

MALTRATO INFANTIL

Fernando Cumba Armendáriz

Medico Residente de Psiquiatría

Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, Quito – Ecuador

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil ha estado presente en la especie humana constantemente. Desde la historia de nuestra cultura occidental nos llegan noticias de este comportamiento en Esparta, donde los niños con algún tipo de discapacidad no sobrevivían a las duras pruebas a las que eran sometidos. Suetonio, en la descripción que hace de las vidas de los emperadores, destaca por su crueldad con los niños a Tiberio, Calígula, Julio Cesar y Trajano.

En la edad media era frecuente el acto de castrar a los niños para convertirlos en eunucos y para otros menesteres. Ya en esa época hubo un famoso proceso contra un tal Gilles de Rais, acusado de matar a 140 niños después de haber abusado de ellos. Desde el punto de vista de la necesidad del control social, diferentes culturas en momentos determinados de escasez han practicado el filicidio como forma de reducir la población.

En el siglo XVI, el sacerdote aragonés San José de Calasanz viendo la miseria material e intelectual en que vivían los niños pobres de Roma, fundó las Escuelas Pías para proporcionarles educación y entre los maestros que contrató estuvo Galileo Galilei. Sin embargo, la conciencia del maltrato como fenómeno de la realidad social es aspecto de muy reciente consideración. Alrededor de los años setenta el maltrato infantil y la desprotección infantil son tenidos en cuenta y aceptados como realidades sociales sobre las cuales es preciso intervenir.

Sin duda, ha habido en otros tiempos también sensibilidades que se alzaron en contra del maltrato. Platón aconsejaba a los maestros de escuela instruir mediante el juego a los niños, en sustitución de los métodos habituales de su tiempo, que eran la represión y la agresión física. Pero quien quizás con mayor claridad y vehemencia defendió la necesidad de proteger a los niños para asegurar un adecuado crecimiento, desarrollo y bienestar, fue J.J. Rousseau, en el siglo XVII, en su libro *Emilio*.

A partir del siglo XIX el interés por la protección y cuidado de los niños comienza a ser una preocupación para ciertos sectores de la sociedad, merced a la labor que realizan escritores como Dickens. Esto permitió introducir la reflexión sobre los cuidados básicos necesarios para los niños, además de la responsabilidad que la sociedad tiene en la protección de la infancia.

En el campo médico, quien primero llamó la atención sobre el tema fue Ambroise Tardieu, en 1868, profesor de medicina legal en París. Publicó un trabajo sobre la existencia del maltrato sustentado en autopsias de 32 niños que habían sido quemados o golpeados hasta la muerte. Casi cien años después de esta comunicación inicial que pasó totalmente inadvertida, H. Kempe, en 1961, presentó ante la Academia Estadounidense de Pediatría un trabajo denominado Síndrome del niño golpeado. A partir de esta publicación se toma en cuenta el problema como un asunto médico y de salud. En realidad, la aceptación de la existencia de los niños maltratados y abusados no ha sido un proceso fácil: más que de la demostración de su existencia, ha dependido de la gradual desmantelación de los prejuicios que impedían que fuera considerado. Sin embargo, todavía es un problema que merece algún grado de consideración en los países desarrollados que ya han superado y tienen control de los problemas de

nutrición y mortalidad. En ellos la sociedad espera algo más que la mera supervivencia de los niños y esto hace que se implementen programas que luchan contra el maltrato. El maltrato, en sus diversas formas es un problema donde se hace más que evidente el paradigma de los problemas psiquiátricos que son producto de una confluencia de elementos biológicos, psíquicos y sociales.

DEFINICIONES

El artículo 67 del Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador define al maltrato infantil como: la conducta de acción u omisión que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualquiera sea el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluye el trato negligente o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los menores, relativas a la prestación de alimentación, atención médica, educación o cuidado diario, y su utilización en la mendicidad.

Para la OMS el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para su salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño o niña en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

CLASES DE MALTRATO

Maltrato psicológico o emocional: ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el menor agredido. Incluye las amenazas de causar un daño en su persona o bienes o en los de sus progenitores, u otros parientes o personas encargadas de su cuidado. Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un/a niño/a, afectando su autoestima, su capacidad de relacionarse, expresarse y sentir, deteriorando su personalidad, socialización y desarrollo emocional. Es el tipo de maltrato más difícil de definir y detectar, ya que las secuelas en la conducta y en el aspecto psicológico del maltratado/da no son específicas. La intencionalidad también es difícil de demostrar, dadas la ambigüedad de las situaciones, las creencias y la confusión por parte de los adultos al justificar su comportamiento ante la rebeldía o desobediencia del menor.

El maltrato psicológico ocurre:

Al ignorar al niño/niña, como si no existiera para sus padres o cuidadores.

Cuando hay rechazo por los adultos a las necesidades, valores y solicitudes del menor.

Si se aísla al niño/a de su familia y/o comunidad y del contacto humano.

Al exponer al menor a ataques verbales y amenazas, en un clima de miedo, hostilidad y ansiedad.

Si se da agresión verbal, o se acostumbra llamar al niño/a de manera áspera y sarcástica.

Cuando hay presión o constante exigencia para alcanzar un desarrollo rápido y logros a nivel que no corresponde con el desarrollo neurológico ni mental, de tal forma que el menor siente que nunca será suficientemente bueno.

Si el niño/a está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales: es la corrupción.

Maltrato físico: es toda forma de agresión no accidental infligida al menor por el uso de la fuerza física, produciendo lesiones severas (quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos u otros que pueden causar la muerte) o traumas físicos menores (provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o similares que no constituyen un riesgo sustancial para la vida). Los traumatismos craneales, quemaduras extensas y traumas viscerales son la causa más frecuente de muerte por maltrato.

Las lesiones físicas provocadas tienen características diferentes en localización, forma y color que las producidas de forma fortuita. Las personas que atienden niños (trabajadoras sociales, maestros, cuidadores) deben estar familiarizados con la detección de lesiones no casuales.

El castigo físico es utilizado por muchos padres como método disciplinario, pero su uso regular se considera maltrato pues afecta al desarrollo, dignidad y autoestima.

Algunos autores describen como parte del maltrato físico el síndrome de Munchausen, raro en niños, pero muy grave, ya que puede poner en peligro la vida del menor. Uno de los progenitores o cuidadores, casi siempre la madre, simula una enfermedad en el niño/a, elaborando síntomas y signos mediante intoxicaciones deliberadas. El menor es llevado continuamente al médico y sometido a múltiples procedimientos, mientras el adulto acompañante niega la etiología del problema; la sintomatología cesa cuando el niño/a es separado del adulto sospechoso.

Abuso sexual: Este problema, existente en todas las épocas y culturas, hasta hoy se niega u oculta para evitar el escándalo social, ya que en su mayor parte ocurre dentro del ámbito familiar. Puede ser físico (exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral), explotación sexual, prostitución, turismo sexual con menores y pornografía infantil. En la mayoría no hay actos físicamente violentos, ya que el agresor usa promesas o amenazas para someter a la víctima.

El abuso sexual se debe distinguir de las actividades sexuales normales (juegos sexuales o exploratorios, masturbación, caricias o tocamientos genitales) entre niños/as que se encuentran en el mismo estadio de desarrollo madurativo. El abuso sexual se produce cuando estas actividades tienen como finalidad la satisfacción de las necesidades del agresor y ocurren entre un niño/a y un adulto/a o adolescente, que por su edad o desarrollo tiene con el menor una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Los distintos tipos de agresión que la ley considera delitos por lesionar la integridad física, psicológica y moral, importantes a nivel médico legal, incluyen:

Violación (artículo 512 del Código Penal), es el acceso carnal con introducción parcial o total del miembro viril por vía anal, vaginal o bucal con persona de uno u otro sexo cuando la víctima es menor de 14 años, cuando la persona está impedida, lisiada, enferma, no puede resistirse y cuando se usa la fuerza o intimidación.

Estupro (artículo 509) es la cópula con una mujer honesta empleando la seducción o engaño para alcanzar su consentimiento.

Agresión sexual se considera cuando se introduce por vía anal o vaginal objetos distintos al miembro viril y en las mismas condiciones que en la violación.

Abuso deshonesto o atentado al pudor es el delito sexual sin acceso carnal; consiste en la masturbación a niños/as o la introducción de los dedos o cuerpos extraños en ellos/as, tocamientos de nalgas o senos. Es difícil de comprobar, pero ocasionalmente puede haber enrojecimiento vulvar o anal, erosiones, escoriaciones, equimosis y heridas.

El diagnóstico médico legal comprende el interrogatorio y examen a la víctima, al agresor si es posible,

y del lugar de la escena. La víctima, especialmente de violación, debe ser valorada en las primeras 24 horas sin cambiarse ni cambiarse de ropa, por un médico de preferencia perito; independientemente de la denuncia es fundamental buscar ayuda psicológica para evitar posibles traumas.

Los niños son las víctimas perfectas para el abuso sexual, pues se les enseña a respetar y obedecer a sus padres y superiores y son fácilmente influenciados por su curiosidad y por la confianza que tienen en quienes los cuidan. Todos los niños necesitan afecto; mientras más necesitados están, más fácil es victimizarlos, por lo que los discapacitados físicos, psíquicos y emocionales son más vulnerables.

El abuso sexual es más frecuente en niñas que en niños (2-3:1) y entre los 8 y 12 años (aproximadamente la mitad de las víctimas tiene esa edad). En 90% de los casos el agresor es un varón; 50-90% de agresores tiene menos de 18 años. El 65% de quienes abusan son familiares o conocidos de la víctima

Explotación: es la utilización de menores en trabajos u actividades en beneficio de otros, que van en detrimento de la salud física y mental del menor, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socio-económico.

Maltrato institucional: es el cometido por un servidor de una institución pública o privada, como resultado de la aplicación del reglamento, prácticas administrativas o pedagógicas aceptadas expresamente o tácitamente por la institución, conocido por sus autoridades, quienes no han adoptado medidas para prevenirlo, hacerlo cesar, remediarlo y sancionarlo de manera inmediata. Incluye cualquier abuso en detrimento de la salud, seguridad, estado emocional o físico que viole los derechos del niño/a por parte de una institución o un funcionario dependiente, como la burocracia excesiva, la falta de agilidad en la toma de medidas, carencia de equipamiento, y exploraciones médicas innecesarias o repetidas.

INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

Físicos: los que se encuentran en el cuerpo del menor:

Magulladuras o hematomas en el rostro, labios o boca, zonas extensas del dorso, espalda, nalgas o muslos; agrupados de formas anormales, en áreas distintas, en diferentes fases de cicatrización.

Quemaduras: de cigarrillos o puros, en guante o en calcetín, en nalgas o genitales (que sugieren inmersión), en piernas, brazos o cuello que sugieren atadura con cuerdas, con objetos que dejan su huella (plancha, parrilla).

Fracturas: sin explicación, en cráneo, nariz o mandíbula, en espiral en huesos largos (brazos o piernas), múltiples y cualquiera en menores de 2 años.

Heridas o raspaduras en boca, labios, encías, ojos, genitales externos, parte posterior de los brazos, piernas y dorso.

Lesiones abdominales (hinchazón del abdomen), dolor localizado, vómito constante.

Mordedura humana con medidas de adulto (más de 3 cms. entre caninos).

Intoxicación por sustancias químicas (medicamentos).

Ausentismo escolar relacionado con la lesión.

Vestimenta inadecuada que oculta la lesión.

En el síndrome de Münchausen el niño presenta síntomas y signos recurrentes que desaparecen al separarse de su familia o cuidadores y reaparecen al volver con ellos, historia de ingresos múltiples en distintos hospitales, y hermanos con enfermedades raras o nunca vistas.

De violencia sexual:

Dificultad para andar o sentarse.

Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.

Dolor o escozor en la zona genital.

Contusión o sangrado en genitales externos, vagina o ano.

Enfermedad de transmisión sexual.

Cervix o vulva hinchados o rojos.

Semen en boca, genitales o ropa.

Cuerpo extraño en vejiga, uretra, vagina o ano.

Mal control de esfínteres.

Infección urinaria a repetición.

Embarazo al inicio de la adolescencia.

Enfermedades psicosomáticas.

Psicológicos: todo lo referente al comportamiento del menor.

Entre los 0 – 2 años:

Talla corta, retraso no orgánico de crecimiento.

Enfermedades psicosomáticas, retraso en todas o algunas áreas madurativas.

Ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas (trastornos de vínculo primario); niños asustadizos, tímidos, pasivos, negativistas, agresivos, con falta de respuesta a estímulos sociales.

De 2 – 6 años:

Talla corta.

Enfermedades psicosomáticas.

Retraso de lenguaje, disminución de capacidad de atención.

Inmadurez socio-emocional.

Hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales.

Señales generales:

- Cautela respecto al contacto físico con adultos.
- Manifiesta sus emociones cuando otros niños lloran.
- No participa en juegos grupales.
- Parece tener miedo a sus padres o cuidadores.
- Manifiesta que su padre, madre o cuidadores le han causado lesiones.
- Va excesivamente vestido y se niega a sacarse el exceso de ropa.
- Dice haber sido atacado sexualmente por los padres o cuidadores.
- Conocimientos sexuales extraños o inusuales.
- Trastornos del sueño y de la alimentación.
- Dolores inexplicables en cualquier parte del cuerpo.
- Depresiones crónicas.
- Automutilaciones.
- Suicidio.
- Obesidad, anorexia.
- Fugas, fracasos escolares.
- Promiscuidad sexual, violencia.

Negligencia y abandono:

- Falta de medidas higiénicas y dietéticas en el menor.
- Desnutrición, falta de crecimiento y desarrollo
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.
- Falta de controles de niño sano.
- Falta de cumplimiento en el esquema de vacunas.
- Dentadura descuidada.
- Enfermedades llamativas o crónicas no tratadas.

Manifiesta que no hay quien lo cuide.

Libertad para estar donde quiera.

Retraso en la búsqueda de asistencia sanitaria en lactantes o menores de tres años.

Historia incoherente o discordante.

Explotación:

El menor pasa en la calle expuesto a todos los riesgos.

No puede llegar a su hogar sin dinero o sin algo para comer porque sus cuidadores lo maltratan.

Si hay explotación sexual, el cuidador hace objeto de mercancía al menor.

MANEJO

MEDIDAS PARA COMBATIR EL MALTRATO

Ministerio de Salud y Municipios: deben implementar centros de referencia para diagnóstico y atención integral y crear centros de protección temporal del niño/a y centros de atención mental.

La sociedad: las comunidades, comités barriales y vecindades deben intervenir activamente en la atención integral y la notificación de casos.

Centros de atención primaria: a través de la hoja de AIEPI (desde mayo del 2006) los pediatras registran casos de sospecha y maltrato en menores de 5 años, y se realiza seguimiento si amerita. El personal de post consulta, vacunas, emergencia y subcentros se han capacitado para registrar. Los formularios para adolescentes contemplan el maltrato.

Psicóloga clínica: trabaja en forma individual, familiar o grupal, con enfoque sistémico, para apoyar al niño/a y sus familiares y promover el buen trato.

Trabajo Social: se aplica el formulario 038 (estudio socio-económico familiar) para obtener información ampliada del caso, base para elaborar el plan de tratamiento con el niño agredido, la familia, el entorno y el equipo de salud. Se orienta y coordina la referencia y contrarreferencia a las diferentes instancias (legal, protección y salud), visitas domiciliarias, seguimiento del caso y apoyo.

El Protocolo de actuación en atención primaria debe priorizar:

Fomentar la sensibilización y formación específica en maltrato infantil de los profesionales del equipo de atención primaria.

La prevención y detección precoz.

Detectar factores de riesgo, por medio de la anamnesis y la exploración específica.

Registrar en una ficha, incluida en la historia clínica, los datos de riesgo de maltrato recogidos sistemáticamente en las revisiones del niño sano.

Intervenir siempre que se detecten factores de riesgo, de forma coordinada con el resto del equipo (enfermera,

partera) e interdisciplinaria con Salud Mental y Servicio Social.

Proteger al menor en riesgo grave o maltratado (hospitalización) y denunciar el caso a través de parte de lesiones al Juez de Guardia, notificación urgente a protección de menores y policía, etc.

Reforzar positivamente las habilidades parentales de Buen Trato.

Promueve que cada persona descubra y valore sus propios sentidos y elija lo que es y lo que quiere ser.

Promueve que cada persona construya de forma permanente su propio proyecto de vida.

Promueve que se pueda compartir con otros dentro de los entornos cotidianos.

Promueve que, entre todos y con ternura, se construyan proyectos de convivencia dentro de cada entorno de vida cotidiana.

EL PERSONAL DE SALUD

De la actitud, de los conocimientos y de la humanidad con la que se trate estos casos depende la solución de muchos conflictos. El tiempo para la captación del caso es vital.

1) Factores que facilitan la comunicación: el personal de salud debe tenerlos presentes para mejorar la atención del paciente maltratado

Hay que tener paciencia, brindar el tiempo necesario, estar atento a los gestos, emociones y comportamientos del niño/a, y demostrarle que se lo entiende.

Tener empatía, ponerse en el lugar del otro, demostrar al niño y su acompañante que hay solidaridad y comprensión.

Utilizar un lenguaje claro.

Preguntar adecuadamente: primero preguntas abiertas para poco a poco introducirse en el tema.

Aprender a utilizar el silencio, para que el niño o el acompañante reflexione sobre la información recibida. Comprobar con el diálogo si el otro asimila los conocimientos compartidos y reforzar la información clave.

No juzgar y respetar los sentimientos, religión y cultura.

Eliminar las poses de superioridad.

Intentar mejorar la autoestima y la resiliencia.

Los profesionales de la salud en hospitales públicos o privados que tuvieren conocimiento de casos de agresión están obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de 48 horas de haber llegado a su conocimiento, bajo pena de encubrimiento conforme lo establece la ley.

Apoyo familiar, psicológico y médico.

Para el apoyo psicológico debe tomarse en cuenta lo siguiente:

EL MALTRATO INFANTIL EN EL ECUADOR

De la población del Ecuador (alrededor de 12 millones) un 33% (6 de cada 10), tiene menos de 15 años. En Quito y Guayaquil, 27% de la población de 0 a 10 años (850.000 menores) son castigados al menos una vez por semana, y 1 de cada 3 es víctima de abuso sexual.

150 mil niños/as viven sin sus progenitores, bajo el cuidado de abuelos/as, tíos/as, hermanos o amigos de la familia, por la migración de más de 1 millón de personas entre 1999 y 2001

Las instituciones inscritas en el Ministerio de Bienestar Social reportan: 2.561 menores atendidos en instituciones de Acogimiento Institucional (hasta diciembre 2004) y 471 niños/as viviendo con sus padres privados de la libertad, cifra en aumento (en 2003).

El 65% de menores de 6 años vive en hogares con ingresos menores a 2 USD/persona/día y el 36% en hogares con ingresos inferiores a 1 USD/día/persona: 1 millón 24 mil menores pertenecen a familias con ingresos en límites de pobreza y de ellos 564.500 a familias en extrema pobreza.

Entre los menores de 6 años, 8 de cada 10 viven en la pobreza y tienen riesgo de desnutrición, mientras 1 de cada 10 es desnutrido y vive en pobreza extrema. La Sierra está más afectada, así como la población indígena y rural.

El Índice de Derechos de la Niñez en la primera infancia (IDN-1), que mide el cumplimiento anual de los derechos de la niñez y adolescencia reporta que el puntaje del país subió de 3.9 a 4.3/10, por una ligera disminución de desnutrición en la Costa y un leve aumento en la tasa de educación preescolar

La desnutrición crónica en provincias de la Sierra va en aumento en relación al promedio nacional de hace 20 años. 346 mil menores siguen desnutridos, en especial en Chimborazo (44%). Estos menores pertenecen a grupos vulnerables, con poco acceso a agua potable y saneamiento (27% de familias tiene agua potable y 24% alcantarillado en el área rural), ancestralmente pobres y con bajo nivel educativo (3 de cada 10 no acceden a educación preescolar). La desnutrición disminuye en 30 a 40 % cuando la madre termina la primaria.

Datos del INEC revelan que la talla baja para la edad (señal de desnutrición sostenida en el tiempo) bajó de 27% al 21% en el 2003.

La ENDEMAIN-2004 reporta que las mujeres que viven en áreas rurales, sin educación formal, indígenas y del quintil económico más pobre, tienen en promedio 4 o más hijos, mientras que el promedio de las de zonas urbanas es 3 hijos y el de las que aprobaron un año de instrucción superior o pertenecen al quintil económico de mayores ingresos es de 2 hijos.

El Programa Nuestros Niños (PNN) encontró que los menores pobres tienen serios retrasos motores, verbales y sociales. Cerca de la mitad tiene retraso en motricidad (en especial fina) y lenguaje. 3 de cada 4 no ha logrado el desarrollo adecuado.

26 niños/as mueren por cada 1000 (ENDEMAIN-2004). El 67% que muere antes de cumplir 5 años lo hace en el primer año de vida y el 35% antes de cumplir un mes. La zona de mayor riesgo es la Sierra, seguida por la Amazonia.

El mayor riesgo de morir durante el primer año se ubica en áreas rurales, 32 por mil nacidos vivos (n.v.), en hijos de indígenas (41 por mil n.v.) y analfabetas (48 por mil n.v.). Los hijos de estas últimas tienen hasta tres veces más probabilidades de morir que los hijos de madres con estudios secundarios o superiores.

El 35.9% de mujeres víctimas de malos tratos físicos cuando tuvo menos de 15 años, y un 39.6 por ciento fue testigo de violencia psicológica. Las tasas más altas de violencia se encuentran entre mujeres indígenas y de baja escolaridad. Los causantes del maltrato físico y/o psicológico fueron en su mayoría las madres, padres, hermanos o hermanas.

En 7% de mujeres violadas, la primera vez ocurrió cuando tenía menos de diez años. La mayoría de agresores sexuales fueron personas conocidas por la víctima: 86% en violación y 81% en abuso sexual.

Aunque en Ecuador el maltrato físico es reconocido como forma de castigo, es aceptado en el 60% de familias con niños menores de 5 años, lo que no ha cambiado en los 4 últimos años

En Pichincha

En la DINAPEN de Pichincha (enero–septiembre del 2006) se registraron 283 denuncias y en la Procuraduría 782, correspondientes a 304 niños/as desaparecidos, 67 abandonados, 36 maltratados y 187 recuperados.

UNICEF informa que cada día en la provincia nacen 133 niños/as (9 hijos de adolescentes) y mueren 5 de entre 0 y 17 años.

323.405 menores viven con menos de 2 USD/día.

9.939 niños/as no asisten a primera de básica. 26.724 menores de 5 a 14 años no estudian.

La Fiscalía reporta (2005) que de 117 víctimas atendidas por el Programa de protección para víctimas y testigos 16 fueron niños (14%) y 13 niñas (11%).

14 personas fueron reportadas por trata infantil (término que engloba la venta de niños y adolescentes para lucro pornográfico, prostitución y esclavitud)

LEYES CONTRA EL MALTRATO

La creciente preocupación mundial para generar sociedades más democráticas, equitativas y respetuosas con sus niños/as y adolescentes se ha plasmado en una serie de tratados y convenios para asegurar sus derechos. Ecuador ha suscrito la Convención de los Derechos del Niño y el Protocolo de Palermo (o Reglas de Beijing), y promulgado el Código de la Niñez y Adolescencia; también se creó el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia y se formuló el Plan Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia.

La Constitución Política del Estado (Título Tercero) reconoce a la violencia en contra de la mujer y la familia como un problema social y adopta las medidas necesarias para que se garantice la integridad personal a través de la Ley 103, mediante la prevención y la sanción de la violencia intrafamiliar y demás atentados contra sus derechos y los de la familia

En el Art. 219 (inciso cuarto) dispone que el Ministerio Público velará por la protección de las víctimas, testigos y demás participantes en el proceso penal.

El Código de la Niñez y Adolescencia está orientado al cumplimiento de los derechos del niño/a y adolescente, y fija las respectivas sanciones en caso de incumplimiento, facultando a suspender la patria potestad si el caso lo requiere

Entre las instituciones creadas para velar por los derechos y protección del niño/a y familia están la

ODMU (Oficina de Defensa de los Derechos de la Mujer y la Familia), DINAPEN (Policía Especializada en la Defensa de la Niñez y Adolescencia), COMPINA (Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia), Comisarías de la Mujer y la Familia, CEPAM (Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer), que reciben las denuncias. La Fiscalía se encarga del delito en sí. Junto con los servicios de salud forman la Red contra la Violencia Intra Familiar (VIF).

Personas que pueden avisar: Cualquier persona natural o jurídica que conozca de los hechos podrá proponer las acciones contempladas en esta ley.

Personas que deben denunciar: los agentes de Policía Nacional, el Ministerio Público y los profesionales de la Salud. La denuncia debe ser hecha en un plazo no mayor de 48 horas.

El trámite es gratuito y no requiere de abogado

BIBLIOGRAFIA

- Gómez-Restrepo y cols. Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Centro editorial Javeriano, Bogota 2002.
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del Niño 17 [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.margen.org/ninos/derech41.html>
- Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ministerio de Frente Social. Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador. Instituto Nacional del Niño y la Familia. Centro de estudios de Población y Desarrollo. Resultado de la Encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares EMEDINHO diciembre del 2000. Quito: Abya-Yala.; noviembre. 2000.
- Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador. Segunda edición. Quito-Ecuador S.A.. 2003 : Pp. 17-155.
- Mc.Cofle L. Maltrato Infantil (Eos-Edimsa Ltda. Bogota, Colombia). Pediatrics. 2001; (2): 44-45.

Correspondencia

Av 10 de Agosto 2905 y Selva Alegre Telf: 593 022 521137

fernandocumba@hotmail.com

Maltrato Infantil – 2 – Fernando Cumba

•