

191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

T.C.
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

00878

**TERAPIA INTEGRAL EN NIÑAS CON SINDROME DE MALTRATO
INFANTIL DE LA FUNDACION NUESTRO HOGAR
EN SANTA FE DE BOGOTA**

**SILVIA ALEJANDRA ERAZO CERON
MARIA FERNANDA FLOREZ CAICEDO
BELKIS MARINA JAIMES MALDONADO
BIBIANA MARCELA MOLINA DONCEL
CAROLINA PAREDES SAAVEDRA
ANDREA LUCIA YEPES OCHOA**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.
2000.**

**TERAPIA INTEGRAL EN NIÑAS CON SINDROME DE MALTRATO
INFANTIL DE LA FUNDACION NUESTRO HOGAR
EN SANTA FE DE BOGOTA**

**SILVIA ALEJANDRA ERAZO CERON
MARIA FERNANDA FLOREZ CAICEDO
BELKIS MARINA JAIMES MALDONADO
BIBIANA MARCELA MOLINA DONCEL
CAROLINA PAREDES SAAVEDRA
ANDREA LUCIA YEPES OCHOA**

**Directora
ELIZABETH REYES MEDINA
Psicóloga – Universidad INCCA**

**Coodirectora y Asesor Metodológico
ELBA MARIA BERMUDEZ QUINTANA
Odontóloga, Magister en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.
2000.**

**TERAPIA INTEGRAL EN NIÑAS CON SINDROME DE MALTRATO
INFANTIL DE LA FUNDACION NUESTRO HOGAR
EN SANTA FE DE BOGOTA**

**SILVIA ALEJANDRA ERAZO CERON
MARIA FERNANDA FLOREZ CAICEDO
BELKIS MARINA JAIMES MALDONADO
BIBIANA MARCELA MOLINA DONCEL
CAROLINA PAREDES SAAVEDRA
ANDREA LUCIA YEPES OCHOA**

**Trabajo de grado presentado como requisito
para optar el Título de Odontólogo**

**Directora
ELIZABETH REYES MEDINA
Psicóloga – Universidad INCCA**

**Coodirectora y Asesor Metodológico
ELBA MARIA BERMUDEZ QUINTANA
Odontóloga, Magister en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.
2000.**

Trabajo de grado **TERAPIA INTEGRAL EN NIÑAS CON SINDROME DE MALTRATO INFANTIL DE LA FUNDACION NUESTRO HOGAR EN SANTA FE DE BOGOTA**, elaborado por **SILVIA ALEJANDRA ERAZO CERON, MARIA FERNANDA FLOREZ CAICEDO, BELKIS MARINA JAIMES MALDONADO, BIBIANA MARCELA MOLINA DONCEL, CAROLINA PAREDES SAAVEDRA y ANDREA LUCIA YEPES OCHOA**, ha sido aprobado como requisito de grado parcial para optar el Título de Odontólogo.

Asesor Científico

Asesor Metodológico

Director del Departamento de
Investigación y Salud Pública

Bogotá D.C., Octubre de 2000.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Hermanas Pasionistas de la Fundación Nuestro Hogar. Hermana Martha Alicia Loaiza Directora, y a las niñas ante todo por su gran colaboración y disposición para cada una de las actividades realizadas.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
1. ASPECTOS TEORICO – CIENTIFICOS	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACION	1
1.3. PROPOSITO	4
1.4. MARCO TEORICO	4
1.4.1. Generalidades	4
1.4.2. Niños y adolescentes maltratados	6
1.4.2.1. Pautas de detección del maltrato	6
1.4.3. Violencia Intrafamiliar	7
1.4.3.1. Tipos de violencia intrafamiliar	7
1.4.3.1.1. Física	7
1.4.3.1.2. Psicológico	9
1.4.3.1.3. Abuso sexual	11
1.4.3.1.4. Negligencia y abandono	13
1.4.3.1.5. Económica	15
1.4.3.1.6. Violencia y maltrato en la escuela	15
1.4.3.1.7. Violencia y maltrato en los servicios de salud	21
1.4.4. Prevenir y tratar el maltrato a los niños	22
1.4.5. Abordaje terapéutico del menor maltratado	33
1.4.6. Aspectos legales sobre la niñez en nuestro país	40
1.4.7. Odontología sin maltrato	49
1.5. OBJETIVOS	55
1.5.1. Objetivo General	55
1.5.2. Objetivos Específicos	55
2. METODO	56
2.1. TIPO DE ESTUDIO	56
2.2. POBLACION	56
2.3. DEFINICION DE VARIABLES	56
2.4. INSTRUMENTOS	57
2.5. PROCEDIMIENTO	57
3. RESULTADOS Y DISCUSIONES	60
4. RECOMENDACIONES	64
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

Este proyecto se realizó con el fin de tener un acercamiento más directo con niñas que han sufrido el síndrome de maltrato infantil para mejorar su autoestima, calidad de vida por medio de terapias las cuales incluyen autoreconocimiento, desarrollo de motricidad fina y gruesa; en cuanto a odontología se refiere instrucciones de higiene oral y prevención.

Posteriormente este trabajo servirá para obtener experiencia en la práctica profesional no sólo mirar al paciente a nivel oral como un ser integral.

Ante la imposibilidad de solucionar este problema dada su complejidad, sería una gran satisfacción si se logra tocar en la conciencia de todo profesional de la salud, el compromiso frente a un reto que va más allá de la atención inmediata de casos individuales y que llenan la atención sobre la importancia de la prevención a nivel social y familiar.

1. ASPECTOS TEORICO – CIENTIFICOS

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato, la negligencia y el abuso contra la población vulnerable son graves problemas a nivel mundial, nacional y 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 detención de casos y en el desarrollo de programas de prevención, atención e intervención del maltrato.

Los profesionales de la salud oral no deben enfocarse solamente a nivel oral si no tomar al niño como un ser integral abarcando especialmente el aspecto psicológico y físico.

1.2. JUSTIFICACION

Estando conscientes de que el maltrato a los niños es un aspecto de violencia y es sistemático de una enfermedad cada vez más arraigada en la sociedad, se puede dar cuenta desde un primer momento que a pesar de ser parte de la vida cotidiana rehusa a identificarlo haciendo más difícil su abordaje, prevención y erradicación.

A raíz de esto se decide crear una alternativa como una terapia psicológica enfocada a nivel odontológico y por medio de ella sacarlos de sí mismo para que puedan convivir en la sociedad.

Lesiones no fatales por maltrato a menores de edad, Colombia 1997.

El maltrato al menor es un mal social; año tras año, ha presentado un aumento progresivo, durante 1994 fueron registrados 4.545 casos, cifra duplicada en los 3 años siguientes, alcanzando los 9.279 casos en 1997. En este año, la proporción de maltrato al menor representó el 16% del total de violencia intrafamiliar. Los casos evaluados en 1997, equivalen a una tasa de 23 por 100.000 habitantes, ligeramente mayor a la presentada en 1996 (21 por 1000.000 habitantes).

Distribución según edad y género

El maltrato al menor afectó más a las niñas (53%) que a los niños (47%). De los casos con registro de edad (9.040), el grupo de 5 a 11 años, representó el 58% del total de menores maltratados; igualmente en este grupo se presentó la tasa más alta de este evento. Los menores de 5 años representaron el 19% del total de casos de maltrato.

Distribución según agresor

Casi la mitad de los casos denunciados y evaluados en el Instituto, correspondió a menores lesionados por el padre (42%), una cuarta parte de las agresiones provienen de la madre (25%), en proporción similar, (23%) producida por otros

miembros de la familia ó personas encargadas del cuidado del menor (abuelos, tíos, primeros, etc.), es de resaltar que el padrastro ocasiona el 13% de lesiones.

Distribución geográfica

El maltrato al menor se denuncia con más frecuencia en los departamentos de grandes núcleos urbanos; 68% de los casos por maltrato al menor, provienen de ciudades capitales. Los casos de maltrato al menor varían en los diferentes departamentos, entre 5 (Vichada) y 2.972 (Santa Fe de Bogotá). Las tasas más altas se presentaron en Amazonas (93 por 1000.000 habitantes), San Andrés (62), Quindió (60) y Santa Fe de Bogotá (49). Se observó un aumento en el número de casos y tasa en los departamentos de Cundinamarca y Bolívar, principalmente. En las capitales, se destacó el incremento en Santa Marta en el número de hechos y tasa; en el último año, triplicó a la de lesiones por maltrato al menor. El incremento en el número de casos evaluados por el Instituto, presentó una mayor proporción (13%) en los hechos provenientes de ciudades y municipios diferentes a las capitales del país; para ellos el incremento fue del 11%.

En algunos departamentos como Guaviare, la proporción de maltrato infantil es mayor a la registrada por maltrato conyugal ó entre otros familiares, como en Amazonas, esto indica que los dictámenes médico legales en los casos de maltrato, presentan valores importantes. El mismo comportamiento descrito anteriormente, se presentó en Santa Marta, Aguadas, Ríosucio y Roldanillo.

1.3. PROPOSITO

Se ha decidido crear una propuesta de modelo en salud oral donde se contribuye al desarrollo integral de niñas vulnerables a estas agresiones físicas y psicológicas, proporcionándoles una mejor calidad de vida a través del juego, del reconocimiento de sí mismo, enfatizando su higiene general y oral; para que de esta manera comiencen a recuperar su autoestima, y adquieran preocupación por sí mismos, y por medio de las experiencias de esta terapia lograr que los niños manifiesten sus temores y deseos.

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1. Generalidades

Importancia de la detección del maltrato infantil.

Se considera maltrato todas aquellas faltas de cuidado, atención y amor que afectan la salud física y mental, el maltrato físico, el abuso, explotación sexual y las injusticias de todo orden que ejercen sobre los niños y niñas (menores de 18 años), las personas responsables: Padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general.

Si bien, la protección de la infancia es una tarea que corresponde a todos y cada uno de los miembros de la sociedad, se hace un llamado para ofrecer las garantías mínimas de prevención y atención inmediata e integral, cada una de las

víctimas de este maltrato, sólo así se podrá esfuerzos por una cultura de respecto al infante y al adolescente como sujeto de derechos.

Con la popular frase "Los niños son el futuro de Colombia", los menores son mirados como un proyecto de vida y no como una realidad presente. Los niños son el presente de Colombia, son la evidencia de lo que el Estado, la sociedad y sus familias les han dado.

Con gran frecuencia, los menores deben responder a las necesidades y deseos de los adultos, se abusa fácilmente de su condición de niño, desconociendo sus potencialidades, necesidades y motivaciones. La sumisión al adulto, su estado de indefensión y de soledad le impiden identificar y actuar oportunamente para auto-protegerse ante el maltrato y el abuso sexual.

La relación entre padres e hijos y entre adultos y niños, en la historia de todas las sociedades, ha sido relación fundamentalmente autoritaria. Los padres conocen poco de las necesidades afectivas, intelectuales y sociales de sus hijos y aún sobre los valores éticos que deben transmitir para facilitar su convivencia. La falta de claridad en las normas y valores da lugar para que la supervisión, la orientación y la comunicación sean deficientes, llegando a ser negligentes en la formación ética de los niños y adolescentes.

1.4.2. Niños y adolescentes maltratados

Se considera por maltrato infantil toda forma de perjuicio o abuso físico o psicológico, descuido, omisión ó trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el acoso y abuso sexual, las torturas, los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de los que ha sido objeto el niño o adolescente por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que tenga relación con el menor.

La violencia ejercida contra los niños y las niñas en el hogar no es un fenómeno exclusivo de la sociedad contemporánea. Se asocia con las prácticas de crianza y las expectativas que los padres depositan en sus hijos.

El maltrato infantil tiene que ver no sólo con el espacio familiar si no que se proyecta a través de la dimensión social donde ha de encontrarse las garantías para una calidad de vida adecuada.

1.4.2.1. Pautas de detección del maltrato

Los padres por lo general:

- Relatan una historia: Que no explica la lesión; contradictoria e incoherente; de lesiones repetidas.

- Se muestra renuentes a suministrar información.
- Revelan una conciencia inadecuada de la gravedad de la situación.
- Demora injustificada para buscar atención médica.
- Reflejan una actitud de desapego en relación con el niño.
- Pierden con facilidad el control de sus actos.
- Fueron maltratados en algún momento de su vida.
- Abusan de las drogas o alcohol.

1.4.3. Violencia Intrafamiliar

Alude a todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Son todas aquellas conductas que por acción u omisión ocasionando daño físico y psicológico a otro miembro de la familia, impidiendo su desarrollo armónico e incurriendo en una violación de sus derechos. Caracterizados por medio de la agresión, la coacción física, la manipulación psicoafectiva e imposición de decisiones, encubiertas bajo el ropaje de autoridad y derecho de corrección otorgada a los padres, avalado y justificado desde lo legal, cultural y religioso.

1.4.3.1. Tipos de violencia intrafamiliar.

1.4.3.1.1. 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(as) presentan algunas de las señales que se indican a continuación, es importante sospechar que están siendo víctima de maltrato físico, y es indispensable averiguar se han sido hospitalizados varias veces o remitidos a consulta "por accidente" estos son algunos indicadores: Hematomas o contusiones en diferentes estados de cicatrización, marcas y señales de golpizas en cara, labios, nariz, brazos, piernas, tronco o nalgas.

Hematoma subdurales.

Cicatrices que muestran los objetos con los que fueron golpeados como señales de látigo, corras, hebillas, cables, quemaduras térmicas o eléctricas grado I, II, III.

Cicatrices o quemaduras con cigarrillos.

Cicatrices o marcas de lazos en tobillos.

Fracturas mal cicatrizadas, frecuente y no tratadas.

Hemorragia de retina.

Ojos amoratados.

Dislocación de hombros y codos.

Fractura de nariz, maxilares craneanas.

Lesiones en boca:

Heridas linguales.

Heridas palatinas

Heridas labiales

Heridas del resto de la mucosa.

Fractura de maxilar alveolar.

Fractura mandibular alveolar

Fractura mandibular en cuerpo

Fractura mandibular en rama

Fractura mandibular condilar

Dientes

Luxación, intrusión, avulsión, fractura

1.4.3.1.2. Psicológico.

Se refiere a todo tipo de agresión de la vida afectiva del individuo, lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones, traumas de orden emocional, en forma temporal o permanente. Todos los tipos de violencia vienen acompañado de maltrato psicológico en la medida en cualquier acción violenta ejercida sobre un miembro de la familia tiene incidencia en su afectividad.

En muchas ocasiones la violencia psicológica desapercibida por que lo ocultan otras formas de violencia más evidentes ó porque existen patrones culturales agresivos perpetuados en la sociedad.

Indicadores.

Maltrato psicológico leve: Son aquellas reparables en un corto tiempo de tratamiento.

Moderada. Que requiere una intervención prolongada al niño y a su familia.

Grave. Aquellas que no tienen retroceso y secuelas acompañan a la víctima toda la vida.

Algunos indicios son:

Angustia marcada ante el llanto de otros niños.

Agresividad o negativismo.

Miedo de ir a casa o escuela.

Miedo a padres o adultos.

Demasiado movilidad.

Excesiva quietud

Tartamudeo.

Comerse las uñas

Tics

Hipocondría, miedos o fobias.

Falta de actividades explorativas

Rechazo a recibir ayuda

Intentos de suicidio.

Excesos:

Super protección.

Sobre estimulación.

Defecto:

Carencia afectiva.

Depravación encubierta.

Hipo – estimulación.

1.4.3.1.3. Abuso sexual

Toda clase de actos sexuales con o sin penetración ejercido sobre cualquier miembro de la familia, aprovechando situaciones de desventaja, donde prima el ejercicio del poder y el sometimiento. En la mayoría de los casos el abuso sexual se da en la familia; el abusador es una persona conocida, de confianza que ejerce una relación de poder sobre el menor lo cual hace que éste guarde el “terrible secreto”. Muchos niños(as) no comprenden el significado real del abuso en el momento que ocurre, pero saben que es algo que no deben contar y que con su silencio, no sólo se cuidan así mismo sino también a su abusador.

Modalidades.

Acceso carnal (Compenetración). Actos sexuales (Tocamientos, exhibicionismo)

Corrupción (actos en presencia del niño o que le induzca a prácticas sexuales).

Inducción o costreñimiento a prostitución.

Indicadores habituales

La mayoría de los niños(as) abusadas sexualmente no muestra huellas de golpes o señales exteriores obvias.

- Dificultad para caminar o sentarse.
- Dolor, hinchazón o comezón en el área genital.
- Manchas de sangre o flujo en ropa interior.
- Contusiones o sangrado en área genital externa vaginal o anal.
- Enfermedades de transmisión sexual y VIH positivo especialmente en adolescentes
- Dolor al orinar, o infecciones urinarias repetitivas.
- Cuerpos extraños en vagina o recto.
- Embarazos prematuros.

Indicadores emocionales

Menores de 8 años:

- Desordenes de la alimentación.
- Miedo a dormir solo
- Ansiedad ante la separación
- Conversaciones clandestinas sobre sexo
- Excesiva masturbación
- Regresión del lenguaje
- Posturas sexuales agresivas

- Cambios de conducto en la escuela
- Intentos de suicidios
- Extremo nervioso
- Hipocondría

En mayores de 8 años:

- Miedo a estar solo
- Incapacidad para sostener la mirada
- Pobre autoestima
- Excesivo nerviosismo
- Problemas de memoria
- Preocupación por temas sexuales
- Conductas de aislamiento
- Desconfianza
- Abuso de alcohol y drogas
- Conductas fóbicas
- Fantasías violentas
- Rechazo a relaciones cercanas con otros

1.4.3.1.4. Negligencia y abandono

Se entiende como tal, la ausencia de cuidado físico y psicológico en grupos de población que por su condición indefensa requieren de 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-psicoafectivo normal.

Modalidades

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

Aislamiento

Desnutrición

Síndromes específicos

Síndrome del niño sandeado

1.4.3.1.5. Económica

Consiste en aquella forma de relación entre los diferentes miembros de la familia en lo que a partir de una situación de vulnerabilidad de alguno de ellos y tras interés económico se lesiona el desarrollo de los miembros de la familia.

1.4.3.1.6. Violencia y maltrato en la escuela

Rodrigo Parra Sandoval

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

La maestra(o) le grita al alumno por faltas de herramientas que le permitan formar al niño. Generalmente este maltrato da lugar a la deserción escolar, el bajo rendimiento escolar, el incremento de 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 actual con su papel 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 que vive el país? ¿Puede hablarse de una pedagogía violenta? ¿De una escuela violenta?

A la escuela se le ha pedido y se le han adjudicado misiones muy diversas, y en muchas ocasiones contradictorias, durante las últimas décadas. Se le ha pedido que sea el motor del desarrollo y la dinamizadora de la modernización del país, que trabaje con la economía, la tecnología y los procesos de la división del trabajo, que sea canal de movilidad social y puente por el cual los nuevos grupos sociales caminan hacia la participación en la sociedad. Por otra parte, se le considera como aparato ideológico del Estado.

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. La formación de los valores relacionados con la tolerancia social, la habilidad para convivir con otros, el respeto por las diferencias individuales, culturales, religiosas, 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 dentro del mundo escolar. Los trabajos emprendidos 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 en forma autoritaria e inapelable. Cuando estos dos intermediadores del poder – tolerancia y justicia fallan, los conflictos se resuelven por medio de la fuerza, de la violencia, con la consecuencia del maltrato.

Las observaciones e investigaciones realizadas en escuelas del Quindío, Risaralda, Valle y Bogotá, muestran que la violencia física no sólo no ha desaparecido, sino que es una faceta abrumadora de la cultura 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 los siguientes:

- 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 habla de violencia de la sociedad.

- La violencia tradicional que el maestro ejerce sobre el alumno se puede resumir en las tres formas siguientes:
 - Acción física del maestro sobre el alumno por causas disciplinarias o de aprendizaje en el aula y fuera de ella.
 - Regaño constante a la llegada al colegio, al comenzar las clases, las entradas de recreos, las reuniones de padres, el regaño como pedagogía.
 - La humillación con 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 espacios como la familia. Llamar a los padres ha dejado de ser una herramienta pedagógica para convertirse en una amenaza al alumno y una manera de trasladar a los padres la ejecución de la violencia física.

Factores asociados a expresiones de violencia, intolerancia y desafecto en la escuela

Alumnos

- Competencia por notas, fuerza física, deportes, status socio – económico.
- 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 el aspecto físico e incompetencia.

Padres

- Dificultad para aceptar que el hijo es diferente.
- Relación con base en el dominio y el temor.
- Autoritarismo.
- Diálogo deficiente o incomunicación.
- Despreocupación o desconocimientos de las actividades escolares de sus hijos.
- Relaciones afectivas deficientes en el hogar.
- Uso inadecuado de premios y castigos.
- Reproducción de patrones de crianza inadecuados.
- Incapacidad para manifestar afecto
- Desconocimiento de las necesidades del hijo.
- Incapacidad para controlar excesos emocionales.

Docentes

- Desconocimiento de las características de cada alumno y abuso de poder.
- Trato al alumno como objeto del proceso.

- Falta de diálogo y comunicación.
- Desconocimiento de los derechos de los alumnos.
- Discriminación social, económica, sexual y ética reflejada en la relación, evaluación,
- Desinterés por los problemas humanos de los alumnos.
- Resentimientos de clase social.

Administrativos

- Intolerancia y relaciones tensas.
- Falta de respeto e inadecuada atención.
- Preferencias y discriminación por motivación externas al servicio: Dominaciones, regalos, interés social, etc.
- Falta de colaboración y compromiso con acciones educativas (no se autoperciben como agentes educativos).

Directivos docentes

- Desconocimiento de intereses y necesidades de los alumnos y falta de preocupación por la problemática de los estudiantes.
- Autoritarismo en relación y procesos (reglamentos, imposiciones, decisiones arbitrarias, etc.)
- Temor y resistencia a su participación.
- 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.
- Se ha desapropiado de su responsabilidad en la información del niño y del joven.
- Desconoce la incidencia del problema comunitario en la vida joven.
- Despreocupación por las condiciones físico – ambientales.
- Desconocimiento y desprecio por los derechos de los niños.
- Desconocimiento de las fases de socialización del estudiante.

1.4.3.1.7. Violencia y maltrato en los servicios de salud.

En los servicios de salud existen numerosas formas de maltrato que necesitan ser analizadas detenidamente debido a que fácilmente son negadas o justificadas por el estado de salud del menor, la necesidad de aplicar medidas curativas o las condiciones de trabajo del personal de salud. Poco o nada se ha investigado sobre este problema, sin embargo, por observación empírica puede señalarse la existencia de conductas de maltrato hacia el niño enfermo, en los exámenes.

1.4.4. Prevenir y tratar el maltrato a los niños

Sonia Mejía de Camargo

En la primera parte de esta publicación hemos mostrado un panorama de lo que el maltrato hace a los niños, los daños que física y psicológicamente se están infringiendo en la generación menor de 18 años, que a todas luces es el futuro y el presente de nuestra patria.

Todos sabemos y sentimos que los derechos de los niños no son respetados y que las acciones que se emprenden son insuficientes para lograrlo. No aportemos un esfuerzo al trabajo de prevención y educación en la familia y en la comunidad.

El aceptar la posibilidad de aprender, de intentar comprender a la infancia en toda su dimensión de seres en proceso de crecimiento y desarrollo, es fundamental.

No bastan las buenas intenciones y los deseos fallidos de criar a los niños sin violencia, lo cual, en nuestra situación de crisis social, es difícil, sino que es necesario educar para la paz, para la convivencia, para la felicidad, para la vida.

No se trata que los menores no vean la violencia; lo que no podemos, es permitir que se siga ejerciendo sobre ellos.

Muchas generaciones se han educado bajo la amenaza del golpe acompañado por el aforismo “la letra con sangre entra”. Por esto, estamos viviendo cada día los resultados de una sociedad violenta, de una familia disuelta y de muchos años maltratados que comienzan a ser jóvenes delincuentes o pandilleros, seres sin sensibilidad frente a los demás.

Sólo cuando trabajemos para que los padres logren una adecuada construcción de vínculos afectivos con sus hijos y todos los adultos nos relacionemos con afecto, seguridad y firmeza con los niños, ellos tendrán para sí y para otros la posibilidad de tener y dar afecto por toda su vida.

Padres y maestros constituyen dolorosamente el grupo de personas que más maltratan a los niños; por eso, las acciones preventivas deberán estar encaminadas a la capacitación de éstos, a ayudarles a manejar sus relaciones con los niños, a darles alternativas para su atención y educación, de manera que sean firmes pero afectuosas, que se den orientaciones, pero permitan la independencia, que sepan contener y dar límites sin restringir las posibilidades de autonomía, siempre en un marco de respeto de los niños como seres humanos.

Las propuestas de atención, cuidado y rehabilitación del niño maltratado y la familia maltratadora, pueden ser muchas y todas valiosas, pero hay que emprenderlas aquí y ahora. Sin dejar de tener en cuenta que es un sistema, el familiar, el que está afectado en su totalidad, y que la sociedad colombiana les

está negando a los niños víctimas del maltrato la posibilidad de crecer y vivir felices y sanos.

Vinculación afectiva entre padres e hijos

Isabel Cuadros

El vínculo afectivo es un lazo emocional entre dos personas que permanece a través del tiempo, que les procede enriquecimiento emocional y que está determinando primordialmente por el apego desarrollado en etapas muy tempranas de la vida de los niños como respuesta al cuidado, en general provisto por la madre o por la persona que la sustituya.

La vinculación afectiva es un sistema compuesto por el padre, la madre y los hijos, cuya interrelación es dinámica, puede presentar crisis, puede tener desequilibrios y posee mecanismos de retroalimentación y a veces correctores externos. Se caracteriza por ser un sistema intervenible desde afuera, sobre todo en situaciones de riesgo. No es unidireccional como tradicionalmente se ha pensado; es dinámico y multifactorial.

Este sistema tiene su origen muy temprano: A partir de las primeras fantasías que puede tener un ser humano al pensar en un hijo, en la niña cuando acuna su muñeca, o en el niño jugando al papá. Pero se desencadena como una realidad cuando como adulto se identifica con el hijo o la hija.

Aunque hablar de sistema de vinculación es algo nuevo, es importante resaltar la importancia que este tema tiene para la supervivencia de la especie humana. Pareciera natural y caso un comportamiento espontáneo en nuestra especie, pero tristemente se ha podido comprobar en el estudio de diferentes épocas y culturas que hay padres que maltratan a sus hijos, aún llegando a provocarles la muerte. Como ha demostrado la Doctora Margaret Linch, la disrupción del sistema afectivo conlleva la probabilidad de maltratar a nuestros hijos, y por lo tanto implica el riesgo de que la especie humana no sobreviva.

Se ha conceptualizado la vinculación entre los padres y los hijos como un sistema, porque "es una totalidad que consiste en partes interactuantes, con unas relaciones específicas entre ellas" y cuyo final es la conservación de la especie a través de la supervivencia de los miembros más frágiles: Los hijos. Es además, un sistema con características tanto biológicas como psicológicas y abierto a las influencias de modificaciones externas.

Si se considera el sistema desde los factores maternos, se puede pensar que la turbulencia emocional que acompaña a la mujer durante la preñez, es el sustrato psicológico básico sobre el cual se desarrolla el vínculo con el recién nacido, el cual, en condiciones ideales, es el más fuerte desarrollado por la especie humana.

La maternidad debería ser un evento gratificante y feliz, para que sea una prolongación de la vinculación real de la pareja.

La evocación de la respuesta materna atraviesa diferentes etapas:

Planeación de la preñez

Esta etapa idealmente debería darse dentro de unas condiciones mentales físicas, emocionales y económicas óptimas para que la pareja pueda sin presiones asumir la llegada del hijo, circunstancias que facilitarían enormemente el desarrollo de una relación sana con el hijo. Lamentablemente, la planeación consciente del embarazo se da en un bajo porcentaje. Los embarazos no deseados son con frecuencia situaciones de riesgo de privación psico-afectiva para el futuro niño.

Confirmación del embarazo o preñez

En esta etapa reafirma su condición de mujer y hombre capaces de concebir. Las pruebas que hoy se emplean son concluyentes y reafirman los cambios que la mujer experimenta durante el primer trimestre del embarazo.

En esta etapa, en embarazos no planeados, pueden darse fantasías filicidas que puedan ser normales, pero que en situaciones específicas pueden conducir al deseo consciente de interrumpir el embarazo empujados los padres por

situaciones de orden emocional, social o económicas, así como llevar al hombre a sentirse imposibilitado para asumir la paternidad.

Aceptación del embarazo

Es la integración de toda la turbulencia emocional que se produce: Es decir, "Vamos a tener un hijo o una hija, vamos a darles continuidad a la especie". Se consideran normales en este periodo sentimientos ambivalentes de aceptación o rechazo, muchas veces propiciados por las molestias físicas. Lo importante es que la integración de estos sentimientos permita la aceptación y continuación de la preñez.

Movimientos fetales

Esta etapa es muy importante. Cuando se siente mover el feto por primera vez, éste se configura para la madre como un ser que realmente existe: No tiene control sobre él, se mueve en ella, pero es distinto de ella; es un individuo.

Es la etapa de la individualización, muy importante para el desarrollo, tanto del niño como de la relación madre – hijo en el futuro.

Aceptación del feto como individuo

Es la consecuencia de lo anterior y comienza a formar la relación del bebé con su madre. Algunos desordenes graves del desarrollo de los niños se originan en

esta etapa, por la dificultad materna para lograr la individualización del hijo por sí misma.

Experiencia del nacimiento

Es un momento hermoso y difícil. Es como si la vida sonriera y cada bebé trajera una magia propia para que nos vinculemos con él. Es muy importante para la madre tener la sensación de control de la situación. Sin embargo, en cambio de ser una experiencia placentera, puede ser una experiencia de pérdida de control donde no se admite una posición distinta de la del médico o partera, y donde el padre es retirado abruptamente. Frecuentemente en nuestros modernos hospitales los partos atendidos como parte de los servicios de salud, representan una grave experiencia de pérdida de control, la cual genera sentimientos negativos en la madre, tales como depresión, resultante de su impotencia y la de su familia al no poder opinar ni decidir sobre un evento tan importante, como es el nacimiento de un hijo.

Por el contrario, cuando el personal que atiende a la madre le permite asumir el parto en forma afectiva, con derechos y capacidades de opinión, sin deteriorar el cuidado médico indispensable, la situación es placentera y aceptable, tanto para la madre como para el padre, y sobre todo, sin riesgo afectivo para el bebé.

Mirar al bebé

El primer contacto visual en el que la madre y el padre conocen y reconocen a su hijo, es de una fuerza inmensa por fortalecimiento de la relación con ese pequeño ser que ahora sienten como su continuidad y su “obra de amor”. Por eso es tan importante que la madre esté consciente para verlo y el padre esté presente para lograr ese contacto de mirada a mirada.

Tocar al bebé

El primer contacto de la madre con la piel suave y tierna del bebé produce un inmenso placer que gratifica al niño y fortalece la vinculación y provoca un efecto de grandeza e incredibilidad, de enorme satisfacción. Es ese momento, el padre también debe estar allí para sentirse de ese milagro de la vida.

Cuidar al bebé

Es importante describir lo que se ha denominado como “Periodo de sensibilidad materna”. Existe franca evidencia de que en la especie humana, como en algunos animales superiores, dentro de las primeras horas posteriores al parto, se registra una sensibilidad materna para la vinculación con el hijo, en la cual la interacción entre ambos evoca la respuesta de cuidado al recién nacido, esencial para su supervivencia.

Se sabe también que permitir que el padre y la madre estén permanentemente con el bebé, fortalece la evocación del sistema de vinculación afectiva. Por el

contrario, toda interferencia conlleva el riesgo de establecer un sistema disfuncional de vinculación, lo cual genera una mayor probabilidad de maltrato para el hijo(a).

En los servicios de salud se debe trabajar en el fortalecimiento de este sistema de vinculación afectiva, impidiendo las separaciones innecesarias de los padres con su hijo(a).

Se presentan también algunos comportamientos de riesgo materno, que deben ser detectados e intervenidos a tiempo por los agentes de salud, para permitir su oportuno tratamiento:

1. Preocupación excesiva por la apariencia física
2. Autoimagen materna negativa
3. Enconchamiento emocional
4. Fluctuaciones excesivas del humor
5. Quejas somáticas excesivas
6. Falta de reacción a los movimientos fetales
7. Ausencia de preparativos para el nacimiento del bebé

En cuanto a los factores de riesgo para el funcionamiento inadecuado del sistema de vinculación afectiva, también se ha detectado las siguientes situaciones que predisponen a la disfuncionalidad:

1. Embarazo anormal
2. Trabajo de parto y/o parto anormal
3. Separación neonatal
4. Separación durante los primeros seis meses de vida del niño
5. Enfermedades del niño durante el primer año de vida
6. Enfermedad de la madre durante el primer año de vida del bebé

De manera tal que los diversos factores entre la madre y el bebé interaccionan para lograr un mejor estado de los dos.

En la misma forma que determinados comportamientos evocan la respuesta materna que permite el cuidado del bebé, en la especie humana existe toda una predisposición para que el recién nacido tenga un vínculo intenso con su madre o cuidador. Esto ha sido demostrado ampliamente por diversos autores, especialmente por Bowlby. Es decir que, frente al cuidado maternal, se desarrolla en el bebé normal la conducta denominada de apego, que constituye el soporte del bebé al sistema de vinculación afectiva.

La conducta de apego consiste en la relación intensa que el bebé desarrolla con su madre o cuidador durante los primeros tres años de vida y constituye la base de todas las demás relaciones que el bebé desarrollará a lo largo de su vida. Esta conducta de apego tiene muy diversos factores que la producen, en la que resaltan como estímulos evocadores de la misma, la satisfacción de las

necesidades del bebé, especialmente del hambre, el frío, el miedo... y la solución que a las mismas da la madre.

Es decir que el bebé puede establecer claramente una asociación entre la liberación de la tensión de sus necesidades, y el cuidado de la madre. Este apego por la madre es manifestado de diversas formas, pero es importante resaltar la sonrisa social que influye directamente sobre el sentimiento de satisfacción de la madre referido a su calidad como "buena madre" y que cierra el sistema afectivo convirtiéndose en un reforzador del vínculo materno para el bebé.

Posteriormente aparecen la discriminación afectiva y el lenguaje, evocados por la estimulación materna y que se constituyen en reforzadores del sentimiento hacia el bebé. La carencia de un objeto de apego durante los primeros años de vida del bebé, puede tener consecuencias desastrosas para el futuro psicológico del niño, impidiéndole llegar a ser una persona con adecuada capacidad de relación con su pareja y los otros seres humanos.

Sólo queda resaltar la importancia de un óptimo funcionamiento del sistema de vinculación afectiva para la supervivencia de la especie y para la generación de seres humanos más sanos psicológicamente y con mayor capacidad de amor y de solidaridad con los otros seres humanos. Todos los que trabajemos por una

mejor salud mental, tenemos la obligación moral y la capacidad de lograr el mejoramiento del funcionamiento del sistema.

1.4.5. Abordaje terapéutico del menor maltratado

Alvaro Enrique Ramírez

El trabajo terapéutico con el menor maltratado y su familia (ó quien haga sus veces) deberá realizarse estructuralmente y a largo plazo en los tres niveles mencionados por Caplan (1980), al hacer referencia a la prevención: Atención primaria, secundaria y terciaria, en razón de la magnitud del problema.

Consideramos 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 debe proporcionarse en los niveles individuales y grupal, en cada caso.
- El niño ó niña siempre tendrá un grupo socio – familiar de referencia.
- Existirá, por consiguiente, en toda situación de maltrato y un maltratante, dialéctica “patológica” que el tratamiento y el terapeuta deberán intervenir.

- Es necesario realizar una investigación sobre el “perfil psicológico” que permita detectar algunas características, tanto del hombre como de la mujer con mayores posibilidades de incurrir en maltrato, la cual será un punto de referencia necesario para una mejor orientación del trabajo terapéutico.

El trabajo terapéutico 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. Consistente en el manejo del problema ya presente, es decir, en el tratamiento psicoterapéutico de los menores maltratados.

Prevención terciaria. Dirigida a manejar las “secuelas” del maltrato, principalmente en la edad adulta, manifestada psicológicamente en diferentes patologías, comportamientos, rasgos de personalidad ó formas inadecuadas de ajuste al medio.

La intervención psicoterapéutica deberá ser realizada en forma grupal o individual, o combinando las dos, según el caso.

El objetivo de este trabajo terapéutico consiste en informar, apoyar, esclarecer, enseñar modos de relación, resolver situaciones, desarrollar la creatividad y la 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, etc. Son las llamadas técnicas verbales, tales como la psicoterapia dinámica y psicoanalítica, las cuales pueden ser enfocadas individual o grupalmente, de acuerdo a las necesidades del paciente.

Existe también la terapia de enfoque sistémico, la cual es muy indicada en el trabajo con familias con diferentes situaciones de conflicto.

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

Por lo tanto, con un enfoque complementario entre las técnicas verbales y las alternativas, es posible lograr un mejor e integral abordaje 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 permita una verdadera alternativa de tratamiento del maltrato infantil.

La musicoterapia

Esta es una técnica expresiva no verbal y activa, que a través de elementos musicales y sonoro – corporales tiene por objeto establecer o mejorar los vínculos con el terapeuta y/o 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 se “que hacer musical”, el paciente “juega” al expresión de sus emociones, las cuales, al ser puestas en “el afuera” permiten ser comprendidas, contribuyendo de esta manera a una mayor integración del individuo consigo mismo y con el medio.

En está técnica la música es considerada un “instrumento”, como lo es el lenguaje en las terapias tradicionales.

De acuerdo con Fregtman (1981), 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 musicoterapeuta 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 cuerpo sonoro – lugar de resonancia de la historia individual.

El hecho de abordar los aspectos expresivo 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 buena vinculación, lo cual influye en la expresión de sus emociones.

Con estos niños debe utilizarse preferentemente la musicoterapia grupal para reparar las dificultades que a nivel social hayan tenido durante su desarrollo.

Respeto 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 “gestalt de tipo social” del proceso adaptativo, porque no tienen modelos

estructurados ya caracterizados como el adulto. Además, un chico tiene más posibilidad de cambio en un grupo que un adulto, según el mismo autor.

En la musicoterapia el término, “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 “lúcido”, se convierte en el espacio facilitador de la expresión del niño y 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, le permitirá hacer una “corrección emocional” mediante esa revivencia, en la cual lo emocional es expresado a nivel corporosonoro – musical.

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

Permiten 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.

De acuerdo con Fregtman (1981), el instrumento musical funciona como receptáculo proyectivo desde el momento de su elección espontánea, y determina al distribución de diferentes roles dentro del grupo (existen instrumentos líderes y otros de acompañamiento).

Siguiendo a Kramer (1985) podría decirse que el hecho de trabajar con los niños cuyas necesidades de dependencia (vinculación) no fueron satisfechas, puede en algunos casos, hacer que se detengan en un desarrollo de verdaderas relaciones o vínculos, por lo cual, el musicoterapeuta, como parte del seguimiento que realiza de cada niño en el grupo, debe estar atento para facilitar el establecimiento de éstos cuando sea pertinente.

Muchos de los niños maltratados, por el abandono concomitante a que han sido expuestos, generalmente presentan actitudes de falsa independencia, lo que puede observarse en el trabajo musical, pues, o no se integran al grupo, o no cambian de actividad musical o rítmica, por no estar seguros de lo que hacen y abrigar el temor de fracasar.

En términos generales, la musicoterapia en el trabajo con niños con dificultades emocionales y/o déficits del desarrollo, tiene 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.

Esta técnica ha sido utilizado recientemente en nuestro medio (Ramírez y cols, 1992) para mejorar el autoconcepto y la autoestima en un grupo de preadolescentes pertenecientes a sistemas familiares disfuncionales, con un miembro usador de SPA, habiendo demostrado ser una técnica adecuada para modificar dichos aspectos.

1.4.6. Aspectos legales sobre la niñez en nuestro país.

Luz Beatriz Ramírez

Durante el presente siglo ha sido notorio el desarrollo de la legislación tendiente a la protección integral del menor. Dichos avances están plasmados en la promulgación de estatuto legales a nivel universal, tales como la Convención Internacional de los Derechos del Niños.

El antecedente más remoto es el de Hamurabidos mil años antes de nuestra era – legislación que contemplaba severas sanciones para quienes maltrataran o abandonaran al menor. En los albores de la época moderna, pensadores como Juan Luis Vives, Juan Amos Comenio y el italiano Bsedow, se convierten en precursores de la asistencia social al niño. Sin embargo, la revolución industrial se caracteriza por la crueldad y el desamparo en que caen los niños en los países industrializados, al ser empleados en diferentes oficios con menoscabo de su integridad física, emocional y psicológica.

A partir del siglo XX la influencia de la psicología hace reflexionar y tomar conciencia sobre el niño, considerándolo como un ser en desarrollo y a quien padres, maestros y mayores deben respetar y brindarle el ambiente propicio para su desarrollo y crecimiento integrales.

En 1923, Eglontyne Geeg, fundadora de la “Unión Internacional del Socorro a los niños”, presenta la conocida “Declaración de Ginebra”, antecedente preparatorio de la Declaración Universal de los Derechos del Niño, que se convierte en significativa y comprometedor problema en pro de la niñez. La declaración fue aprobada por unanimidad el 26 de septiembre de 1924 en la quinta Asamblea de las Nacionales Unidas, en la cual se invita a todos los países miembros a inspirarse en ella para tomar decisiones sobre la protección a la infancia.

En 1948 la Unión Internacional de Protección a la Infancia, revisó y actualizó la Declaración de Ginebra, en el marco del congreso celebrado en Estocolmo. En 1959 la Asamblea de las Naciones Unidas proclamó el “Decálogo del Niño”, considerado como una de las grandes conquistas de la humanidad, basada en los Derechos del Hombre y en los principios, valores y dignidad de la persona humana.

En noviembre de 1989 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, una comisión conformada por representantes de los cuarenta y tres países miembros de la Comisión de los Derechos Humanos, y teniendo como base la Declaración de Ginebra de 1924 y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, aprobó la Convención de los Derechos del Niño, constituida por 54 artículos, y ratificada por cada uno de los estados miembros, los cuales deben ser utilizadas como base de su legislación sobre los menores.

Evolución de la legislación colombiana sobre menores.

La legislación colombiana tiene fórmulas de protección a los menores que datan de mediados del siglo pasado. En 1850 se fijaron bases sobre la incapacidad de los menores y la responsabilidad de los mayores. En 1880 se crearon “casas de corrección” y “escuelas de trabajo” como un primer paso para establecer un procedimiento especial para el tratamiento de los menores infractores de la ley penal.

En 1920 se dispuso la creación de juzgados y casas de reforma y corrección para menores, los cuales conocían casos de abandono físico y moral, vagancia, prostitución y mendicidad, encaminando sus tareas a la protección de los menores. En 1926, otra ley significó un importante paso en la protección de los menores, al asignarle a la Asistencia Pública (a través de los juzgados de Menores) el cuidado de los menores cuando no tuvieran quien ejerciera la patria potestad, tutela ó curaduría.

Posteriormente, surgieron otras leyes que consagran la obligación de los padres y guardadores de brindarles a los menores de trece años un mínimo de educación moral, religiosa y cívica, y también satisfacer sus necesidades de crianza. Además, la posibilidad de que todo niño obtenga judicialmente la declaración de paternidad, lo cual implica la responsabilidad de los padres la procreación,

En 1946 se expidió el "Estatuto orgánico de la defensa del niño", con fuerza de ley, mediante el cual se comenzó a considerar la protección del menor con fundamento en el peligro o el abandono físico y/o moral. En 1964 se creó el "Código Colombiano de Protección del Menor y de la Familia", que amplió el procedimiento a seguir en materia de protección, creando la asistencia legal, autocesora del defensor de menores, llamado hoy "Defensor de familia".

En 1968 se creó el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para llevar a cabo, entre otras, actividades de nutrición, promoción social, asistencial legal y

gestión administrativa. La ley 75 de 1968, que creó el ICBF, modificó además otros aspectos legislados anteriormente, creando el delito de inasistencia familiar, dictando normas sobre filiación natural, guardas, adopción, alimentos y asignando la función de vigilar a quienes ejerzan la patria potestad o la guarda, para que cumplan sus funciones.

En 1974 se institucionalizó, mediante la ley 27, el sistema de protección integral a la población preescolar, con la creación de los Centros de Atención Escolar, al preescolar (CAIP) con la contribución del 2% del valor de la nómina de todas las empresas públicas o privadas. Esta ley representó un gran avance en el campo social de nuestro país.

En 1975 se reformó el régimen de adopciones, estableciéndose la "adopción plena", mediante la cual el adoptado rompe todos los vínculos con la familia de origen y entra a formar parte de la familia adoptante como hijo legítimo, gozando de todos los derechos que la ley concede.

En 1982 se estableció el Estatuto del Menor Trabajador, en el cual se consagran los tipos de trabajo y jornadas a realizar por los menores, así como la prohibición de contratar menores en condiciones no autorizadas por la ley.

En 1989 se expidió el Código del Menor que tiene como objetivo principal el establecimiento de los derechos fundamentales del menor y la determinación de

los principios rectores, que al colocar el interés superior del menor sobre toda otra consideración, sirve de guía para aplicar las normas en él contenidas. Se define además que, en primer lugar es la familia la llamada a brindar protección al menor y que sólo cuando está en peligro, es cuando interviene el Estado para suministrarle la adecuada protección para su desarrollo.

Es importante destacar la gran innovación que respecto a los derechos del menor se incluyó en la Constitución Política Colombiana de 1991, ya que la Carta Magna de 1886 no consagraba los derechos de éstos. Entre otros, la Constitución de 1991 consagra el derecho a la vida, a la integridad física, a la salud, a la seguridad social, a tener una familia y a no ser separado de ella, al cuidado, al amor, a la educación y cultura, a la recreación y a la libre expresión de su opinión.

Igualmente, expresa que deben ser protegidos contra toda forma de explotación, abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral, económica p mediante trabajos riesgosos.

Deberán gozar también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por nuestro país.

Los derechos del niño

Es importante destacar que la violación de los derechos consagrados en el Código del Menor y en la Constitución Política de Colombia, es una situación

regular demasiado frecuente. Por esta razón, el código establece que si el menor se halla ante tales circunstancias, estará sujeto a los recursos de protección establecidos por la ley.

El derecho a la integridad física, por ejemplo, no se respeta ya que habitualmente se presenta maltrato físico, especialmente entre aquellas familias en la que la paternidad y la maternidad no se asumen en forma responsable y los niños sufren las consecuencias de todos los problemas de sus padres.

La salud es un derecho íntimamente unido a la seguridad social, pero aunque el Estado ha mejorado la asistencia y cobertura a los pequeños, no existen mecanismos adecuados para hacerlo respetar integralmente.

Con frecuencia los menores que sufren limitaciones físicas o mentales, se convierten en carga para su familia y el Estado está incapacitado casi absolutamente para atenderlos y ofrecerles tratamientos y procesos de rehabilitación, constituyéndose entonces en un lastre de la educación nacional.

Acerca de la alimentación equilibrada, la realidad es diferente. Siendo Colombia un país "en vía de desarrollo" marcado por crisis económicas y donde las riquezas no está repartida en forma equitativa, muchas familias no están bien alimentadas y los alimentos que consumen no son los más balanceados.

A esto no hay que agregar los altos índices de desnutrición infantil, denunciada en varias ocasiones por los organismos de salud, el ICBF y el departamento nacional de planeación. La desnutrición no sólo se refiere al menor, sino también a la madre embarazada y lactante. Aunque en los últimos años se han ampliado los programas de atención nutricional, todavía es difícil solucionar este problema.

El derecho a tener una familia y a no ser separado de ella, es violado en forma alarmante. Cada vez son más los niños abandonados, la pérdida de niños en todos los centros urbanos, y el gaminismo. Estos fenómenos se deben especialmente a la desintegración de la familia, la inestabilidad en el hogar, a la ignorancia, y sobre todo, al desamor y carencia de afecto por los hijos, quienes son lanzados a la calle a su propia suerte. La triste realidad es que labor realiza el Estado a través de diferentes entidades, especialmente el ICBF, y el de varias entidades privadas, no es suficiente para atender a tantos niños en situación de abandono.

El derecho al cuidado, al amor, a la cultura, a la recreación y a la educación, también es violado no sólo por los padres, sino por la sociedad que no provee a todos los menores esas posibilidades.

Pese a que el Código plantea la educación básica como gratuita y obligatoria, el Estado no la proporciona, pues los cupos no son suficientes y no existen

mecanismos para hacer que los padres cumplan con su obligación de dar educación a sus hijos.

Abuso sexual

Las víctimas de este atropello, son generalmente niños pequeños a quienes, en ocasiones, se causa la muerte para que no puedan denunciar a su agresor. Es este un problema de una dimensión insospechada, especialmente entre algunos sectores populares y no cuya abolición es casi imposible, no solo porque no se protege a los niños, sino porque cuando son víctimas, no se les da atención psicológica que les ayude a superar el trauma provocado por este flagelo.

Violencia moral y psicológica

Se pide al pequeño asumir funciones y responsabilidades por encima de sus capacidades, atentando contra su salud mental. Esta es una de las causales que el Código del Menor considera como agravante de situación de peligro para el menor.

Aunque debería ser una causal suficiente para suspender la patria potestad al padre que incurra en esta violación, es difícil probarla jurídicamente.

Otra forma de afectar la salud mental, la constituye el hecho de no conocer al padre, pues este niega calidad de tal y aunque en ocasiones lo reconozca, no asume su paternidad de forma responsable, no sólo a nivel económico, sino

principalmente en lo afectivo, teniendo que entrar el menor a suplir psicológica y emocionalmente dicha figura, con otra persona de su ambiente.

Respecto a la libertad de pensamiento, de conciencia, de religión y de expresión, ahora se tiene mas en cuenta al menor, pues jurídicamente se le permite intervenir en procesos judiciales y administrativos en lo relacionado con sus decisiones y administrativos en lo relacionado con sus decisiones y bienestar, siempre en compañía de su representante legal y/o el defensor de familia.

Para estar acorde con el Código del Menor, se estableció una nueva denominación para los jueces civiles y penales de menores, los cuales pasan a denominarse jueces de familia con el fin de atender y proteger la unidad familiar y sus problemáticas y lograr la celeridad en los procesos relacionados con los menores y la familia.

Se crearon también las Comisarias de Familia, las cuales deberían funcionar las veinticuatro horas del día en todos los municipios del país para proteger a los menores que se encuentren en situación irregular y en las cuales exista conflicto familiar que lo amerite.

1.4.7. Odontología sin maltrato

Acciones en salud oral con amor y respeto para nuestros niños.

En una sociedad cotidianamente expuesta a hechos y acciones que generan violencia y agresión contra nuestros niños, todos los profesionales de todas las disciplinas, especialmente de la salud, debemos analizar nuestra forma de actuar frente al niño y establecer pautas preventivas, diagnósticas y terapéuticas que sean realmente acciones saludables físicas y mentalmente, que no generen temores, miedos y traumas particularmente en profesiones como la Odontológica que históricamente ha sido abordada de manera muy técnica, poco humanística.

Hecho que es fácilmente observado en el temor que tienen todos los adultos al dentista. De la misma manera que cada hombre que nace no debe descubrir nuevamente el fuego, gracias a la transferencia de las experiencias humanas, asimismo, infortunadamente para este caso, cada hombre que nace recibe la información de la odontología como ciencia que agrede, del odontólogo como el más temido de los actores en salud, y de la salud, oral como una condición difícil de alcanzar. Pero afortunadamente, también gracias a la capacidad de aprendizaje humano, las cosas pueden realmente cambiar; quien no recuerda por experiencia propia o por recuerdos cercanos, la época en la cual las amigdalectomías se realizaban bajo anestesia local en el propio consultorio médico, ahora después de la evolución de estas áreas médico – quirúrgicas, este tipo de atención nos parecería salvaje, asimismo la evolución de la profesión odontológica nos llevará a cambiar la imagen de dolor, que tan comúnmente asociamos a la odontología.

Se entiende la relación maltrato infantil y odontología desde dos aspectos básicos (1), El primero EL DIAGNOSTICO DE MALTRATO POR PARTE DEL ODONTOLOGO, el personal de salud oral debe conocer y manejar adecuadamente los parámetros de sospecha, diagnóstico, las estrategias de notificación y atención frente a la alta posibilidad de detectar en su consulta pacientes que estén siendo víctimas de alguna forma de maltrato. El cuadro clínica del niño maltratado físicamente en lo que a salud oral se refiere, es similar al presentado en otros sitios, es decir, podemos observar golpes, fracturas, hematomas que no corresponden a la información dada; me permito remitir al lector interesado a las publicaciones científicas para un profundo conocimiento de este aspecto de vital importancia en la práctica odontológica; incluso por fortuna viene siendo ya abordado con gran profundidad en la literatura internacional en los últimos tiempos, con tal claridad, que es bien reconocida hoy la caries dental como una forma de maltrato por negligencia. El segundo aspecto, muy poco comentado de esta relación odontológica y maltrato se refiere al ODONTOLOGO COMO MALTRATANTE, este tema abordado con todo el respeto que mi profesión merece, me obliga a hacer un análisis crítico frente a una disciplina extremadamente tolerante, muy interesada en el desarrollo técnico y con abandono casi total de la integralidad del individuo.

El Odontólogo como maltratador..., es una dolorosa realidad para quienes a través de nuestras vivencias cotidianas e incluso de la investigación hemos comprobado la manera como la odontología que aprendimos y ejercemos para

curar enfermedades dentales, agrade a nuestros niños y perpetua en generación los errores en atención. Cuando por primera vez esta reflexión llegó a mi mente, no supe como enfrentarla, por fortuna con el paso de los años y en la búsqueda de acciones adecuadas para nuestros pacientes hemos encontrado muchas respuestas y la agradable sorpresa de que muchos otros grupos y personas tienen esta realidad incluso desde mucho tiempo atrás, como bien lo explica el Dr. Rossetti (2), en su extraordinario libro Salud para la Odontología. “Amábamos a los niños, queríamos defenderlos; pero por defender una ciencia teórica que habíamos creado para ellos, terminábamos atacándolos”.

SI YO SUEÑO SOLO ES UN SUEÑO..... SI TODOS SOÑAMOS LO MISMO, ES UNA REALIDAD. Definitivamente la profesión odontológica en su búsqueda de pautas para atender la enfermedad dental ha generado técnicas acertadas que le han dado gran solidez a la especialidad de la odontopediatría, la cual ha permitido que cada vez haya más niños felices en los consultorios de los especialistas en odontología infantil, pero esto es apenas el comienzo, definitivamente este no puede seguir siendo un privilegio de las personas de altos recursos económicos, acceder a profesionales altamente capacitados en la atención odontológica debe ser un derecho del que se beneficien todos y cada uno de nuestros niños, todas las instituciones educativas y asistenciales privadas y públicas deberán ofrecer al niño acciones en salud oral con amor y respeto, fortaleciendo los programas que responden a las necesidades individuales del paciente en su proceso e aceptación y adaptación al mundo odontológico.

Lo que necesitan nuestros niños es poder beneficiarse todos por igual de la nueva odontología, se requiere definitivamente repensar la odontología analizando críticamente los protocolos de atención al niño, verificando si se están haciendo realmente proyectos de salud para el futuro del paciente ó si lo que se esta haciendo es simplemente tapar huecos en los dientes y más grave aún muchas veces sin darse cuenta de los huecos que se están creando en los corazones y en las mentes de los niños.

Esta es una invitación no sólo al personal de salud oral sino a todos y cada uno de los que amamos los niños, a ser parte del cambio, éste es un esfuerzo en el que estamos comprometidas cada vez mas personas incluso en ocasiones arriesgando nuestra permanencia en el gremio pero con mucha fe en la comprensión de la situación por nuestros colegas; el cambio implicara eliminar las imágenes nocivas como el dentista con el gatillo o el alicate en la mano y es obviamente aquí donde se justifica la presentación de esta posición en el V CONGRESO LATINOAMERICANO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL, el propósito es informar a la comunidad científica sobre esta realidad y pedir su colaboración para que nuestra acción de la nueva cultura odontológica sea una realidad.

Los profesionales de la Odontología hemos entendido nuestro deber de contribuir a generar pacientes sanos no sólo de la boca sino también de sus traumas odontológicas, pues es bien sabido que no se puede cuidar lo que no se ama, las

estrategias básicas de cuidado oral no serán efectivas en un niño que se siente agredido por la odontología.

La odontología con amor y respeto es la base de nuestra experiencia clínica institucional, la cual seguramente es muy similar a la de otros grupos con los cuales estamos interesados en compartir experiencias. A través de varios años de trabajar en el tema, comprendemos hoy de manera más clara las manifestaciones de mala relación Odontólogo – Paciente, una serie de hechos que permiten establecer que el odontólogo no está capacitado para atender niños, no es capaz de controlar la ansiedad del niño, ni su misma ansiedad por lo cual pierde la paciencia fácilmente con el niño en la consulta, no disfruta el trabajo pediátrico y generalmente este profesional asume acciones rígidas para llevar a cabo procedimientos dentales sin importarle la colaboración del niño, sobretodo en instituciones donde tiene que cumplir con un número establecido de consulta con una población asignada sin tomar en cuenta sus fortalezas y debilidades asistenciales.

El reconocimiento de las necesidades de una atención especializada por el niño deberá poder ofrecer particular y/o institucionalmente alternativas de atención no traumática para las cuales el profesional deberá estar debidamente capacitado tales como: abordaje psicológico, técnicas de sedación incluso farmacológicas y/o anestesia general. La implementación de proyectos de salud oral para nuestros

niños, debe responder a un análisis profundo de sus necesidades, el cual solo podrá realizar un odontólogo sensibilizado y comprometido con su desempeño.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Realizar una terapia integral con niñas de la Fundación Nuestro Hogar de las Hermanas Pasionistas en Santafé de Bogotá, para el reconocimiento de sí misma a través de actividades lúdicas que estimulen su autoestima y sean conscientes de que son parte de una sociedad con oportunidad de superación y capacidad de enfrentar su dolorosa realidad.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Establecer el autoconocimiento.
- Estimular la motricidad fina.
- Desarrollar la motricidad gruesa.
- Implementar y determinar instrucciones de higiene oral.

2. METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

2.2. POBLACION

Se realizó la terapia con 18 niñas entre las edades de 5-12 años pertenecientes a la Fundación Nuestro Hogar en Santafé de Bogotá.

2.3. DEFINICION DE VARIABLES

- **Autoreconocimiento:** Es la acción de distinguirse a sí misma de las demás personas, por medio del dibujo.
- **Motricidad Fina:** Estímulo de células nerviosas para el desarrollo de habilidad manual.
- **Motricidad Gruesa:** Estímulo de células nerviosas para el desarrollo del equilibrio y movimientos corporales.
- **Higiene Oral:** Parte de la odontología que tiene por objeto la conservación de la salud oral y los medios de precaver enfermedades por medio de diferentes elementos utilizados en la higiene oral.

2.4. INSTRUMENTOS

- Dibujos coloreados.
- Fábulas – cuentos
- Revistas, cartulina, colbón.
- Maquillaje – espejos.
- Maquetas con arcilla.
- Música para baile.

2.5. PROCEDIMIENTO

Esta inquietud surgió en un grupo de 6 estudiantes, la cual se inició recolectando información sobre maltrato infantil, acudiendo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Afecto, folletos de la Alcaldía de Garagoa (Boyacá), Biblioteca de la Universidad Católica y artículos en Internet.

Esta información fue recolectada para el desarrollo del marco teórico el cual fue presentado y aprobado por la asesoría metodológica.

Determinando que este proyecto sería práctico se busca la Institución en la cual se realizarían las actividades lúdicas acudiendo a la Doctora Georgina Murillo (abogada Especialista en Maltrato Infantil), a las Instituciones dirigidas por el padre Javier de Nicolo, al hogar de paso Villa Niña y a la Asociación Cristian de Jóvenes sin obtener respuesta positiva alguna.

Por última opción se acudió a la Fundación Nuestro Hogar dirigida por las hermanas Pasionistas ubicada en el barrio Normandía en Santafé de Bogotá, donde la propuesta fue aprobada y se entró a conocer los parámetros generales

con los que trabajaba la Institución, y que contaba con una psicóloga, trabajadora social, psicopedagoga, tres hermanas Pasionistas que estaban a disposición de 19 niñas entre las edades de 4-12 años.

Se organizó un cronograma de actividades, programadas a un mes de trabajo tres veces en las semanas las cuales se distribuyó martes de 9-11 de la mañana (3 alumnas) jueves de 9-11 de la mañana (3 alumnas) y sábado 3-5 de la tarde (todo el grupo).

Los objetivos de estas actividades fueron mejorar el autoestima, desarrollo de motricidad gruesa, desarrollo de motricidad fina, mantenimiento de cavidad oral por medio de actividades como: El control de placa bacteriana, instrucciones de higiene oral, aplicación de flúor.

La primera parte fue sobre Autoreconocimiento en donde se le pide a las niñas que elaboren 3 dibujos:

1. De ellas mismas.
2. De su familia.
3. De su entorno.

También un dibujo de lo que quieren ser en futuro.

Para esta actividad se les suministró a las niñas hojas, lápices, colores.

En la siguiente etapa se hizo una lectura referente a la situación actual de las niñas se pidió que interpretaron la lectura.

La segunda parte fue sobre motricidad fina en donde se realizaron talleres como la elaboración de un collage, decorar un dibujo ya establecido, figura en un material moldeable; para el dibujo, se les suministró pegante, lentejas, arroz,

garbanzos, pasta, escarcha; para el collage papel, revistas, pegante; para la figura, plastilina de varios colores.

Para el desarrollo de la motricidad gruesa se realizaron ejercicios físicos y bailes con coreografía. Los ejercicios se hicieron con música y aeróbicos y los bailes con las canciones que las niñas escogieron lo mismo que las coreografías.

Reconocimiento de cara y cavidad oral. Se les pidió a las niñas qué querían pintar en su cara con el maquillaje que se les proporcionó u posteriormente esta máscara se representó por medio de fonomímicas y sonidos; donde todo el grupo adivinó lo que cada una quería expresar.

Otro de los talleres consistió en la enseñanza de partes de cavidad oral, y se dieron todas las pautas de cepillado y del uso de todos los elementos necesarios para el mantenimiento de su boca.

Posteriormente, se pasó a la aplicación de flúor tópico.

3. RESULTADOS Y DISCUSIONES

Las actividades realizadas en la Fundación Nuestro Hogar en el grupo de 19 niñas entre la edad de 4 a 12 años arrojaron resultados positivos y negativos y en ellos se identificaron las clases de maltrato por las cuales eran afectadas; cada una de las niñas tenía manifestaciones de agresiones físicas y el abuso sexual predominio en el grupo, por consiguiente el maltrato físico y psicológico también hacia parte de esta población.

Se hace énfasis en la actividad de reconocimiento de cara y cavidad oral ya que algunas quisieron evadir su realidad por medio de la máscara dibujada en su rostro y otros simplemente por la emoción de la didáctica no se enfocaron en el trabajo que realmente se quería.

Para seguir de cerca los casos más dramáticos se seleccionaron las cinco niñas mas afectadas en su parte emocional y física y se les pidió que elaboraran un dibujo que en él expresaran sus sentimientos frente a lo ocurrido en su pasado la primera de ellas es:

Camila¹ – 9 años

- La niña evidencia maltrato psicológico, como físico por el padrastro y el padrino acompañado por eventos manifestados en abuso sexual.
- Por ser una familia conflictiva (disfuncional) la niña siente deprivación psicoafectiva.
- A nivel familiar las relaciones son conflictivas poco afectuosas y maltratantes; a causa de esta la niña no presenta importancia de ubicarse al interior de una familia, se evidencia en el dibujo carencia afectiva. Hay prevalencia en la figura paterna como símbolo negativo en su proceso (abuso sexual) no identifica al resto de su familia ya que dentro de su proyecto de vida el señor no hace parte en ningún aspecto relevante.

La niña presenta niveles de ansiedad y/o depresión acompañados de baja autoestima y auto rechazo tanto personal como social.

Sandra- 12 años la mayor del grupo

- Hay deprivación psicoafectiva.
- Hay rechazo en la figura tanto paterna como materna a causa del abandono proporcionado desde su infancia.
- En segunda instancia la relación afectiva de ella frente a su hermana mayor es de rechazo a nivel social.

¹ Los nombres han sido cambiados para proteger la identidad de las niñas.

- Expresa los niveles de ansiedad y depresión marcados al igual que expresados en conductas agresivas (físico, verbal) frente al medio que la rodea.
- Es una persona dependiente a nivel afectivo frente a figuras de autoridad.
- Maltrato psicológico. (Ver anexo 2)

Ana María – 8 años

- Hay manifestaciones de separación conflictiva frente a la madre.
- No siente que hace parte de una familia.
- Tiene deprivación, personalidad agresiva pasiva se evidencia hostilidad y rechazo hay sentimientos de inferioridad al igual que ansiedad y depresión por ambivalencia de sentimientos.
- Abandono negligencia y abuso sexual. (Ver anexo 3).

Laura – 7 años

- Presenta aislamiento social, sin proyecto de vida, rechazo socio afectivo, deprivación psicoafectiva.
- Familia disfuncional.
- A nivel emocional es conflictiva, no acata normas, agresiva, inestabilidad emocional. (Ver anexo 4)

María Paula: 9 años.

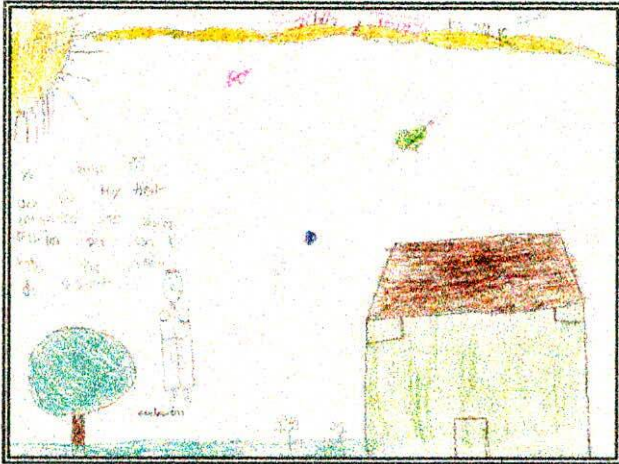
- No Hay familia para ella.

- El dibujo está expresado en dos etapas, la primera que es la felicidad (esta María Paula y el Hermano) hay vínculo afectivo positivo con él.
- En la segunda etapa es de tristeza, hay manifestaciones con sentimientos de rechazo frente la figura masculina específica (hermanastro).
- A nivel emocional presenta bajos niveles expresados en ansiedad y conductas de agresividad. El tipo de maltrato, psicológico, físico, sexual.
- Maltrato físico, psicológico, sexual (Ver anexo 5).

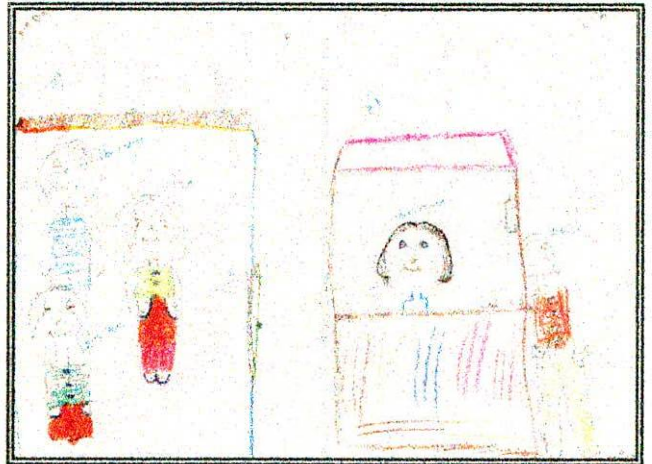
En la enseñanza de parte de cavidad oral e instrucciones de cepillado todas demostraron que reconocen su boca y que saben el manejo de los elementos con que se hace una adecuada higiene oral.

En la comunidad las hermanas se preocuparon por incluir el aseo personal y enriquecer el aseo espiritual y tenemos la satisfacción de que en un mes alegramos la vida de estas niñas y desarrollamos nuestro trabajo de grado gracias a ellas.

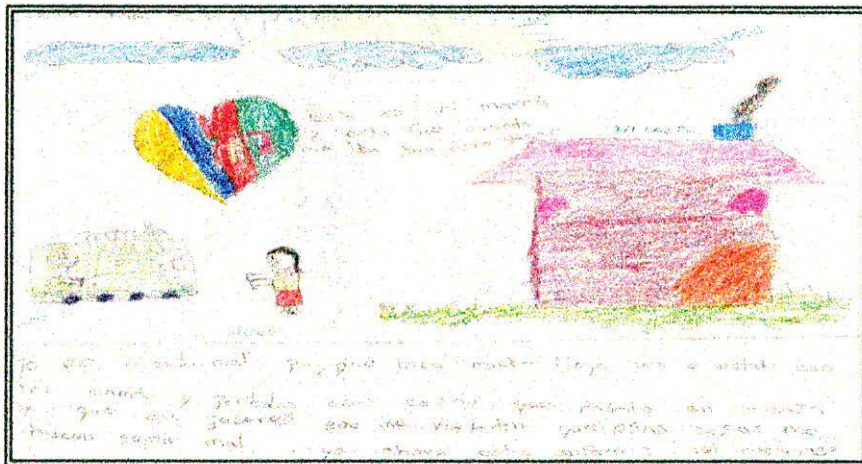
ANEXO 1



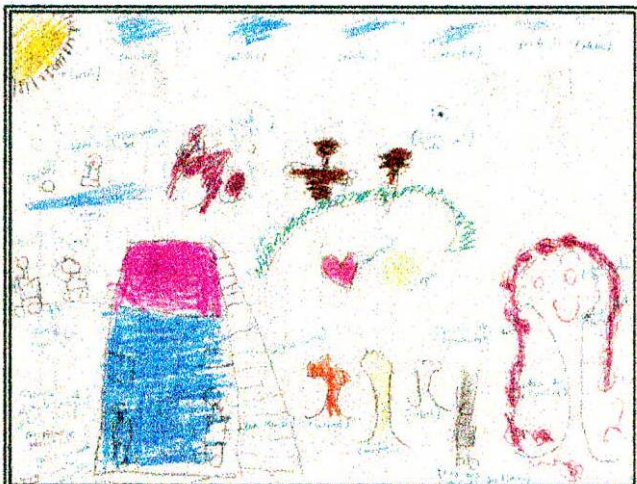
ANEXO 2



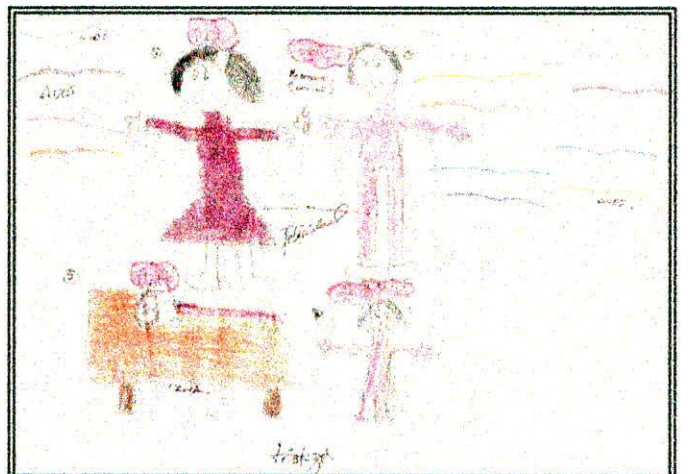
ANEXO 3



ANEXO 4



ANEXO 5



4. RECOMENDACIONES

Se recomienda que en el Colegio Odontológico Colombiano se desarrolle la capacidad de identificar maltrato infantil, se convierta en una entidad notificadora. También que otro grupo continúe con las terapias para una investigación más profundas y resultados más satisfactorias a largo plazo.

"EN LA FAMILIA SURGE UN TIPO DE VIOLENCIA QUE MUCHAS VECES NO MATA, SINO QUE HACE LA VIDA TERRIBLEMENTE INFELIZ"

BIBLIOGRAFIA

BARRERA, Gabriel. Maltrato a los niños psicopediatría. Salvat. Caracas, 1978.

BERNAL, González Alejandro. Procedimiento de familia y menores. Quinta edición, 1991.

BETTELHEIM, B., The empty fortressil fite free press. Nueva York, 1997.

CAPLAN, G. Principios de psiquiatría comunitaria. Pardo Buenos Aires, 1980.

CELIS, P. Conferencia sobre prevención del maltrato al menor. Fundación Santafé de Bogotá, 1991.

COBOS, R. Un modelo de psicoterapia para el niño. Revista Colombiana de psiquiatría. Vol. VII, No.3 Bogotá, septiembre 1978. Un modelo de tratamiento Institucional para el niño psicótico. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. VIII No.1 Bogotá, marzo 1979.

DAVIS HOLLY. Child abuse and neglect. Atlas of pediatria physical dianosis. The Mosby Co. St. Louis Toronto, 1987. Pag. 15-41.

DOCUMENTO DE GOBIERNO DE COLOMBIA para ser presentado al Congreso Mundial contra la explotación sexual. Estocolmo – Suecia, 1996.

DOCUMENTO DE GOBIERNO de Colombia para ser presentado al congreso mundial contra la explotación sexual. Estocolmo – Suecia, 1996 (6).

DUQUE, Restrepo Liliana María. Odontología sin maltrato, acciones en salud oral con amor y respeto para nuestros niños. II Congreso Iberoamericano, IV Colombiano de prevención y atención del maltrato infantil. Iberoamérica Unida alrededor de la niñez. Cartagena de Indias, Colombia,. Asociación Afecto. P. 41. Septiembre 15-19 de 1997

EL DRAMA DE LA NIÑEZ MALTRATADO EN COLOMBIA. Asociación para la defensa del menor maltratado.

GUSTAVO LEON JARAMILLO. Derecho de familia y de menores. Editorial Universidad de Antioquia, Tercera Edición, 1991.

MANUAL para la detección de caso de maltrato a la niñez. Santafé de Bogotá – Colombia: Save the Children, 1994 (4-14).

MINISTERIO DE SALUD. Violencia intrafamiliar de Colombia.

MINISTERIO DE SALUD. Violencia intrafamiliar en Colombia. Santafé de Bogotá – Colombia, 1994 – 1998 (8-14).

PAIDOS. Sistema Nacional de información síndrome del niño maltratado.
Defensoría del Pueblo.

PAIDOS. Sistema Nacional de información síndrome del niño maltratado
defensoría del pueblo. Santafé de Bogotá – Colombia: Nestle servicio de
información científica, 1995 (4).

PETER OAKLEY, Ortega Mónica. Manual para la detección de casos de maltrato
a la niñez.

QUIROS, Margarita Inés. Promoción del buen trato al menor en Colombia.