

UNA INSTITUCION PRIVADA DE PROTECCION INFANTIL EN BOGOTA

EDUARDO LAVERDE RUBIO M. D.
MARINA CASTRO de WOLFF
LEONOR MOJICA
FANNY SABOGAL

A) ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCION

Esta publicación tiene por objeto realizar una comunicación preliminar de los hallazgos realizados durante el estudio de un grupo de menores pertenecientes a una institución privada de protección infantil: el Club Michín.

Esta institución tiene una Junta Directiva, formada por la Presidenta, la Vicepresidenta, Tesorera y dos Vocales, que tienen a su cargo la dirección general y la supervisión. El 50% de ayuda financiera la recibe del exterior, el 30% de organismos privados y el 20% de organismos oficiales.

El Club Michín se encuentra distribuido en 5 casas, situadas en la zona norte de la ciudad de Bogotá —sector Chapinero—. Cada casa funciona con un grupo de niños cuyo número está entre 30 y 44, y agrupados por edades que van de 4 a 8 años, de 8 a 12 años y de 13 a 18. Cada casa está dirigida por un profesor de dedicación exclusiva que habita en ella con su familia. Funciona a la manera de un “hogar sustituto”, de

puertas abiertas. El profesor tiene a su cargo la dirección sobre aspectos económicos locales, administrativos, y coordinación de la escolaridad. Los niños reciben escolaridad externa en escuelas públicas, colegios privados e institutos técnicos. El tiempo en el club, se les distribuye entre las horas de estudio, de recreación —televisión, juegos de mesa, fútbol, etc.— de colaboración en algunas actividades de la casa, de aseo personal y alimentación. La esposa del profesor tiene a su cargo la dirección de los aspectos domésticos de la alimentación, la ropería y el aseo de la casa.

El total de niños del Club Michín es actualmente de 172. El criterio de admisión ha sido en general, el de las condiciones económicas, emocionales y sociales desfavorables del grupo humano en donde se encontraba el niño. Durante la permanencia del niño en el Club, recibe alojamiento, alimentación, vestuario, educación, recreación y asistencia técnica de tipo médico, odontológico, psiquiátrico, psicológico y social. Entra en contacto con un núcleo familiar estable, tolerante, que le brinda seguridad

y afecto. El criterio de salida del Club, depende de la edad fundamentalmente. A los muchachos de 18 años en adelante se les trata de ubicar en residencias de jóvenes, para permitirles una independencia progresiva, que los capacite para reintegrarse a la sociedad. Según cada caso, se continúa apoyándolos en los estudios, o se trata de conseguirles un trabajo apropiado. La salida del Club por reintegro al hogar, ocurre eventualmente, ya que mediante la terapia social, no es siempre posible obtener las modificaciones indispensables. La relación entre el número de niños y el número de adultos que se ocupan de ellos, es de 14 niños por cada adulto. Por cada niño, el presupuesto dedicado cada mes es de:

a) Alimentación \$	250	45.4%
b) Educación	100	18.1%
c) Asistencia técnica . .	75	13.6%
d) Alojamiento	70	12.7%
e) Recreación	30	5.4%
f) Vestuario	25	4.5%
<hr/>		
Total \$	550	99.7%

B) FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO TECNICO

—Psiquiatra, Psicólogas, Socióloga, Profesores—. El equipo técnico está formado por un psiquiatra de tiempo parcial, dos psicólogos de medio tiempo cada uno, una socióloga de 30 horas semanales y 5 profesores de dedicación exclusiva, un médico y un odontólogo de tiempo parcial.

Cada uno de los miembros del equipo atiende a los niños en su especialidad. La prioridad para estudiar los casos está determinada por la consulta que haga algún adulto sobre problemas del menor, ya sea en su conducta, su rendimiento escolar, o su estabilidad emocional.

C) RECOPIACION DE DATOS

Se trata de obtener el mayor grado de información sobre cada niño, a nivel

psiquiátrico, psicológico, social y pedagógico. Estos datos son suministrados por diferentes especialistas:

a) La entrevista psiquiátrica de aproximadamente 45 minutos de duración, se realiza en forma libre, especialmente en latentes y adolescentes. Con los niños menores de 10 años se emplean de preferencia, sesiones de juego.

La entrevista psicológica permite establecer una base positiva de comunicación con el menor y a la vez explorar en cada caso cuáles son las pruebas de inteligencia y personalidad más apropiadas para iniciar el estudio psicológico y detectar las áreas más conflictivas.

La entrevista social se realiza de acuerdo con la situación familiar que presente cada niño:

1. Visita domiciliaria, en la cual se entrevista a la madre, al padre o a la persona directamente encargada del niño, con el fin de obtener información acerca del nivel social, económico y cultural de la familia.

2. En caso de que se trate de un hogar perdido:

a) Si ha pasado por otras instituciones se hace necesario recurrir a ellas en busca de información.

b) Se recurre al niño para investigar sobre la información que suministre.

Informe social:

Se funda básicamente en los datos recopilados por una de las técnicas citadas en el punto anterior. Mediante diferentes formas de entrevista se trata de obtener una visión general del ambiente que rodeó al niño antes de ingresar a la institución y de las condiciones pasadas y actuales del núcleo familiar.

En caso de que la entrevista familiar se pueda llevar a cabo, se toman como variables de investigación: el aspecto económico, el aspecto social, y el aspecto cultural a su vez, como indicador de las mismas.

1. Aspectos económicos:

- a) Vivienda.
- b) Ocupación del jefe de familia: pasada y presente.
- c) Salario.
- d) Otros ingresos.

2. Aspecto social:

- a) Origen: jefe de familia, hijos.
- b) Migración. Etapas migratorias.
- c) Status social: ascenso o descenso del status social, familiar, canales de movilidad.
- d) Educación. Grado de escolaridad de los jefes de familia; grado de escolaridad de los demás miembros de la familia.

3. Aspecto cultural:

- a) Valores: religiosos, educativos.
- b) Creencias.
- c) Costumbres, hábitos.

Junto con estos datos, recogidos en la visita domiciliaria, se presentan las informaciones dadas por los parientes del chico cuando se acercan al Club con el objeto de informarse acerca de su comportamiento, y los suministrados en conversaciones con el niño mismo.

C) Observación directa e indirecta.

La observación directa la realiza preferentemente el profesor que está en contacto con el niño el mayor tiempo. La observación indirecta se basa en las preguntas que sobre el comportamiento y rendimiento escolar se hacen a los profesores de la escuela y a los voluntarios encargados de la recreación.

D) Aplicación de pruebas psicológicas.

Para la valoración de la inteligencia se emplean los Test de Terman-Merrill, Goodenough, WAIS y WISC —formas para adultos y adolescentes del Weschler—. Para la valoración de la persona-

lidad se utilizan el C. A. T. —Children Aperception Test— el T. A. T. —Thematic Aperception Test— el C. A. T. H. —Versión del C. A. T. con figuras humanas— y el Machover, y en algunos casos el Rorschach.

2. Intercambio de datos:

La comunicación de los aspectos investigados por el psiquiatra, las psicólogas, la socióloga y los profesores, se hace en reunión de equipo, la cual tiene lugar una vez al mes. En cada reunión de equipo, de 1 hora 30 minutos de duración, se examinan dos casos. Esta comunicación permite tener una visión global del niño, ya que ha sido valorado desde diferentes puntos de vista, por diferentes personas y en sus múltiples actividades.

3. Diagnóstico:

Al igual que el estudio que se ha hecho al niño, el diagnóstico tiene también un enfoque multidimensional que comprende aspectos sintomáticos, de personalidad, de inteligencia, valoración de la estructura social y comportamiento del niño dentro del grupo. Es así como estos datos permiten conformar la historia general del niño. Mediante la discusión interprofesional y con base en los datos anteriormente recopilados, se determinará cuáles de estos factores tienen mayor incidencia en la problemática del caso.

4. Conducta que debe seguirse en los diferentes casos revisados:

A) Tratamiento: Puede ser individual o de grupo según las variables más sobresalientes del caso.

1. Tratamiento psiquiátrico: Se utiliza la psicoterapia individual o de grupo, de orientación psicoanalítica.

2. El tratamiento psicológico se hace mediante sesiones de ludoterapia, lo cual permite establecer una mejor relación del niño con su ambiente, a través

de la psicóloga, e inclusive modificar en forma positiva sus relaciones de objeto.

3. El tratamiento psicofarmacológico, especialmente anticonvulsivante se aplica en aquellos casos que presentan lesión cerebral crónica con alteraciones de conducta.

4. El tratamiento social se hace por medio de conferencias con grupos de padres o por medio de entrevistas individuales, en un intento de modificar positivamente el ambiente familiar, ya que debe tratar de reintegrarse el niño al hogar. Tanto la socióloga como el psiquiatra y las psicólogas actúan sobre el grupo de profesores mediante conferencias sobre las dificultades más frecuentes en su trato con los niños, orientándoles y modificando en cierta forma su actitud ante algunos aspectos de la conducta del niño.

B) Orientación: Hacia actividades de acuerdo con el nivel de inteligencia, aspiraciones y aptitudes, que llevarán a cabo en institutos técnicos, colegios de bachillerato o escuelas artesanales.

D) RESULTADOS DEL GRUPO DE 62 NIÑOS ESTUDIADOS

Lo siguiente constituye una exposición de las labores realizadas por el equipo técnico durante dos semestres (2 semestres de 1966 y 1 semestre de 1967), sobre un total de 62 niños estudiados en cuanto a los diferentes aspectos ya mencionados y cuya problemática ha sido discutida en las reuniones semanales con una frecuencia de dos niños en cada fecha.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Origen:

a) Zona urbana	59.4%
b) Zona rural	35.5%
c) Desconocido	4.6%
	<hr/>
	99.6%

Procedencia:

a) Vivían con los dos padres	4.8%	25 N
b) Vivían con el padre	8.0%	5
c) Vivían con la madre	40.3%	25
d) Vivían con otros	35.4%	22
	<hr/>	<hr/>
	99.7%	62 N

Nota: La denominación de "otros" hace referencia a aquellos niños que inmediatamente antes de su ingreso al Club Michín han estado en otras instituciones o residido con parientes o cualquier otro tipo de protectores.

Tipo de hogar:

a) Hogar desintegrado	54.8%	34 N
b) Hogar perdido	40.3%	25
c) Hogar inadecuado	4.8%	3
	<hr/>	<hr/>
	99.9%	62 N

Nota: Se entiende por "hogar desintegrado" aquel grupo familiar en el cual solo está presente uno de los dos padres. Esto puede deberse a varias causas:

1. Padre desconocido.
2. Muerte de uno de los padres.
3. Separación de los padres (abandono de domicilio por cualquiera de los dos cónyuges).

El término "hogar perdido" hace referencia al núcleo familiar con el cual no ha sido posible establecer contacto. Esto se debe a las siguientes causas:

1. Abandono deliberado de los padres.
2. El niño se extravió o se fugó, siendo muy pequeño y los recuerdos acerca de su familia y procedencia se hallan distorsionados, lo cual dificulta cualquier investigación social.
3. Muerte de los padres.

El término "hogar integrado pero inadecuado" cubre aquel grupo familiar en el cual conviven los padres pero debido a causas emocionales (rechazo de los padres, rechazo de uno de los pa-

dres, conflictos grupales, etc.), se provocan reacciones de conducta en el niño, el cual se fuga de su hogar.

Estas solicitudes de ingreso generalmente presentan como motivo predominante una precaria situación económica que dificulta el sostenimiento del niño en una familia numerosa, factor que hace aún más crítica la situación emocional:

Destino:

a) Se encuentran en el Club	87.0%	54 N
b) Reintegro al hogar	1.6%	1
c) Reintegro a la sociedad . . .	1.6%	1
d) Fuga	9.67%	6
	<hr/>	<hr/>
	99.8%	62 N

5. Valoración de la capacidad intelectual:

a) Capacidad intelectual en el promedio	53.0%	33 N
b) Deficiencia mental leve . .	20.9%	13
c) Inteligencia lenta	19.3%	12
d) Deficiencia mental grave . .	1.6%	1
e) Sin evaluación de la capacidad intelectual	4.8%	3
	<hr/>	<hr/>
	99.6%	62 N

Nota: Tres niños sin evaluación de la capacidad intelectual no se encuentran en el Club (dos por fuga y uno por haber sido reintegrado al hogar).

6. Diagnóstico:

a) Trastornos psicógenos	74.1%	46 N
b) Deficiencia mental leve . . .	12.9%	8
c) Sin enfermedad mental . . .	8.0%	5
d) Lesión cerebral crónica . . .	3.2%	2
e) Deficiencia mental grave psicógena	1.6%	1
	<hr/>	<hr/>
	99.8%	62 N

7. Alfabetización:

a) Al ingreso:		
Analfabetos	64.3%	40 N
Alfabetos	35.4%	22
	<hr/>	<hr/>
	99.7%	62 N
b) En la actualidad:		
Analfabetos	3.2%	2 N
Alfabetos	93.5%	58
Kinder	3.2%	2
	<hr/>	<hr/>
	99.9%	62 N

Aspecto pedagógico.

Alfabetización:

	<i>Analfa-</i>	<i>%</i>	<i>Alfa-</i>	<i>%</i>
	<i>betos</i>		<i>betos</i>	
a) Al ingreso	40	64.35	22	35.48
b) En la actualidad.	2	3.22	58	93.54
Kinder	2	3.22		

Grado de instrucción:

a) Al ingreso:	
1º de primaria	4
2º de primaria	10
3º de primaria	1
4º de primaria	2
5º de primaria	5
	<hr/>
	22
b) En la actualidad:	
1º de primaria	15
2º de primaria	9
3º de primaria	9
4º de primaria	11
5º de primaria	6
6º de primaria	2
1º de bachillerato	1
2º de bachillerato	1
1º año SENA	1
4º bachillerato técnico	1
1º bachillerato técnico	1
	<hr/>
	58
Kinder	2
	<hr/>
	60

E) COMENTARIOS

1. La baja incidencia de fugas de la institución permite hablar de una adecuada adaptación a ella. Ello parece poder explicarse por algunas características de funcionamiento: distribución de los grupos pequeños en un ambiente familiar con figuras paternas y maternas propicias para una buena identificación, existencia desde el comienzo de formas de contacto con la comunidad: puertas abiertas, escolaridad externa, etc.

2. El reducido número de niños sin enfermedad mental (8%), puede deberse al grupo estudiado inicialmente, todos con problemática aparente, lo cual

se aclarará mejor al completar el estudio de todo el grupo y establecer el porcentaje definitivo. Pero de todas maneras sugerimos que se encontrará una mayor incidencia de enfermedades mentales en este grupo en comparación con un control cuya historia personal haya tenido menos vicisitudes.

3. El hogar tipo de donde proceden estos niños está formado solo por la madre, lo cual es índice de un fenómeno social de irresponsabilidad paterna, que configura una relación de objeto externo con una madre rechazante y un padre ausente. Este dato puede ser relacionado con una cantidad considerable (74.1%) de trastornos de tipo psicogénico.