

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**INCIDENCIA DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL DENUNCIADOS POR LA
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, REPORTADOS A LA
SALA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, DURANTE EL PERÍODO DE JUNIO A
DICIEMBRE DE 2012**

CAROL PATRICIA LEAL ORTIZ

GUATEMALA, JULIO DE 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**INCIDENCIA DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL DENUNCIADOS POR LA
PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL, SAN JUAN DE DIOS, REPORTADOS A LA
SALA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A
DICIEMBRE DE 2012**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

CAROL PATRICIA LEAL ORTÍZ

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

Y los títulos profesionales de

ABOGADA Y NOTARIA

Guatemala, julio de 2014

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO:	MSc. Avidán Ortiz Orellana
VOCAL II:	Licda. Rosario Gil Pérez
VOCAL III:	Lic. Luis Fernando López Díaz
VOCAL IV:	Br. Víctor Andrés Marroquín Mijangos
VOCAL V:	Br. Rocael López González
SECRETARIA:	Licda. Rosario Gil Pérez

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

Primera Fase

Presidente:	Lic. Emilio Gutiérrez Cambranes
Secretario:	Lic. Gamaliel Sentés Luna
Vocal:	Lic. Roberto Rigoberto Rodas Vásquez

Segunda fase

Presidente:	Lic. José Dolores Bor
Secretario:	Lic. Marco Tulio Pacheco Galicia
Vocal:	Lic. José Luis Guerrero de la Cruz

RAZÓN “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis.” (Artículo 43 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público).



Guatemala, 16 de septiembre de 2013

Licenciado
Bonerge Amilcar Mejía Orellana
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Su despacho



Respetable Licenciado Mejía:

Atentamente, me dirijo a usted para informarle que mediante resolución del 15 de noviembre del 2012, emitida por la Unidad Asesoría de Tesis, se me nombró como asesor de tesis de la bachiller Carol Patricia Leal Ortiz, por lo que en cumplimiento de dicha resolución, hago de su conocimiento que a la estudiante se le asesoró oportunamente la elaboración de la investigación titulada **“INCIDENCIA DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL DENUNCIADOS POR LA PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, REPORTADOS A LA SALA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, DURANTE EL PERÍODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012”**, razón por la cual me permito dictaminar lo siguiente:

- I. Considero que el contenido científico y técnico en el trabajo realizado por la bachiller Carol Patricia Leal Ortiz, contempla una problemática de mucho interés nacional e internacional; por lo tanto, fue atinado basarse en el cuerpo legal relacionado de Guatemala. El tema tratado reviste de interés para los órganos encargados de velar por los derechos de los niños así como detectar cualquier caso de maltrato infantil de los cuales una vez detectados realizar su respectiva denuncia.
- II. En el desarrollo del trabajo se puede apreciar un enfoque metodológico deductivo e inductivo, partiendo de datos o hechos conocidos a descubrir otros.
- III. La bachiller Carol Patricia Leal Ortiz se ajustó a las normas de ortografía y redacción, hecho evidenciado en la estructura de todo el trabajo, acciones que contribuyeron a que el fondo y forma del mismo se ajustaran a lo esperado en esta clase de investigaciones.
- IV. El estudiante concluyó que el maltrato infantil es una problemática social, en la que muchas veces son los profesionales de salud los primeros, por su



-2-

- V. interacción con la víctima, los que detectan estos casos y hacen la respectiva denuncia. Esto permite que aumente el interés por parte de instituciones de salud así como de instituciones nacionales a nivel general en fortalecer las bases para que sea disminuida la incidencia de maltrato infantil.
- VI. A mi juicio, el aporte científico de la investigación se presenta en el resumen de la normativa relacionada con el maltrato infantil con la intervención de la Sala de la Niñez y la Adolescencia quien debe conocer asuntos relacionados con maltrato infantil.
- VII. La bibliografía utilizada me pareció apropiada, diversa y bastante actualizada, por lo que logró sustentar fehacientemente su trabajo.

Luego de haber practicado un análisis cuidadoso del presente trabajo de tesis, considero que el mismo constituye un importante aporte al estudio de casos de maltrato infantil detectados y denunciados por instituciones de salud. Esto favorece a establecer aún más las bases para la protección de los niños.

Por las razones mencionadas, considero que el trabajo de tesis del bachiller Carol Patricia Leal Ortiz, cumple con todo lo establecido en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, lo cual me permite emitir dictamen favorablemente, por lo que solicito se continúe con el trámite establecido de conformidad con la ley.

Atentamente,

Licda. Xiomara Haydeé Mayén Panazza
Asesor
Colegiado 7,570

Licda. Xiomara Haydeé Mayén Panazza
ABOGADA Y NOTARIA



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, 24 de marzo de 2014.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la impresión del trabajo de tesis de la estudiante CAROL PATRICIA LEAL ORTIZ, titulado INCIDENCIA DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL DENUNCIADOS POR LA PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, REPORTADOS A LA SALA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, DURANTE EL PERÍODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2012. Artículos: 31, 33 y 34 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.

BAMO/srrs.





DEDICATORIA

- A MI DIOS:** Por permitirme adquirir los conocimientos de vida.
- A MIS QUERIDOS PADRES:** Juan José Leal y Bernardina Ortiz, por ser mis padres y amigos.
- A MIS HERMANOS:** Magda, Juanjo, Evelyn y Edy, porque siempre que los he necesitado han estado conmigo.
- A MIS SOBRINOS:** Jennifer y Diego. Por ser la luz de mis ojos.
- A MIS CUÑADOS Y CUÑADAS:** Franz, Sergio, Anacelly y Gaby por su cariño.
- A MIS COMPAÑEROS:** Douglas, Abraham, Dora, Sergio, Katty, Andy, Mafer, gracias, con ustedes compartí grandes momentos académicos y de vida.
- A:** Todas esas personas especiales, a mis abuelitos, a mi amigo Diego por su amistad y por ser la persona que me motivó para este trabajo de investigación.
- A:** La Tricentennial Universidad de San Carlos de Guatemala y en especial a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, por ser el Alma Mater de mi formación profesional.
- A:** Todas aquellas personas que son importantes en mi vida porque han demostrado su afecto y cariño hacia mí.



ÍNDICE

	Pág.
Introducción	i

CAPÍTULO I

1. Formas típicas de maltrato infantil	1
1.1 Definiciones	1
1.2. Clasificación de maltrato infantil por la Asociación Nacional contra el maltrato infantil	3
1.3 Otro tipo de maltrato infantil.....	21
1.4 Muertes.....	21

CAPÍTULO II

2. Responsabilidad social de velar por la seguridad e integridad de los menores	23
2.1 Ámbito sanitario ante casos de maltrato infantil	27
2.1.1 Importancia de la detección precoz.....	30
2.1.2 Actuaciones del ámbito sanitario ante casos de maltrato infantil.....	33
2.1.3 Actuaciones preventivas de maltrato infantil.....	36
2.1.4 Clasificación de prevención	39
2.1.5 La respuesta de OMS	44



CAPÍTULO III

3. Incidencia de casos de maltrato infantil denunciados por pediatría del Hospital General San Juan de Dios, reportados a la Sala de la Niñez durante el periodo de junio a diciembre de 2012.....	45
--	----

CAPÍTULO IV

4. Aspectos legales relacionados con la denuncia y la falta de ella, en caso de maltrato de menores de edad.....	69
4.1 Aspectos legales históricos.....	69
4.2 Maltrato infantil en Guatemala en la actualidad.....	70
4.3 Principales delitos contra menores.....	74
4.4 Actuación de la justicia penal.....	76
4.5 Comisión Nacional Contra el Maltrato y Abuso Sexual Infantil (Conacmi).....	81
4.6 Entidades que intervienen en la actuación penal en casos de maltrato infantil en Guatemala.....	86
4.7 Aporte de Unicef en Guatemala.....	88
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFIA	95



INTRODUCCIÓN

La principal motivación para realizar esta investigación fue que en Guatemala el maltrato infantil es un problema social de grandes proporciones y debido a las secuelas sociales y psicológicas que sufren las víctimas, aumenta la importancia por personas e instituciones que reconocen el maltrato infantil como problema médico legal.

La hipótesis planteada fue la siguiente: Son denunciados casos de maltrato infantil por el personal médico de la pediatría del Hospital General San Juan de Dios y reportados a la Sala de la Niñez y la Adolescencia, siendo los profesionales de salud en ocasiones los primeros en detectar un caso de maltrato infantil, son los que realizan la denuncia respectiva, contribuyendo a la protección y seguridad de niños maltratados.

El objetivo planteado en esta tesis fue: Determinar el número de casos por maltrato infantil, detectados en la pediatría del Hospital General San Juan de Dios reportados a la Sala de la Niñez y la Adolescencia, así como identificar el género y grupo etario más afectado, establecer la o las clases de maltrato más frecuente y determinar la frecuencia de edad con signos de maltrato infantil.

Este trabajo se divide en cuatro capítulos, los que se describen a continuación: El primero se refiere a las formas típicas de maltrato infantil atendidas y denunciadas por la pediatría del Hospital General San Juan de Dios, su definición, sus perspectivas y la clasificación según la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil; el segundo capítulo trata sobre la responsabilidad social de velar por la seguridad e integridad de los menores de edad, el ámbito sanitario ante casos de maltrato infantil, actuaciones del ante casos de maltrato infantil y las actuaciones preventivas para casos de maltrato



infantil; el tercero contiene la incidencia y descripción de los 29 casos de maltrato infantil denunciados por la pediatría del hospital general San Juan de Dios, reportados en la Sala de la Niñez y la Adolescencia durante el período de junio a diciembre 2012, y el cuarto capítulo contiene los aspectos legales relacionados con la denuncia y falta de ella en caso de maltrato a menores de edad.

Los métodos utilizados fueron: El analítico, sintético, inductivo y deductivo, dentro de las principales técnicas se aplicaron la bibliográfica, documental, en cuanto al material que se recopiló para el desarrollo de la investigación se empleó la tecnología del internet, así como los expedientes médicos que permitieron condensar la información recopilada, asimismo se aplicó la técnica jurídica para la interpretación de la legislación.



CAPÍTULO I

1. Formas típicas de maltrato infantil

1.1 Definiciones

Malos tratos

“Tanto las ofensas de palabra como las de obra que niegan el mutuo afecto entre personas cuya relación es continúa en particular por vínculos familiares o profesionales”.¹

Maltrato infantil

“Todas aquellas faltas cometidas contra un niño, niña o joven relacionados con su cuidado, atención y falta de amor que afectan su salud física o mental”.²

Se comprende por maltrato infantil cualquier daño físico o psicológico producido de forma no accidental a un niño o niña menor de 18 años y que es ocasionado por individuos o instituciones, que ocurren como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales, de acción u omisión y que amenazan el desarrollo normal, tanto físico como psicológico del niño o niña.

1.2. Perspectivas de maltrato infantil

“Por su carácter y forma el maltrato puede abordarse desde diferentes perspectivas.

¹ Cabanellas de Torres, Guillermo. **Diccionario jurídico elemental**. Pág. 264

² Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. **EL maltrato y abuso sexual infantil**. Definición y clasificación. Pág. 12



Por su expresión o comportamiento: Se subdivide en dos grupos.

Pasivo: Comprende el abandono físico, que ocurre cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro del grupo que convive con él. También comprende el abandono emocional que consiste en la falta de respuesta a las necesidades de contacto físico, caricias y la indiferencia frente a los estados anímicos del menor.

Activo: Comprende el abuso físico que consiste en cualquier acción no accidental por los padres o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al menor.

La intensidad puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal. También comprende el abuso sexual, que consiste en cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar, tutor o cualquier otro adulto. La intensidad del abuso puede ir desde el exhibicionismo hasta la violación.

El abuso emocional también entra en esta categoría de abuso activo y se presenta bajo la forma de hostilidad verbal, crónica (insultos, burlas, desprecios, críticas, amenazas de abandono, etc.) y el bloqueo constante de las iniciativas infantiles (puede llegar hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Otra forma de maltrato infantil es el caso de los niños testigos de violencia, cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres, la afección que produce en los niños puede producir cambios conductuales como



agresividad o timidez. Estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de abuso.

Por el ámbito de ocurrencia:

Familiar: se produce en el ámbito familiar.

Extra familiar: por determinadas instituciones o la sociedad.

Por su carácter y forma: maltrato físico y maltrato psíquico o emocional".³

1.3 Clasificación de maltrato infantil por la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil

Maltrato físico

La Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil define como maltrato físico a cualquier lesión física infringida al niño o niña (hematomas, quemaduras, fracturas, u otras lesiones) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, tirones de pelo, torceduras, quemaduras, puntapiés u otros medios con que se lastime el niño.⁴

En la definición del maltrato infantil es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño o niña, con el propósito de lastimarlo.

³ Gonzales Guerra, Fredy. *Lesiones físicas en maltrato infantil*. Pág. 33

⁴ *Ibíd.* Pág. 27



Las manifestaciones por violencia física en el maltrato infantil se caracterizan por su multiplicidad, por ser de diferente intensidad, de variada localización y por presentar un aspecto que dependerá de su momento evolutivo describe acerca de las lesiones. Lo más llamativo suelen ser las lesiones cutáneas, que aparecen en el 90% de los casos de malos tratos. La naturaleza de estas lesiones es muy variada: equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc.

Aunque una de las principales características de las agresiones en el maltrato infantil es que son no instrumentales, es decir, realizadas directamente por el adulto sin ayuda de ningún instrumento lesivo, hay numerosas excepciones, pudiendo usar a tal efecto objetos como biberones, cinturones, bastones, tenedores, látigos etc.

Equimosis, hematomas y excoriaciones constituyen, como ya hemos mencionado, una frecuente manifestación del maltrato infantil. Los lugares más comúnmente afectados son la cabeza, cara y cuello, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, será motivo de sospecha cuando se observen en un niño pequeño que aún no camina o en un niño mayor pero localizados en diferentes partes del cuerpo, particularmente si presentan diferentes estadios evolutivos.

Una lesión de especial significado es la erosión de los labios, especialmente el superior, acompañada de laceración de la cara interior de los mismos y desgarró del frenillo superior, que aparece separado de la encía por un desgarró. Este hallazgo será sugestivo de abofetamientos o pellizcamientos repetidos, al igual que las magulladuras y erosiones a nivel de mejillas y orejas. En algunas ocasiones aparecen a nivel del cuello y tórax lesiones figuradas que reproducen las huellas dejadas por la mano adulta



al ejercer presión sobre estas zonas. Es frecuente que el niño sea sujetado por el cuello con una mano mientras que con la otra se le golpea la cara, dando lugar a lesiones simétricas debajo del ángulo de la mandíbula por presión de los dedos. Una forma común de maltrato, sobre todo en niños pequeños, es cogerlos por el tórax apretando fuertemente mientras se les zarandea con violencia. Esta maniobra produce equimosis o erosiones en la piel de las axilas y tórax, a menudo asociadas a fracturas múltiples de los arcos costales posteriores por la compresión del tórax entre las opresoras manos.

Asimismo, las lesiones cutáneas abdominales también son un hallazgo frecuente en forma de contusiones o erosiones (llamadas sixpenny piece bruise) que se extienden desde el apéndice xifoides hasta el pubis. Estas lesiones cutáneas abdominales generalmente se acompañan de graves lesiones a nivel interno (normalmente roturas viscerales) que, con gran frecuencia, son las responsables de la muerte del niño.

Las extremidades son también asiento de manifestaciones a nivel cutáneo del maltrato infantil, especialmente los brazos y antebrazos, ya que constituyen unos asideros naturales para que el iracundo adulto pueda agarrar al niño.

Otro signo bien conocido son las mordeduras, pudiendo ser consideradas como una prerrogativa exclusiva de la madre. Cualquier parte del cuerpo del niño puede ser asiento de las mismas, aunque es más frecuente encontrarlas en mejillas, brazos, piernas y nalgas, observándose la disposición típica de los dientes en forma ovalada y las manifestaciones hemorrágicas. Pueden ser únicas o múltiples, en este último caso, afectar a un área en particular o estar diseminadas. El estudio de las marcas dejadas



por la mordedura es de gran interés desde el punto de vista médico legal para la identificación del agresor, siendo entonces aconsejable su examen por un especialista en odontología forense.

Otras manifestaciones cutáneas son las quemaduras, que constituyen el castigo elegido en un 10% de los casos. Las más frecuentes y características son las producidas por cigarrillos, que suelen localizarse en cara, genitales, palmas de las manos y plantas de los pies. La distribución en guante de las quemaduras de las manos de un niño de un año es un ejemplo clásico de maltrato infantil por inmersión forzada.

Las lesiones más excepcionales y manifiestamente sádicas son las producidas por planchas, infernillos, etc., así como las escaldaduras por líquidos calientes, que producen cicatrices, daños funcionales y estéticos de intensidad variable. La localización y la bien demarcada forma de las quemaduras son las que sugieren la posibilidad de una etiología intencional.

Como manifestación cutánea se enuncia también la alopecia, pues puede ser otra forma de sevicia que se presenta en forma de placa pseudopeládica o en zonas de rarefacción del cabello como resultado de tirones de pelo brutales y repetidos.

Dentro de las violencias físicas merecen especial atención las lesiones esqueléticas son muy típicas en el maltrato infantil. Ante todo caso de sospecha de malos tratos máxime si se ha producido la muerte del niño, debe hacerse un estudio radiológico de todo el cuerpo. Al igual que las lesiones cutáneas, las óseas se van a caracterizar por su multiplicidad y por su variabilidad tanto de localización como de evolución en el tiempo.



“La diferente antigüedad de las lesiones es demostrable por el estado del proceso de consolidación de las fracturas, pudiendo observarse la presencia de fracturas recientes junto a callos de fractura ya consolidados o en formación, lo que permite datar con bastante eficacia la antigüedad de esas lesiones” según el traumatólogo González en su libro lesiones físicas en maltrato infantil.⁵ Las zonas de unión entre cartílago y hueso son una de las áreas más débiles en un organismo en crecimiento, van a ser las más vulnerables a las fuerzas de tensión y torsión que suponen las sacudidas o zarandeos al niño y es por ellos que los desprendimientos epifisarios (especialmente alrededor de las articulaciones del codo y rodilla) y fracturas metafisarias se encuentran entre las lesiones óseas más comunes.

Las hemorragias subperiósticas, con frecuencia calcificadas, constituyen otro hallazgo radiológico típico en el maltrato infantil, produciéndose como consecuencia de que el periostio en los niños pequeños está laxamente pegado al hueso subyacente, por lo que se levanta al ser empujado por una hemorragia que posteriormente se calcifica.

Hace referencia el traumatólogo que las fracturas de huesos largos están presentes en un 30% de los casos. Las fracturas espiroideas son siempre sugestivas de malos tratos (aunque no exclusivas de este cuadro), pudiendo también presentarse fracturas transversas como consecuencia de traumatismos directos (patadas, puñetazos, etc.). Las fracturas del extremo distal de la clavícula también son sospechosas de malos tratos, ocurriendo lo mismo con las fracturas costales de localización posterior (próximas a la articulación costo vertebral), siendo expresión de una compresión lateral

⁵ *Ibíd.* Pág. 38



de la caja torácica. Las fracturas de columna y pelvis, aunque posibles, son muy poco frecuentes dentro del maltrato infantil.

Por último, el estudio radiológico pone de manifiesto con frecuencia imágenes compatibles con carencias vitamínicas, que suelen asociarse a signos de raquitismo o escorbuto, lo cual es lógico si se tiene en cuenta que el maltrato infantil se completa con una atención negligente en cuanto a las necesidades nutricionales, higiénicas, etc.

Mención especial merecen las lesiones craneoencefálicas por su incidencia y trascendencia, constituyendo la principal causa de muerte en el maltrato infantil (sobre todo en niños menores de dos años). Consecuencia de este tipo de lesiones son las fracturas de bóveda y base craneal, además de las del macizo facial, estimándose que el 20% de niños maltratados presentan lesiones del sistema nervioso central. Fue precisamente el hematoma subdural el origen de los primeros trabajos sobre el problema de los niños maltratados, constituye sin duda uno de los hallazgos más característicos de este cuadro, pudiendo estar o no asociado a fracturas craneales. La fuerza mecánica capaz de producir esta lesión puede ser de dos tipos de traslocación (debida a un impacto directo) o de rotación (por aceleración o desaceleración repentinas) dentro de este último supuesto se encuentra lo que algunos autores como Kempe han llamado el síndrome del niño zarandeado (Shaking baby syndrome).⁶ Esta forma de maltrato afecta sobre todo a los menores de 15 meses como consecuencia de la desproporción existente entre el relativamente gran tamaño de la cabeza en estas fases de la vida y la débil musculatura del cuello, que lo convierte en

⁶ Kempe C.H. **Niños maltratados**. Pág. 43



especialmente vulnerable a las lesiones de latigazo que se producen a nivel del encéfalo al ser zarandeado, así como a los desgarros vasculares responsables de la producción del hematoma subdural y de hemorragias subaracnoideas. Como consecuencia de esos traumatismos del polo cefálico, pueden aparecer lesiones oculares, las cuales recientemente han sido descritas dentro del cuadro del maltrato infantil.

“Estas lesiones oftalmológicas pueden ser separadas en dos grupos:

1) Lesiones directas: Son lesiones traumáticas que pueden aparecer en cualquier momento, por tanto, no son específicas del maltrato infantil. Con excepción de la ceguera, el principal riesgo que entrañan es la ambliopía (sobre todo en niños menores de cinco años). Dentro de ellas podemos considerar:

a) Afección de los párpados (edema, heridas, pérdida de sustancia).

b) Lesiones de la conjuntiva (hemorragias, heridas).

c) Lesiones del segmento anterior (heridas de la córnea, hipema, cataratas, iritis).

d) Lesiones del segmento posterior (hemorragias del vítreo, retinianas, desgarros retinianos, desprendimientos de retina, desgarros de coroides, edema de papila, etc.

e) Lesiones coriorretinianas: siempre que se evidencie su existencia, habrá que pensar inmediatamente en la posibilidad de que estemos ante un maltrato infantil.”⁷

Estas lesiones se localizan en la región temporal superior, lesiones atróficas y pigmentarias de tamaño y forma variable (unas veces puntiformes y otras más amplias) que aparecen rodeadas de pigmento negrozco. Aunque no siempre en todos los casos

⁷ *Ibíd.* Pág. 43



de maltrato infantil (sólo lo hacen en un 10-30% de ocasiones), cuando estén presentes, habrá que hacer una exploración minuciosa orientada a la búsqueda de otros signos de sevicias. Por último, dentro de este gran apartado de violencias físicas, tenemos que comentar las lesiones viscerales, que suponen la segunda causa de muerte por malos tratos tras las lesiones de la cabeza.

Como consecuencia de golpes efectuados sobre la pared anterior del abdomen se pueden producir una amplia variedad de lesiones graves (roturas de hígado, bazo, riñón, páncreas, vejiga) que, con cierta frecuencia, se traducen en signos mínimos o nulos a nivel externo. Los órganos que con mayor frecuencia se ven afectados por los traumatismos abdominales en niños son duodeno, páncreas y yeyuno. Esta distribución de lesiones está relacionada con la anatomía característica de estas edades: unos amplios márgenes costales, una delgada musculatura abdominal y un corto diámetro corporal antero posterior. Así la energía transmitida por un golpe sobre las paredes abdominales producirá tanto la ruptura de órganos que se ven súbitamente comprimidos dentro de su cápsula (hígado, riñón, bazo), como desgarros de órganos en su punto de fijación por fuerzas de deslizamiento y cizallamiento. Es por ello que las lesiones intestinales se presentan con mayor frecuencia en las zonas de inserción del mesenterio. Lesiones que son siempre atribuidas por los padres a simples caídas o inocentes accidentes.

En la actualidad se está ampliando el punto de vista conceptual, siendo necesario incluir las intoxicaciones intencionadas o malos tratos químicos, que son referidos cada vez con mayor frecuencia en la literatura. Los productos utilizados con mayor frecuencia en estos casos son: alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, exceso de sal, exceso de agua e



insulina, aunque el espectro posible es amplísimo. Con frecuencia estas intoxicaciones continúan durante la hospitalización del niño, ya que la madre no es vigilada y no se suele sospechar esta posibilidad.

Mientras que en el maltrato físico el niño es normalmente atacado durante un acceso de cólera provocado por su comportamiento, el químico supone una situación en la que los padres son incapaces de huir de sus frustraciones psíquicas o problemas maritales, sociales o económicos, siendo el niño usado como un medio de conseguir un cobijo o un consuelo. En otras ocasiones sus fines son la explotación del menor, consiguiendo mediante su intoxicación (normalmente con hipnóticos o ansiolíticos) una actitud y comportamiento favorables para la práctica de la mendicidad. Hay que distinguir este tipo sofisticado de malos tratos químicos infantiles del inadecuado trato infringido a los niños con fines terapéuticos y de forma bien intencionada, pero errada por falta de cultura o de forma accidental.

A diferencia del maltrato físico, la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil define el castigo físico como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta.⁸ No siempre es sencillo saber cuándo termina el disciplina miento y comienza el abuso. En contraposición con el maltrato físico, el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada a pesar de ello, constituye una violación de los derechos fundamentales como personas, es un atentado contra su dignidad y autoestima, es una práctica peligrosa porque puede causar daños graves a los niños y constituye siempre una forma de

⁸ Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. Ob. Cit. Pág. 27



abuso psicológico que puede generar estrés y depresiones. Los niños que sufren este tipo de castigo tienden a reproducir comportamientos antisociales y a convertirse en adultos violento.

Signos de maltrato físico

Quemaduras, mordeduras, fracturas, ojos morados, dolores en el niño que aparecen bruscamente y no tienen una explicación. Hematomas u otras marcas evidentes luego de haber faltado a clases. Parece temerles a sus padres, protesta o llora cuando es hora de dejar el colegio para ir a su casa. Le teme al acercamiento o contacto de otros mayores. No dice que le han pegado en su casa.

Signos de padres o tutores cuando existe maltrato físico

Existe una lesión o traumatismo evidente en el niño o niña no brindan una explicación lógica o se enojan ante la pregunta de lo ocurrido. Frecuentemente se refieren a su hijo o hija como un demonio o en alguna otra manera despectiva. Es frecuente ver que tratan al niño o niña con disciplina física muy dura. Sus padres tienen antecedentes de haber sido niños maltratados o abandonados. Existe el antecedente de que la madre ha sido golpeada. Es frecuente que la madre del niño concurra con algún moretón u ojo en compota.

Maltrato emocional

Esta es una de las formas más sutiles pero también más extendidas de maltrato infantil. La Asociación Nacional Contra El Maltrato Infantil lo define como toda acción u omisión



de parte de las personas encargadas del cuidado del niño o la niña que daña la autoestima o su desarrollo, incluye insultos constantes, falta de reconocimiento de sus aciertos, hacerlos caer en el ridículo, rechazo, manipulación, explotación, comparación y creación de expectativas irreales de él o ella.⁹

El daño psíquico está siempre presente en cualquier clase de maltrato al que se somete a un niño. Sin embargo, existen una serie de conductas que no se expresan físicamente, sino a través de castigos, advertencias o reprimendas verbales constantes, que golpean la mente del niño como si fuera una gota de agua que va horadando su psique.

Estas desatenciones o agresiones emocionales pueden darse en el seno de la propia familia, que somete al niño a situaciones de terror, rechazo, desaprobación continua, recriminaciones, reproches y en definitiva, a la falta del ambiente de cariño y afecto que todo niño necesita para su equilibrio moral y psicológico.

También esta forma de malos tratos puede darse en colegios, instituciones e incluso a nivel del propio hospital, donde los niños viven con frecuencia separados de sus madres y sometidos a una serie de exploraciones, intervenciones, etc. que, de no tener una clara indicación, podrían entrar dentro de los malos tratos emocionales. Con tanta insistencia de padres o profesores, el niño acepta el maltrato verbal como si fuera verdad, dando lugar a una importante patología emocional, alteraciones nerviosas o del comportamiento (hiperactividad), trastornos del sueño, tartamudez y por supuesto, a un

⁹ Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. Ob.Cit. Pág. 28



bajo rendimiento escolar. Todo esto condiciona una actitud de tristeza, apatía y de temor en los niños, los cuales evitan el contacto con sus mal tratadores y tienden a reaccionar con actitudes defensivas ante la aproximación o los gestos de contacto físico hacia ellos.

En bastantes ocasiones presentan un retraso evidente de las funciones psicomotoras por estimulación insuficiente.

Signos de maltrato emocional

Signos del niño o niña cuando existe maltrato emocional

El niño o niña presenta comportamientos extremos, algunas veces una conducta que requiere llamadas de atención y otras pasividad extrema. Asume tanto roles o actitudes de adulto, como por ejemplo cuidar de otros niños, como otras demasiado infantiles para su edad. Muestra un desarrollo físico o emocional retrasado. Ha tenido intentos de suicidio.

Signos de padres o tutores cuando existe maltrato emocional

Constantemente menosprecian o culpan al niño o niña de acciones que el niño o niña no ha realizado. No les importa lo que pasa o lo que les dice los maestros acerca del niño o niña o simplemente se niegan a considerar la ayuda que le ofrecen para superar los problemas del niño en el colegio. Abiertamente rechazan al niño o niña, mostrándose con indiferencia ante cualquier situación.



Abandono emocional

“Situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo”.¹⁰

Existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa etc.) o a sus intentos de aproximación o interacción.

Maltrato por negligencia o descuido

La Asociación Contra el Maltrato Infantil define como maltrato por negligencia o descuido a una falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto a alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño.¹¹ La asociación define dos tipos de abandono físico o negligencia:

Abandono físico

Este incluye el rehuir o dilatar la atención de problemas de salud; echar de casa a un menor de edad; no realizar la denuncia o no procurar el regreso al hogar del niño o niña que huyó; dejar al niño solo en la casa o a cargo de otros menores. El abandono físico comprende no sólo el abandono alimenticio y la falta de cuidados higiénicos y médicos, sino también la ausencia de una protección suficiente contra riesgos físicos.

¹⁰ Bueno Bueno, Agustín. *El maltrato psicológico emocional como expresión de violencia hacia la infancia*. Pág. 35

¹¹ Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. *Ob. Cit.* Pág. 28



La negligencia referida a la nutrición puede consistir en no proporcionar al niño las calorías suficientes, por alimentación escasa, o bien someterle a una dieta extravagante. Así se da lugar a una insuficiencia en el desarrollo, a un estado potencialmente amenazador para la vida, en el que el peso, la talla y, con frecuencia, el perímetro cefálico, quedan muy por debajo de lo normal.

A la evaluación médica llama la atención la intensa delgadez, lesiones de rascado como consecuencia de la falta de higiene, presencia de parásitos, prominencia de relieves óseos, ausencia de panículo adiposo en nalgas y mejillas, cara de anciano con ojos hundidos, pelo deslustrado, los lactantes suelen presentar eczemas en la zona del pañal que, en casos extremos, pueden evolucionar dando lugar a ulceraciones que afectan a nalgas, genitales y muslos.

La desatención de medidas profilácticas (esquema de inmunizaciones incompleto) y la falta de cuidados médicos, pueden dar lugar a que un niño con una enfermedad crónica tratable no sea llevado con la debida frecuencia a consulta y sufra un drástico deterioro como consecuencia de la falta de medicación.

Negligencia o abandono educacional

No inscribir a su hijo en los niveles de educación obligatorios para cada región; no hacer lo necesario para proveer la atención a las necesidades de educación especial. El descuido puede ser intencional como cuando se deja a un niño sin comer como castigo, o no intencional como cuando se deja solo a un niño durante horas porque ambos padres trabajan fuera del hogar.



Signos de negligencia o abandono

Signos del niño o niña cuando existe negligencia o abandono

Falta frecuentemente a la escuela. Pide o roba plata u otros objetos a compañeros de colegio. Tiene serios problemas dentales o visuales y no recibe tratamiento acorde. Es habitual que concurra a clases sucio, o con ropa inadecuada para la estación, sin que la condición de sus padres sea la de pobreza extrema. Hay antecedentes de alcoholismo o consumo de drogas en el niño o la familia. El niño o niña comenta que frecuentemente se queda solo en casa o al cuidado de otro menor.

Signos de padres o tutores si existe negligencia o abandono

Se muestran indiferentes a lo que los docentes dicen del niño o niña. Su comportamiento en relación al niño o niña o la institución es irracional. Padecen de alcoholismo u otra dependencia. Tienen una situación socio económica que no explica el descuido en la higiene, el uso de vestimenta inadecuada para la estación, o la imposibilidad de solución de algunos de sus problemas de salud que presenta el niño o niña.

Abuso sexual

La Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil lo define como todo acto en el que una persona en una relación de poder involucra a un niño o niña en una actividad de contenido sexual y donde el ofensor obtiene gratificación, incluye abusos deshonestos,



exhibicionismo, acoso sexual, exposición o participación en pornografía, prostitución, sexo oral, penetración genital o anal con un objeto, violación e incesto.¹²

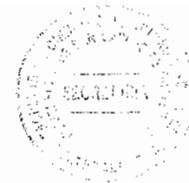
La mayoría de estos delitos se producen en el ámbito del hogar, siendo el abusador muchas veces un miembro de la familia o un conocido de esta o el menor. Una forma común de abuso sexual es el incesto, definido este como el acto sexual entre familiares de sangre, padre hija, madre hijo, entre hermanos.

Los niños que han sido abusados pueden exhibir: Una pobre autoimagen. Incapacidad para depender de, confiar en, o amar a otros. Conducta agresiva, problemas de disciplina, a veces, comportamiento ilegal. Coraje y rabia. Comportamiento auto destructivo o auto abusivo, pensamientos suicidas. Pasividad y comportamiento. Miedo de establecer relaciones nuevas o de comenzar actividades nuevas. Ansiedad y miedos. Problemas en la escuela o fracaso escolar. Sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión. Abuso de drogas o de alcohol.

A menudo el daño emocional severo a los niños maltratados no se refleja hasta la adolescencia, o aún más tarde, cuando muchos de estos niños maltratados se convierten en padres abusivos y comienzan a maltratar a sus propios hijos.

Un adulto que fue abusado de niño tiene mucha dificultad para establecer relaciones personales íntimas. Estas víctimas, tanto hombres como mujeres, pueden tener problemas para establecer relaciones cercanas, para establecer intimidad y confiar en otros al llegar a adultos; están expuestos a un riesgo mayor de ansiedad.

¹² Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. Ob.Cit. Pág. 28



Signos de abuso sexual

Es necesario remarcar que el grado de afectación o impacto sobre el niño o niña depende de varios factores como quien perpetró el abuso, la cronicidad del hecho, la utilización de fuerza, la personalidad particular de la niño o niña abusado/a, su edad o sexo, etc. Es por ello que la niño o niña abusado/a puede responder de varias formas.

Signos de niño o niña cuando existe abuso sexual

Dificultad al caminar. Repentinamente no quiere hacer ejercicios físicos. Demuestra comportamientos o conocimientos sexuales inusuales o sofisticados para la edad. Tiene o simula tener actividad sexual con otros compañeros menores o de la misma edad. Queda embarazada o contrae enfermedades de transmisión sexual antes de los 14 años.

Signos de padres o tutores cuando existe abuso sexual

Extremada protección del niño o niña. Limitan al extremo el contacto de su hijo o hija con otros chicos, en especial si son del sexo opuesto.

Síndrome de Munchausen

Los padres o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o enenados de manera activa por el adulto (por ejemplo mediante la administración de sustancias al niño).



La Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil define los padres los cuales crean en el niño o niña una enfermedad ficticia con síntomas físicos.¹³

Generalmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar (edad media de tres años). Los signos y síntomas aparecen solamente en presencia de la madre (habitualmente el perpetrador del abuso), son de causa inexplicable y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico. Este síndrome presenta una mortalidad entre 10-20% y su impacto a largo plazo puede dar lugar a desórdenes psicológicos, emocionales y conductuales.

Maltrato prenatal o fetal

La Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil define el maltrato prenatal o fetal como aquellos actos que de manera intencional o negligente causan lesiones en los niños y niñas antes de su nacimiento y que pueden negar su derecho a desarrollarse en forma normal y a nacer sanos.¹⁴

Síndrome del Zarandeo

Síndrome del niño zarandeado (Shaking baby syndrome). Esta forma de maltrato afecta sobre todo a los menores de 15 meses como consecuencia de la desproporción existente entre el relativamente gran tamaño de la cabeza en estas fases de la vida, y la débil musculatura del cuello, que lo convierte en especialmente vulnerable a las lesiones de latigazo que se producen a nivel del encéfalo al ser zarandeado, así como a los desgarros vasculares responsables de la producción del hematoma subdural y de

¹³ Sáez Crespo, Antonio. **Maltrato infantil**. Pág. 29

¹⁴ Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. **Ob. Cit.** Pág. 29



hemorragias subaracnoideas. Antonio Crespo define zarandear como sacudir o producir movimientos bruscos de choque en el cerebro, los cuales pueden ocasionar hemorragias intracraneanas con alteración a nivel ocular o cerebral.¹⁵

1.3 Otro tipo de maltrato infantil

Maltrato institucional

Se entiende por malos tratos institucionales “cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño o niña en la infancia,”¹⁶ según lo define La Asociación Nacional Contra El Maltrato Infantil.

1.4 Muertes

Se estima que cada año, el abuso es responsable de miles de muertes de infantes y niños en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS) en el año 2000 hubo unas 57000 muertes mundiales atribuidas a homicidios de niños menores de 15 años. Sin embargo, los estudios de la OMS han revelado que las muertes por maltrato son mucho más frecuentes que lo que indica los registros oficiales. “Por otro lado, los infantes y niños menores de cuatro años están en mayor riesgo de ser víctimas de

¹⁵ **Ibid.** Pág. 30

¹⁶ Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. **Ob. Cit.** Pág. 33



homicidios. Dichos estudios evidenciaron como primera causa de muerte por abuso físico el trauma craneoencefálico, seguido por trauma de abdomen.”¹⁷

¹⁷ **Ibid.** Pág. 21



CAPÍTULO II

2. Responsabilidad social de velar por la seguridad e integridad de los menores

Maltrato infantil es una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.

Por lo tanto; es un problema de interés comunitario, por lo que la sociedad en su conjunto tiene la responsabilidad legal, moral y ética de asumir un protagonismo activo en todas sus formas, con el objeto de organizarse y hacer frente a este problema. No obstante, la responsabilidad primaria de responder al maltrato infantil radica en los organismos oficiales a nivel local de cada comunidad y en forma complementaria en otro tipo de respuestas que cada comunidad, a través de agrupaciones no gubernamentales hayan sabido organizar para hacer frente a este problema.

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos, este tema está cargado de vergüenza y negación. No obstante, el maltrato infantil es un problema en los países tanto desarrollados como en desarrollo. Son muchas las razones que inducen a creer que el maltrato y descuido de menores se tornará más común a medida que los países hacen la transición de economías reglamentadas a economías de mercado más abiertas y con menos estructuras para el



bienestar social. El crecimiento urbano recarga los servicios médicos y sociales; las mujeres ingresan al mercado de trabajo cada vez en mayor número y por diversas causas, más familias se ven desplazadas de sus hogares y su entorno cultural.

Este problema se presenta a lo ancho y largo de nuestro país, cualquier niño sin discriminación de edad, sexo o condición socioeconómica puede ser víctima de maltrato infantil en cualquiera de sus formas.

En nuestro país no se registran estadísticas ni estimaciones confiables sobre las diversas formas de violencia doméstica hacia los niños y adolescentes, por lo que nuestra realidad actual no nos permite manejar datos cuantitativos representativos sobre el maltrato físico o el abuso sexual.

Las estadísticas mundiales revelan que más del 60% de los niños que sufren maltrato pertenecen a la edad escolar, a pesar de ello sólo entre el cinco y el 15% de los casos denunciados provienen de maestros, profesores o docentes del sistema educativo en general.

En el ámbito escolar en particular los obstáculos que impiden la denuncia incluyen entre otros: falta de información suficiente para saber cómo detectar y denunciar casos de maltrato; temor a las posibles ramificaciones legales que pueda traer aparejada la denuncia o a las consecuencias.

“Un grupo importante de padres que maltrata o abusa de sus hijos han padecido en su infancia falta de afecto y maltrato. Esto suele asociarse a una insuficiente maduración psicológica para asumir el rol de crianza, inseguridad y perspectivas o expectativas que



no se ajustan a lo que es de esperar en cada etapa evolutiva de sus hijos. Señala Kempe en su obra niños maltratados describe que estas características psicológicas en sus padres, son un importante potencial de maltrato.”¹⁸ De tal forma que cualquier pequeño hecho de la vida cotidiana, todo comportamiento del niño que se considere irritante, si encuentra a su progenitor en situación de crisis, con escasas defensas anímicas y con dificultades para requerir apoyo externo, pueden desatar la violencia.

En la cotidiana realidad y en la mayoría de los casos, las víctimas no encuentran una respuesta adecuada en las instituciones oficiales que paradójicamente deberían brindar contención y ayuda para cortar con el ciclo de la violencia.

Todos aquellos que de un modo u otro tienen o han tenido participación en esta problemática saben de la existencia de una enorme desproporción entre las necesidades para un eficaz abordaje a esta problemática y los limitados recursos que el estado (municipio, provincia o nación) destina a tal fin.

También suele angustiar la asimetría entre la urgencia de acciones que demanda un caso y el tiempo que el estado suele tomarse para encontrar la respuesta. Es habitual entonces que, ante la falta de una solución acorde a la urgencia o necesidad planteada, la ayuda llegue de parte de organizaciones no gubernamentales, de fundaciones, de profesionales independientes y aún dependientes de organismos oficiales pero que intervienen en forma particular, o peor aún, que esta ayuda no llegue nunca.

¹⁸ Kempe C.H. **Niños Maltratados**. Pág. 25



Para hacer frente a un problema tan complejo como el maltrato infantil se requiere de un compromiso presupuestario nacional, provincial y municipal acorde con la magnitud y gravedad del tema.

Determinados ámbitos profesionales, que incluyen a los de educación, salud, servicios sociales generales, fuerzas de seguridad, judiciales etc., representan un eslabón fundamental en el sistema global de atención y protección a la infancia.

El ámbito sanitario tiene un protagonismo especial en la detección del maltrato infantil, en su tratamiento y sobre todo, en su prevención.

El contexto sanitario en el que se desarrolla su trabajo, ya sea en la consulta a través de revisiones rutinarias, en los servicios especializados del hospital o en los servicios de urgencia, se convierte en un lugar de observación privilegiado.

En ocasiones, hay que intervenir directamente sobre las lesiones del menor y tomar las decisiones acerca de la causa de las mismas; esto es, determinar si se tratan de lesiones de etiología accidental o intencional.

En otras ocasiones, sin que haya que intervenir directamente sobre los casos más graves, el personal sanitario tiene acceso, a través de la anamnesis, la exploración y la comunicación con los padres y cuidadores, a una serie de señales e indicios físicos, emocionales y conductuales en los menores y en sus cuidadores, que pueden hacer sospechar la existencia de malos tratos.



Los profesionales del ámbito sanitario, por tanto, pueden tener acceso a una información a la que no pueden acceder otros profesionales. Prácticamente la totalidad de la población acude en algún momento a los centros sanitarios o tiene contacto con el personal sanitario. Sobre todo, la población de niños menores de cinco años, extremadamente vulnerable a los malos tratos, es la que se ve especialmente favorecida por la acción de los profesionales de la salud, puesto que los más pequeños no tienen aún ocasión de acudir a otros contextos normalizados, como por ejemplo la escuela.

2.1 Ámbito sanitario ante casos de maltrato infantil

El rol del médico

El médico tiene un rol esencial en la detección e intervención temprana de estos casos. Para ejercer su rol a cabalidad, debe poseer unas destrezas básicas: sensibilidad, empatía, paciencia y habilidad para escuchar.

La sensibilidad es esencial para establecer una comunicación efectiva con el niño y sus padres. “Todo médico debe estar entrenado para que el examen sea lo menos traumático posible para niños y niñas”.¹⁹

La mayoría de los padres que maltratan a sus hijos no quieren abusar de ellos o hacerles daño. Muchos provienen de hogares donde experimentaron maltrato, y siguen

¹⁹ Asociación Nacional contra el Maltrato Infantil. **El maltrato y abuso sexual infantil**. Detección y diagnóstico. Pág. 22



el modelo de crianza que conocen.

Por otro lado, el niño quiere a sus padres; lo que no quiere es que lo maltraten. Por lo tanto, aunque el médico se sienta molesto o indignado por la situación, debe recordar que es un profesional de ayuda. Si es necesario, deberá retirarse unos minutos, respirar profundo y mantener la calma para poder ayudar al niño y a su familia. Bajo ninguna circunstancia debe acusar o insultar al padre o madre. Su responsabilidad es informar, ya que como médico está obligado, por ley, a referir situaciones de lesiones físicas que no tienen explicación médica alguna y requieren mayor investigación.

La empatía, paciencia y habilidad para escuchar son destrezas esenciales para que el niño le pueda relatar, en privado, el o los alegados incidentes de abuso. Cuando el niño percibe que el médico tiene prisa, que no tiene interés o que no quiere escuchar el relato, no le va a hablar.

Las preguntas deben ser sencillas y con vocabulario apropiado para su edad para que pueda entenderlas. Deben ser preguntas abiertas, para que pueda explicar en sus propias palabras. No deben ser preguntas que se respondan con un sí o un no. Si se demuestra empatía y se escucha con paciencia, el niño puede comenzar a narrar lo que le ha sucedido. Frecuentemente, el relato no sigue un orden cronológico; pero si el médico escucha con paciencia, después podrá aclarar las dudas.

Todo comentario del niño se debe documentar en el expediente médico, entre comillas, usando las mismas palabras del niño, sin comentarios subjetivo. Es importante que al final del historial clínico, se pueda conocer qué pasó, quién fue, cuándo y dónde. El niño



se debe entrevistar por separado, si es posible. El alegado agresor nunca debe estar presente durante el historial. Al final, el médico debe determinar si el agresor tiene acceso al niño y representa un riesgo para su vida y bienestar.

El examen físico

Luego del historial, debe realizar un examen físico completo, desde la cabeza hasta los pies, incluyendo evaluación de áreas no visibles fácilmente: detrás de las orejas, dentro de la boca, la espalda y el área genitoanal.

Los hallazgos se deben documentar en el expediente. Si existen hematomas, lesiones de patrón (con forma de objeto), o quemaduras se deben tomar fotografías digitales o de 35mm (no se debe utilizar cámara polaroid), que deben estar rotuladas, con las iniciales del paciente, fecha y hora, y un instrumento de medición (por ejemplo: una cinta métrica).

Pruebas de laboratorio y radiografías

En estos casos, el médico debe ordenar pruebas de laboratorio básicas como: recuento de glóbulos blancos, plaquetas y pruebas de coagulación y aquellas que sean pertinentes a la presentación clínica.

En menores de tres años se debe considerar realizar radiografías de huesos largos por un radiólogo pediátrico, para identificar fracturas viejas y recientes. Si es negativo y existe una alta sospecha de fracturas recientes (por ejemplo, costillas) que no son fáciles de detectar, se debe repetir en dos a tres semanas.



Se deben realizar los estudios y consultas adicionales que sean pertinentes también con el propósito de descartar otras condiciones que pueden confundirse con maltrato.

El médico no debe manejar estos casos solo; debe formar parte del equipo multidisciplinario de profesionales que van a intervenir con este menor y su familia. La coordinación y colaboración inteligenciar e interdisciplinaria es necesaria para asegurar el mejor bienestar del menor afectado.

El médico tiene un rol protagónico; con sensibilidad, empatía y paciencia, debe realizar un historial completo e identificar, documentar e interpretar los hallazgos físicos. También debe educar a su paciente y la comunidad sobre la prevención del maltrato. En fin, debe ejercer su responsabilidad ética, social y moral porque su intervención puede hacer la diferencia en la vida de un niño.

2.1.1 Importancia de la detección precoz

Detectar significa “reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil”.²⁰

Es un paso importante para poder intervenir con el niño y la familia que padece esta situación y proporcionarles la ayuda necesaria para corregirla, cuanto antes se detecte la situación de riesgo o maltrato, mejores serán los resultados en la intervención que posteriormente se realice.

²⁰ *Ibíd.* Pág. 5



Determinadas señales pueden alertarnos o ayudar a reconocer una posible situación de maltrato en el niño. La identificación de estos indicadores se puede realizar a partir de datos derivados de la historia clínica y socio-familiar, del examen físico o en su caso, de pruebas complementarias además de la observación de la conducta del niño, la actitud o competencia de sus padres o cuidadores o de la información obtenida por otros profesionales.

La sospecha de malos tratos puede obligarnos a notificar el caso a los servicios correspondientes. Así, ante la aparición repetida de algún indicador o la concurrencia de varios de ellos es necesario ser cauto y sensato, pero también decidido.

Una vez identificada y analizada la situación de maltrato o desprotección del menor dentro del ámbito sanitario, ésta se notificará a través de la unidad de trabajo social del centro a la entidad competente.

El sistema sanitario es un espacio aventajado para la detección y el abordaje de cualquier tipo de violencia, especialmente por la proximidad y la continuidad de la atención sanitaria al grupo familiar. La identificación de señales de alarma de un posible maltrato infantil es un paso previo e imprescindible para la actuación y orientación del problema.

Además, las implicaciones del maltrato infantil en la salud del niño hacen que los profesionales del ámbito sanitario tengan un papel fundamental en la prevención, detección e intervención del maltrato infantil.



Sin embargo, aunque la probabilidad de detectar el maltrato infantil en el ámbito sanitario es alta, no deja de ser una tarea difícil y que genera temor y dudas.

Vamos a señalar algunos aspectos que revelan la importancia de la detección precoz de estas situaciones en los centros sanitarios: La detección precoz de las situaciones de riesgo es fundamental con los menores que presentan déficits en los cuidados que reciben en su hogar.

“Numerosos estudios señalan que cuanto más tarde se detecta un caso más se incrementa la gravedad de las consecuencias físicas, emocionales o sociales que genera el maltrato recibido. En este sentido, la cronicidad del daño sufrido dificulta el pronóstico de recuperación del menor.”²¹

En cuanto se detecte y notifique una situación de riesgo o de maltrato mejores serán los resultados en la intervención que se realice con la familia del menor.

También, desde los centros sanitarios existe la posibilidad de observar indicadores que nos alerten sobre la ocurrencia de malos tratos emocionales que, aunque no son evidentes físicamente, producen importantes consecuencias negativas en el desarrollo de los menores.

Existe todavía la creencia de que el maltrato infantil es solamente daño físico. Sin embargo, numerosas investigaciones muestran una elevada incidencia de situaciones

²¹ González Guerra, Fredy. **Ob.Cit.** Pág. 35



de desprotección que afectan a la esfera afectiva o de los cuidados básicos y que, al igual que los abusos físicos, producen importantes secuelas para los menores, tanto a corto como a largo plazo.

Es importante señalar que los malos tratos que afectan a aspectos emocionales o afectivos de los menores son los que más cuesta detectar y poner en conocimiento de otros profesionales debido a su mayor dificultad de identificación.

La responsabilidad de los profesionales sanitarios dependerá también de su ámbito de actuación y nivel de atención. Así, desde los centros de salud, se mantiene un contacto periódico y estrecho con el niño a lo largo de todo su desarrollo, realizando un seguimiento continuado de la atención y cuidados que recibe; que además, le permite observar disfunciones en las relaciones padres e hijos y profundizar en aquellas situaciones sospechosas de malos tratos.

También desde el hospital se está en condiciones de observar la conducta del menor durante su ingreso, sus hábitos y costumbres, la interrelación del niño con su familia, incluso orientar la sospecha clínica en función del tipo de lesiones.

2.1.2 Actuaciones del ámbito sanitario ante casos de maltrato infantil

De nada serviría reconocer o identificar una situación de maltrato si no se comunica a las instituciones o profesionales que tienen la capacidad de hacer algo para solucionarlo.



Una vez detectada comienzan una serie de actuaciones de carácter multidisciplinar cuyo objetivo es proteger al menor y ofrecerle un entorno seguro y saludable para su desarrollo.

La notificación del caso es una condición necesaria y obligatoria para posibilitar la intervención de los servicios de protección del menor. No sólo los casos graves de maltrato deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo.

Situaciones de riesgo

Las situaciones de riesgo son aquellas en las que no hay daño evidente, pero las circunstancias que rodean al menor hacen pensar que se pueda producir. Cuando desde el ámbito sanitario se observe una situación de riesgo de un menor, las actuaciones que se llevarán a cabo serán las siguientes: Comunicar la situación a la unidad de trabajo social del centro si lo hubiere; y referirlo al Juzgado de la Niñez y la Adolescencia.

La actuación en los casos de riesgo o sospecha debe centrarse en el niño y en la familia. Cuando un profesional sanitario detecta una situación de riesgo debe comunicar esta información, lo antes posible, a la unidad de trabajo social de su centro.

La existencia de una unidad de trabajo social en el mismo centro facilita el trabajo interdisciplinar (médico y psicosocial), enriqueciendo con ello la atención que se vaya a prestar al menor y su familia. Para finalizar, el profesional que notifique el caso colaborara y coordinara con trabajo social todo lo referente al proceso de investigación.



Actuación en casos urgentes

La actuación de urgencia puede producirse tanto en casos de sospecha fundamentada como en aquellos casos en los que hay certeza de malos tratos.

El objetivo principal de la actuación de urgencia es garantizar la seguridad y el bienestar del menor. Para ello, es necesario, que el profesional del ámbito sanitario comunique la situación a otros profesionales implicados en la protección a la infancia.

A parte de las diferencias que se puedan dar con relación al diagnóstico y tratamiento entre el ámbito de la atención primaria o el hospital, los profesionales sanitarios que detectan el caso deberán notificarlo, siguiendo el siguiente procedimiento de notificación: notificar el caso, bien a través de la unidad de trabajo social de su centro. En presencia de lesiones, comunicación al Juzgado de la Niñez y la Adolescencia.

En aquellos casos con lesiones graves, sospecha manifiesta de desamparo familiar riesgo de que el caso se pierda se procederá a la derivación e ingreso del menor en centro hospitalario; y comunicarlo a la unidad de trabajo social del hospital.

La actuación en casos urgentes de posibles malos tratos sexuales (abusos/agresiones sexuales) se hace necesario la notificación inmediata a la autoridad judicial, para la exploración conjunta del pediatra y del médico forense, a fin de evitar re exploraciones y victimizaciones secundarias.



En algunas ocasiones, puede darse una fuerte resistencia familiar a trasladar al niño o negarse al ingreso hospitalario, lo que puede hacer necesario el contacto con la policía o fuerzas de seguridad.

2.1.3 Actuaciones preventivas de maltrato infantil

Los servicios de atención primaria tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil al ser los únicos servicios comunitarios a los que las familias tienen un acceso normalizado y generalizado. Aunque cualquier estrategia de prevención en éste campo requiere de la participación de diferentes recursos de la comunidad y de las instituciones, la misión del personal sanitario estaría encaminada a identificar factores de riesgo, potenciar factores protectores en el niño y la familia, aportar información y consejos a los padres sobre alimentación, higiene, desarrollo psico-afectivo y otros cuidados básicos de los hijos, anticipando situaciones propias del desarrollo evolutivo para minimizar preocupaciones y corregir falsas expectativas en los padres y promoviendo actitudes para el buen trato a la infancia.

Esta labor preventiva, dirigida a la población general, puede iniciarse ya durante el embarazo, a través de las comadronas, identificando posibles factores de riesgo, incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos y promoviendo las relaciones educativas y afectivas.

Las actuaciones preventivas que se pueden llevar a cabo sobre el menor y su familia desde el contexto sanitario en forma global: Apoyar a los padres en su rol parental. Fomentar el establecimiento de una vinculación afectiva segura padres-hijo. La



sensibilización a los padres sobre la crianza positiva de los hijos. Mejorar la calidad de la comunicación de los profesionales con los padres y cuidadores. Compartir sus preocupaciones, ofrecerles la posibilidad de establecer una relación de apoyo y confianza. Reconocer y atender las necesidades emocionales de los padres. Disminuir las situaciones de aislamiento social, posibilitando relaciones de apoyo y confianza con los pacientes. Perfilar normas de seguridad a seguir por los niños y sus familias. Incluir a los padres (y no solo a las madres) en las visitas y reconocer su importante función en la crianza del hijo y en el funcionamiento familiar. Ofrecer recomendaciones concretas y específicas en relación con la dificultad que tiene la familia o derivarlos a los profesionales adecuados.

Otras actuaciones preventivas globales que se pueden realizar en el marco sanitario: Realizar seguimientos y controles periódicos más continuados en aquellos casos identificados como de riesgo. Propiciar las visitas a domicilio a familias de alto riesgo desde la época prenatal hasta los dos años de edad. Organizar y participar en actividades informativas individuales, grupales y comunitarias. Fomentar el conocimiento del desarrollo infantil, los derechos y necesidades de los niños, las demandas ligadas a la maternidad/paternidad y las formas apropiadas de tratar a los menores. Corregir las falsas expectativas del desarrollo y capacidades del niño. Reducir las crisis de origen ambiental derivando a los padres a otros servicios comunitarios. Conocer los recursos de la comunidad para apoyar a las familias. Reducir la tasa de embarazos no deseados, facilitando recursos de planificación familiar. Promover actitudes que reduzcan conductas de abuso de alcohol y drogas. Evitar los malos tratos institucionales respetando para ello la Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado.



Crear espacios y contextos de interacción en el que padres e hijo puedan interactuar de forma positiva y aprender el uno del otro. Incluir la problemática del maltrato dentro de los programas de salud dada su alta incidencia y las graves secuelas que produce.

La prevención del maltrato infantil se puede ver favorecida por la participación y coordinación con otros profesionales dentro y fuera del propio centro de salud coordinación con otros especialistas del área clínica para el diagnóstico y seguimiento del caso, por ejemplo con los profesionales de salud mental, ginecología, planificación familiar, etc. coordinación con los profesionales del área psicosocial como la unidad de trabajo social del centro. Coordinación con otros profesionales relacionados con el menor y su familia, como los maestros, policía, etc.

Fundamentalmente se pueden destacar tres aspectos que dificultan la prevención del maltrato infantil en el ámbito sanitario: el maltrato infantil es un tema que escapa la atención de los profesionales encargados de diseñar y programar los servicios sanitarios.

Posiblemente esto se deba a que la problemática del maltrato infantil no es considerada un tema de salud pública o de verdadera medicina.

La prevención del maltrato exige una gran movilización de recursos, no sólo médicos, sino también sociales, legislativos, etc. requiere por ello la organización de redes de profesionales que trabajen conjuntamente y de forma continuada. Los resultados son sólo observables a largo plazo.



En ocasiones esto puede afectar negativamente la motivación de los profesionales y generar cierta inseguridad hacia las propias actuaciones.

2.1.4 Clasificación de prevención

En medicina preventiva es importante atender a la historia natural de la enfermedad. En ella cabe distinguir tres periodos:

1º El período pre patológico o de susceptibilidad se caracteriza porque están presentes los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Estos factores pueden ser ambientales (agentes de naturaleza infecciosa, física, química), conductuales (dieta inadecuada, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, uso de drogas) o endógenos (sexo, edad, predisposición familiar). Algunos de estos factores son necesarios (pero no suficientes) para que se produzca la enfermedad. El ejemplo más claro es el de los agentes causantes de enfermedades infecciosas. Otras veces, el factor no es absolutamente necesario para que se desarrolle la enfermedad, la cual puede ocurrir en su ausencia, pero su presencia se asocia a una probabilidad incrementada de aparición de la afección. Éste es el caso de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad).

Los factores de riesgo pueden ser inmutables o susceptibles de cambio. La edad, el sexo y la historia familiar son factores inmutables que no pueden ser modificados, pero ayudan a identificar a los grupos de individuos que requieren mayor vigilancia y supervisión. Otros factores, por el contrario, son susceptibles de modificación. Por



ejemplo, el tabaquismo puede ser eliminado, y la hipertensión, controlada con un buen tratamiento.

En la mayoría de las enfermedades, la interacción de todos estos factores con el huésped acaba desencadenando el estímulo productor de la enfermedad (comienzo biológico), momento en que se inicia el período patogénico.

2º El período patogénico tiene dos estadios: el pre sintomático y el de enfermedad clínica. Durante el período pre sintomático no hay signos clínicos de la enfermedad, pero, como consecuencia del estímulo causal citado, ya se ha producido el comienzo biológico y se han iniciado los cambios anatomopatológicos responsables de la enfermedad (como arteriosclerosis, alteraciones pre malignas). En el estadio clínico los cambios en los órganos y tejidos son ya suficientemente importantes para que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad en el paciente.

3º El último período de la historia natural de la enfermedad refleja el resultado del proceso: muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud.

Prevención primaria

- a) "Educación para la salud en organizaciones de la comunidad, escuelas.
- b) Educación en centros de salud y acción comunitaria y centros de salud mental.
- c) Control prenatal con consentimiento y conocimiento de la pareja.
- d) Promoción de la lactancia materna.



e) Estimulación temprana: Tiene doble objetivo, estimular al niño y a la vez estimular a los padres a participar en el desarrollo del niño. Actualmente en Estados Unidos, las familias de clase media para arriba tienen todo su tiempo ocupado desde los cero meses hasta los dos años de vida del niño, en intraútero les ponen música clásica, ejercicios, van a charlas, clases de música, de taekwondo, en ese país la edad promedio ser madre es a los 40 años.

f) Jardines maternas bien organizados.

g) Detección precoz de la deserción escolar”.²²

Prevención secundaria

a) “Educación para la salud en servicios de pediatría de hospitales generales.

b) Capacitación a personal en general de los hospitales.

c) Subsidio para las familias de alto riesgo.

d) Integración de acciones conjuntas.

e) Equipos materno-infanto-juvenil.

f) Tribunales de menores.

g) Minoridad y familia.

h) Comisiones intersectoriales.

i) Colocación breve en hogares transitorios.

i) Preferencia de la tenencia de los niños por familiares, siempre la preferencia es primero por familiares y luego en último de los casos en albergues.

j) Estimulación de los niños separados del ámbito familiar.

²² Sáez Crespo, Antonio. **Maltrato Infantil**. Pág. 13



- k) Capacitación y apoyo a las familias sustitutas.
- l) Jardines y escuelas que brinden real ayuda.
- m) Revisión de normas y perfeccionamiento de los institutos de protección al menor.
- n) Formación de técnicos en minoridad.
- o) Formación en minoridad y prevención de los futuros abogados.

Prevención terciaria

- a) Educación para la salud en hospitales pediátricos.
- b) Fomentar talleres en establecimientos educativos.
- c) Creación de pequeñas unidades terapéuticas descentralizadas con cobertura nacional.
- d) Formación a educadores.
- e) Tratamiento individual.
- f) Enseñanza y formación de profesionales.
- g) Creación de Tribunales de Menores según densidad de población. En planificación, preferir los hogares sustitutos a las grandes instituciones".²³

Otros programas preventivos prometedores son:

Los destinados a prevenir los traumatismos craneoencefálicos por maltrato. Generalmente se trata de programas hospitalarios mediante los cuales se informa a los nuevos padres de los peligros de zarandear a los niños pequeños y de cómo afrontar el problema de los niños con llanto inconsolable.

²³ *Ibíd.* Pág. 13



Los destinados a prevenir los abusos sexuales en la infancia. Generalmente se realizan en las escuelas y les enseñan a los niños: la propiedad de su cuerpo; las diferencias entre los contactos normales y los tocamientos impúdicos; cómo reconocer las situaciones de abuso; cómo decir no; cómo revelar los abusos a un adulto en el que confíen.

Estos programas son eficaces para reforzar los factores de protección frente al abuso sexual en la infancia (por ejemplo, el conocimiento del abuso sexual y los comportamientos protectores), pero no hay pruebas de que reduzcan otros tipos de abusos.

Cuanto antes se producen estas intervenciones en la vida del niño mayores son los beneficios que le pueden aportar a él (por ejemplo, desarrollo cognitivo, competencias conductuales y sociales, logros educacionales) y a la sociedad (por ejemplo, reducción de la delincuencia).

Además, el reconocimiento precoz de los casos y la asistencia continua a las víctimas y sus familias pueden ayudar a reducir la recurrencia del maltrato y a paliar sus consecuencias.

Para maximizar los efectos de la prevención y la atención, la OMS recomienda que las intervenciones se realicen en un marco de salud pública y en cuatro fases: definición del problema; identificación de las causas y los factores de riesgo; creación y puesta a prueba de intervenciones destinadas a minimizar los factores de riesgo, y difusión de información sobre la eficacia de las



intervenciones y expansión de la aplicación de las intervenciones de eficacia demostrada.

2.1.5 La respuesta de la OMS

En colaboración con distintos asociados, la OMS:

Ofrece orientación técnica y normativa basada en datos científicos para prevenir el maltrato infantil.

Promueve el aumento del apoyo a la prevención del maltrato infantil basada en datos científicos y las inversiones internacionales en esta esfera.

Presta apoyo técnico a los programas de prevención del maltrato infantil basados en datos científicos de varios países de bajos y medianos ingresos.

Métodos modernos en programas de prevención en maltrato infantil basados en datos científicos de países en desarrollo.



CAPÍTULO III

3. Incidencia de casos de maltrato infantil denunciados por pediatría del Hospital General San Juan de Dios, reportados a la Sala de la Niñez y la Adolescencia durante el período de junio a diciembre de 2012.

Para conocer la incidencia de casos de maltrato infantil durante el período de investigación fue necesario solicitarlo a las autoridades del Hospital General San Juan de Dios, dicha información fue obtenida a través del Departamento de Trabajo Social del Área de Pediatría. Se exploró los expedientes médicos de cada uno de los niños y niñas de quienes se realizó una denuncia por maltrato infantil, verificado en la Sala de la Niñez y la Adolescencia por medio del número de caso asignado desde el momento de la denuncia. Se encontró 29 casos de niños y niñas con denuncia por parte de la pediatría del hospital, fueron 15 casos de abuso sexual en edades de cuatro a 11 años, 14 fueron de sexo femenino y un caso sexo masculino. Siete de grupo etario indígena y ocho de grupo etario ladino, tres casos de abandono, dos casos de sexo masculino y uno de sexo femenino, dos de grupo etario indígena y uno de grupo etario ladino. Casos de riesgo social fueron 11, seis de sexo femenino y cinco de sexo masculino, seis de grupo etario indígena, cinco de grupo etario ladino. A continuación se describe cada uno de los 29 casos de investigación.

Caso 1, abandonado, niño de 15 días, ladino

Se detecta caso de recién nacido, con diagnóstico de síndrome disfogénico, al niño la madre vino a verlo solamente dos días, el niño ya cuenta con egreso pero la madre



ya no se presentó al hospital, se dio tiempo para que madre se presentara pero no lo hizo, se pidió colaboración a la policía nacional para localizarla, pero no dieron con la dirección que reportó, se refirió caso ha Juzgado de Primera Instancia por rechazo de la madre, riesgo social.

La madre dejó un número de teléfono indicando que ella no tenía celular, al llamar la dueña del celular indicó conocer muy poco a la madre, que la había conocido cuando iba a dejar a sus hijos a la escuela, no se cuenta con más información.

Caso 2, riesgo social, niña de cuatro días, indígena

Recién nacida, quién se refiere a la Sala de la Corte de Apelaciones de la Sala de la Niñez y la Adolescencia, por aparente riesgo social, ya que madre no tiene documento de identificación ni familiar responsable para egresar de este centro hospitalario.

Se detecta el caso de madre indocumentada e hija recién nacida. Madre indica no tener familiar quién se haga responsable de la niña.

Madre fue abandonada, nunca conoció a sus padres y fue criada con su abuela materna, nunca le asentaron partida de nacimiento, hace tres años que convive con su pareja, con quién ha procreado dos hijos, refiere que ha recibido mucho apoyo de sus suegros, quienes están en la mejor disposición de resolver el problema de indocumentación y el de sus nietos. Se informa a trabajo social, riesgo social por no poseer la madre documento de identificación y presume violación a los derechos de la niña, derecho de identidad. Se envía el caso de madre e hija a la Sala de la Corte de Apelaciones de la Niñez y Adolescencia a través del Juzgado Primero de la Niñez y la



Adolescencia ordena como medida de protección el abrigo provisional de la recién nacida.

Caso 3, abuso sexual, niña de seis años, ladina

La madre consulta por fetidez en área genital de la niña de seis años, según entrevista con la niña el conviviente de la tía, que es quién la cuida a ella y hermanita, la ha tocado tres veces cuando su madre se va al trabajo. Madre informa que la ha llevado varias veces con médico particular pero no le han dado ningún tratamiento. La niña es producto de un hogar desintegrado, abandonada por su padre, madre refiere que su situación económica es precaria, no reciben ayuda económica del padre.

La niña fue llevada a emergencia en donde la refirieron a consulta externa de pediatría, en donde dieron aviso a trabajo social, por sospecha de abuso sexual por parte del tío de la niña, señor de aproximadamente 64 años, además se hizo la evaluación médica correspondiente, médico tratante indicó ingreso hospitalario, por lo que se llamó vía telefónica a médico forense para evaluación, en ese momento se informa a todo el personal médico y de enfermería que niña no puede egresar del servicio hasta tener arreglada su situación.

Madre refirió que desde hace cuatro meses se separó de su conviviente y su hermana le cuida a sus hijas por la cantidad de 400 quetzales mensuales, anteriormente la cuidaba la abuela paterna pero por necesidad tuvo que irse a una aldea departamental, el padre de la menor es alcohólico. Madre e hijas sufrían de maltrato físico por lo que la madre cuenta con orden de alejamiento.



Según madre la niña se quejó con ella por dolor de estómago y molestias al orinar, a la madre le llamó la atención un flujo fétido que la niña presentaba por lo que decide llevarla al hospital, la niña ha tenido cambios de conducta desde hace unas semanas, con muestras de irritabilidad y falta de atención en la escuela comportamiento que la mamá no lograba entender.

Caso 4, abuso sexual, niña de cuatro años, indígena

Según entrevista con la menor, ella estaba durmiendo cuando su tío la despertó para darle jugo, usando la fuerza le bajó el calzoncito para meterle el chillín en la cuca y hacerle el amor, posteriormente salió corriendo a decirle a su madre y ella le reclamó, negando todo el tío, la niña dijo esto sucedió tres veces, pero no había dicho nada porque el tío la tenía amenazada. La madre tiene su pareja con quién ha procreado tres hijos quienes no fueron reconocidos, posteriormente procreó otros dos niños, uno es reconocido y el otro no, la señora se dedica a la venta de tostadas, atol etc. Alquila casa de la cual paga 500 quetzales, techo de lámina, piso de cemento, cuenta con servicio de energía eléctrica y agua potable. La niña es producto de un hogar desintegrado, de condición económica precaria.

La menor es traída a emergencia de pediatría, fue referida verbalmente a oficina de trabajo social, para descartar riesgo social por parte del tío por la vía materna, inmediatamente se realiza el ingreso al hospital y se indica a personal médico y de enfermería que la niña no puede egresar hasta esclarecer el caso. Entrevista con madre indica que tiene 34 años, que es madre soltera, analfabeta, que se dedica a la venta de



tostadas y atol y ha tenido la necesidad de dejar solos a sus niños en lo que se va a trabajar, desde hace dos meses le dio alojamiento a su hermano, de 41 años, se dedica a la albañilería. La niña fue trasladada al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y la Adolescencia acompañada del personal de trabajo social y de su señora madre, para resolución y protección.

Caso 5, riesgo social, niño de 13 años, indígena

Paciente de sexo masculino, de 13 años de edad, de situación precaria y de familia numerosa, se considera que por las situaciones en que se presenta el niño se encuentra en riesgo social. Se recibe en consulta al niño, se detecta y se solicita se le de seguimiento al caso, ya que hay negligencia en los cuidados del niño alimentación y vestimenta. La abuela quien llevó al niño a consulta muestra preocupación por el nieto y sus dos hermanos pequeños y desea que mejoren su calidad de vida. Al momento del ingreso, la abuela refiere que es ella quién ha dado de proveer a la madre para el sostenimiento del niño. Se realiza estudio socioeconómico a la madre del niño, la madre trabaja y los niños se quedan con la abuela materna, el niño refiere querer regresar a su casa con su madre y sus hermanitos. Se informa a trabajo social y se considera que el niño debe recibir protección del Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y la Adolescencia.

Caso 6, abuso sexual, niña de cuatro años, indígena

Se presenta a emergencia la madre de niña quién pide se le examine a su hija ya que sospecha que su primo de 26 años abusó de su hija de cuatro años, la niña ha



mostrado un flujo amarillo con mal olor en sus ropas interiores y observó a su primo muy cariñoso con su hija en los últimos días.

En entrevista con la madre refirió que su primo vive con ellos desde hace algunos meses, él trabaja en herrería, anteriormente el primo y su hija se llevaban muy bien pero últimamente la niña le huye, la madre pensó que era cosa normal, pero al ver que la niña llora cuando él se le acerca le llamó la atención y al observar el flujo en sus ropas decide consultar.

Al ser evaluada por médicos deciden ingreso a este hospital y se informa a personal de enfermería y médicos que no puede ser egresada la niña hasta esclarecimiento del caso, se informa a trabajo social y se pide protección a juzgado competente.

Caso 7, riesgo social, niño de once días, indígena

Niño de 11 días, se encuentra en área de neonatología, por bajo peso al nacer, se detecta caso en que la madre da malos tratos al recién nacido, no le gusta darle de comer, si el niño llora no le presta atención.

Se entrevista a madre acerca de ella, y refiere que vive con su pareja en unión de hecho desde hace cinco años, tiene cuatro hijos los cuales la desesperan y no deseaba este último.

Pareja sufre de alcoholismo, ella trabaja poco y no recibe ayuda de ninguna persona para sostenimiento de la familia. Al ver dicha conducta por parte de la madre se informa a trabajo social por riesgo social quién informa al juzgado competente para que se le de



protección al niño y se le de seguimiento, al caso. Se informa a personal médico y de enfermería no dar egreso al neonato hasta alcanzar peso adecuado y se establezca el bienestar del recién nacido.

Caso 8, riesgo social, niña de dos años, indígena

Ingresa a la emergencia niña de dos años con quemaduras de segundo grado en manos y brazos, la niña fue llevada por tía por la vía materna, que al llegar de visita a la casa de su hermana vio a la niña llorando y al observar las lesiones en manos y brazos se la llevó a la emergencia del hospital. A su ingreso se le explicó a la tía que la niña se quedaría ingresada, ya que era necesario darle tratamiento intrahospitalario, para cuidados y además era necesario informarlo a trabajo social por riesgo social ya que a la evaluación se observan algunas laceraciones en el resto de cuerpo. Se da el aviso al personal médico y de enfermería para que no se de egreso a la niña hasta la recuperación de sus manos y brazos y que coordine lo necesario para solicitar la protección de la niña al juzgado competente. Se solicitó la presencia de los padres al hospital quienes no se presentaron, informando la tía que no es posible porque ellos indicaron estar muy ocupados por el trabajo.

Caso 9, abuso sexual, niño de ocho años, ladino

Llega a la consulta madre con niño de ocho años, estudiante del primer grado de primaria de escuela nacional en zona tres, por dolor al defecar, a la evaluación se observa ano con laceraciones y rasgaduras, se decide ingreso al servicio de pediatría y se informa al personal que no se dará egreso hasta esclarecer el caso. Se entrevista a madre del niño quién dice que hace algunos días observó en el niño rebeldía, no



querer hacer tareas, había empezado a tener quejas de la maestra de desobediencia y hacía dos días se quejaba y lloraba al defecar, ella preocupada consultó a pediatría del hospital. Refirió que el niño se iba todos los sábados al campo a jugar pelota con su cuñado de 45 años.

Al entrevistar al niño él se muestra irritable, callado y al preguntarle por su tío, el responde que él le hace cosas feas en su ano y que le duele mucho, que cuando fue al campo con él, se lo llevó a su casa y le dijo que si decía algo le pegaría a él y a su mamá.

Se le explica a la mamá que es necesario dejarlo ingresado para cuidados necesarios y protección, se informa a trabajo social, quien vía telefónica solicita presencia de médico forense.

Caso 10, riesgo social, niña de cinco años, ladina

Llega a la emergencia niña de cinco años con dolor en brazo, a la evaluación la niña tiene equimosis en el resto del cuerpo. La niña fue llevada por madre quién refirió que la niña se cayó y después del golpe la niña llora mucho y le duele el brazo, se decide ingreso para esclarecer caso, por riesgo social.

Al entrevistar a la madre, ella refiere que trabaja en oficios de casa todo el día y llega a las seis de la tarde, vive con su esposo quién es mecánico y tiene un carácter difícil pero ella trata de comprenderlo, vive en un cuarto el cual es alquilado por 600 quetzales al mes, de block y piso de cemento, tiene dos hijos más. Al entrevistar a la niña dice que le duele mucho el brazo y que su papá le pegó con un palo, porque ella no le hizo



caso, además dijo llorando que su papá le jala el pelo y que es muy enojado, la niña a la evaluación es de lenguaje y expresión adecuadas a su edad, dice que su mamá es buena porque los quiere mucho, pero su papá es malo porque les pega mucho. Los rayos x de ante brazo derecho, evidencia fractura de cúbito por lo que fue necesario colocarle yeso para tratamiento, se explica a madre de la situación y lo importante de solicitar protección.

Caso 11, riesgo social, niño de 10 meses, ladino

Llega a consulta abuela con nieto, niño de 10 meses de edad, solicitando se le evalué al niño ya que lo mira muy pequeño y delgado para la edad, el niño pesa 10 libras. A la evaluación se observa en el niño, ojos hundidos, palidez generalizada, con equimosis en ambos brazos y piernas. A la entrevista, abuela refirió que su hijo vive con su esposa, familia que tiene seis hijos, ella ha observado que los niños comen poco, pero al más pequeño lo vio muy decaído, no recibe comida y lo ve muy pálido, al decirle a su nuera, ella dice, que no le da de comer porque el niño no quiere y además tiene que ir a trabajar. Abuela se preocupó por sus nietos y habló con su hijo quién dijo aportar lo necesario para alimentación y vivienda, pero la madre es muy descuidada y no les prepara comida y les pega mucho, le solicitó a su madre favor cuide de los niños y lleve a consulta médica al más pequeño ya que lo ve muy mal y le preocupa que no come.

Se solicitó la presencia de la madre, quien asistió, en donde afirmó en entrevista que todo es mentira, que la suegra no la cuida y que el niño esta así porque desde pequeño casi no le recibe la pacha pero que también está preocupada por las condiciones de su hijo pequeño y que los moretes es porque los hermanitos juegan con él y lo golpean. Se



informa al personal médico y enfermería que el niño quedara hospitalizado para recuperación y se informara a trabajo social para que haga los trámites necesarios para solicitar investigación del caso.

Caso 12, abandono, niño de nueve días, indígena

Llega a la emergencia bomberos voluntarios con niño de más o menos nueve días de nacido, ellos refieren que recibieron llamada telefónica, les informaron que encontraron a niño recién nacido de más o menos nueve días, en un parque, vecinos del lugar escucharon un llanto y fueron a investigar y encontraron a un niño pequeño de sexo masculino, acostado en la acera de la calle, inmediatamente llamaron a los bomberos ya que nadie hizo ver que fuera suyo, al llegar al lugar, encontraron a un niño de más o menos siete libras, vestido con traje celeste, sucio, con llanto incontrolable por el hambre, fue llevado a la emergencia del hospital, en donde médicos de turno indicaron que debían ingresarlo ya que el niño tenía ictericia y era necesario hacerle estudios, además de no tener padres responsables, se informa a trabajo social para que se informe a Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia como caso de abandono, para que se indiquen medidas de protección para el menor.

Caso 13, abandono, niña de siete días, indígena

Se presenta a la emergencia señora de 55 años edad, con niño en brazos de más o menos siete días de nacido, consulta porque niño presenta fiebre de 24 hrs. Refiere la señora que es esposa de pastor de iglesia evangélica, que hace un día se había



presentado a la iglesia una señora de 19 años con niño de más o menos siete días, quién dijo llamarse Teresa, le dijo que si podía darle al niño un momento en lo que iba a la tienda a comprarle un pañal, ya que no podía llevárselo porque estaba lloviendo, ella amablemente aceptó, pero la joven ya no regresó, al ver que ya pasó un día y la madre no reclama al menor y observar que el niño presenta fiebre y tos decide llevar al niño a la emergencia del hospital, el niño fue ingresado al hospital con diagnóstico de bronconeumonía, en donde se informa a los señores que presentaron al menor que el niño debe quedarse para tratamiento antibiótico y deben informarlo a trabajo social para que se informe al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia para que reciba cuidados y protección ya que se trata de un caso de abandono de menor.

Caso 14, abuso sexual, niña de seis años, ladina

Menor de seis años, fue llevada por sus padres a la emergencia, quienes argumentan sospecha de abuso sexual por parte de su tío materno de 24 años, por esta razón fue necesario solicitar evaluación de médico forense quienes se hicieron presentes el mismo día.

Según entrevista con la madre, refirió que por su trabajo es necesario dejarla sola de nueve a 16 horas, ya que el padre de la niña solo la apoya con el pagó de la vivienda, argumenta la señora que desde hace cuatro meses le dio posada a su hermano, quién trabaja de panadero en la zona siete, pero por razones que desconoce lo despidieron.

La niña es estudiante de la escuela cuatro de febrero de esta capital. Fue llevada a emergencia la niña por crisis emocional, solicitándole ayuda a su madre después que la



niña corrió cuatro cuadras a las ocho de la noche, indicando que su tío la había tocado y le había metido algo y que esto le había dolido, que ella estaba dormida, el tío la despertó para darle un jugo. La niña posee buena expresión y lenguaje para su edad, la niña presenta ansiedad, inquietud. La madre posee antecedente de abuso sexual.

La niña fue ingresada al hospital indicando a personal médico y de enfermería que la niña no puede egresar hasta esclarecer situación. Se informa a personal de trabajo social; se solicita protección de la menor al juzgado competente.

Caso 15, abuso sexual, niña de ocho años, ladina.

Madre refiere varias separaciones con el padre de la niña, viven en casa propiedad de la abuela materna, construcción de block, techo de concreto, servicios de energía eléctrica y agua potable. Niña producto de hogar desintegrado, recibe apoyo de abuela materna y paterna, ambos padres trabajan.

Se recibe en emergencia de pediatría niña de ocho años, con dolor en área vaginal. Se evalúa caso de aparente abuso sexual, residente informa que, coordinó con trabajo social el caso y se solicita presencia de médico forense. Se entrevista a madre quien indica que la niña le dijo que, su papá le acaricia su vulva, que su papá la toca y señala su área vaginal. No se entrevista otros familiares por falta de tiempo. Se informa a padres que se pedirá protección para la niña al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y la Adolescencia, en donde deben asistir ambos padres con la niña. Se informa al personal médico y enfermería que se referirá el caso a trabajo social.



Caso 16, abuso sexual, niña de 10 años, ladina

Llega a consulta de pediatría caso de niña de 10 años de edad, llevada por madre por secreción vaginal abundante, al entrevistar a la madre ella dice que notó en ropas interiores de la niña dicha secreción a lo cual le pareció extraño y le preguntó a la niña, ella le dijo que no sabe qué le pasó, respondiendo de forma inquieta y sin deseos de tocar el tema, a la entrevista de la niña se interroga cautelosamente, en donde se le pregunta sobre su ámbito familiar y dijo llevarse bien con su mamá y querer mucho a sus hermanitos, indicó que su vecino abusó de ella, dijo que ha ocurrido una vez que cuando ella salió a la tienda, él la espero por ahí y luego se la lleva a la casa, que le tocó su cuerpo y la obligó a tener relaciones, que la amenazó, si decía algo, mataría a su mamá y a sus hermanas, ella por temor al daño no dijo nada, pero que tiene mucho miedo porque su vecino es muy malo y sí las va a matar sí, se entera que le contó a su mamá.

La madre por trabajar deja solos a sus hijos con su abuelita que es quién los cuida, señora de 86 años de edad, casi no camina. Se informa a la madre que el caso debe investigarse y se decide ingreso al hospital para informar a trabajo social y se solicita presencia de médico forense y la protección al juzgado competente.

Caso 17, riesgo social, niña de ocho años, ladina

Paciente de situación económica precaria, familia numerosa, hogar desintegrado. Se informa a trabajo social por considerarse, riesgo social, según condiciones de alimentación y vestimenta. Paciente quien ingresa a este hospital con síntomas de



disentería, ictericia y distensión abdominal, a la evaluación presenta parasitismo y hepatomegalia, fue traída a este hospital por médicos del centro de salud.

Se entrevista a la paciente dice querer regresar a su casa con su madre y hermanitos. Al preguntarle como la tratan en su casa ella responde, que bien, refiere estar muy contenta porque doña Tita les va a llevar cosas para mejorar su casita y los pondrá a estudiar, al entrevistar a la madre y preguntarle porque no deseaba llevar a su hija al médico, ella comenta, es mi mamá quién cuida de los niños cuando yo voy a trabajar y me da miedo que me quieran quitar a la niña, además se entrevistó a doña Tita quién conoce a la niña y a sus hermanos desde hace cuatro años, comentó que tiene una finca cerca de la casa de los niños, que los niños se acercaban a la finca a ver las vacas y querer leche y les empezó a proveer de víveres y ropa y le ofreció a la abuela llevar a los niños a la pediatría pero la abuela no accedió, los niños le comentaron a doña Tita que la abuela vende las cosas que ella les regala a los niños y que los trata mal, además los vecinos también le han comentado a doña Tita que ha visto a los niños con moretes y lloran mucho, fue la señora Tita quién acudió al centro de salud para que atendieran a la niña. Al evaluar caso con pediatría, psicología y trabajo social se determina referir el caso a trabajo social para pedir protección al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y la Adolescencia.

Caso 18, abuso sexual, niña de 11 años, indígena

Llega a la emergencia madre y niña de 11 años, por dolor en área genital, indicando que la niña le contó que el día de hoy su tío, hermano de su papá, la obligó a tener relaciones sexuales. Madre comenta que todo sucedió cuando ella se fue a trabajar. A



la entrevista niña dijo que su tío le pidió que fuera buena sobrina y que le compraría todo lo que quisiera si se dejaba hacer lo que él quería y a la fuerza la obligó, además la amenazó que si le decía algo a sus papás les pegaría y les haría mucho daño sobre todo a la cuñada, madre de la niña y que no quería problemas con sus hermano, así que era mejor que se quedara callada. Madre refirió que el tío bebe alcohol todos los fines de semana, además dijo nunca habían visto algo extraño, ni le hacía daño físico a los de la familia hasta hoy.

La madre al querer reclamarle al tío, él ya se había llevado todas sus cosas y se había ido de la casa. El padre de la niña refirió estar muy molesto de lo ocurrido y dijo que se haga todos los trámites respectivos para poner la denuncia en contra de su hermano, ya que él lo había recibido en su casa por unos meses en lo que él se establecía en la capital ya que él es de una aldea de Jutiapa.

Se informa a trabajo social del caso, se solicita vía telefónica presencia y evaluación de médico forense, se solicita protección al juzgado competente.

Caso 19, abuso sexual, niña de cinco años, ladina

Paciente de cinco años, quien ingresa a hospital por sospecha de abuso sexual. Madre se presenta con hija quién consultó por molestias en área genital, se refiere a trabajo social y solicita presencia y evaluación de médico forense, dando seguimiento. Se entrevista a madre quién indica tenerle mucho miedo al padre de la niña, teme que le haga mucho daño ya que ha recibido varias amenazas. La madre se dio cuenta de lo sucedido debido al comportamiento de la niña en los últimos días, empezó a orinarse en



la cama, irritabilidad, rebeldía etc. La niña dijo que su papá le tocaba su parte con el dedo, así mismo la madre expresa tener sentimiento de tristeza y angustia ya que ella, fue violada por el progenitor de la pequeña y en la actualidad ha sido víctima de violencia intrafamiliar. Al entrevistar a la niña se le pregunta donde la toca su papá y señala su vagina. La abuela informa que fue la que se dio cuenta que la niña tenía cierto comportamiento que no era normal, comenta que la niña un día quería acariciarle la vulva y besarle la boca, entonces le preguntó que donde había visto eso, pero no respondía nada, abuela insistió a la madre para que platicaran y le preguntara. Se le explica a la madre que para darle protección hay que solicitarla al juzgado competente.

Caso 20, abuso sexual, niña de ocho años, indígena

Llega a consulta madre con niña de ocho años de edad con dolor abdominal y fiebre, a la evaluación de la niña se observa área genital con edema en labios mayores y rubor, dolor supra púbico al momento de la evaluación. Se decide ingreso de la niña para investigación y tratamiento.

Se entrevista a madre quién refiere que, la niña tiene algunos días de estar muy callada, casi no come y conducta rebelde, el día de hoy le dijo que le dolía su parte vaginal y el estómago, a la evaluación se diagnóstica infección en área genital e infección urinaria.

A la entrevista niña refiere que su primo la toca y la obliga a tocarlo a él también y que hace unos días le metió un objeto en el área vaginal que le dolió mucho y que no dijo nada para que no los regañaran a los dos, el joven es de 15 años de edad quién vive a



la vecindad de la casa de la niña y que llega ocasionalmente a verlos, le dijo que jugaran y le introdujo un juguete en área vaginal. Se decide ingreso para informar caso a trabajo social y solicitar evaluación de médico forense, además protección a Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia.

Caso 21, riesgo social, niña de dos años, ladina

Llega a la emergencia tía con niña de dos años, quién refirió que llegó de visita a la casa de hermana en donde encontró a la niña con dificultad para respirar, refiriendo que la niña padece de los pulmones y que ha terminado grave y hospitalizada varias veces durante los dos años últimos, ella es tía por la vía paterna y refiere que su cuñada es de muy mal carácter y descuida a los niños, que ella ha notado que baña a la niña con agua fría y no la abriga bien y que le hizo el comentario que la niña se miraba muy mal y que había que llevarla al hospital pero ella dijo que no, porque estaba muy cansada y que ya mejoraría, que no le gusta ir al hospital porque siempre se tardan mucho. La tía al ver a la niña muy mal la lleva al hospital, dijo además que esto ya se lo había comentado antes a su hermano quién dijo que ya le había dicho a la esposa que cuidara bien a la niña pero que cada vez que le dice, se vuelve problema y se desquita pegándole a los otros niños, por lo que a veces mejor evita hacerle las críticas porque que ella es de muy mal carácter y cuando se enoja empieza a lanzarle objetos con la intención de golpearlo.

A la evaluación la niña presenta broncoespasmo y marcas de cinturón en la espalda. Se informa a la tía que se necesita la presencia de ambos padres para esclarecer caso, ambos se presentaron, a la entrevista madre negó todo y el padre casi no respondió



diciendo que sí, la madre es enojada, pero sí, quiere a los niños, se les informa ambos padres que el niño debe quedarse en el hospital hasta esclarecer el caso, se informa a trabajo social.

Caso 22, abuso sexual, niña de ocho años, indígena

Llega a la consulta niña de ocho años con historia de que el abuelo de 60 años le toca su vagina, madre desea se evalúe a niña para que se le confirme si la niña ha sufrido de abuso sexual.

A la entrevista la niña refiere que el abuelo le toca el cuerpo, que le quita sus ropas y le introduce el dedo en la vagina y que como no le gusta que su abuelo le haga eso, se lo contó a la madre, quién le reclamó a su suegro y él, le dijo que la niña es la mentirosa, se informa a la madre que por historia que la niña refiere, si es, sospecha de abuso sexual y que debe ser ingresada y estar en el hospital hasta que se pueda esclarecer el caso y se le dé la protección debida por medio del Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y la Adolescencia.

Madre refirió que desde algunos días había notado que la niña estaba extraña, muy distraída y casi no se le acercaba a su suegro que vive con ellos. A la evaluación psicológica de la niña, ella tiene un lenguaje claro y adecuado a su edad, manifiesta inquietud y miedo al mencionar el tema, dice ser estudiante de primer grado de primaria, que su relación con su mamá es muy buena, que ella los quiere mucho pero que por su trabajo casi no está en su casa y la deja a ella y a su hermanita con sus abuelitos, papás de su papá, que su papá no vive con ellos porque vive con otra señora.



Caso 23, abuso sexual, niña de nueve años, indígena

Llega a consulta paciente de nueve años acompañada de su abuela, quién refirió que le encontró a su nieta ropa interior manchada de sangre y que cuando la vio se asustó, empezó a interrogar a la niña y ella le confesó que su tío le hizo daño, que hacía 24 horas la encerró en el cuarto y la obligó a tener relaciones, la niña es huérfana de ambos padres, ellos fallecieron en un accidente hace cinco años y que desde hace cuatro años la cuida, el tío vive con ellos, hijo de su esposo, con quién vive la abuela, que ellos tienen mucho problema con él y ha sido difícil vivir con él, que por consideración no le han pedido que se vaya de la casa, la niña no dijo nada a la abuela por pena, hasta que la abuela la interrogó, se informa abuela que la niña debe quedarse hospitalizada hasta esclarecer el caso y que se debe informar a trabajo social, se solicita vía telefónica presencia de médico forense se refiere caso al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y la Adolescencia ya que la niña necesita protección.

Caso 24, riesgo social, niño de siete años, indígena

Llega a la emergencia madre con niño de siete años con hemorragia en nariz, después de golpe en nariz por amiguitos de la cuadra, madre refirió que el niño salió a jugar y después de un tiempo el niño regresó golpeado y con hemorragia nasal, al realizarle la radiografía esta, evidenció fractura de tabique nasal, a la evaluación del niño se observan cicatrices y laceraciones en el cuerpo del niño, se decide ingresarlo al hospital para investigación y protección ya que a la entrevista del niño el reveló que el golpe había sido porque le pegó el papá con un palo en la cara, provocándole la hemorragia. Se le explica a la madre que el niño debe quedarse ingresado en este hospital para



investigaciones de maltrato físico y se tiene que informar a trabajo social y referir caso al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia, para protección.

Caso 25, abuso sexual, niña de ocho años, indígena

Llega a la emergencia maestra con niña de ocho años, estudiante de primer año primaria, maestra refirió que sospecha que la niña es víctima de violencia intrafamiliar y que observó en la niña cambios de conducta en los últimos días.

Se entrevista a la niña ella le dijo que su papá le toca su cuerpo, a la maestra le llamó la atención interrogar a la niña de cómo era el cuidado en su casa ya que notó fiebre y diarrea en la niña y le empezó a preguntar sobre sus padres y el trato que ellos tienen con ella, la niña con temor dijo que no le gusta como la trata su papá, que él es muy malo y no le gusta que le toque donde ella hace pipí, dijo además que con la mamá se llevan muy bien pero que ella a veces los deja solos para irse a vender, porque ella vende cosas para el pelo y sale de casa en casa para venderlas y llevar dinero para darles de comer, que su papá llega temprano a casa, que él trabaja vendiendo en el mercado fruta y que llega a medio día a casa después del trabajo y que él le pide que le sirva de comer en lo que llega la mamá, que el papá la trata con palabras bonitas pero le pide que se quite la ropa para tocarla y que a ella no le gusta que le haga nada.

Se informa a la maestra que la niña debe quedarse hospitalizada por sospecha de abuso sexual y es necesario avisar de lo ocurrido a ambos padres para que se presenten y que esto es necesario informarlo a trabajo social para que se informe al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia.



Caso 26, abuso sexual, niña de siete años, ladina

Llega a la emergencia madre con niña de siete años de edad quién consulta, porque encontró a la niña llorando mucho con sus manitas en área vaginal, cuando madre explora a la niña observa heridas alrededor de los labios mayores, dolorosa, al interrogar a su hija ella le dice que su tío, esposo de su tía, la lastimó con el pene porque él se quitó el pantalón y que le metió el chilín a la fuerza y que le dolió mucho, la madre muy enojada quiso reclamarle a su cuñado de lo ocurrido pero no lo encontró, madre refiere que en la misma casa viven tres hermanas en cuartos separados, cada una con sus esposos y sus hijos.

La madre nunca notó algo extraño entre su cuñado y la niña, pero después de lo que le niña le contó y vio su vagina lastimada, decidió consultar al hospital para que le digan si, la niña sufrió abuso sexual.

Se informa a la madre que es necesario informar a trabajo social y ella acepta que se haga todo lo necesario para que su cuñado pague por el daño que le hizo a su hija ya que ella está segura que si abusaron de la niña, la niña es una niña muy inteligente y que su forma de pensar y de actuar es como de una niña mayor a su edad por lo que piensa que niña no miente.

Caso 27, riesgo social, niña de siete años, ladina

Llega a la emergencia madre con niña de siete años con mucho dolor en brazo derecho, refirió que la niña se cayó de la bicicleta y se golpeó el brazo, a la evaluación se observó moretes en brazo y marcas de cinturón en espalda, se entrevista a la niña



quién dijo que no se cayó de bicicleta, que fue el papá el que le pegó con el cinturón y ella salió corriendo y le jaló el brazo y por eso le duele mucho, se le realizó radiografía y evidencia fractura lineal en radio, se le explica a la madre, que es necesario hospitalizar a la niña e informar a trabajo social, por riesgo social, esto no fue agradable para la madre ya que tiene la idea que le van a quitar a su hija, pero se le explica a la madre que esto se hace para protección necesaria para ella y su hija, ya que en entrevista con la madre dijo que su esposo le pega frecuentemente y que si sabía que el papá es muy duro para corregir a su hija. Se solicita protección a juzgado competente.

Caso 28, abuso sexual, niña de seis años, ladina

Llega a consulta niña de seis años acompañada de su madre ya que le encontró secreción vaginal en la niña y que ha notado actitudes extrañas en la niña como besar en la boca a su hermanito de dos años y tocarse su vagina frecuentemente, la madre interrogó a la niña y ella dice que su tío le besa la boca y le toca con la mano su vagina, además refirió su preocupación de sospechar de abuso sexual por el apareamiento de la secreción vaginal, se informa a la madre que la niña debe quedarse hospitalizada hasta esclarecer caso y que se informara a trabajo social para solicitar protección al juzgado competente.

Madre refiere que ella trabaja y que por necesidad deja a los niños en casa de su hermana que vive a una cuadra, que había notado en los últimos días que la niña ya no quería quedarse ahí, además que la niña a estado muy desobediente y casi no come, refirió que ya había notado acciones extrañas en la niña pero creyó que era por cosas



que ve en la televisión pero que al ver la secreción en sus ropas interiores teme que la niña ha sido abusada sexualmente, que no sabía a dónde acudir por eso llevo al hospital para que la orienten.

Caso 29, riesgo social, niño de nueve años, indígena

Llega a la consulta niño de nueve años, acompañado de vecina quién, dice que el niño no come, que llegó de visita y lo vio pálido y muy delgado, que el niño le dijo que solo enfermo del estómago se mantiene por lo que se preocupó y se lo llevó a consulta para evaluación, a la evaluación el niño sufre de desnutrición a quién, se le interrogó y dijo que su mamá le da solo una vez de comer al día, porque no le alcanza el dinero porque compra mucha cerveza, la vecina aprecia mucho al niño porque es un niño muy amable, pero que ya había observado que el niño no va a la escuela y que los padres lo dejan mucho tiempo solo en casa, ella le había llevado comida y al ver que los padres no estaban se lo llevó al hospital para que lo evaluaran ya que lo vio muy enfermo y después avisaría a los padres de lo ocurrido.

Se informa a vecina que debe informar a los padres que deben presentarse al hospital ya que el niño se quedara hospitalizado para tratar la infección intestinal y la desnutrición y que se informara a trabajo social por riesgo social y que se reportara caso al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y la Adolescencia para que se investigue y se de protección.



<

<



CAPÍTULO IV

4. Aspectos legales relacionados con la denuncia y la falta de ella, en caso de maltrato de menores de edad

4.1 Aspectos legales históricos

El maltrato infantil es un problema social que se ha mantenido en el tiempo y que afecta a todos los países desarrollados o no.

El maltrato infantil es una situación que se debe encontrar en una tradición histórico-jurídica autoritaria, proveniente de la herencia romana, tolerante con los castigos físicos de los menores y que les negaba derechos y en el oscurantismo que se da en este tema.

A pesar de que los moralistas romanos, como Juvenal, dijese que el niño merecía el máximo respeto, el derecho romano reguló el llamado *ius vitae et necis* del pater familias sobre los hijos que permitía la muerte del hijo si el padre lo decidía pero que fue dulcificado por la influencia del cristianismo hasta convertirse en una mera formulación teórica sin aplicación práctica, desapareciendo con Justiniano.

El Cristianismo, que postula el amor a los niños y condena la violencia y abusos sobre los débiles, también influyó en las leyes medievales y en los códigos del Siglo XIX que castigaron los crímenes graves contra los menores pero continuaron siendo muy tolerantes con los castigos físicos y no penalizaron los abandonos de la protección y



guarda de los menores, como demuestra el hecho de que no se regula el delito de abandono de familia hasta una ley inglesa de 1824.

Debe situarse la consideración que refleja la Convención Sobre los Derechos del Niño de la O.N.U de 20 de noviembre de 1989. Según el Artículo 19 de la citada Convención sería maltrato infantil, toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, tutor o cualquier persona que lo tenga a su cargo.

4.2 Maltrato infantil en Guatemala en la actualidad

Desde la perspectiva del derecho penal, hay que limitar el maltrato infantil al constitutivo de delito.

El Estado protege de acuerdo a la Constitución Política de Guatemala en su Artículo 51. Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho de alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.

Delito se trata por tanto de acciones u omisiones voluntarias, previstas en la ley, imputables a un sujeto responsable, contrarias a la ley y castigadas por ella, por las que se causa un perjuicio físico o psíquico, sexual, moral u asistencial a los menores, contraviniendo sus derechos como personas y dificultando el desarrollo de su personalidad.



Institucionalidad

La doctrina de protección integral reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos sociales y de derecho. Por lo mismo el Estado debe brindarles protección social, económica y jurídica para propiciar la vigencia efectiva de sus derechos.

Se cuenta con un marco jurídico, institucional y algunos lineamientos contenidos en diversas políticas dirigidas a la niñez y adolescencia.

De conformidad con la Ley de Protección Integral de Niñez y Adolescencia LEPINA (2003) la cual tiene su marco de referencia en la Convención de Derechos del niño, ley donde se han sentado las bases para la construcción de un sistema que actúe a favor de la protección de la niñez y adolescencia.

Guatemala contempla el derecho a la protección por el maltrato. La Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia establece, en el Artículo 53, Maltratos y Agravios. Todo niño, niña o adolescente tiene el derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión, punibles por la ley ya sea por acción u omisión a sus derechos fundamentales.

Los niños, niñas adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato y el derecho a recuperarse en caso de daño. Artículo 39, Convención sobre los Derechos del Niño. Los Estados partes adoptaran todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño



víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso, tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o conflictos armados.

Como es sabido desde la LEPINA se prevé la creación y fortalecimiento de una institucionalidad que abogue por la defensa de los derechos de niños maltratados y que a partir de la Comisión Nacional de Niñez y Adolescencia CNNA como ente depositario de la política pública de protección integral se implementen mecanismos de coordinación e interacción con otros organismos para dar cumplimiento al mandato de ley.

Ha sido la propia CNNA quién se ha percatado de que la política pública de protección integral necesita una reformulación, debido el tiempo transcurrido entre su aprobación y los cambios suscitados en los últimos años como consecuencia, entre otras cosas, de los avances jurídicos en materia de derechos de niñez y adolescencia, así como los tiempos políticos que vive Guatemala.

Debe considerarse maltrato infantil como concepto amplio. El Artículo 53, de la Ley De Protección Integral de la Niñez y La Adolescencia, establece. El Estado estimulará la creación de instituciones y programas preventivo o psico-sociales necesarios, para dar apoyo y orientación a la familia y a la comunidad. Deberá proporcionar la asistencia necesaria, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, a quienes cuidan de ellas y al victimario. En el Artículo 54 de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia establece. Deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda



forma de abuso físico, abuso sexual, descuido o tratos negligentes, abuso emocional. Puede incluirse en este punto, el llamado maltrato institucional, derivado de políticas inadecuadas o de la inacción de los poderes públicos.

El sistema de protección tiene como fundamento un marco legal específico constituido por normas de alcance interno e internacional.

Durante el bienio 2009-2010 este marco se amplió con la entrada en vigencia de algunas leyes.

Luego de varios años en la discusión y diferencia en los puntos de vista de los legisladores y grupos de presión, en marzo de 2009 entro en vigencia el Decreto 9-2009, Ley con la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas y en septiembre 2010, la Ley del Sistema Alerta Alba Kenneth.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) mediante el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS) concebido como un modelo de extensión de cobertura después de la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, se ha mantenido a través del tiempo conservando mayor o menor prioridad según cada gobierno.

Uno de los propósitos de este sistema es integrar todas las acciones relacionadas con la salud y el ambiente, en los niveles individual, familiar, comunitario o institucional público o privado.

Todos los hospitales tienen comités integrados por profesionales que son los realizan



la denuncia de cualquier caso de maltrato infantil, de acuerdo al Acuerdo Ministerial No. 5362011 que establece en su Artículo 3. Obligación de denunciar. El proveedor de salud de las áreas médicas, enfermería, de apoyo y administrativo en cada servicio de salud, tiene la obligación de poner en conocimiento a los comités, el ingreso de casos con sospecha de maltrato infantil.

4.3 Principales delitos contra menores

El menor, como toda persona puede ser sujeto pasivo de muchos delitos (asesinatos, homicidios, robos, etc.), pero existen unos delitos específicos contra los menores.

Algunos de estos delitos, como la sustitución de un niño por otro, venta de niños o sustracción de menores, Artículo 57. Ley Contra La Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, estos delitos se suelen cometer mucho más en los países subdesarrollados donde la pobreza alcanza cuotas muy altas.

Por ello la Convención Sobre los Derechos de Niño establece: Artículo 35. Convención sobre los derechos del niño. Los Estados partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o cualquier forma.

Se tipifican los delitos de abuso físico y abuso emocional contra los menores, especialmente las ocasionadas dentro de la familia estos se castigan, la lesión no sólo



puede ser física sino también psíquica. La causa fundamental de las mismas, son los excesos en los castigos físicos que sufren los menores.

Otros delitos son las infracciones contra la libertad sexual de los menores. De los cuales el Estado protege y establece en el Artículo 56. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. Explotación o Abuso Sexual. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de explotación o abuso sexual incluyendo a) La incitación o la coacción para que se dedique a cualquier actividad sexual. b) Su utilización en la prostitución, espectáculos o material pornográfico. c) Promiscuidad sexual. d) El acoso sexual de docentes, tutores y responsables.

Delitos también regulados por el Código Penal, Artículo 188. Código Penal, exhibicionismo ante menores, Artículo 193, Código Penal, actividades sexuales remuneradas con personas menores de edad, el muy reciente delito de uso de material pornográfico en el que intervienen menores, producción de pornografía de personas menores de edad, Artículo 193 Ter, Código Penal, Comercialización o Difusión de Pornografía de personas menores de edad. Artículo 195 Bis Código Penal. La utilización de menores en espectáculos pornográficos.

Delitos contra el incumplimiento de los deberes familiares, de los cuales el Estado protege y establece en el Artículo 18. Convención sobre los Derechos del Niño. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la



crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

El Artículo 54. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia establece. Inciso c) Descuidos y Tratos Negligentes, que ocurre cuando la persona o personas tienen a su cargo el cuidado y crianza de un niño, niña o adolescente, no satisface sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, atención médica, teniendo la posibilidad de hacerlo. El incumplimiento de las obligaciones derivadas de la guarda y custodia, el impago de pensiones, el abandono de menor con carácter definitivo o temporal, son las manifestaciones más típicas de esta conducta negligente.

En los delitos contra la libertad sexual de los menores y en los delitos contra los deberes de familia, el Ministerio Público puede presentar denuncia si no lo hacen los representantes legales de los menores ya que estas infracciones son perseguidas de oficio.

4.4 Actuación de la justicia penal

Cuando a través de una denuncia o querrela el juez tiene conocimiento de un maltrato de un menor constitutivo de delito, puede adoptar las medidas protectoras del menor, en especial retiro del agresor y separación de la víctima del hogar, lo establece el Artículo 115. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. Retiro del agresor o separación de la víctima del hogar.



En caso de maltrato o abuso sexual realizado por los padres o responsables, la autoridad competente podrá determinar, como medida cautelar, el retiro del agresor del hogar o la separación de la víctima de su núcleo familiar según las circunstancias.

También el juez, puede tomar algunas de las medidas que le permite establecidas en el Artículo 112. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. a) Amonestación verbal o escrita al responsable de la violación o amenaza del derecho humano del niño, niña o adolescente. b) Declaración de responsabilidad a los padres, tutores o responsables. c) Remisión de la familia a programas oficiales o comunitarios de auxilio orientación apoyo y seguimiento temporal. d) Ordenar la matrícula de niños, niñas y adolescentes en establecimientos oficiales de enseñanza y observar su asistencia y aprovechamiento escolar. e) Ordenar tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, en régimen de internamiento en hospital o tratamiento ambulatorio. f) Ordenar a los padres, tutores o responsables, su inclusión en programas oficiales o comunitarios de auxilio, que impliquen orientación, tratamiento y rehabilitación a cualquier desviación de conducta, problemas de alcoholismo o drogadicción. g) Colocación provisional del niño, niña o adolescente en familia sustituta. h) Abrigo temporal del niño, niña o adolescente en entidad pública o privada conforme las circunstancias particulares del caso. I) En caso de delito o falta cometido por adulto o adolescente, certificar lo conducente a un juzgado correspondiente.

Artículo 114. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, la supresión del derecho de visita del progenitor no custodio y hasta la privación temporal de la patria



potestad.

Colaboradores de la justicia penal

La Policía Nacional Civil tiene obligación por ley Artículo 97. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, inciso c) Naturaleza Civil y vocación de servicio a la comunidad, abierto a rendir cuentas de sus actuaciones, principalmente en el control y prevención del delito contra niños, niñas y adolescentes y los cometidos por adolescentes.

De impedir la comisión de los delitos contra los menores, como contra cualquier persona y poner a disposición de la justicia a los culpables para que sean castigados. Por ello el establece Artículo 96. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Cooperación Institucional. La Unidad Especializada de la Niñez y la Adolescencia de la Policía Nacional Civil, tendrá como objetivo principal, el capacitar y asesorar sistemáticamente a todos los miembros de la institución sobre los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes.

Sin embargo la justicia penal precisa de la ayuda o colaboración de otras personas para esclarecer este maltrato infantil que permanece oculto y proteger debidamente a los menores que lo padecen.

Debe destacarse el importante papel que pueden protagonizar los ciudadanos, los médicos y los servicios sociales en la lucha contra el maltrato infantil.



Los ciudadanos tienen la obligación de denunciar cualquier maltrato de un menor que presencien o tengan conocimiento por referencia, como establece el Artículo 55. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. Obligación de Denuncia. El personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud y otros de atención a los niños, niñas y adolescentes, tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato infantil que se detecten o atiendan en sus instituciones.

Las personas que más lo pueden detectar son los familiares que no viven en la casa familiar, los vecinos y los profesores de los menores.

Si resulta comprensible que no se quiera denunciar por los problemas que ello acarrea, no es de recibo que quien presencie el maltrato, no pueda llamar anónimamente a la policía para que acudan al lugar, pues no le causa ningún problema y evita un gran sufrimiento al menor. Debe primar el espíritu cívico en los ciudadanos y no el miedo o el silencio cómplice con esta lacra.

Los médicos de asistencia primaria, de urgencia o asistencia hospitalaria pública o privada, tienen obligación de denunciar la sospecha de maltrato infantil por mínima que sea.

Cuando observen en sus consultas u hospitales lesiones sospechosas de maltrato infantil, deben describir minuciosamente las mismas, reflejando en las partes las versiones literales de los menores sobre su causa y las de quienes les acompañan. Si no encuentran lesiones deben abstenerse de emitir parte alguno pues pueden contribuir a la presentación de una denuncia falsa, máxime cuando se trata de menores que están



incursos en trámites de separación de sus padres o cuando existen problemas en el régimen de visitas de padres separados o divorciados.

En caso de duda, deben remitir al facultativo, al fiscal del menor para que valore, teniendo en cuenta el interés del menor, si existen suficientes indicios para iniciar la acción penal o resultante más conveniente abstenerse de ello para no causar un daño gratuito al menor y no someterle a lo que se denomina victimización secundaria, que consiste en someter al menor a múltiples interrogatorios médicos, policiales y judiciales.

En los casos de sospecha de abuso sexual, lo importante, es identificar y registrar el abuso, evitando la victimización secundaria del menor. Para ello, resulta conveniente entrevistarse con los padres y calmarlos si el presunto abuso lo denuncian ellos (directo) y detectarlo si es indirecto, seguidamente, hay que entrevistarse con el menor en un lugar tranquilo y en presencia de los padres si quiere el menor, utilizando un lenguaje coloquial y describiendo literalmente lo que cuenta el menor sin añadir nada.

Después debe procederse a un examen físico del menor, lo menos traumático posible, recogiendo muestras o residuos del abuso en un sobre bien cerrado con todas las garantías médicas de conservación y esperar la llegada de la policía o del forense para su entrega.

Por último, debe emitirse un diagnóstico de abuso sexual cuando del conjunto de la historia, examen y vestigios existan indicios razonables, desechando cuerpos extraños etc. resulta conveniente la hospitalización del menor en caso de abuso sexual severo y



cuando el hogar sea inseguro para su vida o integridad física.

Debe continuar un seguimiento del niño y su familia y derivar a los servicios mentales especialmente cuando el abuso ha sido prolongado y el niño es casi adolescente.

La necesidad de los servicios sociales y su importancia para evitar el maltrato infantil están fuera de toda duda, sean estatales, autónomos y municipales.

Los servicios sociales, sin perjuicio de poner en conocimiento de las instituciones competentes en la tutela y guarda de menores, en el caso de abandonos o descuidos delictivos, deben denunciar esta forma de maltrato, detallando ante el juez de turno, o en caso de duda ante el fiscal del menor, las circunstancias que concurren en cada caso.

No debe olvidarse que sus informes son de gran ayuda para que el juez pueda apreciar un delito negligente contra un menor.

Por tanto los servicios sociales deben hacer todas las entrevistas necesarias al menor y a sus responsables y emitir conclusiones claras y objetivas si se trata de un maltrato grave y posiblemente delictivo.

4.5 Comisión Nacional Contra el Maltrato y Abuso Sexual Infantil (Conacmi)

La Comisión Nacional Contra el Maltrato y Abuso Sexual Infantil, es una organización que apoya diferentes sectores de la población guatemalteca, a través de



sus acciones, pretende reconocer a la niñez y adolescencia como sujetos y actores sociales de su propio desarrollo, disminuyendo el maltrato y otras formas de abuso en diferentes escenarios, además hace énfasis en el fortalecimiento de las familias a nivel nacional a través de procesos de prevención, atención e investigación en beneficio de niños, niñas y adolescentes que sufren maltrato y otras formas de abusos en los ámbitos familiares, institucionales y sociales. CONACMI realiza la implementación de políticas estatales e institucionales que beneficien su desarrollo integral, será responsable de la formulación de las políticas de protección integral de la niñez y la adolescencia, así como de trasladarlas al sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural y a los ministerios de dependencias del Estado para su incorporación a sus políticas de desarrollo, velar por sus cumplimiento y adoptar las acciones pertinentes que lleven a la mayor eficiencia dicha protección. Contará con un reglamento interno y recursos provenientes de:

- a) Aportes de la Secretaría de Bienestar Social, para cubrir los gastos de funcionamiento que sean necesarios.
- b) Aportes o subvenciones ordinarias y extraordinarias que reciba del Estado y otros organismos nacionales e internacionales.
- c) Donaciones de personas individuales o jurídicas. Artículo 85. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

Situación de la niñez y adolescencia en Guatemala

Según informe de la situación de la niñez y la adolescencia en Guatemala, describe las estimaciones de la Fundación de Sobrevivientes que revelan que hasta



septiembre del 2010, las autoridades guatemaltecas habían registrado aproximadamente 8000 denuncias sobre agresiones sexuales, violencia sexual y violación contra mujeres, pero el sistema de justicia solo dicto 124 sentencias.

La violencia sexual afecta también a los varones, especialmente a los niños y adolescentes, incluso en el ámbito escolar.

De acuerdo con la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil CONACMI muchas de las denuncias presentadas en el Ministerio público no son referidas a Juzgados de Niñez y Adolescencia, si no a Juzgados de Sentencia, lo que hace que la mayoría de dichas denuncias no tengan seguimiento adecuado y se pierdan las garantías que establece la Ley de Protección para atender a niñez y adolescencia.

Según datos se dieron a conocer en el IV Congreso contra el maltrato infantil y abuso sexual, los niños y niñas, durante el 2009 la red hospitalaria reporto 11000 casos de agresión sexual a la niñez y adolescencia por personas conocidas (25 % por familiares, amigos o vecinos) y reportaron 7000 casos de maltrato infantil.

En el 2009 el Ministerio Público recibió 3615 denuncias relacionadas con abusos en contra de la niñez, principalmente de hechos ocurridos en la ciudad de Guatemala (59%). A la vez 1540 denuncias fueron resueltas, de las 604 fueron por solicitud de acusación. Se obtuvo 337 sentencias, 107 por



procedimiento común y 230 por procedimiento abreviado, 315 personas fueron condenadas y 16 quedaron absueltas.

El total de delitos que conoció el Ministerio Público en el año 2009 fue 392126 de los cuales 13.26% tuvo relación directa con niñez y adolescencia.

La Procuraduría General de la Nación PGN a través de la Procuraduría de Niñez y Adolescencia, registro un total de 410 casos de denuncias de violación de derechos de niños, niñas y adolescentes. De estos 233 casos por abuso físico, emocional o psicológico, 39 por violencia sexual y 82 por descuido o negligencia.

Es importante señalar que los datos aportados por CONACMI (aporte de Sociedad Civil) brindan características de la situación que vive la niñez y adolescencia en cuanto al maltrato físico y emocional, así como la violencia sexual infantil.

La atención a 170 niñas, niños y adolescentes atendidos en el año 2009 y 87 hasta junio 2010, evidencia que las niñas y adolescentes mujeres son en su mayoría violentadas ante el maltrato y la violencia sexual. La violencia sexual infantil fue el tipo de abuso dominante en los casos atendidos, especialmente en el rango de edad siete a 12 años.

Se ha logrado establecer que en la mayoría de los casos, el maltrato viene desde la propia familia de la víctima, de su contexto familiar, escolar o bien de alguien que le es conocido.



La Procuraduría de Derechos Humanos reporta en sus informes circunstanciados 2009-2010, un total de 665 delitos sexuales en personas menores de edad, el cual demuestra un aumento del 15% durante el bienio, en donde el 95% de los casos son niñas y adolescentes mujeres entre 12 y 17 años.

De acuerdo con las denuncias hechas por otra organización no gubernamental. El Refugio de la Niñez ha acumulado, desde abril 2002 a enero 2011, 63 procesos penales por violencia sexual. De los cuales solo ha obtenido seis sentencias del sistema entre las cuales dos son condenatorias y cuatro absolutorias.

El sistema de justicia presenta para la niñez y adolescencia guatemalteca vulnerada en sus derechos un panorama en el 2010 en donde el ingreso de denuncias y casos descienden un 50% en comparación con el 2009 presentando 5922 casos en el 2010, de los cuales el 81.5% (4,832 casos) fueron resueltos mediante medidas cautelares.

Es importante resaltar que la medida cautelar de familia u hogar sustituto representan el 65.5% (3169 casos) y que únicamente se presentan 70 retiros de agresores.

La institucionalización sigue siendo un recurso fuerte en las medidas cautelares utilizadas por los Juzgados de Niñez y Adolescencia, ya que 1256 niños, niñas y adolescentes fueron remitidos a hogares estatales o privados.²⁴

²⁴ Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. Informe situación de la niñez en Guatemala 2009-2010. Pág. 67



4.6 Entidades que intervienen en la actuación penal en casos de maltrato infantil en Guatemala

Procurador de los derechos humanos a través de la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia

Artículo 90. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Se crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, cuyas facultades son la defensa, protección y divulgación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, ante la sociedad en general, así como el efectivo cumplimiento de las disposiciones que en esta materia precisa el ordenamiento jurídico nacional, la Constitución Política de la República y otros convenios, tratados, pactos y demás instrumentos internacionales en materia de derechos humanos aceptados y ratificados por el Estado de Guatemala.

Artículo 91. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

La Defensoría de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia dependen directamente del procurador de los derechos humanos y procuradores adjuntos.

Procuraduría General de la Nación y del Ministerio Público

La Procuraduría General de la Nación a través de la Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia, tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Representar legalmente a aquellos niños, niñas y adolescentes que carecieren de ellas.



b) Dirigir, de oficio o a requerimiento de parte o del juez competente, la investigación de los casos de niños, niñas y adolescentes, amenazados o violados en sus derechos, interviniendo de forma activa en los procesos judiciales de protección. Para el efecto, deberá tener, como mínimo, un procurador de la niñez y adolescencia, en la jurisdicción de cada Juzgado de la Niñez y Adolescencia.

c) Presentar la denuncia, ante el Ministerio Público, de los casos de niños, niñas o adolescentes que han sido víctimas de delito y que carezcan de representante legal, apersonándose en el proceso penal para la defensa de los intereses de estos.

d) Evacuar audiencias y emitir opinión jurídica en todos los procesos judiciales notariales y administrativos que la ley señala, haciendo valer los derechos y garantías que la Constitución Política de la República de Guatemala, tratados y convenios internacionales, aceptados y ratificados por Guatemala y la ley, reconocen a la niñez y adolescencia. Corresponderá al Ministerio Público, a través de las fiscalías especializadas de la adolescencia, la investigación en aquellos hechos contrarios a la ley penal, atribuibles a los adolescentes.

Sala de la Corte de Apelaciones de la Niñez y la Adolescencia creación de juzgados

Artículo 98. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Creación. Se creara los siguientes juzgados que sean necesarios en la república.

a) De la Niñez y la Adolescencia



- b) De Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal
- c) De Control de Ejecución de Medidas y
- d) Sala de la Corte de Apelaciones de la Niñez y la Adolescencia.

Son atribuciones de la Sala de la Corte de Apelaciones de la Niñez y la Adolescencia las siguientes:

- a) Conocer y resolver las excusas y recusaciones que se presenten por la aplicación de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.
- b) Controlar el estricto cumplimiento de los plazos fijados por la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.
- c) Conocer de los recursos de apelación que se interpongan contra las resoluciones que dicten los jueces de primera instancia de este ramo.
- d) Resolver los conflictos de competencia que se presenten por la aplicación de la ley.
- e) Velar porque en los centros de privación de libertad de adolescentes se respeten los derechos y garantías contemplados en la constitución y tratados y convenios internacionales de la materia, ratificados en Guatemala.
- f) Ejecutar las demás atribuciones que le asigne la ley.

4.7 Aporte de Unicef en Guatemala

En Guatemala, el UNICEF colaboró con la Oficina del Defensor de los Derechos Humanos en la creación de Consejos Municipales para la Protección de los Derechos del Niño. Estos consejos reciben denuncias por violencia y maltrato y otro tipo de



violaciones de los derechos infantiles, y median en conflictos relacionados con los derechos infantiles en el seno de la familia, la comunidad, la escuela y el sector privado.





CONCLUSIONES

1. Se reportaron a la Sala de la Niñez y la Adolescencia un total de 29 casos, de las denuncias realizadas por la pediatría del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de junio a diciembre de 2012, esto permite conocer que si existe compromiso de los profesionales de salud ante casos de maltrato infantil.
2. El género más afectado es el femenino y el grupo etario el indígena, ambos grupos son considerados grupos vulnerables dentro de la sociedad. Las niñas son del género más buscado por el agresor debido a que ven en ellas la posibilidad de satisfacer sus deseos sexuales y son más indefensas para cualquier tipo de agresión, siendo los familiares de las víctimas los primeros en realizar maltrato infantil. Dentro del grupo etario indígena existe ideologías propias diferentes a las del grupo ladino lo que aumenta la posibilidad de caer en maltrato infantil.
3. Existen diferentes clases de maltrato infantil, siendo el abuso sexual con alta frecuencia en niños y niñas de cuatro años a 13 años de edad. Esta es una edad en la que los niños tienen percibibilidad del contexto que le rodea causando en ambos géneros un daño emocional por lo que dentro de las medidas de recuperación es asistencia psicológica.





RECOMENDACIONES

1. Aumentar respaldo legal a instituciones de salud, en casos de maltrato infantil, a través del comité dentro del centro asistencial, integrado por profesionales, para que todo caso sospechoso sea evaluado y denunciado y la persona encargada de la vigilancia y cumplimiento de estas denuncias hasta que se dicte sentencia tenga todo el apoyo legal necesario, ya que sí existe compromiso con la niñez respecto a maltrato infantil por parte de las instituciones de salud, no dejando ningún caso inconcluso.
2. El comité encargado, en colaboración del personal asistencial hará mayor conciencia a la población indígena y población en general al respeto de la integridad sexual de los niños y niñas, así como los diferentes tipos de maltrato infantil, con la finalidad de reducir la incidencia en este tipo de delitos, implementando estrategias y medios de información sobre las consecuencias legales que produce maltrato infantil y las consecuencias físicas y psicológicas.
3. Fomentar en la población en general por medio del comité de profesionales en colaboración de otros profesionales que tienen contacto con la niñez, como maestros, odontólogos etc. el compromiso de realizar las respectivas denuncias al detectar un caso de maltrato infantil, no solamente las instituciones de salud, esto permitirá que cada vez sean más las personas las concientizadas respecto al maltrato infantil, reduciendo la incidencia de casos.





BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. **El maltrato y abuso sexual infantil.** Definición y clasificación. 3ª. ed; Guatemala, 2001.
- Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil. **El maltrato y abuso sexual infantil.** Detección y diagnóstico. 1ª. ed; Guatemala, 1999.
- BUENO BUENO, Agustín. **El maltrato psicológico emocional como expresión de violencia hacia la infancia.** Madrid: Ed. Ariel, 1980.
- CABANELLAS DE TORRES, Guillermo. **Diccionario jurídico elemental,** ed. Actualizada, corregida y aumentada. Buenos Aires: Ed. Heliasta, 1993.
- GONZÁLEZ GUERRA, Fredy. **Lesiones físicas en maltrato infantil.** 1a. ed; Uruguay: Ed. Cambres, 1992.
- Carretero Sánchez, Adolfo. Aspectos penales del maltrato infantil. 2000, <http://www.citaes/maltrato>. (7 de junio 2013).
- Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil, **Maltrato Infantil 2010,** <http://www.knhguatemala>. (5 de mayo de 2013)
- KEMPE C.H. **Niños maltratados.** Madrid: Ed. Morata, 1962.
- Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil. **Comités de prevención y tratamiento de maltrato infantil y abuso sexual.** 1a. ed; Guatemala 2010.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. **Informe situación de la niñez en Guatemala 2009-2010.** Guatemala: Odhag, 2010
- OSSORIO, Manuel. **Diccionario de ciencias políticas y sociales.** Buenos Aires: Ed. Heliasta, 2000.
- RODRIGUEZ FERNANDEZ, Silvia. **Comité de los derechos del niño.** 1a. ed; Ginebra, 2001.
- SÁEZ CRESPO, Antonio. **Maltrato infantil.** Madrid: Ed. Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria, 2008



Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente, 1986.

Convención Sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1989.

Código Penal. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala.

Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Decreto 9-2009 del Congreso de la República de Guatemala.

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Decreto 27-2003 del Congreso de la República.

Acuerdo Ministerial 5362011. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 26 de abril de 2011.