

**EVOLUCIÓN DE TRES SÍNTOMAS REPERTORIZADOS PREVALENTES
EN LA PRACTICA HOMEOPÁTICA EN EL ALBERGUE MAMÁ YOLANDA
2006.**

**YADIRA ORDOÑEZ A.
ANNE THIBAULT**

**FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA (FICH)
LUIS G. PAEZ
BOGOTA., JUNIO 2007**

**EVOLUCIÓN DE TRES SÍNTOMAS REPERTORIZADOS PREVALENTES
EN LA PRACTICA HOMEOPÁTICA EN EL ALBERGUE MAMÁ YOLANDA
2006.**

**YADIRA ORDOÑEZ A.
ANNE THIBault**

Trabajo de Finalización de Postgrado en Homeopatía

**Dra. FLORENCIA CORREA CRUZ
DIRECTORA**

**FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA (FICH)
LUIS G. PAEZ
BOGOTA., JUNIO 2007**

INTRODUCCION

Según los datos recientes de la UNICEF, 6 millones de menores de edad son sometidos a actos de violencia familiar visible (es decir estadísticamente reportados) y en América Latina mueren al año 80.000 niños, como consecuencia de maltrato. Pero la mayor parte de la violencia es invisible.(1).

En Colombia, donde el 40% de la población es menor de 16 años, los niños y adolescentes representan los grupos de mayor vulnerabilidad social y a pesar de que el Congreso de la República haya ratificado en 1991 la Convención sobre Los Derechos de los Niños, el ICBF estima en 2 millones al año los niños maltratados, víctimas de la violencia intra familiar, de abusos sexuales, reclutados en el conflicto armado, encarcelados en centros de reclusión (donde el hacinamiento es del 330%), víctimas de la desigualdad social, de las faltas de garantía del estado y de todos los procesos históricos (de la colonización hasta la globalización) que no hicieron sino agudizar y profundizar su vulnerabilidad.(1).

El maltrato infantil es un gran y grave problema de salud pública, el tiene efectos devastadores responsables de profundos sufrimientos, desordenes

emocionales y mentales en una población que supuestamente es considerada como parte del futuro de la humanidad.

Como el origen del maltrato infantil es multicausal, su tratamiento también tiene que ser integral y con equipo multidisciplinario.

La homeopatía como medicina humanística y holística, cuya vocación es tener la "misión" de "restablecer la salud" o "curar", a fin de que cada individuo consiga alcanzar "los mas altos fines de su existencia" (triunfar en su destino), no puede evadir el compromiso medico-social de intervenir en el proceso terapéutico de los niños maltratados.

El instituto Luís G. Páez trabaja en ese sentido desde 2002 en los albergues de "Mama Yolanda" y ya se han realizado trabajos que consolidan nuestra voluntad común de lograr mejores resultados en nuestra práctica.

Queremos, a través de ese nuevo estudio, evaluar a la luz de las historias clínicas de nuestros pequeños pacientes, la evolución de los síntomas repertorizados, establecer si el remedio homeopático puede, y en que proporciones corregir la disarmonía de la energía vital y restablecer la salud esencialmente mental y emocional de los niños maltratados, cuyo género de vida y entorno social y familiar son permanentemente potenciales obstáculos

a la curación. La homeopatía tiene que abrir caminos alternos y participar en el logro de soluciones verdaderas a ese flagelo de nuestras sociedades.

1. JUSTIFICACION

Existe en el mundo una gran preocupación por el aumento en la incidencia de comportamiento violento en niños y adolescentes; en muchos casos es secundario a la violencia previa, ser víctima de abuso físico y/o sexual, exposición a la violencia intrafamiliar, uso de drogas, factores genéticos, etc. Se buscan estrategias para tratar de prevenirlo y brindar un tratamiento oportuno profesional.

El Maltrato es un fenómeno que nace con el hombre. Es un problema Universal y como afirma Materola “El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una ENFERMEDAD DE LA SOCIEDAD.”(2).

Los niños del albergue “Mamá Yolanda”, son el reflejo de está problemática mundial y social. Son niños frutos de familias disfuncionales, maltratados, con experiencia en calle, consumidores de drogas, con grandes dificultades para adaptarse a la sociedad.

Es fundamental poder conocer el alcance de la homeopatía sobre la sintomatología presente en este tipo de población. Se han realizado varios trabajos en el albergue (3) (4) (5), pero todavía no se ha evaluado realmente

los resultados logrados. Por este motivo este estudio busca hacer una evaluación de los tres síntomas prevalentes, recolectados de la totalidad sintomática de los pacientes tratados con homeopatía.

Para el instituto, como ente asistencial es reconfortante ofrecer una labor de servicio a una entidad con este carácter, apoyando el proceso de rehabilitación de los niños y como ente docente, es valioso brindar una práctica de este tipo. Para nosotros como estudiantes es definitivo reconocer el efecto de la homeopatía, en especial en este tipo de población, identificar la dinámica mental del paciente y la correlación con el medicamento. Nos permitirá ofrecer una consulta, desde un mejor conocimiento de la misma y de nosotros como seres humanos, y pertenecientes a la misma sociedad enferma. Nos enriquecerá no solo como profesionales sino como personas. Nos permitirá reconocer los diferentes grados de incurabilidad y en un momento dado los obstáculos a la curación, como son el género de vida del enfermo y de lo que lo rodea, su moral y carácter, etc.

Curar es ayudar a un semejante a que tenga una integración armónica de su personalidad, una unidad de propósito y acción, de pensamiento y voluntad que lo lleve a su maduración psicológica, al desarrollo de su potencialidad espiritual para la libertad y trascendencia.

En el Discurso del Método, Descartes dice: “ES POSIBLE ENCONTRAR UN MEDIO POR EL QUE LOS HOMBRES SEAN BUENOS E INTELIGENTES. Creo que ese medio hay que BUSCARLO en la medicina”. A lo que el Dr. Galindo en su libro, La Homeopatía y el Alma Enferma contesta: “La homeopatía es el sistema curativo que hace que los seres humanos –todos-, con este tratamiento bien prescrito, cambien en su manera de ser, modifiquen su ALMA, tiendan cada vez más a ser útiles, de buenas costumbres y moralmente equilibrados, lo cual señala seres que usen eso que se llama inteligencia para el BIEN”.(6).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los tres síntomas repertoriales recolectados y describir su evolución bajo tratamiento homeopático en los pacientes del albergue Mamá Yolanda en el año 2006.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Recoger la información obtenida de las historias clínicas y observar algunas de las características recolectadas
- Definir los síntomas repertorizados en la población de estudio con la historia biopatográfica, y tomar los tres más utilizados.
- Evaluar su evolución y respuesta al tratamiento homeopático.
- Proponer sugerencias y recomendaciones para el albergue y la FICH, que redunden en el bienestar de los niños.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El albergue, es una entidad privada sin animo de lucro. Fundada por Yolanda Pulecio en 1.958. Su fin es brindar protección integral a niños entre 6 y 18 años, víctimas del maltrato físico y psicológico. Los motivos de ingreso son por lo general, experiencia de calle, niño trabajador, violencia intra familiar, abuso sexual, abandono familiar, conductas de hurto, delincuencia y consumo de sustancias psicoactivas. Algunos se encuentran en proceso declaratoria de abandono por parte del ICBF, entidad con la que tiene un convenio. (4)

Tiene en la actualidad 53 niños de 6 a 17 años, distribuidos en dos centros, San Rafael y San Juan. Ubicados en el sur de Bogotá. La institución garantiza a los niños protección integral en salud, nutrición, educación, recreación, formación y capacitación, encaminados a fortalecer su autoestima y a ayudarles en la construcción de su proyecto de vida. En cada sede hay un equipo de trabajo integrado por una psicóloga, nutricionista, trabajadora social y terapeuta ocupacional, además de educadoras especiales.

Entre los objetivos del albergue están : .ofrecer un ambiente familiar que facilite el desarrollo físico, social y emocional del niño; elaborar y ejecutar

programas específicos que promueven el desarrollo integral de cada uno de los niños en diferentes áreas académicas y de convivencia social; implementar dentro del proceso educativo acciones que conlleven a la nivelación, refuerzo escolar y vinculación a la educación formal; elaborar y ejecutar programas de educación física, recreación y deporte de acuerdo con los intereses, aptitudes y capacidades de los niños; elaborar y ejecutar talleres de prevención e intervención con el fin de evitar que el niño se involucre en situaciones de riesgo (abuso sexual, consumo de sustancias psicoactivas...); ofrecer al joven capacitación laboral acorde con los intereses y habilidades de tal forma que se pueda vincular a un trabajo productivo y dignificante; posibilitar la participación activa de los niños en la planeación y evaluación de las actividades desarrolladas en el proceso de atención, fortaleciendo su autonomía y sentido de responsabilidad. (4)

Para manejar las relaciones intrafamiliares, el programa contempla la orientación y asesoría a la familia, cuyo objetivo principal es que el niño regrese al hogar y continúe su proceso educativo, además de prevenir que vuelva a optar por vivir en la calle. Todas las actividades tienen como fin último preparar la familia y al niño para el reingreso al medio familiar.

Cuando el ambiente familiar no mejora, se busca una familia amiga o apoyo de la red familiar extensa, se van dando los pasos para declararlos en abandono y el ICBF determina las medidas a seguir.

El Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez , instituto privado sin ánimo de lucro fue fundado el 7 de diciembre de 1914 por el doctor Luis Gregorio Páez Gualteros y desde su creación tuvo dos objetivos claros : el de beneficencia y el de instrucción. Desde 1.965 dicta cursos de formación a los médicos y desde 1.993 a médicos veterinarios. Desarrolla programas de investigación y divulgación de la homeopatía. Presta servicios de atención médica humana y veterinaria. (7).

Sus valores rectores, solidaridad, compromiso social, calidez, respeto, responsabilidad y honestidad se plasman en el convenio que existe desde el año 2002 con el albergue y la FICH. La consulta homeopática que se ofrece a los niños, es realizada por médicos graduados estudiantes de homeopatía y docentes de la FICH y busca brindar un apoyo en el proceso de rehabilitación de los niños y apoyar al mismo tiempo el proceso de capacitación de la FICH.

4. MARCO TEORICO

4.1 CONCEPTO DE NIÑO (8) (9) (10)

El niño no es solamente una persona sino un concepto, en el hecho que toda cultura tiene su propia idea y expectativa particular del niño.

En el mundo occidental se pensaba que antes del siglo 18 no existía el (sentimiento de la infancia). Los trabajos pioneros de Philippe Ariès (« El niño y la familia durante el Antiguo Régimen » (1960)) corroboraban esa idea y permitieron que numerosos historiadores iniciaran sus investigaciones sobre la historia de la infancia.

Destacaron que siempre los padres, según los valores de la época y del lugar, tuvieron no solo interés pero « sentimientos » hacia la infancia.

A grandes rasgos, se puede mostrar ese relativismo cultural y temporal. En la Grecia Antigua los niños con alguna malformación eran sacrificados y en Espartes, (8 – 7 siglos antes de J.C.) ciudad guerrera, los niños sanos eran educados para formarse para su futura condición de ciudadano guerrero. En

Atenas (6 – 5 siglos antes de J.C.) su condición era mas favorable y pasaban sus primeros años en el seno de su familia, donde no les faltaba ni el amor ni el juego.

En Roma, los sentimientos eran ambivalentes, amados o abandonados, el legislador le daba al padre el derecho de vida o muerte sobre su hijo (patria protesta). Los niños eran considerados como seres « imperfectos » comparados a los adultos. Durante el imperio romano se observo mas atención y cuidado institucional.

El niño medieval heredo de una doble visión de la infancia, la primera desarrollada por San Agustín, hacía énfasis sobre las « imperfecciones » de los niños (enanos por su pequeña talla, comparados a los locos o a los ebrios por su falta de razón, a las mujeres por su lenguaje incontrolado), la segunda era una visión muy positiva consolidada por el cristianismo y resaltaba la pureza y la inocencia del niño.

En la edad media alta se constituyó la ley que prohibía el aborto y el infanticidio y condenaba a la pena de muerte o a la excomuni3n a quien los practicaba. Las familias enseñaban la fé cat3lica y los gestos de la profesi3n.

Existían escuelas para las diferentes castas (caballeros, aristócratas) y los pedagogos humanistas diferenciaban ya las etapas de la infancia.

En la época moderna, se puede observar que a partir del siglo 16 la literatura relativa a la infancia se multiplica. El niño empieza a tener un estatuto propio y aumenta el interés por la pedagogía. Jean-Jacques Rousseau escribe su tratado de pedagogía « Emilio o De la Educación » (1762).

En la época contemporánea, con el desarrollo salvaje del capitalismo la explotación de los niños esta a su máximo, obligando los legisladores a crear leyes de protección en relación a sus condiciones infra humanas de trabajo. La literatura se hace el espejo de los sufrimientos de los niños (Los Miserables de Víctor Hugo (1862), Sin Familia de Héctor Malot (1878)).

El niño de hoy a pesar de tener a su favor una « personalidad jurídica » tiene sin embargo derechos « virtuales » y sin « garantía ». Esos derechos no son universales, se les pide a los estados simplemente esforzarse en asegurarlos «en la medida de sus posibilidades ». Así, en el siglo 21, el concepto de infancia y el trato a los niños es relativo y depende de lo cultural político y socio economico.

4.2 MALTRATO INFANTIL

4.2.1 Recuento Histórico

En la mitología romana se relata que Saturno devora su progenie y en la griega que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quién estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. (11).

En la historia, 400 años a.c. Aristóteles decía: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. En el siglo IV, d.c. en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de los muros. (12).

El sacrificio ritual de los niños fue costumbre entre los celtas de Irlanda, los galos, los escandinavos, los egipcios, los fenicios, los moabitas, los amonitas y en determinados períodos los israelitas. (11)

El abuso sexual de los niños y jóvenes es una constante en la historia. Las sociedades basadas en la esclavitud y la servidumbre abusaron sexualmente de niñas y niños.(13).

En 1.874, en U.S.A la pequeña Mary Ellen, era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir una instancia legal que la defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños y posteriormente se crean sociedades semejantes en varios países.

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1.868 por Ambroise Tardieu, catedrático de medicina legal, en París, luego de realizar autopsias de 32 niños golpeados y quemados. En 1.946, Caffey describió la presencia de hematoma subdural, asociada a alteraciones radiológicas en huesos largos en los niños. En 1962, Kempe y Silverman, crearon la expresión síndrome del niño golpeado , con base en las características clínicas observadas. Luego Fontana indica que estos niños podían ser agredidos no solo en forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, sustituyó el término de golpeado por maltratado.(14).

4.2.2 El Maltrato Infantil en el Mundo

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal . Se ha convertido en un conflicto al cual se ven enfrentadas, diversas disciplinas implicadas en su abordaje, involucra una gran variedad de factores biopsicosociales.(15).

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas, se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar a la especie, o bien como una forma de imponer la disciplina.

Está presente tanto en países del primer mundo, como aquellos en vía de desarrollo. En EE.UU. por ejemplo, según datos de 50 estados, en 1996 1.077 niños y niñas murieron a causa de abuso o negligencia, de estos el 77% tenían menos de 3 años. Más de 3.500 niños menores de 15 años mueren cada año en los países más industrializados a causa de maltrato físico. En América Latina, no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se presenta al interior de la familia (UNICEF).

Según UNICEF, Los índices de maltrato infantil parecen estar relacionados con el nivel de violencia en general dentro de la sociedad. Los países con menos muerte de población infantil registran menor número de muertes en la población adulta. La pobreza y el estrés , así como el abuso de drogas y alcohol son los factores más asociados al maltrato infantil, mientras que al contrario de lo que se suele pensar, los padres biológicos son en el 80% de los casos responsables por los maltratos.(11)

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que no escapan los niños. Aunque no se tienen cifras precisas a nivel mundial de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente.

4.2.3. El Maltrato Infantil En Colombia

La discriminación sobre los niños, la explotación económica, el maltrato infantil ha sido una constante de nuestra historia. Explicables y aceptadas en las sociedades indígenas, toleradas en la sociedad bajo el dominio español, son inaceptables hoy a la luz de la expedición de los derechos humanos y de los derechos de los niños.

Al igual que todas las sociedades, la colombiana ha visto diferentes tipos de discriminación sobre los más débiles, sobre los niños. Hoy esa discriminación entendida como maltrato infantil, gracias a los tipos de sociedad vigente y al tipo de derecho que en ella se ha estructurado. Se trata de evitar y penalizar.

En nuestro país no se conoce la prevalencia exacta de niños con maltrato infantil, los estudios que existen muestran facetas parciales del problema. En el 2.002 hubo 1.525 víctimas de abuso sexual en menores de 14 años, según Medicina Legal.(4)y en el 2.004 se registraron 59.770 casos de violencia intra familiar, de los cuales 9.874 fueron por maltrato infantil ,43.210 por maltrato conyugal y los restantes involucran ambos .En Colombia, todos los días se denuncia por lo menos un caso de maltrato infantil, según cifras del ICBF.(14)

Dos millones de niños y niñas son maltratados al año en sus hogares, 850mil de ellos en forma severa y 361 niños y niñas de cada 1.000 sufren de algún tipo de maltrato. En promedio mueren 7 niños y niñas por homicidio diariamente. (UNICEF. Colombia).

La pobreza es uno de los principales factores que afecta la infancia colombiana. La población indigente se estima en 20.28%, de la cual el 25% esta constituida por niños.

Adicionalmente, la situación de violencia por la que atraviesa el país se convierte en una de las principales causas para la vulnerabilidad del derecho a la vida, incluso para los más pequeños. El desplazamiento también lo viven los niños., según la Red de Solidaridad Social en el Registro Único de Población Desplazada por Violencia.

Deben tratarse las causas sociales reales, entre las que la superación de la pobreza, del estado de guerra y de la impunidad son temas prioritarios. Entre el año 2.002 y 2.010, proteger a todos los niños y niñas de todas las formas de maltrato, abandono, explotación y violencia, es el plan de acción aprobado por la asamblea general de la ONU del 2.002 sobre niños y adolescentes.

4.2.4 Abordaje del Maltrato Infantil

Al abordar el maltrato infantil se presentan diversos problemas: desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática, raíces culturales e históricas profundas, diversidad de opiniones en cuanto a su definición y clasificación, dificultades en la investigación y, finalmente, una diversidad de consideraciones sobre sus repercusiones y manejo terapéutico.

4.2.5 Definición

La primera definición emitida fue por Kempe en 1.962, quién originalmente define: el maltrato infantil como el uso de la fuerza no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes. Posteriormente se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos.

El Centro Internacional De la Infancia En París, definió así el maltrato: “Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo”(2).

4.2.6. Tipos de maltrato infantil (15).

- **MALTRATO FISICO:** Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada.
- **ABANDONO FISICO:** Situación en que las necesidades físicas básicas del menor, (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido,

educación, vigilancia...), no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él.

- **ABUSO SEXUAL:** Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamiento) para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía...)
- **MALTRATO EMOCIONAL :** Conductas de los padres/ madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorizaciones que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual de el niño.

- **ABANDONO EMOCIONAL:** Situación en la que un niño no recibe afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de la evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres/madres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa...) a sus intentos de aproximación o interacción.
- **SINDROME DE MUNCHHAUSEN POR PODERES:** Los padres/madres cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto.
- **MALTRATO INSTITUCIONAL:** Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comparte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.

4.2.7 Etiología (2)(14)

Los estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil (MI) es un problema multicausal, en el que intervienen características del agresor, el agredido, el medio ambiente que los rodea y un estímulo disparador de la agresión.

Características del agresor: autoestima baja, individuos deprimidos, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en la niñez.

En relación a las del agredido: problemas de salud, niños hiperactivos, en su difícil manejo, con bajo rendimiento escolar y generalmente niños no deseados. El niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo coloca en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente.

El disparador: mala relación de pareja, problemas económicos, desempleo, vivienda inadecuada, etc.

4.2.8 Consecuencias del maltrato infantil

El MI en todas sus formas tiene una serie de consecuencias. Pueden ser a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial y emocional de los menores.(15) (16)

4.2.8.1 Consecuencias del Maltrato Físico. Los golpes y maltratos físicos generalmente, en primer lugar producen daño físico, pero este castigo envía mensajes psicológicos destructivos para las víctimas, ejerciendo un impacto en áreas críticas del desarrollo infantil, con perjuicios presentes y futuros en lo social, emocional y cognitivo.

El carácter traumático del pánico, el terror, la impotencia, las frustraciones severas, acompañadas de dolor y del carácter impredecible del comportamiento del adulto agresor, constituyen secuelas psicológicas que se manifiestan de las formas siguientes:

Pobre Autoestima: Se sienten incapaces, tienen sentimientos de inferioridad, lo que manifiesta en comportamiento de timidez y miedo, por el contrario, con comportamientos hiperactividad tratando de llamar la atención de las personas que les rodean.

Síndrome de Ansiedad, Angustia y Depresión: Estos pueden manifestarse en trastornos del comportamiento, por angustia, miedo y ansiedad, o como estrés pos-traumático. A veces estos trastornos, pueden estar disfrazados por mecanismos de adaptación a la situación. Estos niños desconfían de los contactos físicos, particularmente de adultos, y se alteran cuando un adulto se les acerca a otros niños, especialmente si lloran, presentan problemas de atención, concentración y tienen dificultad para comprender las instrucciones que se le imparten. Desarrollan sentimientos de tristeza y desmotivación, pudiendo llegar a un estado anímico deprimido, comportarse auto destructivamente, como también poder llegar a la auto mutilación. Son agresivos con otros niños y presentan altas tasas de conductas hostiles, como patear, gritar, son destructivos con desviaciones en la conducta pro social. Al mismo tiempo, existe una conexión etiológica entre los malos tratos recibidos en la infancia y el desarrollo fisiológico y social de la persona, tales como la delincuencia y/o el comportamiento antisocial, durante la adolescencia y la adultez, y el retardo del crecimiento y desnutrición, que no esta relacionado con el insuficiente aporte de nutrientes.

Desordenes de Identidad: El niño golpeado puede tener una mala imagen de sí mismo, puede creer que es él la causa del descontrol de sus padres, lo que le llevará a auto reprocharse como una persona mala, inadecuada o peligrosa.

4.2.8.2 Consecuencias del Maltrato Psicológico y por Negligencia. La

negligencia es la ausencia o insuficiencia de cuidados físicos, médicos, afectivos y/o cognitivos. Los niños tratados con negligencia se presentan sistemáticamente mal alimentados, sucios y mal vestidos.

Es muy común que queden solos y sin vigilancia, que no reciban atención sanitaria adecuada, y que sean víctimas de privaciones psicoafectivas y de falta de estimulación por el conocimiento permanente.

Los niños que sufren negligencia, generalmente, reciben también otros tipos de maltrato, reciben mensajes que les indica que no son dignos de amor y de respeto. El mensaje es reforzado por las palabras insultantes, hirientes y descalificadoras que le producen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, de tristeza y ansiedad crónica.

Se ha observado que los niños que sufren de maltrato psicológico, son muy temerosos y ansiosos; y toda experiencia nueva, aunque sea positiva, les provoca excitación y ansiedad desmedida. Muy pocas veces demuestran alegría o placer, se los ve siempre frustrados y tristes, además tienen sentimientos de fracaso y vergüenza frente a sus problemas de aprendizaje, además de tener una mala imagen de sí mismo, perciben el mundo como amenazante y poco seguro.

Los niños que desde la edad escolar son maltratados psicológicamente, son más propensos a mostrar retrasos en el desarrollo del conocimiento. Este fracaso se ha atribuido a la falta de estimulación temprana y a la descalificación a la que son sometidos permanentemente por los padres que se preocupan excesivamente de su conducta y de obediencia, el menoscabo de las necesidades exploratorias y de estimulación que son necesarias para su desarrollo.

Los niños que son expuestos a maltrato verbal, cohiben poco a poco sus manifestaciones y suprimen aspectos de la conducta interpersonal, lo que explicaría la lentitud de adquirir competencias cognitivas.

4.1.8.3 Consecuencias del Abuso Sexual (13). Los niños tienden a desarrollar un interés poco usual por todo lo de naturaleza sexual o evadirlo. Problemas con el dormir o pesadillas. Depresión o aislamiento de sus amigos y familiares. Comportamiento seductor. Puede manifestar que tiene el cuerpo sucio o dañado, o tener miedo de que halle algo mal en sus genitales. Delincuencia. Problemas de conducta. Evidencia de abuso o molestias sexuales en sus dibujos, juegos o fantasías. Agresividad.

4.3 LA FAMILIA DISFUNCIONAL (17) (18)

El niño como la familia, tienen una representación muy diferente en la sociedad según los lugares y los tiempos, los pueblos y sus culturas.

El niño puede ser considerado como simple fuerza de trabajo, despreciado por ser niña en ciertas culturas o por no ser deseado, simple evento o "accidente" sin expectativa ni significado emocional y espiritual en la vida de múltiples parejas, pruebas de virilidad, cumplimiento al yugo machista o a las leyes divinas de procreación o al contrario ser el fruto de una voluntad parental y culminación simbólica de una relación de amor. Él llega al mundo con un legado lleno de significancia cultural, social, política y emocional que cubre todas las gamas de sentimientos.

Concebir un niño en la sociedad y crear una familia tiene como corolario fundamental tomar conciencia y reconocer sus derechos como ser humano.

El 20 de noviembre de 1959 en la asamblea general de las Naciones Unidas bajo la resolución 1386, se proclama la " Declaración de los Derechos del Niño" con el fin de que el niño " pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian...".

Por consiguiente, todo niño que nace tendría que llegar a un núcleo donde se supone, no solo será el bienvenido, pero donde recibirá amor, protección, seguridad, respeto, formación moral, espiritual, intelectual y social, y su desarrollo será dependiente de la calidad de sus relaciones, esencialmente con sus padres pero también con todos los que lo van a acompañar durante sus primeros años. Ese primer núcleo se llama "familia".

La familia es esa micro organización social cuya etimología latina : "famulus" que significa "sirviente o esclavo domestico" prefigura ya los abusos a los cuales los niños pueden estar expuestos.

Varias definiciones de la familia han sido dadas, con diferentes enfoques según las áreas y las corrientes de pensamiento. Una definición universal es difícil de dar ya que sus formas son diversas (matrimonio, concubinato, familia clásica, familia extendida, familia reconstruida, monoparental, homoparental...).

Su organización tiene reglas y propiedades donde cada cual tiene un papel que desempeñar.

La familia puede ser considerada como "un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y

que esta condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrollan".

Ackerman la define como "***la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud***".

Se perfila ya netamente el carácter dinámico y "orgánico" de su sentido así que su enfoque actual que es el de su "*funcionalidad*".

La medicina familiar que tiene un enfoque "ecológico del proceso de salud y enfermedad ", es decir biológico, psicológico y social, ha permitido a través de elementos teóricos de estudio (esencialmente ciclo de vida y dinámica familiar) y a través de su práctica diaria de diagnosticar entre otros los grados de funcionalidad o disfuncionalidad de las familias y de poder relacionarlos con los procesos patológicos de diferentes índoles hasta poder preverlos.

Chagoya refiere que la dinámica familiar normal "*es una mezcla de sentimientos , comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.*" (*La Familia Unidad de Analisis, Dr. Anselmo Herrera*).

La funcionalidad de la familia tiene que ver con las " funciones" que ella cumple como las de " la socialización con la transmisión de los valores y de las costumbres, la reproducción, el cuidado, el afecto y el estado económico."

Se pueden identificar 4 características genéricas a una familia funcional:

- Es "*Dialéctica*" es decir que "evoluciona en un constante devenir y crecimiento" cuales sean las circunstancias de su camino(buenas o malas). Otros hablan de "equilibrio dinámico" entre estabilidad /homeostasia (cerrar) y flexibilidad/adaptabilidad (abrir) que permiten, cuando el funcionamiento familiar esta amenazado, adaptarse cambiando su estructura pero manteniendo su coherencia.
- Es "*Dinámica*" es decir que la familia es la historia de unas interacciones y relaciones múltiples entre cada miembro, moldeando "comportamientos, sentimientos y pensamientos".
- Es "*Relativa*" es decir que tiene que ver con su funcionalidad o al contrario su no funcionalidad.
- Esta "*en una situación relacional y compatible*", tiene que ver con el entorno psicocultural donde vive la familia. .

¿Ahora que es entonces una familia disfuncional?

Podemos tomar la definición de Vargas JC y Vacca R , 1998 : "**Un patrón de conductas desadaptativas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.**"(*La Familia Funcional y Disfuncional*).

Esas conductas desadaptativas pueden tener que ver:

Con alguna *dependencia* (por sustancias adictogenas como alcohol, drogas, medicamentos, por los juegos, por el sexo, por el trabajo, o ser una dependencia afectiva),con *conductas antisociales* (delincuencia, pertenencia a grupos fuera de la ley, corrupción ,etc...),con *conductas abusivas*(violencia física o psicológica hacia algún(os) miembro(s) de la familia, relaciones incestuosas),con *patrones de crianza equivocados, ausentes o anacrónicos* (autoritarismo excesivo, exigencias desmedidas, castigos impropios o ausencia de estos, rigidez, presiones emocionales, negligencia, permisividad, falta de comunicación, frialdad en la manifestación del afecto...).

También la disfuncionalidad puede generarse cuando existe una *enfermedad grave física o mental de algún miembro, o por la suma de varias dificultades*

(económicas, sociales, culturales...) que son difícilmente solucionables en numerosas familias de bajos estratos socioculturales que carecen de herramientas para poder sobreponerse a los obstáculos, lograr ese "equilibrio dinámico" y poder "cumplir" con las teorías de las características genéricas de las familias funcionales.

En una familia disfuncional el niño está usualmente obligado a la ley del silencio (por su supervivencia) : silenciamiento de sus emociones, de sus sentimientos, de sus pensamientos, de la verdad, él tiene poco o no tiene aliados, entonces no confía en los demás, no tiene o pierde sus referentes sociales y a veces su juicio moral . Aguanta por ser el más débil el yugo de la violencia, sufre por la no existencia o el irrespeto a sus derechos, la falta de diálogo, la falta de afecto, por sentirse culpable de no ser amado o por la desdicha de su familia, sufre por sus seres queridos, por las otras víctimas (hermanos, madre...) y hasta por su verdugo que puede ser el único vínculo afectivo que él tiene.

Pertenecer a una familia disfuncional perturba el desarrollo psicoafectivo de un niño ya que él no tiene la posibilidad de crecer física y emocionalmente en un ambiente de tranquilidad, comprensión, diálogo y amor y tiene consecuencias psicopatológicas múltiples que se pueden manifestar, al igual que el maltrato, como síntomas de depresión, ansiedad, temores,

comportamiento retraído, incapacidad en confiar en los demás, baja autoestima, conductas agresivas, cóleras, comportamientos ilegales, abuso de drogas o alcohol, falta de disciplina , dificultades de aprendizaje, insomnio con pesadillas...

Así, se han clasificado las familias disfuncionales según "la instalación en sus integrantes de características psicológicas de riesgo o de cuadros patológicos que ellas generan : familias disfuncionales neurotínicas (neurosis fóbicas, histéricas, otras.), psicotínicas (psicosis maniaco-depresivas, esquizofrenía, etc.), psicopatogénicas (trastorno negativista desafiante, disocial infantil o adolescente psicópata) y adictogénicas (drogas, fármacos, juego, sexo etc.)."

Esas perturbaciones en el desarrollo psicoafectivo de los niños con sus síntomas patológicos correspondientes, conducen inevitablemente a que reciban tratamientos psiquiátricos de diferentes tipos hasta institucionalizarlos en centros especializados , lo que sigue imponiendo el silenciamiento de sus emociones, , aparentándose a la función de los corticoides , pero en ese caso, corticoides del alma.

4.4 HOMEOPATIA

La homeopatía, etimológicamente deriva de las raíces griegas: homeios =semejante y pathos =padecimiento. Se define como una medicina o un sistema médico, que tiene algunas cualidades: natural, científico y holístico que promueve la conservación y recuperación de la salud basado en el principio de semejanza y otras leyes naturales. (7)

El padre de la homeopatía es el Dr Christian Samuel Federico Hahnemann (1.755-1.843), maravilloso maestro con una viuda muy fecunda, quién lo que hizo con su farmacia homeopática, fue transmutar la materia en alma llegando al espíritu y darle a todo esto una aplicación curativa sencilla, precisa, nítida, concisa y científica.

La homeopatía es una medicina o sistema médico, constituida por tres disciplinas: una doctrina, semiología y un método terapéutico propios. La doctrina se fundamenta en principios y leyes, a saber el vitalismo que es la afirmación de la existencia de la energía vital que gobierna los seres vivos con sus concepciones de vida. La semejanza, hace referencia a que las sustancias que producen una totalidad de síntomas en un ser humano sano, pueden también curar esta totalidad en un ser humano enfermo. La individualidad, que considera que los seres humanos somos indivisibles tanto

en la salud como en la enfermedad. La experimentación pura, prueba los medicamentos en personas sanas. Las dosis infinitesimales, que dinamiza los medicamentos para liberar su fuerza curativa. La acción y reacción, que implica el efecto del medicamento sobre la fuerza vital y su respuesta. La curación o el orden, explica como las enfermedades naturales se curan espontáneamente y como la homeopatía tiene que imitar la naturaleza. La teoría de los miasmas, la tendencia innata de los seres humanos ha enfermarse: psora, psicosis y syphilis. Y finalmente, el principio del remedio único establecido por Hahnemann. (7)

En cada paciente debidamente observado podemos encontrar en el hoy o en el ayer de su vida un conflicto con los que le han rodeado, pero también consigo mismo por frustraciones que se ha impuesto o que le han impuesto o que él ha impuesto a los demás y que repercuten inmediatamente o tardíamente en forma compulsiva, determinando ansiedad de conciencia, miedos, inconformidades o rencores persistentes y determinativos. Es evidente la amplitud de síntomas derivada de esos resentimientos , es innegable la repercusión cuando se hace un estado de conciencia de las múltiples faltas de honestidad, transgresiones morales o actos delictuosos, ya mínimos o muy considerables, ya ocultos o públicos cuya concientización y reconsideración van produciendo desequilibrios en algún aspecto de nuestra psiquis, de nuestro sentimiento, de nuestra voluntad o de nuestro

intelecto y consecutivamente son el punto de partida descubrible de lesiones corporales y de padecimientos de la totalidad de nuestro ser. (6)

La conducta es absolutamente determinativa del estado de la existencia del hombre, por lo tanto de su salud como de su enfermedad. La corrección o incorrección de la conducta tiene que derivar en gran parte de las tendencias a las que obliga lo constitucional de cada ser.

Lo que da forma a la verdadera enfermedad de un sujeto es todo aquello, tanto de orden volitivo como accidental o forzado por las circunstancias, que lo desvía o lo aleja de su finalidad existencial.

En Homeopatía intentamos descubrir como el paciente sufre la enfermedad, estudiando los síntomas mentales, generales, locales y característicos. Identificamos así la individualidad del paciente y le damos un remedio simillimum dinamizado, que pierde su efecto toxicológico y local; gana su efecto dinámico.

4.4.1 Los “SINTOMAS” en Homeopatía

Los síntomas no son otra cosa que la expresión de la perturbación de la fuerza vital. El síntoma es sufrido por el paciente, siempre implica una desadaptación al medio.

En nuestro estudio, identificamos tres síntomas repertoriales prevalentes: Cólera (en diversas modalidades), Reservado y Malicioso. Siendo no los únicos, ya que se repertorizaron en estos niños otros síntomas como: tristeza, engañoso, trastornos por desprecio, por abuso sexual, por trauma, etc.

En la semiología homeopática, los síntomas repertorizados prevalentes, se definen así: (19) (20) (21)

- COLERA (ANGER): “el mal genio” puede ser definido como una ostensible irascibilidad; esto significaría que el enfermo con demasiada facilidad, con gran prontitud se siente iracundo, estalla en la expresión que no pasa más que la ostentación, de manifestación en palabra y en gritos, en ademanes y que rápidamente termina. Esta es la irascibilidad. Muy distinta a la irritabilidad, que es el enojo contenido y en grado un tanto mínimo e

intrascendente; o como la irritabilidad en compañía de extraños por ejemplo. Distinta si reconocemos la posibilidad de actos de violencia con furor. Esto significa que el individuo, tal vez sin gran ostentación o sin cuidarse de ello, de que vean o no, reconozcan o no su estado anímico, o tal vez disimulándolo; sino más bien, "se salga de sí" dentro de la ira exaltada al máximo y tienda a cometer actos destructivos de palabras y sobretodo de acción, si este aspecto pasional se expresa en su mayor grado, podrá herir, matar romper destruir cosas o personas; entrañará peligrosidad en diversos aspectos .El síntoma definible " rabia o furia" nos señala la predisposición a este estado anímico de furor incontenible peligroso y destructivo.

COLERA, IRASCIBILIDAD: Rubro donde se encuentran casi todas las formas de expresar esta emoción. Sentimiento desordenado del alma ofendida. Fuerte emoción ante una situación que considera insultante. Enojo fácil, ira, ofendido.

Diversas situaciones.

- alternancias con alegría, con indiferencia, con risa, etc.
- modalidades agresivas como :capaz de acuchillar...

VIOLENTA: reacciona con fogosidad, descontrol, exasperación. Crisis momentánea de cólera con intento de agresión. El violento es el crónico de la cólera violenta.

COLERA POR ENOJOS Y ACONTECIMIENTOS PASADOS O CON PERSONAS AUSENTES O POR LO QUE PUEDA OCURRIR EN EL FUTURO.

COLERA POR bagatelas, caricias, cuando lo consuelan, cuando se le incita a contestar o cuando se le despierta.

COLERA consigo mismo y por sus propios errores.

COLERA REPRIMIDA, si la cólera es contenida o disminuida por razones de educación o una circunstancia social cualquiera.

TRASTORNOS POR COLERA responde a patologías surgidas como consecuencias de una crisis de cólera, pero a su vez están discriminadas en e rubro de situaciones como: Cólera con ansiedad que aparece ante un evento no resuelto. Cólera con pena silenciosa son reacciones coléricas que surgen durante un estado de tristeza no elaborado. Cólera con susto, en el momento del susto o pasado el susto, el individuo pierde el control y estalla en cólera.

El Dr. Proceso Sánchez, considera en:

El miasma psórico, la IRRITABILIDAD, como el primer grado de la ira que termina en el propio sujeto o tiene poca manifestación, aunque puede ser persistente. Enojo superficial.

El miasma sycósico, IRASCIBILIDAD, es el segundo grado de la ira o sea el enojo explosivo, ostensible, ruidoso y generalmente pasajero.

El miasma syphilitico, RABIA, FURIA; es la ira en su máximo grado, destructivo y atroz.

RESERVADO (RESERVED)

Es reservado el que no revela sus pensamientos, emociones u opiniones. Aquel que no expresa su intimidad ni a un íntimo amigo. “No se puede saber lo que siente, solo él lo sabe; a veces ni siquiera el mismo. No se les conoce o se les conoce después de largo tiempo” . Cuidan sus sentimientos y no les gusta demostrarlos. Personas discretas, circunspectas, prudentes en sus manifestaciones.

El Dr. Proceso lo define como: Que no gusta comunicar. Le disgusta participar o informar de sus problemas o juicios. Perteneciente al miasma psórico.

MALICIOSO (MALICIOUS)

Rencoroso, vengativo. Resentimiento persistente por causa de una ofensa o hecho. Deseo de causar daño a quien lo ha ofendido. Necesidad de vengarse, pero que no llega a concretarse nunca.

El rencor es el sentimiento de enojo o rechazo hacia una persona. Proviene del latín, in odio. Difícilmente el paciente reconoce o admite serlo. Pero para asegurar su existencia el paciente debe expresarlo como un sentimiento intenso, doloroso y amargo, que emerge con frecuencia en su vida afectiva.

El rencor puede provenir de una ofensa, de una frustración afectiva, de una pelea, tanto de un gran odio como de un pequeño desacuerdo. El rencoroso no puede olvidar, ni perdonar.

En los niños puede presentarse con un matiz temporal. Días, en los niños significan años.

Cuando esta asociado a deseos de venganza, se legitima más el síntoma de rencoroso.

Por el Dr. proceso es considerado como un síntoma syphilitico.

Los medicamentos homeopáticos más utilizados para el tratamiento en los niños del albergue, durante el año 2.006 y quienes presentaban los síntomas de estudio fueron, staphisagria y phosphurus : (22) (223)

STAPHISAGRIA “LOS FRUSTRADOS”

Como define el Dr Grandgeorge, es un remedio muy útil en la época en que vivimos, una sociedad cada vez más compleja, “se dan tantas ocasiones que nos hacen sentir vejados, víctimas de una injusticia. Cuando hay un ambiente de resentimiento, de pleito, queda indicado este remedio”

Es un remedio de cóleras e indignaciones interiorizadas. El centro de su problema según el Dr. Lamothe, reside en el hecho de que son niños hipersensibles a las heridas de amor propio, tal es su deseo en dar imagen perfecta de sí mismo. Controla permanentemente su agresividad, pero en momentos explota en arrebatos inesperados, inapropiados e incontrolados. En grandes traumatismos, los va a guardar y les dará vueltas por mucho tiempo.

Entre sus etiologías se mencionan situaciones como traumas afectivos, carencia afectiva, acontecimientos culpabilizantes y situaciones humillantes, cóleras sobre todo con pena silenciosa o suprimidas, víctimas de violaciones, etc.

PHOSPHORUS “EL INFLAMADO”

Es un niño dulce, simpático pero que está demasiado etéreo y hay que ponerle los pies sobre la tierra. Phosphorus quema su energía y después

queda agotado. Perdido, inseguro, reacciona abriéndose, pide ayuda, busca a cualquier precio comunicarse con los demás o sí, esta decepcionado por la ausencia de respuesta, podrá sumergirse en la más arcaica angustia. Es uno de los más ansiosos de la materia médica.

Entre las etiologías se encuentra la carencia afectiva, abandono, decepción amorosa con pena silenciosa.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio retrospectivo de tipo descriptivo. Se espera que tenga valor representativo solo dentro de dicha población.

5.2 POBLACION A ESTUDIO

La población esta constituida por los niños del albergue infantil “MAMA YOLANDA” que cumplen con las condiciones de ingreso ya mencionadas . De estrato social bajo y escolaridad primaria.

Los niños que ingresan al tratamiento homeopático en el albergue se definen según solicitud del mismo ente. Tanto para la consulta inicial como los controles, se cuenta con la información que consta en los archivos de cada niño, y la brindada por la psicóloga respecto a su evaluación en la consulta psicológica, seguimiento terapéutico, informes escolares y la cotidianidad del niño en el albergue.

5.3 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisan todas las Historias Clínicas correspondientes a las consultas realizadas durante el 2.006, se excluyen los niños que se encuentran en tratamiento por parte de psiquiatría con el fin de evitar algún sesgo (el efecto de la droga psiquiátrica sobre el comportamiento) y los que tienen menos de dos controles, lo que nos impediría evaluar adecuadamente la evolución.

De las 16 historias clínicas así seleccionadas, se toman los síntomas repertorizados de la hoja de repertorización. Se identifican los tres síntomas repertorizados más frecuentes de la tabla de seguimiento y control del tratamiento homeopático, perteneciente a las historias clínicas. Y se tomarán solo las historias que tengan mínimo un síntoma prevalente

La intensidad inicial y la evolución de los síntomas será evaluada en la tabla de seguimiento y control del tratamiento, según el número de cruces (4 cruces, +++, como valor máximo, y X como desaparición del síntoma) y la respuesta al tratamiento será medida en porcentaje según el aumento, la disminución o la desaparición de las cruces. Así: cruces iniciales +++, si pasa a ++ significa mejoría del 25%, si pasa a + mejoría del 50%, si pasa a X mejoría del 75%, si pasa X mejoría del 100%.

Cruces iniciales +++, si pasa a ++ mejoría del 33%, si pasa a + mejoría del 66%, si pasa a X mejoría del 100%.

La valoración de la intensidad de los síntomas es subjetiva, dada por el mismo paciente y/o por el informante del albergue y/o por el médico. Esto nos permitirá adicionalmente trazar curvas de tendencia central para describir la evolución de los tres síntomas prevalentes.

5.4 CONSIDERACIONES ETICAS

- Contamos con el consentimiento informado según formato de la FICH, firmado por la psicóloga del albergue encargada de cada niño. El cual esta anexo a cada una de las Historias Clínicas.
- Las Historias Clínicas, consideradas como un documento privado y de carácter legal se encuentran en el documento madre.
- Para el estudio no utilizamos los nombres de los niños sino las iniciales del nombre y apellidos, para guardar la privacidad.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSION

- Niños del albergue “MAMA YOLANDA”, de sexo masculino entre 5-14 años.
- Niños atendidos en consulta de homeopatía en el 2.006 por la doctora Florencia Correa.
- Con consulta de primera vez y mínimo 2 controles.
- Que tenga mínimo 1 síntoma de los 3 más repertorizados.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Niños que hayan recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes que no tengan ninguno de los 3 síntomas más repertorizados.
- Con consulta de primera vez y/o un solo control.

5.7 INSTRUMENTOS

El principal instrumento será la Historia Clínica. Formato de la Fundación Instituto Colombiano De Homeopatía Luis G PAEZ.

Se tomarán los síntomas repertorizados (24) (25) prevalentes de la tabla de seguimiento y control del tratamiento homeopático.

5.8 DEFINICION DE VARIABLES

1. TRES SINTOMAS .Síntomas repertorizados, prevalentes en la población seleccionada.

Def. Conceptual: Síntomas considerados dignos de curar que permiten caracterizar cada individuo.

Def. Operativa: síntomas que se encuentran en la hoja de repertorización.

2. EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Def. Conceptual : Desaparición o número de cruces.

Def. Operativa: Dato de la tabla de seguimiento y control del tratamiento homeopático.

6. RESULTADOS

En el año 2.006, se atendieron 52 niños. Se realizaron 109 consultas, siendo el 84.49% de las programadas. El 25% de las programadas no realizadas (20 consultas), fue porque los niños se evadieron de la institución.

De las historias clínicas revisadas, 16 pacientes fueron seleccionados porque no tenían ningún tratamiento psiquiátrico y tenían mínimo 2 controles. El 81.25% recibió de 2 a 5 controles (Cuadro1). Solo el 37.5% tuvo su primer control en las primeras 8 semanas después de iniciado el tratamiento y más o menos el 50% tuvo sus controles entre las 8 y 16 semanas. (Cuadro 2).

Se repertorizaron 101 síntomas en total, entre los 10 más frecuentes encontramos : cólera 8%, reservado 8%, malicioso 7%, engañoso 6%, tristeza 6%, trastornos por desprecio 3%, onicofagia 3%, temor a la oscuridad 3%, abandono 2% y trastornos por trauma mental 2%.

Respecto a los pacientes, los tres síntomas prevalentes se encuentran distribuidos así: Cólera en sus diferentes modalidades 50% (8 pacientes), reservado 50% (8 pacientes) y malicioso 37.5% (6 pacientes). De los 16 pacientes seleccionados que cumplían con los criterios de inclusión, 13

presentaban 1 o más de los síntomas más prevalentes el (81.25%) y el 18.75%,no presentaron ninguno de los síntomas prevalentes. (Cuadro 3).

El 53.9 % (7 pacientes) presentaron 2 síntomas, el 38.46% presentaron 1 solo síntoma y el 7.6% presentaron los tres síntomas prevalentes. (Cuadro 4). La combinación de síntomas más frecuentes fue cólera-reservado en un 30.8% (4 pacientes). El 7.7% (1 paciente) presentaron los tres síntomas: cólera, reservado y malicioso. (Cuadro. 5).

El porcentaje de pacientes con cólera, de los 13 pacientes fue el 61.5%. Entre sus modalidades más frecuentes fueron: cólera violenta y cólera reprimida. El 61.54% presentaron el síntoma reservado y el 46.15 % el síntoma malicioso. (Cuadro.6 Y 7).

Respecto a la evolución de los síntomas prevalentes, valorando el número de cruces de la primera y última consulta, encontramos: que tres (37.5%) de los niños con cólera (cualquiera que fuese su modalidad), no respondieron. De la cólera violenta, el 75% mejoraron dicho síntoma. De la cólera reprimida solo 1 de los 4 pacientes mejoró en un 33%. El paciente con cara roja mejoró en un 66%. Uno de los dos pacientes con cólera con cara pálida mejoró en un 75% y cólera por admonición, era un paciente que mejoró en un 75%.(Cuadro 8.1 y 9).

De los 8 pacientes con síntoma reservado mejoraron 5 (62.5%), entre un 50 y un 75%, 3 pacientes no mejoraron. En malicioso, todos mostraron una evolución hacia la mejoría con unos rangos entre el 25 y 100%.. (Cuadro 8.2, 8.3 Y 9)

Si observamos los casos individualmente para los síntomas prevalentes y su evolución, observamos que el 23% de los pacientes que tenían los síntomas reservado y/o cólera no mejoraron. (Cuadro.9).

Sí evaluamos la evolución control a control para el síntoma cólera violenta, la curva muestra tendencia lenta a la mejoría, para la cólera reprimida no se observa gran diferencia. El resto de modalidades no se tuvieron en cuenta debido al pequeño número de pacientes. (tabla de seguimiento 1-2).

La curva de seguimiento (3) para el síntoma reservado es variable y para el síntoma malicioso (4),es con tendencia a la mejoría.

Los medicamentos más utilizados en los pacientes durante el año 2.006 fueron: staphysagria, nux vómica y phosphurus. Los más utilizados en los niños que presentaron los síntomas cólera, reservado y/o malicioso fueron staphysagria y phosphurus.

7. DISCUSION

Respecto a la consulta de homeopatía en el Albergue “Mamá Yolanda”, goza de gran aceptación por parte de las directivas y los niños. Se atendieron 52 niños remitidos por la institución, durante el año 2.006. Durante el estudio observamos que el primer control no se realizó oportunamente, el 50% tienen sus controles entre las 8 y 16 semanas, en la práctica no permite valorar e intervenir a tiempo, desde el punto de vista de la homeopatía.

El 25% de las consultas programadas no pudieron ser realizadas porque los niños se evadieron de la institución. Lo que podría indicar algún grado de dificultad en la adaptación social. La problemática de este tipo de población, va más allá de tener un techo, estudio y comida.

La población del Albergue infantil es una población que ha sufrido maltrato infantil, en general de todos los tipos de maltratos: físico, emocional y sexual. Los diferentes estudios muestran que existe una estrecha relación entre los diferentes tipos de maltrato y el desarrollo biopsicosocial del niño, lo que puede traducirse en problemas escolares, tanto en el plano cognitivo como en el de la interacción social y en alteraciones de la conducta manifestadas por agresión y retraimiento. Se crea un desajuste personal y social en estos niños, generando problemas de somatización, ansiedad,

hostilidad, miedo, rechazo, depresión y desconfianza. Se asocia esto con el abuso de sustancias tóxicas, delincuencia, criminalidad y suicidio.

Desde la mirada homeopática y como resultado de nuestro estudio, se encontró que los síntomas repertorizados prevalentes fueron la cólera, reservado y malicioso. Situación que no dista de lo informado en los diversos estudios. El 81.5% de los casos estudiados muestra 1 o más de estos síntomas. La combinación más frecuente fue cólera y reservado.

Del síntoma malicioso todos los pacientes mejoraron dicho síntoma, el 50% mejoró en un 100%. Respecto a los síntomas reservado v cólera violenta, el 50% o más muestran una mejoría del 50% o más. Siendo la mejor respuesta al síntoma reservado. Y dificultándose, poder concluir algo respecto a los otros tipos de modalidades de la cólera, especialmente por el bajo número de casos.

Llama la atención, 3 casos con la combinación de los síntomas reservado y cólera reprimida, que no muestran respuesta a ninguno de los 2 síntomas. Pudiendo ser el resultado de su propia historia biopatográfica o poca respuesta de su energía vital, etc.

Las curvas de tendencia permiten tener una visión global de la evolución de cada síntoma en cada paciente y permiten apreciar de forma rápida y sencilla cualquier característica.

Cada síntoma y cada paciente se comportan de forma particular. La evolución de los síntomas depende: Del remedio (elección, potencia, dosis, etc), del paciente (energía vital), de los posibles obstáculos a la curación que son muy frecuentes en esta población

Para poder evaluar la acción de la homeopatía en esta población sería inherente escoger pacientes con las mismas características sintomáticas sin tratamiento homeopático y poder hacer un estudio con ese grupo control

Igualmente opinamos que no es compatible con la esencia de la homeopatía, especialmente con la ley del vitalismo y la individualidad hacer generalizaciones y es determinante ver cada caso en su individualidad, entender la dinámica mental, conocer el género de vida, etc.

Si bien nuestro objetivo era analizar el comportamiento de los síntomas prevalentes; esto no significa que el paciente haya mejorado, así la evolución de los tres síntomas hubiese sido favorable. Es indispensable integrar la totalidad sintomática, la percepción del niño respecto a su estado

de salud, su vivencia respecto a su relación con la familia y el entorno institucional (género de vida) para poder definir realmente el estado de mejoría integral.

Coinciden otras situaciones en estos niños como la de estar fuera del ambiente disfuncional, el permanecer en un medio donde reciben ayudas terapéuticas interdisciplinarias, que influyen en su recuperación y no ser exclusivamente como efecto de la homeopatía.

Observamos que nuestros pacientes del albergue tienen una gran fuerza vital, determinando perturbación central manifestada en síntomas mentales y escasos síntomas orgánicos. (de 101 síntomas repertorizados, 17 corresponden a síntomas orgánicos). Responden a dinamizaciones altas con pequeñas agravaciones a pesar de tener circunstancias de vida excitantes, constantes y obstáculos a la curación. Entre ellos, persistencia del maltrato, falta de un nexo afectivo perdurable, su medio social, su situación legal respecto al abandono, educación, etc.

8. CONCLUSIONES

Los síntomas más repertorizados: Cólera, reservado y malicioso; coinciden con los síntomas esperados para niños que, como los del albergue, han sido víctimas de maltrato infantil y producto de familias disfuncionales. De las modalidades del síntoma cólera, las más frecuentes fueron cólera violenta y cólera reprimida. También, La combinación de dos de estos síntomas y de esta, la más frecuente es cólera-reservado.

Si se valora la evolución teniendo en cuenta la consulta inicial y el último control, podríamos decir que se observa mejoría, entre el 50-100% de todos los síntomas a excepción de la cólera reprimida.

Si miramos el seguimiento control a control, encontramos un reflejo de la dinámica mental de cada paciente, respecto a cada síntoma. Situación más cercana a la realidad.

El síntoma malicioso, muestra una tendencia a la mejoría desde los primeros controles. El síntoma reservado muestra una evolución fluctuante y ausencia total de respuesta en el 37.5% de los pacientes. Para el síntoma cólera violenta se observa mejoría hacia el cuarto control. Cada síntoma muestra su propio comportamiento.

La mejoría de los síntomas con el tratamiento homeopático fue satisfactoria, a pesar de las situaciones bastante complejas que viven esos niños cuyo género de vida no les ofrece ni estabilidad emocional ni afectiva y no puede satisfacer sus aspiraciones fundamentales y tampoco borrar los traumatismos indelebles a los cuales fueron sometidos.

Este estudio mostró ser una herramienta para poder evaluar la evolución de los síntomas en pacientes tratados con homeopatía en los albergues. Sería importante apreciar esa evolución con la totalidad sintomática. También realizar los estudios con grupo control.

Seguimos comprobando que para la elección del remedio homeopático es fundamental la totalidad de los síntomas y a su vez se cumple la ley de la individualidad, que a pesar de tener síntomas comunes cada uno responde según su fuerza vital.

Y como dice Hahnemann “En estas investigaciones debe tomarse en consideración todo lo que puede averiguarse de la constitución física del paciente, su carácter moral e intelectual, su ocupación, modo de vivir y costumbres, sus relaciones sociales y domésticas, su edad, etc”. Parágrafo 5. (26).

Adicionalmente, creemos que nuestra consulta homeopática por ser concebida de manera humanista e integral es un trampolín que eleva hacia el camino de la curación. Ella permite que niños despreciados, marginalizados, excluidos de la mayoría de los procesos vitales que llevan a la plenitud de su ser, tengan un espacio de libertad y reflexión donde se les escucha, respeta, ama, ayuda a buscar y ubicar sus desordenes vitales; donde se les enseña a tener una mirada interna, lucida, tranquila, sin miedo al castigo, a la represión, al juicio y al prejuicio, donde aprenden a reconocerse a si mismo.

La homeopatía es una herramienta terapéutica esencial que complementa y consolida otras practicas terapéuticas (psicoterapia, talleres, terapia ocupacional) y que podría ayudar a sustituir, en muchos casos, un tratamiento psiquiátrico por un remedio homeopático (sería muy valioso concebir y realizar un estudio sobre ese tema).

9. RECOMENDACIONES

1. Disponer de una consulta semanal por cada albergue (una para San Juan y una para San Rafael), al fin de tener un mejor número de control y aun tiempo más cercano para un mejor seguimiento de los niños.
2. Promover en el Instituto Luis Paéz las prácticas homeopáticas del albergue, podría ser a través de afiches con un mensaje breve del contexto de la consulta, porque permiten al estudiante tener un mejor conocimiento y manejo de la consulta pediátrica y descubrir toda la riqueza en síntomas mentales que presenta esa población.
3. Realizar cursos educativos al personal del albergue para que conozcan la homeopatía y el tipo de consulta que se practica con los niños, al fin de facilitar mejores estrategias de grupo durante la consulta y optimizar la motivación y el compromiso de cada interventor.
4. Realizar cursos educativos para los niños del albergue creando herramientas didácticas con el fin de que sean más receptivos durante la consulta.
5. Se recomienda a los estudiantes llenar concienzudamente la tabla de seguimiento, ya que es una herramienta muy valiosa para la valoración de la evolución.

6. Seguir realizando este estudio en el albergue y tener la oportunidad de volver a valorar los mismos niños para mirar su evolución; y estos síntomas en otros pacientes. Consideramos este trabajo como el inicio de un estudio que valora los efectos de la homeopatía en este tipo de población.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.unicef.org/argentina/spanish
2. www.tone.udea.edu.co. Una Tipificación del Maltrato Infantil. Sara Peña Aristizabal.
3. FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA LUIS G. PAEZ , Morales, Leonardo y Delgadillo, Federico. Caracterización del genio prevalente de los niños del albergue infantil de Bogotá. 2.002-2.005. Modelo Homeopático. 2.006
4. FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA LUIS G PAEZ YCUBILLOS, Claudia. Atención Médica Homeopática en el albergue infantil de Bogotá. 2.003.
5. FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA LUIS. G PAEZ. Nossa, Carolina. Diagnóstico de Depresión y Tratamiento Homeopático en niños del Albergue Infantil Bogotá. 2.006.
6. GALINDO, Manuel. Homeopatía y el alma enferma.
7. FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA LUIS G PAEZ. Doctrina Homeopática. Bogotá.2.005.
8. www.contra.mundum.org/castellano/rushdoony/Concept_Child.pdf

9. http://fr.encarta.msn.com/encyclopedia_741538872/enfance_histoire_de_l.h_tml: enfance, histoire de.

10. [Fr.wikibooks.org/wiki/ l'enfant et l.histoire et de l'adolescent](http://fr.wikibooks.org/wiki/l%27enfant_et_l%27histoire_et_de_l%27adolescent).

11. SANTANA, Rosalinda. Sánchez, Roberto. Basto , Emilio. El maltrato Infantil: Un Problema mundial. Salud Pública. México. Enero.1.998.Vol40.Pág. 58-65.

12. . www.encolombia.com. Revista Colombiana de Pediatría. Una reflexión histórico- antropológica sobre el maltrato infantil en Colombia. Hugo Armando Sotomayor. Médico Pediatra. U.Militar.

13. . www.derechosinfancia.org. El abuso sexual una práctica permanente.

14. [www.revistaiaf](http://www.revistaiaf.abacolombia.org.co). Abacolombia.org.co. Alianza por la niñez Colombiana. Situación de la niñez en Colombia. Proyecciones 2.005.

15. [www.umes](http://www.umes.es). AMIM .Maltrato Infantil Facultad de Psicología .Universidad de Murcia.

16. [www.psicologia](http://www.psicologiaonline.com) online. El Maltrato infantil. Eduardo Hernández. Pediatra. Terapeuta de la conducta infantil.

17. www.geocities.com, La Familia como Unidad de Análisis.
18. www.opciónperu.org.pe/lafamilia pdf.
19. CÁSALE, Jorge. Diccionario de Rubros Relacionados. Buenos Aires.
20. DETINIS, Luís. Síntomas Mentales en Homeopatía. Bases para un repertorio orgánico.
21. SÁNCHEZ, Proceso. Introducción a la medicina Homeopática. Teoría y Técnica. 1era. Edición. .México.1.992.
22. GRANDGEORGE, Didier. El Remedio Homeopático. Editorial Paídos. Barcelona.
23. . LAMOTHE, Jaques. El Pequeño libro abierto de la Homeopatía Pediátrica. Ediciones Indigo. Barcelona.

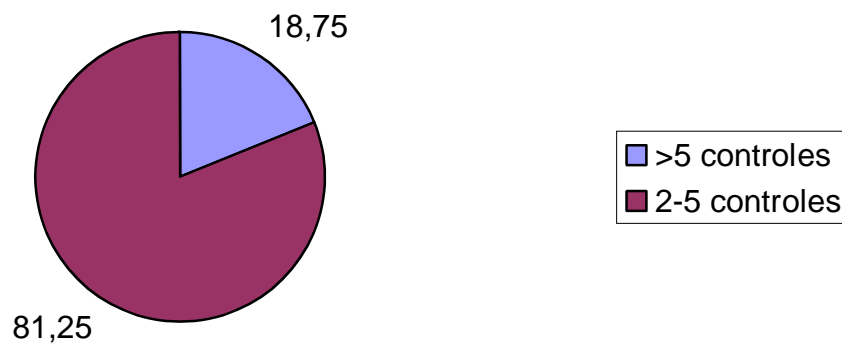
24. KENT, James Tyler Kent. EL MODERNO REPERTORIO DE KENT. Dr. Francisco Javier Eizayaga. Edición Marecel. Buenos Aires, Argentina. 1.979.
25. MINOTTI 2000, Plus (CD-ROM). Buenos Aires: Minnotti, Oscar Angel. V. 2.004.
26. HAHNEMANN, Samuel. Organón de la Medicina. Jain Publishers. New Delhi. 6ta edición.

CUADRO No.1

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES EN FUNCION DEL NÚMERO DE
CONTROLES (n = 16)**

	No. de controles	
	2 – 5	>5 controles
Numero de pacientes	13	3
% de pacientes	81.25%	18.75%

GRAFICA No.1

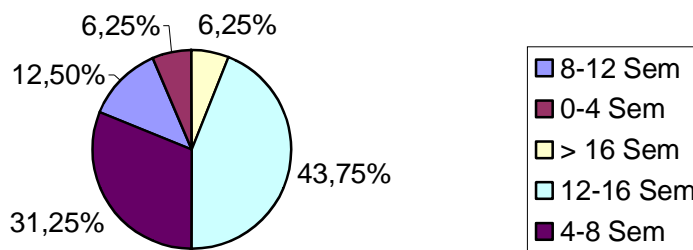


CUADRO No.2

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES (n = 16) EN FUNCION DE LOS INTERVALOS ENTRE CADA CONSULTA

PERIODOS	1 ^{er} CONTROL		2 ^{do} CONTROL	
	NUMERO	PACIENTES %	NUMERO	PACIENTES %
0-4 Sem	1	6.25%	1	6.25%
4-8 Sem	5	31.25%	7	43.75%
8-12 Sem	2	12.5%	8	50%
12-16 Sem	7	43,75%	-	-
>16 Sem	1	6.25%	-	-
Total	16	100%	16	100%

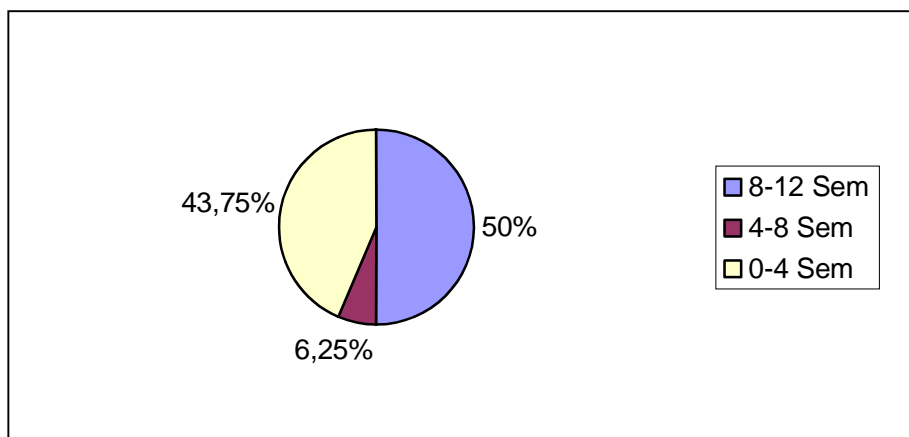
GRAFICA No. 2.1



De la primera consulta al primer control n = 16

GRAFICA No. 2.2

Del primer control al segundo control n = 16

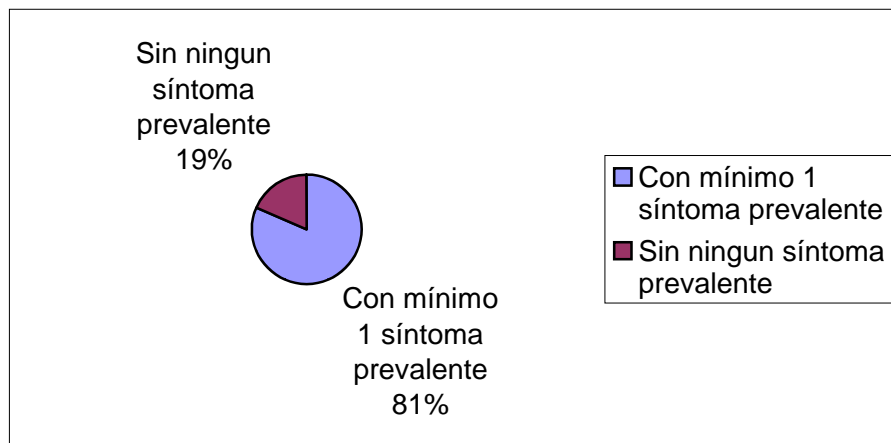


CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGÚN LA PRESENCIA DE LOS SINTOMAS PREVALENTES. N=16

	Pacientes	
	No.	%
Con mínimo 1 síntoma prevalente	13	81.25%
Sin ningún síntoma prevalente	3	18.75%

GRAFICA No. 3

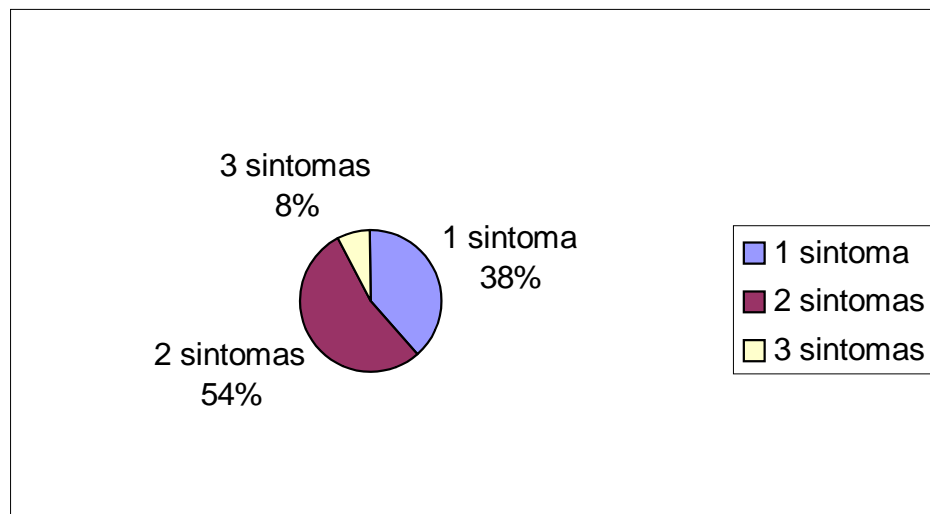


CUADRO No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES (N = 13) SEGÚN EL NUMERO DE LOS SÍNTOMAS PREVALENTES

	pacientes	
	No.	%
1 sintoma	5	38.5%
2 sintomas	7	53.9%
3 sintomas	1	7.6%

GRAFICA No. 4.

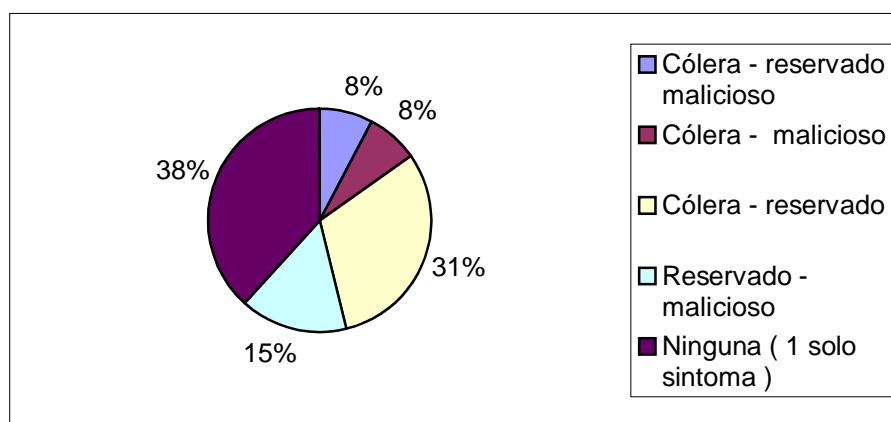


CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES EN FUNCION DE LA COMBINACION ENTRE LOS 3 SINTOMAS PREVALENTES

	Pacientes	
	No.	%
Cólera-Reservado-Malicioso	1	7.6%
Cólera-Malicioso	1	7.6%
Cólera-Reservado	4	30.8%
Reservado-Malicioso	2	15.5%
Ninguna (= 1 solo síntoma)	5	38.5%

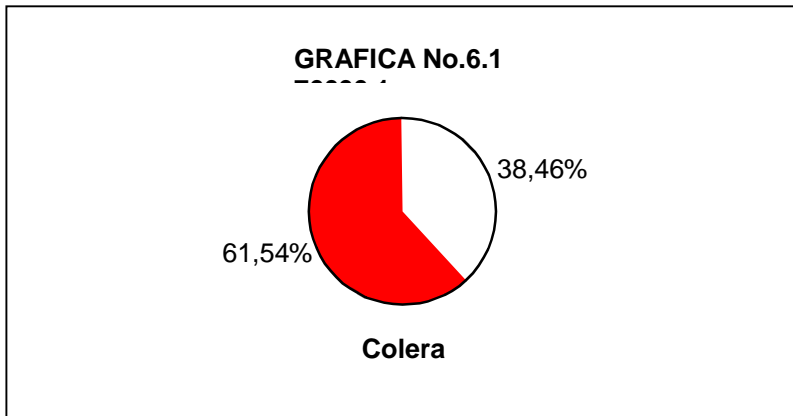
GRAFICA No. 5



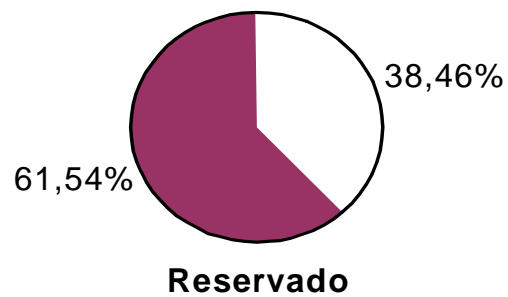
CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGÚN LOS SINTOMAS PREVALENTES.N=13

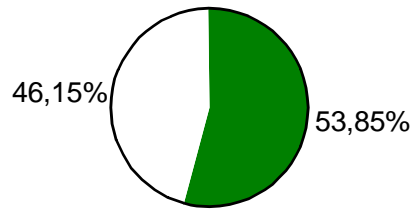
	Pacientes	
	No.	%
COLERA	8	61.54%
RESERVADO	8	61.54%
MALICIOSO	6	46.15%



GRAFICA No. 6.2



GRAFICA No. 6.3



Malicioso

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGÚN LA MODALIDAD DE LA COLERA

Modalidad de la cólera	Pacientes
Cólera violenta + reprimida	2
Cólera reprimida + cara pálida	1
Cólera reprimida	1
Cólera violenta	2
Cólera cara roja	1
Cólera cara pálida	1
Cólera por admonición	1

CUADROS No. 8

EVOLUCION DE LOS SINTOMAS PREVALENTES

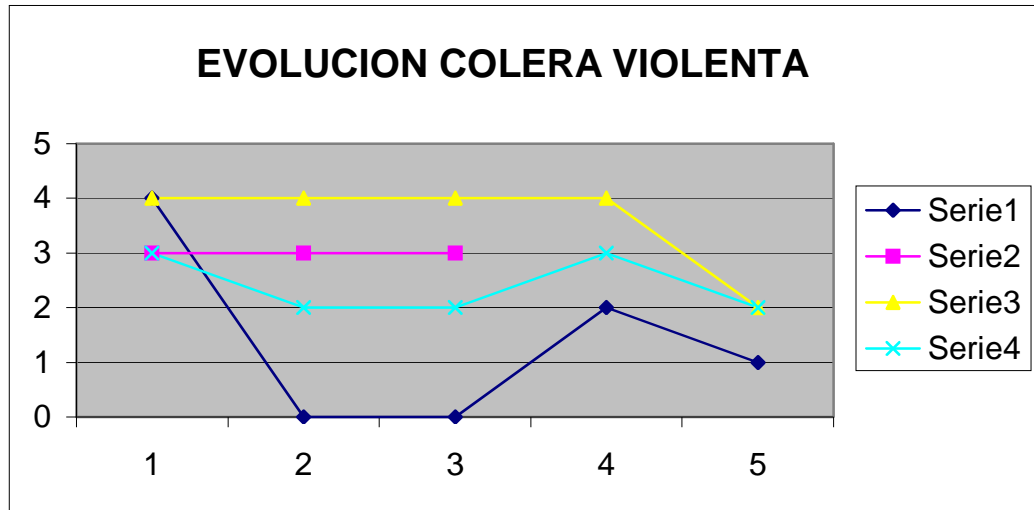
Modalidad de la cólera	Pacientes	Mejoría	
		Pacientes	%
Cólera violenta	4	3	75%
Cólera reprimida	4	1	25%
Cólera cara roja	1	1	100%
Cólera cara pálida	2	1	50%
Cólera por admonición	1	1	100%

Cuadro 8.1 Evolución del síntoma cólera

COLERA VIOLENTA: TABLA DE SEGUIMIENTO No1

Pacientes	Evolución				
1	++++	X	X	++	+
2	+++	+++	+++	-	-
3	++++	++++	++++	++++	++
4	+++	++	++	+++	++

GRÁFICA DE TENDENCIA No1

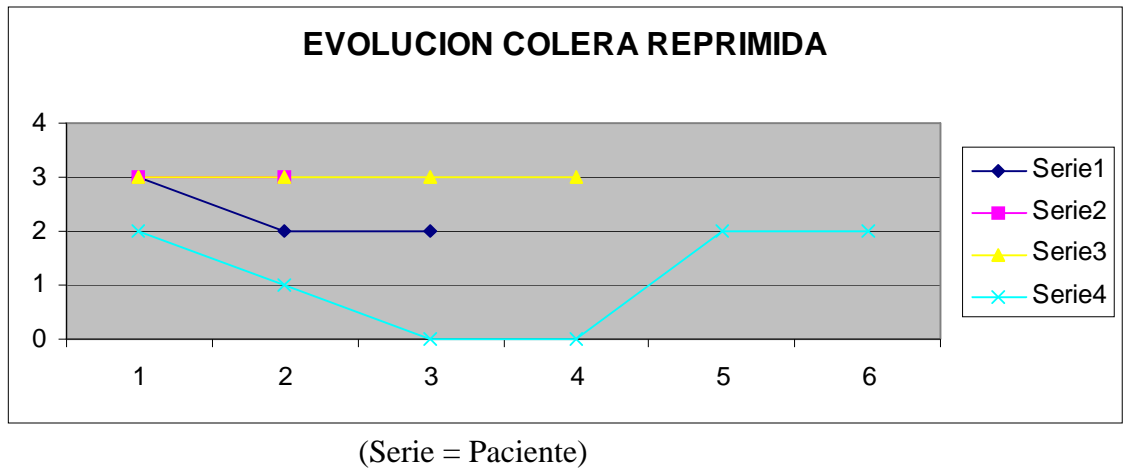


(Serie = Paciente)

COLERA REPRIMIDA: TABLA DE SEGUIMIENTO No2

Pacientes	Evolución					
1	+++	++	++	-	-	-
2	+++	+++		-	-	-
3	+++	+++	+++	+++	-	-
4	++	+	X	X	++	++

GRÁFICA DE TENDENCIA No2



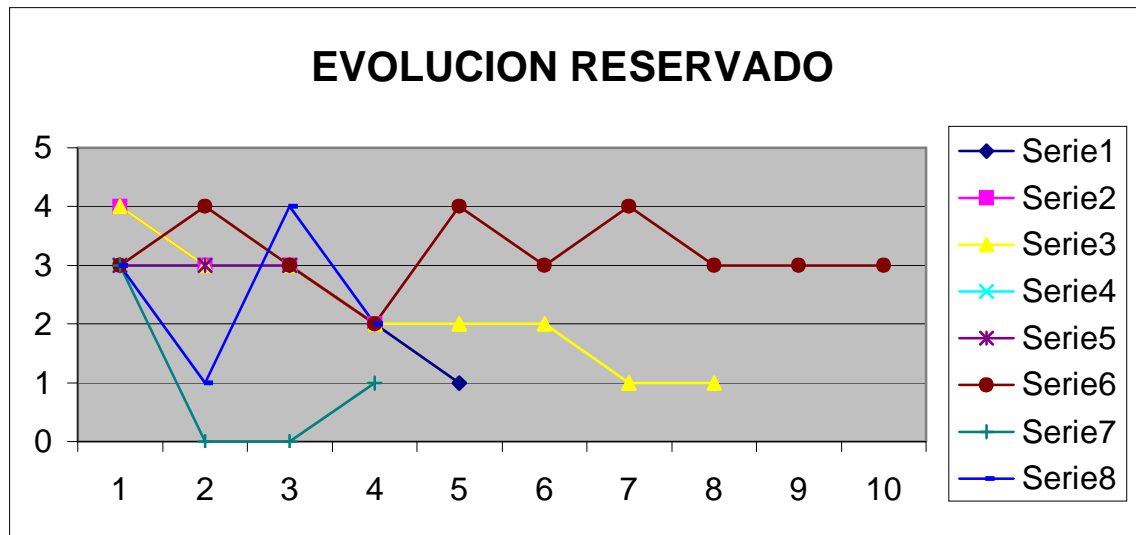
Síntoma	Pacientes	Mejoría	
		No. pacientes	%
Reservado	8	5	62,5

Cuadro 8.2 Evolución del síntoma reservado

RESERVADO: TABLA DE SEGUIMIENTO No3

Pacientes	Evolución									
1	+++	+++	+++	++	+	-	-	-	-	-
2	++++	+++	+++	++	-	-	-	-	-	-
3	++++	+++	+++	++	++	++	+	+	-	-
4	+++	+++	+++	-	-	-	-	-	-	-
5	+++	+++	+++	-	-	-	-	-	-	-
6	+++	++++	+++	++	++++	+++	++++	+++	+++	+++
7	+++	X	X	+	-	-	-	-	-	-
8	+++	+	++++	++	-	-	-	-	-	-

GRÁFICA DE TENDENCIA No3



(Serie = Paciente)

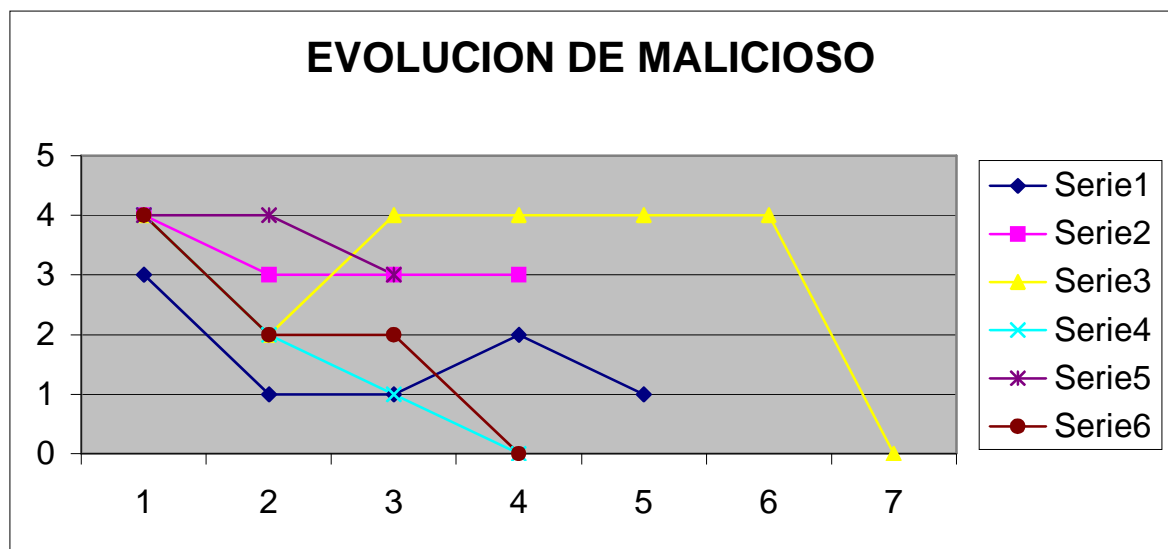
Síntoma	Pacientes	Mejoría	
		No. pacientes	%
Malicioso	6	6	100%

Cuadro No. 8.3 Evolución del síntoma malicioso

MALICIOSO: TABLA DE SEGUIMIENTO No4

Pacientes	Evolución						
1	+++	+	+	++	+		
2	++++	+++	+++	+++			
3	++++	++	++++	++++	++++	++++	X
4	++++	++	+	X			
5	++++	++++	+++				
6	++++	++	++	X			

GRÁFICA DE TENDENCIA No4



(Serie = Paciente)

CUADRO No. 9

**EVOLUCION DE LOS SINTOMAS PREVALENTES EN FUNCION DE
CADA PACIENTE**

		RESERVADO	MALICIOSO	CÓLERA POR ADMONICION	CÓLERA VIOLENTA	CÓLERA REPRIMIDA	CÓLERA CON CARA ROJA	CÓLERA CON CARA PALIDA
JCBH	1	66%	66%	-	75%	33%	-	-
DFRR	2	-	25%	-	-	-	66%	-
JANR	3	50%	-	-	-	-	-	-
BAFC	4	-	-	-	0%	-	-	-
HELB	5	75%	100%	-	-	-	-	-
CSRH	6	-	-	75%	-	-	-	75%
CAT	7	-	100%	-	-	-	-	-
LEM	8	0%	-	-	-	0%	-	0%
NRN	9	0%	-	-	50%	0%	-	-
BRH	10	0%	-	-	-	0%	-	-
JFT	11	-	25%	-	-	-	-	-
JCL	12	66%	100%	-	-	-	-	-
JFS	13	50%	-	-	33%	-	-	-

0%=NO MEJORIA. 25% = +++++ a +++. 33%= +++ a ++. 50%= +++++ a ++.

66%= +++ a +. 75%=+++++ a +. 100%= +++ a X. ó 100%= +++++ a X

