-infantil-en-Colombia-conflicto-armado-Defensor%C3%ADa-del-Pueblomaltrato-infantil-D%C3%ADa-del-Ni%C3%B1o.htm>

FEDERACION INTERNACIONAL DE SOCIEDAD DE LA CRUZ ROJA Y DE LA

MEDIA LUNA ROJA. ¿Qué es la Vulnerabilidad? [Citado 06 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobredesastres/que-es-un-desastre/que-es-la-vulnerabilidad/>.

FLOREZ, María. GONZALEZ, Alba. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C. durante el año 2011. COL, 2013. Revista Teoría y praxis investigativa. Vol. 8. Págs. 74-91.

FLOREZ, María. GONZALEZ, Alba. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C. durante el año 2011. COL, 2013. Revista Teoría y praxis investigativa. Vol. 8. Págs. 74-91.

FLOREZ, María. GONZALEZ, Alba. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C. durante el año 2011. COL, 2013. Revista Teoría y praxis investigativa. Vol. 8. Págs. 74-91.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Informe Anual Colombia 2014.

GAVIRIA PINO, A. Representaciones sociales de abuso sexual elaboradas por los niños, niñas, adolescente y las familias que reportaron su caso en la Comisaria del Municipio de Isnos durante los años 2013 y 2014. COL, 2015. Trabajo de grado (Psicóloga). Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.

GOMEZ RIVADENEIRA, Alexander. CLASIFICACION INTERNACION DE ENFERMEDADES (CIE): DESCIFRANDO LA CIE-10 Y ESPERANDO LA CIE-11. Monitor Estratégico. Enero - Junio 2015. Pag 66.

Human early learning partnership; Global knowledge for early child Development. Desarrollo de la primera infancia: Un Potente Ecuilizador. Junio 2007. Pag 15. [Citado 06 de Mayo de 2017].

IGLESIAS, Ivette. ALVAREZ, Esther. Conocimientos sobre el maltrato infantil en los escenarios asistenciales de la brigada médica cubana en Oruro, Bolivia. CUB, 2013. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 29. Págs. 76-89.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Proceso administrativo de restablecimiento de derechos niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual 16.695 nna. Septiembre, 2014.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Proceso administrativo de restablecimiento de derechos niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual 16.695 nna. Septiembre, 2014.

JIMENEZ, M. ARAGO, J. HURTADO, F. LOÑO, J. Abuso sexual infantil: desafío multidisciplinar. Un Abordaje integral del problema para mejorar su detección y la atención a la víctima. ESP, 2013. Revista Acta Pediátrica de España. Vol. 71. Págs. 302-314.

LOPES, N. EISENTEIN, E. WILLIAMS, L. Abusive head trauma in children: A literature review. BRA, 2013. Revista Jornal Pediatría. Vol. 89. Págs. 426-433.

LOREDO, A. CASAS, A. TREJO, J. MELQUIADES I, MARTIN, V. Síndrome del niño sacudido: Cuadro clínico y evolución de 17 casos en el Instituto Nacional de Pediatría. MEX, 2015. Revista Acta Pediátrica de México. Vol. 36. Págs.: 72-80.

MADROÑAL FERNANDEZ, Pilar. Valoración de casos de maltrato infantil detectados en urgencias de pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. MEX, 2015. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. Disponible en el repositorio en línea de Tesis Doctorals en Xarxa: < <http://tesisenred.net/handle/10803/370101> >.

MADROÑAL FERNANDEZ, Pilar. Valoración de casos de maltrato infantil detectados en urgencias de pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. MEX, 2015. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. Disponible en el repositorio en línea de Tesis Doctorals en Xarxa: < <http://tesisenred.net/handle/10803/370101> >.

MENDOZA, ME. CARDONA, Y. GARCIA, M. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. MEX 2006. Págs. 69-79.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Ciclo de Vida. [Citado 06 de Mayo de 2017] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Resolución 0459. Marzo 2012. Bogotá (COL).

MINISTERIO DE SALUD. Boletín de prensa.CO, 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

MINISTERIO DE SALUD. Boletín de prensa.CO, 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>  
Moreno SP, Barreto Mp, Sanabria SA, Gonzales LA, Pinzón A. Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. Rev. Fac Nac. Salud Pública 2013; 31(2): 195 -201.

MORENO, Sandra. PINZON, Adriana. BARRETO, Martha, SANABRIA, Pablo. GONZALEZ, Luis. Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. COL, 2013. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 31. Págs. 195-200.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial sobre la Violencia y la salud. Ginebra.2002. pag.3

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Documento de debate. 2013. Pag 5. [Citado 06 de Mayo de 2017].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington DC. 2013. Pag 2. [Citado 20 de Abril de 2017] Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12\\_37/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/es/).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC. 2003. Pag 66.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC. 2003. Pag 6.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC. 2002. Pág. 1.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Temas de salud: Maltrato infantil.

[Citado 20 de Abril de 2017]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Temas de salud: Violencia física. [Citado 20 de Abril de 2017]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Temas de salud: Violencia psicológica. [Citado 20 de Abril de 2017]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Temas de salud: Violencia. [Citado 20 de Abril de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>

PRECIADO, Helen. LOZANO, Laura. GUTIERREZ, Jennifer. CASTRO, Carlos. Prevalencia de maltrato infantil en el servicio de pediatría del Hospital San José 2010-2013. COL, 2014. Revista Pediatría. Vol. 47. Págs. 90-95.

PRECIADO, Helen. LOZANO, Laura. GUTIERREZ, Jennifer. CASTRO, Carlos. Prevalencia de maltrato infantil en el servicio de pediatría del Hospital San José 2010-2013. COL, 2014. Revista Pediatría. Vol. 47. Págs. 90-95.

PRECIADO, Helen. LOZANO, Laura. GUTIERREZ, Jennifer. CASTRO, Carlos. Prevalencia de maltrato infantil en el servicio de pediatría del Hospital San José 2010-2013. COL, 2014. Revista Pediatría. Vol. 47. Págs. 90-95.

RIZO, Raúl. FRANCO, María. OLIVARES, Louhau. GONZALES, Orlando. SANCHEZ, Zucel. Quemaduras Accidentales en niños y niñas remitidos del nivel primario de atención. CUB, 2015. Revista MEDISAN. Vol.19.Pag.49.

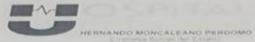
RODRIGUEZ BOLAÑOS, R.MARQUEZ, ESCOBAR Mdl. Violencia de género: Actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. MEX. 2005. Salud Pública Mex. Vol 47(2): págs. 134-144.

SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. Boletín Epidemiológico semana epidemiológica 07 del 2016.Bogota.Pag.93.

GOMEZ RIVADENEIRA, Alexander. CLASIFICACION INTERNACION DE ENFERMEDADES (CIE): DESCIFRANDO LA CIE-10 Y ESPERANDO LA CIE-11. Monitor Estratégico. Enero-Junio 2015. Pág. 66.

## APENDICES

### Apéndice 1. Acuerdo de confidencialidad para investigadores

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES.**

Yo, Francy Hollmin Salas Contreras, identificada con cédula de ciudadanía N° 36183535 de Neiva, como investigador principal del proyecto: Conocimientos y atención que tiene el personal de salud con los niños y niñas que consultan por violencia en el servicio de urgencias pediátricas del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva durante el primer semestre del año 2016, que se realizará en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 – 871 7469 Neiva - Huila  
[www.hospitaluniversitarioneiva.com](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com) E-mail: [hun@hospitaluniversitarioneiva.com](mailto:hun@hospitaluniversitarioneiva.com)

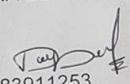
Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los veintidós días, del mes de Septiembre del año 2016.

  
FRANCZY HOLLMIN SALAS CONTRERAS

FIRMA  
C.C. 36183535  
TELÉFONO 3188677060  
E-MAIL franholsac@yahoo.es

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

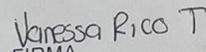
DAYANA BERMEO ESCALANTE

  
FIRMA  
C.C 1083911253  
TELÉFONO 310 5863835  
E-MAIL dayanabermeeo\_359@hotmail.com

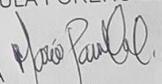
ANGELICA MARIA CORONADO RODRIGUEZ

  
FIRMA  
C.C 1075308447  
TELÉFONO 3223354068  
E- MAIL Angelmcor@gmail.com

INGRID VANESSA RICO TRUJILLO

  
FIRMA  
C.C 1075294528  
TELÉFONO 3182102974  
E-MAIL ingridvanessa410@hotmail.com

MARIA PAULA FORERO CERQUERA

  
FIRMA  
C.C 1075287513  
TELÉFONO 3118792559  
E- MAIL mo\_smiles@hotmail.com

## Apéndice 2. Acta de aprobación del comité de ética, bioética e investigación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo



### COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

#### ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 011-001

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 17 de noviembre del 2016.

**Nombre completo del Proyecto:** "CONOCIMIENTOS Y ATENCIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE SALUD A LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE SE IDENTIFICAN CON DIAGNÓSTICOS DE VIOLENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL HUHMP DE NEIVA DURANTE EL AÑO 2015."

Enmienda Revisada: Ninguna.

**Sometido por:** Investigador Francys Hollminn Salas Contreras, y Coinvestigadores Dayana Bermeo Escalante, Angélica María Coronado, Ingrid Vanessa Rico Trujillo y María Paula Forero Cerquera.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de Octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
  - a.  Resumen del proyecto
  - b.  Protocolo de Investigación
  - c.  Formato de Consentimiento Informado
  - d.  Protocolo de Evento Adverso
  - e.  Formato de recolección de datos
  - f.  Folleto del Investigador (si aplica)
  - g.  Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
  - h.  Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera sin riesgo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

*¡ Servimos con calidez humana !*

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96  
[www.hospitaluniversitarioneiva.com.co](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co) Email: [hospitaleiva@yahoo.com](mailto:hospitaleiva@yahoo.com)  
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
  - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
  - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
  - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
  - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
  - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
  - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
  - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
  - h. El Investigador se compromete con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
  - i. Si este proyecto avalado va participar en evento académico, informar de manera escrita al Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital UHMP.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigador: Francy Hollminn Salas Contreras

  
Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO  
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.

### Apéndice 3. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación.



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION.

**CONOCIMIENTOS Y ATENCIÓN BRINDA EL PERSONAL DE SALUD A LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE SE IDENTIFICAN CON DIAGNÓSTICOS DE VIOLENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL HUHMP DE NEIVA DURANTE EL AÑO 2015.**

**INVESTIGADORAS PRINCIPALES:** Dayana Bermeo Escalante, Angélica María Coronado Rodríguez, María Paula Forero Cerquera, Ingrid Vanesa Rico Trujillo.

**SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO:** Urgencias Pediátricas HUHMP

**NOMBRE DEL PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

**Objetivo del estudio:** Establecer que conocimientos tiene el personal de salud y que atención brinda a los niños y niñas que se identifican con diagnósticos de violencia en el servicio de urgencias del hospital HUHMP de Neiva durante el año 2015.

- 1. Justificación del estudio:** El Hospital Universitario Hermandad Moncaleano Perdomo es una de las principales instituciones receptoras de la población a nivel del sur colombiano además de contar con profesionales y equipo de salud de alta calidad. Sin embargo esta institución de salud no cuenta con antecedentes investigativos acerca de diagnósticos propios de violencia infantil y diagnósticos diferenciales de esta. Por tal motivo este estudio se centra en la realización de un diagnóstico cuantitativo acerca de los conocimientos del equipo de salud acerca del cumplimiento de protocolos institucionales referente a la violencia así como cuantificar la frecuencia de la tipología de esta. Por esta razón es de gran interés desarrollar la presente investigación.
- 2. Beneficios del estudio:** Con la investigación planteada se obtendrán dos tipos de beneficiarios, directos e indirectos. El primer grupo los constituye los profesionales de la salud. Como recomendación del estudio, se tendrá realizar socialización de los protocolos existentes a todo el personal de salud que desconozca su existencia además de implementar medidas para que el equipo de salud se apropie de cada uno de ellos con el fin de optimizar el diagnóstico y atención a las víctimas de violencia. Así pues, los beneficiarios indirectos estarán conformados por los niños y niñas víctimas de la problemática ya que obtendrán atención eficaz según su necesidad requerida.
- 3. Procedimientos del estudio:** Usted será encuestado con el fin de recolectar información valiosa para el estudio, la información será estrictamente confidencial; será tabulada, graficada y analizada por el equipo investigador.
- 4. Riesgos asociados al estudio:** El riesgo del estudio es mínimo. En ningún momento se aplicará ninguna intervención que altere y/o dañe su integridad.
- 5. Aclaraciones:**
  - Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
  - No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
  - Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
  - No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
  - No recibirá pago por su participación.
  - En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
  - La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con la estudiante Dayana Bermeo Escalante al teléfono 3105863835 y/o Ingrid Vanesa Rico Trujillo al teléfono 3182102974.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ CC N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante.  
C.C N°

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma Del Testigo.  
C.C N°

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)  
He explicado al Sr. (a) \_\_\_\_\_ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha



# **ANEXOS**

ANEXO A. Instrumentos para recolección de información de conocimientos en el personal de salud



**CONOCIMIENTOS Y ATENCION QUE BRINDA EL PERSONAL DE SALUD A LOS NIÑOS QUE SON DIAGNOSTICADOS POR VIOLENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA DURANTE EL AÑO 2016**

Investigadoras: Dayana Bermeo - Angélica Coronado- Paula Forero - Vanessa Rico

**Objetivo:** Establecer los conocimientos que tiene el personal de salud y que atención brinda a los niños y niñas que se identifican con diagnósticos de violencia en el servicio de urgencias del hospital HUHMP de Neiva durante el año 2016.

Marca con una X la opción que consideres

1. Características sociodemográficas

Marca con una X la opción que consideres

1.1. Sexo: F\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_

1.2. Edad:\_\_\_\_\_

1.3. Estrato socioeconómico: 1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_

1.4. Nivel educativo: Pregrado\_\_\_\_\_ Posgrado\_\_\_\_\_ Maestría\_\_\_\_\_ Doctorado\_\_\_\_\_ postdoctorado\_\_\_\_\_

1.5. Profesional: Enfermero\_\_\_\_\_ Psicólogo\_\_\_\_\_ Trabajador social\_\_\_\_\_ Medico- Pediatra\_\_\_\_\_ Medico\_\_\_\_\_

1.6. Estado civil: casado\_\_\_\_\_ Soltero\_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_

## 2. Conocimientos

A continuación encontrará una serie de preguntas de selección múltiple con única respuesta. Marcar la que considere correcta.

2.1 Según la ruta de atención para violencia sexual de HUMP que profesional es responsable de abordar los usuarios menores de 14 años masculinos y femeninos:

- a) Médico general
- b) Pediatra
- c) Ginecólogo
- d) Ninguna de las anteriores

2.2 En qué momento se activa la ruta de atención en abuso sexual:

- a) Ante una sospecha de abuso sexual
- b) Cuando el usuario es remitido de otra institución de salud
- c) En el Triage
- d) Ninguna de las anteriores

2.3 Son signos y síntomas de abuso sexual:

- a) Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños
- b) Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana.
- c) Signos y Síntomas poco claros o clínicamente referidos a la zona genital o anal.
- d) Todas las anteriores

2.4 Comportamientos sexuales que pueden alertar la probabilidad de abuso sexual:

- a) Juegos con contenidos sexuales
- b) Masturbación con juguetes y objetos
- c) Masturbación excesiva en niños y niñas menores de 10 años.
- d) Todas las anteriores

2.5 Signos de sospecha de explotación sexual:

- a) Temor excesivo al brindar información personal
- b) En el examen físico: huellas corporales de abuso sexual o de actividad sexual inusual para su edad y condición

- c) No mantiene vínculos familiares
- d) Todas las anteriores

2.6 Debo sospechar de escena **CUANDO** el niñ@ presenta:

- a) Vulvovaginitis a repetición, dificultad para hablar, vomito incontrolable.
- b) Infecciones urinarias, sangrado en boca, enuresis, dificultad para sentarse o caminar, disminución del apetito, aislamiento social.
- c) Infecciones urinarias, enuresis, tartamudeo, autoestima disminuida, consumo de alcohol y drogas.

2.7 Para iniciar profilaxis contra ITS-VIH/SIDA en víctimas de abuso sexual es necesario:

- a) Toma de exámenes paraclínicos en las primeras 72 horas.
- b) Solo prueba de VIH en las primeras 48 horas.
- c) Toma de exámenes paraclínicos y prueba de VIH en las primeras 72 horas.
- d) Prueba de VIH en las primeras 72 horas, sin la necesidad de pruebas paraclínicas.

2.8 El seguimiento después de la agresión sexual es un paso importante en la atención brindada a la víctima, por ende, en que lapso de tiempo se debe realizar dicho seguimiento:

- a) 2 semanas, 4 semanas, 3 meses, 6 meses y al año.
- b) 2 semanas, 8 semanas, 14 semanas y a los 9 meses.
- c) 3 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 26 semanas y al año.
- d) 3 semanas, 5 semanas, 16 semanas y a los 8 meses.

2.9 Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual con riesgo de embarazo, se debe asegurar anticoncepción de emergencia:

- a) Primero se deben realizar los exámenes paraclínicos necesarios.
- b) Se administra anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel (1500 microgramos) y seguimiento a los 2 meses.
- c) La anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel (1500 microgramos) y seguimiento al mes.
- d) No es necesario asegurar anticoncepción de emergencia

2.10 Según la sentencia C-355 de la corte constitucional Colombiana y el protocolo del HUHMP, se debe realizar la interrupción voluntaria del embarazo:

- a) Si la persona que sufrió la agresión consulta después de las 72 horas y antes de las 120 horas no se le realiza la interrupción voluntaria del embarazo.

- b) Es constitucionalmente inaceptable que transcurra más de 5 días entre la solicitud y la realización de la interrupción voluntaria del embarazo.
  - c) Mujeres con 14 años o menos edad la decisión debe ser tomada por los padres.
  - d) Constitucionalmente se debe esperar 5 días entre la solicitud y la realización de la intervención voluntaria del embarazo.
- 2.11 Una Intervención inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta, será brinda de la siguiente manera:
- a) Primeros auxilios psicológicos no serán brindados por el médico general
  - b) No se requiere profesionales expertos en salud mental.
  - c) Primeros auxilios psicológicos serán brindados por médico general, después se realiza interconsulta especializada con psiquiatría o psicología.
  - d) Es innecesario que todo el equipo de salud este entrenado para brindar auxilios emocionales.
- 2.12 El HUHMP debe activar demás rutas de protección con los demás sectores involucrados en el proceso y atención del caso de abuso sexual. Si es una niña menor de 14 años, seguirá la siguiente ruta:
- a) Ruta de protección en cabeza del ICBF, comisaria de familia, CTI
  - b) Ruta de protección de la comisaria de familia, CTI, URI, fiscalía y CAIVAS
  - c) Ruta de protección en cabeza del ICBF CTI y fiscalía.
  - d) Ruta de protección en cabeza de la fiscalía, CTI, URI
- 2.13 Estoy evitando la re victimización cuando le digo a la víctima de abuso sexual, EXCEPTO:
- a) Usted no tuvo la culpa de lo sucedido
  - b) El agresor es el total responsable de lo que sucedió.
  - c) Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda.
  - d) Eso no fue nada al final solo la tocaron o lo tocaron.
- 2.14 Cuando un niño mayor de 5 años **se niega** a realizarse el examen y/o valoración y recién ha ingresado por abuso sexual y su representante legal ha firmado el consentimiento informado, usted:
- a) Le realiza el examen y/o valoración por que tiene el consentimiento de un mayor de edad.
  - b) No lo hago porque puedo re victimizarlo.
  - c) la vida del niño prima y debo hacerlo sin su autorización, con la del responsable es suficiente.

2.15 Si un niño consulta con su madre por abuso sexual en el servicio de urgencias y el abuso fue cometido hace 5 horas y el niño se encuentra estable con buenos signos vitales pero un poco tímido usted lo clasifica con un Triage:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) No se ingresa

2.16 Si no hay evidencia de abuso sexual en el cuerpo de la niñ@, usted:

- a) No confió en lo que me dice el niño pero sí el representante.
- b) Dudo de si es realmente un abuso.
- c) Tomo nota textual de lo que la víctima refiere.
- d) Ninguna de las anteriores

2.17 La Valoración inicial completa de la víctima de abuso sexual debe incluir:

- a) Anamnesis, Examen Clínico general de la Víctima (Valoración de la apariencia general, examen mental completo, examen físico completo), examen Genital y Anal de la víctima, dx clínico y proceso de custodia.
- b) Anamnesis, examen genital y anal de la víctima, diagnóstico clínico y proceso de custodia.
- c) Anamnesis, toma de muestras de laboratorio, diagnóstico clínico, remisión a psicología.

