

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL**



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

COPIA No. ____ DE ____ COPIAS

Bogotá, D.C. 29 DIC 2009

DIRECTIVA PERMANENTE

No. 141935 / CGFM-DGSM-SS-GSP-23.1

ASUNTO: “Lineamientos de promoción y prevención de la violencia intrafamiliar al interior de las fuerzas militares”.

PARA: **Señores:**
Directores de Sanidad Ejército Nacional, Armada Nacional y
Fuerza Aérea Colombiana y Jefes de Establecimientos de
Sanidad Militar.

1. OBJETIVO Y ALCANCE

a) FINALIDAD

- Fijar lineamientos, para el abordaje del programa de promoción, prevención y control de la violencia intrafamiliar, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las familias del personal del SSFM.
- Establecer políticas para el desarrollo y ejecución de planes, programas, proyectos y acciones para el manejo e intervención de la problemática de la violencia intrafamiliar al interior de las Fuerzas Militares.

- Diseñar estrategias y acciones tendientes a la detección e identificación precoz de factores de riesgo de la violencia intrafamiliar.
- Promover al interior de las Fuerzas Militares la cultura del buen trato, convivencia y fortalecimiento de los vínculos familiares con el fin de prevenir las conductas de violencia.

b) REFERENCIAS

- 1) Ley 575 de 2000, Por medio de la cual se reforma parcialmente la Ley 294 de 1996. El artículo 4º. de la Ley 294 de 1996 quedará así: Artículo 1º. Toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico o psíquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá pedir, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, al Comisario de familia del lugar donde ocurrieren los hechos y a falta de éste al Juez Civil Municipal o promiscuo municipal, una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrató o agresión o evite que ésta se realice cuando fuere inminente.
- 2) Ley 352 de 1997 (enero 17) de 23 de enero de 1997 “Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”.
- 3) Decreto Ley 1795 del año 2000 Artículo 27, el cual trata del Plan de Servicios para el SSMP.
- 4) Resolución 00412 del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública la cual fué modificada mediante la Resolución No 01078 de 2000 en la inclusión solo de actividades y Procedimientos incluidos en el POS para el SGSSS.
- 5) Código Penal, titulo 12. Delitos contra las relaciones familiares.
- 6) Acuerdo 014 de octubre 18 de 2001, suscrito por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, “Por el cual se definen las políticas generales, planes y programas y se señalan los lineamientos generales para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública en el SSMP”.

c) VIGENCIA

A partir de la fecha de su expedición

2. INFORMACIÓN**a) ANTECEDENTES**

En las últimas décadas los cambios económicos, políticos, culturales y sociales, han alterado muchas de las instituciones de nuestra sociedad; probablemente quien más claramente grafica este hecho es la familia: esa entidad considerada tradicionalmente, como una necesidad casi inherente al ser humano y el pilar de nuestra sociedad.

“Investigaciones recientes demuestran que la creciente desigualdad de condiciones socioeconómicas que existen entre las distintas zonas o áreas urbanas han podido alimentar la aparición y el incremento de violencias como la juvenil, pandillera y comunitaria (Moser, 1996). Al mismo tiempo la reciente y renovada visibilidad de la violencia intrafamiliar en toda la región, indica que las tasas predominantes de violencia conyugal y maltrato infantil continúan en alarmante ascenso (Gómez, 1993)”.

“Desafortunadamente, nuestro país, ha sido considerado a nivel mundial como muy violento y esta categoría se debe fundamentalmente al conflicto armado que se vive actualmente; es totalmente imposible pretender desvincular la situación que vive Colombia de la violencia que tiene lugar en el seno de la familia Colombiana. Se ha reconocido que la violencia genera violencia y las personas que la han sufrido en sus hogares de origen tienen un mayor riesgo de reproducirla en sus hogares, en la escuela, en el lugar de trabajo y en donde quiera que entran en contacto con la sociedad”¹

Durante el año 2007, el Sistema de Información Médico Legal del Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, reportó un total de 59.770 dictámenes por Violencia Intrafamiliar; de los cuales se presentaron 9.847 casos por Maltrato al Menor; Maltrato de Pareja 36.901 y Lesiones ocasionadas por Maltrato entre familiares 13.022. Con relación al año 2006, se presentó una disminución de 2.661 casos. Por este evento se perdieron 72.906 Años de Vida Saludable (AVISA) por Maltrato Infantil; 15.344 Años de Vida Saludable (AVISA) por violencia entre familiares y 48.507 Años de Vida Saludables (AVISA) por Violencia de Pareja

La vida del personal militar más que cualquier otra labor, transcurre en el trabajo. Este es el ámbito específico y propio de su quehacer diario y la

¹ Profamilia - ICBF – USAID – UNFPA – Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005

principal causa de desintegración del núcleo familiar, permanentemente sus habilidades, sus relaciones, su proyecto de vida, sus valores, y su dimensión ética se ven obstaculizados por la realidad del país y por el compromiso adquirido con la institución.

Existen situaciones y comportamientos de las personas y de las familias que por diferentes circunstancias pueden propiciar la violencia intrafamiliar. Aunque la presencia de estos factores predispone a la aparición del maltrato, no significa que necesariamente si se observan en una familia o en una comunidad, el resultado sea la presencia de comportamientos maltratantes en sus miembros. Lo que si es seguro es que las personas pueden ser más vulnerables al problema.

Los factores de riesgo, así como los factores de compensación o factores protectores y los recursos preventivos en cada uno de los sistemas familiares determinarán la probabilidad, extensión y severidad de los malos tratos.

La violencia intrafamiliar debe ser entendida como un fenómeno complejo y multicausal, resultado de procesos que se viven al interior de la familia, que son a su vez el resultado o el producto de la asociación o encuentro de varios factores asociados como son la dinámica familiar, el contexto cultural y los factores psicoemocionales y comportamentales.

b) GENERALIDADES.

La violencia intrafamiliar afecta de manera particular y con mayor incidencia a las mujeres, la niñez y a la adolescencia. La alta incidencia de este tipo de violencia en la vida de las mujeres parece indicar que su condición de ser mujer la vulnera debido a que la violencia está presente a lo largo de las etapas de su vida como un continuo en los diferentes ámbitos del mundo público y privado. Esta situación nos permite valorar la violencia basada en género como un problema de salud pública que por presentarse de forma mayoritaria en el seno de la familia, nos referimos a ella como violencia intrafamiliar.

Aún cuando la violencia no sea la primera demanda de atención a los servicios de salud por parte de las personas afectadas, el personal de salud tiene la responsabilidad de explorar y/o realizar un estudio de rutina a quienes acudan a los establecimientos de sanidad demandando el servicio de atención por estar sufriendo o haber sobrevivido al maltrato o violencia intrafamiliar.

Explorar la vivencia de situaciones de violencia intrafamiliar y sexual de una persona es importante tanto para identificar a las personas que están siendo violentadas actualmente; como para valorar su situación de riesgo y detener

daños mayores; orientar e informar acerca de su derecho humano a vivir libre de violencia, de las diferentes alternativas y beneficios con que cuenta tanto en el ámbito de su salud, de las leyes que la protegen y de los centros alternativos de atención desde la sociedad civil y militar; así como contribuir al fortalecimiento de su autoestima y referirla para atención especializada si así lo amerita.

La violencia contra la mujer incluye las diferentes formas de abuso cometido contra ellas en su condición de género en cualquier etapa de su vida y se expresa mediante todo ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, afectando su integridad psíquica, moral y / o física.

La equidad de género, entendida como el reconocimiento y valoración equilibrada del potencial de mujeres y hombres, la distribución del poder entre ambos y su aplicación establece el reconocimiento de diferentes realidades, intereses y necesidades de la salud de mujeres y hombres para la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente, reconociendo y trabajando las inequidades sociales.

La Equidad de Género es considerada en el Plan Nacional de Salud Pública como parte esencial de la equidad social establece un trato justo y equitativo entre mujeres y hombres.

La categoría de género, por su parte, permite reconocer al momento de analizar las relaciones entre hombres y mujeres, que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, roles y prescripciones sociales que cada cultura dicta a hombres y mujeres, situando a las mujeres en condiciones de dominación y subordinación atentatorio a su desarrollo humano.

3. EJECUCIÓN

a. MISIÓN GENERAL

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, ofrece a través de un documento marco de referencia lineamientos, normas y políticas que permita a los profesionales de la Salud Mental de las Fuerzas Militares, formular planes, programas, proyectos y acciones específicos de promoción, prevención y atención que movilicen a los profesionales de la salud en los diferentes niveles de la organización, a la población objeto afiliados y beneficiarios, hacia la adopción de patrones de comportamientos adecuados y bienestar hacia la calidad de vida, caracterizados por el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares y pautas de crianza apropiadas, mediante las directrices del buen trato y disciplina con amor.

b. MISIONES PARTICULARES:

1) GRUPOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR Y DE LAS DIRECCIONES DE SANIDAD

- a. Supervisar el cumplimiento de la presente directiva.
- b. Incluye en las revistas formales e informales de inspección, el diseño y ejecución de los programas de promoción y prevención de la violencia intrafamiliar al interior de las Fuerzas Militares”.

2) DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

- a. Distribuir la presente Directiva a las Direcciones de Sanidad, con el fin de ser difundida a los Establecimientos de Sanidad Militar.
- b. En coordinación con el Grupo Interdisciplinario en Salud Mental de las Fuerzas, realiza seguimiento, asesoría y control en el desarrollo de la presente Directiva.
- c. Establece un plan de seguimiento, control y evaluación de los planes, programas y proyectos desarrollados por parte de las Fuerzas.
- d. Establece el Sistema de Vigilancia y control de maltrato infantil y violencia intrafamiliar al interior del SSFM.
- e. Promociona y fomenta el buen trato.
- f. Participa en el trabajo continuo en violencia intrafamiliar que se realiza en desarrollo del convenio suscrito entre el Ministerio de Defensa Nacional y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas
- g. Realiza el seguimiento al cumplimiento de la presente Directiva y en coordinación con las Direcciones de Sanidad de las fuerzas realizan los ajustes de acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia.

3) DIRECCIONES DE SANIDAD EJERCITO NACIONAL - ARMADA NACIONAL Y FUERZA AÉREA COLOMBIANA

- a. Desarrollan la presente directiva a través de los Establecimientos de Sanidad Militar.
- b. Realizan la distribución, entrega y difusión de la presente directiva a los profesionales de Salud Mental de la respectiva fuerza.

- c. Establecen mecanismos que permitan garantizar la seguridad y el manejo ético del informe de eventos de maltrato infantil y violencia intrafamiliar.
- d. En coordinación con las Jefaturas de Recursos Humanos de la respectiva fuerza promueven el desarrollo de planes, proyectos y programas que promuevan y fomenten el buen trato, el bienestar del individuo, su núcleo familiar y la resolución de conflictos.
- e. En coordinación con las Jefaturas de Recursos Humanos de la respectiva fuerza desarrollan planes de capacitación en prevención de maltrato infantil o violencia intrafamiliar.
- f. Realizan seguimiento, asesoría, verificación y control en las Unidades, acerca de la implementación y desarrollo de esta Directiva de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Anexo "A".
- g. Reportan trimestralmente a la Dirección General de Sanidad Militar el informe de gestión en la ejecución de la presente Directiva.
- h. Organizarán con los coordinadores de los Colegios de las Fuerzas, los mecanismos para tener la información sobre maltrato y violencia detectados por estos organismos y la referencia de los casos para la intervención psicológica, social y terapéutica así como el seguimiento y control de los casos.
- i. Trabajan en coordinación con las jefaturas de Recursos Humanos de las Fuerzas en el diseño de estrategias de promoción del buen trato, prevención y control del maltrato infantil y violencia intrafamiliar.

4. INSTRUCCIONES GENERALES DE COORDINACIÓN

Las propuestas de intervención y desarrollo de los programas se darán de acuerdo a las prioridades y necesidades de cada Fuerza, siguiendo las líneas de acción de la presente Directiva y de acuerdo a la política que se establezca por medio del Ministerio de Defensa Nacional acorde al trabajo conjunto que se desarrolla con el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas.

Brigadier General **LUIS EDUARDO PEREZ ARANGO**
Director General de Sanidad Militar

Autentica:

Coronel GUILLERMO VEGA TORRES
Subdirector de Salud DGSM

DISTRIBUCIÓN:

ORIGINAL: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Copia No. 1: DIRECCIÓN DE SANIDAD EJC

Copia No. 2: DIRECCIÓN DE SANIDAD ARC

Copia No. 3: DIRECCIÓN DE SANIDAD FAC

ANEXOS: ANEXO “A” LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LA DIRECTIVA “PROMOCION DEL BUEN TRATO - PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL Y LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR” EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES.

ANEXO “B” SISTEMA DE VIGILANCIA DE MALTRATO INFANTIL Y/O VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

ANEXO “C” FORMATO DE REPORTE Y SEGUIMIENTO DE MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

ANEXO “A”

1. PROMOCION DEL BUEN TRATO

Uno de los aspectos más importantes en la vida de los seres humanos es el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la familia. Por tanto, es fundamental promover en ella la cultura del buen trato, es decir, de la tolerancia, del respeto a la diferencia, del espacio para el diálogo y el respeto por los diferentes puntos de vista.

El buen trato se manifiesta en todas las etapas de desarrollo del ser, si desde antes de nacer el hijo es deseado, si la pareja construye su vínculo afectivo hacia el recién nacido, que se concreta cuando la madre y el padre lo acarician, lo cargan y lo miman. También, si todos en familia, disfrutan y manifiestan el cariño hacia este nuevo ser, mientras lo alimentan lo cuida, lo acompañan y lo comprenden en su crecimiento a través de los años.

El buen trato, por tanto, es consecuencia del afecto y de una buena salud emocional y mental de todos los miembros de la familia, y se expresa por medio de la presencia que acompaña, del contacto con la piel, los abrazos, las miradas, los gestos y la conversaciones, el niño es feliz, se siente contento al llegar a su casa o a la escuela, el ser humano refleja lo que recibe, y por lo tanto un buen trato con toda seguridad, el niño o la niña tratará bien a los demás.

Promoviendo el buen trato y el afecto como parte fundamental del proyecto de vida personal, familiar y social, mediante normas y hábitos para la convivencia familiar, propiciando en la familia la comunicación, el diálogo y la escucha permanente, se generan familias felices y por ende niños y niñas sanos.

Es preciso resaltar que a la base, tanto del objetivo de esta Directiva como de la metodología propuesta, se encuentra una pretensión de sensibilización, en la cual se invita a cada uno de los responsables, reflexionar y avanzar en estudios profundos, sobre cada uno de los temas propuestos, toda vez que el documento no los agota en medida alguna, simplemente los abre para su estudio y discusión, los pone sobre un inicio y espera que sean útiles, que se adapten a las circunstancias y necesidades contextuales y se ponga al servicio de la comunidad.

Esta Directiva enfoca siete líneas de acción en promoción, prevención y atención de la salud mental en los niños, niñas y las familias del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en su entorno familiar, escolar y social mediante la construcción dialéctica de un equilibrio entre expresiones de afecto y la disciplina con amor, que permita un desarrollo armónico de las potencialidades del ser y la adopción de creencias, conductas y estilos de vida saludables:

1. Campaña de sensibilización a niños (as), padres, cuidadores, maestros y comandantes en todos los niveles del mando: “Los niños y las niñas de hoy son el futuro de la sociedad”.
2. Talleres para padres y madres: “Educando con amor y disciplina”.
3. Desarrollo psicomotor, afectivo y social adecuado.: “Paso a Paso me abro espacio”.
4. Apoyo escolar: “Triunfar es cuestión de método”.
5. Asesoría familiar: “Familia en acción S. A”.
6. Prevención, Detección temprana y tratamiento integral de trastornos mentales y del comportamiento: “Atención del Niño y la niña difícil”.
7. Prevención, detección temprana y tratamiento integral del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar en sus diferentes presentaciones (física, psicológica, sexual, económica, negligencia y abandono): “Porque te aprecio y respeto, te cuido”.

Cada línea propone herramientas necesarias para la promoción de la Salud Mental y la prevención de malestares mentales y se sustenta en programas especiales.

2. PREVENCIÓN DEL MATRATO INFANTIL

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño, la niña es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad).

Pediatras y personal de enfermería de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños y niñas en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños (as) consideradas de riesgo.

La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en la actuación en el maltrato a la infancia.

Niveles de actuación

Prevención primaria: dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores:

- Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- Intervenir en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos (as), en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos (as):
 - ✓ Cursos de preparación al parto.
 - ✓ Escuelas de padres u otros centros comunitarios, promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante:
 - ✓ La educación sexual en centros escolares.
 - ✓ El Programa del Niño (a) Sano (a) controles de salud de los 11, 12 y 14 años realizados en atención primaria.
 - ✓ Facilitar recursos de planificación familiar.
- Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos (as), los cuidados al niño (a), presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas).
- Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando se observen prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos, hijas (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos de experiencias de confrontación padres-hijo (a).
- Utilizar "Guías Anticipadoras" para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño y de la niña (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabietas, control de esfínteres, etc.).
- Reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y de la niña y el crecimiento emocional estable.

- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.

Prevención secundaria, En este momento ya se han identificado factores de riesgo y se debe buscar hacer un abordaje temprano de la situación, para disminuir los daños que se puedan ocasionar fortaleciendo los factores protectores.

Por lo tanto se procederá en los siguientes aspectos:

- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño o la niña.
- Evaluar la situación de negligencia y consultar con el Servicio de Protección al Menor.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil (30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores).
- Remitir a los miembros de la familia a terapia psicológica para educar en la promoción al buen trato, disciplina con amor.
- Remitir a consulta de salud mental a padres con adicción a alcohol, sustancias psicoactivas o trastornos psiquiátricos.
- Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.
- Ofrecer a las familias que lo precisen, todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños (as) y social.
- Elaborar un Plan de intervención comunitaria con el trabajador social del ESM o de la Unidad, en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- Establecer un Plan de Visitas domiciliarias realizada por enfermería, trabajador social o quienes hagan sus veces a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida.
- Aumentar las visitas dentro del Programa de Atención Integral a la población Infantil AINPI- SSFM.

Factores de riesgo

Es importante detectar a tiempo factores de riesgo de maltrato infantil los cuales pueden variar de un grupo de población a otro, por ello se habla de modelos ecológicos, por lo tanto el profesional de la salud debe evaluar las características de la familia y del medio, identificar si los **factores protectores o compensadores** son superiores a los **factores de riesgo o factores potenciadores**, considerando que no siempre la pobreza o la falta de cultura de los padres los convierte en maltratadores, debe entonces existir factores desencadenantes de estos comportamientos que se pueden ver ilustrado de la siguiente manera:

Factores que vulneran al maltrato infantil

- **Desarrollo individual de los padres**
 - ✓ Historia familiar de abuso
 - ✓ Baja autoestima
 - ✓ Pobres habilidades personales
- **Medio familiar de los padres y de los hijos (as)**
 - ✓ Trastornos físicos/psíquicos
 - ✓ Drogodependencias
 - ✓ Padre y/o madre solos
 - ✓ Madre joven
 - ✓ Padre/madre no biológico
 - ✓ Desarmonía familiar
 - ✓ Enfermedades/lesiones
 - ✓ Conflictos conyugales
 - ✓ Violencia Familiar
 - ✓ Hijos no deseados
 - ✓ Trastornos congénitos
 - ✓ Anomalías físicas o psíquicas
 - ✓ Enfermedad crónica
 - ✓ Nacimiento prematuro
 - ✓ Trastorno de la conducta del niño o de la niña
 - ✓ Proximidad de edad entre hijos e hijas
- **Sociolaborales y culturales**
 - ✓ Bajo nivel social/económico
 - ✓ Desempleo
 - ✓ Insatisfacción laboral
 - ✓ Aislamiento social
 - ✓ Alta criminalidad

- ✓ Baja cobertura servicios sociales
- ✓ Desplazamiento geográfico
- ✓ Aceptación castigo corporal

Factores Protectores

- Experiencia en los cuidados del niño y de la niña
- Habilidades interpersonales
- Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia
- Planificación familiar
- Satisfacción personal
- Escasos sucesos estresantes
- Intervenciones terapéuticas en la familiar
- Ambiente familiar sin la exposición a violencia
- Armonía marital
- Apego materno/paterno al hijo o hija
- Satisfacción en el desarrollo del niño y/o la niña
- Condiciones financieras estables
- Apoyo social
- Buena experiencia con iguales
- Programa de mejora, de redes primarias-sociales de apoyo e integración social de familias vulnerables
- Programas sanitarios
- Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad

Detección del maltrato infantil

El objetivo de la detección del riesgo o propiamente del maltrato es posibilitar la ayuda a la familia y al niño (a), a minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias.

La dificultad de la detección del abuso reside en la privacidad del suceso en que generalmente ocurre, en el medio intrafamiliar por lo que pasa desapercibido al profesional.

Los pediatras identifican el abuso físico en niños y niñas en el 0.5% de los casos frente a las madres que informan en el 21.6% de las veces que son preguntadas por este fenómeno.

Los esfuerzos deben ir encaminados a buscar la existencia de abuso en:

- La conducta del niño o de la niña.
- El comportamiento de los padres.
- La exploración clínica.

- La historia social.
- Si los padres informan más casos de violencia doméstica que los pediatras se recomienda preguntar directamente sobre la existencia de violencia doméstica y de las pautas de disciplina severa en el medio familiar.

Tiene especial importancia la observación en la consulta de:

- No acudir a las citas concertadas.
- Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios.
- Cambios frecuentes de médicos.
- Acudir a consulta sin motivo aparente.
- Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica.

Actuación ante la detección del abuso del menor

Se realizará una primera **entrevista** con los padres o cuidadores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La entrevista se llevará en privado.
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Actitud no punitiva o juzgadora.
- Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.
- No insistir en preguntas que no quieran responder.
- Asegurar la confidencialidad.

Si fuera necesario entrevistar al niño o a la niña, se evaluará la posible repercusión sobre el menor, procurando que no se sienta culpable. La actitud del profesional será de escucha.

Se debe recabar información sobre:

- Estructura y dinámica familiar.
- Condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda.
- Estado de salud de los convivientes.
- Conductas adictivas.
- Condiciones laborales y socioeconómicas.
- Apoyo de otros familiares, vecinos o servicios sociales.

El examen clínico

El examen clínico del menor debe ser meticuloso y a la vez cuidadoso para no causar reexperiencia del trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas

si pensamos que por la gravedad o importancia de la lesión va a ser remitido a médico forense o centro hospitalario.

En caso de sospecha de maltrato emocional es conveniente derivar al niño a servicios de psicología o salud mental para poder hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos.

Es frecuente que un menor sufra más de un tipo de maltrato al mismo tiempo, los casos de maltrato apenas se dan solos, así, menores que sufren trato negligente o abandono físico sufren también abuso emocional; o también el abandono físico está correlacionado con el abuso físico, y por lo que respecta al abuso sexual, destaca la elevada correlación con el abuso emocional.

La notificación

La notificación del caso es una condición necesaria para posibilitar la intervención del Servicio de Protección al Menor. Es además una obligación legal y profesional.

Cuando se encuentre gravedad de las lesiones o necesidad de recoger pruebas forenses se remitirá a un Centro Hospitalario donde se procederá a la intervención Policial y/o Judicial.

Cuando se sospeche alto riesgo de desamparo familiar se asegurará el ingreso en un Centro Hospitalario.

No solo los casos graves deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo. En estos supuestos se comunicará a servicios sociales del centro de salud o servicios sociales municipales de la zona.

La legislación vigente en Colombia ofrece diversos mecanismos que se adecuan a las diferentes circunstancias de hecho, para remediar el maltrato infantil. En la práctica esto significa que han sido creadas autoridades competentes distintas para conocer y fallar en esta manera; cada una puede tomar medidas particulares dependiendo de las facultades que de la ley y ofrecer una amplia gradación de las mismas: desde una orden que impide reincidir en el hecho, hasta el arresto, la protección del niño o la niña por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la iniciación de una investigación penal, que puede culminar en el castigo de la cárcel o quitarle la custodia del niño o la niña.

3. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El impacto que tiene en la sociedad la Violencia Intrafamiliar en la transmisión de la violencia, tanto al interior de la familia como al exterior de ella, la convierte

en un agregado importante frente al resto de las violencias que suceden en el país. De ahí también la importancia y la necesidad de aunar esfuerzos institucionales y colectivos para lograr su atención, así como cambios culturales para prevenir su ocurrencia. Es importante que se enfoquen las intervenciones a lograr consolidar familias con relaciones democráticas independientemente de quienes, bajo qué ritos y estructuras se conforman más que insistir en perpetuar el imaginario de la familia consagrada como la única “saludable, funcional y pacífica”.

Prevenir la instauración o perpetuación de relaciones autoritarias y no democráticas será una gran contribución para disminuir la Violencia Intrafamiliar. Lo que a su vez permitirá crear las condiciones necesarias para que se extienda un modelo democrático de familias en donde prime la corresponsabilidad, la equidad de género y la solidaridad. Valores que contruidos o socializados en la familia serán trasmitidos a la sociedad en general.

Consciente del conflicto armado en Colombia, siendo una realidad vivencial que toca directamente a las familias de los miembros que conforman las Fuerzas Militares, se torna imperante pensar desde una perspectiva psicológica las disfunciones familiares y el impacto que sobre la salud mental pueda generar y afectar la calidad de vida, entre estas, es sin duda la guerra la que causa los efectos mas profundos.

La violencia intrafamiliar debe ser entendida como un fenómeno complejo y multicausal, resultado de procesos que se viven al interior de la familia, que son a su vez el resultado o el producto de la asociación o encuentro de varios factores asociados con la violencia intrafamiliar.

Quienes viven o sufren la violencia intrafamiliar se encuentran principalmente en los grupos definidos culturalmente como los sectores con menor poder dentro de la estructura jerárquica de la familia. Generalmente -más no exclusivamente- éstas personas son quienes presentan las variables de género, generación (edad) y condiciones de salud que han sido tradicionalmente subvaloradas o subestimadas (feminidad, minoría de edad, discapacidad) y por lo tanto; han sido decisivas para establecer la distribución del poder en el contexto de la cultura patriarcal. De esta manera las mujeres, los menores de edad (niños y niñas), y a los ancianos (as) se identifican como los miembros de estos grupos en riesgo o víctimas más frecuentes, a quienes se agregan los discapacitados y discapacitadas (físicos y mentales) por su particular condición de vulnerabilidad.

Factores asociados a la ocurrencia de la Violencia Intrafamiliar

Existen factores asociados a la violencia intrafamiliar en tres dimensiones de la vida familiar. **El primero**, es la dinámica relacional y organizativa de la familia, **el segundo** es el factor sociocultural y económico, y **el tercero** son los factores

psicoemocionales y comportamentales de sus miembros entre los cuales están la transmisión de los imaginarios sociales que se basan en relaciones inequitativas de género.

- Respecto al factor relacionado con la dinámica relacional y organizativa de la Familia se ha señalado que la multiplicidad de uniones, con hijos e hijas nacidos (as) de varias de ellas, complejizan las relaciones familiares por causa “de rupturas conyugales no asumidas o no resueltas, a las que se suman nuevas uniones, nuevos parientes, y nuevas exigencias, nuevas tensiones y conflictos, determinando una configuración de riesgo para la violencia intrafamiliar”².
- La Violencia Intrafamiliar y los factores llamados socioculturales se encuentran estrechamente relacionados. Existe un proceso de retroalimentación entre el contexto familiar y el social. Encontramos, por tanto, contextos que favorecen la violencia intrafamiliar y otros que la evitan. En efecto, el acceso a recursos por parte de la familia, es un factor de protección frente a las necesidades diarias de ésta, y frente a una situación de vulnerabilidad familiar. Inversamente, contextos agresivos, desprovistos de recursos materiales e institucionales, y la falta de vínculos protectores institucionales, se convierten en un factor de vulnerabilidad para las familias.
- De las problemáticas sociales de inequidad en el acceso a los recursos, se derivan construcciones psicoemocionales deficientes a la hora de gestionar el conflicto al interior de las familias. Así lo confirma una muestra de 525 casos (familias), donde la mayoría de las personas agredidas se encontraban inactivas económicamente o desempleadas³.

La Violencia Intrafamiliar, es un fenómeno en el que inciden múltiples factores, que no necesariamente relacionados entre sí tienen un efecto causal sobre la ocurrencia de este tipo de violencia. Puede llamarse la atención sobre el impacto que este tipo de violencia tiene sobre las mujeres, constituyéndose en el grupo más vulnerable de la población víctima de este tipo de violencia, al cual debe brindársele mayores garantías y protección.

Factores como psicopatología, abuso o adicción de sustancias psicoactivas, pobreza, creencias culturales, rabia, estrés y depresión son mencionados como causales de violencia intrafamiliar. Empíricamente existe poca evidencia que demuestre relación directa de causalidad con Violencia Intrafamiliar por estos factores. Sin embargo la investigación ha evidenciado que estos factores sí influyen directamente en el tipo y características de violencia que asume el agresor tales como severidad, frecuencia y tácticas (Bragg L, 2003).

² Ver diseño de la muestra en Norma Rubiano, Ángela Hernández, Carlos Molina, Mariana Gutiérrez, Conflicto y Violencia Intrafamiliar, Universidad Externado de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Gobierno, Bogotá 2003, pág. 91 y s.s

³ Conflicto y Violencia Intrafamiliar, Universidad Externado de Colombia, ob. cit.

Aunque no hay consenso teórico sobre causalidad de la violencia intrafamiliar hay acuerdo en que es un problema multicausal crónico que requiere enfoques y abordajes complejos e integrales

Factores que vulneran a la Violencia intrafamiliar

- **Individual**

- ✓ Desconocimiento de sus derechos
- ✓ Insuficientes habilidades de comunicación y negociación
- ✓ Desconocimiento de rutas y servicios a demandar y acudir
- ✓ Baja autoestima, autoseguridad y autocuidado
- ✓ Haber sido testigo o víctima de violencias (sexual, maltrato infantil)

- **Familiar**

- ✓ Patrones de crianza que desconocen los derechos y las necesidades de desarrollo
- ✓ Autoritarismo
- ✓ Creencia de los padres que son propietarios de los hijos e hijas
- ✓ Violencia conyugal
- ✓ No hay criterios de unidad del padre y la madre en pautas de crianza
- ✓ Consumo de sustancias psicoactivas por parte de o alguno de los padres
- ✓ Hacinamiento
- ✓ Aislamiento social

- **Escolar**

- ✓ Prácticas disciplinarias autoritarias, punitivas y coercitivas
- ✓ Ausencia de normas claras
- ✓ Rechazo de los compañeros, maestros y amistades
- ✓ Falta de observación y seguimiento acorde con necesidades particulares de cada estudiante
- ✓ Desconocimiento del desarrollo psicosexual de los niños y niñas
- ✓ Falta de retroalimentación positiva hacia los niños y las niñas.
- ✓ Tolerancia a los comportamientos agresivos
- ✓ Desinformación en educadores y orientadores sobre el abuso sexual infantil y la manera de abordarlo

- **Salud**

- ✓ Ausencia de contenidos curriculares sobre estos temas en formación de recurso humano en salud.

- ✓ Ausencia de políticas, protocolos, guías e instrumentos estándares que precisen y regulen competencias, garantías y asignación de recursos para atención y vigilen y regulen cumplimiento de derechos y oferta oportuna de servicios de protección y atención a víctimas.
- ✓ Enfoques e iniciativas excluyentes de saberes y esfuerzos de diversas disciplinas, sectores y actores.
- ✓ Ausencia de estrategias de identificación e intervención para motivación y transformación permanente de creencias, actitudes y prácticas de proveedores de servicios hacia detección y atención de estas problemáticas.

- **Macro-Contextual, Cultural, Social Político**

- ✓ Sociedades indiferentes y carentes de esfuerzos efectivos para reducir condiciones de inequidad, injusticia, impunidad, pobreza y ausencia de oportunidades para desarrollo integral, bienestar y calidad de vida de algunos sectores poblacionales.
- ✓ Desplazamiento forzado por fenómenos violentos o ausencia de necesidades básicas satisfechas.
- ✓ Carencia de ratificación y formulación de Políticas Públicas atendiendo el problema así como del establecimiento de mecanismos efectivos para operativizarlas y velar por cumplimiento.
- ✓ Aceptación, validación cultural y legitimación social de violencia como medio para control y desarrollos.
- ✓ Ausencia de redes primarias-sociales de apoyo y capital social.
- ✓ Pobres espacios de participación y promoción de democracia con bajo control y regulación social de la trasgresión de leyes y vulneración de derechos humanos.
- ✓ Aceptación cultural de que el ámbito familiar y lo que ocurra allí es asunto privado y solo es incumbencia de los miembros que habitan ese territorio y espacio”.
- ✓ Creencias culturales sobre inferioridad de la condición de género “mujer” y “menor o infante”.
- ✓ Creencias culturales patriarcales que defienden la superioridad del hombre.

“Lo que todas las violencias tienen en común es que emergen en sistemas humanos donde no solo existen interacciones y comportamientos violentos y abusivos, sino además de un sistema de creencias que permite, a quien abusa, justificarse o mistificar el abuso de poder y la violencia sobre sus víctimas”.

“El motor de la intervención es el compromiso y la ética de quienes hacen la intervención, en consecuencia todo esfuerzo para contribuir a la liberación de las víctimas de los efectos traumáticos y alienantes del terror familiar pasa por facilitar procesos relacionales no violentos, al mismo tiempo que reescribir con

ellos la historia explicativa de estos acontecimientos, debe permitir el cambio de los comportamientos abusivos, la elaboración del carácter traumático de éstas experiencias y, además, facilitar el proceso de diálogo que permita emergencia de pautas de comunicación, comportamentales y de creencias no violentas, es decir crear a nivel micro y macrosocial condiciones que permitan a las víctimas, victimarios y a sus cómplices, en un clima de solidaridad y amor, nombrar el horror y el abuso, identificar quien es quien y cuál es la responsabilidad de cada uno. Pero además debe permitirles tomar conciencia de los mecanismos relacionales y transgeneracionales que generaron el drama”. Jorge Barudy, 1984.

Factores protectores

- Conocimiento y capacidades para ejercer sus derechos.
- Asertividad y habilidad para diálogo, comunicación y negociación.
- Recursividad, capacidad y habilidad para identificación y búsqueda de solución a problemas.
- Competencias para tener resiliencia ante las adversidades.
- Conocimiento y demanda oportuna de servicios de orientación y atención.
- Patrones de crianza democráticos que reconocen y respetan derechos y las necesidades de desarrollo.
- Relaciones conyugales y familiares basadas en equidad de género.
- Capacidad de identificación de conflictos y aceptación y respeto por diferencias.
- Apertura de diálogo y negociación ante desacuerdos.
- Búsqueda de redes primarias-sociales de apoyo y de uso de servicios.
- Cultura familiar de intolerancia a la violencia.
- Normas, reglas de juego y expectativas de comportamientos de educandos claras, coherentes, precisas y concisas.
- Diálogo abierto sobre temas de sexualidad, consolidación de proyectos de vida y de relaciones interpersonales.
- Estrategias pedagógicas que promuevan el aprendizaje cooperativo entre los niños y niñas y el desarrollo de competencias sociales como el manejo y expresión asertiva de emociones, frustraciones (expresión, comprensión y regulación), la empatía y la asertividad, solidaridad. Participación, tolerancia a la diversidad, la búsqueda pacífica a resolución de conflictos y la solución de problemas en al escuela.
- Detección y remisión oportuna en la entidades que protegen las víctimas o situaciones de riesgo y vulnerabilidad.

⁴ Barudy Jorge, “El dolor invisible de la Infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil” Ediciones Paidós Ibérica, SA, Barcelona, 1998 pg, 28 y 24

- Inclusión de contenidos para transferencia y promoción de competencias y habilidades a profesionales de salud para promoción de ambientes de convivencia pacífica, prevención, detección y atención de la violencia.
- Actividades de promoción de desarrollo y mejoramiento comunitarios, de competencias y patrones de crianza saludables, detección y oferta de servicios integrales que acuerdan, planes, ejecutan y evalúan con todos los actores y sectores de la comunidad.
- Esfuerzos concertados y articulados entre todos los actores y sectores de la sociedad y del Estado: gubernamental, privado, social, ambiente, económicos, civil movilizándose, aunando recursos, voluntades y actuando para transformar contextos y situaciones adversas.

Impacto de la violencia intrafamiliar en los niños y niñas

Los niños que conviven en situación de violencia intrafamiliar se exponen a una serie de riesgos tales como vivenciar eventos traumáticos, riesgo de abandono y maltrato, ser directamente abusado y de perder a alguno de los dos padres. Todos estos riesgos pueden conllevar a problemas de desarrollo severos. Diversos estudios han permitido identificar las siguientes tres categorías para los efectos de violencia intrafamiliar en los niños y niñas:

- **Problemas de comportamiento, sociales y emocionales**

Altos niveles de agresión, rabia, hostilidad, conducta oposicional y desobediencia; temor, ansiedad, desinterés, apatía, depresión; incapacidad de interactuar con amigos, hermanos y otros actores sociales, baja autoestima.

- **Problemas cognitivos y actitudinales**

Bajo desempeño intelectual y escolar, débil habilidad y capacidad resolutoria de conflictos y problemas, tolerancia y pasividad ante actos y actitudes violentas y agresivas, rigidez y estrechez en conceptos y estereotipos de género y machismo.

- **Problemas a largo plazo**

Más riesgo de depresión, suicidio y síntomas traumáticos y emocionales durante la adultez, tolerancia y propensión a aceptación y uso de violencia como medio de resolver conflictos y de relación con los demás.

Existen consecuencias físicas, emocionales y sociales muy particulares y específicas a cada etapa de desarrollo que presenta el niño o niña cuando ocurre la violencia intrafamiliar.

Los niños y niñas en familias víctimas de violencia intrafamiliar tienen mayor dificultad para consolidar vínculos con sus cuidadores y retrasos y fallas en el crecimiento y desarrollo. Sin embargo estos estudios tienen inexactitudes y limitaciones ya que algunos niños y niñas en circunstancias similares no desarrollan las mismas dificultades.

Preescolares pueden presentar retrasos y regresiones en su desarrollo o sufrir de trastornos del sueño o del apetito. Los escolares pueden presentar problemas disciplinarios, o de relación con otros compañeros o bajo rendimiento escolar.

Adolescentes tienen mayor riesgo de ser víctimas o victimarios de violencia de pareja. Los adultos que han sido testigos en su infancia de violencia intrafamiliar tienen significativamente mayores problemas de depresión, traumas emocionales y baja autoestima.

Niveles de actuación

Detección: Definida como conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectivamente el riesgo de y la situación de violencia, facilitan su diagnóstico precoz, el reporte y canaliza la denuncia, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Atención: Definida como un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que garanticen mejorar la condición de salud en forma oportuna y efectiva. Las acciones han de garantizar que la víctima acceda a servicios para cuidado médico, mental y social, medicamentos, pruebas diagnóstica y a un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice restitución de sus derechos, su salud, su seguridad y su vida. Todo ello ha de conducir a la reducción de duración y el daño causado por la violencia, evitando secuelas, incapacidad y muerte. La integralidad de estos esfuerzos viene dada en la medida en que se parte de las vivencias, posibilidades y capacidades de los individuos que se atienden, se convoca la vocación y la responsabilidad de las instancias institucionales y colectivas y se animan procesos frente a factores estructurales determinantes de las problemáticas sociales que contribuyen a la generación de violencias.

Vigilancia: Definida como el proceso que permite conocer y comprender la situación de violencia intrafamiliar, en términos de la causalidad, magnitud, frecuencia, intensidad y sus consecuencias. Como la forma en que están respondiendo y resolviendo esta problemática las instituciones con competencia en el asunto. Todo ello en la medida que garantice una información útil para todos los actores y sectores de una comunidad que conlleve a la toma de decisiones y medidas para afectar positivamente la realidad frente a la violencia intrafamiliar.

Prevención primaria: Universal, a toda la población (comunidad, oferentes tomadores de decisión) y las más exitosas son:

- Anuncios de servicios públicos que promueven patrones de crianza positivos.
- Programas de educación a padres enfocados en expectativas de logros de desarrollo según edad y roles y responsabilidades de los padres en este proceso.
- Programas de apoyo familiar que fortalezcan la capacidad de demanda de servicios y acceso a recursos y redes primarias-sociales de apoyo de las familias.
- Campañas que informen sobre cómo y dónde buscar ayuda en caso de violencia intrafamiliar.

Prevención secundaria: Focalizadas a familias en alto riesgo; pobreza marginalidad, consumo de sustancias psicoactivas, padres adolescentes, trastornos de salud mental y discapacidades en hijas (os) o padres.

- Programas de educación parenteral en colegios o centros de rehabilitación para padres adolescentes o consumidores de sustancias psicoactivas.
- Grupos de redes primarias-sociales de apoyo entre padres para ayudar a lidiar con el estrés, angustias y ansiedades cotidianas para responder efectivamente a retos y responsabilidades familiares.
- Visitas domiciliarias a gestantes para anticipar crianza y estrés a nueva condición.
- Actividades de apoyo a familias con niños y niñas con problemas o necesidades especiales.
- Centros o puntos comunitarios para informar y remitir casos.

Prevención terciaria: En casos de familias que ya tienen dictámenes o resoluciones de violencia intrafamiliar (casos confirmados).

- Servicios intensivos de “Preservación o protección familiar con consejeros de salud mental entrenados y disponible 24 horas y por períodos de 6-8 semanas.

- Programas de “modelaje” parental con modelos de familias no violentas que apoyan y acompañan familias en problemas en las crisis.
- Grupos de soporte parental que ayudan a transformar creencias y prácticas de crianza y autoridad negativas en promoción al buen trato y disciplina con amor.
- Servicios de salud mental para ayudar a estas familias a mejorar canales de comunicación y funcionamiento.

4. CRITERIOS DE EJECUCIÓN:

- a) Desarrollar y ejecutar un Programa de atención integral infantil que considere las características y condiciones biológicas, psicológicas, sociales y medioambientales del niño y la niña del SSFM.
- b) Las Direcciones de las Fuerzas diseñarán mecanismos que permitan identificar en forma precoz y en coordinación con el sector educativo factores de riesgo o determinantes de salud mental que pongan en peligro la integridad o la salud mental de los niños y niñas del SSFM, para desarrollar intervenciones oportunas.
- c) Promover y fomentar el buen trato y la disciplina con amor, mediante talleres, capacitaciones, folletos y mensajes publicitarios.
- d) Crear redes primarias- sociales de apoyo.
- e) Intervenir de manera particular cualquier situación de maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar que represente deterioro, vulnerabilidad, riesgo o patología para el niño, la niña y el grupo familiar.
- f) Se establecerán criterios mínimos y periodicidad para la evaluación integral de las familias del SSFM con riesgo o vulnerabilidad al maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar.
- g) Los colegios de las Fuerzas, las Escuelas de Formación y los grupos comunitarios que se requieran, diseñarán estrategias que permitan el logro de las líneas de acción propuestas en la presente Directiva.

Brigadier General **LUIS EDUARDO PEREZ ARANGO**
Director General de Sanidad Militar

ANEXO “B”**SISTEMA DE VIGILANCIA DE MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR**

Este Sistema de Vigilancia, se proyecta a realizar seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de maltrato infantil y violencia intrafamiliar o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación, evaluación de programa de salud mental incluyendo como elementos básicos la disseminación de dicha información a los que necesitan conocerla, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control.

Es el estudio de la distribución de los eventos y los determinantes o factores de riesgo de los mismos, así como los estados relacionados con la salud en poblaciones determinadas, y en la aplicación de la información obtenida para controlar los problemas relacionados con el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar.

Son acciones que buscan prevenir y detectar tempranamente la ocurrencia de eventos que pongan en riesgo la salud integral de la población, mediante un sistema de información en cadena.

El Sistema de vigilancia entonces, permite conocer y comprender la situación del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, en términos de la causalidad, magnitud, frecuencia, intensidad y sus consecuencias. Como la forma en que están respondiendo y resolviendo esta problemática las instituciones con competencia en el asunto. Todo ello en la medida que garantice una información útil para todos los actores y sectores de una comunidad que conlleve a la toma de decisiones y medidas para afectar positivamente la realidad frente a estos flagelos.

**CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER EL EVALUADOR PARA DETECCIÓN
DE VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Previo a la implementación de protocolo para evaluar a todos y todas las pacientes para detección de víctimas de maltrato infantil y violencia intrafamiliar hay que entrenar adecuadamente a los proveedores de servicios. Entre los contenidos a entrenar se incluyen definiciones, dinámicas, tácticas, conductas, aspectos culturales, contextuales y consecuencias del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar en víctimas y espectadores.

Agresores:

- Generalmente controlan y tienen todo el poder sobre el dinero, propiedades y demás patrimonio de la familia.
- Exageradamente celosos y controladores con sus parejas. Desconfiando de amigos, familiares, compañeros de trabajo, entre otros.
- Frecuentemente se burlan o subestiman las opiniones o intervenciones de sus parejas.
- Pueden usar diferentes formas que garantizan “ventaja y status” para mantener el control, conocimiento, autoridad y poder en la familia (como una diferencia en logros profesionales, condición legal de ciudadanía, historia familiar, conocimiento, educación, etc.).
- Minimizan o justifican su conducta agresiva, son hábiles para tener la excusa perfecta y se mantienen a la defensiva.
- Generalmente no son concretos o describen vagamente los incidentes violentos.
- Pueden tener antecedentes documentados de uso de la violencia
- Pueden presentar lesiones que evidencian ataques físicos como mordeduras, arañazos.
- Usar la fuerza física contra la gente o bienes materiales.

Víctimas:

- Generalmente temerosas de sus parejas.
- Generalmente aisladas sin acceso a sus amigos, familiares o redes de apoyo.
- Generalmente con pobre autonomía y cuando ejercen autonomía esto acarrea consecuencias negativas y abusivas contra ellas
- Generalmente sienten culpa o creen que son ellas las que provocan la violencia.
- Pueden experimentar dificultades para dormir, dolores crónicos, problemas gastrointestinales, ansiedad y signos de estrés postraumático.
- Es más probable que presenten lesiones más severas (cuello, cabeza, torso).

- Pueden precisar como surgen los incidentes violentos y como escalona la violencia.
- Han sido advertidos por sus amigos o familiares del riesgo que corren.

El interrogatorio y la evaluación inicial para identificación de casos debe ser hecha por un proveedor de salud que:

- Ha sido formado en teorías y dinámicas sobre maltrato infantil y violencia intrafamiliar, seguridad, derechos y autonomía de víctimas como competencias y habilidades culturales y técnicas para abordarla,
- Ha sido entrenado para interrogar y hablar sobre el tema, proveer información sobre maltrato infantil, violencia intrafamiliar, recursos, competencias y redes de atención.
- Esta autorizado para diligenciar documentos oficiales y técnicos sobre historia de salud del paciente.
- Tiene una relación o ha construido confianza con paciente en servicio de cuidado primario.
- Tiene un cargo y responsabilidad en cuidado de salud en un servicio de especialidad, urgencias, consulta.

Instrucciones durante el proceso de evaluación para detectar maltrato o violencia intrafamiliar:

- Nunca se debe culpar o responsabilizar a pacientes sobre su situación de violencia ni obligar a demostrarles que sí son las “verdaderas víctimas”.
- La evaluación debe hacerse con especial sensibilidad, calidez sin evidenciar ningún sesgo o juicio.
- Aún si tiene dudas de que el paciente sea víctima, documente que evaluó al respecto, la reacción del paciente, detallando el impacto en salud y describa el tipo de abuso que reporta el paciente. Igualmente ofrezca información, orientación y remisiones que hizo sobre violencia intrafamiliar y documéntelo.

La Ley 9 de 1979, establece normas de vigilancia y control epidemiológicos para:

- El diagnóstico, el pronóstico, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y demás fenómenos que puedan afectar la salud.
- La recolección, procesamiento y divulgación de la información epidemiológica.
- El cumplimiento de las normas y la evolución de los resultados obtenidos de su aplicación.

Se crea el decreto 3518 de octubre 9 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

Los componentes básicos de la vigilancia en salud pública son

- Acceso obligatorio a la información
- Carácter confidencial de la información.
- Notificación obligatoria.
- Sistema de información.
- Análisis de información.
- Divulgación de resultados.
- Orientación de acciones en salud pública.
- Modelos y protocolos de vigilancia.
- Estandarización de normas
- Pruebas especiales para estudio de eventos de interés en salud pública.

En salud Pública tenemos: Sistema de Vigilancia de violencia intrafamiliar y maltrato infantil.-**SISVIN**.

Brigadier General **LUIS EDUARDO PEREZ ARANGO**
Director General de Sanidad Militar

TARJETA DE REPORTE DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL Y/O VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Nombre de la Institución que informa _____

Fecha de Notificación DD /MM /AA

DATOS DEL NIÑO-NIÑA MALTRATADO Y/O PERSONA VIOLENTADA[illegible]

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TIPOLOGÍA, INDICADORES Y VALORACIÓN DEL MATRATO O VIOLENCIA

[illegible]

ORIGEN DEL MATRATO O VIOLENCIA

[illegible]

**SIGNOS MANIFESTADOS QUE INDIQUEN MALTRATO INFANTIL O VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR**

DIAGNOSTICO _____
CODIGO CIE10 _____

*GRACIAS POR SU COLABORACIÓN
LOS DATOS AQUÍ REGISTRADOS SON EstrictAMENTE CONFIDENCIALES*

Brigadier General **LUIS EDUARDO PEREZ ARANGO**
Director General de Sanidad Militar

ANEXO “C”

FORMATO DE REPORTES Y SEGUIMIENTO DE MALTRATO INFANTIL Y/ O VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

SISTEMA DE VIGILANCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO

[illegible]

Sexo : M Masculino F Femenino

Grado : O : Oficial - S Suboficial - SL: Soldado C: Civil
R/P Retirado o Pensionado

Numero de casos reportados a las Autoridades _____

Causas que motivaron el no reporte a las autoridades _____

Nombre y Firma del Reportante_____

INSTRUCTIVO FORMATO DE REPORTE CONSOLIDADO DE MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El cuadro anexo tiene como fin registrar la información de los eventos ocurridos en cada mes el cual se cuenta el lunes de la última semana del mes para cada Establecimiento de Sanidad Militar, la cual debe ser enviada a las Direcciones de Sanidad la primera semana del mes siguiente y reportada en consolidado a la DGSM el lunes de la segunda semana de cada mes.

Teniendo en cuenta que esta es la base para fortalecer el Sistema de Vigilancia de Maltrato y Violencia es necesario que las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas ejerzan un estricto control al cumplimiento de este procedimiento.

El contenido del formato es la consolidación de los casos registrados en la ficha individual de reporte, por lo tanto y con el fin de preservar la confidencialidad de la información se identifica al afectado con su documento de identificación, discriminándolo por edad y sexo, en el espacio correspondiente a grado se indica con una **X** si el agredido es oficial, suboficial, soldado, civil, retirado o pensionado, en caso de tratarse de un Beneficiario se indicara en lugar de la **X** la letra **H** para hijo o hija y **E** para esposa o esposo.

El diagnostico es la consecuencia del evento, de maltrato o violencia y corresponde al anotado en la ficha individual de reporte, con el fin de verificarlo se debe incluir su equivalente en el CIE 10.

La frecuencia del evento hace referencia al número de veces que se ha repetido este tipo de maltrato en la víctima, lo cual amerita una intervención y seguimiento más o menos continuo de la situación.

Nexo familiar o social con el agresor se incluye solo el tipo de vínculo ejemplo Padre, madre, compañero, superior docente, o en caso de no existir algún tipo de relación se coloca la palabra NINGUNO.

Tratamiento o intervención es el tipo de abordaje que se hace al agredido o su núcleo familiar Ejemplo; Remisión a Salud Mental, Terapia de familia, Valoración y tratamiento médico, remisión a tercer nivel de atención.

Es importante tener en cuenta si el agredido ha vuelto a control y cuantos se han realizado, por lo tanto en el reporte se incluye el control No ____, lo cual significa que un mismo caso puede estar reportado en dos periodos consecutivos si se halla en control, este es un mecanismo de seguimiento a la continuidad y calidad de las intervenciones.

El Profesional o profesionales tratante (s) es el nombre (s) y la (s) profesión (es) de quien (es) está (n) interviniendo al agredido y/o agresores, en el caso de que estos últimos se hallen bajo terapia individual o grupal.

Es importante que en cada caso de acuerdo con la ficha individual de reporte se dejen recomendaciones como indicaciones sobre el curso a seguir con cada uno, la periodicidad de los controles y visitas a estos núcleos familiares, lo cual permite realizar un seguimiento y control en el tiempo y evaluar los resultados de las intervenciones en especial cuando exista reincidencia de estos eventos.

Se finaliza el diligenciamiento del consolidado con la fecha en que sucedió el evento de maltrato o violencia y la fecha de reporte, lo cual permitirá establecer si hay demoras en la captación de los casos y fomentar en la comunidad la denuncia de este tipo de situaciones en forma oportuna.

Brigadier General **LUIS EDUARDO PEREZ ARANGO**
Director General de Sanidad Militar