

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
TRABAJADOR (A) SOCIAL

***“ CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS NIÑOS Y
NIÑAS A PARTIR DE LAS DIFERENTES MEDIDAS DE
PROTECCIÓN”***

Presentado por:

***JULIE ANDREA BERNAL FORIGUA
CAROLINA ROBAYO ACOSTA***

Tutor de Trabajo de Grado:

LUZ ÁNGELA TORRES LONDOÑO

BOGOTÁ, JUNIO DE 2005

TABLA DE CONTENIDO

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO.

II. OBJETIVOS

III. COMPONENTE INVESTIGATIVO

3.1 IDENTIFICACIÓN, DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

3.2 SUSTENTACIÓN TEÓRICA.

3.2.1 DEFINICIONES DE CONDUCTAS.

3.2.1.1 Miedo

3.2.1.2 Agresividad.

3.2.1.3 Hiperactividad

3.2.1.4 Timidez

3.2.1.5 Afecto

3.2.1.6 Ansiedad

3.2.1.7 Tristeza

3.2.2 TIPOS DE MALTRATO

3.2.2.1 Activo

3.2.2.2 Pasivo

3.2.3 Causas del Maltrato Infantil

3.2.4 Consecuencias del Maltrato Infantil

3.2.4.1 Problemas de Aprendizaje

3.2.5 Factores de Riesgo

3.2.6 Resiliencia

3.2.7 Relaciones de Afecto

3.2.7.1 Relación entre Pautas de Crianza y pobreza

3.3 RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.

IV. COMPONENTE DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

4.1 Identificación del grupo poblacional

4.2 Método de intervención

4.3 Descripción del Proceso

V. APRENDIZAJES TEÓRICOS Y PRÁCTICOS.

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

1. MARCO INSTITUCIONAL DEL ICBF.
2. INDICADORES DE MALTRATO
3. FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE CADA CASO.
4. FORMATOS DE DIARIO DE CAMPO

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El campo de práctica en donde se realizó el trabajo de grado de las estudiantes de décimo semestre de trabajo social, fue el Hospital Simón Bolívar de Bogotá H.S.B. Esta es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, es de carácter público que tiene naturaleza de Empresa Social del Estado (ESE) de tercer nivel de atención, ubicada en la Localidad de Usaquén, adscrita a la Secretaria de Salud de Bogotá, que ofrece a todos sus usuarios servicios de alta complejidad en una amplia gama de especialidades y subespecialidades.

Los servicios van dirigidos a la población más pobre y vulnerable no solo del Distrito Capital y sino a nivel nacional.

La Misión del Hospital Simón Bolívar es "Prestar servicios de salud de alta complejidad científica, calidez humana y principios éticos a la población que lo requiera, contando con personal idóneo, apoyándose en la formación académica y en el desarrollo de la investigación, contribuyendo a la preparación de recurso humano en salud competente y comprometida"¹. Su Visión es que "en el año 2010 el Hospital Simón Bolívar hará parte de los líderes en la prestación de servicios de salud de alta complejidad por su calidad y cobertura, siendo artífice de la formación de recurso humano en salud, que sin perder su sentido social, será económicamente y financieramente autosostenible"².

Este proyecto fue elaborado por las estudiantes de décimo semestre de trabajo social Julie Andrea Bernal Forigua y Carolina Robayo Acosta de la Corporación Universitaria Minuto de Dios; de igual forma se tuvo como asesora a la trabajadora social Luz Angela Torres Londoño encargada de las áreas de salud mental, pediatría, UCI'S pediátrica y de adultos de la institución hospitalaria en donde se realizaron los cuatro semestres de práctica profesional.

1. *REVISTA. Hospital Simón Bolívar de Bogotá* III nivel de atención. Publicación Junio 2003.

2 *REVISTA. Calidad y Experiencia con Sentido Social. Hospital Simón Bolívar de Bogotá* III nivel de atención. Publicación 2005 Edición No 1.

II. OBJETIVOS

- Identificar por medio del seguimiento de 15 casos reportados por el Hospital Simón Bolívar (H.S.B) con un diagnóstico de maltrato infantil, si las medidas de protección tomadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), mejoraron o no las relaciones familiares y el comportamiento de los niños y niñas entre las edades de 5 a 15 años.
- Mejorar la intervención desde Trabajo Social con los niños y niñas que presenta un diagnóstico de Síndrome de Maltrato Infantil (SMI), de pacientes hospitalizados y de consulta externa.

III. COMPONENTE INVESTIGATIVO

3.1 Identificación, Definición Y Justificación Del Tema

Durante el proceso de práctica profesional que se realizó en el H.S.B, se identificó que el ICBF después de adoptar una medida de protección, el niño era devuelto en algunas ocasiones nuevamente a su núcleo familiar; ocasionando un trauma en el niño ya que éste permanece por espacios de días u horas en Centro Zonal; o en caso contrario en cuestión de meses en un hogar sustituto.

A partir de lo anterior surge la idea de querer investigar que pasa con el niño (en cuanto a su comportamiento se refiere), cuando se le aplica una medida de protección temporal y que sucede posteriormente a este suceso. De igual forma el objetivo era identificar de que manera la situación del niñ@ había cambiado, o si por el contrario estaba latente el maltrato infantil por parte de sus padres o cuidadores y como este fenómeno lo afecta en su comportamiento y sus relaciones familiares.

Gracias a lo expuesto se busca una mejor intervención por parte de Trabajo Social frente al manejo de un paciente con SMI.

Con base al contexto, las variables que se trabajaron fueron: en primer lugar el tipo de maltrato, segundo la existencia de una medida de protección y tercero el cambio generado en el comportamiento del niño o niña antes, durante y después de la medida de protección.

El maltrato infantil es considerado como toda conducta que, por acción u omisión, produzca daño físico y/o psíquico en una persona menor de 18 años, afectando el desarrollo de su personalidad. Esta conducta es intencional y en muchas ocasiones reiterada, en donde la mayoría de los casos es efectuada por personas cercanas a la víctima.

Con frecuencia en la formación de los hijos e hijas es asumida por una relación de poder que ejercen tanto padres como madres o cuidadores, donde básicamente el castigo es aceptado como un mecanismo de educación y de corrección. Este tipo de relaciones tienden a agudizarse frente a factores de riesgo como lo son la crisis económicas y/o crisis conyugales, la incomunicación, el aislamiento de sistemas de apoyo, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, problemas emocionales de los padres, paternidad o maternidad prematura entre otros.

En cuanto al tema del Maltrato Infantil, el Estado ha adoptado una serie de normas donde compromete tanto a instituciones hospitalarias, centros educativos, ciudadanos y ciudadanas o la comunidad en general a denunciar casos que atenten contra la dignidad e integridad de los niños y niñas.

Como se expresa en el artículo 33 del Código del menor "los directores de hospitales públicos o privados y demás centros asistenciales están obligados a informar sobre los niños y niñas abandonados en sus dependencias o que ingresen con signos visibles de maltrato y a ponerlos a disposición del respectivo centro zonal o dirección regional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, dentro de los (8) ocho días siguientes a la ocurrencia del hecho".¹, de igual forma dentro de este código se establece que "El Estado fomentará por todos los medios la estabilidad y el bienestar de la familia como célula fundamental de la sociedad. El menor no podrá ser separado de su familia sino en circunstancias especiales definidas en la ley, con la exclusiva finalidad de protegerlo"² ; finalmente, en el artículo número 42 de la Constitución Nacional, sustenta que "la familia es considerada como el núcleo fundamental de la sociedad... El Estado y la sociedad garantizan la protección integral del núcleo familiar inalienable e inembargable".³

Dentro del marco legal es importante rescatar lo que menciona la política pública de la Niñez y adolescencia de la Alcaldía Mayor de Bogotá periodo 2004-2008, basado en la Constitución Política de 1991, en donde se reconoce a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho. Implicando su condición de actores transformadores de su propia realidad, tanto en plano individual como colectivo; por esto es necesario crearles espacios, construir mecanismos y condiciones que permitan mejorar su calidad de vida.

Como justificación al proyecto de grado, se considera que primero y a manera personal; por medio de la observación, el estudio y experiencia de las funciones que debe desarrollar un trabajador Social en esta área, se ha identificado que uno de los problemas significativos como se menciono anteriormente, es el de los casos de los niños o niñas maltratados; que independiente del seguimiento medico, se le debe hacer un seguimiento social.

Como bien se sabe las habilidades adquiridas durante todo el proceso de formación académica y en conjunto con la práctica, debe estar reflejado en el trabajo de grado; dando como resultado un profesional propositivo, competente, critico, gestor, y con la capacidad de generar una excelente intervención con individuos, familias, grupos y comunidades.

¹ **CÓDIGO DEL MENOR** Decreto 2737 del 27 de Noviembre de 1989

² **IBÍD.**

³ **CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA** 1991

Socialmente, es conveniente analizar este tema ya que con el respectivo seguimiento de los casos se estudiará la eficacia, el criterio y la oportunidad de las diferentes medidas de protección, y como consecuencia de ello se observa los cambios que estas generaron en el menor en su comportamiento, desarrollo y redes familiares del mismo.

Profesionalmente hablando, este tema es de gran relevancia ya que una de las tareas de Trabajo Social es reportar a la institución competente (que en este caso el ICBF), los casos de SMI que se presentan cuando un menor accede a los servicios de hospitalización y consulta externa. De igual forma debe realizar un informe social, en donde se especifica los factores de riesgo que los niños y niñas presentan dentro de su núcleo familiar o a nivel social. Es interesante ver más allá de lo que pasa cuando un niño o una niña se reporta y se le adopta una medida de protección; ya que el Trabajador social pierde el contacto con el menor después de su egreso de la institución hospitalaria, quedando una incertidumbre de la situación que puede estar viviendo el menor.

Por tal razón se realizó una serie de seguimientos a casos, que cumplieron con la característica de tener sospecha o maltrato infantil, que haya entrado a programas de protección y que sus edades oscilaran entre 5 y 15 años respectivamente. De esta manera se analizaron los casos bajo la perspectiva de los cambios de comportamientos de los niños y niñas, teniendo como base su ingreso al hospital, estadía y momento en que el ICBF toma una decisión frente al caso y sus repercusiones ante dicha determinación.

3.2 SUSTENTACIÓN TEÓRICA

Para la elaboración y posterior ejecución del proyecto de grado, fue necesario hacer una revisión bibliográfica, que contextualizara todo lo relacionado al tema de investigación. Por tal razón es relevante consignar la parte teórica, ya que ésta permitió una serie de herramientas básicas para la intervención, análisis y comprensión de los casos con los cuales se trabajó.

3.2.1 DEFINICIONES DE CONDUCTAS

La conducta es la respuesta a una motivación en la que están involucrados componentes psicológicos, fisiológicos y de motricidad. La conducta de un individuo, considerada en un espacio y tiempo determinados, se denomina 'comportamiento'. A continuación se mencionaran algunas de ellas:

3.2.1.1 MIEDO

El miedo es una emoción desagradable frente a un peligro inminente o ante una amenaza que puede tener causas reales o imaginarias que considera el niño puede hacerle daño directamente.

El menor a medida que crece, lo mueve un sentido de dependencia frente a la madre que se convierte para él como en la señal de protección y de valor; de allí que la separación prolongada de la madre puede dar como resultado trastornos emocionales duraderos que se reflejan en su salud física.

3.2.1.2 AGRESIVIDAD

Se debe especificar que tod@ niñ@ es agresivo. El menor expresa en forma inadecuada la agresividad, cuando su comportamiento se manifiesta persistente, excesivo e indiscriminado, con reacciones violentas, o al contrario supremamente aislado, es decir la respuesta agresiva no es justificable para la situación dentro de los límites tolerantes.

“Este comportamiento se presenta mediante la agresión hacia otras personas por medio de chillidos, puntapiés, golpes, palabras soeces, generalmente sus expresiones involucran a otros”⁴.

Otras de las formas de agresión es la denominada intrapunitiva, la cual se dirige hacia el mismo sujeto, responden al nivel de frustración de la persona, generan usualmente un bajo auto concepto, se lastima así mismo y se manifiesta callado, deprimido, desobediente o se niega a participar en juegos o actividades.

Una de las causas principales de este trastorno es que los niños se desarrollan en un ambiente donde la violencia es algo cotidiano o una forma de autodefensa.

También la causa se radica en la inseguridad que determina el miedo que conduce al niño a una actitud de defensa exagerada que desemboca al odio y a la agresividad. Pues el niño siente la necesidad y defenderse atacando es como un instinto que lo induce a destruir todo y cuanto hay a su alrededor para lograr conseguir una algún tipo de seguridad y poder.

3.2.1.3 HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad es un nivel de actividad y excitación tan alto en un niño que afecta a los padres o a las personas que los cuidan.

“El comportamiento activo es causa frecuente de conflictos entre padres e hijos y puede preocupar a los padres”⁴.

El nivel en el que la actividad es percibida como hiperactividad depende frecuentemente de la tolerancia de la persona importunada. Aun así, algunos niños son ciertamente más activos y poseen períodos de atención más cortos que lo considerado como normal.

⁴ **GONZÁLEZ, Illidge Guillermo**, M.E. *Comportamiento y Salud*. Tomo I. Editorial Bedout S.A. Medellín (Colombia)

Esta alteración puede tener una variedad de causas, como trastornos emocionales y anormalidades en el funcionamiento cerebral. Por el contrario, puede también ser simplemente una exageración del temperamento normal del niño.

Los síntomas pueden ser los siguientes:

- Actividad continua y sin objeto.
- Corta capacidad de atención.
- Mucha distracción.
- Impulsos incontrolados.
- Indiferencia al peligro y al dolor.
- Poca respuesta a la recompensa o al castigo
- Destructibilidad; agresividad; mentiras, robos, berrinches.
- Constantes choques con cuanto le rodea
- Problemas de lenguaje.
- Incapacidad de completar algo espontáneamente, es necesario recordarles continuamente las cosas.
- Poca socialización; falta de respeto hacia las necesidades o propiedad de los demás; incapacidad de hacer amigos, conducta conflictiva.
- Pataletas
- Baja tolerancia al fracaso
- Deseo de realizar actividades en el momento menos indicado en el lugar equivocado.
- Trastornos de sueño

3.2.1.4 TIMIDEZ

Es una sensación de impotencia para actuar en presencia de otra persona, un miedo crónico a hacer algo, normalmente al fracaso que procede de la falta de confianza en si mismo y en los demás y pueden sentirse muy incómodos cuando están con otras personas mayores que ellos.

Es una limitación o defecto del carácter que impide el desarrollo armónico del yo y que en las personas que la padecen se manifiesta por una inseguridad ante los demás, una torpeza o incapacidad para afrontar y resolver las relaciones sociales.

Lo que caracteriza a la timidez es la perturbación afectiva refleja a la presencia de los demás como un mecanismo de defensa del yo (Henri Wallon). “Sus orígenes son complejos; puede provenir de una actitud hereditaria, pero en la mayor parte de los casos es la consecuencia de un defecto de socialización debido a un medio insuficiente o excesivamente

protector”.⁵ Pese a que la timidez y el complejo o sentimiento de inferioridad suelen aparecer asociados, se trata de fenómenos independientes, aunque ambos surgen por las mismas causas. La timidez se manifiesta en todos los campos de la actividad: física, intelectual y sentimental.

Los síntomas más frecuentes cada vez que estos niños hablan con otras personas son:

- Enrojecimiento facial
- Temblor de manos
- Palpitaciones
- Sudoraciones
- Tartamudeo

3.2.1.5 AFECTO

Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. Es muy variable su expresión entre culturas diferentes así como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades.

Son niños que al parecer, no se impresionan por nada. No hacen caso de las advertencias o consejos de sus padres y educadores. Incluso suele suceder que los castigos les son indiferentes. Parece como si no tuviera el sentido de la obediencia, del amor propio o la responsabilidad. Se diría que son insensibles pero no es así. Lo que ocurre es que la personalidad del niño ha formado una especie de coraza protectora de insensibilidad, que es una defensa para no sufrir, para no darse cuenta del miedo y la inseguridad que sienten en lo profundo del alma. “Como causa de este trastorno siempre se encontrará siempre que el niño se siente o se ha sentido incomprendido, o bien que ha sufrido malos tratos por parte de sus padres, tutores, maestros u otras personas, especialmente padrastros o maestros”.⁶

3.2.1.6 ANSIEDAD

⁵ CASTEBLANCO, Bautista Lucy. *Desarrollo del Niño menor de siete años*. Editorial USTA. . Universidad Santo Tomás Bogotá 1989.

⁶ CANTÓN, Cortés J. *“Malos Tratos y Abuso Sexual”*. Siglo XXI. Madrid 1997

Es el temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce.

El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia.

Los teóricos del aprendizaje ven la ansiedad desde otra perspectiva. Algunos creen que la ansiedad se aprende cuando los miedos innatos del individuo concurren con objetos y sucesos previamente neutrales. Por ejemplo, un niño que se asusta por un fuerte ruido cuando juega con un juguete determinado puede asociar la ansiedad a este juguete.

3.2.1.7 TRISTEZA

Esta conducta aparece en el menor y se detecta cuando apenas ríen. No tiene alegría natural tan propia en la etapa en la que se encuentra. Básicamente buscan la soledad, y lloran desconsoladamente durante mucho rato.

Los autores afirman que esto sucede cuando el menor se siente desamparado, no tiene seguridad y confianza en sí mismo. Apenas juega con otros niños, es miedoso, pesimista, parece preocupado. Es tímido y apocado.

Una de las causas de este trastorno es la falta de la presencia de la figura materna o paterna.

Esta conducta se presenta en la mayoría de las ocasiones en niños abandonados ya que no tienen a una persona mayor cercana a ellos que les brinden los cuidados y la protección que se merecen.

3.2.2 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

En este apartado, se dará a conocer los diferentes tipos de maltrato que se presentan a nivel general y por los cuales son causas para adoptar una medida de protección.

3.2.2.1 ACTIVO:

Consiste en cualquier acción no accidental producida por los padres o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al menor. El abuso emocional también se encuentra en esta categoría y se presenta bajo la forma de insultos, burlas, desprecios, críticas, amenazas etc.

A. ABUSO SEXUAL: Este incluye la exposición del niño a actos sexuales, el uso pasivo o activo del niño como medio o estímulo sexual por algún adulto y el contacto sexual entre el niño y personas mayores, es decir "se refiere a cualquier acto realizado por un adulto con vía de obtener gratificación sexual,

que puede ser en la mayoría de las ocasiones por miembros de la familia (incesto), conocidos o extraños”.⁷

B. MALTRATO FÍSICO: “este puede ser definido como lesiones intencionales a un niñ@, realizadas por su padre, madre o tutor, utilizando una variedad de medios no accidentales tales con, golpes con la mano u objetos diversos, magulladuras, laceraciones, fracturas, quemaduras, punturas, heridas y daño orgánico, capaces de producir resultados peligrosos demostrables”.⁸

C. MALTRATO FÍSICO AGUDO: Aquel en el cual las lesiones encontradas en el examen clínico o paraclínico, no han terminado su proceso de reparación biológica primaria.

D. MALTRATO FÍSICO AGUDO LEVE: Aquel en el cual las lesiones encontradas en el examen clínico o paraclínico por su naturaleza, cantidad, ubicación, severidad y extensión (menos del 9%), no comprometen la integridad anatómica ni funcional de uno o más órganos o la vida del menor.

E. MALTRATO FÍSICO AGUDO GRAVE: Aquel en el cual las lesiones encontradas en el examen clínico o paraclínico, por su naturaleza, cantidad y extensión (más del 18%), comprometen o ponen en peligro directa e indirectamente la integridad anatómica y /o funcional de uno o más de sus órganos o la vida del menor. Igualmente incluye lesiones que por su dinámica francamente agresiva se consideran como quemaduras o heridas con armas blancas o de fuego entre otras.

F. MALTRATO FÍSICO ANTIGUO: Aquel en el cual las lesiones encontradas en el examen clínico o paraclínico muestran lesiones traumáticas, las cuales a pesar de haber terminado su proceso de reparación biológica primaria, han dejado estigmas en el cuerpo del niño o niña.

G. MALTRATO FÍSICO REPETITIVO: Aquel en el cual se encuentra evidencia de lesiones recientes, pero en diferente estado de evolución.

H. MALTRATO FÍSICO CRÓNICO: Aquel en el cual los hallazgos clínicos y paraclínicos revelan la presencia de lesiones traumáticas agudas y antiguas.

⁷ **ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA LA DEFENSA DEL MENOR MALTRATADO.** *El Drama de la Niñez Maltratada.* Santa fe de Bogotá 1992

⁸ **SORIANO, Francisco.** *Prevención y detección del maltrato infantil.* Bogotá. Noviembre, 2001.

I. SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER: “En estos casos, los padres o tutores utilizan artificios diferentes para provocarles enfermedades ficticias a sus hijos, con el objetivo de obtener una ganancia secundaria mal definida de la hospitalización del niño. Ellos relatan historias clínicas falsas sobre padecimientos de sus hijos, inducen síntomas y signos, los sometan a chequeos y evaluaciones médicas múltiples, que con frecuencia terminan en ingresos hospitalarios”.⁹

J. MALTRATO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO: Efectos Adversos sobre la conducta, la emocionalidad, la seguridad y la capacidad de adaptarse al medio, de un menor, producidos por la actitud de un adulto o adulta, la cual puede enmarcarse como alejada y ajena a toda conducta con sentido constructivo, educativo o protector para con el menor.

“Se tienen en cuenta actos como la omisión, el desprecio, conductas verbales intencionales, conductas inadecuadas, explotación, corrupción, desprecio, aislamiento y terror”¹⁰.

3.2.2.2 PASIVO

Hace referencia al abandono físico, que ocurre cuando las necesidades físicas básicas del menor no son satisfechas por ningún miembro de la familia o cuidador que convive y se encuentra a cargo de él. También comprende todo lo relacionado al abandono emocional que consiste en la ausencia de respuesta a todas las necesidades que tienen que ver con el contacto físico, las caricias y la indiferencia frente a los diferentes estados de ánimo del menor lo cual hace que se sienta desplazado y poco importante para sus padres o personas encargadas de su cuidado y bienestar.

A. ABANDONO FÍSICO: el cual hace referencia cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro de la familia o grupo con el cual convive.

B. ABANDONO EMOCIONAL: el cual consiste en la falta o ausencia de respuesta a las necesidades de contacto físico como lo son caricias y la indiferencia de la familia o grupo con el que vive frente a los estados de ánimo del menor.

Niños y niñas testigos de violencia doméstica: [que hace referencia a cualquier acción u omisión que ocasione cualquier tipo de daño o sufrimiento tanto físico, sexual o psicológico a algún miembro de la familia, por parte de parientes o personas que conviven dentro del núcleo familiar o exconviviente.](#)

⁹ IBÍD.

¹⁰ [www.monografias.com/maltrato infantil](http://www.monografias.com/maltrato-infantil)

C. NEGLIGENCIA Y DESCUIDO: Deprivación de las necesidades básicas (alimentación, educación, salud, protección y control, cuando los responsables del menor están en capacidad de brindarlas.

D. MALTRATO INSTITUCIONAL: Se trata de cualquier norma, programa o procedimiento, que por acción u omisión de la institución, vulnere la dignidad del menor, con o sin contacto físico directo con el niño. Se incluye la falta de agilidad en la adopción de medidas de protección o destinación de recursos.

Es la falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y niñas, como consecuencia de la ausencia de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, de quienes tienen a cargo su crianza y cuidado. El maltrato institucional se refleja la mayoría de las veces en oferta insuficiente de servicios, baja calidad, ineficiencia, falta de oportunidad y ausencia de integralidad en los mismos.

Algunas de las modalidades más conocidas de maltrato social son el abandono físico, el niño o niña de y en la calle, el infractor, el vinculado a actos terroristas, el desplazado, el vinculado al conflicto armado y el trabajador.

Es importante identificar este tipo de maltrato por cuanto las personas sin acceso a los servicios del Estado (educación, salud, justicia, empleo) son en ocasiones incapaces de desarrollar afecto y carecen de medios de subsistencia, sin que por otra parte el modo de vida enriquezca la transmisión de valores sociales y culturales.

3.2.3 CAUSAS DEL MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un problema multi causal, que genera en los niños una diversidad de comportamientos y actitudes que influyen en su desarrollo, teniendo como consecuencia que el menor en un futuro se convierta un agresor o un maltratador por todo el entorno en que se desenvuelve cuando existen antecedentes de maltrato.

“Las causas que se han venido estudiando desde la década de los noventa permite ver un sin número de factores que influyen directamente en el comportamiento agresivo tanto de padres como de familiares que en un momento dado desbocan toda su rabia e ira contra los niños y niñas. Estas causas son las siguientes”:¹¹

- a. **Personalidad:** la presencia de enfermedades mentales o de algún síndrome o desorden psicológico específico hacen que los padres agresores o abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, de igual forma presentan una baja autoestima y baja capacidad de

¹¹ www.google.com/causasdelmaltrato

empatía con sus familiares. Los estudios determinan que solo un 10% o un 15% de los padres que agraden a sus hijos presentan algún tipo de desordenes emocionales y psíquicos relacionados directamente con la depresión, ansiedad entre otras que hacen que éste reaccione de una forma violenta ante cualquier tipo de situación.

- b. **Emocionales:** en ocasiones los padres presentan diversos problemas para enfrentar los problemas que se les presenta en un determinado momento, su inseguridad, su inmadurez emocional, su baja autoestima (como se mencionó anteriormente) y su inseguridad los motivan para que reaccionen de una forma violenta y se desquiten de una manera descontrolada su frustración en los hijos y demás miembros de la familia, de igual forma no proporcionan en el núcleo familiar elementos que son básicos para su formación y adecuado desarrollo. En la mayoría de las ocasiones cuando existe agresión entre padre y madre también se presenta maltrato infantil y esto hace que se genere una inadecuada socialización entre los cónyuges con el medio en que se encuentran. Es necesario recordar que "a través de la familia se transmiten las reglas y las costumbres establecidas por la sociedad"¹².
- c. **Biológicas:** esta causa hace referencia al rechazo de los padres y de la misma sociedad cuando un menor de edad presenta malformaciones genéticas, trastornos neurológicos y limitaciones físicas, en donde los tutores o los mismos padres deciden abandonarlos o los aceptan con lastima. El daño que se produce en los niños y niñas es mucho mayor puesto que son niños y niñas totalmente indefensos que no pueden responder de ninguna manera.
- d. **Sociales:** los principales factores que influyen dentro de esta causa de maltrato son el desempleo, los bajos ingresos (nivel socioeconómico), la prostitución, el conflicto que se genera cuando el menor no es deseado por ninguno de los dos o por la propia madre; de igual forma se hace presente la inadecuada comunicación entre los padres que desencadena cualquier tipo de agresión ya sea física o verbal. El maltrato que se genera en estos casos provoca daños que verdaderamente son irreversibles ya que el menor por la carencia de afecto durante esta etapa, la cual es base para su desarrollo emocional.
- e. **Culturales:** hace referencia a todo un conglomerado de roles y funciones que la misma sociedad ha generado para una adecuada educación, orientación y responsabilidad que los padres o tutores

¹² www.google.com/causasdelmaltrato

tienen frente a sus hijos o los niños o niñas que se encuentran bajo la custodia de éstos últimos. Toda la concepción que se tiene en relación con las reglas y las formas de castigo cuando se transgrede algunas de ellas hacen que los padres ejerzan su poder y su autoridad sobre los niños y niñas produciendo en ellos cualquier tipo de maltrato por su ignorancia en cuanto la información que tienen frente a la orientación y educación que se debe tener frente al respeto.

- f. **La historia del maltrato de los padres:** según los estudios que se ha realizado los padres agresores en un gran porcentaje sufrieron algún tipo de maltrato por parte los progenitores durante la etapa de la infancia y reflejan ese tipo de conductas en sus hijos. Un inadecuado tratamiento psicológico provocará que caigan nuevamente en este tipo de actitudes en cuanto al trato con sus hijos y en donde sus hijos a partir de las vivencias, las transmitirán convirtiéndose en algo denominado "transmisión intergeneracional"

3.2.4 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO DURANTE LA EDAD ESCOLAR

El maltrato infantil genera en los niños y niñas un sin número de efectos en todo lo relacionado a fases del desarrollo, lo cual hace que se coloque el menor en una situación de alto riesgo en donde indudablemente el Estado debe reaccionar y tomar medidas, ya que a medida que va pasando el tiempo y el maltrato sigue presentándose el menor puede generar problemas de conducta y posteriormente convertirse en problemas psicopatológicos.

Las alteraciones de conducta se enmarcan bajo un sistema general de conducta antisocial que se relaciona directamente con el fenómeno del maltrato infantil tanto físico como emocional.

Según los estudios realizados los altos niveles de conducta en forma violenta y los delitos registrados entre delincuentes y jóvenes con algún tipo de alteraciones psiquiátricas tienen como resultado que en algún momento de su vida sufrieron malos tratos por parte de sus progenitores o tutores que tenían su custodia.

En el caso del maltrato físico, éste se relaciona la aparición de ansiedad, debidas a situaciones de rechazo como son el maltrato emocional o el abandono emocional; los niños o niñas presentan un comportamiento agresivo tal vez a consecuencia del mismo maltrato sufrido, lo cual genera un círculo vicioso entre la relación de padres e hijos.

Según Mc Cord en 1983, el 20% de los niños y niñas que han padecido algún tipo de maltrato físico o abandono, cuando llegaron a la edad de la adolescencia cometieron delitos graves y en la edad adulta en la mayoría de

los casos estas conductas se vuelven repetitivas. Los malos tratos generados en los niños afecta el coeficiente intelectual de los niños y niñas.

Otras de las consecuencia generadas por el MI es que los niños o niñas terminan distorsionando la realidad, viendo al padre como un ser perfecto y subestimando su auto concepto; de igual forma el maltrato genera en los niños y niñas comportamientos como miedo, problemas de aprendizaje (rendimiento académico). Dificultad para socializarse con los demás, destructivo o autodestructivo, problemas con el sueño, timidez, extremadamente agresivo, retraído, llamativo afectando directamente sus relaciones sociales.

3.2.4.1 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Consiste en la falta de aptitud para adquirir, retener o usar ampliamente las habilidades específicas o la información; como resultado se producen deficiencias en la atención, la memoria o el razonamiento y además se afecta al rendimiento escolar.

Un niño pequeño con una incapacidad en el aprendizaje puede tener dificultades para coordinar la visión con los movimientos y se le puede dificultar tareas físicas como cortar, pintar, abrocharse, amarrarse los cordones y correr. El niño puede tener problemas visuales o con el procesamiento de los sonidos o problemas de memoria, de habla, de razonamiento y de audición. Algunos niños tienen dificultades con la lectura, algunos con la escritura y otros con la aritmética.

3.2.5 FACTORES DE RIESGO

Son los agentes tanto internos como externos o situaciones que hacen más probable que un evento de maltrato infantil ya sea físico, por negligencia o psicológico se produzca.

La identificación oportuna, eficiente y eficaz de estos factores de riesgo podría ser encaminada a que se desarrollen estrategias óptimas para que al menor se le evite al máximo un evento de maltrato en donde se vea afectada no solo su vida física sino también emocional y se logren tomar las medidas adecuadas para que este pueda tener una mejor calidad de vida y un mejor bienestar.

Aunque por sí solos los factores de riesgo no inducen al maltrato, pueden llegar a desencadenar, e inclusive a reducir, el umbral de tolerancia del adulto frente a las manifestaciones y características de los niños y niñas.

Estos factores en el momento de la atención a niños se convierten en un valioso instrumento para la confirmación de casos, cuando existe la sospecha de maltrato infantil.

Estos factores de riesgo se describen a continuación:

a. RESPECTO AL NIÑO.

- Niños no deseados.
- Bebes prematuros o con hospitalización prolongada.
- Retraso mental o parálisis cerebral.
- Deformidad física.
- Síndrome de Dawn.
- Enfermedades crónicas.
- Alteraciones en el desarrollo Psicomotor.
- Menores de tres años.

b. RESPECTO A LOS PADRES Y A LA FAMILIA.

- Padres o cuidadores con antecedentes de maltrato o privación psicoafectiva en su infancia. Poca tolerancia al estrés y a la frustración.
- Pobre socialización, baja autoestima.
- Padres jóvenes e inmaduros.
- Falta de información e inexperiencia específica sobre la crianza de los niños.
- Crisis familiares por necesidades básicas insatisfechas.
- Tolerancia frente al castigo con dolor, como método educativo. Padres o adultos que utilizan cualquier instrumento para su aplicación sin tener en cuenta los daños físicos y emocionales que puedan causar a los niños.
- Ignorancia de padres o adultos frente al desarrollo de los niños, generando expectativas distorsionadas frente a ellos.
- Disfunciones en la familia.
- Alteraciones en el sistema de vinculación afectiva Padres-Hijos, generando rechazo, tardanza en los cuidados, malos tratos, baja expresión de afecto con el niño.

- Negligencia.
- Factores de predisposición, especialmente asociados con el ser padrastro o madrastra.
- Uso de alcohol o drogas, enfermedades mentales, trastornos emocionales o de personalidad.

C. RESPECTO A CIRCUNSTANCIAS, SITUACIONES Y FACTORES SOCIALES.

- Desempleo.
- Baja escolaridad.
- Hacinamiento.
- Desequilibrio económico y social.
- Consideración del niño como un estorbo; tanto para los planes de esparcimiento, como de crecimiento personal y económico.
- Migraciones campo-ciudad.
- Niños víctimas de fuego cruzado.
- Inestabilidad política y económica.
- Corrupción.
- Pérdida de valores.
- Tolerancia social al maltrato.

3.2.6 RESILIENCIA

En este mundo en el cual una de las problemáticas más preocupantes es aquella que se enmarca en todo lo relacionado al maltrato infantil, muchos de los profesionales en áreas como la psicología, el trabajo social y la psiquiatría, se han preguntado ¿de qué manera un menor puede superar las cicatrices que marcaron su vida cuando al sufrido algún tipo de maltrato, trauma o sucesos desestabilizadores? Esta pregunta ha tenido su respuesta a partir de una serie de investigaciones que se han realizado en donde se han tenido en cuenta factores como los biológicos, los familiares y los sociales que son básicos en la superación del ser humano en circunstancias precarias.

Así mismo es cuando nace el concepto de resiliencia el cual es “la capacidad o recursos para mantener un proceso normal de desarrollo a pesar de las condiciones difíciles en que se vive o se ha vivido”¹³, esta capacidad es el resultado de una serie de nutrientes tanto afectivos, cognitivos y de relaciones que no solo los niños sino los adolescentes y adultos reciben continuamente de su entorno y su medio. En casos de niños huérfanos, maltratados, abandonados víctimas de guerras o catástrofes naturales quedan en ocasiones amarrados y encadenados a traumas y una serie de recuerdos que afectan su vida emocional y social; sin embargo cuando tienen esa capacidad de resiliencia ya sea porque personalmente lo han deseado o por algún tipo de ayuda profesional; comienzan a reparar los daños sufridos, convirtiéndolos hasta a veces en obras de arte. “Pero la resiliencia difícilmente puede brotar en la soledad.

La confianza y la solidaridad de otros, ya sean amigos, maestros o tutores, es una de las condiciones para que cualquier ser humano pueda recuperar la confianza en sí mismo y su capacidad de afecto”¹⁴.

El concepto de resiliencia sirve no solo como una guía para establecer criterios de actuación y de intervención con los niños afectados por algún tipo de maltrato sino también con sus padres que en ocasiones han sido también maltratados o consignan en su memoria traumas los cuales no han podido superar, en el sentido de apoyar no solo sus recursos sino que además son criterios para evaluar nuestras propias capacidades resilientes en tanto profesionales en el servicio y con el objetivo de fortalecer la prevención de los malos tratos.

Finalmente las capacidades de resiliencia en el niño se pueden dar a partir de un contexto basados en las relaciones que le ofrecen en cantidad una serie de factores como lo son: en primer lugar las Experiencias de buenos tratos, que estén caracterizados por un apego sano y seguro, además de los aportes afectivos y culturales suficientes para que una persona se sienta digna y amada. En segundo lugar haber participado en procesos de conversación que les haya permitido concientizarse y conocer su realidad familiar y social por muy difícil que hubiese sido. Lo anterior con el apoyo tanto social y afectivo. En tercer lugar es necesario vivir experiencias de apoyo social que se enmarquen en el afecto. Y por último haber aprovechado

¹³ **BARUDY Jorge**. “*Promover El Buen Trato Y Los Derechos Resilientes Como Bases De La Prevención Tratamiento De Las Consecuencias De La Vida Humana*”. Editorial Gedisa. Chile. Año 2000.

¹⁴ **BARUDY Jorge**, “*Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*”. Editorial Gedisa. Barcelona 2005

los procesos educativos en donde se potencialice el respeto de los derechos de todas las personas especialmente de los niños y niñas.

3.2.7 PAUTAS DE CRIANZA¹⁵

El tema de las Pautas de crianza esta ligado al tema de la cultura por eso inicial mente comentamos que significa este último termino, lo definimos *como el conjunto de conocimientos, modos de vida, costumbres y actividades que identifican a un grupo, colectividad u organización que les permita interrelacionarse entre si; y que son transmitidas de generación en generación.*

Los padres son los primeros y los mejores puericultores¹⁶ de sus hijos; son ellos quienes poseen las herramientas que les permiten orientar y establecer las pautas de crianza para sus propios hijos, pero es importante tener claro que es el niño el propio gestor del desarrollo de sus potencialidades.

La crianza es un proceso secuencial que los padres inician desde su formación como hijos en sus propias familias. Es un proceso aparentemente natural, por lo que se cree que por el hecho de hacerse padres desde lo biológico se está preparado para afrontar con éxito el ejercicio de la paternidad. Las pautas de crianza no son recetas que están proporcionalmente establecidas; son acuerdos que conciertan los padres que preparan y planean la llegada de sus hijos, con quienes se comprometen con responsabilidad a acompañar y a generar espacios que potencien el desarrollo humano de sus hijos. Son aprendidas por los padres de sus propios padres y son transmitidas de generación en generación, algunas veces sin modificaciones. Este proceso que se inicia durante la socialización del niño en el núcleo familiar, social y cultural, lo asimilan por medio del juego de *roles*, con el que se apropian de las pautas con las que sus padres los orientan, las asumen e incorporan, para más tarde, al ser padres, complementarlas con sus hijos.

Es así como se pueden transferir comportamientos que se creen adecuados, porque a los padres les fueron efectivos; pero es necesario tener en cuenta que cada hijo es único y como tal va a responder a la crianza que se le ofrece. Además, las influencias externas y las demandas del contexto son diferentes para cada tipo familiar.

¹⁵ El tema de Pautas de crianza, en general es parafraseado de lo que expone en diferentes artículos la Autora María Eugenia Villegas Peña, Trabajadora Social especialista en Familia.

¹⁶ PUERICULTURA: Es la rama de la pediatría que se dedica al cuidado integral del niño o niña, tanto en el aspecto físico como mental.

Se encuentran diferencias en las pautas de crianza, teniendo en cuenta que cada uno de los padres viene de grupos familiares distintos, se puede entender la necesidad de llegar a acuerdos, que partan de la negociación y que faciliten a los padres el establecimiento de los lineamientos con los que acompañarán a sus hijos durante su desarrollo. De hecho, desde sus hogares han recibido orientaciones diversas, con vivencias y modelos de padres también diferentes, a pesar de que compartan ambientes socioculturales similares.

En la crianza de los hijos contribuyen elementos que como hijos los padres recogieron de sus propias familias; es de esperar que padres que posean una autoestima adecuada ofrezcan el ambiente que igualmente la propicie en sus hijos, y los que carecen de ella les restarán posibilidades, sin con esto querer decir que no lo puedan lograr, pues con esfuerzo y compromiso se puede conseguir lo que con ellos no se logró.

El proceso de crianza es necesario el apoyo, que no sólo es tarea de los padres entre sí, sino que también es significativo el que reciben de otros sistemas del entorno en el que se desarrollan. Las familias que cuentan con redes de apoyo fuertes generan más posibilidades en el proceso de crianza de sus hijos.

Como afirma el filósofo español Fernando Savater, la autoridad que los padres ejercen sobre sus hijos debe ser firme y afectiva para que genere espacios de confianza y autonomía; estos dos elementos son los ejes que contribuyen al desarrollo de la personalidad sana, lo que a su vez, facilita el desarrollo de seres humanos autónomos e independientes.

El ejercicio de la autoridad por parte de los padres exige unidad de criterios al respecto. En este ejercicio es significativa la concordancia entre el ejemplo y la palabra. Son los padres los que con sus comportamientos refrendan las orientaciones que ofrecen a sus hijos en lo que se refiere a valores, creencias, pautas relacionales y en general a todos los elementos que favorecen una convivencia social que parte del respeto y la tolerancia con los otros ciudadanos.

La autoridad de los padres es una relación diferenciada, en la que ellos no son simplemente amigos de sus hijos, sino que desde una posición jerárquica superior los dirigen y los acompañan con afectividad, firmeza y seguridad.

Las pautas de crianza, lo mas adecuada es percibirlas y ponerla en practica bajo el marco del Buen Trato y no en las prácticas cotidianas socialmente aceptadas tales como el castigo, la fuerza, el manejo del poder mediante la amenaza, entre otros, estrategias todas que vulneran los derechos de la

infancia y que no permiten una crianza que reconozca principios de Buen Trato como el reconocimiento de niños y niñas como seres con derechos y deberes, personas en proceso de apropiación de una cultura que se transmite mediante la palabra y la acción y que, en muchos casos, muestra diferencias grandes entre el discurso y los comportamientos. El trato que se da y se recibe en la casa, en la escuela, cuando se llevan a cabo las tareas familiares y escolares, en el juego, en el castigo, en la disciplina, en el afecto, es decir, en las relaciones entre padres e hijos; influye sobre comportamientos y pautas de crianza a lo largo de las generaciones, además de describir con detalles unas Historias de Vida de cada quien.

“El maltrato infantil ocurre frecuentemente en el interior de la familia, y está enmarcado en un proceso de violencia intrafamiliar”. Por esta razón existe una gran preocupación por reducir su incidencia. “Las pautas o patrones de crianza se definen como aquellos usos o costumbres que se transmiten de generación en generación como parte del acervo cultural, que tienen que ver con el cómo los padres crían, cuidan y educan a sus hijos”.

Las formas de criar dependen de lo aprendido, de lo vivido, y esto, a su vez, de la influencia cultural que se ejerce en cada uno de los contextos y que se transmite de generación en generación. Si bien es cierto que muchos de estos patrones son eficaces para la supervivencia de los niños, también es importante anotar que existen muchos de ellos que no sólo no favorecen su desarrollo integral, sino que atentan contra él. “Las actitudes de los padres hacia los hijos no pueden abordarse desde un supuesto e históricamente problemático amor de los progenitores, sino que dependen de dinámicas económicas y demográficas, de condicionamientos atávicos y esquemas culturales” (Uliviere, 1986).

La crianza de los niños y las niñas se percibe como una ocupación que produce además de angustia, fatiga, y que si se puede se confía a otros para que la realicen. Una visión del niño y la niña como un ser con inclinaciones perversas, que centra la práctica educativa en el castigo, en la corrección de los comportamientos desviados de las normas establecidas, se sustenta en el interés de imponer sobre ellos y ellas la autoridad, y en la Antecedentes propuesta del moldeamiento por medio del cumplimiento rígido de un conjunto de normas que los padres ya han experimentado en su infancia y adolescencia.

Para muchos padres existe una necesidad real o fantaseada de tener el deber de ejercer control sobre el comportamiento de sus hijos. Estos padres son seres humanos agobiados por su historia, que recurren a la violencia como único esquema posible de enfrentamiento a la situación de dificultad que plantea el hijo. De ahí la necesidad de conocer cuáles son esos patrones que están caracterizando la crianza, y cuáles de ellos, particularmente, son los

relacionados con los comportamientos y la disciplina, que, gracias a una reflexión consciente de los padres, podrían cambiarse en pautas positivas en las que prevalezca el Buen Trato.

En resumidas cuentas, Los Patrones de Crianza son el resultado de la Transmisión Generacional de formas de cuidar y educar a los niños. Son formas definidas culturalmente basadas en normas y reglas que a veces poseen carácter moral, con valores reconocidos y que son aceptadas por la mayor parte de los miembros de la cada comunidad con el fin de lograr buen desarrollo de los niños.

Según el autor **Eduardo Aguirre Dávila** “Las prácticas de crianza hacen parte de las relaciones familiares y en ellas se resalta el papel que juegan los padres en la formación de sus hijos”.

Respecto a la **pauta**, ésta tiene que ver el canon que dirige las acciones de los padres, esto es, con el orden normativo que le dice al adulto qué se debe hacer frente al comportamiento de los niños. “Se refiere a lo esperado en la conducción de las acciones de los niños. Es el vínculo directo con las determinaciones culturales propias del grupo de referencia. En tanto que es un canon del actuar, por lo general, la pauta se presenta como una circunstancia restrictiva y poco flexible, lo cual no quiere decir, que no pueda modificarse en el transcurso del tiempo” (Aguirre, 2000).

En la familia colombiana podemos encontrar, retomando la propuesta de García Canclini (1990), una marcada “hibridación” en las pautas de crianza, esto es, la convivencia de ideales que corresponden a tiempos distintos y a nichos culturales diversos e incluso, en algunos casos, antitéticos. Así, se puede observar en las relaciones familiares la exigencia de un respeto irrestricto a la autoridad paterna, pauta propia de una sociedad más tradicional, conviviendo, tranquilamente, con comportamientos tendientes a favorecer relaciones más horizontales y críticas entre padres e hijos, una manifestación que caracteriza los ideales de la sociedad moderna, centrada en una forma de vida más democrática y participativa.

Finalmente, las **creencias** se refieren a las explicaciones que dan los padres sobre la manera como orientan las acciones de sus hijos. Se trata de un conocimiento básico del modo en que se deben criar a los niños; son certezas compartidas por los miembros de un grupo, que brindan fundamento y seguridad al proceso de crianza. Además, en las creencias confluyen tanto conocimientos prácticos acumulados a lo largo del tiempo, como valores expresados en escalas que priorizan unos valores frente a otros. Algunos padres pueden querer que sus hijos sean obedientes, lo cual les permite justificar sus acciones restrictivas; otros pueden preferir estimular la

independencia, por lo que explican y justifican la demanda que hacen a sus hijos de caminar prontamente y de poder orientarse con destreza en los espacios públicos. En fin, otros más pueden valorar la agresividad, lo cual les permite dar sentido al apoyo que dan a los niños para que reaccionen violentamente ante cualquier tipo de agresión, en este último caso, es frecuente encontrar expresiones tales como *"defiéndase, déles patadas o puños, no sea bobo, no se deje"*, y justifican estas expresiones acudiendo a una razón: *"lo duro que es la vida"* y que por lo tanto *"deben aprender a defenderse de los vivos"*.

Como se puede apreciar en este breve resumen, las prácticas de crianza, el cuidado y la orientación de los niños, son un fenómeno muy complejo y muestran una gran variabilidad. Además, son altamente sensibles a las determinaciones socioculturales y al modo particular como los interpreta y usa un padre de familia concreto. En este sentido, una circunstancia como la pobreza juega un papel determinante sobre los distintos aspectos que componen las prácticas de crianza, dado que su influencia puede ser muy negativa para el desarrollo de los niños, ya sea por ignorancia de una adecuada forma de criar a los niños, o por cambios repentinos en las condiciones normales de la vida familiar, como es el caso, cuando se presenta la pérdida del empleo o la disminución en la calidad de vida.

3.2.7.1 Relación entre prácticas de crianza y pobreza

Como se planteó antes, la situación de Colombia en los últimos años, por decir lo menos, se ha tornado dramática, la crisis económica representada en una abrupta caída en la tasa de crecimiento del PIB, sumado al aumento progresivo del desempleo, el cual ya rebasó el 20% en el año 2001, y la agudización del conflicto interno, hacen del entorno social en el que se desenvuelve la familia colombiana un medio inseguro y de poco futuro. Esto, por supuesto, afecta directamente las relaciones intrafamiliares, haciéndolas proclives a la violencia y al abandono, con lo cual se ve incrementado el desinterés de los padres por la orientación del comportamiento de sus hijos. Esto se torna aún más grave en las capas marginadas y más vulnerables de la sociedad, como por ejemplo, en las familias jóvenes con hijos menores de 12 años y con un nivel educativo muy próximo al analfabetismo. Sin lugar a dudas, lo anterior es un indicador alarmante del alto riesgo en el que se encuentra la sociedad colombiana, pero esto se ve aún más agudizado por la progresiva pérdida en calidad de vida de los estratos medios en los que recae, en buena parte, el soporte de la estructura socioeconómica del país, en la medida en que son una importante porción del futuro capital humano. En este sentido, el efecto va más allá de la coyuntura, dado que afecta la educación de los niños, la salud de la familia y la economía de los padres, y de esta manera, también las prácticas de socialización que favorecen la construcción de una sociedad más tolerante y democrática.

Si bien es cierto que se puede afirmar que las prácticas de crianza en los estratos más altos del país, en los que se mantiene la estructura nuclear de la familia, un número reducido de hijos, alto nivel educativo de los padres e ingresos estables y holgados, están centradas en el bienestar de los niños, no es tan claro en lo que respecta a las otras capas, para las cuales cobra gran relevancia las prácticas de crianza asociadas a comportamientos que favorecen la construcción de lazos afectivos fuertes y de relaciones interpersonales justas, equitativas y democráticas, dado que esto se constituye en un importante capital cultural que los habilita para afrontar de un mejor modo las adversas condiciones socioeconómicas.

“Es en este contexto en el que a continuación se presentan algunas de las prácticas de crianza que podrían verse seriamente afectadas por los distintos grados de pobreza y que tienen vital importancia para el desarrollo de los niños, se trata del *apoyo afectivo*.

El **apoyo afectivo** es un tema central en la crianza de los niños. Se relaciona con la expresión de afecto de los padres hacia sus hijos y el apoyo que brindan éstos para que los niños puedan expresar libremente sus emociones. A través de esta acción los adultos pueden brindar soporte social y alentar la independencia y el control personal en las generaciones más jóvenes. Pero cuando se presenta alguna dificultad para la expresión del afecto, la influencia sobre el comportamiento de los niños se torna negativa, generando retraimiento, limitaciones en la confianza sobre los demás y dificultando la relación con las otras personas.

De manera más específica, en el apoyo afectivo se pueden distinguir los tres componentes de las prácticas de crianza y sobre los cuales recae toda la influencia de las condiciones de pobreza que enfrenta la familia. En el apoyo afectivo la práctica propiamente dicha se expresa, generalmente, a través de la proximidad física, como por ejemplo en las caricias, en los juegos de contacto físico o en la gesticulación voluntaria, así como también por medio de verbalizaciones, tales como palabras cariñosas o expresiones monosilábicas de aprobación. Estas conductas son precisamente las que más se afectan, se pueden ver influenciadas por el estado de ánimo o la inestabilidad emocional de los padres, producto de las condiciones de pobreza.

El contacto físico facilita la aparición de la confianza en sí mismo y permite que la expresión de afecto de los niños sea muy espontánea, más aún, como lo expresan Restrepo (1995) y Maturana (1997), Manzi y Rosas (1997), este comportamiento es una condición fundamental para la democracia, dado que el afecto es la emoción que permite el reconocimiento y la aceptación del otro, fundamento en la conformación de lo social. “En otras palabras, nos dice Maturana (1997), la tarea de crear una democracia comienza en el espacio de la emoción, con la seducción mutua para crear un mundo en el cual continuamente surja de nuestras acciones la legitimidad del otro en la

convivencia, sin discriminación ni abuso sistemático”. Por lo tanto, si se produce alguna alteración en la interacción entre padres e hijos, sus repercusiones pueden ser sumamente negativas, tanto para el futuro de los niños, especialmente para la población más vulnerable comprendida entre los 0 y 7 años de edad, como para la sociedad en su conjunto. La pobreza es uno de los factores que más perturba esta relación, dado que las familias que enfrentan condiciones de extrema dificultad económica o que se ven abocados a una repentina crisis en la economía familiar, ya sea por el desempleo o por el desplazamiento forzado, genera en los adultos tensión e inestabilidad emocional, lo que los conduce a reaccionar, frente al comportamiento de los niños, manifestando conductas violentas y poco reflexionadas, o con desinterés y distanciamiento de la realidad cotidiana de los niños. Más aún, este tipo de comportamiento se ve favorecido por el hacinamiento y la permanencia continua de los diferentes miembros del grupo dentro del espacio familiar. Bajo estas circunstancias, aunque las pautas, las normas que rigen el cuidado de los niños, y las creencias, las explicaciones sobre el sentido de la crianza, o se ven del todo afectadas, si es muy probable que las prácticas se transformen negativamente; las caricias se cambian por golpizas, las expresiones verbales de cariño se tornan insultos, en fin se produce una metamorfosis en el actuar de los padres.

Cuando las familias siempre han permanecido bajo el nivel de pobreza, se observa que ésta es la forma “normal” de actuar, lo cual se debe principalmente a la repetición de patrones de crianza aprendidos en “carne propia” y a la imposibilidad de modificarlos por falta de acceso a la educación y con ello a un capital cultural más sensible a las características del desarrollo infantil.

En otras palabras, si en condiciones normales el apoyo afectivo da origen a relaciones de poder más equilibradas entre los adultos y los niños, además, genera confianza en sí mismo y en los demás, y facilita la participación activa en las redes sociales que rodean a la familia, bajo condiciones de pobreza, la inestabilidad psicoafectiva de los padres, creada por esta circunstancia, da origen al aislamiento y a la inseguridad de los niños, a una pobre comunicación de las vivencias internas y a un estado de permanente intolerancia respecto a algunas manifestaciones comportamentales de sus hijos.”¹⁷.

¹⁷ DÁVILA, Aguirre Eduardo. Artículo “**PRACTICAS DE CRIANZA Y POBREZA**”

3.2.8 RELACIONES DE AFECTO

Dentro de la conformación y estructura de la familia, un factor indispensable para que ésta y el resto de sus miembros desarrollen en su interior el sentimiento de familiaridad que va a ligarlos a todos en la emoción de pertenencia, es importante resaltar el tema de las relaciones de Afecto.

Para el menor el sentimiento de familiaridad se construye en primer lugar bajo una relación de cuerpo a cuerpo con su madre desde el momento de la gestación, posteriormente con su padre y luego con los demás miembros que conforman el núcleo familiar como lo son los hermanos y las hermanas; en el caso de una familia extensa con abuelos, abuelas, tíos, tías entre otros. El gran vínculo de la continuidad biológica que existe con la madre, explica el intenso sentimiento de familiaridad que se experimenta con ella. Según el autor Cirulnik "la madre es la estructura afectiva, mucho antes de ser una estructura de parentesco. Ella es percibida, sentida, oída antes de ser nombrada, algo que no sucede con el padre, quien de hecho nace en la designación y quien por esto, ejerce el poder de separación de la función paternal"¹⁸

Si el menor recibe afecto, este será capaz de ofrecerlo a los demás y de igual forma podrá participar en una serie de dinámicas sociales en donde la constante es la reciprocidad del afecto.

Los niños tienen el derecho de ser amados y de tener una seguridad emocional, de igual forma tienen derecho a disponer de lazos afectivos con los adultos que sean lo suficientemente disponibles y accesibles; creciendo de tal manera en un ambiente emocional donde las manifestaciones de afecto y las expresiones de éste mismo sean posibles.

Algunos investigadores de la infancia afirman, que para que un menor posea una salud mental y física óptima, los lazos y las relaciones de afecto son necesarios e indispensables en el desarrollo de su niñez y su adolescencia; teniendo como resultado que estos pequeños en un futuro sean multiplicadores de relaciones afectivas y pautas de buenos tratos no solo con sus hijos sino con el exosistema social en general.

Dentro de las relaciones de afecto es importante, que tanto los padres y/o cuidadores tengan claro sus funciones con los niños o niñas, claro está que están son prácticamente innatas pero deben estar bajo el marco de tres finalidades fundamentales, nutriente, socializadora y educativa. "La primera; la nutriente, consiste en proporcionar los aportes necesarios para asegurara la vida y el crecimiento de los hijos. La socializadora se refiere al hecho de que

¹⁸ **BARUDY Jorge.** " EL DOLOR INVISIBLE DE LA INFANCIA. UNA LECTURA ECOSISTÉMICA DEL MALTRATO INFANTIL". Editorial Paidós. BARCELONA 1998

los padres y las madres son fuentes fundamentales que permiten a sus hijos el desarrollo de un auto concepto o identidad. La función educativa, por último, hace referencia a que los padres deben garantizar el aprendizaje de los modelos de conducta necesarios para sus hijos e hijas sean capaces de convivir, primero en a familia y luego en la sociedad, respetándose a si mismos y a los demás”¹⁹

Aunque, estos pilares van para los padres es necesario mencionar, que también son pautas para los diferentes entornos que frecuenta un menor, como lo es la escuela, hogares de los cuidadores, diferentes familiares, vecinos, etc.

En el texto de “los buenos Tratos” de BARUDY, en el capítulo 5 sobre la “Familiaridad y competencia: el desafío de ser padres”, recoge en un cuadro las características que deben tener en general los adultos que rodean a los niños y a las niñas en las relaciones con ellos, bajo un enfoque de “bien tratante” que es fundamental para el desarrollo integral como se ha mencionado a lo largo del trabajo. Además, expone los indicadores de una buena relación de buenos tratos de los padres con los hijos, se tuvo en cuenta en el momento de las entrevistas personales y visitas domiciliarias:

*** PILARES DE LA PARENTALIDAD BIEN TRATANTE**

A. Las relaciones adulto-niños son siempre personalizadas, afectivas y respetuosas. En ellas se reconocen los derechos y deberes de los padres y de los hijos, manteniendo siempre la responsabilidad de los cuidados, la educación y la protección es de los adultos.

B. Las representaciones de los niños y niñas corresponden a imágenes positivas de ellos, de tal manera que sus atributos y logros despiertan admiración, gratificación y placer en los adultos.

C. Las expectativas de las conductas de los niños y niñas son constructivas, es decir, se confía en sus posibilidades y se espera que se comporten adecuadamente. Si esto no ocurre, se analizan las transgresiones, considerando los contextos y las circunstancias en donde ellas ocurrieron.

D. Se aceptan y se respetan las diferencias entre los niños, incluyendo sobre todo la diversidad de género, edad, singularidades ligadas a minusvalías u otros problemas. En el caso de los sistemas institucionales,

¹⁹ **BARUDY Jorge**, “*Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*”. Editorial Gedisa. Barcelona 2005

se respeta y valora la diversidad étnica y cultural.

E. El intercambio comunicacional es una característica relevante de este modelo del buen trato: las conversaciones se organizan espontáneamente y permiten abordar todos los aspectos.

F. El control de los comportamientos se ejerce a través de intervenciones inductivas consistentes. Cuándo las sanciones son necesarias, estas son respetuosas, claras y razonables.

G. Por último, el ejercicio de la función educativa son las características descritas se ejerce en un sistema familiar o institucional nutridor donde existe una jerarquía clara y explícita. Por lo tanto, la atribución de roles y funciones esta claramente definida, siendo al mismo tiempo flexible para hacer frente a los desafíos familiares. En este contexto, las normas, reglas y leyes que modulan los comportamientos son enseñadas en un marco de relaciones afectuosas que son permanentemente recordadas y reforzadas a través de conversaciones cotidianas y significativas.

INDICADORES DE UNA RELACIÓN DE BUENOS TRATOS DE LOS PADRES CON SUS HIJOS

- Las madres y padres competentes ofrecen a su hijos un apego seguro y reaccionan con empatía frente a las demandas de satisfacción de sus necesidades, pero al mismo tiempo mantienen – la dominancia- o, en otras palabras, la autoridad necesaria para protegerles y educarles.
- La proximidad física, las manifestaciones afectivas y las demostraciones de ternuras son vívidas placenteramente.
- Los padres tiene sentimiento de echar de menos a su hijo o hija cuando están lejos o ausente, pero son capaces de respetar sus procesos de autonomía.
- Demuestran explícitamente la alegría y el placer de su presencia. Sonríen, favorecen los contactos físicos con él y se dan tiempo no solo para hablar, sino también para conversar con sus hijos e hijas.

- Manifiestan interés y placer al descubrir como sus bebes se comunican con el entorno. Por ejemplo, sonreír, seguir con la mirada, balbucear, llorar para obtener lo que necesitan.
- Les emociona constatar los esfuerzos que hacen para avanzar en el desafío de su desarrollo.
- Se interesan por la emergencia de al palabra en sus hijos, no solo de lo que dicen, sino también las explicaciones que se construyen sobre lo que van descubriendo y sobre los interrogantes que se plantean.
- Les protegen en situaciones de peligro y previene los riesgos inútiles organizando el entorno.
- Son sensibles a su sufrimiento emocional.
- Los padres conocen a sus hijos.
- Los padres no sustituyen a sus hij@s, ni les dejan solos por el éxito profesional, por poseer bienes materiales o por sus aficiones.
- Los hij@s tienen una importancia trascendental en sus vidas, y por esto son capaces de respetar sus procesos de diferenciación, acompañándoles en los momentos de progreso y de regresión.

3.3 RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Durante la investigación se tomó una muestra total de 15 casos de los cuales solo se trabajó con siete; por lo tanto a continuación se mostrará los resultados de tabulación, análisis y conclusiones que se arrojaron en el proceso de investigación.

Se inicia con la tabulación de los comportamientos generados en los niños y niñas, en primer lugar cuando estuvieron hospitalizados y en segundo lugar los comportamientos observados en el momento de la primera visita y seguimiento.

NOMBRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SELECCIONADOS

<i>Angélica: A</i>	<i>Camilo: B</i>
<i>Paula: C</i>	<i>Eduardo: D</i>
<i>Diana: E</i>	<i>Julián: F</i>
<i>Felipe: G</i>	

RESULTADO DE TABULACIÓN DE COMPORTAMIENTOS PRESENTADOS EN LA INSTANCIA DEL NIÑO O NIÑA EN EL HOSPITAL

COMPORTAMIENTO	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
MIEDO	X	X	X		X	X		5
ANSIEDAD	X	X	X			X	X	4
AGRESIVIDAD				X		X		2
DISTRACCIÓN	X	X			X		X	4
PASIVIDAD	X		X		X			3
HIPERACTIVIDAD		X		X			X	3
TIMIDEZ	X		X		X	X		4
INDIFERENTE							X	1
ACTIVO		X		X				2
TRANQUILO						X	X	2
ALEGRE								0
ESPONTANEO.				X			X	2

RESULTADO DE TABULACIÓN DE COMPORTAMIENTOS OBSERVADOS DURANTE EL SEGUIMIENTO

COMPORTAMIENTO	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
MIEDO								0
ANSIEDAD	X		X			X		3
AGRESIVIDAD								0
DISTRACCIÓN	X			X		X	X	4
PASIVIDAD	X				X	X	X	4
HIPERACTIVIDAD							X	1
TIMIDEZ					X	X	X	3
INDIFERENTE	X							1
ACTIVO		X	X	X		X	X	5
TRANQUILO	X	X	X	X	X	X		6
ALEGRE		X	X	X			X	5
ESPONTANEO.		X	X			X		3

ANÁLISIS

Dentro del proceso de intervención que se realizó mediante el seguimiento a los siete casos, se pudo encontrar lo siguiente:

En el momento de la hospitalización los comportamientos que persistían eran el miedo llevando al niño a no tener control alguno sobre lo que ocurre, la ansiedad, la distracción y la timidez. Una de las causas asociadas con estas conductas, es en primer lugar el temor de comentar a las demás personas el maltrato que sufría ya fuese por parte de sus padres o cuidadores, las reacciones que estos pudieran tener en contra de ellos; además el temor de ser alejados de su núcleo familia, perder al cuidador o familiar y tener la incertidumbre de saber que posiblemente tenían que irse con otra familia y de no saber con que clase de persona o lugar los iban a conducir después de tener el egreso del hospital, posterior a la decisión de Bienestar Familiar. Además, sumado al miedo se observó en los niños y niñas una sensación de impotencia, incapacidad, ansiedad, pasividad y vulnerabilidad por su situación sociofamiliar.

Hay dos casos en donde los niños no sienten miedo específicamente, ya que en la entrevista comentan que aceptan y justifican culpabilidad y son permisibles con los malos tratos que recibían por parte de sus padres.

En el momento de la visita al hogar, se pudo observar claramente el cambio de comportamiento que generó la medida de protección en los niños y niñas; como se puede ver en el segundo cuadro la mayoría de los niños o niñas pasaron de ser menores tímidos, temerosos y ansiosos a niños tranquilos, alegres y activos.

A partir de la intervención que se realizó, algunos de los niños o niñas pudieron superar sus traumas y cambia totalmente de una situación negativa a una positiva. Se puede deducir que las características negativas de los niños disminuyeron, la medida fue provechosa y beneficiosa para ellos, tuvieron un excelente proceso de resiliencia; pues en cierta forma aprovecharon sus capacidades cognitivas y de ayuda profesional para superar los traumas producidos por los malos tratos o abusos que sufrieron; así mismo mejoraron sus condiciones de vida y cambiaron sus actitudes frente a los demás.

Para que los niños y niñas se encuentren en buen estado se debe tener en cuenta que existió en algunos casos un apoyo en red, una intervención familiar e institucional que fueron básicas para que el menor mejorara su estado físico y emocional. Gracias a lo anterior se han fortalecido los lazos de afecto entre los niños o niñas y sus cuidadores o familiares permitiendo que los niños se sientan amados, protegidos, seguros, con salud física y mental que es beneficioso para su bienestar.

Los niños en los cuales no cambió su comportamiento, se puede afirmar que las razones principales fueron en primer lugar la continuidad del maltrato físico por parte de los padres hacia ellos; es decir, las pautas de crianza bajo el enfoque de utilizar como medio correctivo el castigo físico o malos tratos; segundo, el aislamiento de los niños o niñas ante las instituciones hospitalarias por temor de los padres a que nuevamente se indague, se investigue el motivo por el cual los maltrata, por ende temor a que se tomen medidas policivas por el SMI ya que es un delito y porque sienten que el hospital es inoperante ante la atención que se les ofrece, claro está en aquellos casos consientes del maltrato; el alcoholismo, la violencia intrafamiliar no tratada por los entes correspondientes como lo son las comisarías de familia lo que permite que se siga viendo esta situación, la intolerancia de padres hacia hijos y su incapacidad de entender que son ellos el problema y que necesitan ayuda profesional; son factores de riesgo que todavía persisten, en conjunto para algunos casos como el hacinamiento, relaciones disfuncionales de pareja, violencia intrafamiliar, inestabilidad laboral e ingresos bajos. Además, de estos factores se observa la ausencia de una intervención eficiente, eficaz y oportuna por parte del ICBF, pues a pesar de haber adoptado una medida en primera instancia, no han realizado un seguimiento adecuado de los casos mas delicados, en donde han dejado a la suerte y a la de los padres y/o cuidadores el desarrollo de los niños o niñas, a sabiendas que para la superación de los traumas que causa el maltrato en todas sus derivaciones, se debe realizar un trabajo en red, interdisciplinario e interinstitucional continuo para que influya en el desarrollo integral de los niños o niñas víctimas de malos tratos.

CONCLUSIONES:

Cumplidos los objetivos del trabajo mediante el seguimiento a los siete casos escogidos, y con la sistematización de la experiencia se puede llegar a concluir que:

- Cuando se indagó las historias clínicas, se descubre un común denominador y es que son población flotante dentro de la ciudad, por lo tanto existe una dificultad para realizar seguimientos, detectar, prevenir, y ubicar los pacientes y familiares; porque las condiciones socioeconómicas los obligan a cambiarse de residencia, limitando de tal forma una adecuada intervención en donde se logre identificar que el menor se encuentra en buenas condiciones o por el contrario esta pasando una situación de maltrato.

- En algunos casos, los padres de los niños o niñas no vuelven a utilizar los servicios hospitalarios por temor a que se identifique un nuevo maltrato o se constate la prolongación del mismo y nuevamente sean investigados o se tomen mediadas policivas, corriendo el riesgo que los niños o niñas entren en una medida de protección y sean alejados de su lado, por tal razón en caso de necesitar un servicio medico se trasladan a otra institución o sencillamente no acuden.
- Las medidas de protección adoptadas por el ICBF, en un 90% fueron beneficiosas para los niños o niñas, ya que hubo un cambio de comportamiento de negativo a uno positivo que influye en su bienestar y calidad de vida; ya que volviendo a su red familiar o de apoyo reencuentran sus lazos afectivos fortalecidos, debido a la red de apoyo interdisciplinario que se le brindó; de esta manera resolviendo la causa que motivó una situación de maltrato.
- En relación con el seguimiento en el ICBF en un 70% no ha hecho una óptima intervención, ya que se ha podido observar que algunos casos, los niños y niñas no han recibido una terapia ni un seguimiento para identificar las condiciones tanto físicas como emocionales se encuentra el niño o niña posterior a la medida de protección. No existe realmente un seguimiento elaborado por el ICBF en la gran mayoría de los casos lo que da como resultado un resurgimiento de la situación de SMI. Por tal razón, existe un abandono institucional que directamente no influye en el comportamiento del niño o niña, pero se vería influenciado positivamente si tuviera una intervención profesional que guíe al menor en su proceso de resiliencia y en conjunto con los cuidadores o padres de familia para que fortalezcan las capacidades parentales para responder correctamente a las necesidades de los niños o niñas como es el cuidado, protección, educación, respeto y apego; con el fin de que se le brinde al niño o a la niña el bienestar integral que como sujeto de derecho se le debe reconocer.
- De acuerdo al tipo de familia que rodea al niño o niña se observan las relaciones intrafamiliares; si estas son negativas, o sencillamente los cuidadores violan y niegan los derechos de los niños y niñas (como el caso de Paula y Camilo), lo mejor es separarlos porque no beneficia el desarrollo de los niños, por lo tanto entra en medida de protección, ordenada por Bienestar Familiar, ya que a partir de ella se puede lograr que el menor pueda recuperar las condiciones de afecto y buenos tratos que influye positivamente, mejorando notablemente sus relaciones familiares y su comportamiento, mostrando altos niveles de autoestima, aprendiendo a romper el circulo de la violencia que se transmite de

generación en generación; creando una cultura de buenos tratos que poco a poco la podrán multiplicar.

- Como se pudo percibir en el transcurso del documento, las visitas, el contacto con los niños o niñas, y basado en diferentes lecturas del enfoque del buen trato, podemos concluir que los lazos, las demostraciones de afectividad fortalecidas, unas competencias positivas de parentalidad, y buenas pautas de crianza en donde no se recurra a medios correctivos como el maltrato físico, influye en el comportamiento de los niños; hace que ellos tengan confianza en si mismos, estén tranquilos, felices, no tengan miedo, no estén ansiosos, de tal manera que los cuidados y buenos tratos hacen personas sanas para que exploren y desarrollen los potenciales que tienen, sin limitarlos, ni esconderlos bajo traumas por ejemplo, siendo personas productivas, eficaces, multiplicadores del buen trato en la sociedad y apagando los sufrimientos que no deben padecer los niños y las niñas.

IV. COMPONENTES DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO POBLACIONAL

La población objeto de estudio del proyecto de grado y con la cual se realizó el proceso de intervención, fueron siete (7) niños y niñas entre edades de cinco (5) a quince (15) años, a los cuales se les realizó seguimiento, e ingresaron al hospital para adquirir determinado servicio, y se les diagnóstico sospecha de Síndrome de Maltrato Infantil.

Esta población se caracteriza por ser familias disfuncionales, de estratos socioeconómicos uno y dos; en algunos casos viven en hacinamiento, los padres y/o cuidadores tienen empleos informales o temporales, viven en barrios periféricos de la ciudad, y viven en arriendo. Cada uno de los niños y niñas se encuentra escolarizado y poseen seguridad social de Régimen Subsidiado.

4.2 MÉTODO DE INTERVENCIÓN

Durante la intervención realizada, se utilizó el estudio de caso, que es una de las herramientas de trabajo que caracteriza a los Trabajadores Sociales desde los principios de la historia y es también practicado por muchas disciplinas que centran su intervención en el individuo, su familia y sus múltiples necesidades.

Para llevarlo a cabo, se definió realizar un seguimiento por cada uno de los casos seleccionados, los cuales presentaban una serie de características en cuanto a edad; ya que al trabajar con niños o niñas mucho más pequeños no se lograba identificar fácilmente los cambios de comportamiento. Una segunda característica era la problemática y finalmente la medida adoptada por ICBF. Dentro de éste seguimiento se tuvo en cuenta una serie de entrevistas abiertas con el menor, su familia y/o cuidadores. Mediante la visita domiciliaría, se tuvo como objetivo conocer las condiciones en las que se encontraba el menor, con el fin de analizar las variables propuestas al inicio del proyecto y dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las condiciones y los cambios de comportamiento que genera las medidas de protección en niños y niñas entre edades de 5 a 15 años con sospecha de maltrato infantil, que son remitidos por el H.S.B al ICBF de Bogotá? Lo anterior, a partir de un estudio retrospectivo de los casos reportados entre el segundo semestre del año 2005 y/o casos que se presentaron durante el primer trimestre del presente año.

Finalmente se utilizaron como fuentes para la recolección de datos instrumentos como las historias clínicas de los pacientes, la información de la trabajadora social del quinto piso que tenía frente a los diferentes casos y las entrevistas personales que se realizaron a los niños -niñas y familiares durante el proceso de seguimiento.

4.3 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

La fecha en la cual se desarrollo la ejecución de este proyecto de grado oscila entre febrero y mayo del 2006.

En su desarrollo y con base a los objetivos que se establecieron en la propuesta, se tomó una muestra total de 15 casos de una amplia revisión de historias clínicas y reportes elaborados por la trabajadora Social del Hospital Simón Bolívar en el segundo semestre del 2005 y primer trimestre del presente año.

La población seleccionada tenía un común denominador como la edad, los tipos de maltrato infantil y adopción de una medida de protección por el ICBF. De estos casos seleccionados solo se trabajó con un número total de siete, a los cuales y por razones de confidencialidad se les cambió su nombre real por uno ficticio, se escribió sólo la localidad en la que vive el niño o la niña, se omitieron los números telefónicos y el número de la historia clínica; ya que este último es un documento de reserva para la institución hospitalaria.

Los otros casos se tuvieron que desertar por diferentes factores como: la seguridad de las estudiantes, cambios de domicilio de los padres y los niños o niñas, números telefónicos herrados; o por el contrario en algunos de los casos los niños y niñas se encontraban institucionalizados en otros centros zonales en donde no permitían un fácil acceso a los casos.

Las estrategias utilizadas con los niños y niñas fueron dinámicas. Con algunos de ellos (los más pequeños) se trabajó la elaboración de dibujos en donde cada uno podía plasmar su familia, su colegio y el mismo. Lo anterior con la intención de poder ganar mucha más confianza con el niño, para que de tal forma comunicara e informara a las estudiantes como se sentía en esos momentos.

En cuento a la recolección de datos, se tuvo en cuenta una serie de instrumentos como fueron una ficha de recolección de información en la cual se tomaron cuatro tiempos en lo relacionado al seguimiento de los casos. Un primer tiempo hizo referencia al momento de detectar un caso de SMI; teniendo como base el contacto con el niño o niña para identificar el comportamiento que presentó durante su estancia en la institución. Así mismo se trabajó con la historia clínica de cada uno de los niños, que sirvió como

soporte para identificar los datos personales del paciente, el diagnóstico de ingreso al hospital y la situación de maltrato que se detectó.

En un segundo tiempo, se realizó una entrevista abierta con los padres, familiares, tutores y/o red de apoyo familiar. Se desarrollaron visitas domiciliarias para constatar cuales eran las condiciones en las que el niño o niña se encontraba, se tuvo en cuenta la estructura de la vivienda, personas que componen el núcleo familiar, las relaciones intrafamiliares y por supuesto el comportamiento del niñ@ para realizar un paralelo de lo actual con lo que se observó en el hospital.

El tercer tiempo en solo un caso, se hizo una visita al centro educativo a al donde el niño asiste, se indagó con los respectivos docentes los cambios de comportamiento que se presentó en el niño y cómo éstos cambios afectaron sus relaciones sociales y familiares.

En el cuarto tiempo se tuvo en cuenta en el momento en el que el niñ@ fue institucionalizado en algún centro zonal o entregado a una madre sustituta. Se realizaron visitas en donde se aplicó el respectivo seguimiento de caso, para identificar de qué manera esta determinación afectó el comportamiento del niño o niña.

Finalmente dentro de la metodología se desarrollaron de forma conjunta al seguimiento de caso, un registro en el diario de campo que se llevó a lo largo de todo el proceso intervención e investigación durante los meses; en donde se sistematizó la información que concierne a la relación de la teoría con la práctica.

Lo anterior se realizó con el objetivo de identificar todos los cambios de comportamiento que se presentaron en el momento en que el ICBF optó algún tipo de medida de protección a los niños y niñas.

Los casos seleccionados se enunciarán a continuación. En la primera parte se enumerarán los casos con los cuales no se logró ningún tipo de contacto y en la segunda con los que se trabajó durante el proceso de investigación.

Primer caso

LEYDI SANDOVAL. Niña de 14 años cuya dirección registrada corresponde al barrio la Gaitana en la localidad de Suba, su diagnóstico preliminar fue un intento de suicidio; la medida de protección tomada por el ICBF fue regresar a la niña con su madre quien cumplía una condena en casa por cárcel. Al momento de contactarla se habló con el dueño de la casa quien manifestó y recomendó a las estudiantes no trabajar ese caso ya que la señora era

agresiva, expendía drogas, tenía un proceso en Fiscalía y era mejor evitar que de una u otra forma se tuviera contacto con el caso.

Segundo Caso

Corresponde a un niño que ingresa como **N.N FABIÁN** de 14 años por el área de urgencias el día 20 de noviembre del año 2005, con un diagnóstico de politraumatismo secundario. Este era un niño en estado de abandono sin red de apoyo familiar y se puso a disposición del ICBF. Cuando se indagó sobre el caso en dicha institución, éste no se encontraba en base de datos. El niño egreso del hospital el día 22 de noviembre del mismo año.

Tercer caso

ANA GARCÍA. Niña de 10 años, con un diagnóstico de acceso carnal violento. La dirección consignada en la historia clínica correspondía a la localidad de Ciudad Bolívar, pero en el número telefónico de contacto comentaron que la familia no vivía allí, se trasladaron a vivir a Soacha. Cabe rescatar que la medida adoptada fue darla en custodia a la tía paterna.

Cuarto caso

FERNANDO TORRES. Niño de 6 años, ingreso al hospital el día 13 de noviembre del 2005, con un diagnóstico de osteomielitis en rodilla izquierda causada por un golpe del padrastro con un cinturón y egreso el 23 de noviembre del mismo año. Fue puesto a disposición del centro zonal de SANTA LIBRADA y posteriormente fue entregado a un hogar sustituto. Se logró tener comunicación vía telefónica con el padrastro del niño, quien informó que el niño se encontraba bajo la protección de una madre sustituta según él, no muy confiable, ya que junto con su esposa (madre del niño) lo encontraban en condiciones no muy óptimas pues en ocasiones el pequeño llegaba a su hogar con una serie de "moretones" y manifestaba no estar muy a gusto con su nueva familia. Cabe resaltar que el niño era llevado los días jueves a su casa para que visitara a sus padres. Se llamó al Centro Zonal correspondiente y se comentó el objetivo del trabajo académico de las estudiantes que se quería realizar, pero la respuesta de ésta institución fue negativa ya que la defensora de familia no autorizaba esta clase de seguimientos de caso.

Quinto caso

MAURICIO ORJUELA. Niño de 10 años, quién ingresó el 17 de noviembre al hospital, con un diagnóstico de trauma en tejidos blandos. Según informe de psiquiatría y psicología confirman SMI. No se obtuvo contacto telefónico ya que no lo registraron. Se realizó visita domiciliaria con la sorpresa que la dirección no existía y por lo tanto se cerró el caso.

Sexto caso

MARIA FERNANDA TORRES. Niña de 11 años, la cual presentaba varios ingresos al hospital, puesto que sufría de un Trastorno Conductual, depresión, auto agresión y estrés postraumático. Por lo anterior se encontraba internada en la fundación RENACER (Dependencia del ICBF). Al comunicarse con dicha institución negaron el acceso al caso.

Séptimo caso

BIBIANA MORALES. Niña de 14 años, quien ingresa por intoxicación exógena (intento de suicidio). El informe de psicología menciona que sufre de depresión, ideas de soledad y desesperanza. Fue devuelta a su progenitora, la dirección y número telefónico que ofrecieron a la institución no existen.

Octavo caso

NICOLÁS ROJAS. Niño de 7 años que habitaba en el barrio San Carlos. Su diagnóstico fue quemadura en mano. No registró datos de contacto.

Noveno caso

GIOVANNI BARRERO. Niño de 11 años, ingresó por traumas en tejidos blandos por causa de abuso físico. Según informes de historia clínica el niño vivía en el barrio San Francisco; el centro zonal que le correspondía decidió devolverlo al núcleo familiar, bajo la protección y responsabilidad de la progenitora. Los teléfonos a los cuales se podía contactar no existían.

Décimo caso

SAMUEL LINARES. Niño de 7 años quien ingresa el 14 de diciembre del 2005 con un trauma craneoencefálico leve y contusión cerebral temporal. No se logró contactar con ningún miembro de núcleo familiar porque los números telefónicos no existían.

Onceavo caso

MARITZA SUÁREZ. Niña de 9 años quien ingreso al hospital en enero del presente año con un diagnóstico de sospecha de abuso sexual. El centro zonal de Usaquén decide devolverla al núcleo familiar. Se llamó a los números correspondientes pero los datos fueron erróneos.

Los siguientes casos son aquellos con los cuales se logró contactar, tener una aprobación de los cuidadores para realizarle seguimiento y cumplir nuestros objetivos. Cabe resaltar y para comodidad del lector en cada caso se especifican a manera de relato todo el proceso que se vivió con el niño desde

se ingreso al hospital, momento de contacto y actualidad; teniendo en cuenta que lo escrito muestra los resultados de la investigación con base a los objetivos planteados y las variables.

Primer caso

CAMILO SÁNCHEZ. Niño de 5 años, quien ingresó al hospital con un diagnóstico inicial de luxa fractura de codo izquierdo, edemas, equimosis en extremidades y contusiones. Es un Niño al cual lo abandonaron sus progenitores, es entregado a la abuela paterna y ésta a la sobrina la cual lo maltrataba y abusaba de él. Medida de protección adoptada "COLOCACIÓN FAMILIAR".

En el momento del ingreso al hospital, el menor se caracterizó por tener un comportamiento, adinámico, ansioso, distraído, tranquilo, de afecto triste, resistente de hablar lo que pasa en su casa por temor a su tía.

Posteriormente es puesto a disposición del ICBF, junto con su hermana "Paula" de 6 años. Los hermanos fueron entregados a una madre sustituta que reside en la localidad de Usaquén. Con ella se realizó el contacto directo y se da la aprobación para el seguimiento.

Se hizo en primera instancia un acercamiento con los hermanos en su nuevo hogar, conociendo de esta forma la residencia y condiciones generales en las que viven los hermanos. Se tuvo una entrevista informal con la madre sustituta "Olga", la cual comenta las circunstancias en las que recibió a los hermanos y todo el proceso que han tenido hasta el momento.

Dentro de las visitas que se realizaron se pudo observar que Camilo se encuentra en excelentes condiciones pues en este hogar, no existe ningún tipo de peligro para él, no se perciben factores de riesgo que pueda perjudicar de una u otra forma su integridad.

El menor vive actualmente con su hermana, un menor con medida de protección y el núcleo familiar de la madre sustituta está conformado por su esposo, sus tres hijos de 26, 23 y 12 años respectivamente y con su mamá (la cual le ayuda diariamente a cuidar a los tres menores). El esposo y sus dos hijos mayores no mantienen en el hogar durante el día evitando de tal forma que alguno de los niños o la niña vaya a sufrir algún tipo de abuso sexual. El menor y su hermana duermen en el segundo piso en una habitación para ellos solos, por lo tanto no viven en hacinamiento; de igual forma el menor tiene acceso a la educación y a la salud; este último ha permitido que las terapias que se le han venido realizando surjan efecto permitiendo que el niño logre asimilar todos los percances que se le presentaron a lo largo de su convivencia primero con su progenitora, luego con su abuela y posteriormente con su prima.

Se observa que el niño no tiene relaciones disfuncionales con la familia de la madre sustituta y su hermana. Con la madre sustituta ha creado lazos afectivos y de vínculos que han permitido que el menor haya cambiado su comportamiento. Después de la medida de protección denominada "colocación familiar" y según comentarios de la Señora Olga, el niño seguía presentado temor en las noches hasta el punto de orinar su cama. Actualmente Camilo se caracteriza por ser un niño abierto, feliz, buen conversador y muy activo. Lo anterior es consecuencia del cambio de hogar, en donde sus cuidadores le han brindado seguridad, confianza, amor, afectividad y sobre todo porque no sufre ningún tipo de maltrato ni de abuso. De igual forma la madre sustituta está al tanto de lo que le sucede al menor, le colabora en sus labores académicas y tiene una serie de incentivos que lo motiva a sentirse querido por alguien; una de esas motivaciones son los detalles que ella le entrega no solo a él sino a su hermanita que también ha sufrido la realidad social que aqueja a muchos niños y niñas como lo es el maltrato infantil; lo cual permite que él realice sus tareas adecuadamente y se comporte bien en la casa de la Señora Olga.

Se puede concluir que en este caso la medida de protección ha sido benéfica y oportuna, pues Camilo fue ubicado en el hogar sustituto a los pocos días de haber sido reportado por el hospital Simón Bolívar. Sin embargo se percibe que después de ocho meses de ubicación del menor, el ICBF no ha hecho ningún tipo de seguimiento ni tratamiento psicológico, pues este último lo ha estado recibiendo por parte del hospital y del cual gracias a una adecuada intervención se ha podido observar un buen resultado que ha mejorado la calidad de vida del menor.

Infelizmente en este caso no se pudo seguir realizando el seguimiento de caso, ya que el ICBF no dio la respectiva autorización a las estudiantes de realizar una indagación más profunda pues el menor tenía que asistir a la Fiscalía General de la Nación por la demanda que existe en contra de su prima y de su padre; por lo anterior no era pertinente que a ellos continuamente se les estuviera recordando los momentos dolorosos por los que habían pasado.

Segundo caso

PAULA SÁNCHEZ. Menor de 6 años, hermana de Camilo Sánchez. Esta menor no ingreso al hospital por ningún tipo de diagnóstico; pero es atendida actualmente en el hospital ya que es un menor en medida de protección convirtiéndose automáticamente en una población especial a la cual la institución debe atender. Medida de protección adoptada "COLOCACIÓN FAMILIAR"

Este caso fue tomado por las estudiantes ya que la trabajadora social Luz Angela Torres comentó lo importante que era realizarle un seguimiento, pues la menor había sufrido un abuso sexual por parte de su padre y maltrato físico por parte de su prima. En vista de que Paula vivía en el mismo hogar de Camilo y con autorización de la madre sustituta se realizó el respectivo seguimiento y entrevista abierta del cual se encontró que la menor ha sufrido el síndrome de peloteo; es decir ha sido reubicada en diferentes hogares. En primer lugar convivió con su progenitora, luego fue entregada a su abuela y a su padre; y posteriormente fue entregada a una prima que le ocasionaba maltrato físico arrancándole el cabello cuando ella no obedecía.

Durante el seguimiento, Paula se manifestó como una niña muy tímida ya que en pocas ocasiones conversaba con las estudiantes y no miraba a los ojos cuando habla; sin embargo es una menor que expresa ternura a medida que la madre sustituta le comenta que somos trabajadoras sociales que desean ayudarla y conversar con ella.

Las condiciones en las que se encuentra niño son óptimas en este hogar se encuentra verdaderamente bien, no se presenta ningún tipo de peligro, ni factores de riesgo que puedan perjudicar de una u otra forma su integridad.

Paula y Camilo duermen en el segundo piso en una habitación solos, por lo tanto se observa que no viven en hacinamiento; de igual forma y gracias no solo a los cuidados de la Sra Olga y el apoyo del ICBF la niña tienen acceso al campo de la educación y de la salud; (así como en el caso de su hermano) en este último ha permitido que las terapias con psicología que se le han venido realizando tengan buenos resultados, ya que la menor ha podido asimilar poco a poco los traumas que sufrió a lo largo de su corta vida; en primer lugar por el abuso sexual por parte de su padre y en segundo lugar por el maltrato físico que sufrió por parte de su prima.

Se observa que la niña tiene relaciones funcionales con la madre sustituta y su familia. Con la madre sustituta (al igual que Camilo) ha creado vínculo y lazos de afectividad que han permitido que el menor haya mejorado su calidad de vida.

En estos momentos Paula se caracteriza por ser un niña callada y tímida". Sin embargo y gracias a las terapias que ha recibido la menor ha mejorado notablemente, el cambio de hogar, en donde no solo la madre sustituta sino el resto de la familia le han brindado estabilidad, afectividad, confianza, amor y sobre todo porque no sufre ningún tipo de abuso no de maltrato infantil han permitido que Paula se sienta tranquila.

De igual forma la madre sustituta está muy pendiente de lo que le pasa a la menor, le colabora en sus labores académicas, la lleva constantemente a sus citas con el terapeuta y tiene una serie de incentivos que la motiva a sentirse querida por alguien; una de esas motivaciones como son los detalles que ella le entrega a la menor, obteniendo de tal forma que la niña realice sus tareas no solo académicas sino del hogar.

En este caso se concluye que gracias a la oportuna intervención del hospital en el caso de Camilo al diagnosticar un maltrato infantil y por la ansiedad de él al preocuparse por el estado de su hermana, la medida de protección ha sido benéfica y oportuna, pues los dos hermanos fueron ubicados en el hogar sustituto, evitando de tal forma que los dos hermanos siguieran sufriendo maltrato y abuso sexual.

Sin embargo se percibe que después de ocho meses de ubicación de la menor, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar no ha hecho ningún tipo de seguimiento a la menor, ni tampoco se le ha ofrecido tratamiento psicológico por parte de dicha institución, pues la parte emocional y mental de la niña ha sido trabajada en el hospital el cual ha desarrollado en ella una mejor expectativa de vida. Sin embargo este organismo estatal "ICBF", no permitió que las estudiantes siguieran realizando el seguimiento de caso, pues al igual que Camilo esta menor no debe tener ningún tipo de contacto con personas que le hagan recordar lo que vivió con su padre y su prima; además porque estos dos casos están bajo vigilancia de la Fiscalía General.

Tercer caso

EDUARDO RAMÍREZ. Menor de 9 años, que ingresa al hospital con un diagnóstico de trauma ocular (ojo derecho). A partir del diagnóstico se logró identificar que el menor sufría maltrato infantil por parte de su madre; al hablar con él, manifestaba que no deseaba alejarse de su hogar porque ama a su mamá y a su familia. La madre aceptó que corrige a sus hijos porque es necesario para que sean personas de bien, de igual forma reacciona frente a sus hijos de esa manera porque ella fue educada así. Medida de protección adoptada "AMONESTACIÓN".

En el momento de la entrevista, con el menor se caracterizó por ser un niño demasiado activo y buen conversador, en lo observado se puede deducir que su comportamiento es normal para un niño de su edad; de igual forma contestó de manera acertada, concreta y espontánea las preguntas que se le hicieron por parte de las estudiantes.

Eduardo reconocía que era maltratado por su madre porque no obedecía las ordenes por parte de ella, de igual forma reconocía su indisciplina afirmando que esa era la causa principal por la cual recibía castigos por parte de su mamá.

En el proceso del seguimiento se pudo identificar que el niño presenta relaciones funcionales y de apego con su familia, pues manifiesta con coraje que nada ni nadie lo va a separar ni de su papá ni y mucho menos de su mamá. De igual forma la defiende de una manera sorprendente, ya que para el no existe ningún tipo de maltrato cuando su progenitora lo corrige, ya que el sostiene que cuando ella lo golpea es porque verdaderamente a cometido algún tipo de falla ya sea en el colegio o en la casa.

En la visita se pudo observar, que la mamá del niño no expresa con facilidad el cariño y de amor por su hijo, no existe ningún tipo de palabras que puedan manifestar una relación afectiva de madre a hijo, por el contrario la señora Fabiola se caracteriza por ser una mujer muy fría que sólo le interesa educar bien a sus hijos sin importar la forma en que lo haga.

Se mantiene entre la familia factores de riesgo como lo es el consumo de alcohol, pues bajo efecto de esta sustancia en mas de una ocasión el padre agrede a sus hijos y muy seguramente a su esposa; lo anterior basado en la historia de la infancia de éste. Así mismo se presenta la repetición de patrones errados de crianza y roles abusivos por parte de una cultura patriarcal por parte del señor ya que bajo la perspectiva de su esposa, el está criando a sus hijos de la misma forma en que lo criaron a el, sin poder humano que lo haga recapacitar del error que comete cada vez que maltrata a los niños o niñas.

Cuarto caso

FELIPE ARIAS:

Menor de 9 años de edad, vive en la parte alta de la localidad de Usaquen.

Convive con su Mama (28 años), padrastro (32) y hermana (11).

Habitan en un apartamento independiente en una casa en arriendo, las condiciones de la vivienda son aceptables, aunque el cuarto es grande esta dividido en dos para la pareja y los hijos, donde se observa que no existe una privacidad para cada quién.

El niño ingreso al hospital a finales del mes de enero del presenta año, con un diagnostico de Trauma Craneocenfalico (TCE), los factores de riesgo que presento fueron: en primera instancia, en el momento del accidente a la urgencia lo llevo el padrastro, primero presentándose como un vecino y luego dijo la verdad; segundo, en conversaciones con la Trabajadora social y psicóloga durante la instancia el menor comento que la Mamá le pegaba y regañaba en repetidas ocasiones; tercero en análisis médicos, se descubrió fracturas antiguas (producidas por golpes con un palo en la cabeza) y cuarto al observar la relación Madre a hijo es muy fría, se ven que sus relaciones de afecto son nulas.

Por estas razones el caso fue reportado ante el ICBF, lo que produjo en el comportamiento angustia y miedo por temor a ser alejado de su progenitora, de igual forma ocurrió con la Mama, quién se presenta ante la entidad pero con la declaración que realizó fue solamente amonestada, claro está que el niño en el egreso tuvo que volver a presentarse a ICBF y durante este traslado del hospital a esta institución, es un momento donde se produce con mayor trascendencia el miedo y la angustia lo que puede generar un trauma en el niño, pero afortunadamente en esta nueva citación no cambio la medida de protección, solamente se trazaron de nuevo los compromisos que debe adquirir la progenitora como es brindarle buenos tratos al menor, cumplir con las cesiones de psicología en ICBF en conjunto con el menor, y llevarlo a los controles médicos. Después de firmar el respectivo documento, el menor reingresa normalmente a su núcleo familiar.

En la visita domiciliaría, se constata las condiciones en el que vive el menor, y en la conversación que se tuvo con él, demuestra ser un niño tranquilo, obediente, carismático en fin todas las referencias contrarias que comentó la mamá, ya que ella menciona que Felipe es un niño inquieto, travieso, malhumorado, mentiroso, y agresivo con la hermana. Este último punto, el menor lo realiza porque la Mamá tiene una mejor relación con la niña caso contrario con él, lo que le produce apatía y falta de compañerismo con ella, es notorio porque no son compañeros de juego o de otras actividades que deberían entenderse bien ya que son contemporáneos. En los otros aspectos el menor toma una actitud negativa, puede ser por falta de la figura paterna. Aunque convive con el padrastro la relación es indiferente. Felipe conoció a su verdadero Papá hace varios meses, fue impactante para él, ya que verlo después de varios años le ocasiona varias expectativas, pero no fueron positivas ya que el encuentro solamente fue para reconocer su paternidad, darle el apellido y entrar en acuerdo con la Mamá para darle una cuota alimentaria (cuestión que actualmente no se cumple y por ende tiene una demanda por alimentos), por tal razón el niño tiene una actitud rebelde y de cierta forma hacer llamar la atención por falta de afecto que no recibe de su Mamá.

La progenitora en la visita domiciliaria comentó su historial de vida, donde relata que quedo embarazada joven y el señor no respondió como padre, al poco tiempo conoció un hombre que le brindo una estabilidad, brindándole el apellido a su hija, al poco tiempo se separó y quedó embarazada de Felipe, de nuevo el señor no acepta su responsabilidad. Actualmente convive con una nueva pareja, lo que confirma la falta de estabilidad emocional de la señora y su dependencia afectiva con los hombres ya que desde niña, ella sufrió el desprecio y el no reconocimiento de su Padre, por tal razón en su adolescencia y adultez busca esa estabilidad, la figura masculina para tener

un respaldo, surgiendo en la vida; además, de este rechazo sufrió maltrato psicológico y físico por parte de su madre, razón que tuvo para irse desde muy joven de su casa.

Estos antecedentes confirman, que las pautas de crianza aprendidas desde pequeños, se van a multiplicar y van hacer aplicadas con sus propios hijos, se repite la historia, por tal razón en este caso se observa la negligencia en afecto por parte de la Mamá con el niño, por ende el comportamiento inadecuado del niño, ya que el menor es indisciplinado en el colegio y se refleja en sus calificaciones, es mentiroso y toma dinero sin permiso de la Mamá, para llevar al colegio y sobresalir de algún modo con sus compañeros, ya que saca dinero para gastarles.

La medida de protección adoptada fue una amonestación a la Madre, pero actualmente persiste la situación de maltrato físico y psicológico, ya que la Mamá no tiene la suficiente paciencia, tolerancia y comprensión con el menor, podríamos decir que sus capacidades parentales son deficientes, y no se ha preocupado en lo absoluto para reforzarlas, tanto así que su idea o alternativa de solución es alejar el niño de su lado internándolo en un colegio. La señora ha pedido ayuda a ICBF, la alternativa desde la institución fue realizar una autorización para que el niño participe en las actividades en una casa taller del sector para que esté en las horas de la mañana allí y en la tarde en el colegio, de esta forma se mantiene ocupado en actividades productivas para mejorar su comportamiento.

Aunque la medida de protección fue la correcta, porque hubiera sido perjudicial para el menor separarse de su Mamá porque es prácticamente su único familiar directo, por parte de ICBF se observa la inoperancia ya que ha dejado de lado las terapias psicológicas de la Mamá e hijo, no realiza un verdadero seguimiento y no practica unas alternativas de solución adecuadas, aunque no es necesario cambiar al niño de su núcleo familiar, es importante incluirlo dentro de programas (aunque en la actualidad participar en la casa taller le beneficia, para que mejore en el colegio y su comportamiento habitual) que lo beneficie en su desarrollo y a la Mamá es necesario para fortalecer sus pautas de crianza de tal forma que mejore las relaciones afectivas con el menor.

En cuanto al comportamiento del menor, persiste su condición de ansiedad, hiperactividad, en algunas ocasiones tristeza por la situación de maltrato que vive en su hogar y lamentablemente solo dirigido a él, porque como se mencionaba anteriormente es diferente el trato con la hermana. Con la intervención realizada durante el seguimiento se hizo referencia al beneficio de los buenos tratos y las relaciones de afecto que deben existir entre madre e hijos para que se refleje en el buen comportamiento de los niños o niñas, brindando una convivencia sana; de igual forma, en el dialogo con Felipe, se

pretendió que el menor debe tomar conciencia que de alguna manera la Mamá hace esfuerzos para tenerlos bien y Felipe debe corresponder con cosas mínimas pero importantes, como es la colaboración en quehaceres del hogar, tener unas calificaciones excelentes en el colegio, ser responsable con sus cosas personales, ser respetuoso con los que lo rodean especialmente con la Mamá y su hermana. Respondiendo a estas situaciones básicas el comprenderá y será mas conciente de la situación, desarrollará un proceso de resiliencia favorable siempre y cuando exista una conciencia de cambio por parte de la Mamá y se le apoye psicológicamente al menor.

Quinto Caso

DIANA ZULUAGA

Es una adolescente de 15 años, quien tiene una familia nuclear, viven en la localidad de Usaquen en casa propia.

Ingreso al hospital en enero del presente año, por un trauma nasal causado por la Mamá con un limón.

Cuando se realizó la primera visita, la Mamá comentó que el accidente fue en un momento de irá, ya que Diana no atendió una petición de la mamá de lavar la loza, y ella rebelde no lo quiso hacer y arrojó un pocillo, la Mamá en el instante tenía a la mano un limón y se lo arrojó con tan mala suerte que le fracturó el tabique. La mamá es conciente de su mal genio, de su falta de tolerancia y sin medir consecuencias en un momento de irá.

Cuando sucedió el hecho, desde el hospital fue reportada a ICBF de la localidad, cuando la señora se presentó solamente fue amonestada y se comprometió a asistir al programa de Buen Trato de dicha institución, pero es aquí donde se observa la falta de seguimiento de caso, ya que la señora nunca se presentó y hasta la fecha de hoy ICBF no se ha pronunciado. Afortunadamente, la situación de este caso es positiva, ya que la situación de maltrato se acabó, la relación madre a hija ha mejorado, sus relaciones de afecto son trascendentales, se basa en la confianza y el dialogo, pero la pregunta que se plantea es ¿que hubiera sucedido con la menor si la situación fuera totalmente contraria y ningún ente competente se dieran por enterado?

Factores de riesgo no tiene la menor, ya que esta rodeada de una buena familia, quizá los padres no comparten tanto con Diana y su hermana, ya que ambos trabajan y el tiempo libre que les queda es poco solamente los fines de semana, esto permite que Diana permanezca todas las tardes sola, queriendo de esta forma compartir mas tiempo con sus amigos y conocidos en espacios fuera del colegio, lo que hace que tenga discusiones con su Mama. Es entendible la situación, ya que Diana tiene 15 años y para ella es necesario socializarse y estar mas tiempo con amigos, son roles, actividades y gustos que caracterizan a los jóvenes de esta edad.

Lo que se realizó durante la intervención con la Mamá especialmente, es hacerle tomar conciencia de lo que acarrea la etapa en la que vive Diana, lo que debe tener es confianza sobre su hija, darle determinada "libertad", pero no descuidándola, de igual forma la Madre es conciente de que le ha inculcado a su hija valores, pautas de crianza para su desenvolvimiento con responsabilidad ante la sociedad.

Cuando la menor ingreso al hospital en su comportamiento demostraba miedo, angustia, preocupación, por el dolor físico y además porque estaba reportada ante Bienestar Familiar. Cuando se realizó la visita, posterior a la medida de protección, la menor se muestra tranquila, sin miedo, pero sí muy pasiva, introvertida y para tener 15 años es poco expresiva, ya que su mamá fue la que prácticamente contestó toda la entrevista; fue poco lo que habló Diana. Después de una segunda visita, cuando existe mayor confianza, la menor ya es más abierta, concreta en las respuestas y en la conversación, es poco comunicativa, porque poco conversa con su mamá, ya que por lo general entran en discusiones por la diversidad de pensamiento.

Aunque existen buenas condiciones parentales, les falta más comunicación y comprensión sobretodo en la relación madre e hija, porque con el Papá la relación es más relajada con confianza pero por cuestiones de tiempo casi no dialogan, pero no significa que el padre no este pendiente de Diana.

No existe una situación de maltrato, existe una relación un poco autoritaria por parte de la Mamá, porque como ella menciona "es para controlar el hogar, aunque existe el dialogo, deben haber unas reglas en la casa y es deber como Madre hacerlas respetar ya sea con mano dura y no significa con castigos, pero si llamando la atención fuerte", ya que en la adolescencia por lo general se es rebelde y los jóvenes deben tener claras las reglas de cada hogar, claro esta que ellos se van apropiar de ellas siempre y cuando exista unas bases de buen trato y convivencia.

Por último, básicamente se reflexiono en este tema, ya que se hizo énfasis en que cada quien en su rol dentro de la familia tiene unos deberes y unos derechos que se deben cumplir.

Por lo tanto, la medida de protección fue la correcta, acertada y oportuna ya que, brinda a la menor estar en su hogar, reforzando cada día sus relaciones afectivas que se refleja en un comportamiento acertado, con un bienestar porque no tiene factores de riesgo, vive bajo una crianza responsable y respetuosa de su ser, que hace de su desarrollo integral algo positivo.

JULIÁN CASTRO

Sexto caso

Menor de 11 años, quien es remitido desde el Hospital San Blas por Trauma en mano izquierda y posteriormente en el hospital le realizan una intervención para amputarle la mano.

Julián vive en la localidad de San Cristóbal en un sector donde existen varias ladrilleras. Es el segundo de seis hijos, cuando ingresó al hospital convivía con sus padres y hermanos en una casa tomada en arriendo.

Durante la estancia en el hospital el menor en conversaciones con la Trabajadora social comenta que recibe maltrato físico y psicológico por parte del padre, además menciona que el accidente fue porque el trabajaba en una de las ladrilleras del sector, básicamente por estas razones es reportado ante Bienestar Familiar, y la respuesta fue ponerlo a disposición. El menor, ante la noticia su reacción fue de tener más temor, estar ansioso, ya que iba hacer alejado de su Mamá, intranquilo porque no quería irse para otro lugar (al parecer tenía algún conocimiento del centro al cual lo iban a llevar, al de Villa Javier), rechazó totalmente la idea de ser llevado a alguna institución.

Cuando se recibió el comunicado, la Trabajadora Social del hospital, intervino ante el bienestar para que reconsiderarán la decisión, ya que no era propicio para Julián ser institucionalizado y más aun cuando debía superar el duelo de su mano, y sumado a esto la comisaría local, aconsejó a la mamá de que se separara de su esposo ya que la convivencia con el señor, significaba convivir con una violencia intrafamiliar que estaba afectando a todos los miembros de este hogar, por tal razón Julián debía afrontar varios duelos a la vez. Por tal razón, la tía materna decide tomar la custodia del niño, con la certeza de que no debía alejarse de los miembros de la familia, ya que necesitaba de cuidados y de una protección.

La defensora de familia acepta y dispone la custodia, ya que el menor vivía bajo varios factores de riesgo como lo es el hacinamiento, violencia intrafamiliar, maltrato físico y psicológico, los padres no tienen empleos fijos por ende tienen ingresos bajos, por ende no brindan condiciones aceptables para el bienestar y convivencia digna de Julián y sus hermanos.

Cuando se realizaron las vistas domiciliarias, el menor se encontraba viviendo en la casa de la tía, él se veía anímicamente muy bien, estaba tranquilo, contento y físicamente su brazo estaba en buenas condiciones, recuperándose, se nota que le habían hecho correctamente las curaciones; además, esta rodeado de varios hermanos y primos contemporáneos, lo cual su compañía le ha permitido desarrollar su recuperación rápido.

Claro esta, que aunque no persiste una situación de maltrato, sigue viviendo en hacinamiento, y la vivienda esta ubicada en un sector de posibles deslizamientos, no es muy seguro, lo mas importante es que el niño esta bien en términos generales.

En la segunda visita, observamos al niño más recuperado, ya se ha acostumbrado a las actividades diarias, a desarrollarlas con una sola mano. En este entonces ya había regresado al colegio y se sentía muy contento, aunque comentaba que en ocasiones sentía pena por su minusvalía, porque varios niños sienten curiosidad por ver el brazo, pero igual él no lo deja ver. En conversaciones con la tía y con la Mama ellas comentan que académicamente los logros los ha pasado con aceptable, ya que interfiere la indisciplina que él genera en el salón de clases, claro que esta no es una situación nueva, desde años anteriores siempre ha perjudicado en sus calificaciones la mala indisciplina; su discapacidad no ha interferido en sus relaciones sociales y familiares, ya que su proceso de resiliencia frente a este accidente lo ha ayudado aceptar su nueva condición de vida.

En la última visita, la Mamá nos comento que Bienestar le había quitado los 4 niños mayores, ya que funcionarios de la institución fueron a realizarles una visita y encontraron a los niños que (ya todos estaban viviendo con ella en un habitación pequeña) en las noches la pasaban solos porque la Mamá esta trabajando en el turno de la noche, estos son elementos de riesgo para los niños o niñas, por tal razón entró nuevamente Julián en una medida de protección, pero esta vez con tres hermanos, que significa una ventaja ya que entre los cuatro se hacen compañía y se protegen entre si, porque en el centro donde están (Villa Javier), no es tan seguro ya que es una institución que ingresan niños – niñas y jóvenes con cierta o total experiencia de calle que perjudica el bienestar de los niños o niñas, porque puede influir en sus costumbres.

La condición que impartió Bienestar para devolver a los hijos e hijas, es tener una condición de vivienda digna, conseguir una persona de confianza para que le colabore a la Mamá en los cuidados de los pequeños, cambiar el turno de trabajo para que comparta mas tiempo con los niños y niña, es decir que otorgue unas condiciones dignas para el bienestar de los menores.

La intervención profesional en este caso, básicamente consistió en un acercamiento con el menor para que de cierta forma su proceso de resiliencia, aceptación fuera mas rápido; con la Mamá y su tía (como cuidadora), se hizo énfasis en mejorar las condiciones parentales , relaciones de afecto, y tomar conciencia de que los niños y niñas no deben trabajar y aun más que tienen un gran ejemplo de porque no enviar a los niños o niñas, mas en unas condiciones que no son apropiadas para los infantes; deben ser enfáticas en las normas en casa bajo el marco de la responsabilidad de cumplir con deberes y derechos de parte y parte, con mayor razón en el caso de Julián cuya Madre quedó sola con todos sus hijos.

En cuanto a la primera medida de protección, fue apropiada y aun mas en las condiciones en las que se encontraba Julián porque era un situación donde necesitaba el apoyo de su red familiar, la segunda como lo es la institucionalización no fue la mejor porque aunque hay una situación de negligencia, se le debe brindar una protección al menor porque tiene derecho a este, pero no es la mejor por el sitio donde lo enviaron, ya que están creando un trauma para él, porque posiblemente, va a llegar hacer un niño rebelde, agresivo, insatisfecho, puede tener un rechazo a la madre como lo hace con su padre que lo abandono, en fin, no le están brindando unas garantías primero de protección, porque ya fue agredido en la institución, la alimentación no es la mejor (aunque en esta visita los niños y la niña ya llevaban 10 días de estar institucionalizados, la Mamá comenta que ya los veía delgados y un poco pálidos), segundo de asesoría psicológica porque mientras estuvo bajo el cuidado de la tía (mas o menos 3 meses) no tuvo asesorías, de igual forma no las hubo para los padres (igual no se le deben negar las responsabilidades al padre, porque la relación del padre no solo debe ser para las cuotas alimentarias), solamente están brindando ayudas paliativas como lo es de una cuota económica mensual pero hasta ahí llega la intervención de Bienestar, quizá dentro del centro de protección estén brindando una guía profesional a los niños y niñas, pero igual están alejados de su red familiar, fueron apartados del colegio donde recibían sus clases, de igual forma de sus grupos de amigos, lo que les genera temor, angustia, preocupación, como se observa en las cartas que le escribieron a la Mamá en su día, donde expresaban "que estaban en una cárcel", "que les habían quitado su libertad", "que estaban aburridos", en fin expresiones que concretan su inconformismo en la estadía en este lugar.

Séptimo caso

ANGÉLICA SUÁREZ. Menor de 11 años que ingresa al hospital con un diagnóstico de Sospecha de Abuso Sexual. En el momento de su ingreso la menor presenta comportamientos tales como miedo, ansiedad, distracción, pasividad y timidez.

La Medida de protección adoptada por el ICBF fue la "CUSTODIA" dada a su abuela materna.

El caso de Angélica fue muy interesante trabajarlo, ya que la menor sufrió un abuso sexual y la custodia pasó a manos de la abuela de la menor. Sin embargo cuando la señora viaja a Tabio a trabajar con su esposo la niña queda bajo el cuidado de la progenitora o de su tía; incumpliendo con uno de los compromisos que firmó el día que se le entregó la menor para que

estuviera bajo su cuidado y protección. En el momento de la primera visita, la menor se caracteriza por ser ansiosa, distraída, pasiva y tranquila.

La menor cuenta con una red de apoyo familiar, la cual cuida de su bienestar, su abuela le ofrece afecto aunque en ocasiones se mostraba muy fría; la comprendía y la apoyaba en los momentos en los que la menor presentaba sus crisis nerviosas; lo anterior a consecuencia del abuso sufrido. Tiene relaciones de afecto tanto con su abuela como con su madre, padre, hermanos y primos que viven actualmente con ella.

Sin embargo cabe resaltar que en la segunda vista realizada por las estudiantes, la menor presentó una crisis nerviosa ya que se murmuraba por parte de la tía, que el hombre que había abusado de ella rondaba la casa en donde la menor vive. De igual forma algo que influyó para que la menor reaccionara de esa manera, fue el hecho de asistir a una citación en la Fiscalía, en donde debía rendir nuevamente indagatoria de lo que le había sucedido.

A partir de lo anterior se observó en la menor impotencia, vulnerabilidad de hacer algo por salir o resolver su situación; y miedos repetidos, que la llevaba a no tener control alguno sobre lo que ocurría a su alrededor. Persisten, en la menor, manifestaciones conductuales como pesadillas, fobias y problemas alimenticios que perjudica su desarrollo físico y emocional.

Presenta un factor de riesgo y es el aislamiento, ya que la madre y la abuela se negaron en un momento determinado a llevarla al hospital, cuando la menor perdió el sentido; todo porque esta institución hospitalaria no ofrece el suficiente apoyo, ni diagnóstico preciso.

No se supo con claridad, si bienestar la estaba tratando en lo que se concierne a psicología en el hospital día (hospital de Usaqué), o directamente en Bienestar Familiar, lo que permite mencionar que esta institución (ICBF) está desligada en muchos aspectos con el lugar a donde la niña estaba acudiendo todos los días en las horas de la mañana. Si la última interpretación llegara a ser afirmativa, se puede concluir que Bienestar no está teniendo la responsabilidad del caso; ya que es netamente necesario que un psicólogo del centro zonal le realizara un seguimiento exhaustivo para identificar los factores que le producen a la niña este tipo de crisis o si por el contrario ya no le compete la solución de este caso y pasa directamente a manos de un especialista en el área de la psiquiatría; ya que es verdaderamente preocupante que la niña pase por este tipo de anomalías que pueden llegar a perjudicar su desarrollo.

En la última visita que se realizó, se encontró a la menor mucho mejor; la abuela afirmó que a la niña no la podía seguir cuidando, ya que ella se tenía que ir del todo a vivir a Tabio. Por lo anterior la abuela y la madre de la menor, tomaron la decisión de ingresarla a una institución educativa que complementara las actividades que venía realizando en el hospital día.

Con el seguimiento realizado podemos concluir y afirmar que en primera instancia uno de los factores de riesgo que ocasiona los abusos sexuales es el hacinamiento, y exponer los niños y niñas de edad, es decir, en este caso el abusador convivía en la misma casa y el cuarto donde dormía estaba al lado del de la niña y alejado del de los padres, además por no creerle a los niños o niñas lo que mencionan, porque Angélica primero recurrió a la Tía (novia del abusador) y ella no le creyó hasta que le contó a la Mamá. Con el acercamiento al caso, se dio a conocer la secuelas que trae un abuso sexual, como lo es: trastornos de sueño, nivel académico bajo, miedos constantes, ansiedad etc., y lo que permite ver que debe ser atendida por un equipo profesional en la materia para que ayude a afrontar este duelo, manejar el proceso de resiliencia para beneficio de la menor.

Por otra parte, el caso permite ver la inoperancia de las instituciones y la impunidad en estos casos, permitiendo que se sigan cometiendo estos abusos ya que el caso fue denunciado hace varios meses, y actualmente someten a la menor a sesiones de relato de lo sucedido, de esta manera re-victimizando a la menor perjudicándola psicológicamente e interrumpiendo su proceso de recuperación, aunque está acompañada de su red familiar.

V. APRENDIZAJES TEÓRICOS Y PRÁCTICOS

Teniendo como base el modelo pedagógico de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, el cual es el praxiológico que “esta centrado en la formación integral, entendida como la educación que pretende el desarrollo armónico de todas las dimensiones de la persona. Este modelo se ordena, entonces, a la conformación de una persona que integra el saber (teoría) con el actuar (praxis) y es diestra para articular e integrar con la sociedad el proyecto de vida y de trabajo que, en si misma, ha realizado. Se desarrolla en todos los currículos mediante tres campos de formación: desarrollo humano, práctica social y profesional, y competencias profesionales específicas”²⁰.

Concebimos la praxeología en tanto que se centra en la comprensión del actuar humano reflexivo (*praxis*), entendido este como el conjunto de ideas, valores, actos y palabras orientados al desarrollo del otro (educación), al cambio de su contexto con miras a un mejoramiento del bienestar personal, social y proyecto personal de vida, mediante un proceso cognitivo, de realización personal que pretende el desarrollo de todas las potencialidades de la persona, permitiéndole adquirir las competencias adecuadas a su opción personal, profesional y la sensibilidad para el trabajo con y para los demás.

De acuerdo a este modelo praxiológico, a partir de la experiencia en el campo de práctica, como estudiantes se logró, ser más conscientes de que cada quien esta sujeto e inmerso a la sociedad y a su entorno, de tal manera que los conocimientos adquiridos en la academia se pusieron en práctica en el campo escogido y así mismo hubo un enriquecimiento como profesionales y como seres humanos, que busca el bienestar de los demás.

Se ha logrado a partir de la práctica profesional, formarnos como profesionales en el área de Trabajo Social con una mente amplia, abierta a los desarrollos y cambios de la realidad en una sociedad la cual se encuentra

²⁰ www.uniminuto.edu.co

afrentando continuamente una serie de problemáticas sociales que de una u otra forma influyen en el desarrollo de todos los grupos poblacionales; a partir de lo anterior nuestro rol profesional puede transformar una parcela de la realidad; teniendo en cuenta el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas que como profesionales en formación adquirimos durante el proceso académico, mediante una actitud crítica investigativa y reflexiva que permite la interacción de la teoría con la práctica. De igual forma gracias a esta experiencia, se logró conocer el verdadero sentido de la responsabilidad social, ya que las estudiantes lograron sensibilizarse y concientizarse frente a una serie de dificultades que aqueja a la población que diariamente acude al sector salud del país; en donde gracias a un trabajo en equipo se logró un mejor desarrollo humano y social en beneficio de las clases más necesitadas.

El espacio de la práctica profesional nos ha permitido conocer los diferentes roles y funciones propios del trabajador social en el campo de la salud, del cual nos atrevimos a realizar un análisis de acuerdo a la experiencia adquirida a lo largo de estos cuatro semestres en donde se establece las fortalezas, debilidades, aspectos positivos y negativos que se vivieron durante este tiempo.

En cuanto a las fortalezas, destacamos el inicio de la práctica, estableciendo un lazo de confianza con las trabajadoras sociales y el equipo de la Oficina de Atención al Usuario de la institución hospitalaria. Además, se obtuvo contacto con pacientes reforzando las entrevistas y el método de caso permitiendo conocer más a fondo las diferentes problemáticas sociales que afectan el interior de las familias, realizando un papel de mediadoras que da como resultado un crecimiento personal y profesional.

Las debilidades que se presentaron a lo largo de la práctica profesional, fueron la falta de conocimiento de la parte legislativa y normativa que rige actualmente todo el sector de la salud; de igual forma del campo que protege, y exige los derechos y deberes de la familia en general. Además, presentamos falencias en los componentes de investigación, y redacción que fueron solventados en el transcurso del proceso de este trabajo

Durante todo el proceso de práctica profesional que se aplicó en estos cuatro semestres, se ha adquirido un conocimiento amplio con relación a la labor del trabajo social en el campo de salud.

Permitió realizar una observación y un acercamiento mas detallado de todo un conjunto de actividades que a diario se realizan dentro de una empresa hospitalaria que ofrece sus servicios a diferentes tipos poblacionales.

Iniciar la práctica profesional en el sector salud, ha permitido ver de manera mucho más general los roles y funciones que deben desempeñar (en nuestro

caso) las trabajadoras sociales, sin dejar de desconocer la labor que ejercen los diferentes grupos interdisciplinarios dentro de la institución como son médicos, enfermeras y personal administrativo, que día a día unifican su experiencia en pro de los usuarios o pacientes.

La formación profesional se ha venido construyendo a través de un proceso praxeológico e investigativo, que se ha venido realizando, no sólo desde las prácticas profesionales, sino sociales en donde se logró compactar los conocimientos adquiridos en la academia con las experiencias de interacción y compromiso social suscitadas en el campo de acción, sobre todo con el contacto con los usuarios y/o pacientes del hospital con los cuales se tuvo algún tipo de interacción.

En la década de los setenta, El trabajador social se veía como un interprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población en donde este profesional asistía dentro del equipo de salud e interdisciplinario el conocimiento o significación de los factores sociales, económicos y emocionales en relación con la enfermedad del paciente, su tratamiento y recuperación. A este nivel le correspondía al trabajador social integrarse con todos los profesionales implicados, para que todas las partes del hospital logaran un funcionamiento, integrado a través de una estrecha colaboración que colocara a los pacientes en un objetivo institucional, haciendo de ésta una comunidad terapéutica centrada en ellos.

Con lo anterior se puede ver que las funciones establecidas en la década de los 70's eran de carácter mas humano y terapéutico; pero a consecuencia del Sistema de Seguridad Social Integral, mas conocida como la Ley 100/1994, las labores de dicha profesión dieron un giro total convirtiendo los roles del trabajador social en un marco mas administrativo (sin dejar de lado lo humano) y que sin lugar a dudas a sido de gran relevancia para la intervención profesional.

Desde la profesión de Trabajo Social en el campo de la salud, significa tener en cuenta una serie de conocimientos académicos como las problemáticas sociales, métodos de intervención profesional, trabajo social de caso, grupo y comunidad, procesos de investigación entre otros; los cuales son indispensables e importantes para ejercer una buena labor dentro del área.

De igual forma las competencias profesionales de las que habla el modelo praxiologico, se obtienen a partir de lo anterior y a lo largo de un proceso no sólo cognitivo, sino investigativo que vincula la teoría y la práctica que busca no solo la transformación de los estudiantes sino de la población con la que se trabaja.

Dentro del hospital, se ha podido desarrollar una serie de habilidades y destrezas, que generaron en cada estudiante, una actitud positiva,

permanente de aprender y de querer hacer las cosas de la mejor manera posible.

En cuanto a la investigación que se realizó para la elaboración del proyecto de grado, se puede concluir que haber estado dentro del área de pediatría del H.S.B, permitió sensibilizar más a las estudiantes en todo lo relacionado al maltrato infantil como problemática que afronta tanto la niñez como la adolescencia Colombiana, se aprendió todo lo que tiene que ver con el protocolo de atención a los niños o niñas maltratados o maltratadas, y de que manera debe intervenir tanto el personal medico, psicología, psiquiatría y trabajo social como equipo interdisciplinario que debe actuar frente a estos casos, de igual forma, en conjunto con la trabajadora social (tutora) y el equipo de trabajo del área de protección de ICBF central de Usaquéen, se logro conocer mas a fondo todo el proceso que dicha institución realiza para estos casos, teniendo como soporte el código del menor, así mismo y gracias al contacto que se obtuvo con la defensora de familia del centro zonal de la localidad se pudo esclarecer la diferencia y el concepto de las diferentes medidas de protección que se le adopta a un menor cuando esta en una situación de riesgo que pueda atentar contra su integridad física y emocional.

A manera profesional, basados en la experiencia y contacto con los niños y niñas que han sufrido el maltrato en "carne propia", se puede lograr una excelente intervención de caso, direccionarlos de tal forma que el trabajador social realice una adecuada orientación para ayudar a superar el duelo que deben afrontar por causa del SMI y tengan un proceso de resiliencia óptimo para mejorar su calidad de vida.

A nivel personal, nos concientiza para un mejor actuar en nuestra vida familiar. En donde es necesario establecer unas buenas pautas de crianza, tener siempre presente el enfoque del buen trato, el afecto los unos por los otros porque es allí donde se centra el bienestar de todos principalmente el de los niños y niñas.

Finalmente a partir de lo experimentado en esta área del sector salud, es necesario tener en cuenta una serie de elementos en donde se debe dejar de lado la parte sensible para convertirse en una parte mas razonable, que busca la realidad de los hechos y la aceptación de los diferentes casos que se manejan a diario, los cuales deben ser tratados objetivamente, para ir en búsqueda del bienestar, de la o las personas intervenidas, sin dejar a un lado el buen actuar como profesionales y representando adecuadamente las instituciones para la cual se prestan los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- **ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA LA DEFENSA DEL MENOR MALTRATADO.** *El Drama de la Niñez Maltratada.* Santa fe de Bogotá 1992
- **BARUDY, Jorge.** “*Promover El Buen Trato Y Los Derechos Resilientes Como Bases De La Prevención Tratamiento De Las Consecuencias De La Vida Humana*”. Editorial Gedisa. Chile. Año 2000.
- **BARUDY, Jorge.** “*Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*”. Editorial Gedisa. Barcelona España. Año 2005.
- **BARUDY, Jorge.”** *EL DOLOR INVISIBLE DE LA INFANCIA. UNA LECTURA ECOSISTÉMICA DEL MALTRATO INFANTIL*”. Editorial Paidós. Barcelona España. Año 1998.
- **CANTÓN, Cortés J.** “*Malos Tratos y Abuso Sexual*”. Edit Siglo XXI. Madrid España. Año 1997.
- **CASTEBLANCO, Bautista Lucy.** *Desarrollo del Niño menor de siete años.* Editorial USTA. . Universidad Santo Tomás. Bogota Colombia. Año 1989.
- **DÁVILA, Aguirre Eduardo.** Artículo “*PRACTICAS DE CRIANZA Y POBREZA*”
- **GONZÁLEZ, Illidge Guillermo, M.E.** *Comportamiento y Salud.* Tomo I. Editorial Bedout S.A. Medellín (Colombia).

- **REVISTA. Hospital Simón Bolívar de Bogotá** III nivel de atención. Publicación Junio 2003.
- **REVISTA. Calidad y Experiencia con Sentido Social. Hospital Simón Bolívar de Bogotá** III nivel de atención. Publicación 2005 Edición No 1.
- **SORIANO, Francisco.** *Prevención y detección del maltrato infantil.* Bogotá Colombia. Noviembre 2001.
- **CÓDIGO DEL MENOR** *Decreto 2737 del 27 de Noviembre de 1989*
- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA** 1991
- [www.monografias.com/ maltrato infantil](http://www.monografias.com/maltrato-infantil)
- www.google.com/causasdelmaltrato
- www.google.com/causasdelmaltrato

ANEXOS

ANEXO N° 1

MARCO INSTITUCIONAL DEL ICBF.

ANEXO N° 2

INDICADORES DE MALTRATO

ANEXO N° 3.

FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR CADA CASO.

ANEXO N° 4.

FORMATOS DE DIARIO DE CAMPO