

89
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL INSTITUCIONALIZADO:
FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL.
EXPERIENCIA EN COLOMBIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

Irma Alicia Flores Hinojos

Director de la Facultad: Dr. Arturo Bouzas Riaño

Directora de la Tesis: Patricia de Buen Rodríguez



MEXICO, D.F.

1998

2578-4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Fue un largo proceso el que se siguió para conseguir que estas páginas se encontraran llenas de letras con una idea y un objetivo claros. Hubo que recorrer mucho mundo para cerrar el círculo desde la lejanía, ya que tan cerca era imposible.

Este trabajo no es más que la voz de una colectividad clamando justicia, buen trato, un espacio digno en el universo, una esperanza de vivir un poco mejor.

Agradezco profundamente:

En Colombia:

Primeramente quiero agradecer a los 25 niños del Pabellón del Niño Jesús, quienes con sus dramáticas historias inspiraron la elaboración de este trabajo. Los ojos de cada una de estas pequeñas almas se quedaron clavados en mi cuerpo.

A todos los trabajadores de la Beneficencia de Cundinamarca que contribuyeron brindando la información necesaria para estructurar el cuerpo de la investigación.

También quiero agradecer a la Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado (Asociación Afecto), el gran apoyo y su calurosa acogida desde mis primeros días en mi segundo país, Colombia.

A Lucrecia Caro quien acompañó este trabajo y me animó constantemente para seguir y no morir en el intento, a Gabriel Lago que sin su valiosísima guía y apoyo no se hubiera iniciado ni terminado este proyecto, a Isabel Cuadros por su apoyo y confianza irrestricta, a Andrés Barrero por su colaboración ciberespacial.

En México:

A Adriana Flores por todo el apoyo que me brindó para vencer a la burocracia y por su apoyo ciberespacial, a Beatriz Lortía por acompañarme en la última fase de este proceso, a Jorge García y a David Velasco por revisar el producto final de este trabajo y realizar diferentes aportaciones, a Patricia de Buen por el apoyo y orientación en el desarrollo de la investigación, a cada uno de los miembros del jurado por sus observaciones y por su atención

al haber leído este trabajo. A todos y cada uno de los Flores por acompañarme en distintos momentos en este proceso.

A la Facultad de Psicología por todo lo que pude aprender dentro de ella y porque me obligó salir a buscar nuevos conocimientos.

A Juan Carlos por leer y releer este texto en diferentes momentos y hacer atinadas observaciones, además de contener mi tristeza durante los largos días de trabajo en “La Colonia”, a Juan Pablo por acompañarme dentro y fuera en el desarrollo de este pequeño sueño.

ÍNDICE

INTRODUCCION	8
CAPITULO I. ALGUNOS CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL MALTRATO INFANTIL Y EL RETRASO MENTAL	11
I.1. RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA.	11
I.2. TIPOLOGIA DEL MALTRATO INFANTIL	12
I.2.2. MALTRATO EXTRAFAMILIAR	12
I.3. SUPTIPOS DE MALTRATO	13
I.3.1. MALTRATO FISICO	13
I.3.2. MALTRATO POR NEGLIGENCIA	13
I.3.3. ABANDONO	13
I.3.4. MALTRATO PSICOLOGICO O ABUSO EMOCIONAL	13
I.3.6. MALTRATO AL MENOR EN GESTACION O QUE ESTA POR NACER	14
I.3.7. SINDROME DE MUNCHHAUSEN POR PODERES	14
I.3.8. MALTRATO INSTITUCIONAL	14
I.2. RETRASO MENTAL	16
CAPÍTULO II: EL MALTRATO INFANTIL: EL CASO COLOMBIANO	19
II.1 ACCIONES ORIENTADAS A PREVENIR EL MALTRATO EN COLOMBIA;	19
CAPITULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS	27
III.1. EL PLANTEAMIENTO DEL MODELO INTEGRADOR.	27
III.2. DEFINICION DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA INVESTIGACIÓN.	27
III.3. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN.	28
III.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y DEL SERVICIO QUE PRESTA.	28

III.3.2. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS RETRASADOS MENTALES.	29
III.3.3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CULTURALES RELACIONADOS CON LA CONCEPCIÓN DE RETRASO MENTAL Y MALTRATO INFANTIL.	31
III.3.4. ANÁLISIS DE LA CONFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL	31
III. 4. INSTRUMENTOS .	31
III.4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN.	31
III.4.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS RETRASADOS MENTALES	33
CAPITULO IV: CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN.	34
IV.1. CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN: ANTECEDENTES Y ASPECTOS NORMATIVOS.	34
IV.1.1. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA BENEFICENCIA.	35
IV.1.2. OBJETIVOS DE LA BENEFICENCIA.	36
IV.1.3. POLÍTICAS ASISTENCIALES	37
IV.1.4. PROCESOS DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN.	38
IV. 1.5. RECURSOS HUMANOS, SELECCIÓN, INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y CONTRATACIÓN	39
IV.1.6. MANUAL DE FUNCIONES.	42
IV.1.7. DIVISION DE ASISTENCIA MENTAL	42
IV. 2. CARACTERÍSTICAS DE LA CASA ASISTENCIAL “LA COLONIA”, ESLABÓN DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA.	43
IV. 2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y MARCO LEGAL DE LA CASA ASISTENCIAL	44
IV. 2.2. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN Y RECURSOS DE ATENCIÓN	46
IV. 2.3. RECURSOS HUMANOS DE LA COLONIA	49
CAPITULO V. LA CONFLUENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL EN EL PABELLÓN PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS.	52
V.1 INCAPACIDADES ADMINISTRATIVAS	52

V.2. INCAPACIDADES PROFESIONALES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA CASA ASISTENCIAL	55
V.2.1 SELECCIÓN DE PERSONAL	56
V.2.2. CAPACITACIÓN	57
V.2.3.PERMANENCIA EN EL EMPLEO	60
IV.2.4 PRESUPUESTO	60
V.3. INCAPACIDADES PROGRAMÁTICAS	60
V.4. LIMITACIONES EN LA NORMATIVIDAD ESTATAL	64
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXO INSTRUMENTOS	72

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue realizada en una institución de Beneficencia que cuenta con una casa asistencial dedicada al cuidado y rehabilitación de niños retrasados mentales. La institución pertenece al departamento de Cundinamarca de la República de Colombia. La Procuraduría del Menor y la Familia, dependencia que pertenece a la Procuraduría General de Colombia, descubrió a finales de 1995 que en la casa asistencial “La Colonia”, se estaban presentando situaciones de maltrato infantil en contra de los niños que alberga la institución y procedió a presentar una demanda por maltrato infantil, a través de un procedimiento legal que se conoce en este país como tutela.

Al realizar la investigación correspondiente la Procuraduría encontró que las condiciones de vida, del grupo de niños que atiende la institución eran extremadamente deficientes. Para la evaluación se consideraron aspectos como: el tipo de atención que se les estaba brindando, el espacio físico, los medios tecnológicos utilizados para su rehabilitación, el perfil de las personas encargadas del cuidado y rehabilitación de los niños, entre otros aspectos, y se encontró que eran totalmente inadecuados y ponían en peligro el bienestar físico, psicológico y moral de los menores.

A partir del conocimiento de esta situación, surgió el interés de realizar la presente investigación cuyos principales objetivos fueron: conocer cómo se estaba presentando el fenómeno de maltrato infantil y qué factores estaban interviniendo para que éste sucediera, además de contribuir a ampliar el conocimiento sobre el maltrato infantil en el ámbito considerado como extrafamiliar.

Para alcanzar estos objetivos, el problema se abordó desde una perspectiva sistémica, utilizando el modelo integrador de factores causales de maltrato infantil, desarrollado por un grupo de investigadores de la Universidad Vasca.

A diferencia de otros modelos teóricos en los que solo se considera un factor (por ejemplo: las características del niño), como motivo o producto del evento de maltrato infantil, el modelo integrador o la perspectiva sistémica parte de la base de que son varios los factores que intervienen en una situación de maltrato.

En la investigación que se realizó en la Universidad Vasca se consideraron como factores de riesgo las características del niño, aunadas a las características psicológicas de quien lo cuida e interactuando en un contexto determinado, las que generaron eventos de maltrato infantil.

Para poder aplicar este modelo a la situación de maltrato que se estaba presentando en la institución colombiana, hubo que analizar varios aspectos: en primer lugar, en la investigación realizada por la Universidad Vasca se realizó en el ámbito de lo familiar y el estudio que aquí se presenta se realizaría en el ámbito de lo extrafamiliar, en concreto en una institución. Por lo tanto, había que enfrentar el reto de ubicar cuáles serían los factores de riesgo a considerar para realizar el estudio.

Después de conocer la situación en la casa asistencial “La Colonia”, se llegó a la conclusión de que los factores a tomar en cuenta para analizar el fenómeno de maltrato infantil eran: las características de la institución, las características de los niños retrasados mentales y el ambiente en el que esta interacción se desarrolla.

Con la finalidad de sustentar lo antes expuesto, la presente investigación se estructuró en cinco capítulos que abordaron los siguientes temas: en el primer capítulo, se exponen las definiciones teóricas acerca de lo que se entendió por maltrato infantil, esto permitió ubicar el tipo y subtipos de maltrato que se estaban presentando al interior de la institución.

En relación con el tema retraso mental, se desarrollo para tener un punto de comparación entre las características que identifica la literatura que existe sobre el tema y las características de los niños que se atienden en la institución. Además se menciona cuáles son las necesidades básicas que exigen personas que presentan esta enfermedad y cómo las solucionan instituciones dedicadas al cuidado y rehabilitación de este tipo de pacientes, lo que permitió también tener un punto de comparación respecto a lo que ofrece la casa asistencial.

En el segundo capítulo, se presenta una radiografía de cómo se manifiesta e identifica el fenómeno del maltrato infantil en Colombia y en segundo lugar, qué se esta haciendo en el país para dar respuesta al problema.

En el tercer capítulo se plantea lo referente a la metodología que se utilizó para desarrollar la presente investigación, el procedimiento y la aplicación de los instrumentos.

En el cuarto capítulo el lector encontrará la descripción de las características de la institución, la descripción de las características del grupo de niños que atiende, así como el contexto en el que estas se encuentran. Lo anterior, permitió ubicar si en este caso en particular la confluencia de estos factores, fueron los que produjeron los eventos de maltrato a los que se hace referencia en la denuncia mencionada.

En el quinto capítulo se presenta la discusión de las incapacidades que institucionalmente se encontraron y que aunadas a las características de la población atendida por la institución producen diversos y frecuentes eventos de maltrato infantil.

Por último se presentan las conclusiones y una serie de recomendaciones que surgen de la identificación, descripción y análisis del problema y que servirán para apoyar la reflexión en torno a la atención que brinda la institución, así como para que al interior de ésta, se plantee el desarrollo de una nueva forma de organización administrativa que *permita generar proyectos coherentes y congruentes con la población objetivo y sus necesidades.*

Finalmente, cabe señalar que la aportación que se está realizando con esta investigación a la disciplina psicológica, no se basa en el análisis del maltrato infantil como el producto de una perturbación, o de la problemática psicológica de quien es víctima, se basa por el contrario, en una mirada más amplia que considera que además de lo psicológico también existen factores como lo social, lo económico, lo cultural que al confluir de determinada manera producen ciertos efectos en un contexto determinado.

Por otra parte, esta visión comprometió a la investigadora a denunciar una situación que de no modificarse seguirá atentando contra los derechos humanos de un grupo desprotegido de la sociedad; los niños retrasados mentales que se encuentran internados en instituciones del corte de la casa asistencial “La Colonia”.

CAPITULO I. ALGUNOS CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL MALTRATO INFANTIL Y EL RETRASO MENTAL

1.1. RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA.

Desde tiempos muy remotos existe en nuestra sociedad el maltrato a los más débiles. El maltrato se encuentra profundamente asociado a lo que se define como formas de crianza en cada sociedad¹, por lo tanto en una cultura puede ser aceptado el golpe como una forma de educar y en otra puede ser una atentado en contra de la integridad del niño.

El Maltrato Infantil se asume como un problema social por primera vez hacia finales del siglo XIX y se conforma la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia la Niñez.² Desde entonces comienzan a generarse propuestas de leyes para regular el trabajo infantil e incluso leyes para separar a los pequeños maltratados de quien les ha hecho daño. Pero no es hasta este siglo que el maltrato infantil se reconoce oficialmente como un delito que atenta contra la integridad de los niños. Desde ese momento varias disciplinas se dan a la tarea de estudiar las causas que producen el maltrato infantil y se enfocan principalmente a estudiarlo en el ámbito familiar.

Sin embargo, el hecho de que se aborde desde diferentes perspectivas produce en ocasiones ambigüedad en los términos que se utilizan para definirlo, e incluso se puede decir que existe una falta de claridad en los criterios que se utilizan.³ Lo anterior puede ocasionar graves problemas en el momento de tratar de definir si delante de nosotros se encuentra un caso de maltrato o no. Por estas razones resulta muy importante definir qué se entenderá por maltrato infantil en el momento de realizar un estudio o aproximación.

¹ Helfer, Ray, E. THE BATTERED CHILD. The University of Chicago Press, Chicago, 1987.

² *ibidem*

³ De Paul, Joaquín y col. MALTRATO Y ABANDONO INFANTIL: IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Bilbao, 1988.

I.2. TIPOLOGIA DEL MALTRATO INFANTIL

A lo largo de la construcción de la categoría del maltrato infantil, se ha llegado a la conclusión de que existen dos ámbitos de la vida cotidiana en los que se puede detectar, estos son: el familiar y el extrafamiliar.⁴ El maltrato intrafamiliar es el que se produce al interior de la familia y quienes ejercen la agresión contra el niño son las personas que cotidianamente se encargan de la convivencia, su cuidado, educación y formación. Este tipo de maltrato tiene su génesis en factores psicológicos, económicos, sociales, culturales, etc. que influyen a la familia a lo largo de su ciclo vital, en la mayoría de los casos la víctima de un evento de maltrato queda marcada y esto repercutirá en su futuro desarrollo. (Martínez Roig, 1995).

I.2.2. MALTRATO EXTRAFAMILIAR

El otro tipo de maltrato es el que se produce fuera de lo familiar y se identifica como extrafamiliar, puede estar dirigido hacia un individuo o a la infancia en su conjunto. En esta definición se suele incluir: maltrato institucional, explotación laboral, abuso sexual, consumismo, maltrato consecutivo al urbanismo, etc. En este tipo de maltrato no necesariamente existe contacto entre el niño y su agresor, incluso es difícil identificar de manera inmediata los efectos del maltrato sobre el niño, puede pasar un tiempo considerable hasta que se presenta algún indicio, e incluso el efecto puede verse contrarrestado por el estímulo positivo del ambiente familiar, (Martínez Roig, 1995). La definición que se le podía aplicar a este tipo de maltrato es la de que se trata de “cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación individual del profesional o funcionario que conlleva abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico que viola los derechos básicos del niño”.

⁴Martínez, Roig y De Paul J. MALTRATO INFANTIL Y ABANDONO EN LA INFANCIA. Ed. Martínez Roca Barcelona 1993.

I.3. SUPTIPOS DE MALTRATO

En este apartado se describen las diferentes formas de maltrato infantil que puede ser infligidas contra el niño o la niñez en su conjunto y que pueden presentarse tanto en el ámbito familiar como en el extrafamiliar.

I.3.1. MALTRATO FISICO

Se considera como toda forma de agresión intencional, infligida en contra del niño por los responsables de su cuidado. Implica o puede llevar consigo lesiones físicas (producidas con o sin instrumentos), enfermedades o intoxicaciones. Sus consecuencias pueden ser transitorias o permanentes, incluyendo la muerte. Este subtipo de maltrato se conoce comúnmente como <Síndrome del Niño Apaleado>. (Kempe, 1970)

I.3.2. MALTRATO POR NEGLIGENCIA

Entendido como la privación de las necesidades básicas cuando se pueden brindar. Puede decirse que este tipo de maltrato es el más común y que puede estar motivado de forma consciente o puede producirse como una manifestación más de la ignorancia, la incultura, la pobreza y la incapacidad para proteger y criar a los hijos. (Martínez Roig, 1995)

I.3.3. ABANDONO

Entendido como la acción de dejar desamparado totalmente a un niño. Sería el caso extremo de la negligencia, (Martínez Roig, 1995)

I.3.4. MALTRATO PSICOLOGICO O ABUSO EMOCIONAL

Es aquel en el que de manera intencional se rebaja la autoestima del niño. En este subtipo el adulto que cuida al niño bloquea todas las iniciativas del niño por interactuar, es la falta constante de interacción y contacto.

Cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 18 años por parte de un familiar, tutor o adulto desde una posición de poder y autoridad. En general la participación del niño

en este tipo de eventos le resulta incomprensible, debido a que no ésta preparado por su desarrollo.

1.3.6. MALTRATO AL MENOR EN GESTACION O QUE ESTA POR NACER

Se considera como aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto.

1.3.7. SINDROME DE MUNCHHAUSEN POR PODERES

Este síndrome consiste en la simulación de síntomas físicos patológicos en terceras personas. Puede ser mediante la simulación o sugerencia se una sintomatología difícil de demostrar, por la administración de sustancias dañinas para el organismo, entre otras. Esto hace que el niño ingresa varias veces a un centro hospitalario en donde le tendrán que practicar varias exploraciones.

1.3.8. MALTRATO INSTITUCIONAL

Deben incluirse aquellos actos de comisión u omisión, y condiciones o acciones permitidas en el contexto de organizaciones, sistemas de protección al menor y programas o protocolos llevados en centros que violan los objetivos del cuidado institucional al menor, con amenaza para su correcto desarrollo.(Martínez Roig, 1995).

Esta clasificación incluye todas las formas que se identifican en el maltrato intrafamiliar, pues los cuidadores o los directamente responsables en una institución pueden ejercerlas directamente sobre el menor. Puede también, existir este tipo de maltrato sin que necesariamente haya un contacto directo con el niño por parte de la persona presuntamente “agresora”, hecho imposible en el intrafamiliar.

A diferencia del maltrato intrafamiliar, en el de tipo extrafamiliar no suelen existir unas manifestaciones evidentes en el niño a corto plazo; y, en caso de existir, son difíciles de valorar, ya que de acuerdo a diferentes investigaciones se puede contrarrestar su efecto por el estímulo positivo o patrón de referencia estabilizador que recibe el niño en su círculo familiar. (Martínez Roig, 1995)

Es muy importante no asimilar el concepto de maltrato institucional únicamente al maltrato infantil que tiene lugar en centros de acogida, residencias, hogares funcionales, instituciones para delincuentes, centros para niños retrasados o con deficiencias, escuelas u hospitales.

En éstos pueden existir, pero también se debe considerar como maltrato institucional, el ejercido desde la institución sanitaria, educativa, jurídica, o de asistencia social. El origen se encuentra en las personas responsables directas de la atención, protección y educación del niño, y en las responsables de las diferentes políticas aplicables a la infancia desde cualquiera de los ámbitos citados, programas, recursos o sistemas de protección. El maltrato institucional puede darse por varios motivos:

- Incapacidades Administrativas

- . Ausencia o poca administración de las instituciones con fallas en la delegación de funciones, autoridad, etc.. Incongruencia en el desarrollo de los procesos administrativos de planeación, organización, ejecución y evaluación. (Roncancio & Gaitán, 1995) .

- Profesional de la institución (en general):

- . Falta de preparación
- . Supervisión inadecuada
- . Exceso de trabajo o elevado nivel de exigencia laboral
- . Intervención poco ética o profesional

- Programas de la institución (en general):

- . No-cumplimiento de unos niveles mínimos de calidad
- . Uso de programas en detrimento del bienestar infantil
- . Infratilización o mal uso de los recursos existentes

- Sistema de Protección de la Infancia:

- . Que no garantice la seguridad para el menor
- . Que genere situaciones adversas al desarrollo infantil
- . Categorización
- . Separaciones de los niños de su hogar familiar sin esforzarse en intervenir con la familia

- Sistema Sanitario
 - . Conceptos organicistas y discriminatorios
 - . Ausencia de selección de personal y de distribución igualitaria del mismo
- . Salud entendida como contraposición a enfermedad sin puesta en práctica del concepto más amplio de salud
- Sistema Educativo:
 - . Desigualdad de oportunidades
 - . Obstaculización del desarrollo normal
 - . Discriminación en base a sexo, nacionalidad, etnia, religión, etc.
 - . Permisividad o autoridad extremas
- Sistema Judicial:
 - . No respeto de las características del niño
 - . Aplicación de leyes que favorecen poco al niño y benefician al adulto
 - . No respeto de los derechos del niño

En resumen, en el maltrato institucional los responsables de la acción directa no ofrecen al niño la cobertura idónea de sus necesidades para un correcto desarrollo, o no se les proporciona el bienestar adecuado, cuando los padres no lo hacen. (Martínez Roig, 1995)

1.2. RETRASO MENTAL

“El término retraso mental alude a un funcionamiento intelectual general inferior al promedio, que se origina en el período de desarrollo y se asocia a un déficit de la conducta adaptativa”. (American Association on Mental Deficiency, 1961)

Los síntomas esenciales son: 1) capacidad intelectual muy por debajo del promedio, que se acompaña de 2) un déficit o deterioro significativo de la capacidad adaptativa, y 3) un comienzo antes de los 18 años. El diagnóstico se hace prescindiendo de si hay o no trastornos orgánicos u otros trastornos mentales. (DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995; American Association on Mental Deficiency, 1961)

El retraso mental comprende un grupo variado de síndromes cuya principal característica es el déficit de la función intelectual, que está presente desde el nacimiento o

durante el periodo de desarrollo del individuo. Los responsables de este déficit cognitivo unas veces pueden afectar al sistema nervioso central de forma irreversible y otras, si son diagnosticados y tratados a tiempo, pueden tener curación.

Dentro de las enfermedades mentales existen otras que pueden en determinados diagnósticos ser confundidas con el retraso mental, como son los estados de inhibición intelectual asociados a patologías psíquica (trastornos afectivos, por ansiedad y otros, o bien, el deterioro de las funciones superiores (difuso, focal, funcional), que sería el resultado de un déficit en la inteligencia que se había desarrollado normalmente con anterioridad. (DSM-IV, 1995; OMS, 1978)

Sin embargo, si se realiza un diagnóstico adecuado se ubicará perfectamente la patología del paciente y el grado en el que se encuentra afectado por la enfermedad o retraso mental, de acuerdo con la Asociación Americana de Retraso Mental y el DSM-IV, se clasifica en leve, moderado, grave y profundo.

De acuerdo a la información que reportan las historias clínicas de los 25 pacientes ubicados en el Pabellón Pediátrico de la Casa Asistencial “La Colonia”, en su totalidad padecen retraso mental grave o profundo, debido a ello profundizaremos en esta clasificación.

Con base a lo reportado en las investigaciones realizadas en torno al tema (DSM-IV), los pacientes con retardo mental grave constituyen del 3 al 4% del total, pueden adquirir un lenguaje comunicativo escaso o nulo en los primeros años de la niñez. En el caso de que ingresen a una institución o tengan acceso a la educación pueden aprender a hablar y ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Pueden llegar a aprender la lectura global de algunas palabras que pueden servirles en su vida cotidiana.

Cuando llegan a la edad adulta pueden realizar tareas simples con la supervisión de alguna persona o una institución. Si no sufre alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados, pueden adaptarse a la vida en comunidad. (DSM-IV, 1995)

En el caso del retraso mental profundo se clasifican del 1 al 2% del total de los individuos con ese padecimiento. La mayoría presentan una enfermedad neurológica identificada que explica el retraso mental. En los primeros años de su vida sufren una

considerable alteración de su funcionamiento sensoriomotor, lo que puede producir su total inmovilidad.

Cuando se les somete a un tratamiento o a un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constante pueden desarrollarse con alentadores resultados. Requieren para lograrlo anterior, de una supervisión y relación individualizada. Algunos pueden llegar a realizar tareas simples bajo una adecuada supervisión. (DSM-IV, 1995)

En el espacio institucional el cuidado y rehabilitación de este tipo de pacientes en muchas ocasiones resulta tedioso y desalentador ya que en general no se entiende bien la condición del retraso mental, existe poca información e incluso falta de preparación del personal encargado. (cita Carr,etc)

Idealmente la institución se encarga de hacer las veces de familia sustituta por lo que en ella se ofrece todo lo que la familia de origen del paciente debería proporcionarle.

Para lograr lo anterior, se requiere de los servicios de personas especializadas como médicos, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, enfermeras, cocineros, carpinteros, vigilantes, entre otros.

Además se requiere de varios turnos para atender a los internos y así brindarles un ambiente digno y adecuado para su existencia y rehabilitación. Todo lo anterior, requiere de una organización y administración con objetivos claros y bien orientados para atender a los pacientes con retraso mental, lamentablemente muchas de las instituciones dedicadas a este propósito no cumplen con los requisitos mencionados.

Capítulo II: EL MALTRATO INFANTIL: EL CASO COLOMBIANO

En Colombia como en diferentes países del mundo el tema del maltrato a la niñez ha cobrado mayor importancia, es en los últimos 30 años que se reconoce como un grave problema de salud pública, que afecta a grandes núcleos de población y se considera como una de las principales causas de la generación y perpetuación de la violencia cotidiana. (Cuadros, I. 1994)

Este problema, que se ha presentado a través de los tiempos, hace evidente la dificultad del ser humano para relacionarse con otros seres humanos, en otras palabras, muestra la complejidad de las relaciones humanas.

Esta violencia comienza en el núcleo principal de la sociedad, la familia y se extiende al ámbito extrafamiliar (instituciones como la escuela, los medios de comunicación, los servicios hospitalarios, etc.), tal vez de una manera más sutil, pero igualmente adversa para quien es víctima de ella. (Martínez Roig, 1995)

En el caso de Colombia fue a partir de la década de los años ochenta que diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales se dieron a la tarea de conocer con mayor orden y precisión como se presentaba este fenómeno en el país.

El estudio y registro de los casos de maltrato infantil ha resultado muy lento y en algunos ocasiones complicado para las instituciones colombianas, ya que depende en la mayoría de los casos de su denuncia. En este sentido, no se ha logrado que la denuncia sea una práctica común para la población, (Documento PAFI), y en ocasiones resulta tan complicada y llena de requisitos la denuncia que quien tiene pretensiones de realizarla desiste.

Por otra parte, los investigadores colombianos también han encontrado que en muchos casos el maltrato infantil está asociado a prácticas de crianza que culturalmente se mantienen de generación en generación y que están ligadas con el autoritarismo, la fuerza y la violencia. (Cuadros, I. 1994; Mejía de Camargo, Sonia, 1994)

Con la finalidad de darle contexto a la investigación, se consideró necesario presentar datos que manejan diferentes instituciones colombianas, lo que permite conocer como se presenta este fenómeno en el país.

A continuación se hace referencia a los datos que han arrojado diversas investigaciones:

En uno de los primeros estudios sobre maltrato infantil realizado por el Hospital de la Misericordia, de la ciudad de Santa Fe de Bogotá, en 1981, se registraron los siguientes datos: que de cada cinco niños registrados en el lapso de una semana tres fue por maltrato infantil. Se encontró que de estos casos, la primera clase de maltrato en orden de importancia la constituyeron: traumatismos varios como fracturas y hematomas. La segunda causa la constituyó, el abandono por exposición.

De los casos registrados en la primera, el 4% de las personas registrada murió, el 11% presentó invalidez, el 29% daño cerebral y el 56% sufrió dolor transitorio a causa del maltrato. Todos los niños de esta investigación sufrieron daño psicológico.

En otra investigación realizada por PROFAMILIA en 1990, se realizó una encuesta a 500 padres de familia en la que se muestra que el 36% de los padres golpean a sus hijos, el 21% de los hijos golpeados son hijos de mujeres golpeadas y generalmente los padres maltratadores son adultos, de bajo nivel educativo y con varios hijos.

En esta misma encuesta al cruzar las diferentes formas de maltrato con los estratos socioeconómicos⁵, se encontró que la violencia física es común en los estratos bajos, mientras otros tipos de violencia más sutil, se presentan con mayor incidencia en los estratos altos, se resalta en el análisis estadístico que la proporción de maltrato es mayor en el estrato 3, aunque en términos absolutos se presentan más casos de los estratos uno y dos.

El Dane (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) reportó en 1991, en el lapso de 10 años, 25037 menores muertos; de estos, 5784 lo fueron por maltrato, hubo 2830 homicidios de niños, 1240 muertes por accidente de tránsito, caídas, por quemaduras de fuego y materiales explosivos.

⁵ En Colombia existe una estratificación para clasificar el nivel socioeconómico de las familias, el estrato 6 corresponde al nivel más alto, el 5 medio-alto, el 4 medio-medio, 3 medio-bajo, 2 bajo, 1 bajo-bajo.

En la encuesta sobre Pobreza y Calidad de Vida realizada en 1991, por la Defensoría del Pueblo, (entidad dependiente del Gobierno de Colombia), se obtuvieron datos sobre maltrato infantil a través de dos preguntas principalmente; una que hacía referencia a los problemas entre los padres del jefe de hogar, la segunda relacionada con los patrones de crianza.

Así el 11.6% de jefes de familia afirmaron que en su hogar sus padres se agredían físicamente, el 27.7% reportó agresión verbal entre sus padres. El 65% de jefes de hogar fue castigado con regaños y llamados de atención, el 17% con sanciones morales, el 51.7% recibió golpes con correa, el 24% fue golpeado con la mano, y el 14% recibió golpes con otros objetos. En general los hombres fueron más castigados que las mujeres.

De estos jefes de hogar se encontró que el 59% acostumbraban castigar a sus hijos con regaños o llamadas de atención, el 15% los castigan con sanciones morales, el 13.9% de los padres golpea a sus hijos con correa, el 1.07% lo hace con cables o palos y el 0.6% los golpea con los pies. Se encontró que el 27% de los Jefes de Hogar que fueron maltratados en su familia, actualmente maltratan a sus hijos.

En otras ciudades de Colombia también se han realizado investigaciones como la que realizó el Hospital Universitario del Valle, de la ciudad de Cali, Colombia, (1992), en el que se encontró que más del 5% de la consulta pediátrica de urgencias es por maltrato, este dato coincide con el que presentó el Hospital de la Misericordia el cual se citó anteriormente.

En los datos que presentó el Instituto Colombiano de Medicina Legal al Programa de Atención a la Infancia (Programa de la Presidencia de la República de Colombia), relacionados con maltrato infantil, entre enero y octubre de 1992, en la ciudad de Bogotá fueron atendidos 4715 menores de 18 años por lesiones físicas, de enero a mayo de 1993 (en la misma ciudad) habían sido atendidos 2734 casos, presentándose una mayor incidencia de las mismas en los hombres.

Durante los mismos meses de 1992 en esa institución se atendieron 1295 consultas de menores de 18 años por abuso o acceso sexual, de enero a mayo de 1993 se habían atendido por esta misma razón 743 menores. La incidencia en este caso fue mayor para las mujeres que para los hombres.

Otro dato importante que presentó esta institución fue que entre enero y diciembre de 1992 se realizaron 1332 necropsias en menores de 18 años, de enero a junio de 1993 se habían realizado 734, de este total de casos 493 fueron hombres y 241 mujeres. Las causas de las muertes fueron diversas, sin embargo se puede observar que socialmente se maltrata a los menores de diversas maneras que incluyen la muerte.

En otras ciudades de Colombia también se han realizado investigaciones como la que realizó el Hospital Universitario del Valle, de la ciudad de Cali, Colombia, (1992), en el que se encontró que más del 5% de la consulta pediátrica de urgencias es por maltrato, este dato coincide con el que presentó el Hospital de la Misericordia el cual se citó anteriormente.

En la Encuesta de Niños y Jóvenes en Alto Riesgo en Bogotá, que realizó el Departamento Nacional de Planeación (dependencia de la Presidencia de la República de Colombia), en el año de 1993, se analizó el maltrato infantil teniendo en cuenta tres indicadores: la frecuencia con que ocurre, el lugar del cuerpo donde ocurre y el método utilizado.

De acuerdo a las respuestas y al cruce de las mismas se puede deducir que los golpes de correa y cuerda son los más comunes, que los hombres son más castigados físicamente que las mujeres. Es importante resaltar que el 77.62% de los menores de los estratos 1 y 2 de Bogotá, al ser interrogados sobre si pensaban que los castigos recibidos eran justos o no, contestaron que sus padres o mayores habían tenido razón en castigarlos por lo menos alguna vez.

En un estudio realizado recientemente (1994) por el Ministerio de Salud Colombiano, sobre Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, se muestra que en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, existe una prevalencia del Maltrato Infantil del 150 por mil con aproximadamente: 100 casos de maltrato verbal, 40 casos de maltrato físico y 8 casos de maltrato sexual, reconocidos como tal por las víctimas.

Como puede observarse de acuerdo a los datos presentados el maltrato infantil es una práctica común en algunas familias colombianas, por otra parte. los menores consideran que ser castigado es algo justo.

Lo anterior podría considerarse como la confirmación de que el maltrato es utilizado como una herramienta socializadora, el golpe y el insulto resultan útiles para que el menor actúe como el adulto desea. (Plan Nacional para la prevención del Maltrato Infantil y la Protección del Menor Maltratado, 1994, pag.9)

II.1 ACCIONES ORIENTADAS A PREVENIR EL MALTRATO EN COLOMBIA.

En relación con las acciones orientadas a prevenir el maltrato infantil en Colombia, diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales se han dado a la tarea de generar diferentes propuestas que ayuden a contrarrestar los casos que cada vez son más abundantes.

Una de las primeras instituciones que comenzó a percatarse de la existencia de casos de maltrato infantil en Colombia fue el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.), organización que depende del Ministerio de Salud Colombiano y fue creado en el año de 1968 con la finalidad de velar por el bienestar de las familias colombianas en general y de los menores de edad en particular.

Relacionado con el maltrato infantil, el I.C.B.F. se ha encargado de generar mecanismos que protejan a los menores de edad, los cuales pueden llegar hasta la separación de la víctima del núcleo familiar si después de una larga investigación, (que involucra a otras instancias gubernamentales) se llega a la conclusión de que la integridad física y moral del menor esta en peligro.

En el mejor de los casos si en el dictamen de la investigación puede demostrarse lo anterior el niño quedará a cargo de la institución y se castigará a la persona que lo maltrato. Lamentablemente en la mayoría de los casos el proceso legal y la investigación son tan largos que quien hizo la denuncia desiste y el maltrato queda en la impunidad.

Otra instancia que se creó en el año de 1990, fue el Comité Interinstitucional para la Defensa, Protección y Promoción de los Derechos Humanos de la Infancia y la Juventud, con la finalidad de generar programas y proyectos tendientes a prevenir, proteger y dar difusión de situaciones que violan los derechos del niño. Este organismo lo integraron organismos gubernamentales como; el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el I.C.B.F, la Procuraduría del Menor y la Familia, entre otras, además de los organismos no gubernamentales como: Defensa del Niño Internacional (D.N.I.), la Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado (Asociación Afecto) y Save the Children.

El siguiente año se creó la Defensoría del Pueblo organismo orientado a defender los intereses de los grupos más desfavorecidos de la sociedad que en sus objetivos incluye la defensa de los menores de edad víctimas del maltrato infantil.

También la Procuraduría del Menor y la familia, dependencia de la Procuraduría General de la República Colombiana ha enfocado esfuerzos para desarrollar proyectos de ley relacionados con el problema del maltrato infantil y participa junto con otras instituciones en diferentes proyectos que contribuyen a prevenir el maltrato.

Otra de las instituciones involucradas es el Instituto de Medicina Legal que se dedica a realizar los exámenes médico y dictamina las lesiones generadas por los distintos tipos de maltrato de que son víctimas los menores.

En 1991 la Presidencia de la República de Colombia crea la Consejería de Derechos Humanos que también se propone defender a los menores que se encuentran en situaciones de maltrato infantil, así como generar compromisos entre las diferentes instituciones que abordan esta problemática para desarrollar propuestas de intervención, prevención y tratamiento.

A la par del trabajo que desarrollan estas instituciones, Colombia ha participado con organismos internacionales en la generación de proyectos que apoyen la erradicación de casos de maltrato infantil, por ejemplo: en la firma de la Declaración Mundial para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo de la Infancia, y la formulación del correspondiente Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, organizada por la UNICEF.

En 1991, participó en la consagración de la Constitución Nacional de los Derechos de los niños, también organizada por la UNICEF.

Otro proyecto dirigido a proteger los derechos del niño fue el Código del Menor, promulgado en 1989 y elaborado por una Comisión integrada por diversas instancias gubernamentales. De estas iniciativas es importante resaltar la que se refiere al Código del Menor ya que constituye el marco legal en el cual se basa la protección a los menores.

Considerando que en el presente estudio se está investigando la situación en la que están viviendo un grupo de menores retrasados mentales, resulta importante revisar lo que plantea dicho Código en lo referente a la protección de los menores con alguna deficiencia.

En el Código se encuentra el apartado, "Menores en situación irregular" y dentro de éste en el artículo 30 se expone que un menor se halla en situación irregular cuando: se encuentre en situación de abandono o de peligro; carezca de la atención suficiente para la satisfacción de sus necesidades básicas; carezca de representante legal; presente deficiencia física, sensorial o mental.

En esta clasificación también se incluye a los menores infractores, abandonados, trabajadores, maltratados y adictos a sustancias que produzcan dependencia.

Respecto a lo que se refiere particularmente al menor con deficiencia física, sensorial o mental el Código dedica el título séptimo en el que se expone lo siguiente:

En el artículo 222, se menciona que se entenderá por menor deficiente aquel que presenta limitación temporal o definitiva de su capacidad física, sensorial o mental lo que dificulte o imposibilite la realización autónoma de las actividades cotidianas y su integración al medio social.

El Código menciona en el art. 223 que la atención a los menores con deficiencia compete principalmente a la familia y complementaria y subsidiariamente al Estado en los términos dictados en este mismo. Por lo tanto el menor tiene derecho a recibir educación especializada, la capacitación laboral que corresponda y las demás actividades de rehabilitación requeridas.

Relacionado con la protección y rehabilitación de los menores con deficiencias se mencionan dos aspectos muy importantes, el primero en el que se estipula que el Estado vigilará el cumplimiento, por parte de la familia de las obligaciones que le corresponden en orden a lograr la rehabilitación del menor, respetando su dignidad humana.

En el segundo el Estado se compromete a propiciar, con la participación de los Ministerios de Educación, Salud y otros organismos competentes, programas dirigidos tanto a la prevención de la deficiencia, mediante campañas educativas y profilácticas, como a la rehabilitación de los deficientes, además promocionando la educación especial, la integración a la educación regular, la creación de talleres para su capacitación y la recreación.

La clasificación de los deficientes aparece en el art. 225 como severos, moderados y leves según el grado de deficiencia y en el se menciona que la clasificación para las medidas de protección la deberá realizar el *Comité Nacional del Menor Deficiente del cual se hablará mas adelante.*

Se menciona también en el art. 226 que son el Ministerio de Salud, el de Educación y el Instituto de Bienestar Familiar quienes coordinarán las acciones encaminadas a la protección del menor deficiente. Se hace la aclaración que asumirán esta tarea en el momento que las personas de las cuales depende el menor lo maltraten, encierren o se opongan a que el menor reciba atención. En el art. 227 se aclara que toda edificación pública o privada construida a partir de la vigencia de este Código, estará dotada de facilidades de acceso y

tránsito para menores con deficiencias físicas, ya que de lo contrario se negará la licencia de construcción.

Respecto al Comité que se mencionó anteriormente este se creó con el objeto de orientar y promover las acciones de prevención y rehabilitación del menor que presenta deficiencias física, sensorial o mental, mismo que se encuentra adscrito al Ministerio de Salud.

En términos generales estos son los puntos mas importantes que se refieren a la protección de los menores con deficiencias y que sirven como marco general para cualquier programa o institución que se dedique a su cuidado y rehabilitación.

CAPITULO III. ASPECTOS METODOLOGICOS

En el presente capítulo se explicará cuáles son los aspectos metodológicos que fueron la guía para realizar la presente investigación.

III.1. EL PLANTEAMIENTO DEL MODELO INTEGRADOR.

La presente investigación se articuló utilizando como guía el planteamiento metodológico del modelo integrador de factores causales de maltrato infantil, desarrollado en la Universidad Vasca por De Paul y sus colaboradores.

Este grupo de investigadores revisaron diferentes modelos desde los cuales se ha estudiado el maltrato infantil y llegaron a la conclusión de que la mayoría de estos solo analizaban una parte del problema y dejaban de lado otros factores que intervienen para que se presente un evento de maltrato. Después de esta exhaustiva búsqueda revisaron el planteamiento de J. Belsky (1980), cuyo planteamiento se basa en reconocer que la realidad familiar, la realidad social y la económica y la cultura quedan organizadas como un TODO articulado y como un SISTEMA compuesto por diferentes SUBSISTEMAS que se articulan entre sí de manera dinámica.

En este sentido el planteamiento del modelo interactivo considera que en un evento de maltrato se presentan diferentes factores entre los que se destacan: factores ambientales, factores relacionados con las características de quien cuida al niño y factores relacionados con la personalidad del niño.

Desde esta perspectiva se concibe el maltrato infantil como la expresión de una disfunción en el SISTEMA PADRES-NIÑO-AMBIENTE. Ahora bien en el estudio que aquí presentamos se esta analizando el maltrato infantil en una institución partiendo de la pregunta respecto a cómo se presenta el fenómeno en una situación en la que el niño se encuentra institucionalizado y si se podía estudiar siguiendo un modelo similar al que se utilizó en la investigación descrita anteriormente.

III.2. DEFINICION DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA INVESTIGACION.

Analizando la situación de los niños retrasados mentales que se encuentran viviendo en la institución, se consideró que si bien la situación no es idéntica que la de un niño en el seno

de una familia, su relación con la institución es similar a la que tendría con quienes lo cuidan, ya que la institución hace las veces de la familia, padres o tutores de estos niños.

Es el lugar en donde viven y se rehabilitan y en ese lugar se presentan una cantidad de eventos similares a los que se presentan en una familia, obviamente guardando las proporciones.

Por lo tanto, otra pregunta de la cual se partió en esta investigación esta relacionada con descubrir si en la situación de institucionalización se presenta una disfunción en el SISTEMA INSTITUCION-NIÑO-AMBIENTE.

Entonces ¿cuáles serían los factores de riesgo a considerar para estudiar el fenómeno de maltrato infantil en una institución que atiende a niños con retraso mental?. En primer lugar, se detectó la necesidad de conocer cuales son las características de la institución, del servicio que presta y los recursos con los que cuenta para dar este servicio.

Otro factor fundamental lo constituyen, las características de los niños que atiende la institución y por último los factores ambientales expresados en la opinión que existe alrededor de la existencia de este tipo de instituciones, la aceptación o no de la enfermedad y lo cultural relacionado con el retraso mental.

III.3. ETAPAS DE LA INVESTIGACION.

A continuación se explicaran cuáles fueron las etapas que se definieron para el desarrollo de la presente investigación.

III.3.1. DESCRIPCION DE LA INSTITUCION Y DEL SERVICIO QUE PRESTA.

En una primera etapa, se recogió la información necesaria para describir las características de la Beneficencia de Cundinamarca como institución rectora y en particular la casa asistencial “La Colonia”.

Para abordar la descripción de la institución y el servicio presta se definieron dos momentos principales, en el primero se realizó una revisión de los planteamientos filosóficos, administrativos y organizativos con que cuenta la institución, lo que permitió contar con una radiografía de cómo esta constituida la Beneficencia para prestar el servicio de atención a los retrasados mentales y bajo que conceptos y objetivos se guían los

proyectos y programas orientados a la rehabilitación de este tipo de pacientes. Esta revisión se llevó a cabo en las oficinas generales de la Beneficencia de Cundinamarca y en la casa asistencial “La Colonia”.

El segundo momento lo constituyó la realización de entrevistas a personal administrativo, profesional y de servicios generales, relacionados con la atención de los niños retrasados mentales de la casa sistencial “La Colonia”. Cabe aclarar que en esta etapa de la investigación, no se pretendió hacer una evaluación exhaustiva del funcionamiento de la institución, simplemente se consideró la congruencia general entre los objetivos que plantea y el servicio que presta. Una evaluación desde una perspectiva más administrativa u organizacional, hubiera desviado el motivo principal de esta investigación.

III.3.2. DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS RETRASADOS MENTALES.

En una segunda etapa de la investigación, se abordó la descripción de las características de los niños retrasados mentales ubicados en el Pabellón Pediátrico de la casa asistencial “La Colonia”, con la finalidad de comprobar si esas características representan un factor de riesgo de maltrato infantil. De acuerdo a lo que mencionan las investigaciones realizadas por la Asociación Americana de Retraso Mental y el DSM-IV, el diagnóstico de retraso mental constituye un factor de riesgo de maltrato en si mismo, principalmente, en aquellos pacientes que se encuentran reclusos en instituciones.

En la mayor parte de la literatura sobre el tema de maltrato infantil, se hace referencia a la desventaja o vulnerabilidad en la que se encuentran los niños con enfermedades crónicas o deficiencias, ya que demandan de sus familias y las instituciones en general, una mayor atención en cuanto a lo emocional, físico, económico y social. En la mayoría de casos de niños discapacitados física o intelectualmente , su cuidado genera en quien les brinda atención un alto grado de estrés, que puede producirse por un sinnúmero de causas, como por ejemplo: la falta de información acerca de la enfermedad, el desconocimiento de como atenderlos, la ignorancia de sus potencialidades de desarrollo, etc.

Lo anterior hace que este tipo de personas sea una población que se encuentran en constante riesgo de sufrir agresiones, lesiones físicas y/o abandono (con intencionalidad o sin ella), por parte de los padres, los profesores, el personal de instituciones de salud y otros agentes que tienen que ver con su cuidado y rehabilitación. Considerando todo lo anterior, se revisaron las historias clínicas de cada uno de los pacientes localizados en el Pabellón Pediátrico “Niño Jesús”, ubicado en la casa asistencial “La Colonia”, dicha información permitió contar con un acercamiento de las características de los pacientes que atiende la institución.

III.3.3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CULTURALES RELACIONADOS CON LA CONCEPCIÓN DE RETRASO MENTAL Y MALTRATO INFANTIL.

En la tercera etapa se abordaron factores culturales que influyen para que se presente o no un evento de maltrato infantil. En este aspecto la información requerida se recogió a través de la opinión que fueron brindando las diferentes personas entrevistadas en relación con el retraso mental, la formación que tiene en torno a la enfermedad y la tolerancia con la que se relacionan con los niños.

En cuanto a la cultura que existe al interior de la institución en relación al retraso mental, la información necesaria se extrajo de los planteamientos en los objetivos, planes, proyectos y programas para la atención a este tipo de pacientes.

III.3.4. ANÁLISIS DE LA CONFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL

En esta cuarta etapa, se confrontó la información obtenida en las tres etapas anteriores para descubrir si la confluencia de las características institucionales aunadas a las características de los niños con retraso mental y las características del ambiente producen o algún tipo de maltrato contra el grupo de niños ubicados en el Pabellón Pediátrico de la casa asistencial “La Colonia”.

III. 4. INSTRUMENTOS .

III.4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN.

Para recoger la información relacionada con las características de la institución se utilizaron los siguientes instrumentos (ver anexo instrumentos):

a) Guías para la revisión de archivos

Las guías de revisión de los archivos se utilizaron para captar información de orden organizacional y administrativo como son: los antecedentes históricos de la institución, los

planteamientos generales (misión, filosofía, políticas), los objetivos, los planes y programas.

Esta primera parte se realizó en el lapso de tres meses aproximadamente y se llevo a cabo en diferentes entidades como: la Secretaria de Salud de la Gobernación de Cundinamarca, las oficinas centrales de la Beneficencia de Cundinamarca, los archivos generales de la Casa Asistencial La Colonia y los archivos del Pabellón Pediátrico del “Niño Jesús”, en la misma casa.

b) Entrevistas a funcionarios, profesionales y personal de servicios generales.

Las entrevistas se utilizaron con la finalidad de captar información relacionada con las características de los recursos humanos, físicos, financieros y presupuestales con los que cuenta la institución para prestar el servicio.

En primer lugar, se realizaron las entrevistas con los funcionarios de las oficinas centrales de la Beneficencia de Cundinamarca, lo que *permitió enriquecer la información* que se obtuvo a través de los archivos de la institución.

En segundo lugar se realizaron entrevistas en la casa asistencial “La Colonia”, con el personal administrativo, el personal profesional y el personal de servicios generales, contar con esta información permitió conocer las características de las personas que se encargan del cuidado y rehabilitación de manera directa.

El levantamiento de las entrevista con funcionarios se llevó a cabo en el lapso aproximado de un mes y medio. La última parte de la aplicación de las entrevistas se llevó a cabo en el transcurso de dos meses.

Las entrevistas se realizaron en las oficinas centrales de la Beneficencia de Cundinamarca, con funcionarios de diferentes áreas y en la casa asistencial La Colonia, con los funcionarios en general y con el personal que trabaja directamente en el Pabellón Pediátrico: profesionales, técnicos y personal de servicios generales.

c) Guías de observación y diario de campo

Las guías de observación y el diario de campo que se utilizaron para recoger información sobre el desarrollo cotidiano de actividades y eventos al interior de la casa asistencial “La Colonia”.

Se levantó información relacionada con aspectos del funcionamiento cotidiano de la atención que brinda el Pabellón Pediátrico, de las instalaciones de la casa, (Pabellón Pediátrico, cocina, almacenes de comida, lavandería y otras instalaciones relacionadas con la rehabilitación de los niños).

Cabe mencionar que además de la información que se tenía planeado levantar en “La Colonia”, se pudo obtener información con carácter de informal brindada por varios de los trabajadores, acerca de diferentes aspectos del funcionamiento de la Colonia.

Esta información a pesar de su carácter de informalidad, se incluyó en la presentación de los resultados debido a que constituye una fuente importante para valorar los factores de riesgo de maltrato en la institución. La aplicación de los instrumentos permitió contar con la información necesaria para observar a la institución como un sistema en el cual confluyen diversos tipos de factores.

III.4.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS RETRASADOS MENTALES

Para recoger la información relacionada con las características de los niños ubicados en el Pabellón Pediátrico de la casa asistencial “La Colonia”, se utilizó una guía para la revisión de las historias clínicas de los mismos (Ver anexo instrumentos).

CAPITULO IV: CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación. Para su presentación se dividieron en dos partes, en la primera está contenida la información que se recopiló mediante la revisión de los archivos de las oficinas centrales de la Beneficencia de Cundinamarca y en las oficinas administrativas de la casa asistencial “La Colonia”.

En la segunda parte, el lector encontrará los resultados obtenidos mediante la aplicación de las entrevistas dirigidas a diferentes funcionarios de la institución a nivel central, funcionarios de la casa asistencial, así como el personal que atiende y rehabilita directamente a los niños retrasados mentales ubicados en el Pabellón Pediátrico de “La Colonia”.

IV.1. CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION. ANTECEDENTES Y ASPECTOS NORMATIVOS.

La revisión de los archivos de la Beneficencia de Cundinamarca, permitió conocer diferentes aspectos relacionados con la constitución de la institución, el desarrollo de su historia, la filosofía de atención y rehabilitación que sustenta y las estrategias operativas que utiliza para brindar cuidados y rehabilitación a la población objetivo de atención.

Como consta en los archivos consultados , el 15 de Agosto de 1869, la Asamblea Legislativa del Estado Libre y Soberano de Cundinamarca dictó la Ley Constitutiva de la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca.

Fue a partir de la creación de esta institución que todo establecimiento dedicado a la asistencia y la caridad, quedó bajo la jurisdicción de la Junta de la Beneficencia. A partir del año 1937, se creó un sistema central de administración en el que se estableció la Sindicatura General, encargada de desarrollar actividades de asistencia, con el fin de dar unidad a las obras realizadas por la institución Varias décadas después la Beneficencia de Cundinamarca se convirtió en un establecimiento público del orden departamental, con personería jurídica, autonomía administrativa, financiera y patrimonio independiente sometido a la tutela gubernamental prevista en la ley, y según Decreto No. 1357 del 26 de abril de 1974.

Esta institución se creó como una necesidad de atender la gran demanda de asistencia social que existía y aún existe en la ciudad de Santa Fe de Bogotá. Hasta la fecha se encuentra bajo la jurisdicción de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, que a su vez se rige por la estructura y propuestas programáticas del Ministerio de Salud Colombiano.

IV.1.1. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA DE LA BENEFICENCIA.

La Beneficencia de Cundinamarca cuenta con una estructura organizacional (ver Gráfico 1) que incluye una Junta General integrada por el Gobernador de Cundinamarca, un Delegado del Presidente de la República, el Ministro de Salud o su delegado, el Secretario de Salud Pública de Cundinamarca, un delegado de la Curia Prima de Santa Fe de Bogotá y cuatro representantes de la Asamblea de Cundinamarca con sus respectivos suplentes.

Considerando la línea jerárquica dentro del organigrama de la institución, le sigue en orden de importancia la Sindicatura Gerencia, dependencia que representa legalmente a la entidad, es responsable de presentar los planes, programas, proyectos, para posteriormente ponerlos en práctica, organizando, dirigiendo y controlando la prestación de servicios. Todo lo anterior adaptando las políticas que dicta el Ministerio de Salud para el funcionamiento de instituciones dedicadas a dar atención a poblaciones desprotegidas.

De la Sindicatura Gerencia depende la Secretaría General, que desarrolla el trabajo profesional de coordinación, supervisión y control de las actividades que realiza la Gerencia.

De estas tres instancias dependen cinco Subgerencias, cuatro de las cuales realizan un trabajo exclusivamente administrativo y la Subgerencia Asistencial, la cual se creó bajo el acto de resolución 009 del 7 de Noviembre de 1983, correspondiente a la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

La Subgerencia Asistencial es el área de la Beneficencia dedicada principalmente a brindar atención integral a los asistidos por medio de programas de atención que desarrolla bajo la dirección de tres dependencias que son:

- La División de Asistencia Mental que desarrolla proyectos orientados a promover la salud mental, mediante la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales.
- La División para la Protección de la Niñez y la Juventud, en la que se desarrollan proyectos encaminados a dar atención a niños y jóvenes de bajos recursos y que han sido abandonados.
- La División de Bienestar del Anciano, en donde se brinda atención a ancianos sin familia o indigentes.

Para llevar a cabo la labor de estas tres Divisiones, la institución cuenta con 16 casas asistenciales, en las que se brinda alojamiento a enfermos mentales, niños, jóvenes y ancianos que así lo requieran.

En las casas se ofrece atención dentro del marco de la seguridad social del Estado y uno de sus principales fundamentos es el de solidaridad .

Los beneficios de asistencia social se dirigen a la población que por su situación socioeconómica carece de recursos y se encuentra en condiciones críticas de salud, marginalidad biológica y social, aislamiento cultural, funcional y educativo.

Respecto a la misión de la Beneficencia de Cundinamarca, consta en los documentos consultados que es la de prestar asistencia social a tres sectores desprotegidos de la sociedad, la niñez que se encuentre en situación de orfandad, de abandono total, parcial o en peligro social, personas de la tercera edad y disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos.

IV.1.2. OBJETIVOS DE LA BENEFICENCIA.

En cuanto a los objetivos que tiene la institución, de acuerdo a la información que se encontró en los archivos generales, son los siguientes:

- Prestar el servicio de asistencia social a personas que están incapacitadas para subsistir por sus propios medios, personas que se encuentren en peligro moral o social, como huérfanos o personas abandonadas total o parcialmente.

- Apoyar a Entidades de Beneficencia, o a casas asistenciales que presten servicios a los desvalidos cuando lo estime conveniente, todo lo cual se hará con arreglo a la Constitución, a las leyes, decretos y ordenanzas.
- Administrar los bienes que a título oneroso o gratuito posea o llegue a poseer, las fundaciones y los legados que por voluntad de los donantes hayan sido entregados a la Beneficencia, respetando en todo caso, lo pactado en el respectivo contrato, la voluntad testamentaria y lo que determinen la Constitución y las Leyes.
- Coordinar sus actividades y funciones con los organismos Nacionales, Departamentales, Municipales y con el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá.

IV.1.3. POLITICAS ASISTENCIALES

En lo referente a las políticas asistenciales que rigen a la Institución y a cada una de sus dependencias, se encontró que se orientan a ofrecer el bienestar social a la población que atienden a través de los programas de atención desarrollados en cada una de las Divisiones que conforman la Subgerencia Asistencial. Estas son:

- Desarrollar los servicios de asistencia pública comunitarios a través de programas con la familia como grupo social y comunidades vecinales, realizando acciones educativas a nivel preventivo en aspectos de salud mental, atención al menor y a los ancianos.
- Facilitar el crecimiento y desarrollo integral de los usuarios y lograr su reinserción social laboral, procurando el mejoramiento de la calidad de vida de los asistidos, para transformarlos en personas productivas socialmente.
- Orientar la utilización del tiempo libre y combatir el paternalismo para lograr la productividad de los usuarios en su propio beneficio.
- Lograr la participación de organizaciones sociales y estatales para que interactúen en los programas de bienestar social, realizando convenios que permitan establecer formas activas y productivas, como talleres protegidos, microempresas, grupos solidarios, que sin perder el objetivo terapéutico, permitan a los usuarios solventar sus necesidades primarias.

- Establecer como norma de trabajo en las Instituciones y forma de educación a la comunidad el respeto por los derechos de los beneficiarios de los programas.
- Enfatizar en el manejo ambulatorio del enfermo mental con el objeto de reducir la hospitalización, la pasividad familiar y el deterioro psicoafectivo del paciente.
- Propiciar la vinculación de la familia al proceso de atención de los pacientes, por medio de Programas dirigidos a los padres, de los internos.

IV.1.4. PROCESOS DE PLANEACION Y EVALUACION.

El proceso de Planeación de la Institución lo lleva a cabo una de las oficinas asesoras que dependen de la Sindicatura Gerencia y sus planteamientos abarcan a todas las dependencias encargadas de la operación de los Programas y Proyectos.

Es la unidad asesora de las actividades de dirección, investigación, diagnóstico institucional y la que formula las pautas generales para el desarrollo de planes, programas y proyectos a corto, mediano y largo plazo.

Lo anterior, se cristaliza en cada una de las áreas encargadas de atender a la población objetivo de la institución, se elaboran formalmente las propuestas de operación y se fijan las metas a corto mediano y largo plazo. Anualmente, cada área presenta su propuesta a la oficina de planeación en donde se evalúa y se toma la decisión para que esta se lleve a cabo.

El proceso de control y evaluación de la institución lo lleva a cabo la oficina asesora de control interno. Esta oficina es la encargada de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de todas las actividades que realizan las áreas encargadas de la operación de los proyectos y programas de atención.

Para llevar a cabo este proceso, cada área presenta un informe anual y se realiza una reunión de evaluación en donde se verifica que los objetivos se hayan alcanzado, bajo las normas que establece la oficina de control interno.

IV. 1.5. RECURSOS HUMANOS, SELECCION, INDUCCION, CAPACITACION Y CONTRATACION

En este apartado cabe la aclaración de que el proceso de selección, el de inducción y la contratación son responsabilidad de la Oficina de Recursos Humanos, dependiente de la Subgerencia Administrativa a nivel central. Esta oficina recibe las solicitudes de personal de cada una de las áreas y dependencias de la institución, y después de haber seleccionado, inducido y contratado a los aspirantes los canaliza de acuerdo con su perfil al área que los requiere

En el aspecto relacionado con la capacitación es responsabilidad de cada una de las dependencias de la institución y se orienta de acuerdo a las necesidades de la misma.

El tema relacionado con los recursos humanos de la institución se consideró como importante para la investigación, debido a que son las personas que tiene contacto cotidiano y directo con los niños. Revisar los aspectos relacionados con el personal, permite conocer los requisitos que se exigen para contratar a una persona y así detectar la calidad de los recursos que se harán cargo de la población que atiende la Beneficencia.

A continuación se describe como se desarrolla el proceso para que una persona sea contratada por el área de Recursos Humanos:

a) Selección y reclutamiento de personal:

Para realizar la selección y reclutamiento de personal de la Beneficencia de Cundinamarca, la oficina de Recursos Humanos requiere la solicitud de las diferentes áreas administrativas de las Subgerencias y Divisiones. Con base en estas necesidades se elabora una convocatoria que abre concurso para los cargos requeridos en cada área.

La convocatoria se elabora de acuerdo con los requisitos que exigen las leyes sobre reclutamiento y contratación de personal. Se publica al interior de la institución, ya que el personal vinculado a la institución tiene derecho a concursar en primera instancia por el cargo, también se públicas en los principales diarios de mayor circulación en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, para que aspirantes externos a la institución concursen.

En la convocatoria se solicita a los aspirantes al cargo que presenten la siguiente documentación:

- Hoja de Vida
- Documentos que avalen la escolaridad del solicitante
- Documentos legales-judiciales
- Documentos de identificación

Cuando los candidatos han presentado los anteriores requisitos se seleccionan las hojas de vida consideradas como las más idóneas para el cargo, y posteriormente los candidatos se presentan para realizar:

- Examen de conocimientos específicos
- Examen psicológico (dependiendo del cargo al que aspiran)

Con los resultados positivos de ambos pasos, el Departamento de Recursos Humanos de la Beneficencia, envía a los candidatos a entrevista con el Director o Auxiliar del Director del área correspondiente. Según se informó cada una de las áreas tiene establecidos una serie de criterios de selección acordes con las necesidades y el tipo de actividades que en esta se realizan.

En el caso de la Dirección de Asistencia Mental, que es la que interesa para los fines de la presente investigación, se pone énfasis en los siguientes aspectos:

- La entrevista con el candidato, en la que se trata de establecer, su calidad humana, la experiencia en el campo de la salud mental, la sensibilidad hacia la enfermedad mental, la concepción sobre Retraso Mental y el grado de responsabilidad y compromiso.
- La Hoja de Vida considerando particularmente los estudios realizados.

b) Contratación del aspirante.

Cuando el candidato para ocupar un cargo cuenta con: los documentos requeridos, la aprobación de los exámenes requeridos, el visto bueno del jefe inmediato y del director del área que lo solicitó, el área interesada elabora un informe con la documentación anexa y se presenta a la Gerencia General. En esta área se toma la decisión definitiva para la contratación del solicitante.

c) Régimen de Contratación.

Hasta finales de 1994, la mayoría de las contrataciones se realizaban por tiempo indefinido para todos los cargos existentes en las diferentes áreas de la Beneficencia.

Desde principios de 1995, la Beneficencia realiza contratos laborales por periodos cortos y definidos, los cuales se conocen como cargos supernumerarios. Este tipo de contrato puede suprimirse en cualquier momento de acuerdo a las exigencias del área en la cual esta prestando sus servicios. Solo en el caso del personal de servicios generales los contratos se realizan en varios casos por tiempo indefinido.

d) Inducción y capacitación: Desde 1995 existe un proceso formal de inducción dirigido a todo el personal de nuevo ingreso y en este se realiza:

Una reunión informativa, en la que se presenta un cuadernillo (Folleto Informativo, Santa Fe de Bogotá, abril 1995, División de Relaciones Industriales, Beneficencia de Cundinamarca), con información general de lo que es y hace la institución contiene aspectos como: el organigrama de la Beneficencia de Cundinamarca, la misión para la que fue creada, los objetivos generales de la misma, el motivo por el que existen las diversas áreas, así como los derechos y deberes del trabajador.

Cabe resaltar que en la inducción, en el apartado sobre derechos y deberes del trabajador, se trata de infundir a los trabajadores la actitud de entrega y dedicación a la labor de asistencia dentro de la institución.

De acuerdo con la información que proporcionó el área de Recursos Humanos de la casa asistencial “La Colonia”, hasta la fecha ningún miembro del personal a recibido de manera formal ningún tipo de inducción.

Este proceso se desarrolla en la práctica y con la colaboración del personal antiguo, conocedor del ambiente en el que se desarrolla el trabajo con la población que atiende la Beneficencia, las características de la misma y lo que se espera de él como profesional o como trabajador.

e) Capacitación

Respecto a la capacitación, la Dirección de Asistencia Mental comentó que no existe un plan específico para el desarrollo del recurso humano que labora en ella; la mayoría son capacitados por sus compañeros de trabajo o en el trabajo cotidiano. Tampoco existe un programa de actualización.

IV.1.6. MANUAL DE FUNCIONES.

Hasta el momento, la Beneficencia no cuenta con un manual de funciones que permita orientar al personal de reciente ingreso de manera adecuada en relación con las funciones que debe realizar.

La Dirección de Asistencia Mental, informó que en 1984, se elaboró un manual de funciones que especificaba lo que cada una de las Divisiones y áreas de la Beneficencia tenía que realizar, pero no se determinaban las funciones por cargo, sino por área.

El manual se puso a consideración del Ministerio de Salud en el año de 1984, el cual fue rechazado debido a la generalidad con la que estaba elaborado que no permitía conocer la responsabilidad para cada uno de los cargos.

Desde entonces a la fecha, es el jefe inmediato quien determina cuáles son las funciones que debe realizar cada uno de los trabajadores.

A finales de 1995, la Gerencia de la Beneficencia solicitó a la Subgerencia Administrativa, la elaboración de un manual de funciones describiendo las responsabilidades de cada uno de los cargos. En la elaboración del mismo, se encuentra colaborando el personal que trabaja actualmente en la institución.

IV.1.7. DIVISION DE ASISTENCIA MENTAL

Como se mencionó en los aspectos normativos anteriormente expuestos, es la Subgerencia Asistencial la que se encarga de la operacionalización de los planteamientos de la Beneficencia.

De las tres Divisiones que la integran es la de Asistencia Mental la que atiende pacientes psiquiátricos y con retraso mental.

El objetivo principal de esta División consiste en desarrollar programas científicos, preventivos y asistenciales en salud mental, mediante actividades y procedimientos científico-administrativos, que permitan orientar las labores hacia la protección y rehabilitación de personas de ambos sexos y de diferentes edades (niños, jóvenes y ancianos).

De acuerdo con este objetivo se desarrollan programas asistenciales, preventivos y educativos, de protección y rehabilitación integral e integrada.

La asistencia se considera integral porque se atiende a los pacientes física y psíquicamente, e integrada porque la intervención se realiza a través de un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud.

De la División de Asistencia Mental dependen administrativamente cinco de las casas de atención de la Beneficencia, en dos de las cuales se atienden pacientes con retraso mental. En una de ellas se concentran pacientes del sexo femenino, la casa “El Refugio José Joaquín Vargas” y la otra que atiende pacientes del sexo masculino “La Colonia” y es en esta última en donde se encuentra la unidad de estudio de la presente investigación.

Los programas se desarrollan en cada una de las casas que atiende la División por un equipo interdisciplinario que se compone por médicos psiquiatras, internistas, neurólogo, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, de lenguaje, terapeutas físicos, bacteriólogos, nutricionistas, odontólogos, ginecólogos y cuentan con los servicios de enfermería, laboratorio clínico, farmacia con medicamentos de uso general y psiquiátrico.

IV. 2. CARACTERISTICAS DE LA CASA ASISTENCIAL “LA COLONIA”, ESLABON DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA.

Expuestos los planteamientos generales de la Beneficencia de Cundinamarca y los de la División de Asistencia Mental, a continuación se exponen las características generales de

la Casa Asistencial “La Colonia”. La exposición de esta información considera en primer lugar, los aspectos generales de “La Colonia” en lo que se refiere a los diferentes recursos que la componen y que constituyen el contexto general en donde se desarrollan las actividades de atención de Pabellón Pediátrico “Niño Jesús”, unidad de estudio de esta investigación, posteriormente, se expondrán las características particulares del “Pabellón del Niño Jesús”.

IV. 2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS Y MARCO LEGAL DE LA CASA ASISTENCIAL.

Consta en los archivos generales de la Beneficencia de Cundinamarca y los archivos de la casas asistencial “La Colonia”, que en 1917 el Arzobispo de Bogotá y el señor Eugenio Umaña, adquieren los terrenos en el municipio de Soacha, mediante escritura 1175 de la Notaría Segunda de Bogotá, para la construcción de la Casa Asistencial “La Colonia”. El año siguiente a la construcción de la casa, se dio al servicio como Colonia de Mendigos y estuvo a cargo de la Policía Nacional. Para el año de 1930, se entrega el manejo de la institución a los Hermanos de San Juan de Dios y las Hermanas de la Presentación, quienes se encargan de atenderla solo por ese año. Al año siguiente se entrega a una Junta de Seglares quienes en 1932 la entregan a la Comunidad de Religiosas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, quienes continúan hasta la fecha al frente de la institución.

Para los años de 1950 se cambia el nombre de “La Colonia de Mendigos”, por el “Albergue La Colonia”, así como también se crea un esquema administrativo y asistencial con un enfoque de Centro de Rehabilitación y Capacitación Ocupacional. En 1967 los terrenos donde funciona el Albergue La Colonia, pasan a pertenecer geográficamente, por decreto del Gobierno de Cundinamarca al Municipio de Sibaté. En 1987 se firma el acuerdo 19 de la Beneficencia, el cual dicta la modificación de las tarifas para la atención de los enfermos mentales y se adoptan otras disposiciones. En 1989 la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca, por acuerdo 0120 del dos de noviembre, establece los procedimientos de selección, admisión y ubicación de pacientes con Retraso Mental de moderado a profundo en el Albergue La Colonia y en el Refugio José Joaquín Vargas. En 1991 el Gobernador del Departamento, en el decreto 2363 del 27 de mayo, suprime los

Fondos Auxiliares y Administrativos que funcionaban en la Beneficencia. Por Resolución 1605 del 9 de junio de 1992 se designan los funcionarios Recaudadores de los dineros que entran a las Casas Asistenciales. En este mismo año por Resolución 456, se delega a los Directores de las diferentes casas dependientes de la Subgerencia Asistencial, la facultad de enajenación y venta de elementos que se producen, transforman, siembran, fabrican o procesan en las granjas, terapia ocupacional y taller de laborterapia.

En el presente la propuesta administrativa y de atención para la rehabilitación de los pacientes, no es producto de un proceso en el que se diseñara y planeara su contenido, por el contrario esta es el producto de la orientación que tienen las personas o profesionales que se han encargado de dirigir el funcionamiento de la casa asistencial en diversos momentos de su historia. Lo anterior, vuelve complejo el funcionamiento de la casa asistencial debido a que no existe claridad, ni un plan directivo sólido, en relación a su funcionamiento

IV. 2.2. PROGRAMAS DE REHABILITACION Y RECURSOS DE ATENCION

En la documentación que se revisó en la casa asistencial, se encontró que:

La misión fundamental de la Casa Asistencial, es la de rehabilitar y en lo posible reincorporar a la sociedad a los pacientes. Basándose en el respeto y la dignidad humana, sin discriminación de su problemática ya sea física o mental.

Bajo esta máxima y hasta finales de 1994, se desarrollaban cuatro programas de rehabilitación y atención a los pacientes en los que se incluía terapia ocupacional, física y de lenguaje, intervención del área de trabajo social y en lo que se refiere al área médica se brindaba atención en medicina general y odontología.

A mediados de 1995, después de implementada la tutela en contra de “La Colonia”, se agregaron a los programas ya existentes, otros tres: el de nutrición, psicología y musicoterapia y en el área médica se incluyó la atención de un psiquiatra.

El objetivo general de los siete programas de rehabilitación, así como de las áreas de atención médica (medicina general, psiquiatría y odontología)es:

- Brindar condiciones básicas para el desarrollo y/o mantenimiento de los factores biopsicosociales de los residentes, a través de programas que propicien una atención integral y de rehabilitación.

Este objetivo se planteó con la finalidad de lograr para los pacientes, reconocimiento personal, social, su adaptación y participación en el ambiente sociocultural y ocupacional dentro de la Institución, teniendo en cuenta sus potencialidades para la acción.

Con base en este objetivo se definen los objetivos particulares para cada uno de los programas y se desarrollan actividades de atención y rehabilitación. A continuación se describen los Programas de Atención (para cada una de las áreas) que se desarrollan para la atención y rehabilitación de los pacientes.

IV. 2.2.1. Trabajo Social

a). Diagnosticar a los pacientes que son susceptibles de ser involucrados a los proyectos orientados a adquirir habilidades manuales y laborales.

b). Realizar actividades terapéuticas a través del taller protegido y la granja. Existen varios talleres como: Taller de industria en donde se empaquetan colores, reglas y otros

artículos de uso escolar; taller de manufactura en donde se realizan bordados, telares, tapetes, carpintería, escobas y traperos; pretaller en el que se elabora estopa y se entrena a los internos en oficios de jardinería.

c). Involucrar a los pacientes, en actividades cotidianas necesarias para el mantenimiento de la casa asistencial como parte del Programa de Terapia Ocupacional: apoyando en la ropería y lavandería, cocina, panadería, horticultura, jardinería, aseo y oficios especiales.

IV.2.2.3. Terapia Física:

- En esta área se estimula la motricidad de los pacientes a través de la mecanoterapia, la electroterapia, la hidroterapia y la terapia manual.

IV.2.2.4. Terapia de Lenguaje:

Se realiza un tratamiento dirigido a las alteraciones del lenguaje mediante los principios de la fonoaudiología se desarrolla la articulación, la audición y la voz.

IV.2.2.5. Psicología:

El Programa de Atención Psicológica está enfocado a realizar actividades de diagnóstico y valoración de los pacientes, organizar y realizar terapias individuales y de

grupo, en las que se trabajan aspectos como: focalización, sensibilización, autocuidado, imitación, modelación psicoafectiva, motricidad y procesos psíquicos.

También involucra al grupo familiar de los pacientes que cuentan con ella, en terapias familiares y de apoyo.

IV.2.2.6. Nutrición:

- El Programa de Nutrición desarrolla actividades en cuatro áreas:

a) Administrativa: asesorando y elaborando el ciclo de minutas semanales, para la elaboración de los alimentos.

- b) Dietoterapia: Preparando menús acordes con la valoración nutricional previa y las recomendaciones médicas. Realiza Investigación para identificar las minutas más apropiadas para cada paciente.
- c) Capacitación para los empleados de cocina, en la elaboración de los alimentos.
- d) La elaboración de un manual de saneamiento para las normas básicas de alimentación que requieren los pacientes de acuerdo con los grupos de edad y las patologías asociadas.

IV. 2.3. RECURSOS HUMANOS DE LA COLONIA

La administración de la casa asistencial “La Colonia” se encuentra a cargo de la congregación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, desde el año de 1942. Son 30 las hermanas encargadas del cuidado y administración de la casa.

La encargada de la administración general de la casa es la superiora asignada por la Congregación, a quien ratifica la Junta Directiva de la Beneficencia.

Cada uno de los pabellones tiene una Jefe administrativa que pertenece a la Congregación quien se encarga de administrar el pabellón en cuanto a la alimentación, dotación de vestido, y coordinar de manera conjunta con el equipo de profesionales la organización, planeación, seguimiento y evaluación de los Planes, programas, y actividades de rehabilitación y cuidado de los pacientes con retardado mental.

(Ver anexo organigrama)

El equipo de profesionales de La Colonia, está constituido por:

- 1 Coordinadora del equipo de Profesionales
- 3 médicos generales
- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo
- 1 odontólogo
- 3 terapeutas ocupacional

- 2 terapeutas físicas
- 2 terapeutas del lenguaje
- 2 trabajadoras Sociales
- 1 Dietista

La Colonia cuenta además, con una planta de trabajadores constituido por: técnicos auxiliares, enfermería y servicios generales, que apoya el trabajo que realizan las hermanas y el equipo de profesionales. Este grupo se compone de:

Técnicos Auxiliares

- 2 Auxiliares de Terapia Ocupacional
- 2 Auxiliares de Trabajo Social
- 4 auxiliares para Terapia Ocupacional en el Taller protegido
- 1 Auxiliar de Odontología
- 3 Enfermeras, una por turno (comisionadas por el Hospital Julio Manrique, a partir de la tutela)

Servicios Generales:

- 3 operadores de las calderas
- 3 celadores
- 3 conductores
- 6 auxiliares lavandería
- 2 auxiliares de ropería
- 16 auxiliares de cocina (2 cocinas)
- 56 Ayudantes de servicios generales (colaboran directamente en los servicios pertenecen a la categoría laboral 1)
- 1 carpintero

IV.2.3.1. Recursos Humanos asignados al Pabellón Pediátrico

Del total de trabajadores que trabajan en la casa asistencial, para el Pabellón Pediátrico se encuentran asignados:

- 1 Monja
- 1 Terapeuta Física
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Fonoaudióloga
- 1 Psicóloga * (atiende el Pabellón Pediátrico dos veces por semana)
- 1 Trabajadora Social *
- 1 Nutricionista
- 1 Pediatra (atiende solo 2 veces por semana)
- 1 Psiquiatra * (atiende el P.P. un día por semana)
- 1 Odontóloga * (atiende el P.P. un día por semana)
- 2 auxiliares de terapia
- 1 Auxiliar de Trabajo Social *(atiende el P.P. dos días por semana)
- 3 enfermeras (1 por turno, este cargo no existe en La Colonia, el servicio lo presta personal del Hospital Julio Manrique)
- 1 Encargado en la cocina del menú para el P.P.
- 8 empleados de servicios generales

(los que tienen un asterisco atienden además otros pabellones)

CAPITULO V. LA CONFLUENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL EN EL PABELLON PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS.

El vínculo entre el maltrato infantil en las instituciones y sus déficits para el cumplimiento pleno y eficiente de sus objetivos, ha sido un tema plenamente documentado y discutido en diversos países. En este apartado se presentará la información referente al desarrollo del servicio que presta la casa asistencial La Colonia, concretamente en el Pabellón Pediátrico del Niño Jesús y como se pudo observar que las características de la institución tienden a favorecer situaciones de riesgo de maltrato infantil.

Considerando que para que se desarrollen de manera óptima Programas y proyectos tendientes a la atención y rehabilitación de pacientes con retraso mental en una institución se requieren diferentes recursos como son el humano, el físico, el administrativo y el presupuestal y que del buen funcionamiento de estos depende el éxito de los objetivos planteados

Las limitaciones de la Casa Asistencial de manera general pueden resumirse de la siguiente manera: incapacidades administrativas; incapacidades profesionales del personal que labora en la Casa Asistencial; insuficiencias en el diseño, ejecución de los programas y acciones de la Casa Asistencial y limitaciones en la normatividad estatal de los sistemas de protección a la infancia, del sistema sanitario, del sistema educativo y del sistema judicial.

V.1 INCAPACIDADES ADMINISTRATIVAS

Sobre las incapacidades administrativas de la Casa Asistencial, las limitaciones presupuestales y las limitaciones físicas de la construcción generan un círculo vicioso generador de problemas, difícil de romper, ya que las construcciones están cada vez más viejas y deterioradas y no cuentan con los recursos mínimos para su mantenimiento y mucho menos para su rehabilitación.

Con relación al perfil presupuestal de la Casa Asistencial la Colonia daremos alguna cifras, solo para ilustrar la profunda crisis financiera en la que se ha venido sumiendo y que requiere resolverse en lo inmediato.

La Beneficencia de Cundinamarca realiza un contrato de financiamiento con la Congregación de Religiosas, que para el año de 1995 ascendió a \$ 443,632,000.00 de pesos colombianos, (equivalentes a 443,632.00 U.S. dólares, considerando el cambio a \$1,000.00 colombianos por U.S. dólar) que se distribuyeron de la siguiente manera:

a) \$326,652.00 dólares destinados a la alimentación de 612 personas (30 religiosas y 582 pacientes), lo que equivale 533 dólares anuales por persona y a 1.46 dólares diarios. Evidentemente la cuota destinada a este importante rubro es limitada lo que ha tenido impacto negativo es la salud de los pacientes.

b) \$10,000.00 dólares destinados a la compra de equipo para los siete pabellones que constituyen la Casa Asistencial y que requieren para la atención específica de sus pacientes equipo y material especializado.

c) \$5,000.00 U.S. dólares para el mantenimiento general de la Casa Asistencial, que abarca 4 edificios y 7 pabellones, lo que equivale a \$1250.00 USD por edificio y poco mas de \$700.00 USD por pabellón. Es importante hacer notar que la Casa Asistencial es una vieja construcción de principios de siglo y que requiere de un costoso mantenimiento para conservarse en buen estado. Con el techo presupuestal asignado, el mantenimiento no es mas que un rubro presupuestal.

d) 45,000.00 USD anuales para materiales y suministros (ropa, útiles, aseo, enfermería, utensilios cocina, mantenimiento de automóviles), los que divididos entre las 612 personas que habitan en la Casa Asistencial dan \$73.5 USD por persona anual. Cifra mínima para el nivel de necesidades que tienen las personas que la habitan.

e) Los gastos de nómina del personal profesional, técnico y de servicios generales, provienen del presupuesto total de la Beneficencia de Cundinamarca, al cual no se tuvo acceso, estimamos que el presupuesto ascendería a los \$57,000 USD anuales, descontando del techo presupuestal de \$443 mil dólares los rubros anteriores. Según esta estimación con dicho presupuesto se paga a las 27 personas que trabajan en la Casa Asistencial. Esto daría un salario anual aproximado a los \$2,100 USD por persona o \$175 USD mensuales, que corresponden a un poco mas del salario mínimo mexicano por persona, que suponemos recibe el personal de servicios generales. Respecto a los 11 profesionales que trabajan en la Casa Asistencial, se desconoce totalmente cual es el salario que reciben mensualmente.

Con relación a los recursos físicos de la Casa Asistencial “La Colonia”, que como ya dijimos arriba se concentran en una vieja construcción de principios de siglo que cuenta con cuatro edificios que rodean un amplio jardín, los problemas no son menos complejos que los presupuestales. La Casa Asistencial está compuesta por los siguientes siete pabellones que albergan a los 582 pacientes:

- a) Pabellón del “Niño Jesús” que atiende a niños y adolescentes (de cero a 18 años) con retraso mental moderado, severo y profundo.
- b) Pabellón “San José”, que atiende adolescentes (de los 18 a los 30 años) con retraso mental profundo y “comportamientos asociados”;
- c) Pabellón “Santa Ana”, que atiende adultos (30 años en adelante) con retraso mental leve y moderado (colaboran en diversas actividades de aseo y atendiendo un pequeño establo y las porquerizas.)
- d) Pabellón “San Miguel” que atiende a pacientes adultos (mayores de 30 años), con retraso mental profundo con “comportamientos asociados”;
- e) Pabellón “Santa Luisa” que atiende adultos parapléjicos (mayores de 30 años);
- f) La enfermería que atiende a personas que están totalmente imposibilitados por su estado físico y a los que se enferman por otras razones.
- g) Por último está el Pabellón de los pacientes del Patio, que en su mayoría son pacientes adolescentes y adultos (18 años en adelante), con retraso mental leve, moderado y algunos profundos (estos últimos con posibilidades de realizar algunas actividades) que se encargan de ayudar en las labores de repartición de alimentos a los distintos pabellones, la limpieza general del patio y el jardín, el cuidado de la portería y otras actividades.

El Pabellón Pediátrico que es el de nuestro interés, se encuentra ubicado en lo que fue el gimnasio de la institución hasta principios de 1995, cuando se instauró el recurso de tutela. Es un espacio de aproximadamente 220 m² dividido en dos áreas, adaptado en la actualidad para albergar a los 25 niños que conforman el Pabellón Pediátrico. En la primer área se encuentra el dormitorio de aproximadamente 100 m², equipado con: un baño (2m. X 3m.) para los 25 pacientes, una oficina en la que se localiza la enfermería (6m. X 4m.)

equipada con un escritorio, camilla, archivero y almacén de medicamentos y un baño para el personal.

Esta área se comunica con el otro espacio del gimnasio en donde se localizan las duchas, un baño y una pequeña oficina que se utiliza para organizar y distribuir el alimento que traen de la cocina general, para los pacientes.

Aunado a las limitaciones generales de construcción e inadecuada adaptación a las necesidades de trabajo, nos encontramos que no existen áreas específicas para desarrollar los Programas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional destinadas al Pabellón Pediátrico. El área que se utiliza para el desarrollo de las actividades de musicoterapia, es un salón de 5m X 4m que no se encuentra acondicionado para tal efecto.

Es decir, en síntesis la infraestructura de la Casa Asistencial tiene serios problemas tanto de mantenimiento, como de adaptación para los objetivos que se les marcan. Durante todos los años que tiene de operación, la estructura mas que acondicionarse para las actividades especializadas, se ha venido constriñendo a la presión de los acontecimientos. A su vez el presupuesto es cada vez mas insuficiente por el deterioro continuo de las instalaciones para realizar la conversión que requiere. Estas ausencias se traducen continuamente en fallas en la operación, incongruencias en el desarrollo de los procesos administrativos, de planeación, de organización, de ejecución y de evaluación.

V.2. INCAPACIDADES PROFESIONALES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA CASA ASISTENCIAL

Sobre las incapacidades profesionales del personal que labora en la Casa Asistencial, que se caracterizan por su falta de preparación, una supervisión inadecuada, el exceso de trabajo o elevado nivel de exigencia laboral y una intervención poco ética o profesional, se podría decir que este perfil es producto de manera general de lo siguiente:

Inadecuada selección de los trabajadores que se refleja en discordancias en el perfil profesional de los empleados, con relación a las actividades que se les asignan.

Falta de capacitación al personal, que facilite la comprensión de los problemas que enfrentan en los Pabellones y que los orienten en la toma de decisiones.

Reducida permanencia en el empleo, provocada por errores en la selección de los trabajadores y limitaciones en el sueldo, lo que propicia la continua rotación del personal y la limitada formación de cuadros técnicos de servicio.

Falta de equipo y material adecuados para la realización de las actividades que se les asignan.

V.2.1 SELECCION DE PERSONAL

Respecto a la inadecuada selección del personal se detectaron problemas que se reflejan en la falta de conocimiento de la problemática que enfrentan los trabajadores y el reducido interés con el que realizan su trabajo, aspectos que propician serias limitaciones para establecer una organización institucional estructurada y congruente con los planteamientos y objetivos que ésta sustenta. Como ejemplo encontramos:

a) Hermanas religiosas están encargadas de áreas administrativas y del Pabellón Pediátrico en el que una de ellas ocupa el cargo de Jefe Administrativa del Pabellón Pediátrico, siendo su formación profesional la de auxiliar de enfermería.

b) Dicha situación contrasta con el perfil los 11 profesionales que integran el grupo y que dependen de esa coordinación. De ellos 10 concluyeron los estudios de licenciatura de acuerdo a la especialización. De los 11 profesionales, 7 de ellos fueron asignados al Pabellón Pediátrico después de que se presentó la tutela en contra de la institución.

c) Personal Técnico y Auxiliares. Los cargos de auxiliares en su mayoría no cumplen con la formación académica requerida para el área en la que se desempeñan. Como ejemplo de lo anterior, tenemos el caso de una de las auxiliares de terapia ocupacional que se especializó como auxiliar contable.

d) Personal Servicios Generales Del personal ubicado en este cargo en la Casa Asistencial, son 8 los que atienden el Pabellón Pediátrico. Al ingresar como trabajadores a la Colonia se les asignaron funciones de limpieza, el traslado de los alimentos de la cocina general al

Pabellón Pediátrico y en ocasiones brindar apoyo al personal técnico y auxiliares para trasladar alguno de los pacientes a la enfermería.

Son personas con un bajo nivel de formación académica, ninguno de ellos interesado en el campo de la salud mental, sin embargo en la actualidad (debido a la acción de tutela) se han tenido que involucrar incluso en las actividades de aseo, alimentación y rehabilitación de los pacientes.

V.2.2. CAPACITACION

El problema de selección de personal se reduciría de manera importante, si se realizaran campañas permanentes de capacitación y formación del personal. Sin embargo la falta de capacitación al personal, que facilite la comprensión de los problemas que enfrentan en los Pabellones y que los orienten en la toma de decisiones, es uno de los mas serios problemas que enfrenta esta institución. Los siguientes aspectos ilustran claramente las condiciones en las que se realizan las actividades y que podrían guiar una acción intensiva de capacitación y sensibilización:

a) A pesar de ser el equipo de profesionales el mejor capacitado, encontramos que como equipo de trabajo no cuentan con una concepción uniforme acerca del Retraso Mental, e incluso el grado de conocimiento de cada uno de los profesionales respecto al tema, en varios de los casos es muy superficial.

En cuanto al concepto de Maltrato Infantil, por ejemplo, solo dos de los siete profesionales del equipo tienen un concepto general sobre lo que es el maltrato infantil. Como equipo de trabajo no se ha discutido el tema. Lo anterior solo refleja la falta de un sistema de operación que incluya la capacitación permanente del equipo de trabajo y la definición de líneas de concepción y planeación de acciones.

b) Como consecuencia de lo anterior la situación del personal técnico y auxiliares es mucho mas grave. A pesar de que según la jefe del equipo de profesionales, la mayoría del personal técnico y auxiliares han sido capacitados por el grupo de profesionistas para brindar la atención y realizar las actividades de rehabilitación para las que fueron contratados, sus concepciones respecto a los problemas que atienden dista de demostralo.

Sobre el retraso mental el 100% de ellos consideran que son personas que no cuentan con sus cinco sentidos, o bien que tienen una falta de capacidades para hablar, pensar y actuar.

De acuerdo a la información arrojada por las entrevistas, este grupo de trabajadores piensa que: “el retardado mental es una persona que no sabe lo que hace y que no le sirve el cerebro”.

c) Para las monjas o hermanas al interior de la Congregación a pesar de su formación religiosa, se considera una especie de castigo que se le envíe a trabajar en la Casa Asistencial “La Colonia”. Lo anterior debido a que según las religiosas en esa casa muchos de los enfermos son degenerados por naturaleza, son hombres y se ven cosas horribles al interior de ésta.

En diversas conversaciones, varias hermanas encargadas de diferentes labores mencionaron que durante los días que hay luna llena, los pacientes cambian su comportamiento radicalmente; algunos se ponen muy agresivos, otros se deprimen profundamente y no se quieren ni levantar, otros tienen problemas de “alteración de la libido” y comienzan entre ellos a tener relaciones sexuales más frecuentes, otros se ponen como animales, haciendo esos días muy difíciles.

Durante la conversación mencionaron que esa fue la razón por la que hace unos años la superiora anterior, ordenaba suministrar una mezcla de medicamentos para controlar a varios pacientes.

También mencionaron que a partir de las 6:00 de la tarde las hermanas se recogen y solo quedan los encargados de servicios generales al cuidado de los pacientes, en el Pabellón Pediátrico se queda además la enfermera de guardia.

Se obtuvo información por parte del personal de profesionales, relacionada en particular con el Pabellón Pediátrico. Mencionaron que en la administración anterior, la superiora que se encontraba a cargo de la Casa Asistencial y el médico encargado en ese momento decidieron, que había que sacar algunos dientes de uno de los niños, debido a que en momentos de crisis mordía a los otros niños.

Otro de los niños que se autoagrede, ha manifestado problemas de retraimiento en los músculos de los brazos debido a que se le mantuvo durante un periodo por lo menos de dos años amarrado con una camisa de fuerza durante día y noche.

En este momento existe una grave sospecha de que algunos de los pacientes de los pabellones en donde se encuentran los adolescentes y los adultos, están infectados con el virus del SIDA.

Hasta la fecha no se han podido hacer las pruebas bacteriológicas correspondientes, debido a que las oficinas generales de la Beneficencia no han proporcionado los reactivos necesarios. El argumento principal gira en torno al costo que eso implicaría, por lo que las autoridades de la institución están evaluando si las condiciones y características de la población ameritan el gasto.

Diferentes momentos de la investigación se aprovecharon para observar situaciones ocurridas en la cotidianidad de “La Colonia”. Uno de estos periodos de observación se realizó durante la hora del almuerzo en el Pabellón Pediátrico. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de estos niños requieren de la ayuda de alguien para alimentarse, éste trabajo lo realizan las auxiliares de terapia física y ocupacional y el personal de servicios generales.

Durante la realización de una de las entrevistas con uno de los trabajadores de servicios generales, uno de los niños sufrió un ataque epiléptico. El trabajador observó el incidente, mencionó el hecho y siguió atendiendo la entrevista que se le realizaba.

Todos estos problemas resumen serias violaciones a los derechos humanos de los niños, incapacidad de comprender los problemas que se les presentan y un dramático deterioro de las condiciones de vida en el lugar. Todo esto absolutamente incompatible con los objetivos que se traza la Institución y con lo que merecen los niños.

La falta de capacitación del personal de La Colonia que les permita comprender la problemática y actuar con eficiencia en la solución de los problemas que enfrentan es uno de los mas graves problemas que se deben enfrentar en lo inmediato.

V.2.3.PERMANENCIA EN EL EMPLEO

La reducida experiencia en el empleo, provocada por errores en la selección de los trabajadores y limitaciones en el sueldo, propicia la continua rotación del personal y la limitada formación de cuadros técnicos de servicio. En la Casa Asistencial solamente 3 empleados tienen más de 6 años y tienen un contrato indefinido de confianza, los 7 restantes están bajo el régimen de contratación de cargos supernumerarios (se hizo referencia de estos cargos al exponer los aspectos de contratación que lleva a cabo la Beneficencia).

IV.2.4 PRESUPUESTO

La crítica situación del presupuesto que maneja la Casa Asistencial y que hicimos mención arriba, se refleja directamente en la falta de equipo y material adecuados para la realización de las actividades que se le asigna al personal; equipo y materiales que no se han renovado en los últimos años y que no podrán renovarse de continuar así la situación presupuestal.

V.3. INCAPACIDADES PROGRAMATICAS

Sobre las incapacidades programáticas habría que decir que aún existiendo un plan global de actividades que delinea la planeación, ejecución y evaluación de actividades para cada una de las especialidades para trabajar en torno a metas, debemos mencionar que no existe una evaluación de las actividades y de las metas. De hecho no existen metas claras que propicien la posibilidad de una evaluación congruente y de la definición de prácticas con resultados a corto y mediano y largo plazos. Por ese motivo se carece del cumplimiento de niveles mínimos de calidad.

De hecho la falta de la planificación adecuada puede propiciar el uso de programas en detrimento del bienestar infantil. Por otra parte dicha situación podría provocar una infrautilización o mal uso de los pocos recursos existentes

Quedan a la vista los resultados desalentadores acerca de la aplicación de programas. Los problemas mas serios se reflejan en el contradictorio deterioro de las condiciones de vida y de salud de los pacientes y en las continuas violaciones a los derechos humanos de los pacientes.

Dentro del marco legal de la Beneficencia de Cundinamarca se firmó el acuerdo N. 0120 del 2 de Noviembre de 1989, por el cual se establecen los procedimientos de selección, admisión y ubicación de los pacientes con Retraso Mental leve, moderado, grave y profundo en las instalaciones de la Beneficencia de Cundinamarca. Con base en esta norma existe un procedimiento sistematizado de selección de pacientes, misma que detallaremos por considerarlo de utilidad para conclusiones posteriores.

Este proceso se inicia en la Unidad de Consulta Externa de la institución, en él se analiza cada caso y se toma la decisión sobre la admisión de los pacientes. Para ser seleccionado el tutor del paciente debe:

- Presentar una solicitud por escrito dirigida a la Beneficencia firmada por un familiar, acudiente y/o autoridad competente.
- Ser valorado por el área de Psiquiatra.
- Realizar una visita domiciliaria por parte de una trabajadora social de la institución.

Al cumplir con los requisitos de selección, el paciente es llevado a la Casa Asistencial correspondiente (en este caso La Colonia). Para ser admitido debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a.- Padecer Retraso Mental leve, moderado, grave o profundo.
- b.- Ser un paciente del sexo masculino.
- c.- Tener siete o más años de edad. Existen excepciones con menores abandonados.
- d.- La procedencia del paciente debe ser del Departamento de Cundinamarca, preferencialmente.
- e.- La oficina de Trabajo Social entregará un dictamen de las condiciones socioeconómicas del paciente que se clasifica en: Indigencia, abandono familiar, medio ambiente social o familiar nocivo para el paciente, imposibilidad de convivencia familiar, situación socioeconómica que impida la permanencia del paciente en ésta.
- f.- La familia debe vincularse activamente dentro del proceso de asistencia y rehabilitación del paciente en la Institución, cuando esto sea posible.
- g.- El paciente solo podrá ingresar los cinco primeros días hábiles de cada mes.

h.- El número de ingresos estará supeditado a la disponibilidad de cupos.

i.- Los aspirantes a ingresar deberán aportar en el momento del ingreso la dotación exigida en calidad de donación.

Cada paciente deberá presentar documentos que integrarán su expediente:

a.- Documento de Identidad

b.- Tres fotografías

c.- Exámenes de laboratorio (Serología, parcial de orina, cuadro hemático y coprológico)

d.- Suscripción y firma del contrato y/o compromiso entre la Beneficencia de Cundinamarca y la familia o tutor del paciente.

e.- Legalización del ingreso en la Unidad de Valoración y Observación.

Al ingreso del paciente el equipo interdisciplinario de la institución determinará la ubicación del paciente en el servicio o pabellón correspondiente.

Con base en este proceso de selección se cuenta con el siguiente perfil de los pacientes del Pabellón Pediátrico.

El Pabellón Pediátrico del Niño Jesús, alberga a 25 pacientes del sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 14 a los 20 años de edad.

De acuerdo con la información registrada en las Historias Clínicas, se observó que el 100% de los casos se encuentran en la institución con un diagnóstico psiquiátrico de Retraso Mental Profundo, ocasionado por diferentes causas, las principales son:

- Hipoxia en el nacimiento
- Microcefalia
- Parálisis Cerebral
- Desnutrición
- Meningitis
- Síndrome de Maltrato Infantil, asociado al embarazo

De acuerdo con los informes que presenta Trabajo Social encontrados en la revisión de las historias clínicas, las condiciones socioeconómicas del 90% de los pacientes son de extrema pobreza.

Respecto a la atención que recibieron en el momento del nacimiento se pudo observar que el 85% de los partos fueron atendidos en instituciones de bajos recursos, por parteras o por la propia madre, en condiciones de insalubridad.

En el 80% de los casos los motivos principales por los que ingresaron los pacientes a la institución fueron: en primer lugar, por petición de la familia debido a que no podían hacerse cargo económicamente del paciente; en segundo lugar, debido a que algún familiar o vecino informó maltrato severo al menor y por lo tanto fue requerida su separación del núcleo familiar. El otro 20% fueron abandonados a las puertas de la casa asistencial.

La aplicación de los programas han distanciado a las familias y pacientes y dejan sola a la institución con la responsabilidad. En este momento, solo el 25% de los pacientes reciben visitas y atención frecuente (2 veces al mes), por parte de sus familiares o personas que acuden a saber de ellos.

La falta de aplicación de programas especializados de atención, han deteriorado las condiciones de salud de los pacientes. Las siguientes cifras lo documentan con cierto detalle:

En los informes de las áreas de fisioterapia y terapia ocupacional, registrados en las historias clínicas, llama la atención que el 60% de los pacientes caminaban y se movían al ingresar a la institución. De acuerdo a los informes de seguimiento, para el año de 1995, el 40% de los pacientes han sufrido grave deterioro en la capacidad motriz y algunos de ellos la han perdido requiriendo silla de ruedas o permaneciendo inmóviles. En el 85% de los casos los pacientes son totalmente dependientes en las funciones de Actividades Básicas Cotidianas.

En lo que a lenguaje se refiere, el 85% de los pacientes solo emiten sonidos guturales, pero son incapaces de comunicarse. Llama la atención, que con las actividades que realiza el programa de musicoterapia (1995), se descubrieron algunos niños sordos.

De los 25 pacientes, sólo en dos casos se informa desnutrición como origen del retraso mental, sin embargo, en el 100% de las historias aparece el diagnóstico de desnutrición crónica severa, como el diagnóstico médico y del área de nutrición (dato registrado en diferentes años).

Durante el desarrollo de la investigación se observó que en las horas en las que se realiza el cambio de turno del personal de servicios generales y enfermería (los cuales pueden durar de hora a hora y media), los niños permanecen solos, en esos momentos se golpean entre sí, algunos de ellos se dan vuelta y caen al piso, en una ocasión se presencié como convulsionaba uno de los niños sin recibir atención, etc.

Relacionado con los dos puntos anteriores, cabe resaltar que en por lo menos 15 de las historias clínicas se registran fracturas (no especificadas en el examen de ingreso) en los huesos de brazos, piernas y lesiones graves en la cabeza de los pacientes sin determinar el origen ni tomar acciones correctivas al respecto. Todo lo anterior ha sucedido en los años en los que han permanecido en la institución.

Es importante resaltar el fallecimiento reciente de uno de los pacientes, la causa de la muerte fue tuberculosis, enfermedad que se suponía erradicada de la institución.

V.4. LIMITACIONES EN LA NORMATIVIDAD ESTATAL

Otro de los mas grandes problemas institucionales son las limitaciones en la normatividad estatal de los Sistema de Protección de la Infancia, del sistema sanitario, del sistema de educación y del sistema judicial.

Consideramos que deberá realizarse un análisis específico, que rebasa los alcances de este estudio de caso, acerca de la normatividad estatal, ya que a pesar de que existe una legislación como el Código del Menor, al parecer no se considera como un factor a considerar para la definición de programas y planes e incluso la mayoría del personal de la Institución no conoce lo que el Código plantea.

El hecho anterior puede generar dentro de los sistemas de protección a la infancia:

- a)- falta de garantías a la seguridad para los menores,
- b)- situaciones adversas al desarrollo infantil y

c) promover separaciones de los niños de su hogar sin esforzarse en intervenir con la familia.

Dentro del sistema sanitario:

a) Conceptos organicistas y discriminatorios

b) Ausencia de selección de personal y de distribución igualitaria del mismo

c) Salud entendida como contraposición a enfermedad sin puesta en práctica del concepto más amplio de salud

En el sistema educativo:

a). Desigualdad de oportunidades

b) Obstaculización del desarrollo normal

c) Discriminación en base a sexo, nacionalidad, etnia, religión, etc.

d) Permisividad o autoridad extremas

Y en el sistema judicial:

a) No respeto de las características del niño

b) Aplicación de leyes que favorecen poco al niño y benefician al adulto

c) No respeto de los derechos del niño

CONCLUSIONES

Considerando el planteamiento teórico en el cual se basó la presente investigación y de acuerdo con la información obtenida a través de la revisión de archivos y las entrevistas realizadas, se concluye en primer lugar que en la institución existen diferentes factores de riesgo de maltrato infantil, los cuales se expresan en las características de la institución, las características de los niños retrasados mentales que alberga la institución y el ambiente en donde estos confluyen.

Se considera que en términos generales la institución no cuenta con objetivos claros que aborden la problemática de retraso mental y a través de estos se desarrollen y guíen proyectos y programas coherentes con las características de la población objetivo. Esta falta de claridad pone a los niños con retraso mental en una situación de riesgo continuo de maltrato.

De acuerdo con el análisis de los diferentes factores que intervienen se concluye que el subtipo de maltrato que más se presenta en el cuidado y rehabilitación de los niños retrasados mentales que atiende la casa asistencial es el de negligencia.

También se detectó que debido a las características de retraso mental profundo de la población existe una fuerte discriminación por parte de quienes cuidan a los pacientes y esta puede considerarse como otra forma de maltrato.

Se concluye que en el sistema INSTITUCION-NIÑO-AMBIENTE, existen diferentes factores de maltrato infantil los cuales se encuentran interrelacionados y se presentan a continuación.

Con la finalidad de abarcar los diferentes aspectos que comprenden la relación entre la institución, el retraso mental y el maltrato infantil se presenta la información de acuerdo con los siguientes apartados:

1. Características de la Institución:

a) Organización administrativa, programas, planes y proyectos

No existe en la institución en general, ni en la casa asistencial en particular una filosofía de atención explícita en la que se exprese con claridad lo que se ofrece en cuanto a programas, planes y proyectos para atender y rehabilitar a los retrasados mentales.

A pesar de que la institución cuenta con una estructura administrativa, hasta el momento no se ha definido una organización clara que cuente con perfiles, manuales de operaciones y de funciones, objetivos generales de la institución y particulares para cada una

de las casas asistenciales que consideren el tipo de población que están atendiendo y el tipo de programas de atención que estos requieren.

No existe un planteamiento general explícito de planeación, programación y evaluación de la institución, a través del cual puedan orientarse las acciones que deben implementarse en cada una de las dependencias. Debido a ello en el caso particular de la casa asistencial “La Colonia”, la planeación, programación y evaluación de las acciones responde a una exigencia inmediata del nivel central más que a una práctica cotidiana que favorezca el desempeño de un plan global de atención y rehabilitación de los pacientes con retraso mental, que parte de un diagnóstico de las necesidades de los mismos.

Los recursos humanos con los que cuenta el Pabellón Pediátrico para brindar atención a los pacientes son totalmente insuficiente, sobre todo si se considera que la totalidad de los niños que se atienden están catalogados en sus historias clínicas con un retraso mental profundo.

El personal de servicios generales no se encuentra capacitado para dar respuestas adecuadas a las demandas y necesidades de estos niños. Su ignorancia pone en riesgo continuo la integridad de los menores.

b). Infraestructura

La institución no se encuentra diseñada para la rehabilitación de los pacientes ya que las instalaciones que se supone sirven para este fin (gimnasio, áreas de terapia ocupacional) se encuentran utilizadas como el espacio en el que se mantiene a los niños, en una parte como dormitorio y en la otra como espacio para estar durante el día.

Las instalaciones en donde se encuentran alojados los niños que integran el Pabellón Pediátrico de la casa asistencial “La Colonia”, no son adecuadas para responder a las necesidades de atención y cuidado de los pacientes ya que antes de que se demandara a la institución por maltrato infantil, en esta área se encontraba un gimnasio. Este sitio estaba adaptado para realizar los ejercicios de rehabilitación necesarios para los pacientes de la casa y como todo gimnasio tiene rampas que son peligrosas para las características de motricidad que tiene los pacientes, tubos metálicos, techo de asbesto, entre otras cosas.

c). Presupuesto

Como se puede apreciar en la información recopilada en los resultados respecto al presupuesto destinado al funcionamiento de la casa asistencial “La Colonia”, los recursos económicos con los que cuenta la institución son insuficientes para cubrir las necesidades relacionadas con el mantenimiento, la alimentación de los pacientes,

2. Características de los niños retrasados mentales que atiende la institución.

Las características de los niños retrasados mentales que alberga la casa asistencial “La Colonia”, aunadas a las características de la institución demuestran que existe un riesgo alto y continuo de que se maltrate a los pacientes.

RECOMENDACIONES

Para el mejor funcionamiento de la atención que brinda la casa asistencial La Colonia se requiere:

1. Programas, planes y proyectos.

Una filosofía de atención relacionada con el retraso mental, así como políticas y objetivos generales claros de los cuales se puedan desprender objetivos específicos para cada una de las áreas en las que se pretende generar atención y rehabilitación.

Una organización administrativa clara y definida de los recursos humanos, en la que se deberá definir un manual de organización, uno de operación y uno de funciones. Este último deberá definirse por cargos y niveles, considerando: personal administrativo, personal profesional o especialistas en rehabilitación, auxiliares técnicos y servicios generales.

La elaboración de un perfil profesional para cada uno de los niveles anteriormente mencionados.

Planes de acción semestrales para cada una de las áreas de atención y rehabilitación, en los que se especifiquen objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo.

Un plan de evaluación global que permita retroalimentar la toma de decisiones de manera eficiente y puntual, dándole seguimiento continuo a los planes y proyectos de atención y rehabilitación.

Elaboración de un Programa de Capacitación continua que permita mantener actualizado a todo el personal relacionado con la atención y rehabilitación de los menores retrasados mentales.

Los temas que se sugiere abordar son:

Características generales del Retraso Mental.

Posibilidades de rehabilitación del retrasado mental.

Innovaciones en el cuidado y rehabilitación del retrasado mental, considerando las áreas en las que se están desarrollando proyectos y planes en este momento.

Técnicas administrativas en los hospitales psiquiátricos.

Procesos de planeación, programación y evaluación para los programas de atención y rehabilitación.

2. Infraestructura

Adecuar las instalaciones para la atención de los menores retrasados mentales considerando sus características y posibilidades de movilización en el interior de las instalaciones.

Acondicionar un espacio especializado para la rehabilitación física de los menores.

Definir claramente los espacios de dormitorio, rehabilitación, terapias y recreación

3. Presupuesto

Incrementar el presupuesto general destinado al funcionamiento del Pabellón Pediátrico

Buscar nuevas fuentes de financiamiento que permitan mejorar las condiciones de vida de los menores retrasados mentales del Pabellón Pediátrico.

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, Juan. **La Convención sobre los Derechos del Niño**. UNICEF. Bogotá, 1993.
- Beneficencia de Cundinamarca. **Documento de presentación; Albergue “La Colonia”**; Sibate, 1990.
- Beneficencia de Cundinamarca. **Folleto Informativo, Aspectos administrativos**; Bogotá, 1995.
- Beneficencia de Cundinamarca. **Folleto Informativo, Breve Historia de la Beneficencia de Cundinamarca y sus casas asistenciales**. Bogotá, 1994.
- Beneficencia de Cundinamarca. **Planes y proyectos para la casa asistencial “La Colonia”**; Sibate, 1995.
- Briones, Guillermo. **Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales**. De. Trillas, México, 1995.
- Carr, Cleland CH. Y Swartz, Jon David. **Retardo Mental, Conceptos para un cambio institucional**. Edit. Trillas; México, 1979.
- Cerda, Hugo. **Los elementos de la investigación**. De Buho, Bogotá, 1983.
- Cirillo, Estefano. **Niños Maltratados**. Edit. Paidós; España, 1991.
- Presidencia de la República. Ministerio de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; **Documento Código del Menor**. Bogotá, 1992.
- Cuadros, Isabel. **La situación de la Niñez Maltratada en Colombia**. ACDMM; Bogotá, 1994.
- De Paul, Ochoterena, Joaquín. **Maltrato y Abandono Infantil; Identificación de Factores de Riesgo**. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; Bilbao, 1988.
- DSM-IV: American Psychiatric Association. Washington, 1995.
- Espert, Francisco. **Institutional Opening and Humanisation**. Serie Metodológica No. 7 . UNICEF; Bogotá, 199
- Espinoza, Vergara Mario. **Evaluación de Proyectos Sociales**. Edit. Humanitas, Buenos Aires, 19

Fisher, Andrew y col. **Manual para el Diseño de Investigaciones Operacionales en Planificación Familiar**. The Population Council. México, 1983.

Gaitán, Correa W. Y Roncancio, H. David. **La Pedagogía del Amor y la Ternura en menores en Circunstancias Especialmente Dificiles**. Tesis Universidad Pedagógica Nacional; Colombia, 1995.

Helfer, Ray E. And Kempe Ruth S. **The Battered Child**. The University of Chicago Press. Chicago, 1987.

Martínez, Roig y De Paul, Ochoterena. **Maltrato y abandono en la Infancia**. Edit. Martínez Roca; España, 1993.

Mejía de Camargo, Sonia. **Manual para la Detección de los casos de Maltrato a la Niñez**. Save the children; Bogotá, 1994.

ANEXO I.

INSTRUMENTOS

ENTREVISTA DIRIJIDA AL DIRECTOR DE LA DIVISION DE ASISTENCIA MENTAL

DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA

1. Descripción del organigrama
2. Determinar los objetivos organizacionales
3. Describir los programas específicos
4. Describir las formas de planeación, operación, seguimiento y evaluación de los programas.
5. ¿Cuántas personas laboran en la casa asistencial “La Colonia”? ¿Qué especialidades?

Profesionales _____ Técnicos _____ Auxiliares _____

6. ¿Existen funciones específicas para cada cargo? ¿Cuentan con un manual?

7. Recursos Financieros

INGRESOS	EGRESOS
Fuentes de Financiación	Salarios
	Mantenimiento
	Alimentación
	Vestido
	Gasto/niño

8. ¿Qué concepto tienen los funcionarios sobre el Retardo Mental?

9. ¿Qué concepto tienen los funcionarios sobre el maltrato infantil?

ENTREVISTA JEFE DE PERSONAL

1. Reclutamiento

¿Cómo llega la gente a la institución?

2. Criterios de Selección

¿Cuáles son?

3. ¿Tienen estratificada el proceso de selección?

4. ¿Qué tipo de contratación se hace?

5. ¿Se realiza algún tipo de inducción?

- Reglamento
- Derechos
- Obligaciones
- Manuales funciones y procedimientos
- Organigrama

6. Capacitación

7. Bienestar Social-Motivación

8. ¿Cuáles son las principales causas de desvinculación?

ENTREVISTA DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL ALBERGUE LA COLONIA

1. ¿Conoce cual es la misión de ésta institución?
2. ¿Qué planes tiene Ud. para “La Colonia” y en particular para el Pabellón Pediátrico?
3. ¿Cómo lo afecta la Ley 100?
4. ¿Cuáles son los principales objetivos de la institución y en particular de “La Colonia”?
5. ¿Cuáles son las políticas que a definido como directora del albergue para lograr estos objetivos?
6. ¿Cómo evalúa y controla que se cumplan
7. ¿Cómo se relaciona el organigrama de la Beneficencia con el de “La Colonia”?
8. ¿Qué autonomía le confiere?
9. ¿Cuántas personas laboran en la casa asistencial “La Colonia”?
Profesionales Técnicos Auxiliares
10. ¿Cuántas personas están asignadas al Pabellón Pediátrico?
Profesionales Técnicos Auxiliares
11. ¿Qué tipo de actividades realizan?
12. ¿ Con qué elementos tecnológicos cuenta “La Colonia” para el tratamiento y mantenimiento de los pacientes?
13. ¿Qué concepción tiene sobre el Retardo Mental?
14. ¿Qué concepción tiene sobre el Maltrato Infantil?

ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS RECURSOS HUMANOS QUE LABORAN EN LA COLONIA

1. Cargo _____

2. Edad _____

3. Escolaridad (Anote años terminados)

Primaria _____

Bachillerato _____

Educación Técnica (indique la especialidad) _____

Pregrado (indique la especialidad) _____

Posgrado (indique la especialidad) _____

4. Antigüedad en la Beneficencia _____ años _____ meses

5. Indique el o los motivos por los que trabaja en la institución:

- Lo asignaron a esta
- Le interesa el campo de la salud mental
- No había otra opción de trabajo
- Cubría sus aspiraciones económicamente
- Otras (indique cuales) _____

6. ¿Por qué lo asignaron al cargo?

- Se encontraba vacante _____
- Por su conocimiento y capacidades
- Otros (indique cuales)

7. ¿Conoce el organigrama de la institución?

SI _____ NO _____

8. ¿Conoce su ubicación en el organigrama de la institución?

SI _____ NO _____

9. ¿Conoce las funciones de su cargo?

SI _____ NO _____

¿Cuales son? _____

10. Ha sido evaluado

SI _____ NO _____

¿Cuándo fue la última vez?

11. Si pudiera cambiar algo en el trabajo que ud. realiza, ¿qué sería lo más importante?

12. ¿Que es para Ud. el Retardo Mental?

13. ¿Qué es para Ud. el Maltrato Infantil?

GUIA DE OBSERVACION

INFRAESTRUCTURA FISICA

1. Mapa del espacio en donde se ubica el pabellón Pediátrico.

2. Servicios

Agua-alcantarillado

Luz

3. Materiales con los que esta construido el inmueble

Piso: -baldosín -cemento - madera _____

Paredes: -baldosín -cemento - estruct. antisísmica _____

Techo: _____

Ventanas: material _____ tamaño _____

Puerta _____

4. Secciones servicios (características)

- Cocina
- Lavandería
- Recolección de Basura
- Extinguidores y salidas de emergencia
- Planes para desastres

GUIA DE OBSERVACION

INFRAESTRUCTURA OPERATIVA

Descripción de los espacios que se utilizan para:

1. Trabajo Social
2. Terapia Ocupacional
3. Terapia Física
4. Terapia de Lenguaje
5. Medicina General
6. Odontología

ESTO
SALIR
BIBLIOTECA



• BOGOTA

• SIBATE

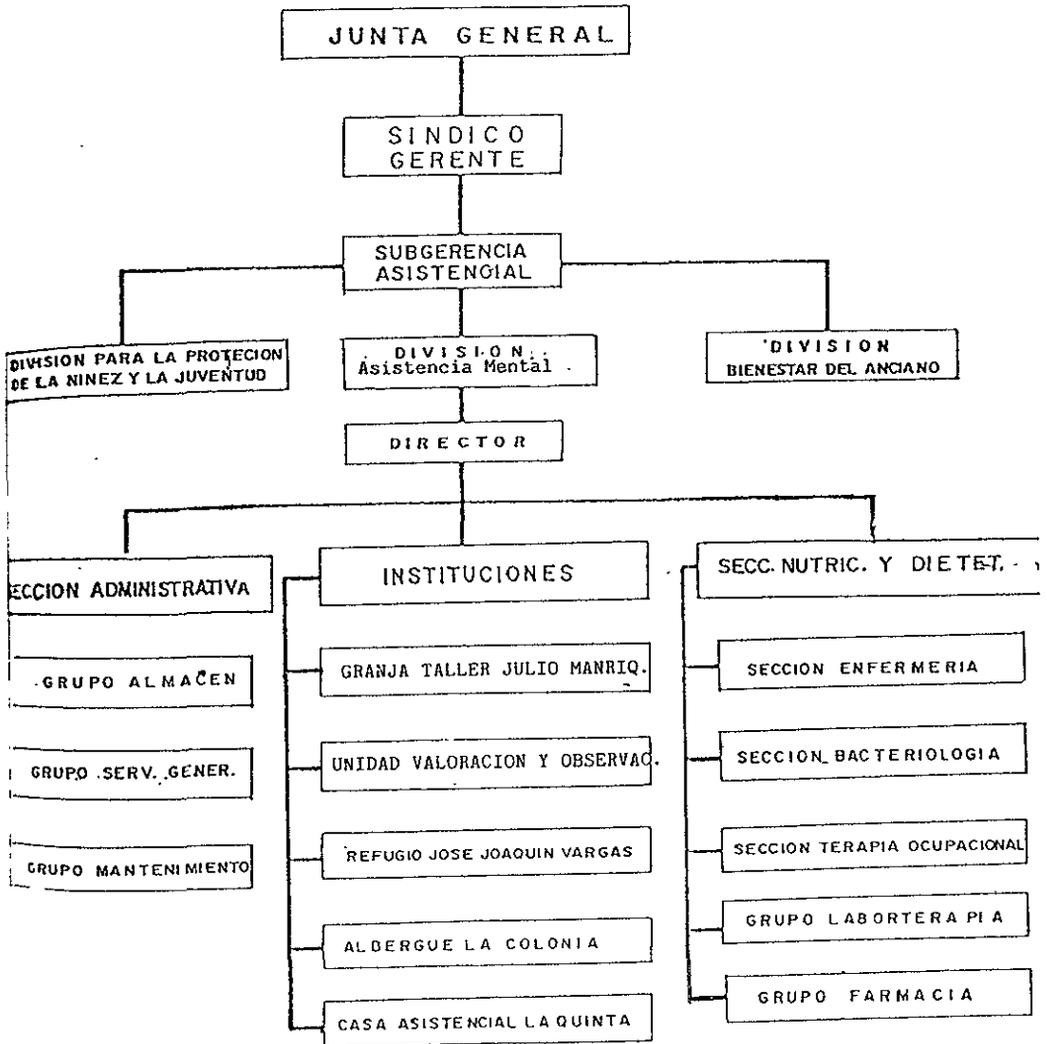
C O N V E N C I O N E S

- ▲ GRANJA TALLER JULIO MANRIQUE
- CASA ASISTENCIAL LA QUINTA
- ◊ REFUGIO JOSE JOAQUIN VARGAS
- ALBERGUE LA COLONIA
- UNIDAD DE VALORACION Y OBSERVACION

ANEXO II.

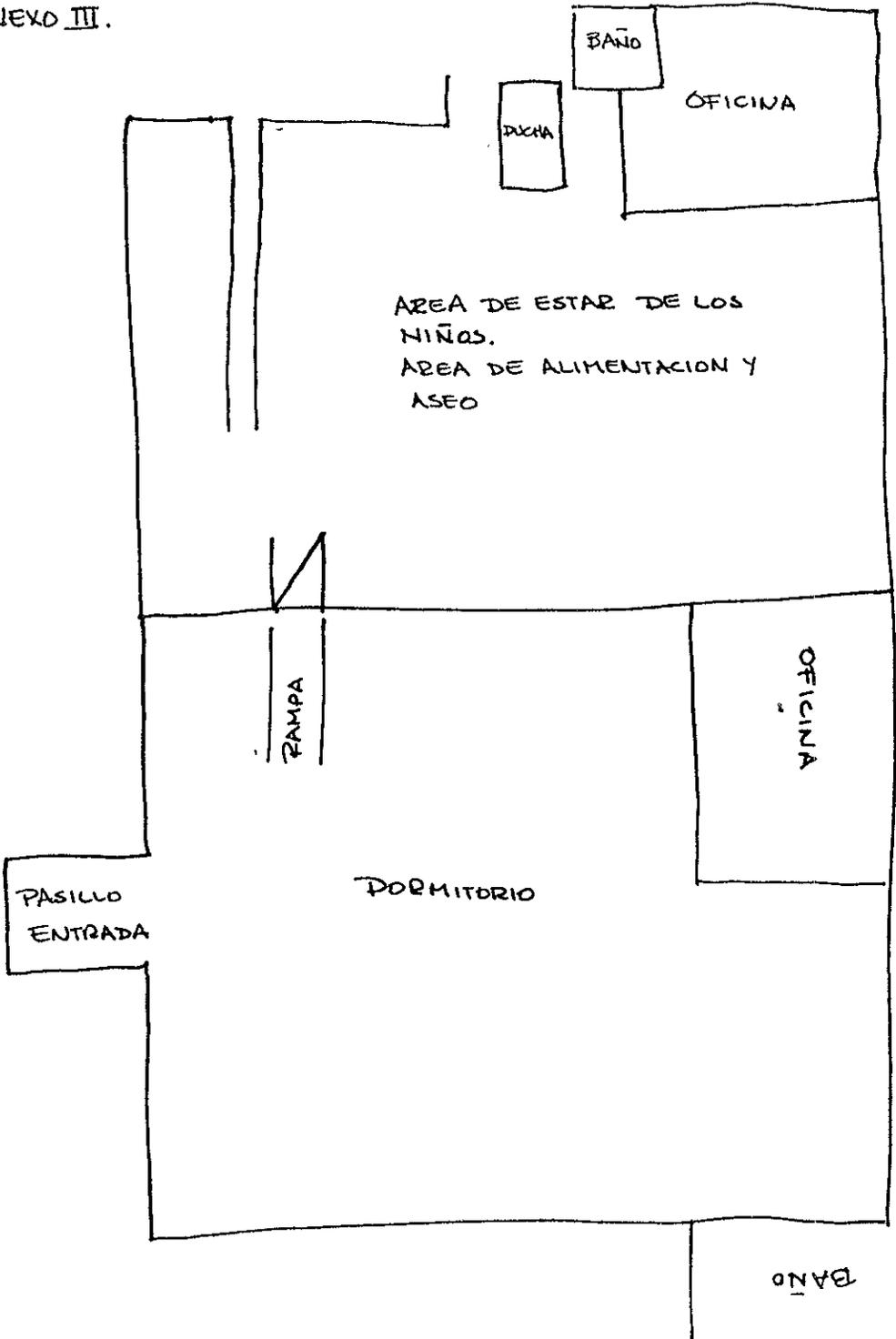
AGENCIA DE COORDINADORA
DIVISION ASISTENCIA MENTAL

ESTRUCTURA ORGANICA INTERNA



ANEXO III.

MAPA PABELLON PEDIATRICO (GIMNASIO)



MAPA CASA ASISTENCIAL "LA COLOMIA"

