

**PARTICIPACIÓN DEL GRUPO DE INVESTIGACION EN
COORDINACION CON LA ENFERMERA JEFE INTEGRANTE EN EL
GRUPO DE APOYO A NIÑOS Y NIÑAS CON SOSPECHA DE ABUSO
SEXUAL EN EL HOSPITAL INFANTIL NAPOLEÓN FRANCO PAREJA**

PARTICIPACIÓN DEL GRUPO DE INVESTIGACION EN COORDINACION CON
LA ENFERMERA JEFE INTEGRANTE EN EL GRUPO DE APOYO NIÑOS Y
NIÑAS CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL INFANTIL
NAPOLEÓN FRANCO PAREJA

COINVESTIGADORES:

PATRICIA ÁVILA HERNÁNDEZ

JACQUELINE GANDARA SAMPAYO

MARÍA MÓNICA GÓMEZ MARTÍNEZ

GLENDIA MONTT DE ÁVILA

UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARTAGENA DE INDIAS D, T Y C.

2011.

PARTICIPACIÓN DEL GRUPO DE INVESTIGACION EN COORDINACION CON
LA ENFERMERA JEFE INTEGRANTE EN EL GRUPO DE APOYO NIÑOS Y
NIÑAS CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL INFANTIL
NAPOLEÓN FRANCO PAREJA

PATRICIA ÁVILA HERNÁNDEZ
JACQUELINE GANDARA SAMPAYO
MARÍA MÓNICA GÓMEZ MARTÍNEZ
GLENDA MONTT DE ÁVILA

TRABAJO DE GRADO

Enf. JACYNTA PENICHE PARRA

Asesora Disciplinar

UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARTAGENA DE INDIAS D, T Y C.

2011.

NOTA DE ACEPTACION

ASESORA METODOLOGICA

ASESORA DISCIPLINAR

Cartagena De Indias D, T Y C. 09 de Junio de 2011.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
1. TITULO.....	1
2. RESUMEN.....	7
3. EL PROBLEMA.....	8
3.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	8
3.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	11
4. JUSTIFICACION.....	12
5. OBJETIVOS.....	18
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
6. MARCO DE REFERENCIA.....	19
6.1 ANTECEDENTES.....	19
6.2 MARCO TEORICO.....	22
6.3 MARCO LEGAL.....	24
6.4 BASES TEORICAS.....	28
7. DISEÑO METODOLOGICO.....	30
7.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	30

7.2 POBLACION Y MUESTRA.....	30
7.3 VARIABLES.....	30
7.4 TECNICAS DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	33
7.5 TECNICAS DE ANALISIS DE RESULTADOS.....	33
7.6 VALIDACION DEL INSTRUMENTO.....	33
7.7 METODO DE ANALISIS.....	33
8. RESULTADOS.....	35
8.1 RECURSOS HUMANOS.....	48
8.2 RECURSOS FISICOS.....	47
9. CONCLUSIONES.....	49
10. RECOMENDACIONES.....	50
11. GLOSARIO.....	51
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Tipo de cuidador.....	63
Tabla 2. Nivel educativo.....	63
Tabla 3. Ocupacion laboral.....	64
Tabla 4. Tipo de abusador.....	64
Tabla 5. Tipo de manipulación.....	65
Tabla 6. Lugar de los hechos.....	65
Tabla 7. Cuanto devenga mensualmente.....	66
Tabla 8. Estrato al que pertenece.....	66
Tabla 9. Tipo de familia.....	67
Tabla 10. Relaciones familiares.....	67
Tabla 11. Pacientes ingresados.....	68
Tabla 12. Genero afectado.....	68
Tabla 13. Lugar de ocurrencia del evento.....	69

LISTA DE GRAFICO

	Pag.
Grafico 1. Tipo de cuidador.....	44
Grafico 2. Nivel educativo.....	45
Grafico 3. Ocupacion laboral.....	46
<Grafico 4. Tipo de abusador.....	47
Grafico 5. Tipo de manipulación.....	48
Grafico 6. Lugar de los hechos.....	49
Grafico 7. Cuanto devenga mensualmente.....	50
Grafico 8. Estrato al que pertenece.....	51
Grafico 9. Tipo de familia.....	52
Grafico 10. Relaciones familiares.....	53
Grafico 11. Pacientes ingresados.....	54
Grafico 12. Genero afectado.....	55
Grafico 13. Lugar de ocurrencia del evento.....	56

2. RESUMEN

INTRODUCCION. El Abuso sexual es cualquier clase de placer sexual con un menor por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad; no es necesario que exista un contacto físico (penetración), si no por ser un objeto de satisfacción sexual , seducción verbal , exposición de órganos sexuales, realización del acto sexual en presencia del menor , masturbación, pornografía.

OBJETIVO. Coordinar con la enfermera Jefe integrante del grupo de apoyo, con el fin de identificar niños y niñas con sospecha de abuso sexual donde la enfermera con su intervención logre disminuir el índice de esta población que consultan en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja.

POBLACION Y MÉTODO. El tipo de estudio es descriptivo transversal el cual se llevo a cabo en niños y niñas del hospital infantil Napoleón Franco Pareja. Se tomaron datos sobre las características de la población y se calculo los tipos de cuidadores, los tipos de abuso, niveles educativos, barrios en los que más se presentan los abusos.

RESULTADO. Se estudiaron 18 casos donde se pudo evidenciar el 33.3% sospecha de abuso sexual y el 66.7% donde las niñas son las mas afectadas en un 72.2% y, el agresor, una persona cercana en la mayoría de ocasiones en un 66.7%

Conclusión. La mayor frecuencia de consultas por abuso sexual son hijos de padres separados que por lo general viven en barrios de estrato bajo con características socio económicas degradadas y niveles de estudio bajo.

Palabras claves: abuso sexual, intervención de enfermería

3. EL PROBLEMA

3.1 Descripción del problema

El concepto de infancia está condicionado históricamente, por lo que a lo largo de los siglos se entiende por "niño", y que ha ido variando según las distintas culturas y su respectivo desarrollo. La infancia es mucho más que la época que transcurre antes de que la persona sea considerada un adulto: se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años. Sin embargo, a pesar de numerosos debates intelectuales sobre la definición de la infancia y sobre las diferencias culturales acerca de lo que se debe ofrecer a los niños, y lo que se debe esperar de ellos, siempre ha habido un criterio ampliamente compartido de que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse. (UNICEF. Estado mundial de la infancia 2005).¹

En la actualidad, la comunidad internacional utiliza la definición que ofrece la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en su Artículo 1, para definir la niñez como "todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad."

La Convención es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de normas universales relativas a la infancia, y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria, vinculante para los estados que la han firmado.

¹ Amaro Cano MC, Núñez M. La Florence Nightingale. Rev. Cubana Enfermería 1996

La definición de abuso sexual infantil (ASI) utilizada clásicamente se refiere al compromiso de un niño en actividades sexuales que no corresponden a su etapa evolutiva, es decir, a su desarrollo psicosexual; siendo por definición emocionalmente inmaduro y dependiente, no está capacitado para dar su consentimiento a acciones que violan los tabúes de los roles familiares y de la cultura a la que se pertenece. Asimismo, se propone comprender el abuso sexual no solo como la penetración oral, anal o vaginal sino también como toda forma de toqueteo, exhibicionismo, masturbación, pornografía, etc., o sea toda forma que sobrepase el tono erótico tolerable para un niño. Se considera abusivo el trato sexual aun entre niños que por estar en distinta etapa evolutiva se encuentran en una relación asimétrica, lo cual genera una situación de poder y coerción de uno sobre el otro. Este hecho debe alertar sobre la posibilidad de que un adulto haya abusado previamente del niño "abusador".²

"Cualquier niño puede ser objeto de acercamientos sexuales. Por su inmadurez, su dependencia y su necesidad de afecto tiende a confiar en los mayores y puede ser engañado con facilidad, en especial los más pequeños. Sin embargo, para que un episodio abusivo se transforme en una situación crónica se requieren otros ingredientes: la tendencia familiar a mantener los secretos mediante ocultamientos y mentiras hace que se instalen refinados mecanismos de comunicación familiar que conducen, indefectiblemente, a la distorsión de las percepciones de todos los integrantes".³

² Trabajo realizado por el Comité de Salud Mental. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar: *Dres. Ana G. Sacroisky, Alejandra Semisa, Amalia Fairman, Dora Felbarg, Javier Indart, Juan P. Viar, María Kuitca, Mónica Oliver y Lic. Julieta Tomasini.*
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000400014

³ Mercado, Marcos, Sexualidad infantil. Signos de abuso infantil y violencia familiar.
<http://www.elportaleducativo.com.ar/articulos/SexualidadInfantil>

Desde nuestra experiencia, el diagnóstico inicial del abuso sexual es un diagnóstico de sospecha. La certeza o el grado de probabilidad se obtienen después de un proceso de valoración de los indicadores mediante el estudio médico, social y psicológicos un diagnóstico que se sitúa en una escala de probabilidad, según la especificidad o confluencia de diferentes categorías de indicadores de sospecha.

Dado que hemos de intervenir diferentes profesionales es necesario, compartir un concepto de abuso sexual a menores que permita dar respuestas a criterios legales y de salud.

Cual debe ser objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

La aplicación de la estrategia AIEPI se realiza luego de una adaptación nacional que permite ajustarla a las peculiaridades de cada país. Eso ha contribuido a educar los contenidos básicos de la estrategia a los patrones epidemiológicos de morbilidad y mortalidad de cada país y ha permitido incorporar contenidos adicionales, según sea su importancia como agentes que afectan la salud de los niños asociados a la existencia de abuso sexual.⁴

⁴ Manual básico para el diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil. Save the Children. Reino Unido. Bogotá, Colombia. Segunda Edición. Marzo 2002.
<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato1.pdf>

3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál sería la participación en coordinación con la Enfermera Jefe, integrante en el grupo de apoyo en niños y niñas con sospecha de abuso sexual?

4. JUSTIFICACIÓN

La violencia es un fenómeno que por su magnitud, gravedad y trascendencia es reconocida a nivel mundial como un problema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social que daña la salud y la vida de las personas, las familias y la sociedad. Desde 1993 los Ministros de salud de la región de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen que la violencia es un problema de salud pública grave y urgente que afecta a la salud y al desarrollo social y económico de las poblaciones. En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud, declaró que la violencia es un grave problema de salud que causa el 4% de todas las muertes de personas en el mundo.

Se entiende por violencia al uso de amenazas o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder (físico, psicológico o sexual), contra otra persona, grupo o comunidad o contra sí mismo, con alta probabilidad de producir daño en la salud y en la libertad de movimiento de la víctima. La violencia puede ser: Física, psicológica o sexual.

En la actualidad la participación de la enfermera no se ha visto de forma activa, en el grupo de apoyo en niños con sospecha de abusos sexual en el hospital Napoleón franco pareja; siendo este el motivo de nuestro interés a investigar porque por que la enfermera como ser integral no se encuentra interactuando con el grupo de apoyo; en este tema de interés social que está afectando nuestra sociedad más cada día y a nuestros niños y niñas .

La participación de la enfermera a nivel del distrito de Cartagena va dirigida hacia, La prevención primaria de esta "enfermedad social" debe ser un objetivo a conseguir en todas las poblaciones. Las familias que presenten riesgo de malos tratos deben recibir una atención especial, con una intervención precoz, atención y asesoramiento para conseguir una vida más relajada, considerando la posibilidad de una visita domiciliaria para los padres con alto riesgo de maltratar a sus hijos. Es esencial determinar si el niño corre un riesgo inmediato y si es peligroso que salga de la consulta pediátrica y regrese a su hogar. Se deben dar a conocer los hallazgos físicos preocupantes y que levantan sospecha de lesión intencionada, al progenitor o persona a cargo del niño.

Ante la sospecha de malos tratos, abusos o abandono de un menor todo personal sanitario, maestros y otros profesionales, es competencia de todos detectar la violencia hacia el menor, informar de ello e intentar poner métodos de tratamiento adecuados por medio del trabajo en equipo para entre todos, paliar los efectos que a corto y largo plazo aparecerán en el desarrollo físico, y psíquico y social del niño maltratado.

El reconocimiento de malos tratos y abandono del menor requiere un trabajo en equipo, tanto médicos de atención primaria, personal de enfermería, psicólogos, psiquiatras infantiles, trabajadores sociales así como especialistas en nutrición pueden ayudar a las familias que los padezcan. El reconocimiento y tratamiento inmediato son de vital importancia; resultando a menudo el tratamiento más fácil que la intervención psicológica, que será imprescindible después. Es importante incluir a todos los miembros de la familia en la intervención y tratamiento de una manera apropiada a su edad, se debe trabajar con la familia como unidad y a su vez con cada uno de los miembros de forma separada. Muchos expertos consideran la permanencia en casa del "niño víctima", conservando la integridad familiar, como un recurso para frenar los malos tratos, estabilizar la función familiar

y educar a los padres. Pero estos tratamientos "humanos" no disminuyen los malos tratos y abandono de menores, por lo que en la actualidad los métodos utilizados incluyen guardería terapéutica, clases a los padres, grupos de autoayuda, programas de barrio... a través de los cuales se intenta proporcionar al menor un lugar más seguro donde vivir con modelos positivos. El principal objetivo relacionado con los padres es el reconocer el problema de los malos tratos y abandono del niño, aprender a controlar el estrés y que puedan conocer dónde conseguir ayuda a cualquier hora del día.

Abuso sexual: bienestar familiar y alcaldía de Cartagena

La ciudad de Cartagena permitió identificar diferentes tipologías de la explotación sexual infantil. En todas, el denominador común es la actitud cómplice de la familia y del entorno social inmediato.

Se encontraron tres tipos de explotación:

- Circunscrita al entorno social inmediato.
- Circunscrita a los circuitos de prostitución.
- Comercial específica.

En el primer caso, los explotadores son los mismos familiares o vecinos. Aunque pareciera tratarse de casos de abuso sexual, no de explotación sexual, media el chantaje, por lo regular por alimentos.

Los factores propiciatorios de esta situación son la pobreza y el hambre; el descuido o la complicidad de los familiares; la falta de acción de la comunidad inmediata al niño, que por lo regular conoce la situación pero no hace nada en defensa del menor de edad. Se observa que en este caso la niña está en una situación de indefensión propiciada por un hogar en el que hace falta el padre y la madre trabaja o se dedica a la vida social en el barrio, descuidando a sus hijos. El explotador es un familiar o un vecino que se aprovecha de las carencias habituales de la niña y le ofrece, comúnmente alimentos.

La influencia de las pandillas en sectores populares también es un factor que puede propiciar la explotación de los niños, especialmente cuando la niña llega a la pubertad y es requerida sexualmente por miembros de estos grupos, los cuales pueden llegar a la coerción.

En esta categoría los niños más afectados son los más pequeños, pre-púberes. El otro tipo de explotación sexual identificado está circunscrito al negocio regular de la prostitución. En este caso los explotadores son hombres que frecuentan establecimientos donde se ofrecen mujeres de diferentes edades, y por supuesto los proxenetas. Por lo regular las víctimas son adolescentes de 16 años en adelante.

La explotación sexual de los niños apariencia juvenil, aunque no necesariamente sean sujetas a una oferta especial; tanto así que con frecuencia mienten sobre su edad, informando que tienen 18 años. Para el cliente-explotador puede no ser clara la edad de quien ofrece los servicios sexuales y no necesariamente está en busca de esa oferta; sin embargo, los proxenetas suelen conocer el origen de la niña y su edad. Esta situación es propiciada por falta de controles más efectivos

por parte de las autoridades, por el afán de los dueños y administradores de establecimientos por contar con mujeres más jóvenes que atraigan clientela. Es frecuente que las niñas hayan sido víctimas de abuso o explotación en su entorno familiar y comunitario inmediato y también es frecuente la deserción escolar.

El último tipo de explotación sexual infantil encontrado sí corresponde a una oferta especializada, donde se busca y se ofrece específicamente el contacto sexual con menores de edad. La retroalimentación entre demanda y oferta ha fortalecido la existencia de redes muy abiertas que facilitan el acceso a niñas, cuyo valor se tasa dependiendo de la procedencia del turista, pero especialmente de la supuesta edad de la menor de edad. Aunque puede reconocerse esta tipología de explotación sexual, no existen categorías puras. En diferentes casos hay comunicación entre estas categorías. Sin embargo, podrían ser útiles para trazar diferentes estrategias de atención de esta problemática. En cuanto al perfil general de las niñas explotadas sexualmente se observa que están entre los 14 y los 17 años, residen en Cartagena y nacieron en esta ciudad; se encuentran por fuera del sistema educativo y de seguridad social; suelen manifestar una baja autoestima; presentan además deficiencias en habilidades sociales y de comunicación. Llama la atención que 34% de las niñas entrevistadas tuvo su primera experiencia sexual por violación. La familia del menor de edad explotado se desenvuelve en medio de grandes carencias económicas. Por lo regular el hogar está dirigido por una madre joven en estrecho contacto con otros familiares y vecinos, aunque no hay una respuesta adecuada a las necesidades económicas, afectivas y de cuidado por parte de las redes familiares. El nivel educativo promedio de la familia es bajo, es decir, los adultos no terminaron la educación secundaria básica. También hay altos niveles de violencia intrafamiliar y formas de comunicación poco afectivas.

En las familias de las niñas explotadas también es frecuente encontrar antecedentes de abuso, explotación sexual y prostitución. El consumo de sustancias psicoactivas en el entorno familiar y comunitario es otro factor que llamó la atención., Aquí se ha intentado establecer un perfil de los actores más directamente implicados en la explotación sexual de los niños; por supuesto, hay que referirse a los explotadores.

En la investigación se quiso distinguir cuáles son las características de los clientes; es decir, de los hombres que acuden a establecimientos o que buscan este tipo de contactos a través de enlaces en diferentes sitios de la ciudad. En cuanto a sus características socio demográficas, no fue posible distinguir un perfil. Lo anterior pudo ser resultado de una deficiencia en la investigación o debido a que este comportamiento no es característico de un tipo específico de sujeto. Lo que sí pudo confirmarse fue la existencia de una red extensa en la cual participan personas de diferentes oficios y niveles en la actividad turística.

En el Distrito los niños, niñas y adolescentes tienen problemas de Explotación sexual, Abuso sexual y Maltratos.

La explotación sexual con fines comerciales ejercida contra los niños, las niñas y adolescentes es otra de las principales causas de su muerte, las cifras muestran dos muertes en los últimos dos años. Según información suministrada por medicina Legal, ICBF y organizaciones como Renacer, se ha identificado la ocurrencia de distintas modalidades entre ellas, la utilización en prostitución, pornografía, trata con fines sexuales y la utilización sexual de niños y niñas con fines sexuales por parte de turistas nacionales y extranjeros (comercio sexual). De acuerdo a información suministrada por ICBF para el año 2007 se encontraron 60

niños y niñas explotados sexualmente, los cuales son atendidos a través de fundaciones con experiencia en la problemática.

Hablar de estadísticas en los casos de explotación sexual no es posible, dado el subregistro, el miedo a denunciar, el desconocimiento del hecho como una vulneración de derechos, la clandestinidad en la que se da la práctica y en muchos casos la no generación de conciencia del problema por parte de las víctimas o de sus familias, sin embargo podemos hablar del registro de casos atendidos en la Fundación Renacer en las tres modalidades de atención (acercamiento, externado o centro ambulatorio y el hogar permanente o internado) En cuanto el abuso sexual, según medicina legal se presentaron 309 casos en el año 2008, Vemos con preocupación que la tendencia desde el año 2007 y en lo corrido del año 2009, y la mayor ocurrencia se presenta en el ciclo de vida de la adolescencia en las niñas de 13 y 14 años.

Fuente: Medicina Legal

Lo dramático también de este fenómeno es el lugar de ocurrencia y el agresor, la mayoría de los casos suceden en la propia vivienda y es cometido por personas conocidas. En su gran mayoría este delito es cometido por hombres, de la vergonzante lista de hombres que cometen este delito no se escapa casi ninguna categoría, siendo el vecino el principal agresor, seguido por familiares (tíos, hermanos, primos, abuelos, padres), novios, padrastros, ex novios, pandillas, compañeros de estudios, compañero permanente y jefes. La violencia ejercida contra los niños, las niñas y adolescentes es otro de los principales problemas que durante el año 2008 en el Distrito de Cartagena, se registraron 577 casos de maltrato infantil, denunciados a través de la red de las Comisarias de Familia de

las tres localidades del Distrito, siendo la localidad Industrial de la Bahía, la de mayor denuncia de casos registrados con 179 casos es decir el (33%).

El Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) reporto 31 casos y el Hospital Napoleón Franco Pareja, reporto 26 casos de violencia intrafamiliar. Cabe destacar que el 86.6% de las víctimas es de sexo femenino. El 61% de los casos proviene del estrato 1, se identificaron como factores de riesgo: La inestabilidad familiar (58%), y hacinamiento (26%). La forma más frecuente de maltrato fue la violencia física (17.7%), violencia psicológica, el abuso sexual (13.6%) y la explotación sexual (12.8%). La negligencia o abandono como forma de violencia aparece reportada en (13.2%), y en porcentajes similares la violencia de tipo económico y/o laboral (12.8%) y la inasistencia alimentaria (12.9%).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Coordinar con la enfermera Jefe integrante del grupo de apoyo, con el fin de identificar niños y niñas con sospecha de abuso sexual donde la enfermera con su intervención logre disminuir el índice de esta población que consultan en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja.

5.2 Objetivos Especificos

- Identificar los problemas más comunes en niños y niñas con sospecha de abuso sexual.
- Ofrecer orientación, apoyo e información a los padres para prevenir el abuso sexual en niños y niñas.
- Diseñar un instrumento donde se evidencia la problemática más común que presenta los niños y niñas con sospecha de abuso sexual en el hospital infantil Napoleón Franco Pareja.
- Elaborar un protocolo con base a las guías del menor.
- Incentivar a los diferentes grupos de la escuela de enfermería para que hagan parte del grupo de apoyo.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1. Antecedentes

Antecedentes de la sospecha de abuso sexual

Abuso sexual infantil.

De manera genérica, se considera abuso sexual infantil o pederastia a toda conducta en la que un menor es utilizado como objeto sexual por parte de otra persona con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder. Se trata de un problema universal que está presente, de una u otra manera, en todas las culturas y sociedades y que constituye un complejo fenómeno resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales. Supone una interferencia en el desarrollo evolutivo del niño y puede dejar unas secuelas que no siempre remiten con el paso del tiempo.⁵

El abuso sexual constituye una experiencia traumática y es vivido por la víctima como un atentado contra su integridad física y psicológica, y no tanto contra su sexo, por lo que constituye una forma más de victimización en la infancia, con secuelas parcialmente similares a las generadas en casos de físico, abandono emocional, etc. Si la víctima no recibe un tratamiento psicológico adecuado, el malestar puede continuar incluso en la edad adulta.

⁵ BANGE, Dirk: «Abusos sexuales de los niños», en *Mente y cerebro* (págs. 38-43), 32, 2008.

En su mayoría, los abusadores son varones (entre un 80 y un 95% de los casos) heterosexuales que utilizan la confianza y familiaridad, y el engaño y la sorpresa, como estrategias más frecuentes para someter a la víctima. La media de edad de la víctima ronda entre los 8 y 12 años (edades en las que se producen un tercio de todas las agresiones sexuales). El número de niñas que sufren abusos es entre 1,5 y 3 veces mayor que el de niños.⁶

Los niños con mayor riesgo de ser objeto de abusos son:

- aquellos que presentan una capacidad reducida para resistirse o para categorizar o identificar correctamente lo que están sufriendo, como es el caso de los niños que todavía no hablan y los que tienen retrasos del desarrollo y minusvalías físicas y psíquicas.
- aquellos que forman parte de familias desorganizadas o reconstituidas, especialmente los que padecen falta de afecto que, inicialmente, pueden sentirse halagados con las atenciones del abusador;
- aquellos en edad pre púber con claras muestras de desarrollo sexual;
- aquellos que son, también, víctimas de maltrato.

Según un cálculo de las llamadas «cifras ocultas», entre el 5 y el 10% de los varones han sido objeto en su infancia de abusos sexuales y, de ellos, aproximadamente la mitad ha sufrido un único abuso.

Los abusos a menores de edad se dan en todas las clases sociales, ambientes culturales o razas. También, en todos los ámbitos sociales, aunque la mayor parte ocurre en el interior de los hogares y se presentan habitualmente en forma de

⁶ BANGE, Dirk: «Abusos sexuales de los niños», en *Mente y cerebro* (págs. 38-43), 32, 2008.

tocamientos por parte del padre, los hermanos o el abuelo (las víctimas suelen ser, en este ámbito, mayoritariamente niñas). Si a estos se añaden personas que proceden del círculo de amistades del menor y distintos tipos de conocidos, el total constituye entre el 65-85% de los agresores.

Los agresores completamente desconocidos constituyen la cuarta parte de los casos y, normalmente, ejercen actos de exhibicionismo; sus víctimas son chicos y chicas con la misma frecuencia.

El 20-30% de los abusos sexuales a niños son cometidos por otros menores.

Es un acto considerado un delito por la legislación internacional y la mayoría de los países modernos, aunque no siempre haya una correspondencia entre el concepto psicológico y el jurídico del problema y no exista consenso sobre los procesamientos jurídicos de los abusadores.⁷

Los testimonios de las personas que han sido objeto de abusos sexuales suelen ser ciertos. Respecto de los adultos, el síndrome de la «memoria falsa» suele ser poco frecuente debido a que se trata de sucesos que dejan una impronta muy relevante en la memoria. La American Psychological Association (Asociación Psicológica Estadounidense o APA) cuestiona la creencia en el supuesto síndrome de memoria implantada (no reconocido por el DSM IV) y declara en su informe oficial sobre el tema¹⁰ que no se debe considerar que los recuerdos de abuso sexual infantil que aparecen en la adultez sean falsas memorias implantadas (aún cuando no tengamos pruebas que nos permitan interpretarlos literalmente como verdades históricas) ya que existen pruebas para afirmar que

⁷_BANGE, Dirk: «Abusos sexuales de los niños», en *Mente y cerebro* (págs. 38-43), 32, 2008.

los abusos sexuales padecidos durante la infancia son tan traumáticos que muchas veces suelen ser olvidados y en algunos casos emergen en la adultez.

6.2 MARCO TEÓRICO

Abuso sexual: Cualquier clase de placer sexual con un menor por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad; no es necesario que exista un contacto físico (penetración), si no por ser un objeto de satisfacción sexual, seducción verbal, exposición de órganos sexuales, realización del acto sexual en presencia del menor, masturbación, pornografía.⁸

Programa: Previa declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia u ocasión, listando detalladamente las distintas partes del proyecto.

Psicodiagnóstico: Estudio teórico y práctico de los diversos procedimientos que sirven para el diagnóstico o conocimiento de las características psíquicas de un individuo o grupo.

Técnica: Método aplicado al desarrollo de un proceso que requiere una secuencia ordenada.

Víctima: Persona que se expone a un grave riesgo, padeciendo daño físico y emocional por culpa ajena o por causa fortuita

Violencia Física: Acciones comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona.

Violencia Sexual: Acción u omisión directa e indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa e indirecta, humillación y aislamiento

⁸[http://redes-cepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/DIDACTICA CURRICULO/DICCIONARIO%20PEDAGOGICO.htm](http://redes-cepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/DIDACTICA%20CURRICULO/DICCIONARIO%20PEDAGOGICO.htm)

Intervención enfermería: Se define como una Intervención Enfermera a Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.⁹

Protocolo: Un protocolo es la definición y descripción ordenada de las acciones que se han de llevar a cabo en una situación determinada, especificando claramente la responsabilidad de cada una de las personas que intervienen en la misma.

⁹ Bulechek M. Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería, Quinta edición.

6.3 MARCO LEGAL

El presente proyecto se reglamente en las siguientes leyes y normas:

El Código del menor tiene por objeto garantizar a los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en el territorio nacional el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos fundamentales. Para tales fines, este Código define y establece la protección integral de estos derechos regulando el papel y la relación del Estado, la sociedad, las familias y los individuos con los sujetos desde su nacimiento hasta cumplir los 18 años de edad. La protección de la infancia y de la adolescencia es un compromiso de la comunidad mundial. En Colombia se destaca la nueva Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, mediante la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, cuyo objeto es “establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizarles el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección se hará obligación de la familia, la sociedad y el Estado”. Es necesario su promulgación y divulgación en toda la comunidad académica, para que las personas que la integran sirvan de gestores de los nuevos avances formativos, lográndose su socialización, su conocimiento y lo más importante, su efectividad, pues todos somos co-responsables del cumplimiento de los derechos y garantías de sus destinatarios. De esta manera debemos garantizar e identificar los alcances de la profesional de enfermería aplicabilidad del nuevo “Código de la infancia y la Adolescencia”, para de esta manera determinar los nuevos retos a los que se enfrentan los profesionales que incurren directamente en el ejercicio de la protección y restablecimiento de derechos de los niños, las niñas y adolescentes,

mostrando así el aporte de la profesión frente a garantizar la realización de la normatividad y al cumplimiento de la misma.

De esta manera, los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes se encuentran contenidos en el Título I del Código del menor y estos son los siguientes:

Derechos a la vida y a la Salud Acerca de esto el Art. 3 dice: "Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida.

El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas a asegurar la sobrevivencia, la salud y su desarrollo integral.

Derecho al nombre y a la nacionalidad El Art. 4 expresa: "Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nombre y a una nacionalidad."

Derecho a ser inscritos en el registro civil. El Art. 5, expone: " Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser inscritos en el Registro del Estado Civil, inmediatamente después de su nacimiento, de conformidad con la ley.

Inscripción con autorización judicial. El Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia gestionará la inscripción del nacimiento y la expedición del acta correspondiente al niño, niña o adolescente, en aquellos casos en que sus padres, madres o responsables estén imposibilitados de hacerlo, ante el Oficial Civil correspondiente, con la previa autorización del Tribunal de Niños, Niñas y Adolescentes.

Derecho a mantener relaciones personales y contacto directo con el padre y la madre. El Art.8 dice al respecto: " Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho, de forma regular y permanente, a mantener relaciones personales y contacto directo con el padre y la madre, aun cuando exista separación entre estos, salvo que ellos sea contrario a su interés superior, lo que debe ser comprobado y autorizado por la autoridad judicial correspondiente."

Derecho a la cultura, deporte, tiempo libre y recreación. El Art. 10 se expresa que: "Es obligación del Estado, en especial de las instituciones que integran el Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia (CONANI), garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes el derecho a:

Disfrutar de todas las manifestaciones culturales que aporten al desarrollo integral de su persona.

Espacios adecuados para hacer uso apropiado del tiempo libre.

Jugar y participar en actividades recreativas y deportivas.

Educación en áreas artísticas.

Actividades que fomenten el desarrollo del talento y la creatividad.

Disfrutar de una cultura de paz."

8. Derecho al Medio Ambiente sano. El Art. 11 dice al respecto: "Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un medio ambiente sano y a la preservación y disfrute del paisaje. La familia, la comunidad y el Estado deberán garantizar que le ambiente en que se desarrolle el niño, niña y adolescente esté libre de contaminación e impida que ponga en peligro su salud. "

Deberes de los Niños, Niñas y Adolescentes

En el Art. 2 del Código se expone claramente los deberes de los Niños, Niñas y Adolescentes:

"El Estado, a través de sus instituciones, los medios de comunicación, la familia y la comunidad en general, promoverá el fomento de valores y principios, a fin de que los niños, niñas y adolescentes puedan cumplir con los siguientes deberes:

Honrar a la Patria a través del respeto a sus símbolos, héroes y heroínas;

Valorar y respetar la familia como núcleo social, honrando y obedeciendo a sus padres o responsables, quienes, a su vez, deben aceptar y respetar sus derechos y no contravenir el ordenamiento jurídico;

Actuar con apego a los principios de la convivencia democrática, solidaridad social y humana;

Respetar la libertad y diversidad de conciencia, pensamiento, religión y cultura;

Cumplir con sus responsabilidades escolares, familiares y comunitarios;

Contribuir a la preservación del medio ambiente, a través de la conservación de los espacios de la comunidad que habita;

Cumplir y respetar las leyes, al igual que cualquier otro deber establecido en las mismas.

En la actualidad como se observa la participación de la enfermera

Actualmente existe un aumento en la incidencia de lesiones por maltrato infantil, por lo que la organización mundial de la salud, en la 49 asamblea mundial adopto "la violencia es un problema prioritario de salud pública, por sus graves consecuencias, inmediatas y futuras, para la salud y el desarrollo psico-social de personas, familias, comunidades y países"; así como por las repercusiones económicas que produce la atención a los casos y sus familias.

Es por lo que nos planteamos la necesidad de incorporar la metodología enfermera en la prevención del maltrato infantil, favorecer el proceso enfermero en el diagnóstico precoz, y la puesta en práctica del plan de cuidados en el maltrato infantil, relacionando los diagnósticos con los criterios de resultados e intervenciones más frecuentes.

No obstante, son pocos los programas que se han evaluado con rigor, existen lagunas en el conocimiento y se necesitan investigaciones sobre las estrategias para prevenir el maltrato infantil y mitigar sus consecuencias. Existe igualmente un desequilibrio en la orientación de los programas: se concede menos interés a las estrategias basadas en la familia, la comunidad educativa escolar y grupos sociales de riesgo que a los programas centrados en los factores individuales y relacionales.

El maltrato infantil es prevenible y evitable si reorientamos nuestros esfuerzos hacia los resultados en salud, mediante estrategias multidisciplinarias de prevención primaria, integradas simultáneamente en varios niveles y diferentes sectores de la sociedad, costo-eficaces, durante el ciclo de la vida, y basadas en la evidencia.

Los profesionales que atienden a la infancia, deben estar capacitados para realizar la detección precoz del maltrato infantil y conocer los circuitos existentes para su derivación a servicios especializados con el fin de tratar este problema y evitar la repetición de episodios posteriores más graves o que el caso de sospecha no progrese o se pierda.

A esto, se une que el maltrato infantil se produce generalmente, en el seno de familia, lo que es un obstáculo más para que los propios padres se declaren como agresores y denuncien el caso; y la falta formación especializada de los profesionales que atienden a la infancia para la detección del maltrato infantil.

MARCO ETICO

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c. A la prevención y control de los problemas de salud.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo.

CAPITULO III.

DE LAS INVESTIGACIONES EN MENORES DE EDAD O DISCAPACITADOS.

ARTICULO 23. Además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquella que se realice en menores de edad o en discapacitados físicos y mentales, deberá satisfacer plenamente todas las exigencias que se establecen en este capítulo.

ARTICULO 24. Cuando se pretenda realizar investigaciones en menores de edad, se deberá asegurar que previamente se hayan hecho estudios semejantes en personas mayores de edad y en animales inmaduros; excepto cuando se trate de estudios de condiciones que son propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades.

BASES TEORICAS

DOROTEAM OREM

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Coincido con la autora en las definiciones elaboradas por ella ya que la persona tiene que ser visto como un ser holístico y por ende desde el punto de vista biológico y social. Aunque ella no hizo una definición del entorno no lo omitió en ningún momento ya que al definir el concepto de persona dijo que este es afectado por el entorno y a partir de las modificaciones del mismo, el ser humano es capaz de actuar, es decir que ella conocía que el entorno, la persona y la salud estaban estrechamente relacionados.

Una vez definidos los elementos que conformarían el marco conceptual de su teoría o modelo, Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras relacionadas entre sí:

a) Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".¹⁰

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias

¹⁰ Orem E. Dorothea, Conceptos básicos de enfermería

para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

“La enfermera ayuda al individuo a llevar a cabo y a mantenerse por sí mismo de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de investigación

El tipo de estudio es descriptivo retrospectivo el cual se llevo a cabo en niños y niñas del hospital infantil Napoleón Franco Pareja.

Descriptivo: el grupo investigador coordinara con la enfermera jefe y asi evidenciar cuales son los factores más comunes en estos niños diseñando un protocolo basado en las guías de atención del menor.

Retrospectivo: el grupo investigador tomara información consignadas en las historias clínicas de los niños con sospecha de abuso sexual entre los meses de enero a julio del 2011.

7.2. Población y muestra

De 18 niños y niñas que ingresaron al hospital infantil Napoleón Franco Pareja en el periodo comprendido entre enero y junio del 2011 se seleccionaron 18 niños y niñas con sospecha de abuso sexual.

7.3. Variable

HIPOTESIS

Si se participa en coordinación con la enfermera jefe integrante en el grupo de apoyo en niños y niñas con sospecha de abuso sexual se logrará disminuir el

índice de esta problemática de los niños que consultan en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Participación en coordinación con la Enfermera Jefe integrante en el grupo de apoyo en niños y niñas con sospecha de abuso sexual con su intervención de enfermería.

VARIABLES DEPENDIENTES:

¿Disminuir el índice de sospecha de abuso sexual de niños y niñas que consultan el Hospital Infantil Napoleón Pareja?

Definición de variables

Variable independiente:

A través de la participación y coordinación con el grupo de apoyo, la enfermera podrá realizar intervenciones encaminadas a fomentar el establecimiento de un vínculo afectivo seguro entre padres e hijos realizando tareas de sensibilización y capacitación ante la sospecha de abuso sexual.

Variable dependiente:

Las acciones se realizaran con las familias y los niños, identificando los casos de maltrato para desarrollar con éxito la función preventiva en la Institución – Hospital Napoleón Franco Pareja.

VARIABLE DEPENDIENTE		
PARTICIPACIÓN EN COORDINACION CON LA ENFERMERA JEFE INTEGRANTE EN EL GRUPO DE APOYO A NIÑO (AS) CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL INFANTIL FRANCO PAREJA		
ITEM	DIMENSIONES	INDICADORES
1	Identificación de casos	*Educar
2	Planear con el grupo de apoyo nuevas estrategias	*Disminución el índice de sospecha de abuso sexual.
3	Análisis de comportamiento de los niños y niñas	*Prevención de maltrato.
4	Valoración física y psicológica	*bajo rendimiento académico
5		Anomalías físicas y mental
6		

VARIABLE INDEPENDIENTE		
PARTICIPACIÓN EN COORDINACION CON LA ENFERMERA JEFE INTEGRANTE EN EL GRUPO DE APOYO A NIÑO (AS) CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL INFANTIL FRANCO PAREJA		
ITEM	DIMENSIONES	INDICADORES
1	Educar como prevenir el abuso sexual a padres, cuidadores, familia y comunidad	*Buen trato
		*Derechos del niño
2	Manejo de los problemas	*Desarrollo educativo
3	Enseñarle al padre del niño que nadie toque su cuerpo	*Comunicación afectiva
		*Vinculo afectivo
4	Enseñar a los niños sobre el respeto a los mayores	
5	Desarrollo de programas de prevención y promoción	

6	Educar e identificar la diferencia expresiones de cariño y caricia sexual	
---	---	--

7.4 Técnicas de recolección y procesamiento de la información

La técnica de muestreo que se utilizó fue muestreo aleatorio simple con una población de 18 niños y niñas para una muestra de 18 niños y niñas.

Por tal motivo se aplicó una encuesta que permite identificar los factores socioeconómico, afectiva ofrecida por los cuidadores a los niños y niñas que ingresan al hospital infantil Napoleón Franco Pareja con sospecha de abuso sexual.

FUENTES.

Las fuentes utilizadas para la obtención de la información fueron:

Primarias: Entrevistas, Encuestas

Secundarias: Internet, Archivos

7.5 Técnicas de análisis de los resultados

Los resultados de las encuestas se registraron de forma manual en una hoja de cálculo en Excel, haciendo la tabulación de los datos y procediendo luego a su análisis.

7.6 Validación del instrumento

En dos días se aplicó la encuesta y se revisaron las 18 historias de los niños y niñas durante la jornada de la tarde de los días 23 y 24 de noviembre del presente año, para la recolección de la información la muestra se repartió entre las cuatro estudiantes pertenecientes a este proyecto de grado.

7.7 Método de análisis

Para el análisis de los resultados se seguirá un proceso formal que se utiliza en trabajos de esta índole. Por tanto se realizaron las siguientes actividades:

Organización y coordinación a nivel de grupo investigador.

Recopilación de encuestas.

Tabulación de datos.

Diseño de tablas y gráficos estadísticos.

Presentación de los resultados para su análisis.

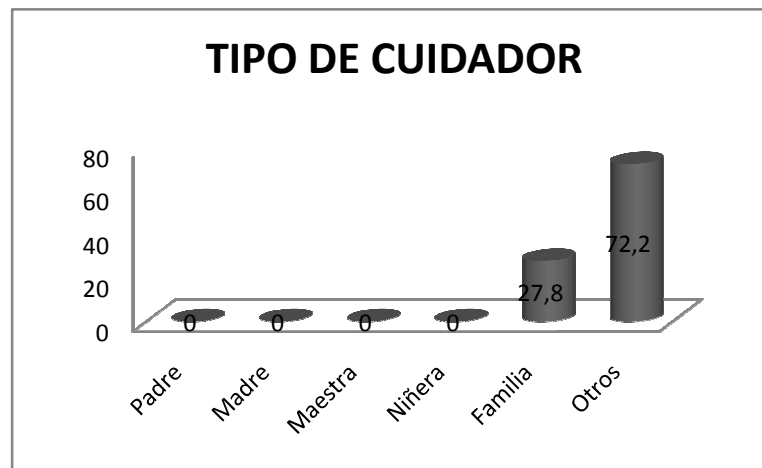
Análisis de cuadros y gráficos.

8. RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la encuesta sobre los factores relacionados con sospecha de abuso sexual, se tabulan en una tabla de frecuencias utilizando la estadística descriptiva de tal manera que realizamos la interpretación correspondiente y es la que sigue a continuación:

Tipo de cuidador de niños y niñas

Grafico 1:

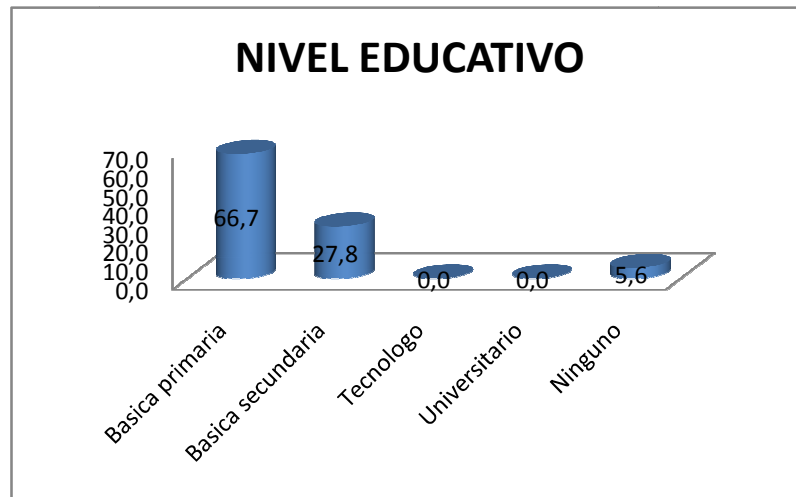


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

La grafica muestra que el 72.2% de los padres dejan a sus hijos con personas no familiares, ya sea por la necesidad de laborar o de realizar otras actividades, poniendo al niño(a) en riesgo de posible abuso sexual.

¿Cuál es su nivel educativo?

Grafico 2:

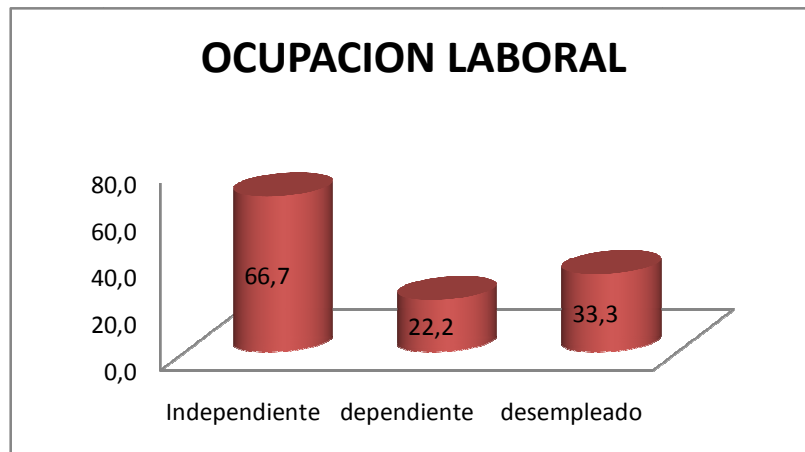


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

Para este ítem, el 66,7% de los encuestados solamente hicieron básica primaria, lo cual tiene un impacto mayor en la protección frente al abuso sexual de los hijos.

¿Cuál es su ocupación laboral?

Grafico 3:

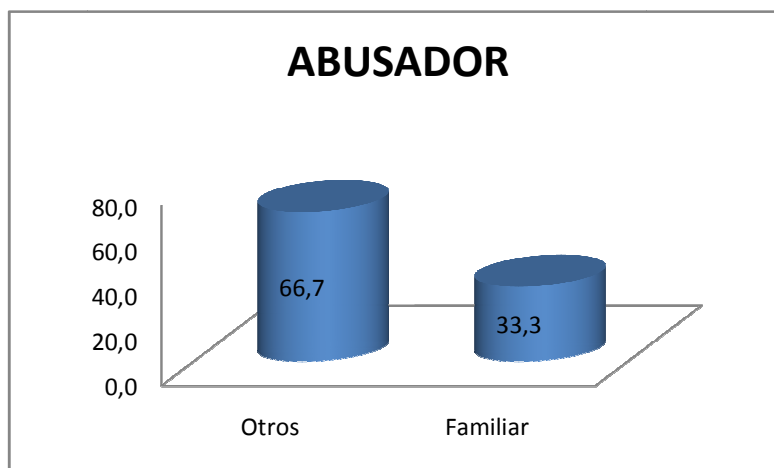


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

La grafica nos muestra que un gran porcentaje equivalente al 66.7% tiene una actividad independiente, lo que conlleva muchas veces a dejar a los niños solos en la casa o al cuidado de otras personas.

¿Quién abuso?

Grafico 4:

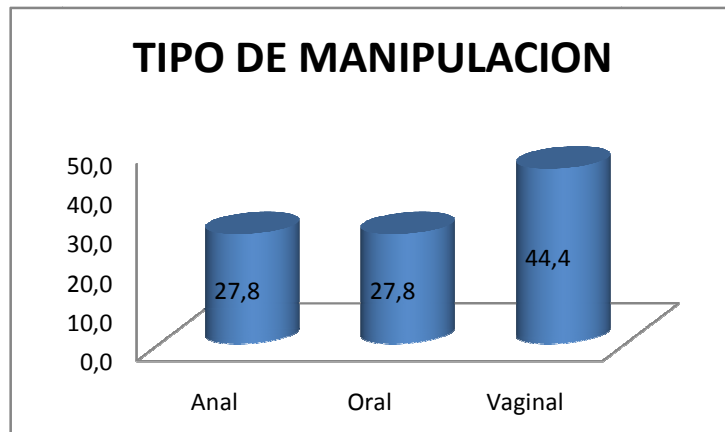


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

Existe un porcentaje de 66.6% de personas diferentes a la familia, las cuales abusaron de los niños y niñas, lo que indica que los padres no tuvieron el cuidado necesario con ellos o falta de información sobre el tema de abuso sexual.

¿Cómo fue manipulado?

Grafica 5:

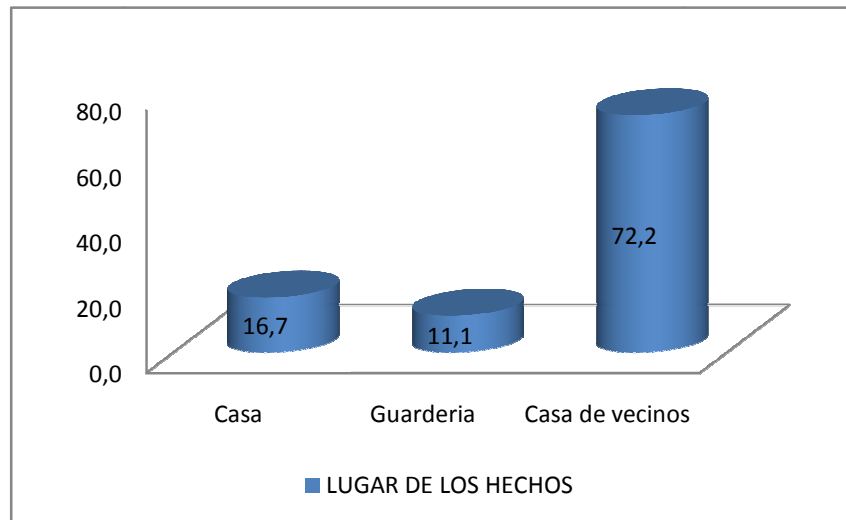


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

De la grafica se concluye que el tipo de manipulación predominante es de tipo vaginal con un porcentaje de 44,4%, donde las niñas son las que sufren con mayor frecuencia este tipo de delitos.

¿Lugar de los hechos?

Grafico 6:

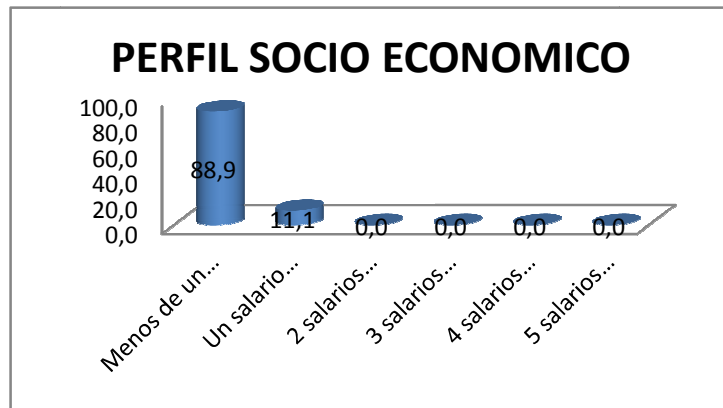


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

La grafica nos indica que el 72.2% de los casos de abuso sexual ocurrieron en casa de los vecinos. Muchas veces confiamos en estas personas debido a la cercanía del lugar de vivienda, lo que conlleva a que se den este tipo de situaciones.

¿Cuánto devenga mensualmente?

Grafico 7:

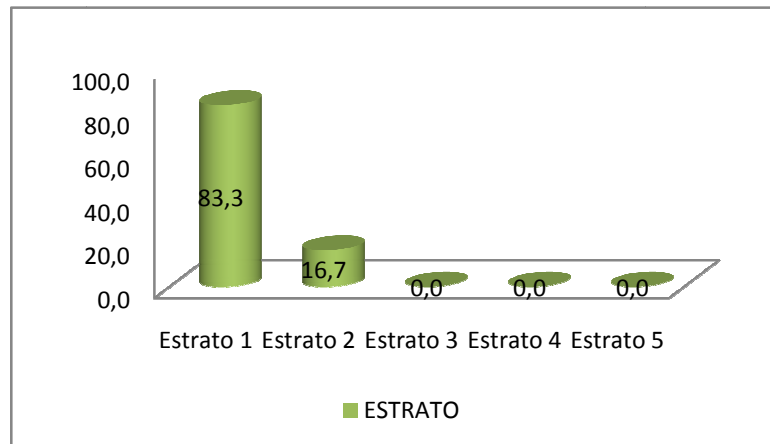


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

El 88,9% de las personas encuestadas ganan menos de un salario mínimo. Es evidente que el núcleo familiar tiene que cubrir todas sus necesidades básicas y este ingreso no es suficiente y es por eso que muchas familias utilizan a los hijos para generar ingresos.

¿Estrato al que pertenece?

Grafico 8:

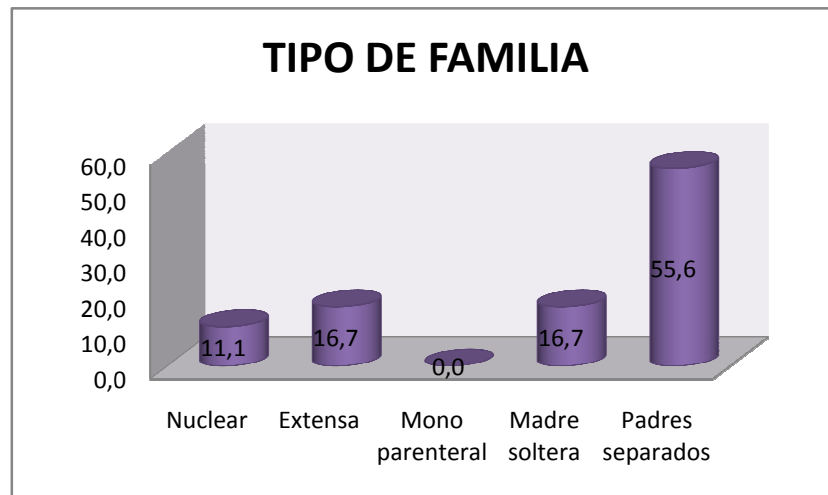


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

El 83.3% de los padres encuestados residen en barrios de estrato 1 que son donde se producen la gran mayoría de casos de abuso sexual. Son personas que tienen poca educación y acceso limitado a información de este tipo.

¿Cuál es su medio familiar?

Grafico 9:

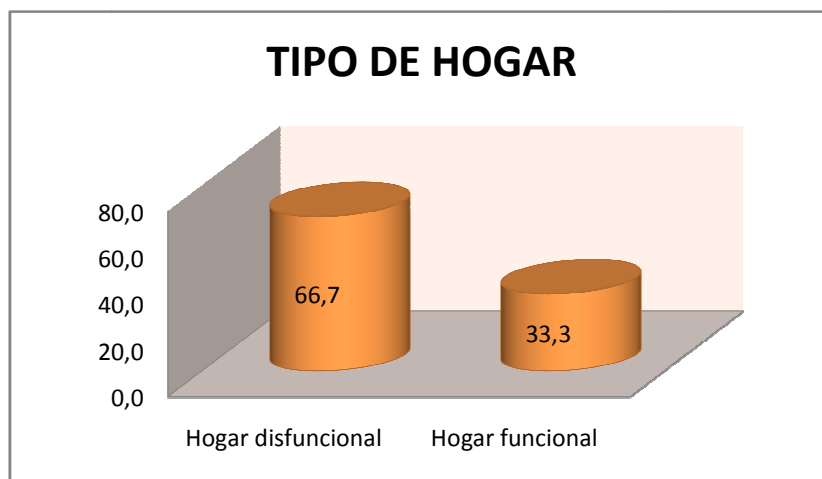


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

Los niños que presentaron abuso sexual viven en hogares de padres separados con un porcentaje del 55,6%. Puede ser que la figura materna o paterna con la que no conviven haga falta para el correcto crecimiento y desarrollo del niño(a).

Relaciones familiares

Grafico 10:

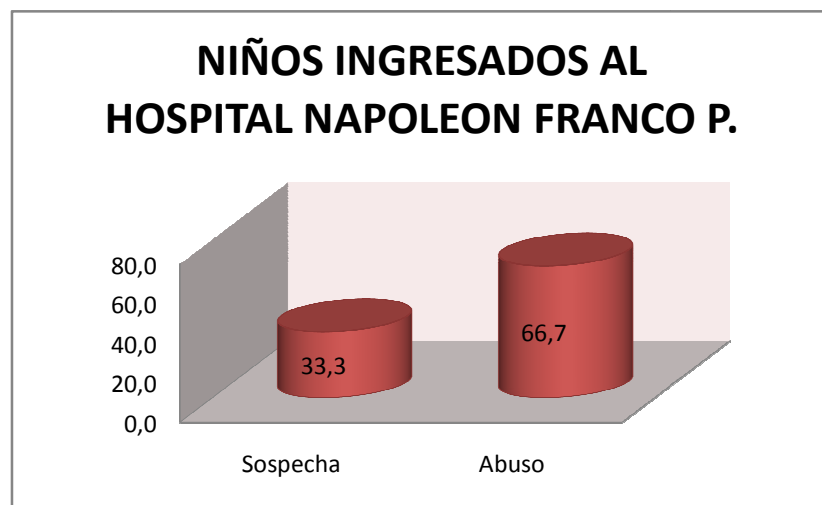


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

El 66.7% de los hogares donde viven los niños son disfuncionales ya que no viven con ambas figuras, padre y madre. Este ítem tiene relación con el anterior.

Tipos de casos

Grafico 11:

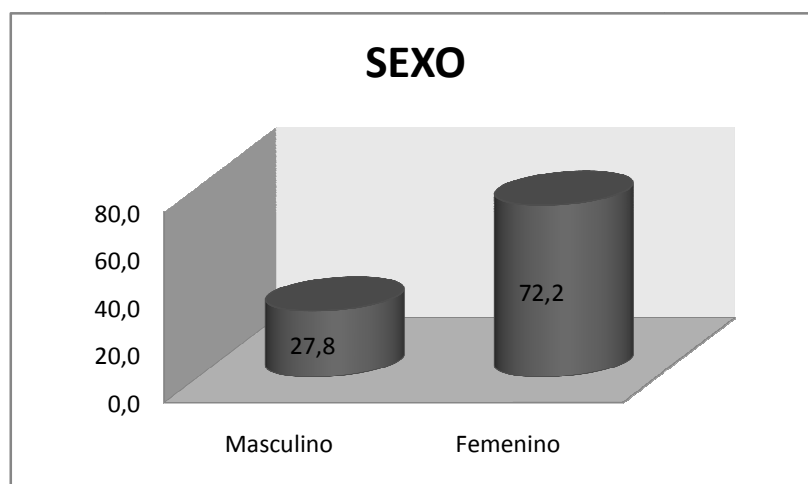


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

El 66.7% de los niños ingresados en el hospital Infantil Napoleón Franco Pareja fueron por abuso sexual mientras que el 33,3% fueron por sospecha de abuso sexual.

Genero afectado

Grafico 12:

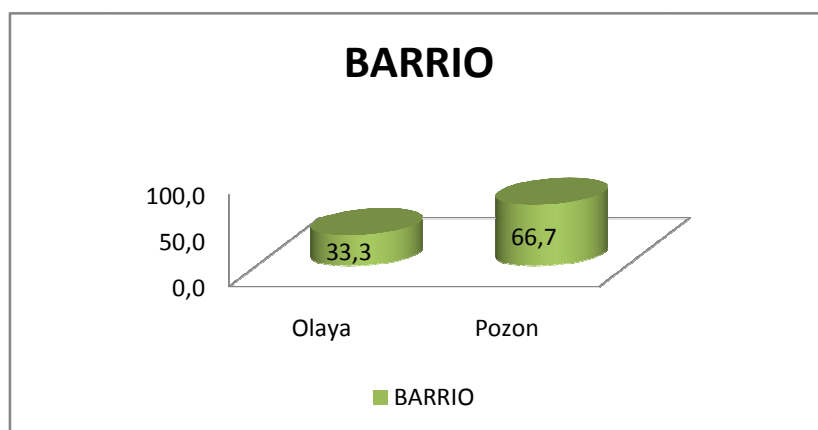


Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

El 72,2% de los niños ingresados en el hospital infantil Napoleón Franco Pareja son de sexo femenino. Nos indica que las mujeres son las que más sufren el delito de abuso sexual.

¿En qué barrio ocurrió el evento?

Grafico 13:



Fuente: encuesta para cuidadores diseñadas por estudiantes de octavo semestre de enfermería universidad del sinu.

En los sectores marginados como el pozón con un porcentaje de 66,7% y Olaya con 33,3% es donde más se presentan los casos de abuso sexual.

9. RECURSOS

9.1 Recursos humanos

Asesores

Jeidys Banques, Jacinta Peniche

Investigadores

Patricia Ávila, Jaquelin Gándara, María Mónica Gómez, Glenda Montt

9.2 RECURSOS FISICOS: computadores, videovin.

10. CONCLUSIONES

El abuso sexual es un fenómeno social muy complejo, que tiene sus orígenes en factores de socialización, procesos interpersonales, etc. Y es un problema que la sociedad debe solucionar.

Es por eso que esta investigación se encamino a buscar formas, alternativas, métodos que ayuden a la familia en pro de proteger a sus hijos de un abuso sexual; También de educar a la población y al personal de enfermería sobre este fenómeno, participando y coordinando en grupos de apoyo, proporcionando ayuda de forma oportuna que conlleve si no a la eliminación por lo menos a la disminución de este delito.

Del instrumento aplicado se concluye que las niñas son las principales víctimas y, el agresor, una persona cercana en la mayoría de ocasiones. La mayor frecuencia de consultas por abuso sexual son hijos de padres separados que por lo general viven en barrios de estrato bajo con características socio económicas degradadas.

11. RECOMENDACIONES

- Mayor compromiso de los padres de familia con el fin de reforzar y atender su labor en la prevención del abuso sexual.
- Implementar acciones con el fin de que a las comunidades de bajos recursos económicos, tengan acceso a información relacionada con el abuso sexual a menores.
- Fortalecimiento del grupo interdisciplinario para apoyar a la comunidad que son víctimas del abuso sexual.
- Promover de manera periódica y en conjunto con diferentes instituciones charlas y seminarios, donde se brinde información de la sexualidad y del abuso sexual infantil.

11. GLOSARIO

- **ABUSO SEXUAL:** Cualquier forma de actividad sexual entre un niño y un adulto para el placer o beneficio del adulto, incluyendo el tocar, el coito y la explotación sexual (prostitución y pornografía).
- **ABUSO EMOCIONAL:** Actos deliberados o de omisión en que los padres u otro adulto responsable por un niño, le causa daño emocional.
- **ABUSO FÍSICO:** Es el daño corporal infligido a un niño por su padre u otro responsable. Es diferente al daño corporal causado por accidente. abusivo
- **ABUSIVO:** que excede de lo justo, normal o adecuado.
- **AUTONOMÍA:** Facultad o poder de una entidad territorial integrada en otra superior para gobernarse de acuerdo con sus propias leyes y organismos.
- **AIEPI:** atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia.
- **AFECTO:** Proceso psíquico que otorga determinadas cualidades subjetivas a la conciencia y que condiciona, al mismo tiempo, el sentido de los impulsos y las reacciones. Se manifiesta como descarga psíquica acompañada de placer o dolor.
- **CASTIGO:** El control del comportamiento de un niño a través del uso de la fuerza o el miedo.

- **CENTROS DE CUIDADO INFANTIL:** Cuidado para grupos de niños proporcionado en un lugar que opera de forma regular y que atiende desde bebés hasta niños en edad escolar.
- **CULTIVO DEL AFECTO POSITIVO:** Comportamiento que es cálido y conduce a un sentimiento de bienestar y amor.
- **COYUNTURALES:** Que depende de la combinación de elementos y circunstancias que caracterizan una situación.
- **EXHIBICIONISMO:** Impulso irresistible de exhibirse, de colocarse como modelo en cualquier ocasión. Existe además el exhibicionismo sexual que consiste en una tendencia a mostrar en público los propios órganos sexuales.
- **EXPLOTADORES:** Utilizar a una persona, o sus sentimientos o cualidades, en beneficio propio y de forma abusiva.
- **FANTASÍA:** En términos sexuales, situaciones o sucesos sexuales productos de la imaginación que involucran personas reales o imaginarias.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Amaro Cano MC, Núñez M. La Florence Nightingale. Rev. Cubana Enfermería 1996.
2. Bello Fernández, Nilda; Machado M., María; Valdés M., Cristobalina, et. al. Proceso de Atención de Enfermería. Revisión Bibliográfica para actualización. MINSAP, 1996:
3. Colectivo de autores. Enfermería tomo I. Editorial pueblo y educación, 1985.
4. Fenton Tait Maria C / León Román Carlos A. Temas de Enfermería Médico-Quirúrgica 1ra parte. Editorial Ciencias Médicas.
5. KEMPE CH. "Abuso sexual infantil edit. Lomberg. Londres. 1988.
6. M^a Ignacia Arruabarrenena y Joaquín de Paúl. "Maltrato a los niños en la familia". Madrid, 1995.
7. Ministerio de Salud. "Campaña de prevención contra el abuso sexual infantil" Lima Perú 1998.
8. McCloskey Joanne C., Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), Elsevier (2004)
9. Revisión Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería AENTDE. Mayo 2001

13. ANEXOS

TIPO DE CUIDADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
Padre		0
Madre		0
Maestra		0
Niñera		0
Familia	5	27,8
Otros	13	72,2
TOTAL	18	100

Cuadro 1. Tipo de cuidador

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu.

NIVEL EDUCATIVO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Básica primaria	12	66,66666667
Básica secundaria	5	27,77777778
Tecnólogo		0
Universitario		0
Ninguno	1	5,55555556
TOTAL	18	100

Cuadro 2. Nivel educativo

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

OCUPACION LABORAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Independiente	12	66,7
Dependiente	4	22,22
desempleado	6	33,3
TOTAL	18	100

Cuadro 3. Ocupacion laboral

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

ABUSADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
Otros	12	66,66666667
Familiar	6	33,33333333
TOTAL	18	100

Cuadro 4. Tipo de abusador

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

TIPO DE MANIPULACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Anal	5	27,77777778
Oral	5	27,77777778
Vaginal	8	44,44444444
TOTAL	18	100

Cuadro 5. Tipo de manipulación

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

LUGAR DE LOS HECHOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Casa	3	16,66666667
Guardería	2	11,11111111
Casa de vecinos	13	72,22222222
TOTAL	18	100

Cuadro 6. Lugar de los hechos

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

PERFIL SOCIO ECONOMICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Menos de un salario	16	88,88888889
Un salario mínimo	2	11,11111111
2 salarios mínimos		0
3 salarios mínimos		0
4 salarios mínimos		0
5 salarios mínimos		0
TOTAL	18	100

Cuadro 7. Cuanto devenga mensualmente

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

ESTRATO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Estrato 1	15	83,33333333
Estrato 2	3	16,66666667
Estrato 3		0
Estrato 4		0
Estrato 5		0
TOTAL	18	100

Cuadro 8. Estrato a l que pertenece

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

TIPO DE FAMILIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Nuclear	2	11,1
Extensa	3	16,7
Mono parenteral	0	0,0
Madre soltera	3	16,7
Padres separados	10	55,6
TOTAL	18	100

Cuadro 9. Tipo de familia

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

TIPO DE FAMILIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hogar disfuncional	12	66,7
Hogar funcional	6	33,3
	0	0,0
TOTAL	18	100

Cuadro 10. Relaciones familiares

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

TIPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sospecha	6	33,3
Abuso	12	66,7
	0	0,0
TOTAL	18	100

Cuadro 11. Pacientes ingresados

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

GENERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Masculino	5	27,8
Femenino	13	72,2
	0	0,0
TOTAL	18	100

Cuadro 12. Genero afectado.

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

BARRIO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Olaya	6	33,3
Pozón	12	66,7
	0	0,0
TOTAL	18	100

Cuadro 13. Lugar de ocurrencia del evento.

FUENTE: encuesta para cuidadores diseñada por estudiantes de 8 semestre enfermería universidad del sinu

PRESUPESTO

N°	DETALLE	UNIDAD	VAL UNIDAD	VAL TOTAL
1	Papelería	1 resmas	\$10000	\$10000
2	Impresión	1 hoja(150)	\$200	\$30000
3	Transporte	Pasaje (25)	\$1400	\$35000
4	Otros gastos	-----	-----	\$60000
TOTAL		\$135.000		

PROTOCOLO SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

VERSION 001

ELABORO

REVISADO

APROBADO

GRUPO DE INVESTIGACION

ESCUELA DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD DEL SINU

1. OBJETIVO GENERAL:

- Desarrollar estrategias de atención integral en promoción y prevención ante la sospecha de abusos sexuales para garantizar el restablecimiento de los derechos de las víctimas, favorecer factores protectores, disminuir riesgos y mejorar las condiciones de seguridad en los niños y niñas en el hospital infantil Napoleón franco pareja.
- Identificar territorios y espacios de la población afectada por la problemática de la sospecha de abuso sexual y disminuir los factores generadores de riesgo.

2. ALCANCE:

- Identificar con la participación del grupo de apoyo de sospecha de abuso sexual en niños y niñas factores de riesgo y generar estrategias como intervenirlos.
- Diseñar y aplicar una herramienta de intervención continua en los niños y niñas para lograr disminuir los riesgos y aumentar los factores protectores en las familias de los niños y niñas.

3. CONDICIONES GENERALES

- Ajustar, guías y protocolos de atención intersectoriales e institucionales a los niños y niñas con sospecha de abuso sexual para garantizar la integralidad en restitución de los derechos de los niños y el mejoramiento de los procesos.
- Actualizar, capacitar a los integrantes del grupo de apoyo a desarrollar nuevas estrategias acerca del plan, guías y protocolos.
- Desarrollar estrategias e implementar acciones de prevención teniendo en cuenta los grupos poblacionales en mayor situación de riesgo.
- Capacitar actores institucionales y comunitarios para que ellos puedan identificar y prevenir factores de riesgo frente situaciones de sospecha de abuso sexual.
- Desarrollar estrategias e implementar que propendan al bienestar psicológico y emocional de los integrantes del grupo de apoyo.
- Desarrollar estrategias e implementar acciones de prevención dirigida la ciudadanía.
- Construir con los actores institucionales y de la sociedad civil estrategias de prevención integral.

A NIVEL DE ATENCION

- Sensibilización y capacitación de los y las trabajadores del sector salud sobre la temática de violencia intrafamiliar y sexual.
Promover y acompañar a instaurar la demanda ante sospechas de abuso sexual.

- Impulsar a través del sistema general de seguridad social en salud la promoción al buen trato, la salud mental, seguimiento e identificación y denuncias de los casos.
- Concertar acciones EPS, IPS, ARS, públicas y privadas para fortalecer los procesos de atención ante la sospecha de abuso sexual en los niños y niñas conformidad con el marco nacional y distrital.

A NIVEL DE PREVENCIÓN

- A través del plan de atención básica (PAB) y las estrategias de promoción y prevención del plan obligatorio en salud (POS) contributivo y subsidiado.
- En las líneas de intervención en los programas crecimiento y desarrollo realizar actividades a los padres, cuidadores y niños y niñas para promover el buen trato, construir pautas de crianza, que favorezcan el adecuado desarrollo psicomotor, nutricional y afectivo de los niños y niñas.
- A través del plan básico de atención realizar intervenciones intersectoriales para la prevención y atención en la sospecha de abuso sexual.
- Talleres informativos y formativos para madres padres y cuidadores.
- Adelantar campañas de divulgación en medio impreso acerca.
- Brindar atención terapéutica.
- Realizar campañas preventivas con niños y niñas , padres/madres de familia de los diferentes rangos o instituciones, articulando con los planes locales y distrital y de prevención.

- Orientar a las víctimas y sus familias para la prevención de los delitos sexuales.

A NIVEL DE LA PROMOCION

- Promover sobre los delitos sexuales en universidades, colegios y comunales que lo soliciten.
- Promover productos de comunicación como folletos, cartillas con el fin de dar a conocer el grupo de trabajo GRUPO DE APOYO HINFP.

ENCUESTA

OBJETIVOS:

- IDENTIFICAR LA PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN EL GRUPO DE APOYO DE NIÑOS Y NIÑAS CON SOAPECHA DE ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA.

INTRUCCIONES:

Las preguntas son en forma de categorización en los cuales debe seleccionar la repuesta marcando con una X la respuesta que considere conveniente.

1. Identificación:

Fecha:

Sector:

Nombre del cuidador:

Edad:

Dirección del cuidador:

2. Tipo de cuidador:

a. Padre:___

b. Madre:___

c. Maestra:___

d. Niñera:___

e. Familia:___

3. Nivel educativo:
 - a. Básica primaria: ____
 - b. Básica secundaria: ____
 - c. Tecnólogo: ____
 - d. Universitario: ____
 - e. Ninguno: ____

4. Ocupación laboral
 - a. Independiente: ____
 - b. Dependiente: ____
 - c. Desempleado: ____
 - d. Jubilado: ____

5. Perfil socio económico
 - a. Menos de un salario ____
 - b. Un salario mínimo: ____
 - c. 2 salarios mínimos: ____
 - d. 3 salarios mínimos: ____
 - e. 4 salarios mínimos: ____
 - f. 5 y mas salarios mínimos: ____

6. Estrato:
 - a. Estrato 1 ____
 - b. Estrato 2 ____
 - c. Estrato 3 ____
 - d. Estrato 4 ____
 - e. Estrato 5 ____

7. Se considera usted tolerante, paciente y comprensivo con la atención de los niños y niñas:

Si___ no___ a veces___

Porque:

8. Esta usted siempre dispuesto a colaborar en las necesidades que le solicitan los niños, niñas y su familia:

Si___ no___ a veces___

Porque:

9. Acostumbra usted a ser colaborador, dinámico, atento, amable con los niños y niñas a cargo:

Si___ no___ a veces___

10. Acostumbra a demostrar amor, ternura y afecto a los niños y niñas a cargo:

Si___ no___ a veces___

Porque:

11. Medio familiar:

1. Tipo de familia.

- a. Nuclear. ___
- b. Extensa. ___
- c. Mono parenteral. ___
- d. Madre soltera. ___
- e. Padres separados ___

- I. RELACIONES FAMILIARES.

- a. Relaciones rígidas ___
- b. Relaciones sobreprotectoras ___

- c. Permisivas.____
- d. Inestables.____
- e. Estables.____

12. Sabe usted identificar casos de sospecha de abuso sexual:

Si____ no____ explique____

13. De quien es el cuidado de los niños cuando usted no está en casa

- a. Madre.____
- b. Padre.____
- c. Hermanos____
- d. Abuelo____
- e. Tío____
- f. Vecinos____
- g. Otros____

14. cuantos hijos menores tiene usted: _____

15. Como son las relaciones padres e hijos:_____

Fotos





CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES																																			
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	SEMANAS																																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
FASE 1																																				
Recolección de información	■	■	■	■																																
Redacción y revisión							■	■																												
Mecanografía y presentación												■																								
FASE 2																																				
Elaboración de instrumentos																■																				
Recolección de datos																													■	■	■	■	■	■	■	■
Tabulación de datos																													■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis e interpretación de datos																													■	■	■	■	■	■	■	■
Redacción y revisión																													■	■	■	■	■	■	■	■
Mecanografía y presentación																													■	■	■	■	■	■	■	■
FASE 3																																				
Elaboración de documento																													■	■	■	■	■	■	■	■
Redacción y revisión																													■	■	■	■	■	■	■	■
Mecanografía y presentación																													■	■	■	■	■	■	■	■