## PROTOCOLO DE ATENCION A LA NIÑEZ MALTRATADA

## 1. GENERALIDADES.

La Secretaria de Educación a partir del proyecto de Promoción del Buen Trato, ha elaborado esta guía dirigida a los funcionarios de actores de entidades públicas relacionadas con el tema salud, consciente de que la salud mental de la niñez y la adolescencia se encuentra influenciada por las condiciones de vida, los procesos biológicos, las relaciones sociales y el medio natural y cultural, desafortunadamente en un contexto cargado de actos violentos.

Fenómenos como la violencia, atentan contra la potencialidad del ser tanto en el presente como en el futuro. Este es uno de los factores de riesgo determinantes para la salud mental que influencia todos los planos.

La violencia, y dentro de ella el maltrato contra niños y jóvenes, es un fenómeno epidémico que puede catalogarse de "invisible" (privado legítimo); por lo cual no se conoce la magnitud de la problemática que debe intervenirse pero que la prioriza dada sus secuelas.

El comité coordinador del programa de Redes de Promoción del Buen Trato de Malambo, considera que una intervención eficiente a este problema, debe abarcar cuatro frentes: Primero, la promoción de los factores protectores (individuales y sociales) que publiciten la convivencia y el buen trato como requisitos para la salud mental. Segundo, la prevención y el control de los factores de riesgo. Tercero, una atención integral a las víctimas de la violencia y a sus familias. Cuarto, establecer un observatorio epidemiológico que permita conocer y abordar la magnitud del fenómeno.

Este enfoque en Red queda sustentado por ser el maltrato infantil un fenómeno multicausal. Bajo esta dinámica participan sectores como el de la Justicia (fiscalía), el Medico-Legal, el Sector Salud, el de Educación y el de Bienestar Social y Protección, que por tradición han trabajado aislados. La visión de la Red es generar una cultura de responsabilidad social y protección a la niñez y la adolescencia, posibilita la unidad de criterios, esfuerzos, intereses y recursos, en torno a la atención del maltrato.

Las Redes por el Buen Trato se convierten entonces en un mecanismo y un medio facilitador de las políticas por los Municipios Saludables y de la estrategia de Escuelas Saludables, permitiendo coherencia e integralidad en la atención a situaciones tan complejas como el maltrato infantil.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ MALTRATADA**



Se recomienda la divulgación de este Protocolo y el estudio en grupos que permitan una mirada múltiple desde diferentes disciplinas y experiencias. Seguramente de su lectura surgirán recomendaciones y sugerencias que esperamos conocer e integrar.

## 2. MARCO TEORICO.

Proponemos el siguiente marco con el fin de unificar conceptos generales en torno al problema.

2.1. Factores de riesgo.

Los factores de riesgo son los agentes internos o externos o situaciones que hacen más probable que una enfermedad, evento o lesión suceda.

La identificación oportuna de estos factores estaría encaminada a desarrollar estrategias educativas o de seguimiento a aquellas familias en riesgo de maltrato infantil. En la atención a niños se convierten en un valioso instrumento para la confirmación de casos, cuando existe la sospecha. Estos factores de riesgo se describen a continuación:

#### 2.1.1. Respecto al Niño.

* Niños no deseados.
* Bebes prematuros o con hospitalización prolongada.
* Déficit Cognitivo o parálisis cerebral.
* Deformidad física.
* Síndrome de Dawn.
* Enfermedades crónicas.
* Hiperkinéticos.
* Alteraciones en el desarrollo Psicomotor.
* Menores de tres años.

#### 2.1.2. 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.

#### 2.1.3. 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.

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 características de los niños.

2.2. Definición del maltrato.

De acuerdo con la Edición Especial de Temas de Pediatría de Paidos, el maltrato infantil es entendido como toda acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del niño, lesionando sus derechos; desde los círculos más particulares e íntimos de la familia, hasta el contexto general de la sociedad y donde quiera que ocurra.

#### 2.2.1. Tipos de Maltrato.

* **Maltrato físico:** Toda forma de agresión que causa daño no accidental provocando lesiones internas, externas o ambas.
* **Maltrato psicológico:** Es el daño (intencional o no) que se causa contra las habilidades de un niño, dañando su autoestima, su capacidad de relacionarse y su habilidad para expresarse y sentir. Esto ocasiona un deterioro en su personalidad, socialización y en general en el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades; limitando e inhabilitando su desarrollo potencial.
* **Abuso sexual:** Todo acto en el que una persona, en una relación de poder, involucra a un menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación. (Se entiende la relación de poder como aquella que nace de una diferencia de fuerza, edad conocimiento o autoridad, entre víctima y ofensor).
* **Abuso por descuido:** Involucra la privación de las necesidades básicas que garantizan al niño un desarrollo biopsicoafectivo normal. Existe la posibilidad de brindar alimentación, educación, salud o cuidado a los niños; pero no se brinda o existe abandono total.

#### 2.2.2. Otros tipos de maltrato.

* **En instituciones escolares:** Está relacionado con el modelo pedagógico tradicional que se aplica en gran parte de los planteles educativos del país. Este propicia y mantiene el maltrato, pues está sustentado en una relación de poder y autoridad (docente-alumno).
* **En instituciones de salud:** El funcionario de salud tiene el "saber clínico", el paciente que recibe la atención es "sujeto pasivo" de toda esta acción médica y paramédica. Muchas veces se desconoce la integridad de este "paciente" como ser biopsicosocial. Se presentan algunos aspectos de salud para ejemplificar la situación de la institución.
* **En el laboratorio.** En las tomas de las pruebas y entrega de los resultados de laboratorio, pueden darse tratos bruscos y deshumanizados.
* **En odontología:** El profesional no es capaz de controlar la ansiedad del niño, pierde la paciencia fácilmente, asume acciones rígidas y fuertes para llevar a cabo procedimientos dentales sin importarle el estado emocional del niño.
* **Maltrato arquitectónico:** Las construcciones son en su mayoría diseñadas para adultos.
* **Televisivo:** Horarios y contenidos inapropiados para los niños.
* **Maltrato cariñoso:** Algunas "caricias" y expresiones de afecto físicamente inapropiadas; como pellizcos en las mejillas, abrazos ahogadores, raspones por barbas y bigotes. Asustar a los niños "como una forma de jugar con ellos", obsequiarles regalos desde la perspectiva de los adultos.
* **Maltrato textilero:** Los padres y las persona que diseñan y fabrican ropa para niños, desconocen la anatomía y contextura de los niños.
* **En el transporte escolar:** Un carro de cinco puestos se convierte en un "transbordador" con 10 ó 12 niños a bordo, apretujados y sin cinturón de seguridad.
* **Maltrato místico y ritos satánicos:** Ciertas religiones o sectas, utilizan como práctica el sacrificio de los niños. Otras, obligan a sus hijos a prácticas religiosas en condiciones no apropiadas para ellos.

#### 2.2.3. Indicadores de maltrato.

* A continuación se presentan cuadros que contienen signos o indicadores que nos sirven como guía para la detección de posibles casos de maltrato físico, psicológico, abuso por descuido o abuso sexual del menor.

##### Maltrato físico del menor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signos o indicadores físicos. | Signos o indicadores de comportamiento. | Conductas comunes al ofensor físico. |
| Contusiones, hematomas.  Quemaduras, laceraciones o abrasiones que no concuerdan con la causa alegada.  Mordiscos, desgarros.  Fracturas sin explicación coherente. |  Cambios repentinos de conducta.   Comportamiento extremo (agresivo, muy retraído, muy sumiso, muy pasivo, extremadamente hiperactivo, depresivo).   Asustadizo o temeroso.   Tendencias destructivas.   Alega temor a los padres, sufre agresión de los padres o brinda razones poco creíbles para sus lesiones.   Uso de vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones). Demuestra bajo concepto de sí mismo.   Problemas de aprendizaje (bajo rendimiento académico).   Fugas crónicas.   Conflictos con la ley.   Relaciones interpersonales deficientes.   Temor a una persona en particular.   Ausentismo escolar frecuente, relacionado con la aparición de la lesión. |  Oculta lesiones del niño. Brinda explicaciones poco coherentes. Le pone ropa que lo cubre, no lo envía a la escuela, etc.   Tardanza del padre, madre o encargado para buscar la ayuda médica que el niño necesite.   No parece preocuparse por el niño.   Describe al niño como muy malo, diferente a los otros.   Cree en el castigo severo como método de disciplina.   Tiene expectativas irreales hacia el niño.   Bajo concepto de sí mismo (baja autoestima).   Pobre control de impulsos asociados a estados de emoción violenta, consumo de alcohol, drogas.   Inmadurez en el comportamiento.   Repite patrones errados de crianza o experiencias traumáticas de abuso en la infancia.   Castiga a sus hijos en público.   Castiga a sus hijos por "difíciles o rebeldes". |

##### Abuso por descuido del menor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signos o indicadores físicos. | Signos o indicadores de comportamiento. | Conductas comunes al ofensor por descuido. |
| * Patrón de crecimiento deficiente (déficit para progresar). * Famélico, desnutrido. * Constante falta de atención y de supervisión (caídas repetidas, ingestión frecuente de sustancias tóxicas, niños solos en la casa). * Constante fatiga, sueño o hambre. * Higiene personal deficiente. |  El rendimiento no es el esperado para la edad.   Agresivo.   Retraído.   Carece de vestimenta adecuada, e inclusive de la necesaria.   Asume responsabilidades propias de un adulto (niños cuidan a otros niños).   Sumiso, actúa en forma pseudo-madura, extremadamente complaciente.   Conducta agresiva, inmadura.   Depresivo.   Apático.   Pide o roba comida.   Busca atención y afecto.   Registra continuas ausencias o llegadas tardías a la escuela.   Presenta conflictos con la ley. |  Apático.   Pasivo.   Depresivo.   No se preocupa por el niño ni por satisfacer sus necesidades básicas.   No presta atención al comportamiento del niño, es negligente, no prepara alimentación, no hay comida en la casa.   Aislado socialmente.   Bajo concepto de sí mismo (baja autoestima)   Abuso de alcohol o drogas.   Repite patrones errados de crianza.   Vive en condiciones riesgosas (caos en el hogar, hacinamiento, drogas, venenos y medicamentos al alcance de los niños, basura o excrementos en el área habitacional).   No presta atención ni supervisa acciones. |

##### Maltrato psicológico del menor

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signos o indicadores físicos. | Signos o indicadores de comportamiento. | Conductas comunes al ofensor emocional. |
| Problemas de salud (Afecciones de piel como el acné, problemas de habla como el tartamudeo, asma, alergias, ulceras).  Trastornos en la alimentación: Bulimia, Anorexia.  Retardo en el desarrollo, fallas en su progreso.  Enfermedades psicosomáticas. |  Problemas de aprendizaje (rendimiento académico).   Movimientos rítmicos repetitivos   Extremadamente agresivo, retraído, llamativo, etc.   Destructivo o autodestructivo.   Extremadamente obediente a las instrucciones de los maestros, doctores y otros adultos.   Problemas con el sueño (insomnio, pesadillas, etc.).   Demuestra bajo concepto de sí mismo (baja autoestima).   Fugas del hogar.   Depresivo. Apático.   Comportamiento regresivo (orina la ropa o la cama, chupa dedo).   Falla en el rendimiento esperado para la edad cronológica.   Tendencias o ideas suicidas. |  Expectativas irreales hacia el niño.   Rebaja, rechaza, degrada e ignora al niño.   Amenaza al niño con castigo severo o con abandono.   Describe al niño como malo, diferente a los otros, lo trata como un objeto.   Bajo concepto de sí mismo (baja auto estima).   Utilización del niño en conflictos de pareja.   Utilización del niño para suplir el papel del padre o la madre.   Malambofica a los hijos como difíciles o rebeldes. |

##### Abuso sexual del menor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signos o indicadores físicos. | Signos o indicadores de comportamiento. | Conductas comunes al ofensor sexual. |
| Ropa interior rota, manchada o con sangre.  Picazón, hinchazón, dolor, lesiones o sangrados en las áreas genitales o anales.  Infecciones urinarias frecuentes, dolor al orinar.  Secreción en el pene o la vagina.  Enuresis o encropresis (orina o defeca la ropa o la cama).  Olor extraño en el área genital.  Enfermedades venéreas.  Embarazo.  Enfermedades psicosomáticas. |  Cambios repentinos y bruscos en la conducta.   Baja repentina en el rendimiento escolar   Relaciones deficientes con los compañeros.   No le gusta cambiar de ropa en actividades grupales (gimnasia).   Conductas y conocimientos sexuales inadecuados para la edad (comportamiento muy seductor, uso de palabras obscenas, etc.).   Regresión a una etapa de desarrollo anterior.   Fugas crónicas.   Infracciones a la ley.   Relatos indirectos o directos de ser o haber sido víctima de abuso sexual.   Excesivo interés en temas sexuales.   Promiscuidad.   Masturbación excesiva.   Tendencia a abusar sexualmente de personas menores.   Temor a una persona en especial.   Temores nocturnos, pesadillas .   Resistencia a regresar a la casa después de la escuela. |  Posesivo y celoso de la víctima.   Niega al niño contactos sociales normales.   Acusa al niño de promiscuo o seductor.   Excesivamente atento con el niño.   Baja autoestima.   Pobre control de impulsos.   Aislado socialmente.   Relaciones adultas no satisfactorias.   Cree que el niño disfruta del contacto sexual.   Sexualiza las manifestaciones de amor y afecto. |

3. OBJETIVOS.

* Divulgar lineamientos que garanticen la atención integral, oportuna y humanizada a todos los casos de maltrato infantil atendidos en las instituciones de salud.
* Potenciar el trabajo en red para la atención a la niñez maltratada.

## 4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

  4.1. Aspectos claves.

Para llevar a cabo con eficiencia, efectividad y Calidad la atención de casos de maltrato infantil en las instituciones de salud, es necesario tener en cuenta aspectos tales como:

#### 4.1.1. Sensibilización y Capacitación.

Sensibilizar y capacitar a todo el personal sobre conocimientos y particularidades del maltrato infantil, con el fin de implementar la detección, recepción y atención de casos de manera adecuada. El personal debe estar capacitado y conocer los procedimientos, metodologías y personas a cargo del manejo de este tipo de casos en la institución.

#### 4.1.2. Construcción del grupo interdisciplinario.

Constituir e implementar un equipo interdisciplinario de trabajo (profesionales de medicina, psicología, enfermería y trabajo social), con el objetivo de:

1. Brindarse apoyo mutuo a través de canales efectivos de comunicación.
2. Compartir información.
3. Tomar decisiones conjuntas.
4. Planear acciones.
5. Proporcionar atención integral.

#### 4.1.3. Actividades del grupo interdisciplinario.

1. Incrementar y mejorar las estrategias de sensibilización, dirigidas al grupo de profesionales e instituciones en el área de la salud. Igualmente fortalecer los controles en la Calidad de la atención de esta misma área.
2. Coordinar y ejecutar la actualización del personal que labora en el área de salud, en el tema del maltrato infantil
3. Implementar actividades de promoción del buen Trato y de prevención, identificando e interviniendo factores de riesgo de maltrato.
4. Planear, controlar y evaluar actividades realizadas.
5. Conocer y difundir las competencias de las instituciones involucradas en la atención jurídico legal y de protección en general a la niñez.
6. Participar en el diagnóstico de casos y explorar los diferentes tipos de maltrato y sus posibles combinaciones.
7. Realizar un adecuado estudio de los casos para lograr una óptima intervención disciplinaria (incluida la visita domiciliaria para confirmación y seguimiento).
8. Orientar, según el caso, la intervención de los profesionales.
9. Velar por el correcto diligenciamiento de los registros, en los casos de maltrato infantil atendidos.
10. Hacer las remisiones y contra-remisiones pertinentes en cada caso.
11. Orientar e informar a los familiares y al paciente, sobre el proceso de atención; teniendo presente el respeto de la confidencialidad.
12. Educar al menor y al adulto responsable, sobre la importancia de cumplir con las prescripciones de cada una de las especialidades.
13. Elaborar, en conjunto con la familia y el personal de salud, planes integrales de rehabilitación que favorezcan una mejor comprensión y relación con el niño.
14. Notificar a las autoridades competentes, la existencia de un caso de maltrato detectado en el servicio. Evaluarlo en Red; tanto intra como extra institucionalmente, según su complejidad.
15. Establecer contactos con Redes extra institucionales.
16. Velar por que los instrumentos de referencia y contrareferencia, sigan el curso adecuado.

#### 4.1.4. Actividades del personal administrativo de oficios varios.

1. Los porteros, cajeros, aseadores, secretarias y otros empleados, son claves en la recepción de casos de maltrato infantil. Ellos, que son la parte "externa" de la institución, deben brindar un trato amable a las personas que llegan.
2. Deben tener buena disposición y saber brindar la orientación adecuada.
3. El trato brindado debe expresar ayuda, apoyo solidaridad y respeto.
4. Deben participar en talleres de sensibilización y capacitación para la detección y recepción de casos de maltrato.

#### 4.1.5. Actividades del personal de salud.

1. Participar en los procesos de capacitación y actualización que se realicen sobre el tema.
2. Diligenciar los registros propios del programa.
3. Detectar oportunamente casos de maltrato.
4. Hacer contacto con el coordinador del programa y la persona afectada.
5. Comunicar al equipo interdisciplinario cuando se detecten los casos, con el fin de realizar un manejo integral.
6. Intervenir de manera directa en el caso, utilizando los métodos terapéuticos propios de su profesión.
7. Orientar a los padres o cuidadores en la cultura de la no violencia.

### 4.2. Momentos de la atención. Se presenta el siguiente cuadro que esquematiza las situaciones más comunes de consulta infantil. Se trata de que además de la atención que se presta a los casos evidentes de maltrato, se haga una búsqueda activa de los mismos.

##### Esquema para la atención del maltrato a la Niñez.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situación** | **Observaciones** | **Conducta** |
| Traumas físicos notificados por el niño(a) o acompañante como producto del maltrato.                   Traumas físicos ocasionados en situaciones poco usuales.  Diversas:  Servicio Odontológico:  (Caries que evidencien negligencia en el cuidado del niño).  Programas de enfermería, Vacunación y Crecimiento y Desarrollo (lesiones recientes o señas antiguas, retraimiento, temor\*).  Otros servicios:  Bacteriología (niños con ectoparásitos, mala higiene, residuos de semen en orina, enfermedades en la piel).  Fisioterapeuta y Fonoaudiología: (Niños con privación afectiva, retraso psicomotor y del lenguaje. Niños remitidos por trauma físico o fracturas. Niños que no caminan).  Psicología: (Niños con conductas agresivas o rabietas, exceso de temor.\*). | Paciente en Alto riesgo (fracturas, Signos de daño cerebral, hipovolemia, quemaduras de gran extensión, etc).                                   Paciente en riesgo  no inmediato.                                                                                   SOSPECHE MALTRATO. Por cada caso de maltrato existen otros diez sin detectar.     SOSPECHE MALTRATO. Por cada caso de maltrato existen otros diez sin detectar. | HCL. Aplique medidas de emergencia. Diligencie ficha epidemiológica. Remisión del caso a la comisaría de familia o al defensor de familia (quienes están autorizados para remitir a medicina legal). Puede remitirse copia de HCL u oficio en el que se informe todo lo pertinente.  Remisión del paciente a un organismo de salud de mayor complejidad.  Planee en equipo visita familiar y seguimiento del caso y rehabilitación. En todo caso se recomienda enviar copia de lo actuado al Personero Municipal.  HCL. Y diligencie ficha epidemiológica. Aplique tratamiento y/o conductas necesarias.  Remita el caso a la fiscalía e ICBF, insista al paciente / acompañante sobre la importancia de acudir a estas instituciones.  Corrobore la necesidad de proteger del agresor y del medio al paciente. De ser necesario notifique telefónicamente a la Comisaría de Familia o Inspección de Policía (solicitud de protección – Ley 294/96) o al Defensor de familia.  Planee con el equipo visitas familiares de seguimiento.  En caso de ABUSO SEXUAL debe obrarse con mayor agilidad en la remisión al Comisario, Defensor o Fiscal.  HCL. Hacer anamnesis detallada indagando por situaciones anteriores similares y por otros indicadores de maltrato (\*2Véase) Oriente\*1 sobre derechos de la infancia. Si se confirma el caso registre en Ficha Epidemiológica. Oriente sobre instituciones y servicios.  Aplique tratamiento al trauma físico y/o medidas complementarias.  Realice la atención correspondiente e indague y observe indicadores de maltrato.  Oriente sobre derechos de la infancia.  Amplíe información revisando el capitulo 4.  Si confirma caso, registre en Ficha Epidemiológica y oriente sobre instituciones y servicios.  Remita con oficio a la Comisaría de Familia para que adelante la investigación y confirme.  Oriente sobre instituciones y servicios. |

\*1. Trate siempre de apoyarse en el Equipo Interdisciplinario de Tejido Social.

\*2. Véase cuadros de signos o indicadores de maltrato

Algunos aspectos que complementan o amplían lo anterior se presentan a continuación:

#### PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ MALTRATADA

a) Recomendaciones para personal capacitado.

* Escuchar con respeto, interés, solidaridad y confidencialidad, el relato del afectado.
* No se deben emitir conceptos sin un conocimiento adecuado.
* Reducir las ansiedades del agredido y su acompañante.
* Utilizar un lenguaje claro, entendible y que no confunda o deje más preocupada a la persona acerca de su situación y de sus posibles soluciones.
* No se debe atropellar la intimidad del individuo con las preguntas que se hagan; pero sí se debe tratar de esclarecer la situación.
* Es fundamental mostrar total credibilidad en las palabras del niño para que el relato se fundamente en la confianza y pueda darse una actitud positiva.
* Informar sobre los servicios existentes en la institución y en otras instituciones.
* Diligenciar el registro establecido para violencia intrafamiliar y abuso sexual.
* Teniendo en cuenta la clasificación de signos y síntomas, definir qué funcionario de la institución realizará la intervención; o si hay que remitirlo a otra entidad que disponga del recurso humano o de la capacidad resolutiva necesaria.
* Cuando el niño lo solicite, se debe realizar una entrevista individual con él. Esto puede ser señal de que no desea ser escuchado por nadie más y de que confía en la persona que atiende el caso.

b) Situaciones que deben ser reportadas.

* Negligencia severa.
* Lesión neurológica importante, explicada como una caída "rutinaria".
* Abuso sexual.

c) Acerca de la terapia de rehabilitación.

El objetivo de la terapia es que el afectado recupere la capacidad de autocuidado de su cuerpo, sus emociones y sus relaciones; su autonomía, su autoimagen, su autoestima. La intervención debe ser realizada por un profesional en la materia que puede mantener la objetividad para prestar la ayuda indicada.

La intervención será efectiva con el agresor, en la medida en que éste reconozca su problema y considere que con ayuda profesional puede superarlo. Se alcanzarán mejores resultados si no busca la ayuda presionado por factores externos tales como la amenaza de separación o denuncia penal.

Ahondar en las motivaciones inconscientes por las que el agresor llegó al abuso, podrá servirle a éste para entender lo que le pasa y poner freno a esas tendencias.

d) Acerca del seguimiento.

Las normas generales de seguimiento de las formas de maltrato infantil, hacen referencia fundamentalmente a la relación entre el maltratador y el maltratado.

El primero debe demostrar que posee dentro de sí mismo, los elementos de contención que le permitan la convivencia familiar, y que no existe posibilidad de que vuelva a maltratar a ningún niño. El segundo debe adquirir la capacidad de defenderse del maltrato por sí mismo o acudiendo a personas de la familia, de la comunidad o funcionarios del Estado (comisarías de familia, inspectores de policía etc.) que le brinden la protección necesaria.

Este proceso puede durar algunos días, meses o inclusive años, dependiendo de las condiciones particulares de las personas involucradas en la situación: Maltratante, maltratado, familia y comunidad.

En términos generales, revisiones al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año de haber terminado el tratamiento, son suficientes para determinar la evolución que ha tenido el caso.

Objetivos del seguimiento.

* Evaluar el impacto de la intervención realizada.
* Evitar que se repita el problema.
* Mantener comunicación y ayuda con el agredido y su familia durante el período de conflicto.
* Intervenir a tiempo en caso de reincidencia.
* Revisar la evolución de las lesiones físicas, prevenir secuelas, educar, informar, orientar.

En casos graves...

* El seguimiento debe ser realizado por el personal de salud y la institución legal que atendió el caso.
* Debe hacerse una evaluación permanente hasta determinar que se está fuera de peligro.
* Deben hacerse visitas domiciliarias a los 15 días; a los 2 meses y a los 6 meses.
* Deben hacerse citaciones periódicas al menor y a su familia.

 Participación comunitaria en el seguimiento.

Pueden participar los promotores de salud, las madres comunitarias, los líderes comunitarios o personas reconocidas y de confianza en la comunidad.

Los líderes comunitarios requieren capacitación permanente y en casos que lo ameriten, intervendrán con el grupo interdisciplinario.

Estas personas, de ser aceptadas por las familias, realizarán visitas domiciliarias; lo que puede lograrse con el diálogo persistente sin criticar ni juzgar su comportamiento, a fin de generar confianza de ambas partes.

 5. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN.

|  |  |
| --- | --- |
| Proponemos el siguiente marco:    Resultados | Indicadores |
| 1. Difusión institucional acerca del tema del maltrato infantil.                 2. Fortalecimiento de la Red de Promoción del Buen Trato de Malambo. | Indicadores de Eficiencia:  1. Número de eventos de sensibilización, de información o de trabajo alrededor del tema realizados por cada SILOS.  2. Número de planes de trabajo desarrollados por cada SILOS.   1. Número de reuniones de la Red. 2. Número de participantes. Indicadores de efecto/Impacto  * Circulación de información entre las instituciones, entre las personas y entre la comunidad. * Capacidad para movilizar y sensibilizar a la opinión pública. * Aumento en las denuncias y búsqueda de ayuda. |

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

* Asociación Colombiana Para la Defensa del Menor Maltratado. El drama de la niñez maltratada. Santafé de Bogotá. 1992
* Instituto del Seguro Social Seccional Caldas. Promoción del Buen Trato en la infancia para la prevención del maltrato y el abuso sexual. Santafé de Bogotá 1997.
* Defensoría del Pueblo Fundación FES y UNICEF. Intervención de casos de abuso sexual en estado de crisis. Santafé de Bogotá. 1995.
* Margarita Inés Quirós. Lineamientos para la promoción del Buen Trato a los menores en Colombia, en el desarrollo de la política vida, salud y paz. Santafé de Bogotá. 1998.
* Franco S., Ochoa Jaramillo D., Hernández Álvarez M. La promoción de la salud y la seguridad social. Corporación Salud y Desarrollo. Santafé de Bogotá. 1995.
* Margarita Inés Quirós Arango, Víctor Julio Restrepo Giraldo, Clara Inés Restrepo Forero. José Alberto Suárez García. Buscando alternativas. 1995.