

4.260

T.O.
998
T.1

908

TERAPIA INTEGRAL EN NIÑAS CON SINDROME DE MALTRATO INFANTIL DE LA
FUNDACION "NUESTRO HOGAR" EN BOGOTA D.C. (II)

DIANA MILENA GIL GUIO

KATHERINE LIZETH GONZALEZ LEON

CLAUDIA VIVIANA MENDEZ CORTES

MILLIE SUSANA MELENDEZ ALVAREZ

ERIKA TATIANA RODRIGUEZ PEDROZA

SANDRA PATRICIA VELOZA FORIGUA

27-7-01-lev

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTÁ D. C.

2001.

TERAPIA INTEGRAL EN NIÑAS CON SINDROME DE MALTRATO INFANTIL DE LA
FUNDACION NUESTRO HOGAR EN BOGOTA D.C.(II)

DIANA MILENA GIL GUIO
KATHERINE LIZETH GONZALES LEON
MILLIE SUSANA MELENDEZ ALVAREZ
CLAUDIA VIVIANA MENDEZ CORTES
ERIKA TATIANA RODRIGUEZ PEDROZA
SANDRA PATRICIA VELOZA FORIGUA

Director

MARCELA ORTEGA

Psicopedagoga, Centro de Estudios Psicopedagógicos

Asesor Metodológico

SANDRA TOVAR

Odontóloga, Especialista en Epidemiología

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.

2001

El trabajo de grado titulado TERAPIA INTEGRAL EN NIÑAS CON SINDROME DE MALTRATO INFANTIL DE LA FUNDACION NUESTRO HOGAR EN BOGOTA D.C.(II) por las alumnas GIL GUIO DIANA MILENA, GONZALES LEON KATHERINNE LIZETH, MELENDEZ ALVAREZ MILLIE SUSANA, MENDEZ CORTES CLAUDIA VIVIANA, RODRIGUEZ PEDROZA ERIKA TATIANA, VELOZA FORIGUA SANDRA PATRICIA, es presentado como requisito para optar el titulo en Odontología General.

Director


Asesor Metodológico

Bogotá, D.C. 2001

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
1.ASPECTOS TEORICO-CIENTIFICOS	
1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2.JUSTIFICACION	1
1.3.PROPOSITO	2
1.4.MARCO TEORICO	3
1.4.1. GENERALIDADES	3
1.4.2. FACTORES QUE GENERAN EL MALTRATO DEL NIÑO	4
1.4.3. RASGOS DISTINTIVOS DEL NIÑO MALTRATADO	5
1.4.4. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL	6
1.4.4.1. Violencia Intrafamiliar	6
1.4.4.2. Violencia y maltrato a nivel escolar	12
1.4.4.3. Abuso Sexual	17
1.4.5. EXAMEN SEXOLOGICO FORENSE	22
1.4.6. ABORDAJE TERAPEUTICO DEL MENOR MALTRATADO	26
1.4.7. ATENCION MEDICOPSIQUIATRICA AL MENOR MALTRATADO	32
1.5. OBJETIVOS	33
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	33
1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	33
2. METODO	34
2.1.TIPO DE ESTUDIO	34
2.2.POBLACION	34
2.3.VARIABLES	34
2.4.INSTRUMENTO	34

2.5. PROCEDIMIENTO	34
3. RESULTADOS	38
4. CONCLUSIONES	45
5. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFIA	49

INTRODUCCION

La violencia es tan antigua como el ser humano. En sus orígenes la agresividad era utilizada por las personas como una forma de defensa contra las cosas que le eran desconocidas. Con el transcurrir del tiempo la violencia se transformó y tomó matrices inimaginables: Guerras, torturas, violaciones, muertes, las cuales están presentes a lo largo de nuestra historia. En la actualidad la violencia es, la mayoría de las veces, reflejo de la inconformidad del individuo con el mundo, con lo que es o no pudo ser, de la pobreza crítica, la inconsciencia, falta de educación. Sea cual fuere la causa, las consecuencias de la violencia la sentimos a diario en nuestras ciudades, hogares, escuelas y comunidades. La violencia se ha convertido en una manera de comunicación: el padre o la madre le pegan al hijo porque desconocen cómo educarlo con amor, la maestra(o) le grita al alumno por falta de herramientas que le permitan formar al niño, entendiendo sus necesidades y destrezas de acuerdo a su edad y madurez; el peatón ofende al conductor o viceversa porque esto ya se ha adoptado como la única vía para el entendimiento y la defensa de sus derechos, el niño (a) golpea a su compañero o hermano, porque no ha aprendido otra manera de comunicarse con ellos. En muchas ocasiones los muchachos (as) creen encontrar en un arma la manera de hacerse visibles en una sociedad que les ignora, discrimina o abandona. Los niños se han convertido en las principales víctimas de la violencia. Otras de las tantas formas que adopta la violencia en nuestro país, para que midamos el grado de indefensa de la infancia son:

Secuestros, mendicidad, maltrato por drogas, por poder, niños de la calle, indocumentados, sectas satánicas, discriminación, abusos judiciales, falta de protección

institucional, traslado y retención ilícita, delincuencia, abandono, violencia intrafamiliar, televisión cargada de mensajes violentos, sistemas de educación precario y a veces inaccesible, el no acceso a la información y la cultura, falta de lugares para la recreación, explotación laboral, desnutrición, servicios de salud ineficaces, padres asesinos, violaciones, incestos, educación sexual llena de prejuicios, tabúes y desinformación.

1. ASPECTOS TEORICO-CIENTIFICOS.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El maltrato, la negligencia, y el abuso contra una población vulnerable como lo son los niños son graves problemas a nivel mundial y nacional; factores de creciente preocupación siendo necesario que el gobierno, los sectores de la educación y la salud, avancen en la identificación de factores de riesgo en la detección de casos y en el desarrollo de programas de prevención, atención e intervención del maltrato.

¿Los profesionales de la salud oral enfocan su atención en el niño maltratado abarcando los aspectos tanto físicos como psicológicos de forma integral?

1.2. JUSTIFICACION.

Desde mucho antes que fuese introducido en la sociedad el grupo de conceptos que se refieren de una u otra forma al maltrato infantil, el abuso físico, mental y emocional contra la infancia ya constituían un fenómeno que venía registrándose con regularidad al interior de las instituciones, la familia y la sociedad.

En el curso de las últimas décadas se ha discutido el tema de **Maltrato Infantil** en sus diferentes formas, teniendo en cuenta que se presenta en todos los estratos sociales con frecuencia en las clases menos favorecidas, debido a múltiples factores como la falta de educación en padres, niños y personas allegadas al núcleo familiar, **despertando** una conciencia colectiva sobre la importancia de detectar, prevenir y sancionar ejemplarmente y también de manera oportuna las diversas manifestaciones de maltrato infantil a nivel mundial.

Dentro de las razones por las cuales el tema de maltrato infantil se ha escabullido con facilidad a las investigaciones se encuentra que este por lo general se desarrolla en los espacios más íntimos de la convivencia familiar.

Las consecuencias de maltrato infantil se hacen visibles a mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial y físico de los niños afectados. Con gran frecuencia detrás del problema de aprendizaje, comportamiento, agresividad y vagancia se esconden situaciones de maltrato, abuso y abandono en el pasado. Es claro que los daños emocionales causados al individuo en su edad más temprana pueden significar **MARCAS IMBORRABLES** que tienen evidencia en una limitación en su ajuste social y personal.

Por esto se ha querido realizar una terapia integral dirigida a este grupo de la población colombiana que se ve afectada por los diferentes tipos de maltrato, para que por medio de las actividades lúdicas recuperen la confianza y el amor en si mismas la cual les ha sido arrebatada en la edad más vulnerable que tiene cualquier ser humano como lo es la infancia y que el cuidado de su boca sea el inicio para la recuperación de su autoestima, pues la boca y su cuidado juega un papel importante en la vida diaria de las personas.

1.3. PROPOSITO.

Describir el comportamiento presentado en las niñas a través de actividades de promoción y prevención, donde se contribuye al desarrollo integral de niños vulnerables a estas agresiones físicas y psicológicas; proporcionándoles estrategias a través del juego, de reconocimiento de sí

mismo, enfatizando su higiene general y oral, para que de esta manera adquieran la preocupación por si mismos y por medio de las experiencias de esta terapia lograr que los niños manifiesten sus temores y deseos.

Así mismo se busca transmitir todos aquellos conocimientos a profesionales de la salud como del área social, para no quedarnos como simples espectadores de lo que sucede a nuestro alrededor como lo es el aumento de las agresiones a menores de edad sino actuar con un grupo integral (psicólogo, psicopedagogo, trabajadora social, padres de familia y demás), con la finalidad de solucionar todos aquellos temores que van a impedir el desarrollo integral de los pequeños.

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1. GENERALIDADES

El niño maltratado se define como una persona humana que se encuentra en el periodo de una vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales provenientes de sujetos que por cualquier motivo tengan relación con ellos. Algunos sectores de la sociedad han entendido el maltrato infantil como parte del modelo familiar de educación - disciplina. En tal orden de ideas, existen quienes argumentan que, en términos de un castigo a los hijos "desobedientes", es una practica cultural en nada cuestionable. Pero en las definiciones generales sobre el concepto, se olvida con frecuencia que además del maltrato físico, es cada vez mayor la violencia intrafamiliar que causa en el niño un daño emocional, psicosocial. Se entiende también las consecuencias en el

niño del abandono y la negligencia. Hoy en día se incluye el maltrato y el abuso sexual, además de las agresiones verbales como parte de un más equilibrado concepto de maltrato infantil.

Según UNICEF: “Entiende a los menores, víctimas del maltrato y el abandono, como aquel segmento de la población conformada por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años (sufren ocasionalmente o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sean en el grupo familiar o en las instituciones social). El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales o colectivos e incluye el abandono completo o parcial”.

Para la FEDERACION IBEROAMERICANA CONTRA EL MALTRATO INFANTIL: “Es una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales, producidas por factores multicausales, interactuales y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, integro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional”.

Para el DIF_PREMAN: “Son menores de edad que enfrentan y sufren ocasionalmente y habitualmente actos de violencia física, emocional o ambas ejecutada por omisión o acción, pero siempre en forma intencional, no accidental por padres, tutores o personas responsables de estos”.

1.4.2. FACTORES QUE GENERAN EL MALTRATO DEL NIÑO

En muchas ocasiones los agresores, generalmente los padres o tutores, tuvieron descendientes que los maltrataron lo cual dio como resultado que crecieran con lesiones físicas y emocionales

que los condujeran a la creencia que no eran “buenos” lo que conlleva a que sus sentimientos sean de rechazo y subestimación de sí mismos que los hace deprimidos e inmaduros. La frustración de los padres casi siempre deriva en castigo hacia sus hijos ya que en ellos descargan sus tendencias negativas.

El agresor es un sujeto inadaptado que se cree incomprendido y que puede ser impulsivo y capaz de originar en el hogar una situación de violencia frente a sus hijos en momentos de crisis o circunstancias graves al sentirse presionados por leve o imaginaria que sea la amenaza y que dirigen su agresividad o frustración hacia los pequeños (KEMPE, 1990)

“Se encuentra el factor familiar, donde se puede notar circunstancias que generan malos tratos a los niños cuando estos no han sido deseados, cuando son el fruto de uniones extramatrimoniales, cuando son adoptados; generalmente en las familias en que hay niños maltratados la vida es desordenada, existe inestabilidad, crisis económica, conductas antisociales, enfermedades, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficientes o mal preparados, condiciones de hacinamiento. Aunque pueden haber casos en familias con buena estabilidad económica”. (CH: KEMPE. 1962)

1.4.3. RASGOS DISTINTIVOS DEL NIÑO MALTRATADO

Generalmente son mayores de tres años; la mayor parte de ellos (se ignora la causa) son varones que presentan un aspecto triste, indiferente, temeroso o asustadizo y descuidado, es notorio su mal estado, generalmente como consecuencia de traumatismos y negligencias tanto afectivas

como alimentarias. Muestran trastornos de conducta tales como micción involuntaria, debilidad mental, encefalopatías , anemias agudas y temor a la proximidad de un adulto.

En el niño maltratado se encuentran signos clínicos como: hemorragias cutáneas y subcutáneas de cara, excoriaciones, heridas infectadas, alopecia, quemaduras, tumefacción de nariz, dientes fracturados, mucosas lesionadas por la introducción brusca de biberones o chupos, que pueden ser causa de la caries de biberón.

1.4.4. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.

1.4.4.1 Violencia intrafamiliar

Se entiende por violencia intrafamiliar toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia (en relación de poder) que perjudique el bienestar, integridad física o psicológica o a la libertad o el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia.

La ley 575 de 2000 reforma de la ley 294 de 1996 considera la violencia intrafamiliar de la siguiente manera:

“Toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico o psicológico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra agresión por parte de otro miembro familiar, teniendo derecho a pedir protección inmediata al comisario de familia o en ausencia de éste al juez civil municipal”.

La legislación comprende como familia aquella que se constituye por vínculos familiares o jurídicos, y para efectos de sistematización se entiende como el núcleo conformado por padres e hijos.

La alta prevalencia de violencia intrafamiliar en Colombia, indica que es un problema en salud pública con implicaciones serias para la salud física de mujeres, hombres y niños quienes no solo son partícipes sino testigos y a su vez víctimas de la violencia experimentada al interior de la familia.

A pesar de la enorme magnitud de los registros y casos reportados que acuden al Instituto de Medicina y Ciencias Forenses en Colombia, debe saberse que la prevalencia estudiada, posiblemente no refleja la realidad debido a que en ocasiones no se denuncian o se desiste del proceso por diversas razones, entre otras la vergüenza, autculpabilidad, lealtad al agresor, intimidación, minimización del daño. La alta prevalencia y la gravedad de la violencia intrafamiliar quedan demostradas por las consecuencias en la salud física y emocional de quienes la experimentan, produciendo efectos fatales y de gran impacto a largo plazo. Estas consecuencias no solo implican consulta especializada sino que se han visto asociadas con la policonsulta (consultador crónico) en los diferentes servicios de salud.

Quienes estudian el vínculo entre violencia intrafamiliar y salud, reportan que ella implica una carga sustancial para los problemas de atención, ya que es el predictor más fuerte de visitas al médico y el de mayor costo en las consultas externas. Las mujeres maltratadas por ejemplo, buscan dos veces mas al médico que las no maltratadas.

En el año 1999 se evaluaron a nivel nacional 62.123 lesionados por violencia intrafamiliar, el mayor porcentaje correspondió a casos de violencia conyugal (67%). Seguido por violencia entre otros familiares (17%), maltrato a menores de edad (16%) y su tasa fue de 149 por 100.000 de habitantes. En la distribución del numero de casos reportados al Instituto de Medicina Legal por

violencia intrafamiliar, ha predominado el género femenino (81%) el 91% de las consultas por maltrato conyugal, 63% de las riñas entre otros familiares y 55% de los menores de edad maltratados. Se ha mantenido constante la razón de un hombre lesionado por cada cuatro mujeres examinadas por violencia intrafamiliar; durante 1999 se observó el mismo fenómeno y si bien el número de casos de hombres aumentó y el de mujeres disminuyó hasta la tasa de mujeres (237 por 100.000 habitantes) fue cuatro veces superior a la registrada en los hombres (58 por cada 100.000 habitantes).

En cuanto a distribuciones varias; se obtiene la distribución según mecanismo casual, donde se encuentra que el 69% (42.285) de casos de violencia intrafamiliar se logró registrar el elemento con el que se lesionó a la víctima, de estos registros se estableció que la mayor proporción de lesiones se produjo con mecanismo contundente (86%), como puños y patadas y otros tipos de golpes, seguido del mecanismo cortocontundente (7%), mecanismo cortopunzante (3%) y otros elementos en los que se incluyen las armas de fuego o elementos químicos (4%). Por género el 89% de las mujeres fueron lesionadas con elemento contundente seguido del mecanismo cortocontundente en el 6%. El 73% de los hombres (7.771) fue lesionado con elemento contundente, seguido del elemento cortocontundente con 13%. A los menores de edad no solamente se les lesionó con elemento contundente (83%) sino también con armas de efecto letal.

En cuanto se refiere a la distribución temporal, es decir según el promedio mensual de casos, en 1.999 fue de 5.177, equivalente a 173 casos diarios. Cabe anotar que en marzo se presentó la mayor proporción de casos de maltrato al menor, conyugal y entre otros familiares.

En lo referente a la distribución geográfica se puede establecer que para 1.999 se estableció una tasa nacional de 149 lesionados por 100.000 habitantes en conflictos de violencia intrafamiliar; y que en la totalidad de los departamentos se observó que el elemento contundente fue el arma, mecanismo más utilizado. Los municipios que presentaron tasas más altas fueron en orden descendente: Choconta (895), 83% más alta que la tasa nacional (149), Leticia, Barbosa, Chiquinquirá, Vélez, Tunja, San Gil, Pto. Carreño, Cáqueza, Garagoa y Pto. Boyacá entre otros. (Fuente: Instituto de Medicina Legal).

Como parte de la violencia intrafamiliar se encuentra:

- **Violencia física**

Forma de agresión física intencional, producida por la aplicación de la fuerza física ejercida por los padres hacia los hijos, entre cónyuges, familiares y personas que conviven en el interior de ella. Produciendo en el cuerpo del agredido una lesión variable, esta puede ir desde un hematoma o laceración hasta manifestaciones de mayor gravedad incluso la muerte.

Cuando los niños presentan algunas de las señales que se indican a continuación, es importante sospechar que están siendo víctimas de maltrato físico y es indispensable averiguar si han sido hospitalizados varias veces o remitidos a consulta por “accidente”; estos son algunos indicadores:

- Hematomas o contusiones en diferentes estados de cicatrización
- Hematomas subdurales
- Marcas o señales de golpes en cara, labios, nariz, brazos y piernas
- Cicatrices que muestren los objetos con que fueron golpeados (correa, cable, etc.)
- Quemaduras de grado I, II, III

- Quemaduras de cigarrillo
- Cicatrices o marcas de lazo
- Fracturas mal cicatrizadas o no tratadas
- Hemorragia de retina
- Dislocación de hombros y codos
- Lesiones de boca
- Heridas linguales, palatinas y labiales
- Fractura de maxilar
- Fracturas dentales
- Luxaciones, abulsiones

- **Violencia psicológica**

Se refiere al tipo de agresión de la vida afectiva del niño, lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones, traumas de orden emocional, en forma temporal o permanente.

Se clasifican en:

- Maltrato psicológico leve: reparable a corto plazo de tratamiento
- Maltrato psicológico moderado: requiere intervención prolongada
- Maltrato psicológico grave: no tiene tratamiento, las secuelas son irremediables

Características:

- Angustia marcada ante el llanto de otro niño
- Agresividad o negativismo
- Temor de ir a casa o escuela

- Temor a padres o adultos
- Excesiva quietud
- Tartamudeo
- Tics
- Hipocondría, miedos o fobias
- Falta de actividades explorativas
- Rechazo a la ayuda
- Intentos de suicidio
- Temor a estar solo
- Agresivo, irritable o malgeniado
- Pensativo, retraído y se distrae con facilidad
- Puede manifestar cambios en sus hábitos alimenticios y/o sueño

En cuanto a los excesos se encuentra la sobreprotección y la sobreestimulación, con relación a los defectos, la carencia afectiva, la depravación encubierta y la falta de estimulación.

- **Negligencia y abandono**

Se entiende como tal, la ausencia de cuidado físico y psicológico en grupos de población que por su condición indefensa requieren la protección de otras personas de la familia. Pueden tener recuperaciones emocionales, sociales o físicas cuando puedan brindar alimentación, educación, salud y cuidado para garantizar al niño un desarrollo bio-psico-afectivo normal.

En cuanto se refiere a las modalidades se encuentra:

- Abandono físico relativo

- Abandono físico absoluto
- Abandono moral
- Incumplimiento en la educación
- Incumplimiento en las obligaciones alimentarias
- Negligencia en la crianza
- Exposición a la accidentalidad doméstica
- Exposición a la accidentalidad callejera
- Descuido en atención dental
- Descuido en atención médica
- Descuido en la higiene y cuidado personal
- Aislamiento
- Desnutrición
- Síndromes específicos

1.4.4.2. Violencia y maltrato a nivel escolar

(Rodrigo Parra Sandoval)

El maltrato escolar y el abuso de la autoridad por parte de los maestros a través de los castigos físicos, humillaciones, tratos degradantes y abusos sexuales permanecen ocultos la mayoría de las veces, amparados en la figura de autoridad del maestro y en el silencio cómplice de los estudiantes y sus familiares por temor a otros problemas.

Los maestros le gritan a los alumnos por falta de herramientas que le permitan formar al niño. Generalmente este maltrato da lugar a la deserción escolar, el bajo rendimiento académico, el

incremento de la violencia al interior de las instituciones educativas y el estímulo de conductas homosexuales en los menores. Muchas son las preguntas que se pueden hacer sobre el tema: ¿Cumple la escuela colombiana con su papel actual de “templo del saber y de la formación de ciudadanos para la democracia y la paz”? ¿Ofrece la escuela colombiana una cultura alternativa que contrarreste, desde su ángulo de competencia, la cultura de la violencia en que vive el país?; ¿Puede hablarse de una pedagogía violenta?, ¿De una escuela violenta?.

La escuela ha sido concebida como la institución donde se dan procesos de creación y distribución del conocimiento. Todo esto, sin olvidar su papel de formadora de ciudadanos, ya que en la escuela se viven procesos de aprendizaje de la vida en sociedad.

Dos fenómenos son esenciales para la comprensión de la violencia escolar, el primero es la formación de valores relacionados con la tolerancia social, la habilidad para convivir con otros, el respeto por las diferencias individuales, culturales y religiosa, políticas y grupales y la capacidad para resolver los conflictos por medio del diálogo y la negociación. El segundo fenómeno apunta a la organización de la justicia en el mundo escolar, los trabajos comprendidos demuestran que los dos fenómenos son extremadamente débiles en la escuela colombiana: la tolerancia se enseña pero no se practica, los mecanismos de justicia son inexistentes o insuficientes y el poder se ejerce de manera autoritaria e inapelable. Cuando estos dos mediadores entre el poder-tolerancia fallan, los conflictos se resuelven por el medio de la fuerza, de la violencia, con la consecuencia del maltrato.

Las observaciones e investigaciones realizadas en las escuelas del Quindío, Risaralda; Valle y Bogotá, muestran no solo que la violencia física ha desaparecido, si no que es una faceta abrumadora de la conducta escolar. Se observaron dos modalidades: la tradicional, ejercida por los maestros y la institución sobre los alumnos debida a la concepción autoritaria de la educación; y la nueva violencia ejercida por la comunidad o los alumnos sobre el docente, por los alumnos sobre los alumnos y la derivada de lo que

podría llamarse la crisis “ ética de los maestros”. De la violencia tradicional podemos destacar lo siguiente:

- Violencia física y verbal en la relación maestro-alumno, presente en la escuela oficial primaria y secundaria.
- Aunque algunos maestros aceptan que la violencia pedagógica existe, la mayoría niega la violencia escolar y más bien se habla de violencia de la sociedad.

La violencia tradicional que el maestro ejerce se puede resumir en tres formas siguientes:

- Acción física del maestro sobre el alumno por causas disciplinarias o de aprendizaje dentro del aula y fuera de ella.
- Regaño constante a la llegada al colegio, al comenzar las clases, la entrada de recreos, las reuniones de padres de familia, el regaño como pedagogía.
- La humillación como forma de castigo, de hacer sentir la autoridad, o como forma extrema del regaño, la humillación como pedagogía.

Hay formas de violencia física que aunque se causan en la escuela se trasladan a otros aspectos como la familia. Llamar a los padres ha dejado de ser una herramienta pedagógica para pasar a

convertirse en una amenaza para el alumno y una manera de trasladar a los padres la ejecución de la violencia física.

Como factores asociados a la violencia, intolerancia y desafecto se encuentran los siguientes:

ALUMNOS

- Competencia por notas, fuerza física, status socioeconómico
- Egoísmo, individualismo, envidia
- Indebidas presiones del grupo
- Dominancia del mas fuerte
- Desprecio por el estudiante responsable, estudioso, colaborador (inversión de valores)
- Desprecio del pobre y humilde
- Desprecio por aspecto físico e incompetencia

PADRES

- Dificultad para aceptar que el hijo es diferente
- Relación con base en el dominio y el temor
- Dialogo deficiente o incomunicación
- Despreocupación o desconocimiento de las actividades escolares de los hijos
- Relaciones afectivas deficientes en el hogar
- Uso inadecuado de premios y castigos
- Reproducción de patrones de crianza inadecuados
- Incapacidad para demostrar afecto

- Desconocimiento de las necesidades del niño
- Incapacidad para demostrar excesos emocionales

DOCENTES

- Desconocimiento de las características de cada alumno y abuso de poder
- Trato al alumno como objeto del proceso
- Falta de dialogo y comunicación
- Desconocimiento de los derechos de los alumnos
- Discriminación social, económica, sexual y ética reflejada en la relación, evaluación
- Desinterés por problemas emocionales de los alumnos
- Resentimiento de clase social

ADMINISTRATIVOS

- Intolerancia y relaciones tensas
- Falta de respeto e inadecuada atención
- Preferencias y discriminación por motivaciones externas al servicio: regalos, intereses netamente materiales y económicos.
- Falta de colaboración y compromiso con acciones educativas

DIRECTIVOS DOCENTES

- Desconocimiento de los intereses e inquietudes de los alumnos y falta de preocupación por la problemática estudiantil
- Temor y resistencia a la participación
- Autoritarismo en relación y procesos (reglamentos, imposiciones, decisiones arbitrarias)

- Subvaloración del joven y de sus capacidades
- Abusos de autoridad
- Politiquería

COMUNIDAD

- Falta de confianza y subestimación de niños y jóvenes
- Negación de oportunidades para desempeñar roles protagónicos
- Desconocer la incidencia en la problemática del joven
- Desconocimiento de las condiciones físico- ambientales
- Desconocimiento y desprecio por los derechos del niño
- Desconocimiento de la fase de socialización del estudiante

1.4.4.3. Abuso sexual

Es el contacto e interacciones entre un niño y un adulto, es decir cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor. Cualquier contacto erótico sexual al que sea sometido un niño (experiencia para la que no cuenta con suficiente madurez bio-psico-social) por parte de un adulto.

“El abuso sexual constituye la degradación física y psíquica del niño, deteriorando las cualidades básicas de personalidad, fundamental y directamente a la identidad y la discriminación. Se generan efectos psicosociales de tipo traumático, despertando sentimientos de impotencia, rabia,

dolor, perplejidad, que tienden a ser evitados mediante la negación y o creencia de que estos hechos no ocurren”. (Rosa Zarina Loureiro Molán, 1999)

Entre las conductas físicas más comunes tenemos:

- Violación (penetración en la vagina, ano o boca con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona)
- Penetración digital
- Exposición (mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada, como en el exhibicionismo)
- Coito vaginal o anal
- Caricias (tocar los genitales de otro, incluyendo forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración)
- Contacto genital oral
- Obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con animales

En las situaciones familiares encontramos:

- Ausencia de padres biológicos
- Incapacidad o enfermedad de la madre
- Conflictos entre padres
- Relaciones pobres, escasas o deficitarias por algún motivo con los padres
- Padrastrós

Las reacciones más comunes en las víctimas pueden ser:

- Resistencia continua de los niños
- Inicialmente no presentan reacción y luego ponen resistencia
- Resistencia solo al principio, luego resistencia pasiva y luego accesibilidad desde el principio.

“Un 30% de las víctimas no le cuentan a nadie pues se teme la reacción de los demás ante la revelación, por sentimientos de culpabilidad o por vergüenza.

Uno de cada dos menores que ha sufrido el abuso sexual elige como confidente a un amigo, y uno de cada cinco a la madre (las madres no están casi nunca involucradas en los abusos sexuales de sus hijos). Ninguno recurre a la policía jueces o abogados”. (Amaia del Campo, 1988)

Los efectos iniciales (desconfianza y vergüenza) aparecen dentro de los dos años siguientes a la agresión. A partir de este momento se habla de efectos a largo plazo. Entre el 60% y el 80% de las niñas víctimas se ven afectadas en diferente grado, por la agresión, siendo la edad en que más sufren entre los 7 y los 13 años. Solo entre un 20% y un 30% permanecen estables emocionalmente después de la agresión.

Los efectos a largo plazo (ansiedad y depresión) son comparativamente menos frecuentes y dependen de factores como el tipo de abuso, la relación con el agresor y sus estrategias, la edad, duración, frecuencia, etc. La depresión es la patología mas claramente relacionada con los abusos sexuales. Los estudios efectuados al respecto demuestran que quienes lo sufrieron durante la infancia es más probable que tengan depresiones durante la vida adulta.

Las ideas de suicidio, los intentos de suicidio y los suicidios consumados también son mas probables en quienes han sido víctimas de abusos sexuales. Los abusos sexuales provocan también sentimientos de estigmatización, aislamiento y marginalidad que disminuye con frecuencia la autoestima de quienes lo sufrieron.

La ansiedad, la tensión y las dificultades en los hábitos alimenticios están asociados también con una mayor frecuencia a este tipo de traumas infantiles. Las dificultades de tipo relacional, en especial de los hombres, los padres o los propios hijos, acompañan también con cierta frecuencia estas sintomatologías. Es frecuente que la víctima sienta hostilidad hacia las personas del mismo sexo que el agresor. La víctima de abusos sexuales en la infancia esta también predispuesta a sufrir abusos sexuales por su pareja u otros en su etapa adulta, también se han confirmado otros efectos relacionados con la sexualidad; dificultad para relajarse, anorgasmia, promiscuidad, explotación sexual. (López y del Campo, 1999).

Para los agresores tenemos que son mayoritariamente varones, oscilando los porcentajes entre un 80% y un 92% según las investigaciones, generalmente se trata de hombres adultos y jóvenes incluyendo adolescentes.

Estas son algunas características de los agresores:

- Son precoces, casi la mitad tubo su primer comportamiento de abuso antes de los 16 años
- Aparentemente son personas normales, pero presentan problemas de socialización y serias carencias en valores sociales

- Suelen ser agresivos retraídos y muy insensibles
- Tienen una escasa capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y compartir sus sentimientos(empatía). (Blanca Vasquez, 1998).

“Los agresores usan el engaño, la persuasión o la presión psicológica para conseguir que los niños acepten este tipo de conductas. “El engaño y el chantaje emocional son las estrategias mas utilizadas por los agresores”. Estos agresores no usan la violencia, ya que basándose en su autoridad de adultos, padres, maestros, consiguen involucrar a los niños en sus actividades sexuales. Otro tipo de agresor es el que usa la violencia o diferentes formas de agresión. Su deseo no esta orientado exclusivamente hacia los niños, pero estos tienen un especial atractivo para ellos porque son más fáciles de doblegar y dominar sin riesgos para el agresor”. (Felix López, 1999)

No hay síntomas exclusivamente vinculados al abuso sexual, aunque si ciertos sintomas asociados a ellos. Se definen los siguientes:

- Indicadores físicos: aunque con frecuencia los abusos sexuales no producen lesiones físicas, entre los indicadores y lesiones de este tipo, se encuentran el sangrado en genitales o ano, las fisuras anales, los hematomas, las infecciones urinarias o el dolor al sentarse o andar. También se presentan problemas de sueño o alimentación y el embarazo en adolescentes.
- Conductas. Aislamiento social, desconfianza relacional, conocimiento y o práctica de conductas sexuales no propias de la edad, lenguaje sexual, masturbación excesiva, agresividad, delincuencia, drogadicción, problemas escolares.

- Emociones. Síntomas de ansiedad, terrores nocturnos, depresión, sentimiento de culpa, miedo a los adultos o a un adulto específico, agresividad, conflictos familiares. (Félix López 1998)

1.4.5.EXAMEN SEXOLOGICO FORENSE

(Marta Agudelo Yepes)

El dictamen médico legal en los casos de delito sexual constituye una prueba de gran importancia dentro de la investigación ante todo por medio de una adecuada exploración clínica complementada por exámenes paraclínicos cuando sea necesario.

Dada la importancia de la anamnesis, se hace énfasis en la versión de los hechos suministrada por la víctima y su acompañante (muchas veces única fuente de información) por su gran utilidad no solo para la intensificación de lesiones si las hay sino para establecer o destacar nexos de casualidad entre los hallazgos clínicos en el evento materia de investigación. Obviamente, es claro que a quien compete determinar si se cometió el delito es la autoridad.

En el caso de víctimas de delito sexual, el examen médico se inicia en el mismo momento de la anamnesis, ya que esto permite al perito evaluar el estado emocional y mental del individuo, mientras este responde a preguntas específicas acerca del evento traumático. La capacidad del examinado para entender y responder de manera adecuada a las preguntas entre otros aspectos, permiten ir valorando la presencia en el ofendido de condiciones de inferioridad psíquica que le impiden comprender la relación sexual, trastorno mental, o de una posible perturbación psíquica a partir del hecho.

Por último se insiste en que un buen médico forense debe ser ante todo un buen clínico, lo cual hace que la anamnesis deba ser incluida dentro de la historia clínica del paciente víctima del delito sexual. Conviene recordar que el código de procedimiento penal vigente (decreto 2700 de 1991) hace hincapié en su artículo 67, en el que el dictamen policial debe tener claridad, precisión y detalle así como fundamento en sus conclusiones.

- Para el efecto del examen forense, en la práctica se acostumbra a dividir el cuerpo en tres áreas: genital, paragenital y extragenital:
- Area genital: comprende genitales externos e internos, región del ano, el recto y el perineo
- Area paragenital: comprende el tercio superior de la cara interna de los muslos, las nalgas y la porción baja del abdomen
- Area extragenital: se refiere al resto del cuerpo

Las estructuras anatómicas anteriormente mencionadas, deben ser cuidadosamente evaluadas por el médico forense para detectar aquellos cambios que correspondan a lesiones producidas por maniobras sexuales.

Para efectos del examen sexológico en mujeres, se debe explorar la vulva, horquilla vulvar, labios (mayores y menores), clítoris, meato urinario e himen. En algunas ocasiones se hace necesario el tacto vaginal y o la especuloscopia.

Para efectos del examen sexológico en hombres, además de las estructuras externas del área genital, el pene es de especial importancia por lo cual se hará referencia a esta porción anatómica que en el lenguaje forense se denomina también miembro viril. Deben ser examinadas todas las partes que lo componen (glande, prepucio, surco bálano prepucial y frenillo) en búsqueda de

lesiones en el varón víctima del delito sexual en el cual se efectúan maniobras masturbatorias lesivas, se debe hacer especial énfasis en la búsqueda de alguna alteración anatómica que pueda ser producto del trauma ocasionado por el agresor.

El dictamen sexológico tanto para víctimas del sexo femenino (examen ginecológico forense) como para víctimas del sexo masculino (examen andrológico forense) se puede englobar dentro de un protocolo de dictamen sexológico forense que además de aportar una pauta metodológica y su respuesta final, permite que el examinador tenga siempre en cuenta los puntos básicos a tratar.

El protocolo en mención incluye 7 puntos básicos a saber:

- **Anamnesis:** Razón por la cual un paciente asiste al examen médico forense. Se debe obtener información concreta sobre puntos de interés, siempre son datos referidos por el paciente o acompañante y se deben consignar textualmente, se anota en pocas palabras, citando las expresiones del paciente entre comillas. Es indispensable anotar hora y fecha de los hechos, maniobras sexuales efectuadas o sospechadas, si hubo suministro de alguna sustancia a la víctima o si estuvo bajo el efecto de sustancias (bebidas) embriagantes o similar. En los pacientes menores resulta útil interrogar sobre lo que sintió en su cuerpo enfatizando en el área genital. En adolescentes y mujeres adultas se debe incluir la información sobre antecedentes gineco obstétricos, fecha de la última regla, embarazos, partos, abortos, vida sexual activa, fecha del último coito voluntario, métodos de planificación, enfermedades venéreas, etc. En el caso de jovencitas se sugiere tomar esos datos en ausencia del acompañante.

- **Valoración de edad:** se efectúa de acuerdo con las pautas establecidas para el dictamen de edad, siendo obligatoria su práctica en personas menores de 18 años y en niños. En adultos que presenten documento de identidad se puede omitir el protocolo completo.
- **Dictamen de lesiones personales:** las lesiones en áreas paragenitales y extragenitales se manejan de acuerdo al protocolo para lesiones personales: naturaleza de la lesión, dimensiones, localización, incapacidad y secuelas si es el caso. Cuando no se encuentran signos recientes de violencia, anotar “no se encuentran signos externos de lesión reciente que fundamenten una incapacidad médico legal”.
- **Examen del área genital y anal**
- **Embarazo**
- **Contaminación venérea**
- **Alteración psíquica**

En cuanto a las lesiones en el área genital, algunos autores proponen la presencia de la madre acompañante o un auxiliar de enfermería cuando se haga el examen genital, para resguardar al perito de las denuncias malintencionadas o interpretaciones que pretenden atribuir al médico forense un desgarramiento himeneal como consecuencia de maniobras exploratorias.

1.4.6. ABORDAJE TERAPEUTICO DEL NIÑO MALTRATADO

El trabajo terapéutico con el niño maltratado y su familia (o quien haga sus veces) deberá realizarse estructuralmente y a largo plazo en los tres niveles mencionados por Kaplan (1980), al hacer referencia a la prevención, atención primaria, secundaria y terciaria, con relación a la magnitud del problema.

Se considera importante mencionar algunas de las técnicas posibles para ser utilizadas en el abordaje y manejo de esta problemática tanto a nivel de la familia como del mismo niño. Sin embargo es necesario hacer las siguientes precisiones:

- Siempre en una situación de maltrato encontramos dos instancias, el niño y su familia (parientes, escuela, institución); de ahí que la atención deba proporcionarse en los niveles individuales y grupal en cada caso.
- El niño o niña siempre tendrán un grupo socio-familiar de referencia.
- Existirá por consiguiente en toda situación de maltrato un maltratante dialéctica “patológica” que el tratamiento y la terapéutica deberán intervenir.
- Se necesita la realización de una investigación sobre el perfil psicológico que permita detectar algunas características tanto del hombre como de la mujer con mayores posibilidades de incurrir en el maltrato.

El trabajo deberá orientarse a los tres niveles de atención preventiva así:

- **Prevención primaria:** Orientada a reducir la frecuencia de trastornos en la comunidad se trabajará con familias, los jóvenes y los padres para prevenir la aparición del problema en su vida futura.

- Prevención secundaria: Consiste en el manejo del problema, es decir, en el tratamiento psicoterapéutico de los niños maltratados.
- Prevención Terciaria: Dirigida a manejar las “secuelas” del maltrato, principalmente en la edad adulta, manifestada psicológicamente en diversas patologías, comportamientos, rasgos de personalidad o formas inadecuadas de ajuste al medio.

El objetivo de este trabajo terapéutico consiste en apoyar, informar, esclarecer, enseñar modos de relación, resolver situaciones desarrollar la creatividad y reflexión de afectos. Existen técnicas psicoterapéuticas tradicionales y alternativas. En las primeras, se trabaja a través de la palabra, se habla, se dialoga, se confronta. Son las llamadas técnicas verbales, tales como la psicoterapia dinámica y psicoanalítica las cuales pueden ser enfocadas individual o grupalmente según las necesidades del paciente.

Las técnicas terapéuticas alternativas, son llamadas así en virtud de ofrecer al paciente otros medios de expresión diferentes a la palabra, por lo cual también son llamadas técnicas expresivas. Entre ellos esta la musicoterapia, danzoterapia, el psicodrama, la expresión corporal, la terapia por el arte, terapia por el juego, las cuales por sus elementos diferentes y los recursos terapéuticos que manejan permiten una rápida “puesta fuera” de la dinámica conflictiva por la que atraviesa la víctima del maltrato, o la familia o adulto maltratado.

Por lo tanto, con un enfoque complementario entre las técnicas verbales y las alternativas, es posible lograr un mejor abordaje integral de esta problemática. El siguiente paso consistirá en implementar una propuesta de abordaje terapéutico del maltrato infantil mediante técnicas

alternativas, en las que se integren objetivos y fines que permitan una verdadera alternativa de tratamiento al niño maltratado.

A continuación se describirán una de las técnicas expresivas más utilizadas:

- **La musicoterapia**

Esta es una técnica expresiva no verbal y activa que a través de elementos musicales y sonoros, corporales, tiene por objeto establecer o mejorar los vínculos con el terapeuta y grupo y facilita al paciente la movilización de situaciones personales o interpersonales de tal manera que pueda crear otros canales de comunicación en casos donde lo verbal no produce resultados.

Mediante su "que hacer" musical, el paciente juega a la expresión de sus emociones, las cuales al ser puestas afuera permiten ser comprendidas, contribuyendo de esta manera una mayor integración del individuo consigo mismo y con el medio.

En esta técnica la música es considerada un "instrumento" como lo es el lenguaje en las terapias tradicionales. De acuerdo con Fregtman (1991), en musicoterapia existen tres lenguajes para la manifestación de los conflictos:

- Lenguaje sonoro: sonidos, ruidos, entonación
- Lenguaje corporal: gestos, posturas, ademanes, movimientos
- Lenguaje verbal: discurso del paciente.

Desde esta perspectiva la comunicación del paciente es global y no lineal, como es tradicional en las terapias verbales, lo cual permite que el músico terapeuta trabaje con la expresión integrada

de estos tres niveles y rescate el papel de las emociones y la importancia del cuerpo y sus sonidos en el proceso terapéutico, además el cuerpo mismo como portador de los primeros vínculos objétales se constituye en un elemento de primer orden en la musicoterapia en cuanto a cuerpo sonoro lugar de resonancia de la historia individual.

El hecho de abordar los aspectos expresivos, emocional y corporal hace de esta técnica terapéutica una excelente herramienta complementaria para el tratamiento integral del niño maltratado ya que en general es alguien que no tuvo una vinculación lo cual influye en la expresión de sus emociones.

Con estos niños debe utilizarse preferiblemente la musicoterapia grupal para reparar las dificultades que a nivel social hayan tenido durante su desarrollo. Respecto al enfoque grupal, Pavosky(1981) dice que los niños y adolescentes son los que más se benefician en los grupos donde pueden realmente configurar toda una "gesta de tipo social" del proceso adaptativo porque no tienen modelos estructurados ya caracterizados como el adulto. Además, un chico tiene mas posibilidad de cambio en un grupo que el adulto, según el mismo autor.

En la musicoterapia el termino "no verbal" no se refiere al hecho de excluir la palabra sino que es el medio de comunicación prioritario pues están primero el sonido, el ritmo, la música y el cuerpo en esta técnica, al incorporarse lo "lucido" se convierte en el espacio facilitador de la expresión del niño mediante la utilización de diferentes técnicas como la improvisación musical, los juegos sonoros, actividades rítmicas y la expresión sonoro corporal de sentimientos, puede ayudarle a asimilar las experiencias dolorosas o traumáticas que tuvo que soportar pasivamente.

En la mayoría de los casos al poderlas vivir nuevamente en un encuadre terapéutico que además de brindarle contención la permitirá hacer una ‘‘corrección emocional’’ mediante esa revivencia en lo cual lo emocional es expresado a nivel corporosonoro - musical.

Así mismo las actividades rítmicas o de movimiento, le ayudan a que las tensiones internas actúen generalmente mediante la palabra, las cuales son difíciles de elaborar.

Permite además, expresar la hostilidad sin peligro ni culpa al manipular los instrumentos musicales y depositar en ellos su agresividad e impulsos que a veces se les dificulta controlar. Muchos de los niños maltratados por el abandono al que han sido expuestos generalmente presentan actitudes de falsa independencia, lo que se refleja en el trabajo musical, pues, o no se integran al grupo o no cambian de actividad musical o rítmica por no estar seguro de lo que hacen y abrigar el temor de fracasar.

En términos generales la musicoterapia en el trabajo con niños con dificultades emocionales y déficits del desarrollo, tienen de acuerdo con Robinson (1968) los siguientes objetivos:

- Promover la salud emocional y el desarrollo
- Brindar maneras aceptables para expresar hostilidad y agresión
- Ofrecer oportunidades para manifestar habilidades y logros
- Crear una relación de persona a persona
- Ayudar a la recuperación de los déficits del pasado
- Relajar a los niños tensos y rígidos
- Apoyar al Yo

- Crear la confianza en sí mismo
- Ayudar a su socialización.

- **Terapia para el juego**

Como se sabe, el juego es una categoría absoluta, permanente. Pero la palabra juego es un término inestable, ya que estos cambian su contenido y sus formas, con el cambio de generaciones. Los hombres siempre jugaban, siguen jugando y continuaran haciéndolo mientras exista la humanidad. Los juegos no conocen fronteras. Se divulgan con mucha facilidad superando las montañas, los desiertos, bosques e incluso los océanos. Ultimamente, mas y más especialistas llegan a la siguiente conclusión: a través del juego resulta más fácil comprender cualquier información que por medio de las clases tradicionales.

Por esto la terapia del juego es una ayuda importante en este mundo: EDUCAR a los niños y adolescentes. Se reconoce que prácticamente cualquier niño y adolescente posee tan enorme potencial de capacidad de percepción y aprendizaje de la información que viene de fuera, que solamente puede ser comparado con el que tienen las personas excepcionales a las que consideramos como genios.

Realizar juegos que normalmente se llaman "juegos activos". Este nombre lo han recibido porque están formados sobre distintos movimientos y su particularidad característica es el papel claramente expresado que desempeña la actividad motora de los distintos jugadores. Los juegos activos son un medio perfecto del desarrollo de la velocidad, fuerza, destreza y flexibilidad. en la actividad de los jugadores se combinan dos importantísimos factores: por una parte ellos

participan en una actividad practica: se desarrollan fisicamente, se acostumbran a actuar independientemente; por otra parte, adquieren una satisfacción moral y estética en esta actividad. Todo esto favorece al desarrollo de una personalidad integra. El indicio principal que distingue a la mayoría de los juegos es su carácter consciente.

Los juegos activos se caracterizan como un medio de educación pedagógico complejo, de diferente orientación según su influencia. La complejidad se refleja en la formación de los hábitos motores, desarrollo y perfeccionamiento de cualidades vitales importantes, tales como física, intelectuales y morales.

Estas técnicas han sido utilizadas recientemente en nuestro medio (Ramírez y Cols, 1992) para mejorar el autoconcepto y autoestima en el grupo de preadolescentes pertenecientes a sistemas familiares disfuncionales, como un miembro usado de SPA, habiendo sido demostrada como una técnica adecuada para mejorar dichos aspectos (Alvaro Ramírez, 1993)

1.4.7. ATENCION MEDICA Y PSIQUIATRICA DEL NIÑO MALTRATADO

Una vez realizados los reconocimientos, las pruebas y los análisis y ya determinada la naturaleza y las secuelas de la lesión física, se tomaran las providencias médicas adecuadas para el caso concreto y se procederá a la tarea de rehabilitación que corresponda conforme al órgano o función afectada, cualquiera que sea la naturaleza de la lesión el tratamiento específico, corresponderá determinarlo al especialista.

Como hemos dicho, los malos tratos pueden producir afecciones físicas en este caso, obviamente procede la atención psiquiátrica a fin de proporcionar al niño maltratado superar los estados

psíquicos originados por las agresiones y de tener oportunidad para incorporares a la sociedad en condiciones positivas.

No es la ocasión ni los conocimientos lo permiten, para hacer un extenso análisis de la tarea rehabilitatoria medica solo queremos manifestar que consideramos que la atención medica y psiquiátrica constituyen el elemento más importante para lograr la rehabilitación de los niños maltratados.

1.5.OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el comportamiento presentado por las niñas en la Fundación Nuestro Hogar como resultado de actividades de promoción y prevención tendientes a la mejora de su autoestima.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar actividades lúdicas encaminadas a la promoción de salud oral.
- Identificar el comportamiento de las niñas por medio de las actividades realizadas.

2. METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

2.2. POBLACION

18 niñas entre las edades de 4 a 12 años pertenecientes a la Fundación Nuestro Hogar

2.3. VARIABLES

- Edad
- Sexo
- Características Físicas
- Características Orales
- Características comportamentales

2.4. INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento "Ficha de Comportamiento", donde se consideraron los datos correspondientes a las variables propuestas (ver anexo N 1).

2.5. PROCEDIMIENTO

Se realiza una continuación de la monografía TERAPIA INTEGRAL EN NIÑAS CON SINDROME DE MALTRATO INFANTIL EN LA FUNDACION NUESTRO HOGAR EN SANTAFE DE BOGOTA, manejando los mismos criterios con énfasis en

reconocimiento de cavidad oral e instrucción de higiene oral por medio de actividades lúdicas.

Un mes después de finalizar las actividades del grupo anterior en la institución, se realiza la primera visita con el fin de hacer un reconocimiento al área y darnos a conocer ante directivas y grupo de niñas. Se acordó con las hermanas realizar un cronograma de diferentes actividades programadas durante dos meses, cada quince días, (Miércoles 9 a 11 AM).

Los talleres iniciaron el día 8 de Noviembre del 2000 con la presentación del grupo y cada una de las niñas realizando una dinámica que consistió en decir su nombre, edad, aspiraciones y pasatiempos, creando así una buena relación e integración del grupo.

La reacción de las niñas ante esta actividad fue de entusiasmo y gran expectativa, ya que se mostraron ansiosas ante la idea de volver a retomar las actividades.

Sé continuo el día 22 de Noviembre del 2000 con la realización de una obra de títeres "La muelita, utilizando como materiales: títeres en icopor, tubos pvc, sabanas, muñeca odontóloga y títere paciente. En esta presentación se busco lograr un reconocimiento de cavidad oral, caries dental, técnicas y métodos de higiene oral, alimentos, amigos y enemigos de los dientes e importancia de visitar al odontólogo con frecuencia.

En el intermedio de la obra se brindo a las niñas un refrigerio bajo el nombre de "juguemos con los alimentos cariogenicos y no cariogenicos", colocando sobre una mesa todos los alimentos que luego fueron clasificados por las niñas en saludables y no saludables.

En el taller del 29 de Noviembre del 2000 se realizo la actividad "recordemos con la arcilla", utilizando arcilla de varios colores, recipientes con agua, papel periódico y ropa adecuada para la actividad, clasificando a las niñas por edades de la siguiente manera:

- 4 a 6 años
- 7 a 9 años
- 10 a 12 años

Siendo cada grupo orientado y dirigido por dos alumnas, donde se observaba el comportamiento y la mortalidad desempeñada por cada una de las niñas, con el fin de que plasmaran por medio de la arcilla lo que logro captar su atención de la obra de títeres. Al final se expusieron los trabajos y se pide a cada niña que lo identifique y describa él porque lo realizo frente a sus compañeras.

El día 13 de Diciembre del 2000 se realizo la actividad de instrucción de higiene oral y control de placa bacteriana, utilizando como materiales un modelo de cavidad oral, liquido revelador de placa bacteriana, dientes naturales, espejos faciales, crema dental, cepillo de dientes, seda dental y enjuague bucal. El procedimiento que se llevo a cabo se inicio con el reconocimiento de cavidad oral, identificando las partes del diente y sus estructuras anatómicas adyacentes, continuando con una charla animada sobre placa bacteriana(como reconocerla, prevenirla y combatirla), utilizando las técnicas y métodos de higiene oral (correcto cepillado, uso de crema dental, cepillo adecuado y seda dental). Para el reconocimiento de la placa bacteriana se le aplico a cada niña liquido revelador en la parte anterior de la lengua, indicándoles que fuera llevada a todas las superficies dentarias tanto superiores como inferiores, explicándoles que las

partes del diente con mayor coloración indicaban acumulo de placa bacteriana, por lo cual se debe prestar mayor atención en esas zonas en el momento del cepillado.

La sesión finalizo con la toma de fotografías a cada una de las niñas observando el índice de placa bacteriana presente en cavidad oral.

El 27 de diciembre del 2000 se realiza una fiesta con motivo de la celebración de Navidad y año nuevo, buscando integrar mas al grupo.en esta fiesta se llevo a cabo un concurso de baile, juegos, rifas y refrigerio que consistió en una torta de helado, gaseosa y galletas, al finalizar se le hizo entrega a cada niña de un regalo sorpresa.

Al termino de cada actividad se diligencio el instrumento de recolección de datos “Ficha de Comportamiento” para cada una de las niñas que participaron en el taller.

3. RESULTADOS

Las actividades que se realizaron en el grupo de niñas pertenecientes a La Fundación Nuestro Hogar, entre la edad de 4- 12 años, nos permitieron observar resultados positivos y negativos en el comportamiento de cada una de ellas.

Se hace énfasis en la actividad de reconocimiento de cavidad oral e instrucción de higiene oral, observando que algunas niñas presentaron cambios en su comportamiento antes durante y después de la actividad realizada, se seleccionaron seis niñas según los diferentes comportamientos presentados en las actividades realizadas que serán descritos a continuación.

MARIANA* 10 años

Es una niña que presenta un bajo nivel de tolerancia, le gusta asumir liderazgo ante un grupo, se muestra rebelde y violenta con las personas desconocidas.

- **Antecedentes** :Presenta un núcleo familiar destruido, la separaron de sus padres y hermanos. Sus primos la intentaron abusar sexualmente, al llegar a la institución tuvo que ser separada de su hermana mayor, quien era para ella su mamá, ingreso a esta con sus hermanas menores donde asumió el papel de madre, lo que hizo que se convirtiera en una persona adulta en cuerpo de niña.
- **Característica físicas y orales**: Buena presentación personal, buen aseo general. Se observó exfoliación de temporales(74,75,84,85). Acumulo de placa bacteriana generalizada, obturaciones en amalgama del 36,16.
- **Características comportamentales**:Ingreso a la institución el día que se realizaba el taller “juguemos con arcilla” en compañía de sus hermanas menores, inicialmente se mostró tímida y calmada, pero al sentirse tan asediada por sus compañeras cambio su comportamiento, sintiéndose la líder del grupo y optando por no realizar la actividad propuesta. En las siguientes actividades mejoro su comportamiento, mostrando interés en lo que se explicaba y al realizar la practica con el espejo para indicar el índice de placa bacteriana colaboro y realizo la actividad. En la celebracion de la Navidad estuvo animada hasta el momento en que se le llamo la atención por algo que no debía hacer, la actitud de ella fue retirarse de la actividad y volvió al finalizar cuando se estaba haciendo la entrega de regalos, el cual fue rechazado.

* Los nombres han sido cambiados para proteger su identidad.

MARISOL* 9 años

Es una niña tímida, que presenta problemas de motricidad fina y gruesa, deprivación de estímulos e inseguridad.

- **Antecedentes:** El núcleo familiar es su madre. Bajos recursos económicos. Mientras su madre trabajaba ella debía asumir el papel de ama de casa realizando las labores domésticas que se le impusieran. A pesar de la situación, su madre, la quiere muchísimo, pero fue declarada en abandono por lo cual se llevó a la institución.
- **Características físicas y orales:** Buena presentación personal. A nivel del cuero cabelludo presentaba liendras. Se observó coronas de acero en el diente 74, obturaciones en amalgama del 36, 26.
- **Características comportamentales:** Siempre se mostró interesada, colaboradora y animada por hacer los talleres, a pesar de su bajo desarrollo intelectual y de motricidad. Demostró ser una niña que buscaba cariño e intentaba llamar la atención por medio de quejas. En la celebración de Navidad se mostró tan feliz, que tal vez por no mostrarle la atención que ella quería se orinó. Su comportamiento siempre fue estable en los talleres desarrollados.

* Los nombres han sido cambiados para proteger su identidad.

VANESSA* 10 años

Es una niña con capacidad de liderazgo, presenta desconfianza hacia personas desconocidas e inestabilidad emocional acompañada de miedo.

- **Antecedentes:** Padres separados. La niña reporta haber sido abusada por parte de su padre, ingresa a la institución, donde su familia nunca la viene a visitar, así que por esto le da miedo hablar y niega todo lo sucedido para poder volver con sus padres y hermanos.
- **Características físicas y orales:** Buena presentación personal. Presentaba aparatos de ortodoncia, sellantes en los dientes 16, 36 y 46. Muy buena higiene oral.
- **Características comportamentales:** En los talleres realizados se observó un comportamiento de antipatía y poca colaboración, ya que durante la fiesta se caracterizó por ser la mejor en baile, pero mostró una actitud negativa ante la entrega del regalo. No se logró una empatía entre la niña y el grupo durante las actividades realizadas. Es algo extraño ya que es una de las niñas más queridas y sociables en la institución.

* Los nombres han sido cambiados para proteger su identidad.

LAURA* 6 años

Es una niña que presenta agresividad con sus compañeras, aislamiento social, muy madura para su edad.

- **Antecedentes:** Es una persona que todavía no tiene claro quien es su madre biológica, aparentemente fue abusada sexualmente y maltratada. Su agresividad se debe a que su madre maltrata con frecuencia a sus hermanos.
- **Características físicas y orales:** Buena presentación personal. A nivel de cavidad oral presenta caries activa de molares inferiores, erupción parcial de molares permanentes superiores e inferiores.
- **Características comportamentales:** Se observo por parte de la niña que es muy colaboradora, inteligente, atenta y demostró violencia en el taller de “juguemos con arcilla”, ya que le quitaron el trabajo realizado. En la actividad de Instrucción de higiene oral se encontraba castigada, por lo cual estuvo aislada y miraba desde lejos. A pesar de no estar presente en todas las actividades se observo el cambio de comportamiento, y el interés por su boca.

* Los nombres han sido cambiados para proteger su identidad.

ESPERANZA * 8 años

Es una niña con un ritmo de aprendizaje lento a nivel grupal, pero a nivel individual es bueno. Se muestra insegura, consentida, colaboradora y se refugia en la succión de su dedo pulgar.

- **Antecedentes:** Convivía con su madrastra que la consentía mucho, su padre la maltrataba físicamente, sufrió un golpe en la cabeza, se cree que esta sea la causa de su ritmo de aprendizaje.
- **Características físicas y orales:** Estatura alta para su edad, buena presentación personal. Se observó acumulo de placa bacteriana, paladar ojival, vestibularización de dientes anteriores superiores, obturaciones en amalgama del 26, apiñamiento de anteriores inferiores.
- **Características comportamentales:** Se mostró atenta, colaboradora e interesada por los diferentes talleres realizados. En la charla de instrucción de higiene oral se vio distraída, poco participativa ya que busca refugio en su dedo pulgar. A pesar de ser una niña distraída, se observó su interés por aprender que tan importante puede ser el cuidado de su boca, y los cuidados que debe tener.

* Los nombres han sido cambiados para proteger su identidad.

NANCY* 10 años

Es una niña inteligente, atenta, activa y muestra interés por aprender cosas nuevas.

- **Antecedentes:** Vivía con su padre, pero por motivos de trabajo debía dejarla sola con sus hermanitos, por esto decide irse de la casa. Su padre la quiere mucho al igual que a sus hermanos, pero por tal motivo, la niña es llevada a la institución donde esta un tiempo y se le da la custodia a su tía, con la cual vive en estos momentos.
- **Características físicas y orales:** Buena presentación personal, estatura media. Se observo sellantes de premolares parcialmente erupcionados, obturación en amalgama del 26 y 36. Apiñamiento de anteriores inferiores.
- **Características comportamentales:** Fue una niña muy participativa, que se preocupaba por realizar los talleres y siempre terminaba las actividades antes que las demás. Preguntaba el porque de las cosas y siempre quería saber mas del tema que se trataba. Fue una líder positiva frente al grupo. Se observo la importancia dada al cuidado de su boca e interés por saber todo sobre cavidad oral.

* Los nombres han sido cambiados para proteger su identidad.

4. CONCLUSIONES

- Es posible trabajar con este tipo de niñas y con profesionales del área social, teniendo en cuenta, que antes de abordar su sistema estomatognatico se debe dar prioridad a la parte psicológica de cada una de las niñas.
- Se observaron los diferentes comportamientos de las niñas en cada una de las actividades y se logro establecer la posible causa de este.
- Por medio de actividades lúdicas encaminadas a la promoción y prevención integral de salud se brindo a las niñas una orientación adecuada para el manejo de sus hábitos orales.
- La destreza que adquieren las niñas a través de las técnicas de higiene, permitieron crear en ellas hábitos sanos enfatizando que será el medio mecánico mas efectivo para eliminar la placa bacteriana.
- Se hace indispensable la ayuda de profesionales psicólogos que ayuden a la interpretación de los diferentes comportamientos presentados por las niñas, en busca de dar una mejor orientación en el momento en que se realizan las actividades.

5. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que en las practicas de la clínica de odontopediatria se capacite a los alumnos en el manejo del niño para que estén en capacidad de identificar si es maltratado y de igual forma se le brinde un trato optimo sin llegar a convertirse en el futuro maltratador del pequeño.
- Que el Colegio Odontológico Colombiano este en la capacidad de ser una institución notificadora del maltrato infantil, y junto con la colaboración de programas y proyectos de vida como lo es hoy en dia el programa HAZ PAZ de Presidencia de la República se logre iniciar una red de ayuda para dar solución a todos aquellos conflictos.
- Es indispensable que en el área de Salud Publica se brinde una capacitación a los estudiantes ya sea por medio de foros, seminarios o conferencias con profesionales idóneos, para que estén en la capacidad de orientar y presentar alternativas que favorezcan la resolución de problemas para que el niño se sienta apoyado en la búsqueda de nuevas alternativas.
- Se hace imprescindible la participación de padres y acudientes en el proceso que se lleva a cabo en los niños que padecen este síndrome, con el fin de brindar al menor una terapia optima y un beneficio en su hogar.

- Es estratégico aprovechar la injerencia directa que tiene el personal del sector salud en el núcleo familiar, recalcando que la paz empieza en el interior de cada hogar, trabajando en una parte básica en mejora de la sociedad y lograr así, brindar un mejor futuro a nuestros niños.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre:

Edad:

Sexo:

Antecedentes:

Características físicas:(Aseo personal y presentación personal)

Características orales: (fracturas, maloclusiones, anomalías de estructura, color, caries, restauraciones).

Características Comportamentales:(Estado de ánimo, accesibilidad, relación interpersonal,)

Antes

Durante

Después

BIBLIOGRAFIA

- AGUDELO Yepes Marta. Guía practica para el dictamen sexologico forense. Instituto de Medicina Legal. Sección de Divulgación e Informática científica. 1993.
- DAVIS HOLLY. Child abuse and Neglect. Atlas of Pediaatra physical diagnosis. The Mosby Co.St. Louis Toronto,1987. Pag 15-41.
- CONVENIO DE DEFENSORIA DEL PUEBLO. Fundación FES. Los derechos de la infancia y la adolescencia. Santafe de Bogota. 1995.
- CUADROS ISABEL. El maltrato infantil en Colombia. Alternativas de solución. Asociación para la Defensa del Menor Maltratado.
- EL DRAMA DE LA NIÑEZ MALTRATADA EN COLOMBIA. Asociación para la defensa del menor maltratado.
- INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL. Violencia Intrafamiliar en Colombia.1998.
- LOPEZ Sánchez, Felix. Abusos sexuales a menores. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Madrid 1996.

- LOPEZ Sánchez, Felix y del Campo Sánchez Amaia. Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para los educadores Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ediciones Salamanca 1997.
- MONOGRAFIA Terapia Integral en niñas con síndrome de Maltrato Infantil en Santafe de Bogota.2000.
- PASCUAL Andreu, Carmen. El niño como testigo y víctima. 1997.
- RAMIREZ Alvaro Enrique. Trabajo terapéutico en el menor maltratado.1993.
- [WWW.RIONET.COM.AR/Maltrato Infantil/Quess](http://WWW.RIONET.COM.AR/Maltrato%20Infantil/Quess).