

004401

BA.6. 11

Fy1

I N D I C EDocumentos
número (x)

SALDUN de RODRIGUEZ, María Luisa. Salud física infantil y familiar en relación con el abandono. Importancia de la nutrición	3
CORTES CAMACHO, Vicente; VANEGAS AMADO, Hernando. Salud física infantil y familiar en relación con el abandono.	3.1
ROA HOYOS, Hernando; GUZMAN, Santodomingo. Salud física infantil y familiar en relación con el abandono. Importancia de la nutrición.	3.2
idem (en inglés)	3.2
RIERA, Jesús. Estudio estadístico sobre aspectos socio-económicos de la familia y nutrición de los niños en relación a la organización familiar, situación económica del hogar y grado de cultura de la madre.	3.3.
idem (en inglés)	3.3.
TORRES UMAÑA, Calixto. Abandono como causa de desnutrición.	3.4
PLATA RUEDA, Ernesto. Salud física infantil y familiar en relación con el abandono. Importancia de la nutrición.	3.5
PATXOT VALLEJO, José. Salud mental infantil y familiar en relación con el abandono.	4
QUIJADA, Hernán. La familia, el abandono y la salud mental en el niño.	4.1
NEL SAAVEDRA, Pedro. Problemas sanitarios generales en relación con el abandono del niño.	5
SERPA FLORES, Fernando. Problemas sanitarios generales en relación con el abandono del niño.	5.1
PRADO VERTIZ, Antonio. La psicopedagogía en relación con el abandono	6.1
idem (en inglés)	6.1
VIZCARRONDO, Ernesto. La psicopedagogía en relación con el abandono.	6.2
RIVERA CACERES, Nicanor. La educación, la instrucción y la cultura en relación con el abandono.	7.1
idem (en inglés).	7.1

LOPEZ PARDO, Alvaro; GIRALDI, Jorge; VEGA, Beatriz de la; BOSSIO, Victoria. La educación, la instrucción y la cul- tura en relación con el abandono.	7.2
RAUDALES ALVARADO, Asdrúbal. La educación, la instrucción y la cultura en relación con el abandono.	7.3
SAJON, Rafael. La legislación sobre el niño abandonado...	9
ACHARD, José. Temas relativos a la legislación	9.1
ACHARD, José Pedro. Codificación de la legislación de me- nores.	10
ANDRADE MARIN, Carlos; PAEZ, Carlos Humberto. La deser- ción familiar y su represión.	11.1
FOUCHARD, Max. La desertion familiale et sa repression en Haiti.	11.1
FOUCHARD, Max. Family desertion, and its reprehension in Haiti.	11.1
JUNQUEIRA, Helena Iracy. A familia: sua regularização so- cial e sua consolidação economica como base da profila- xia e tratamento do abandono infantil.	11.1
ECHAVARRIA, Mercedes. La familia, su regularizacion social y su consolidacion economica como base de la profilaxis y tratamiento del abandono infantil.	13.2a
ESCOBAR ZAPATA, Stella. La familia: su regularización so- cial y su consolidación económica como base de la profila- xia y tratamiento del abandono infantil.	13.3
PRATTS, Selenia P.; MEDEROS de GONZALEZ, Elena. Influencia de los problemas socio-económicos del medio ambiente en el abandono infantil.	14
MAIDAGAN de UGARTE, Valentina; TOEORNAL de ROMERO, Luz. Acción del servicio social en el tratamiento y prevención del abandono.	15
DELLIQUADRI, Fred; VELEZ de PEREZ, Mercedes. Transformación de las instituciones cerradas en instituciones abiertas para niños.	16
idem (en inglés).	16

COMAS, Juan. Modalidades del abandono en las colectividades indígenas.	18
idem (en inglés).	18
INSTITUTO INTERAMERICANO DE ESTADISTICA (IASI). Consideraciones generales sobre las estadísticas de la infancia abandonada.	19
CAVANAUGH, Joseph A. Estadísticas sobre abandono infantil. Estadísticas de interés para el estudio sobre el niño abandonado.	
CAVANAUGH, Joseph A. Estadística del abandono del niño. . .	21
idem (en inglés).	21
ESCARDO Y ANAYA, Victor. La cooperación interamericana en relación con el abandono.	22
MAGAÑA, Marco Tulio. Cooperación interamericana a través de los organismos inter-americanos.	24.1
idem (en inglés).	24.1
GAJARDO, Samuel. La delincuencia juvenil y el problema del discernimiento.	27
XI Congreso Panamericano del Niño. Agenda y reglamento. . .	28
INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. Agenda y reglamento del XI Congreso Panamericano del Niño. Bogotá (Colombia), 22 al 29 de noviembre de 1959. Edición definitiva.	28
Lista preliminar de participantes.	29
Proyecto. Calendario provisional	30
Calendario.	30
Lista preliminar de documentos en el orden de la agenda. . .	31
MAGAÑA, Marco Tulio. Palabras pronunciadas durante el acto de homenaje al Libertador Simón Bolívar.	32
Proyecto de conclusiones.	34

- (x) Los números de documentos que puedan faltar en este índice, es porque no han llegado a la Biblioteca del Instituto Interamericano del Niño.
-

Instituto Interamericano del Niño
UNDECIMO CONGRESO IANAMERICANO DEL NIÑO
B o g o t á , C o l o m b i a 1 9 5 9

Doc. 3
Noviembre 22/59 (150)
Original: Español
Subponencia A Cap. I

SALUD FISICA INFANTIL Y FAMILIAR EN RELACION CON
EL ABANDONO-IMPORTANCIA DE LA NUTRICION

Dra. MARIA LUISA SALDUN DE RODRIGUEZ.

Equipo que cooperó:

Dra. América M. Ungo de Folle

Dra. Fanny A. de Rossemblatt

SAUD FISICA INFANTIL Y FAMILIAR EN RELACION CON EL ABANDONO
IMPORTANCIA DE LA NUTRICION.

Dra. Maria Luisa Saldaña de Rodriguez

Equipo que cooperó:

Dra. América M. Ungo de Folle

Dra. Fanny A. de Rossenblatt.

"Todo niño tiene derecho al mejor cuidado de su salud"

(Declaración de Caracas sobre la Salud del Niño)

"La posesión del mejor estado de salud que pueda alcanzarse, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano".
(C.M.S.).

Dentro de los numerosos y variados factores que condicionan la etiopatogenia del abandono del niño, no son despreciables - aquellos que inciden sobre la salud somática o sobre la salud mental en forma significativa y prolongada.

Toda alteración crónica de la salud determina limitaciones e invalideces funcionales que repercuten alterando la fisiología de la familia a través de canales directos o indirectos.

Estos factores ejercen una mayor influencia desfavorable en los grupos familiares que ya soportan otros males sociales: debilidad económica, ignorancia, ilegitimidad, carencia de protección social.

Pero también hemos visto no pocos casos de abandono infantil en familias que, no padeciendo los graves daños sociales que acabamos de mencionar, quieren desprenderse de niños con taras congénitas o adquiridas, de carácter grave como son las grandes malformaciones congénitas o enfermedades metabólicas como la diabetes que con frecuencia nos plantea el problema de niños cuyos familiares se desligan de ellos, favoreciendo la aparición de complicaciones que exigen internación en hospitales de donde luego no los retiran, o si lo hacen es para provocar nuevos reingresos.

Cuando la alteración de la salud afecta a los padres, con carácter crónico y grave, entonces la imposibilidad de prestar atención a la familia, cuando no se dispone de recursos suficientes, puede conducir al abandono de los niños o en el mejor de los casos a buscar la protección social estatal o privada a que tienen derecho cuando por enfermedad se ven imposibilitados de bastarse a sí mismos. En este último caso no puede calificarse de abandono sino al contrario, se salvaguarda al niño de las carencias físicas impuestas por causas ajenas a la voluntad de los padres.

Entre los factores indirectos ocasionados por alteración grave de la salud, figuran tres grupos principales:

- a) factores económicos
- b) factores culturales
- c) factores sociales.

El primer grupo, el de los factores económicos es el más importante, por que es el que más peso en el desajuste familiar.

La carencia económica puede producirse, en caso de enfermedades, ya se trate de enfermedad en el niño o en los padres.

Cuando se trata del niño que padece enfermedad crónica, esto puede perturbar y dificultar el trabajo laboral de sus padres, especialmente cuando se trate de niños exclusivamente bajo la tutela materna.

Por otro lado un niño enfermo o inválido crónico, puede resultar excesivamente costoso en un presupuesto familiar modesto.

Los factores culturales y las costumbres, prejuicios y creencias populares vinculadas a los trastornos de la salud pueden ser factores exclusivos o condyuvantes del abandono infantil.

En algunos grupos sociales prosperan aún hoy los prejuicios sobre enfermedad vergonzantes, que los conduce al ocultamiento o al abandono de la víctima.

Existe otro aspecto de tipo socio-económico y cultural a la vez, que puede influir como determinante del abandono del niño. Es el caso de las interrelaciones entre patronos y asalariados, cuando median factores de salud que puedan influir sobre el rendimiento laboral industrial. En el caso de enfermos cardíacos, diabéticos, epilépticos, etc..

INFLUENCIA DEL ABANDONO SOBRE LA SALUD DEL NIÑO

Así como las alteraciones de la salud pueden conducir al abandono del niño, también el abandono puede determinar la alteración de la salud y en forma muy particular el abandono influye sobre el estado de nutrición.

Entre los grupos de niños abandonados se encuentra siempre una mayor proporción de desnutrición que en los grupos testigos.

- - - - -

A continuación exponemos el resumen de los resultados obtenidos según el plan que elaboramos a tal fin:

Doc. 3

Se realizó estudio de la salud de 70 niños, de distintas dependencias del Consejo del Niño, de Hospitales y particulares

De esos 70 niños, encontramos un total de 28 sanos lo que significa, 40% Total

V= 18,5%

N= 21,4%

En el resto, es decir en 42 casos, 60% se comprobó, enfermedad física o mental, que para su mejor estudio, dividimos así:

- a) Malformaciones congénitas: Total 1 caso % T=1,4 N=1,4% —
M=0 %
- b) Invalideces Motoras: " 8 casos % T=11,4 N=8,5%
M=2,8%
- 1) Parálisis
2) Distrofias
Otras
- c) Invalideces Mentales: " 21 casos % T=30 N=18,5%
M=11,4%
- 1) Retardo mental
2) Epilepsia
Otras
- d) Invalideces Sensoriales: " 3 casos % T=4,2 N=0%
M= 4,2%
- 1) Ceguera
2) Sordera
3) Sordo-mudez
- e) Invalideces Viscerales: " 10 casos % T=14,2 V=8,5%
N=5,7%
- 1) Enfermedades del Metabolismo (diabetes, etc.)
2) Nefropatías
3) Cardiopatías
Otras
- g) Enfermedades transmisibles " 3 casos % T=4,2 N=1,4%
crónicas: TBC Sífilis M=2,8%

PADES:

De 70 familias, ignoramos el estado de salud de 47 familias o sea 47,1 %. Del resto, 18 familias demostraron ser sanas, o sea 25,7 % y enfermos conocidos, 5 familias, o sea 7,1% dentro de las cuales

- a) Enfermedades transmisibles: Total 4 casos % 5,7
 - 1) Tuberculosis
 - 2) Sífilis
- b) Invalideces " 1 caso % 1,4

CONCLUSIONES

Sobre un total de 70 niños abandonados en relación con enfermedades directas con el niño o enfermedades de los padres, hemos encontrado las siguientes características:

- 1o. En el Uruguay, existe poco niño abandonado por razones de salud.
- 2o. Entre las causas de abandono por razones de salud, predomina el abandono por enfermedades crónicas incurables en el niño, donde predominan las invalideces mentales, le siguen las viscerales y las invalideces motoras ocupan el tercer lugar.
- 3o. Por el estudio del examen de ingreso al Consejo del Niño, de casi todos los casos de abandono puede confirmarse que eran desnutridos.
- 4o. Los niños abandonados tutelados por el Consejo del Niño se encuentran en muy buenas condiciones de salud y de asistencia médica.
- 5o. Las causas metabólicas tales como la diabetes, marca un relativo porcentaje de abandono, en los casos que muere la madre y el padre contrae otro enlace, cuya nueva es -

posu se resiente a prestar la atención debida al niño, más aún si tiene hijos propios sanos. Este problema - se está subsanando con la creación de hogares sustitutos para diabéticos, pagados por el Consejo del Niño y el Instituto de Asignaciones Familiares.

60. Respecto a la salud de los padres, se ignoran los antecedentes de 47 familias sobre 70 estudiadas. Sobre el resto se comprobó que 18 familias son sanas y sólo 5 padecen enfermedades crónicas.

- - - - -

Es fiel copia

G.F.F.



Instituto Interamericano del Niño

UNDECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

B o g o t á , C o l o m b i a - 1 9 5 9

Doc. 3.1.
Nov. 18/59 (150)
Original:Español
Subponencia A.Cap.1

SALUD FISICA INFANTIL Y FAMILIAR EN RELACION CON EL ABANDONO

TRABAJO ELABORADO POR LOS DOCTORES:

VICENTE CORTES CAMACHO Y HERNANDO VINEGAS AMADO

SALUD FISICA INFANTIL Y FAMILIAR EN RELACION CON EL ABANDONO

TRABAJO ELABORADO POR LOS DOCTORES:

VICENTE CORTES CAMACHO Y HERNANDO VANEGAS AMADO

El presente trabajo es producto de un estudio de mil fichas de niños ~~an~~parados por la Beneficencia de Cundinamarca, en sus diferentes obras de protección infantil.

Estas Instituciones son las siguientes:

Primera. Oficina de Admisión y Orientación Infantiles, donde como su nombre lo indica se practica la investigación social y el examen médico de admisión. Está dotada de una Sala-Cuna dirigida por un experto Pediatra. En ella permanecen los niños hasta la mejoría de su estado físico, pues en general las condiciones de nutrición en los pequeños ingresados son en alto porcentaje muy precarias.

Como una de las condiciones de ingreso, además de la edad, es la ausencia de malformaciones congénitas, invalideces motoras, invalideces mentales, invalideces sensoriales y enfermedades transmisibles crónicas en los niños destinados a las diferentes Instituciones, los que las presentan son orientados hacia otras obras. Es por esto que los porcentajes de incidencia de estos aspectos en el personal estudiado, es muy bajo.

De la Oficina de Admisión los niños menores de tres años van a una organización de Hogares Sustitutos situada en los Municipios de Chipaque y Cáqueza, y allí permanecen hasta los tres años en que ingresan al Hospicio Campestre de Sibató. Por una acertada gestión de las actuales directivas de la Beneficencia esta sección de Hogares Sustitutos hasta ahora transitorios, se está transformando rápidamente en una organización de Hogares Sustitutos Permanentes.

El personal infantil permanece en el Hospicio Campestre de Sibató hasta la edad de once años, momento este en que se envían los niños al Instituto de San José. Respecto a esta Institución, vale la pena anotar que a partir de febrero del corriente año se transformó en un asilo abierto, o mejor colegio en el cual cursaron estudios cincuenta niños provenientes del Hospicio en calidad de internos y ciento cincuenta niños en calidad de seminternos y externos, pertenecientes a familias de clase media económica, bien organizadas y que fueron previamente sometidas a una

adecuada investigación social. Los resultados de esta experiencia hasta ahora han sido satisfactorios. Se ha logrado en forma espontánea un buen contacto afectivo entre los alumnos y notables modificaciones en las características psicológicas de tipo gregario del personal de internos.

Las niñas pasan a la Escuela de Orientación Femenina y allí permanecen hasta los 18 años, en que son trasladadas a una organización post-asilar llamada "Hogar Santa Luisa", auxiliada por la Beneficencia.

Las mil fichas estudiadas para la elaboración de los cuadros que a continuación se transcriben, pertenecen a niños que están actualmente en las instituciones antes mencionadas y algunas a personal egresado de las mismas, entre los años de 1.930 a 1.950.

<u>NIÑOS</u>		<u>NIÑAS</u>	
439	43,9%	561	56,1%
Enfermedad Materna			
35	3,5%	49	4,9%
Enfermedad Paterna			
5	0,5%	5	0,5%
Enfermedad del niño (Causa ignorada)			
31	3,1%	49	4,9%
Malformaciones congénitas (labio leporino)			
3	0,3%	1	0,1%
Invalideces motoras Secuelas de Polio			
3	0,3%	2	0,2%
Invalideces mentales (Oligofrenias)			
4	0,4%	1	0,1%
Invalideces sensoriales (agenesia ocular unilateral)			
0	0,0%	2	0,2%

<u>NIÑOS</u>		<u>NIÑAS</u>	
Enfermedades transmisibles en la madre			
5	0,5%	4	0,4%
Enfermedades transmisibles en el padre			
1	0,1%	3	0,3%
Invalideces mentales en la madre			
18	1,8%	20	2 %
Abandonados por causas distintas de entidades patológicas			
Orfandad			
64	6,4%	137	13,7%
Miseria			
39	3,9%	74	7,4%
Violencia			
21	2,1%	34	3,4%
Casos ocultos			
2	0,2%	3	0,3%
Abandonados en poder de las autoridades, Alcaldías, Juzgados Permanentes, Esta- ciones de Policía y en - vías públicas			
208	20,8%	177	17,7%

ABANDONO POR GRUPOS DE EDADES

<u>NIÑOS</u>		<u>NIÑAS</u>	
Menores de 1 año	49 4,9%	78	7,8%

<u>NIÑOS</u>			<u>NIÑAS</u>	
Entre 1 y 2 años	40	4%	32	3,2%
Entre 2 y 3 años	59	5,9%	55	5,5%
Entre 3 y 5 años	128	12,8%	135	13,5%
Entre 5 y 7 años	101	10,1%	87	8,7%
Entre 7 y 9 años	48	4,8%	96	9,6%
De 9 años en adelante	13	1,3%	79	7,9%

El porcentaje mayor de niñas en los casos estudiados - puede corresponder a la situación demográfica del país en el que hay un predominio del sexo femenino en la población total y también a un factor de tipo económico, pues se considera a la mujer menos productiva que el hombre y esto tiene mucha importancia en el medio social en que ha nacido este personal.

La importancia de la cifra de abandono por enfermedad - de la madre (causa ignorada e invalidez mental) sobre la cifra de abandono por enfermedad del padre en nuestros datos, podría - corresponder al alto coeficiente de ilegitimidad en el país, y - en el Departamento de Cundinamarca, aunque no fue posible comprobar en todos los casos la condición de legítimo o ilegítimo en - las fichas estudiadas y explicaría el motivo por el cual la madre al verse enferma abandona los hijos por carecer del apoyo - conyugal.

Respecto al abandono por invalidez mental de la madre - es importante anotar que la Beneficencia sostiene un Hospital - Psiquiátrico y una guardería infantil para los hijos de las enfermas hospitalizadas. Como la cronicidad, en las afecciones mentales es bastante alta, esto explicaría el porcentaje de abandono de 3,8% hallado en nuestros datos.

El 20% de ingreso por orfandad puede ser explicado por múltiples razones: económicas, sociales, familiares, y debemos anotar que en varias de las fichas el motivo de ingreso fue un nuevo matrimonio del cónyuge sobreviviente. No tenemos datos de orfandad total, paterna o materna, pues en muchas de las fichas se omitió hacer esta observación.

El ingreso por miseria, lo mismo que el abandono en vías

públicas, manos de la autoridad, etc. y que da un porcentaje muy alto se debe a factores económicos como bajos salarios, desocupación, etc. A este respecto debemos anotar que la Beneficencia de Cundinamarca por medio de su Departamento de Asistencia Pública suministra un apoyo económico en forma de subsidio familiar a las madres con muchos hijos, previniendo de esta manera el abandono, pues muchas veces la necesidad en que se ve la madre de trabajar y las condiciones exigidas por el trabajo (servicio doméstico) la obligan a entregar sus hijos a estas Instituciones.

Respecto a la violencia, es importante observar que jugó un papel preponderante en años anteriores, pero ahora es excepcional encontrarla como motivo de entrada en las fichas de los recientemente ingresados.

Estudiando el cuadro de abandono por grupos de edades encontramos un porcentaje muy alto en los niños de edad pre escolar. Esto se podría explicar por el nacimiento de hermanos menores que agravaría el problema económico y por el deseo de los padres de conseguir educación gratuita para sus hijos en las diferentes Instituciones.

Es interesante anotar el alto porcentaje de niñas - 7,9% ingresadas con edades mayores de 4 años y que se debe probablemente a la actuación de Visitadoras Sociales y damas piadosas que procuran el asilamiento de las niñas en esta edad para prevenirlas de posibles peligros morales.

Por el estudio de la situación post-asilar de los egresados de las diferentes Instituciones, hemos podido comprobar la completa adaptación social del personal vinculado en forma permanente a los Hogares Sustitutos, y por eso nos permitimos aconsejar este sistema como el más completo, humano y racional para resolver el problema del niño abandonado.-



Instituto Interamericano del Niño

UNDECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Bogotá, Colombia Doc. 31.259

Nov. 18/59 (150).

Original: Español

Subponencia A. Cap.I

SALUD FISICA INFANTIL Y FAMILIAR EN RELACION CON EL ABANDONO. IMPORTANCIA DE LA NUTRICION.

Por: Dr. Hernando Roa Hoyos y Dr. Santodomingo Guzmán.

En este estudio se hace la presentación de una muestra testigo de 324 niños pertenecientes a 100 familias de medios económicamente débiles; se determinan estadísticamente las causas de enfermedad invalidez y desnutrición que pesan sobre el grupo, y se hace un comentario sobre las consecuencias.

Las cien (100) familias tomadas como muestra testigo reciben en la actualidad protección privada médica y asistencial a través de la institución denominada "Los Caballeros de Malta". El hospital de San José de Bogotá, colabora en esta tarea con su personal científico de especialistas pediatras y de trabajadoras sociales.

A pesar de las condiciones económicas estas familias conservan su unidad hogareña. Creemos que las causas son: 1º, matrimonios legítimamente constituidos en el 97% de los casos; 2º, un mayor nivel cultural; 3º, condiciones económicas no muy precarias; 4º, patrocinio médico y social de entidades de servicio social, y 5º, mínimo abandono de la familia (6%) por parte del padre. La madre no abandona nunca el hogar.

DATOS ESTADISTICOS

Las 100 familias arrojan un total de 324 hijos (3,2 hijos por familia) que fluctúan entre un mes y 20 años de edad. Menores de un año (33), 10,1%; menores de 12 años (247), 76,2%.

Las enfermedades crónicas, sin ser invalidantes, han incidido en ambos padres en el 6% de los casos. En los hijos varones (7), en un 2,1% y en las mujeres (4) en un 1,2%.

En cuanto a invalidez física paterna sólo se comprueba un 1% y en las madres no se encontró ningún tipo de invalidez.

Las invalideces mentales no se presentaron en los progenitores. En los hijos, tanto en los varones como en las mujeres, sólo alcanzó la cifra de 0,3%.

Sólo hay una madre que padece síndrome de desnutrición grave. En los padres no se halló este síndrome.

Los hijos varones dieron un 2,7% de desnutrición crónica grave, en contraste con 1,08% en las hijas.



Inter-American Children's Institute

ELEVENTH PAN AMERICAN CHILD CONGRESS

Bogotá, Colombia - 1959

3.2

Doc.8.2

Nov. 18/59 (50)

Original: Spanish

Section A. II

INFANTILE AND FAMILIAR PHYSICAL HEALTH IN RELATION TO ABAN-
DONMENT IMPORTANCE OF NUTRITION

Presented by Dr. Hernando Roa Hoyos and Dr. Santodomingo Guzman

Doc. 3.2.
Nov. 18/59 (5)
Original: Spanish
Section A. II

INFANTILE AND FAMILIAR PHYSICAL HEALTH IN RELATION TO ABANDONMENT

IMPORTANCE OF NUTRITION

Presented by Dr. Hernando Roa-Hoyos and Dr. Santodomingo Guzman

This paper presents a study of 324 children, belonging to 100 families of scarce economic resources; causes of disease, invalidity and malnutrition among the group are determined statistically, and some comments are made in relation to the consequences.

The 100 families studied receive private medical protection, and assistance from the "Knights of Malta". The San José Hospital of Bogotá collaborates on this work with scientific personnel of pediatricians and social workers.

In spite of difficult economic conditions these families preserve home life. The causes for this preservation of home unity are: Legitimate Marriage in 97% of the families; 2o Cultural level above average; 3o. economic conditions not very precarious; 4o. medical and economic assistance from social service institutions; 5o. a minimum of family abandonment on the part of the father (6%). No abandonment on part of the mother.

STATISTICAL DATA

The 100 families have a total of 324 children (3,2 children per family ranging between one month and 20 years of age. Younger than one year: (33) 10,1%; younger than 12 years: (247), 76,2%.

Chronic diseases, non - invalidating, among the parents 6% of the cases. Among male children: (7) 2,1%, among female children: (4) 1,2%.

Paternal invalidity 1%; no maternal invalidity.

No mental invalidity among parents. 0,3% mental invalidity among children.

There is only one mother suffering from serious malnutrition. No fathers suffering from malnutrition.

Boys suffer from malnutrition on 2,7% of cases. Girls suffer from malnutrition on 1,08% of cases.

Doc. 3.3
Nov. 24/59 (150)
Original: Español
Subponencia A
Capítulo I

ESTUDIO ESTADISTICO
SOBRE ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS DE LA FAMILIA Y NUTRICION
DE LOS NIÑOS EN RELACION A LA ORGANIZACION FAMILIAR, SITUACION
ECONOMICA DEL HOGAR Y GRADO DE CULTURA DE LA
MADRE

Por Dr. Jesús Riera (Paraguay)
Médico Pediatra y
Master en Salud Pública

Doc.3.3.
Nov.24/59 (150)
Original:Español
Subponencia A
Capítulo I

ESTUDIO ESTADÍSTICO
SOBRE ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LA FAMILIA Y NUTRICIÓN DE LOS
NIÑOS EN RELACIÓN A LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR, SITUACIÓN ECONÓMICA
DEL HOGAR Y GRADO DE CULTURA DE LA MADRE

MIL NIÑOS DESDE MENOS DE UN MES A SEIS AÑOS DE EDAD.

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE

DECIEMBRE DE 1958

Por Dr. Jesús Riera (Paraguay)
Médico Pediatra y
Master en Salud Pública

OBJETIVO DEL TRABAJO

1. Estudio estadístico sobre aspectos Socio-Económicos de la Familia.
2. Demostrar la posible influencia que el estado de Desorganización del Hogar y la deficiente situación Económica familiar y Cultural de la madre pudieran ejercer sobre el estado de nutrición del niño.

A dicho efecto, se han estudiado mil niños, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1958 y el 31 de diciembre del mismo año, todos ellos concurrentes a la Sección "Niños Sanos" del Centro de Salud #1, "Gral. Dunham", Asunción.

Las edades de estos niños han sido desde menores de un mes hasta los seis años inclusive.

El diagnóstico del estado de nutrición corresponde al de la primera consulta a la Sección. Este diagnóstico se ha hecho en base al criterio clínico, considerando el peso, que se ha tomado en todos los casos, como un elemento más para dicho diagnóstico.

A fin de facilitar la labor estadística, se han extendido los términos de EUTROFIA y DISTROFIA hasta los seis años de edad como expresión del estado de nutrición. Corresponde a EUTROFIA el estado de nutrición bueno y a DISTROFIA el de desnutrición. La DISTROFIA, como es clásico, se ha subdividido según su gravedad en tres grados: Distrofia de Primer Grado, Distrofia de Segundo Grado y Distrofia de Tercer Grado.

En el análisis de los Factores Socio-Económicos de la familia de cada uno de estos niños, se han considerado tres aspectos:

- a) Su organización
- b) Su situación económica
- c) La situación cultural de la madre:

General y Sanitaria

En cuanto a la Organización Familiar, se ha considerado si eran Uniones Legales o Uniones Ilegales. En cada una de éstas, si los padres vivían juntos, en este caso llamamos Familia Organizada, o si los padres, uno o ambos, habían abandonado el hogar, en este caso Familia Desorganizada. Los niños que vienen de Familias Desorganizadas, son Niños abandonados, ya sea parcial o totalmente.

La Situación Económica se ha evaluado en base a una serie de factores, como ser el Informe de la Enfermera Visitadora, en su visita al hogar y consignada en la Carpeta Familiar; la profesión de los padres, si éstos estaban o no con trabajo; el número de hijos; el tipo de vivienda; la apariencia de la madre en el momento de la entrevista médica y en general todo otro elemento orientador surgido de la entrevista médica que pudiendo indicar la situación económica del hogar.

La situación Económica fue clasificada en BUENA, REGULAR, MALA y PESIMA. Para el presente trabajo, se clasificó sólo en dos grupos: BUENA y DEFICIENTE, englobándose en esta última los grupos de Regular, Mala y Pésima. Se consideró como Situación Económica Buena, aquella por encima del mínimo satisfactorio para subvenir a las necesidades del niño.

La Cultura General de la Madre se ha determinado en base a su grado de instrucción, teniéndose como buena a partir del sexto grado de la Escuela Primaria y deficiente por debajo de ella.

Para la evaluación de la Cultura Sanitaria de la Madre se han tomado en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Si hizo o no Prenatal durante el embarazo del niño en estudio
- b) El tipo de atención del parto, esto es, si tuvo el parto con profesional o con empírica.

- 6) La precocidad con que trajo al niño por primera vez a la Sección de Niños Sanos para su Control de Salud.

EL CENTRO DE SALUD # 1, "GRAL. DUNHAM" donde se ha realizado el presente estudio, es una institución eficientemente organizada y con personal capacitado para el adecuado desempeño de sus funciones. Cabe, sin embargo, señalar que el número de enfermeras visitadoras es insuficiente en relación al área asignada al Centro.

El Centro de Salud #1 ha sido fundado en el año 1945 y constituye uno de los tres grandes Centros de Salud que opera en la ciudad Capital, Asunción, siendo auxiliados en su labor por otros centros menores, llamados Centros Materno-Infantiles, así como por varias instituciones públicas y privadas dedicadas a la atención de la salud en la capital y numerosos profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos y farmacéuticos que ejercen privadamente la profesión.

El Centro tiene bajo su responsabilidad una extensa área de la Capital, que abarca algo más de un tercio de la zona urbana, estando comprendidos en ella lugares céntricos y periféricos.

La población global de la zona ha sido estimada en base al Censo Nacional realizado en 1950. Según éste, le corresponde 97,808 habitantes, siendo el 43 % de éstos menores de 15 años de edad. La situación socio-económica de esta población está catalogada entre acomodada y muy pobres.

Las familias concurrentes a la Sección de Niños Sanos del Centro de Salud, pueden agruparse entre las de clase media y pobre.

Durante el año 1958, en la Sección "Niños Sanos", se han realizado 5.550 consultas. Los niños que en dicho año concurren por primera vez al Servicio, han sido estimados en mil, en base a la estadística del primer semestre. De acuerdo a dicha estimación, se han estudiado pues aproximadamente el 100% de los niños que concurren por primera vez durante el año 1958.

El análisis de todas las FICHAS CLINICAS ha sido hecho exclusivamente por uno de nosotros, existiendo por tanto uniformidad en cuanto al criterio sostenido para las clasificaciones.

ESTADÍSTICA

1. Número de niños estudiados: 1.000 (mil)

2. Distribución por grupos según la edad:

	Nº	%
Menores de 1 año	623	62,3
1 a 2 años	137	13,7
3 a 4 años	161	16,1
5 a 6 años	79	7,9
Totales	1,000	100

Observamos que los dos tercios (2/3) de los casos, o sea el 62,3% corresponde a niños menores de un año de edad.

A) ORGANIZACIÓN FAMILIAR

a) 1	Nº	%		Nº	%
Uniones Legales	452	45,2	U. Organizadas	723	72,3
Uniones Ilegales	548	54,8	U. Desorganizadas	244	24,4
			Ignoradas	33	3,3
T o t a l e s :	1,000	100		1,000	100

2. UNIONES LEGALES E ILEGALES SEGUN ORGANIZACIÓN FAMILIAR

Uniones Legales	452	Nº	%
Organizadas	418	92	
Desorganizadas	18	4	
Ignoradas	18	4	
Totales	452	100	
Uniones Ilegales	548	Nº	%
Organizadas	305	55	
Desorganizadas	228	42	
Ignoradas	15	3	
Totales	548	100	

Algo más de la mitad de las uniones, el 54,8% son ilegales

Comparando el estado de organización en que se halla la familia en las Uniones Legales y en las Uniones Ilegales, observamos que en las Uniones Legales sólo en el 4% están desorganizadas, mientras que en el 42% el hogar está desorganizado en las Uniones Ilegales.

b) ORGANIZACION FAMILIAR EN FAMILIAS CON MAS DE UN HIJO

1. Número de niños: 1.000	Nº	%
De Familia con un hijo	275	27,5
De familias con más de un hijo	725	72,5
Totales	1.000	100

2. Niños de familias con más de un hijo según Uniones Legales y Uniones Ilegales de los padres: 725

	Nº	%
De Uniones Legales	352	48,5
De Uniones Ilegales	373	51,5
Totales	725	100

3. Si los hijos son o no de los mismos padres:

	Nº	%
Mismos padres	486	67
Diferentes padres	140	20
Ignorado	99	13
Totales	725	100

En familia con más de un hijo (esto ocurre en 725 de los mil niños estudiados) hemos analizado si estos niños son todos del mismo padre o si son de diferentes padres.

Encontramos en total que el 20% son de diferentes padres. Pero si analizamos la distribución de estos niños según las Uniones Legales y las Uniones Ilegales de sus padres, vemos que sólo el 4% proceden de diferentes padres en la Uniones Legales, mientras que el 34% son de diferentes padres en las Uniones Ilegales

4. En

a) Uniones Legales: 352	Nº	%
Mismos padres	288	82
Diferentes padres	15	4
Ignorado	49	14

Totales 352 100

b) Uniones Ilegales: 373	Nº	%
Mismos padres	198	53
Diferentes padres	125	34
Ignorado	50	13
Totales	373	100

Uniones Ilegales: 547

	Nº	%
Buena	52	10
Deficiente	477	87
Ignorada	18	3
Totales	547	100

En suma; la situación económica de las familias de los niños analizados es deficiente en un alto porcentaje (89,3%) y este porcentaje es mucho mayor en las Uniones Ilegales (87%) que en las Legales (48,8%).

c) CULTURA DE LA MADRE

- a) General
- b) Sanitaria

a) CULTURA GENERAL

1. Número de casos : 1.000
2. Situación cultural, según sus grados:

	Nº	%
Buena	264	26,4
Deficiente	651	65,1
Ignorada	85	8,5
Totales	1,000	100

3. Cultura general de la madre según la organización familiar (955 casos)

Uniones Legales: 448	Nº	%
Buena	203	45
Deficiente	200	45
Ignorada	45	10
Totales	448	100

Uniones Ilegales: 547	Nº	%
Buena	66	12
Deficiente	440	81
Ignorada	41	7
Totales	547	100

La cultura general de la madre es deficiente en el 65,1%, correspondiendo al 81% al grupo de madres de Uniones Ilegales y el 45% a las Uniones Legales.

En síntesis, existe un alto porcentaje de situación cultural deficiente (65,1%) en las madres de los mil niños analizados. Este porcentaje de deficiencia es casi el doble en las Uniones Ilegales (81%); en las Uniones Legales es el 45%

b) CULTURA SANITARIA Aspectos considerados:

1. Si hizo o no PRE-NATAL durante la gestación del niño en estudio.
2. Tipo de atención del PARTO, en el correspondiente niño analizado.
3. Precocidad de asistencia al Centro de Salud con el niño.

PRE-NATAL

1. Si hizo o no Pre-natal durante el embarazo del niño estudiado-

	Nº	%
Hicieron prenatal	836	83,6
No " "	136	13,6
Se ignora	28	2,8
Totales	1.000	100

2. En el grupo de madres que hicieron Prenatal, si siguieron el prenatal en forma adecuada o inadecuada.

Hicieron Prenatal: 836	Nº	%
Adecuadamente	329	39
Inadecuadamente	153	16
Se ignora	374	45
Totales	836	100

Se consideró como prenatal adecuado, aquel en que la madre concurreó dentro de los cinco primeros meses del embarazo y siguió su control en forma regular y como mínimo una vez por mes hasta el final del embarazo.

3. Prenatal según Uniones Legales e Ilegales (600 casos)

Uniones Legales: 245

	Nº	%
Hicieron prenatal	220	90
No " "	21	9
Se ignora	4	1
Totales	245	100

Uniones Ilegales: 355

Hicieron Prenatal	273	77
No " "	67	19
Se ignora	15	4
Totales	355	100

El 83,5% de las madres tuvieron atención Prenatal, y dentro de este grupo el 39% lo siguió en forma adecuada. Las madres de las Uniones Legales tuvieron atención prenatal en un 90% y las de Uniones Ilegales en un 77%

TIPO DE ATENCION DEL PARTO

1. Atención del parto, correspondiente al niño estudiado, con profesional o con empírica.

a) Número de casos: 1,000

	Nº	%
b) Con profesional	804	80,4
" empírica	174	17,4
Se ignora	22	2,2
Totales	1,000	100

2. Atención del parto con profesional según el lugar de ocurrencia.

a) Número: 804

	Nº	%
b) En institución	541	67
En domicilio	200	25
Se ignora	63	8
Totales	804	100

3. Tipo de atención del parto según Uniones Legales y Uniones Ilegales.

a) Número: 600

b) En Uniones Legales: 245

U. Ilegales: 355

	Nº	%	Nº	%
Con profesional	207	85	264	74
Con empírica	35	14	81	23
Se ignora	3	1	10	3
Totales	245	100	355	100

Tuvieron parto con atención profesional, el 80% de las madres y con empírica el 17,4%. Dentro del grupo con atención profesional del parto, el 67% tuvo en Institución y el 25% en Domicilio.

Las madres de Uniones Legales tuvieron el parto con atención profesional en un 85% y las de Uniones Ilegales en un 74%.

Analizando en conjunto la atención Prenatal y la atención del Parto, vemos que:

1. Los índices de ambos son elevados:

- Atención Prenatal: 83,6%
- Atención Profesional del parto: 80%

2. y que estos índices son elevados en ambos grupos:

Uniones Legales y Uniones Ilegales, aunque siempre mejor en la Uniones Legales.

	Prenatal	90%
Uniones Legales	Atenc. Profesional del Parto	85%
	Prenatal	77%
Uniones Ilegales	Atenc. Profesional del Parto	74%

PRECOCIDAD DE ASISTENCIA AL CENTRO DE SALUD CON EL NIÑO

a) Número de niños: 1,000

b) Concurrencia:

-antes de los cuatro meses de edad	Nº	%
	441	44,1
-a partir del cuarto mes de edad	559	55,9
Totales	1,000	100

En cuanto a la precocidad con que los niños fueron traídos por primera vez para control de la salud en la Sección de Niños Sanos del Centro de Salud, encontramos que el 44,1% de los niños fueron traídos por primera vez dentro de los tres meses de vida.

Analizando en conjunto los tres índices utilizados para la evaluación de la cultura sanitaria de la madre: Si tuvo atención prenatal, el tipo de atención del parto, y la precocidad con que trajo por primera vez al niño a la Sección Niños Sanos del Centro de Salud, encontramos que bajo estos aspectos, la cultura sanitaria de la madre es buena.

En resumen, todos estos factores estudiados nos demuestran que existe un elevado porcentaje de desorganización familiar en los hogares analizados y que la situación económica de las familias y cultural de la madre también en un elevado porcentaje es deficiente. Pero todos estos factores negativos están mucho más acentuados en las Uniones Ilegales en relación con las Uniones Legales, lo que demuestra, al mismo tiempo que la estabilidad de la Unión Legal, su mejor situación, lo que implica a su vez mejor protección para el niño.

La cultura sanitaria en contraste con la organización familiar y la situación cultural general y económica es buena en conjunto y tanto en las Uniones Legales como Ilegales, aunque mejor en las primeras. Esto se debe a la ya prolongada labor educativa y asistencial del Centro de Salud No.1, junto con la de otras instituciones de la zona.

D) ESTADO DE NUTRICION DE LOS NIÑOS EN RELACION A LA ORGANIZACION FAMILIAR

1. Número de niños de menos de un mes a seis años de edad: 1.000

2. Proporción de EUTROFIAS y DISTROFIAS:

a)

	Nº	%
Eutrofias	587	58,7
Distrofias de 1º grado	310	31
Distrofias de 2º grado	198	9,8
Distrofias de 3º grado	5	0,5
Totales	1.000	100

b)

	Nº	%
Eutrofias	587	58,7
Distrofias	413	41,3
Totales	1.000	100

c)

	Nº	%
Nutrición satisfactoria y mejor		
Eutrofia/Dist. de 1er. grado	897	89,7
Nutrición mala: 2º Dist. de 2º/Dis. 3º	103	10,3
Totales	1.000	100

Hemos encontrado un elevado porcentaje de estados de nutrición - buenos (Eutrofias), que alcanza a algo más de la mitad de los casos: 58,7%; constituyendo las distrofias el 41,3%.

Al mismo tiempo el porcentaje de distrofias graves, distrofias - de segundo y de tercer grados, ha sido pequeño 10,3% correspondiendo entre éstas sólo al 0,5% a las distrofias de tercer grado.

3. Estado de nutrición en las Uniones Legales y en las Uniones - Ilegales:

a) Número de niños: 1.000

b) Uniones Legales: 452

	Nº	%
Eutrofia	274	61
Distrofia 1º	139	31
Distrofia 2º	37	8
Distrofia 3º	2	0,4
Totales	452	100,4

Uniones Ilegales: 548

	Nº	%
Eutrofia	313	58
Distrofia 1º	171	31
Distrofia 2º	61	11
Distrofia 3º	3	0,5
Totales	548	100,5

Analizando el estado de nutrición en relación a la organización de la familia, Uniones Legales e Ilegales, observamos que existe poca variación en los porcentajes de las distrofias consideradas en conjunto: 69,4% en las Uniones Legales y 42,5% en las uniones ilegales aunque tienden a aumen

tar las distrofias graves en las Uniones Ilegales; Distrofias de 2º y 3er. grados: 11,5% en las Uniones Ilegales y 8,4% en las Uniones Legales. Pero si relacionamos el estado de nutrición en las Uniones Legales Organizadas con las de Uniones Ilegales Desorganizadas (Niño Abandonado) vemos que el porcentaje de distrofias tiende a ser mayor en las Uniones Ilegales Desorganizadas 46%. En las Uniones Legales Organizadas 39% (Cuadro No.4)-.

4. Estado de Nutrición según la organización familiar en las Uniones Legales y Uniones Ilegales:

a) Uniones Legales: 452

Organizadas: 418			Desorganizadas: 16			Ignr. 18	
	Nº	%		Nº	%		
Eutrofia	256	61	Eutrofia	9	56		
Distrofias	162	39	Distrofias	7	44		
Totales	418	100		16	100		

b) Uniones Ilegales: 548

Organizadas: 305			Desorganizadas: 228			Ignr. 15	
	Nº	%		Nº	%		
Eutrofia	182	60	Eutrofia	122	54		
Distrofias	123	40,6	Distrofias	106	46,4		
Totales	305	100,6		228	100,4		

5. Estado de nutrición en relación a la organización familiar en niños de uno a seis años de edad-.

a) Número de niños: 377

b) Proporción de Eutrofia y Distrofia:

	Nº	%
Eutrofia	173	46
Distrofia 1º	147	39
Distrofia 2º	57	15
Distrofia 3º	0	0
Totales	377	100

Eutrofia	173	46
Distrofia	204	54
Totales	377	100

C) Nutrición satisfactoria y mejor:

	Nº	%
Eutrof. / Distrof. 1º	320	85

Nutrición mala:

	Nº	%
Distror. 2º. / Distrof. 3º.	57	15
Totales	877	100

6. Estado de nutrición de los niños de uno a seis años de edad según la organización familiar en Uniones Legales e Ilegales

a) Uniones Legales: 153

Organizadas: 153	Desorganizadas: 11	Ignor. 5
Nº %	No. %	
Eutrofia 80 52	Eutrofia 7 64	
Distrofias 73 48	Distrofias 4 36	
Totales 153 100	11 100	

b) Uniones Ilegales: 208

Organizadas: 109	Desorganizadas: 89	Ignor. 10
Nº %	Nº %	
Eutrofia 48 44	Eutrofia 33 37	
Distrofias 61 56	Distrofias 56 63	
Totales 109 100	89 100	

c) Uniones Legales: 153

Organizadas: 153	Desorganizadas: 11	Ignor. 5
Nº %	Nº %	
Eutrofia 80 52	Eutrofia 7 64	
Distrofia 1º 55 35	Distrofia 1º 3 27	
Distrofia 2º 20 13	Distrofia 2º 1 9	
Distrofia 3º 0 0	Distrofia 3º 0 0	
Totales 153 100	11 100	

d) Uniones Ilegales: 208

Organizadas: 109	Desorganizadas: 89	Ignor. 10
Nº %	Nº %	
Eutrofia 48 44	Eutrofia 33 37	
Distrofia 1º 47 43	Distrofia 1º 36 41	
Distrofia 2º 14 13	Distrofia 2º 20 22	
Distrofia 3º 0 0	Distrofia 3º 0 0	
Totales 109 100	89 100	

Al descartar pues los niños menores de un año de edad, en el período de la lactancia (La alimentación al seno materno está muy generalizada y prolongada la mayoría de las veces durante el segundo semestre) y considerando sólo el grupo de niños de uno a seis años observamos que las distrofias en conjunto tienden a aumentar así - como las formas graves. En este grupo de niños, las Uniones Legales Organizadas relacionadas con las Uniones Ilegales Desorganizadas demuestran que hay una significativa proporción mayor de Distrofias en las Uniones Ilegales Desorganizadas 63% con respecto a las Uniones Legales Organizadas 48%. Al mismo tiempo estas distrofias - en mayor porcentaje son más graves en las Uniones Ilegales desorganizadas 22% que en las Uniones Legales Organizadas 13%

Esto indica que una vez que el niño no recibe la alimentación natural, éste queda expuesto a las realidades socio-económico-culturales de su hogar.

En suma, el niño de hogares Ilegales y Desorganizados (NIÑO ABANDONADO parcial o totalmente), sufre de distrofias en porcentaje mas elevado y la frecuencia de las distrofias graves es mayor en ellos, comparativamente a los observado en niños procedentes de hogares - bien organizados.

E) ESTADO DE NUTRICION DE LOS NIÑOS EN RELACION A LA SITUACION ECONOMICA DE LA FAMILIA

1. Niños de MENOS DE UN MES a SEIS AÑOS DE EDAD

a) Número de niños: 995

b) Estado de nutrición según situación económica de la familia: BUENA O DEFICIENTE.

Buena: 272			Deficiente : 690			Ignor. 33		
	Nº	%		Nº	%		Nº	
Eutrofia	192	71	Eutrofia	398	58	Eutrofia	25	
Distrofia 1º	65	24	Distrofia 1º	207	30	Distrofia 1º	27	
Distrofia 2º	15	5	Distrofia 2º	82	12	Distrofia 2º	1	
Distrofia 3º	0	0	"	3	0,4	"	0	
Totales	272	100		690	100,4		33	

c) Situación Económica

Buena: 272			Deficiente: 690		
	Nº	%		Nº	%
Eutrofia	192	71	Eutrofia	398	58
Distrofia	80	29	Distrofia	292	42,4
Totales	272	100		690	100,4

d) Situación económica

Buena : 272

	Nº	%
Nutrición satisfactoria y mejor :		
Eutrofia / Distrofia 1o.	257	95

Nutrición mala:

Distrofia 1o. + Distrofia 2o.	15	5
Totales	272	100

Deficiente : 690

	Nº	%
Nutrición satisfactoria y mejor:	605	88
Nutrición mala:	85	12,4
Totales	690	100,4

2. Niños de 12 MESES a 6 AÑOS DE EDAD

a) Número de niños : 393

b) Estado de nutrición según la situación económica de la familia: BUENA o DEFICIENTE.

Buena: 97

Deficiente: 274

Ignor. 22

	Nº	%		Nº	%		Nº	%
Eutrofia	63	65	Eutrofia	113	41	Eutrofia	1	14
Distrof. 1º	27	28	Distrof. 1º	109	40	Distrof. 1º	7	
" 2º	7	7	" 2º	52	19	" 2º	1	
" 3º	0	0	" 3º	0	0	" 3º	0	
Totales	97	100		274	100			22

c) Situación Económica

Buena: 97

	Nº	%		Nº	%
Eutrofia	63	65	Eutrofia	113	41
Distrofia	34	35	Distrofia	161	59
Totales	97	100		274	100

d) Situación Económica

Buena: 97

	Nº	%
Nutrición satisfactoria y mejor:		
Eutrofia / Distrofia 1o.	90	93
Nutrición mala:		

...../.....

Doc. 3.3

	Nº	%
Distrofia 2o. / Distrof. 3er.	7	7
Totales	97	100

Deficiente: 274

	Nº	%
Nutrición satisfactoria y mejor:		
Eutrofia / Distrofia lo.	222	81
Nutrición mala:		
Distrofia 2o. / Distrofia 3o	52	19
Totales	274	100

Al analizar el estado de nutrición de los niños en relación a la Situación Económica del hogar, observamos en el grupo de NIÑOS MENORES DE UN MES A SEIS AÑOS DE EDAD que los porcentajes de distrofias son mucho más elevados cuando la Economía es Deficiente -- (42,4%) que cuando ella es Buena (29%). Así también el porcentaje de distrofias avanzadas (de 2º y 3er. grados) es mayor (12,4%) cuando la Economía es Deficiente y sólo 5% cuando es buena.

Esta relación se hace más evidente al considerar sólo el grupo - de niños POSTERIOR AL PERIODO DE LA LACTANCIA (12 meses a seis años de edad):

Economía Deficiente = 59% de Distrofia
Economía Buena = 36% de Distrofia

Las Distrofias avanzadas aumentan con la Economía Deficiente:

Economía Deficiente = 19% de Distrofia grave
Economía Buena = 7% de Distrofia grave

En síntesis, esto demuestra la neta influencia que el factor económico, cuando es deficiente, ejerce sobre el estado de nutrición, haciendo esto más evidente al eliminar el grupo de niños en el período de la lactancia, es decir, como ya se ha dicho en capítulos anteriores, cuando el niño queda totalmente expuesto a la realidad económica de su hogar.

F) ESTADO DE NUTRICION DE LOS NIÑOS EN RELACION A LA CULTURA GENERAL DE LA MADRE

1. Niños de MENOS DE UN MES A SEIS AÑOS DE EDAD

a) Número de Niños : 995

b) Estado nutrición según la Cultura General de la Madre: BUE
NA o DEFICIENTE.

Buena: 269

Deficiente: 640

Ignor. 86

	Nº	%		Nº	%		Nº
Eutrofia	180	67	Eutrofia	379	59	Eutrofia	56
Distrof. 1º	70	26	Distrof. 1º	186	29	Distrof. 1º	23
" 2º	19	7	" 2º	72	12	" 2º	7
" 3º	0	0	" 3º	0	0,4	" 3º	0
Totales	269	100		640	100,4		86

c) Cultura General

Buena: 269

Deficiente: 640

	Nº	%		Nº	%
Eutrofia	180	67	Eutrofia	379	59
Distrofias	89	33	Distrofias	261	41,4
Totales	269	100		640	100,4

d) Cultura General

Buena: 269

	Nº	%
Nutrición satisfactoria y mejor:		
Eutrofia / Distrofia lo. grado	250	93
Nutrición mala:		
Distrofia 2o. / Distrof. 3o.	19	7
Totales	269	100

Deficiente: 640

	Nº	%
Nutrición satisfactoria y mejor	565	88
Nutrición mala	75	12,4
Totales	640	100,4

2. Niños de 12 MESES a SEIS AÑOS DE EDAD

a) Número de niños: 398

b) Estado de nutrición según la Cultura General de la Madre:
BUENA o DEFICIENTE.

Buena: 104

Deficiente: 249

Ignor. 45

	Nº	%		Nº	%		Nº
Eutrofia	61	58	Eutrofia	111	45	Eut.	18
Distrofia 1º	35	34	Dist. 1º	93	37	Dif. 1º	15
" 2º	8	8	" 2º	45	18	Dif. 2º	7
" 3º	0	0	" 3º	0	0	Dif. 3º	0
	104	100		249	100		45

c) Cultura General

Buena: 104			Deficiente: 249		
	Nº	%		Nº	%
Eutrofia	61	58	Eutrofia	111	45
Distrofia	43	42	Distrofia	138	55
	<u>104</u>	<u>100</u>		<u>249</u>	<u>100</u>

d) Cultura General

Buena: 104

Nutrición satisfactoria y mejor:	Nº	%
Eutrofia / Distrofia 1o.	96	92
Nutrición mala: Dist. 2o. / Dist. 3o.	8	8
Totales	<u>104</u>	<u>100</u>

Deficiente: 249

	Nº	%
Nutrición satisfactoria y mejor	204	82
Nutrición mala:	45	18
Totales	<u>249</u>	<u>100</u>

En el grupo de niños de Menos de Un Mes a Seis Años de edad encontramos que los porcentajes de Distrofias son más elevados cuando la Cultura General de la Madre es Deficiente (41,4%) que cuando ella es Buena (33%). En cuanto a las Distrofias avanzadas (2º y 3º grados) existe un predominio cuando la cultura es deficiente (12,4%) que cuando es buena (7%).

En el grupo de niños de 12 Meses a Seis Años de edad observamos que aumentan los porcentajes de distrofias, conservándose siempre más elevado este porcentaje cuando la cultura general de la madre es deficiente (55%); cultura buena 42%. Además, las distrofias avanzadas son algo más del doble en los casos de cultura deficiente (18%) que en la Cultura Buena (8%).

En suma, existe una íntima relación entre deficiencia cultural de la madre y desnutrición de los niños, y al eliminar el grupo de niños en el período de lactancia quedan más evidentes las distrofias avanzadas.

Existe un estrecho paralelismo entre los datos sobre Economía del hogar y Cultura General de la Madre puestos en relación con la Nutrición de los niños. A mayor deficiencia económica y cultural,

mayor número de distrofias y más casos de distrofias graves. Los porcentajes en economía familiar y cultura general de madre son muy similares, lo cual demuestra que no es solamente el factor-económico el que influye sobre la nutrición del niño sino también el factor cultural.

A esto debemos agregar, como se ha demostrado al comienzo de este estudio, que el estado de Organización de la familia ejerce también una manifiesta influencia sobre la nutrición del niño.

Hemos notado que todos estos factores se hallan más acentuados en aquellos niños que ya no están en el período de la lactancia, es decir, que no teniendo la defensa natural de la leche materna, su estado de nutrición se halla condicionado por la situación social, económica y cultural de su hogar.

CONCLUSIONES GENERALES

1. Existen factores socio-económicos negativos en los hogares de los niños estudiados y ellos son de magnitud, especialmente en los hogares no bien constituidos.
2. Se encuentran alentadores índices en cuanto a la cultura sanitaria de la madre y tanto en las Uniones Legales como en las Uniones Ilegales, aunque mejores en la primera.
3. Los factores socio-económicos del hogar, cuando son negativos, constituyen causa de distrofia en los niños.
4. El estudio y el tratamiento cuando fuere necesario de los factores socio-económicos del hogar deben formar parte de todo programa de protección materno-infantil. La orientación debe ser dirigida hacia el fomento de hogares legítimos que a su vez estén capacitados económica y culturalmente para el adecuado cumplimiento de su misión.

- - - oOo - - -



Inter-American Children's Institute

ELEVENTH PAN AMERICAN CHILD CONGRESS

B o g o t á , C o l o m b i a - 1 9 5 9

Doc. 3.3.
Nov. 24/59 (50)
Original: Spanish
Section A I
Summary

STATISTICAL STUDY CONCERNING SOCIO-ECONOMIC ASPECTS OF THE
FAMILY AND CHILD NUTRITION IN RELATION TO FAMILIAR ORGANI-
ZATION, ECONOMIC SITUATION OF THE HOME AND CULTURAL DEGREE
OF THE MOTHER

ONE THOUSAND CHILDREN RANGING BETWEEN ONE MONTH AND SIX YEARS
OF AGE

JANUARY THE 1st. TO DECEMBER 31st. 1958

Presented by Dr. Jesus Riera, Pediatrician, Master of Public
Health, Paraguay

Doc. 3.3
Nov. 24/59 (50)
Riginal: Spanish
Section A I
Summery

STATISTICAL STUDY CONCERNING SOCIO-ECONOMIC ASPECTS OF THE
FAMILY AND CHILD NUTRITION IN RELATION TO FAMILIAR ORGANI-
ZATION, ECONOMIC SITUATION OF THE HOME AND CULTURAL DEGREE
OF THE MOTHER

ONE THOUSAND CHILDREN RANGING BETWEEN ONE MONTH AND SIX YEARS
OF AGE

JANUARY THE 1st. TO DECEMBER 31st. 1958

Presented by Dr. Jesus Riera, Pediatrician, Master of Public
Health, Paraguay

OBJECTIVE

1. Statistical studies on socio-economic aspects of the family.
2. To demonstrate the possible influence of home disorgan-
ization, deficient economic situation, and lack of ma-
ternal culture on the nutrition of the child.

One thousand children have been studied over a one year
period, from January the 1st. to December 31st. 1958, all of
them attended the "Healthy Children" Division of Health Center
#1, "General Dunhan", Asuncion.

Age From one month to 6 years of age.

Diagnosis of the nutritional state corresponds to the first
consultation to the center. This diagnosis was made according
to clinical criteria, taking weight into consideration; weight,
was taken, in all cases, as one more element for diagnosis.
In order to facilitate statistical work, the terms EUTROPHY,
good nutritional state, and DISTROPHY ~~malnutrition~~. Distrophy
has been devided into three different degrees: First, second
and third.

In the analysis of socio-economic factors of the families
of these children three aspects have been taken into conside-
ration:

- a) Organization
- b) Economic Status
- c) Cultural degree of the mother

GENERAL CONCLUSIONS

1. Negative socio-economic factors exist within the homes of the children studied, they are serious especially in broken homes.
2. An encouraging index in regard to the cultural degree of the mother is found in both legal unions and ilegal unions, more so in legal unions.
3. Negative socio-economic factors in the home are serious causes of distrophy.
4. Study and treatment of socio-economic factors must be a part of materno infantile programs. It must be oriented towards encouragent of legal homes e--quiped economically as well as culturally to fulfill their mission.

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

UNDECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

B o g o t á , C o l o m b i a - 1959

Doc. 3.4
Nov. 22-59(150)
Original: Español
Subponencia A
Capítulo I

ABANDONO COMO CAUSA DE DESNUTRICION

Preparado por el Dr.
Calixto Torres Umaña

El niño abandonado es el que no recibe los medios necesarios para su conveniente desarrollo físico, moral o intelectual y los encargados de dirigirlo incurrir en, cuatro motivos: o por descuido voluntario, o por ignorancia o por falta de recursos económicos.

Entonces, es quizá tan importante estudiar el abandono como causa de enfermedad, como la enfermedad como causa del abandono, y ante la gran dificultad de estudiar todas las enfermedades, los organizadores de este congreso, con muy buen acierto, han elegido la desnutrición, por ser ésta la más frecuente en la mayoría de los países de América Latina, la que produce más mortalidad y deja más débiles é inválidos de por vida.

En efecto, tomando el servicio de lactantes del Hospital Infantil de Bogotá, a cuyo frente estoy, se vé que, en el año de 1958, ingresaron 716 niños menores de un año y de éstos 449 de enfermedades digestivo-nutritivas, es decir, el 63 por ciento.

La totalidad de los casos de desnutrición infantil obedece a una de las cuatro causas de abandono mencionadas, sobretodo a la ignorancia y a la pobreza, y no se podrían considerar como abandonados los desnutridos por una de esas causas incontrolables como las enfermedades inevitables.

Las madres en general, no saben que la desnutrición es una grave enfermedad, una enfermedad mortal, cuando no se le trata convenientemente, y que para que un niño esté bien nutrido, necesita una alimentación, no solamente suficiente, en cantidad, sino bien balanceada, es decir, cualitativamente suficiente.

Mientras el niño esté recibiendo el seno, la nutrición se hace correctamente, en la gran mayoría de los casos; porque la naturaleza, que es sabia, ha puesto en la leche materna los materiales para una correcta nutrición en los primeros meses de la vida; pero la madre tiene que trabajar o se trata -

de mujeres con una nutrición deficiente, por lo cual, su secreción láctea se termina pronto, tiene que destetar al niño, en la mayoría de los casos, antes de que cumpla un mes, y entonces en vez de consultar a un pediatra, le formula ella o alguna amiga un biberón, deficiente en calorías, deficiente en proteídos y en otras sustancias alimenticias y se va al trabajo convencida de que quitándole el hambre al niño se criará robusto. No se explica luego por qué el niño se enflaquece o se hincha, casi siempre con una diarrea de origen alimenticio, se pone irritable y sin turgencia. Lo lleva al hospital, donde esta institución existe, o lo lleva al charlatán, quién no pudiendo hacer un diagnóstico, le da cualquier droga que no lo cura y si vá donde un médico le dirá, probablemente que al niño le hace falta leche, pero la leche es un alimento que no está al alcance de la gente pobre, y viene entonces la segunda causa del abandono, que es la pobreza.

En el hospital es un recurso temporal; mientras está allí, recibiendo una alimentación adecuada, el niño se repone; se acaba el enflaquecimiento o el edema y la depresión; cambia de genio y vuelve la vida a la criatura. Más suele ocurrir que algún tiempo después de salir tiene que regresar al servicio porque la familia no ha tenido con qué subvenir a la alimentación que se le ha prescrito; sin embargo, estos reingresos, hemos visto últimamente, se deben más a la ignorancia, porque desde que se practica en el servicio el método del bayetograma, o franelograma, para la instrucción de las madres (método originario del sur del continente que hizo conocer aquí la profesora María Luisa Saldún de Rodríguez y lo puso por primera vez en práctica el Dr. Dairo Melo) los reingresos de los enfermos son raros.

Para corroborar estas verdades, he hecho una investigación en 100 desnutrídos llegados a mis servicios del Hospital Infantil de Bogotá y de la Misericordia, y los resultados están contenidos en cuadros en los cuales se expresan en columnas y en abreviaturas, en el orden siguiente:

Número, edad, peso en gramos, talla en centímetros, tiempo que se mantuvo al seno materno, cantidad de calorías ingeridas por kilo de peso vivo, cantidad de material proteico por kilo expresado en gramos, tiempo transcurrido entre el principio de la enfermedad y la consulta médica, (porque ésto nos da idea del tiempo que pudo durar el abandono por descuido), cantidad de proteídos en la sangre en gramos, y por último, la forma de la distrofia, considerando: la deshidratación de primer grado que es la simple pérdida de peso; la de segundo grado, que es la deshidratación confirmada, el edema y el edema con deshidratación.

El cálculo de los proteídos alimenticios, se hizo solamente por la cantidad de caseína ingerida, porque es la única albúmina que dentro del régimen de alimentación de los niños, puede subvenir a sus necesidades fisiológicas.

Todos los cálculos de alimentación se hicieron sobre la que tenía el niño a tiempo de enfermar.

C U A D R O No. 1

No.	Edad	Peso	Talla	Tiempo seno	Alimentación Cals K.	Prot K.	Tiempo espera	Prot. sangre	Form.
1.	4 ms.	2.590	58 cm.	15 días	160	8	3½ ms.	4 grs.	Desidr.
2.	7 "	4.500	61 "	2 ms.	50	2½	15 días	4	"
3.	4 "	5.060	59 "	1 "	90	4½	12 "	5	II
4.	12 "	5.210	61 "	1½ "	90	4	2 "	4½	II
5.	5 "	3.500	57 "	3 "	60	2½	6 "	4	II
6.	8 "	4.650	57 "	2 "	70	2.5	1 ms.	4	II
7.	2 "	4.000	54 "	1 "	60	2 Grs.	8 días	4	II
8.	15 "	5.910	63 "	15 días	48	1.5	3 "	3½	II
1.	4½ "	3.940	57 "	5 "	48	1.5	3 "	4	II
10.	1 año	5.870	60 "	15 "	80	5 "	15 "	5 "	II
11.	2½ Ms.	3.350	50 "	15 "	60	2½	15 "	5 "	II
12.	9 "	4.600	59 "	1 mes	60	3	8 "	5 "	II
13.	9 "	4.300	60 "	?	60	2½	20 "	5½	II
14.	6 "	4.000	57 "	4 "	90	3.5	2 "	5.5	II
15.	11 "	5.400	63 "	?	70	3	12 "	5	II
16.	10 "	5.500	62 "	5 "	70	3.5	5 "	5	II
17.	4 "	4.000	57 "	0	50	2.5	5 "	5.5	II
18.	1 año	4.730	62 "	0	Sin leche	Sin leche	2 mes.	4 grs.	II
19.	9 ms.	4.040	61 "	0	70	2.5	2 "	4.5	II
20.	18 "	6.760	69 "	1 ms.	Sin leche	Sin leche	8 "	4 "	II
21.	18 "	5.930	64 "	1 "	70	1½	8 días	2 "	edema G.
22.	15 "	6.960	59	1 "	60	2.5	1 ms.	5	Desidr
23.	20 "	7.820	64	3 "	120	3.5	1 "	5	edema
24.	18 "	8.900	74.5	3 "	120	3 Grs.	1 "	3 Grs.	edema
25.	13 "	3.780	62	15 días	70	2.5	1 "	3.5	Desidr

Form.	Prot. sangre	Tiempo espera	Alimentación Prot K.	Cal's K.	Tiempo seno	Talla	Peso	Edad
Deshdr	3	3 días	3	70	15 días	61 cm.	4.180	8 ms.
IT	3.5	8 "	2	110	15 "	59 "	3.400	7 "
IT	5	6 ms.	2	120	40 "	74 "	5.530	12 "
IT	4	1 "	2	50	3 ms.	61 "	4.280	12 "
IT	4.5	1 "	1 Grs.	40	4 "	60 "	4.560	10 "
IT	4.20	20 días	2	60	0	68 "	5.420	12 "
IT	4.4	20 "	1.2 "	30	15 días	80 "	8.020	17 "
IT	4.2	25 "	2	50	10 ms.	71.5"	6.940	18 "
IT	5	20 "	3	80	10 "	81	8.940	18 "
Edema	3.5	15 "	2.5	70	3 "	69	7.880	24 "
"	3	20 "	3	60	3 "	70	6.160	18 "
Desidr	4.5	20 "	2	45	10 días	76.5	8.200	22 "
IT	4.6	3 ms.	2.1	140	2 ms.	60	5.210	6 "
IT	4	3 "	1	70	8 "	71.5	5.720	19 "
IT	4.2	1 "	3.3	75	1 "	56	3.330	3 "
IT	4	4 días	2	41	1 "	69	6.930	8 "
IT	4.1	15 "	2	60	0	50	2.800	1 "
IT	5	8 "	5	133	3 "	57	3.200	4 "
IT	3.5	2 ms.	1.4	36	3 "	66	5.240	10 "
IT	3.34	2 "	3	100	18 días	61	4.200	7 "
IT	4.1	7 días	3	60	1 ms.	61	4.610	6 "
IT	4.50	7 "	3	60	1 "	61½	4.300	6 "
Edema	3	15 "	2	40	6 "	66	4.480	10 "
Desidr	4	15 "	2	40	2 "	55	4.400	5 "
Edema	3	20 "	3	75	2 "	64	4.490	6 "
Desidr	4							

C U A D R O No. 1

Doc. 3.

Edad	Peso	Talla	Tiempo	Alimentación Cals K.	Prot K.	Tiempo espera	Prot, sangre	Form.
3 ms.	2.650	51	15 días	70	2	4 días	4	II ⁺ Deshdr
2 "	2.920	54 ¹ ₂	15 "	66	3.3	2 "	4.2	II ⁺
6 "	4.610	61	3 ms.	50	2.8	7 "	4.30	II ⁺
2 ¹ ₂ "	3.820	56 ¹ ₂	20 días	75	3	4 "	4.30	II ⁺
6 ¹ ₈ "	5.520	59	2 mes.	77	3	30	4	II ⁺
24 "	7.920	75.5	6 "	75	2	3 "	4.3	II ⁺
19 "	8.100	77.5	6 "	50	0.7	2 mes.	3	Edema
16 "	4.080	63	2 "	172	8	1 "	4.5	II ⁺ Deshdr
8 "	3.700	61	2 ¹ ₂ "	60	3.3	2 "	4.1	II ⁺
4 "	3.600	63	20 días	60	4	20 días	4.8	II ⁺
17 "	5.975	69	2 ms.	30	1 ¹ ₂	1 año	4.1	Edema
16 "	6.150	67	3 días	60	2	3 días	3	Desidr
7 "	2.450	53 ¹ ₂	3 mes.	100	4	5 mes.	6	II ⁺
8 "	3.700	61	2 "	50	2.5	1 "	4	II ⁺
4 ¹ ₂ "	2.900	54	2 ¹ ₂ "	30	0	6 días	4.1	II ⁺
17 "	6.070	67	mixto	70	2	5 "	3	Des.Ed.
14 "	5.640	66	1 mes.	80	2	1 mes.	3.5	Edema
5 "	4.240	56	5 "	?	4	10 días	4	II ⁺ Deshdr
11 "	6.625	69	15 días	66	3	4 "	4	II ⁺
1 "	2.850	56	15 "	70	3	3 "	4.2	II ⁺
16 "	5.250	63	3 mes.	60	1.8	3 "	4.1	II ⁺
14 "	7.000	59	7 "	40	0	3 "	4.1	II ⁺
3 "	4.300	59	9 días	75	2	8	4.2	II ⁺
12 "	4.500	59	10 mes.	44	3.5	9 "	4.5	II ⁺
11 "	6.888	73	6 "	30	1.5	19 "	4.8	II ⁺

C U A D R O No. 1

Edad	Peso	Talla	Tiempo	Alimentación Cals K.	Prot K.	Tiempo espera	Prot sangre	Desdhr II
1 mes.	2.420	47	20 días	80	2.5	15 días	4.1	II
24 "	7.920	77.5	20 "	200	5	2 "	4.1	Desdhr II
13 "	6.190	67	2 mes.	80	0	8 "	4.58	II
24 "	6.900	76	3 "	50	2.5	2 "	6	II
24 "	5.500	69	3 "	50	2.5	2 días	6	II
20 días	2.570	45	20 días mixta	?	?	2 "	5.48	II
8 mos.	2.840	58	?	1.45	6	15 "	5.48	II
4 "	3.300	58	3 mes.	80	0.60	25 "	4.48	II
21 "	6.740	69	1 año	60	2.3	1 mes.	4.85	Des.Ed.
5 "	4.010	62	1 mes.	112	5.5	1 día	4.24	Desdhr II
10 días	3.000	51	0	recogido	recogido	16 horas	4.58	II
19 mes.	6.900	72	8 "	32	1.60	1 mes.	2.99	Edema
7 "	6.900	72	8 "	32	1.60	20 días	2.99	"
5 "	2.640	55	0	144	7	1 mes.	5.3	Desdhr
8 "	3.850	56	4 días	80	1.5	1 "	5.9	"
5 "	5.100	57.5	15 "	120	1.8	2 días	3.5	Ed.Des.
2 "	2.650	51	15 "	90	3.5	20 "	3.9	Desdhr
14 "	8.640	67	1½ mes.	60	3.5	5 mes.	6.9	II
8½ "	4.700	67	3 "	50	2.2	2 días	5.2	II
11 "	5.975	66½	11 "	?	?	15 "	2.8	II
20 "	7.300	77.5	1 "	38	2	6 "	5.8	II
12 "	8.100	74	6 "	30	1.5	1 mes.	3.4	Edema

- 7 -

De los cuadros comparativos del peso y la talla de los niños en el momento de entrar al hospital, con el peso y la talla que dan los promedios de Bogotá, en los niños bien nutridos, se deduce primero que: en todos hay una disminución considerable del peso, disminución que en algunos llega hasta el 50% ; pero hay más, : en la gran mayoría hay una disminución de la talla, lo que indica un estado muy avanzado de desnutrición, desnutrición que ha influido de manera desfavorable sobre la misma constitución del niño y que, seguramente, - había empezado antes de la enfermedad que lo llevó al hospital.

Se sabe que las comparaciones individuales, no se pueden hacer con tablas que indican promedios, porque el promedio es un punto entre dos extremos, pero aquí se trata de comparar dos tablas y la única manera de apreciar aproximadamente el peso y la talla de un niño, es comparándolo con el promedio.

La razón de esta desnutrición se puede explicar en los cuadros No. 1, en los que se ve que la cantidad de calorías ingeridas, es inferior a las necesidades requeridas en un 95% de los casos, y que los casos con un consumo de - proteínas animales, inferior a cuatro gramos por kilo, se encuentran en la - misma proporción. Esta deficiencia alimenticia, se revela en una proteínemia, que no llega en ningún caso a la cifra normal, más si se tiene en cuenta que la mayoría de estos niños son deshidratados, que presentan, por consiguiente, un hemoconcentración y entonces el análisis de la proteínemia se presta a un juicio equivocado por exceso.

Estos estados de desnutrición, debilitan el organismo, lo predisponen a contraer diferentes enfermedades, son una de las causas más importantes no solo de la mortalidad infantil, sino de la debilidad general de la raza.

La causa de esta desnutrición en nuestros niños de la clase pobre, estriba en dos factores: en primer lugar, la ignorancia de los padres que desconocen que no basta llenarle el estómago a los niños, sino que es necesario suministrarles una ración alimenticia bien equilibrada. Las madres les dan el seno a los niños durante un tiempo muy corto que es, como se verá por los cuadros, - por término medio de veinte días, y sospecho que, en la mayoría de los casos se trata de alimentación mixta, porque en las historias no siempre se especifica. Las causas de que haya que destetar al niño tan pronto, son unas veces porque la madre tiene que trabajar y otras veces porque viene una agalactea.- En cualquiera de los casos, la madre no se asesora de algún pediatra que le - prescribe la alimentación a su hijo, sino que se atiene al consejo de la amiga o a su propio criterio y le prescribe una alimentación, sin leche, en la - mayoría de los casos y el niño se enferma de enteritis o sin enteritis, se - desnutre y cuando lo ve deshidratado, o cuando lo ve hinchado tampoco concurre pronto al hospital o a los centros especiales de protección infantil.

La primera de estas causas, hemos visto que es la ignorancia. Porque desde que el doctor Dairo Melo, interno de mi servicio en el Hospital Infantil, les hace conferencias a las madres con el bayetograma, método originario del sur del continente, los reingresos son menores. Pero indudablemente, las madres, convencidas de que la alimentación equilibrada, es indispensable para su hijo,

- 8 -

hacen grandes sacrificios para procurarsela.

La otra causa del destete precoz es la agalactea que seguramente es producida por la desnutrición de la madre, desnutrición que también influye sobre el producto de la concepción.

Para saber hasta donde el factor económico influye en esta escasez de alimentos apropiados hice una encuesta entre algunos de las familias de los niños que concurren al hospital y la controlé con otra hecha en la fundación - de los Caballeros de Malta, bajo la dirección de los Dres. Jergo Camacho Gamba y Camilo Rodríguez - fundación que está conectada con el Pabellón de Pediatría del Hospital de San José - y encuentro que ambos datos coinciden en un promedio de salarios de \$200, y un promedio de personas para sostener,

hay salarios hasta de \$60.00 mensuales y hay familias más numerosas. Ahora, para aumentar regularmente a seis personas de las que vamos a suponer que dos sean niños y cuatro adultos, tenemos que los niños necesitan un promedio de un litro diario de leche por cabeza y los adultos, sin comer carne ni huevos, necesitan igual cantidad. Porque, suponiendo un promedio de peso de 10 kilos para los niños y un mínimo de 3 gramos de caseína, tenemos que esta cantidad está contenida en un litro, y suponiendo para los adultos un peso medio de 50 kilos y un mínimo de caseína de 0,75 - por kilo, son 375 gramos que son más de un litro. Son cuatro litros diarios en total, lo que a razón de ochenta centavos el litro, daría, 3,20 diarios, o sean \$96 mensuales, suma a la que no puede subvenir la mayoría de nuestra clase obrera.

De lo expuesto se deduce que todos los niños comprendidos en este estudio, sufren una disminución considerable del crecimiento ponderal, lo que indica un estado avanzado de desnutrición, tanto más avanzado, cuanto que en la gran mayoría de ellos alcanza a afectar el crecimiento estatural, pues hay apenas cuatro que no solamente, no perdieron estatura, sino que la tienen mayor que la normal, pero sin embargo, disminuyeron peso.

Esta deficiencia de nutrición se debe a una deficiencia alimenticia, muy especialmente, por carencia de proteídos de origen animal, los cuales no pueden procurárselos el obrero nuestro, por falta de recursos económicos.

Por qué medios se podría resolver este problema?

En primer lugar, hay que estimular la nutrición de las madres para que los niños nazcan bien nutridos y conservar el alimento materno por el mayor tiempo posible.

Estas condiciones se pueden llenar a perfección, multiplicando una institución que ha fundado la Cruz Roja Colombiana en Bogotá, que llama El Refugio Maternal y que consiste en tener a la mujer embarazada un tiempo antes del nacimiento del niño, durante el cual se le da una alimentación y reposo convenientes, pero, al mismo tiempo, haciendo algún trabajo sencillo, después va al hospital a tener el niño, o lo tiene en la institución si el caso se -

- 9 -

presenta urgente, y se tiene la madre en El Refugio durante otro período en el cual está amamantando a su hijo.

El tiempo que en el Refugio Maternal de la Cruz Roja se tiene a las madres, me parece corto, pues es solamente de veinte días antes del parto y veinte días después; sin embargo, esta última que es la época en que la mayor mortalidad infantil ocurre, la mortalidad del Refugio ha sido de 0. Si estas instituciones se multiplicaran y se ampliaran los términos de permanencia de las madres, la nutrición de los niños mejoraría enormemente y la mortalidad infantil se reduciría de manera considerable.

Pero como los refugios maternales no pueden ser recursos únicos, es necesario adoptar otras medidas: la creación de Salas Cunas, donde las obreras pueden dejar sus hijos durante las horas de trabajo y donde reciban, bajo la dirección de un pediatra alimentación apropiada; procurar, para darles a los padres, que tengan a su cargo la alimentación de sus hijos, algún proteído barato, como la soya que reemplaza a la leche y con la que, además del alimento líquido, se pueden preparar alimentos sólidos, para darles a los niños mayores y a las madres. Y por último, hacerles instrucción a las madres en los hospitales, en los puestos de protección infantil y en las maternidades, empleando el bayetograma, que ha dado tan buenos resultados donde quiera que se ha puesto en práctica.

afm.

Doc. 3.5
Nov. 23/59 (150)
Capítulo I
Subponencia A

SALUD FISICA INFANTIL Y FAMILIAR EN RELACION
CON EL ABANDONO. IMPORTANCIA DE LA NUTRICION

Por: Dr. ERNESTO PLATA RUEDA

Doc. 3.5
Nov. 23/59 (150)
Capítulo I
Subponencia A

- 2 -

Penencia Central: "EL ABANDONO DEL NIÑO EN AMERICA"
Subponencia A : "LOS PROBLEMAS DE SALUD EN EL NIÑO ABANDONADO"
Capítulo I : "SALUD FISICA INFANTIL Y FAMILIAR EN RELACION
CON EL ABANDONO. IMPORTANCIA DE LA NUTRICION"

La elaboración de este Capítulo se hizo según -
las normas suministradas por el Instituto Inte-
ramericano del Niño. Son autores de los Documen-
tos: Drs. Vicente Cortés Camacho, Hernando Vane-
gas Amado, Hernando Roa Hoyos, Santodomingo Guz-
mán y Calixto Torres Umaña de Colombia.
Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez del Uru-
guay y Dr. Jesús Riera del Paraguay. Actuaron -
como coordinadores los Drs. Calixto Torres Uma-
ña y Ernesto Plata Rueda de Colombia.

Redacción del Capítulo: Dr. Ernesto Plata Rueda. Colombia

Los documentos presentados para la redacción de este Capítulo
permiten fragmentar el tema en dos aspectos distintos:

1o. Cómo la presencia de una enfermedad física (incluida la -
Desnutrición como estado morbos), en el niño o en sus padres, oca-
siona el hecho social del Abandono Infantil.

2o. Cómo el niño que resulta abandonado, presenta enfermedad-
y desnutrición en grados variables.

Se destaca la importancia del primer aspecto por cuanto anali-
za un aspecto etiológico del Abandono y por tanto encamina hacia -
su prevención.

Paralelamente a estos dos estudios se contempló, con ánimo --
profiláctico, cómo los mismos factores de desnutrición y enferme-
dad, actuando sobre familias más o menos bien constituidas, pero -

con cierto grado de protección, no producían Abandono.

10. El Abandono como resultado de la enfermedad.

A los hospitales generales y a las instituciones para niños expósitos llegan frecuentemente niños que luego nunca nadie recoge: no son precisamente portadores de enfermedades agudas sino de afecciones crónicas; de estas, la mayoría por saberse que son incurables o cuando menos que su tratamiento demanda gastos sin cuento u ocupación de tiempo que forzosamente debe ser utilizado en laborar para el sustento del resto de la familia. Aquí caben todas las invalideces (motoras, mentales, sensoriales y viscerales), así como algunas enfermedades crónicas transmisibles (Tuberculosis, Sífilis, Lepra). Sin embargo, estas últimas no determinan siempre el abandono por la erogación de tiempo y dinero que demandan en la atención del niño, sino por temor a contagio para sí mismos (los padres) o para los otros niños; o lo que en algunos lugares es más frecuente, por el prejuicio ancestral de considerarlas como enfermedades vergonzantes. Grupo especial constituyen los niños severamente desnutridos, verdaderos enfermos crónicos que demandan atención especial y lo que es más grave, padecen con extraordinaria frecuencia episodios agudos de infección y de desequilibrio hidro-electrolítico que exigen el ingreso a un hospital del cual frecuentemente no son ya nunca más retirados. Si el inválido, el enfermo crónico y el desnutrido grave constituyen por su condición misma una pesada carga para cualquier Estado, con cuánta más razón lo serán cuando a su condición patológica se suma la de Abandonado.

Cuando la enfermedad afecta a los padres, el problema es con frecuencia mucho más intrincado. Intervienen naturalmente las invalideces motoras, mentales, sensoriales y viscerales de los padres, que los incapacitan para trabajar o que, aunque ello no sea así, muchas empresas, temerosas de cargar con prestaciones, indemnizaciones, seguros etc., se cuidan muy bien en sus exámenes de admisión de no dar trabajo a tales individuos, que muchas veces no son de ninguna manera inválidos. Por otra parte, las leyes sociales de protección al trabajador han traído en muchos países su contragolpe desfavorable: nos referimos al problema del hombre o la mujer que se ve sin trabajo después de los 40 años y que no es aceptado en ninguna parte, a pesar de estar en el pleno goce de sus facultades, por temor de los patronos a contraer compromisos de prestaciones a corto plazo o cuando menos a pagar altas pólizas de seguros de vida. Aunque existan disposiciones que protejan al padre de familia que llega a la madurez, no parece que ellas hayan sido muy eficaces pues, en la práctica, por lo menos en Colombia, tales individuos encuentran grandes dificultades para ad-

quirir trabajo; como consecuencia de ello, este es un factor que puede determinar Abandono infantil, no contemplado en los documentos de que disponemos, posiblemente debido a que parece absurdo homologar la mayor edad con la enfermedad, pero de evidenciainnegable en la práctica. Las enfermedades crónicas transmisibles (Tuberculosis, Sífilis, Lepra) en los padres, también determinan Abandono por los mismos factores que en el niño (temor a contagio, vergüenza etc.) pero además porque imposibilitan efectivamente para el trabajo. También en este aspecto es necesario considerar la injusticia social que se comete frecuentemente con el trabajador seropositivo tratado, así como con el antiguo tuberculoso que muestra a los rayos X las secuelas fibrosas de su enfermedad ya curada. Un exceso de celo en la lucha contra estas enfermedades ha convertido en inválidos a un buen número de individuos, con frecuencia padres de familias más o menos organizadas, que de esta manera se ven forzados a abandonar a sus hijos. Las toxicomanías (marihuana, coca, morfina) talvez no tienen una importancia numérica considerable como causa de Abandono, por lo menos entre nosotros. No así el alcoholismo, que aunque no llegue a los extremos de la dipsomanía, ocasiona el desequilibrio del presupuesto familiar en todos los casos y es causa de invalidez para trabajar en muchos, por lo cual ocupa puesto muy destacado entre los factores de enfermedad familiar que producen Abandono. Si ello no resulta así en las estadísticas es porque el renglón de "causas desconocidas" es muy numeroso y con frecuencia el hábito de la embriaguez es negado por temor a no recibir servicios o porque al responder a una pregunta sobre hábito del alcohol, se inquiere solo por aquellos que han llegado al "delirium tremens".

En cuanto a la Desnutrición de los padres como factor de Abandono infantil, es un hecho comprobado por todos los que hacen encuestas nutricionales que el adulto, en medio de la carencia, siempre se alimenta mejor que el niño. El extremo de esta situación es que el adulto termina por comer lo poco que hay y abandona al niño para que "alguien" lo alimente. El estudio paralelo de grupos controles que se ha hecho, permite ver claramente que cualquier grado de protección y el favorecimiento de hogares organizados (legitimidad), son capaces de aminorar de modo considerable el Abandono infantil de causa nutricional.

Cuál es el verdadero sentido de los abandonos por motivo de salud infantil o familiar y si se trata realmente de Abandono en el estricto sentido de la palabra, es cosa por cierto no fácil de averiguar. Porque si hemos de creer en el amor innato de los padres por los hijos, a falta de mejor información debemos aceptar que no se trata de verdadero Abandono en el sentido de des--

cuido o desinterés, sino de un último esfuerzo de los padres ante factores invencibles, para salvaguardar la vida del hijo poniéndolo bajo la protección estatal o privada. En tiempos del "abandono ciego, sordo y mudo de los tornos" como decía el Dr. Berro, ello era más difícil de averiguar; pero a medida que aquello se ha sustituido por "oficinas de admisión", más humanitarias y eficaces, se ha podido establecer cuánto más hay de amor que de descuido en ese tipo de abandono por enfermedad y desnutrición.

2o. La enfermedad como resultado del abandono.-

El estudio de la enfermedad y la desnutrición como producto del Abandono corresponde más bien a los trabajos sobre etiología de la Desnutrición y de algunas otras enfermedades. Sin embargo, la comisión encargada del capítulo sobre Salud Infantil y Familiar en relación con el Abandono ha considerado de interés -- tratarlo no obstante ser obvio que el Abandono determina enfermedad y desnutrición. Es un hecho aceptado que los niños abandonados en los hospitales adquieren una serie de enfermedades que antes no padecían y al ocupar camas y elementos constituyen un lastre muy pesado que quita agilidad a esas instituciones para atender a un mayor número de niños. Es así como los que no pueden ser atendidos en forma oportuna y fácil son abandonados y entran a engrosar las filas de los "Abandonados por enfermedad". El abandonado es evidentemente un desnutrido desde antes de su ingreso a la institución y dada la penuria de la mayoría de estas, continúa -- siéndolo durante su permanencia en ella. Cuando el abandonado desnutrido está en un hospital, adquiere además otras enfermedades -- por contagio y es víctima del "hospitalismo"; cuando está en una institución de protección, goza por lo general de buena salud.

Soluciones. El primer paso en la terapéutica profiláctica del Abandono por Enfermedad física y Desnutrición ya ha sido mencionado: fomentar en las instituciones de expósitos que como -- nal necesario aún subsisten en varios países, la admisión técnica, individual, que sepa determinar en cada caso particular la causa -- íntima del abandono para poder así ofrecerle soluciones más humanitarias y más de acuerdo con los derechos inalienables del niño. De los ficheros de tales oficinas ha salido una parte de lo que -- los documentos que hoy consultamos nos indican como necesidades -- inaplazables para evitar abandonos por causa de enfermedad y que -- pueden resumirse así:

Creación de instituciones que garanticen a bajo costo o sin costo, la rehabilitación de toda clase de invalideces o que -- por lo menos ayuden a hacerlas menos penosas física y económica -- mente. Guiarse para su dotación, organización y funcionamiento --

- 6 -

por la mayor frecuencia que las estadísticas presentadas ofrezcan.

Labor educativa para vencer prejuicios y temores acerca de algunas enfermedades tradicionalmente vergonzantes.

Protección económica y social-laboral para familias que tienen hijos inválidos de cualquier género.

Fomento de asociaciones de padres de niños inválidos para instruirlos y fortalecer su voluntad de protegerlos.

Plan nacional contra la Desnutrición en sus aspectos de Disponibilidad (producción, transporte y almacenamiento), Consumo (posibilidad económica de obtenerlos, educación para escogerlos)- y Utilización de los alimentos (momento fisiológico y factores fisiopatológicos).

Saneamiento de los alimentos y educación sanitaria como profilaxis de la Desnutrición secundaria (por infecciones repetidas).

Legislación laboral sobre trabajo del hombre y la mujer maduros así como del curado de enfermedades crónicas.

Rehabilitación y orientación vocacional de los individuos parcialmente inválidos.

La lucha nacional contra el alcoholismo como productor-que es de desequilibrio económico familiar, de desnutrición y abandono.

Invitamos a la Seccional sobre Problemas de Salud del - XI Congreso Panamericano del Niño a oír y estudiar detenidamente los documentos a que hemos hecho referencia, para que sobre ellos se haga la Mesa Redonda y el Foro correspondiente.

Ellos son:

Trabajo de los Drs. Vicente Cortés Camacho y Hernando - Vanegas Amado sobre 1.000 niños abandonados en instituciones de - Bogotá, el cual analiza de preferencia el tema propuesto sobre influencia de la salud infantil y familiar como causa de Abandono, - pero que necesariamente se refiere también a otras etiologías del mismo que inclusive interesan a las demás subsecciones, especialmente a la de Salud Mental.

Trabajo de la Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez, análogo al anterior aunque elaborado solo sobre 70 niños, como corres

ponde a la menor frecuencia de Abandono en el Uruguay.

Trabajo de los Drs. Hernando Roa Hoyos y Santodomingo - Guzmán sobre 100 familias protegidas por la fundación de los Caballeros de Malta en Bogotá, para demostrar como cierto grado de -- protección impide el Abandono aún en presencia de las causas Enfermedad y Desnutrición.

Trabajo del Dr. Jesús Riera del Paraguay sobre 1.000 niños protegidos por el Centro de Salud No. 1 "General Dunham" de Asunción, que estudia " la posible influencia que el estado de Desorganización del Hogar y la deficiente situación económica familiar y cultural de la madre, pudieran ejercer sobre el estado de nutrición del niño".

Trabajo del Dr. Calixto Torres Umaña sobre 100 niños abandonados en hospitales de Bogotá para determinar la influencia del Abandono sobre la salud y el estado de nutrición.

Sensiblemente, por motivo de enfermedad, la Dra. María-Luisa Saldún de Rodríguez no pudo elaborar el trabajo que se había proyectado sobre " Importancia de la Nutrición sobre el Abandono (como factor económico, como factor sanitario y como factor cultural) " y su necesario complemento, la determinación de si -- las medidas de protección alimentaria oficiales o privadas vigentes han tenido efecto preventivo del Abandono.



Inter-American Children's Institute

ELEVENTH PAN AMERICAN CHILD CONGRESS

B o g o t á , C o l o m b i a - 1 9 5 9

Doc. 3.5 Summary
Nov.23/59 (50)
Section A
Chapter I
Original: Spanish

INFANTILE AND FAMILIAR HEALTH IN RELATION

TO ABANDONMENT. IMPORTANCE. OF NUTRITION

By Dr. Ernesto Plata Rueda

Doc. 3.5 Summary
Nov. 23/59 (50)
Section A
Chapter I
Original: Spanish

INFANTILE AND FAMILIAR HEALTH IN RELATION
TO ABANDONMENT. IMPORTANCE OF NUTRITION

By Dr. Ernesto Plata Rueda

The theme can be divided into two different aspects;

1o. How physical illness (malnutrition included as a diseased state) of the child of the parents can be the social cause of infantile abandonment.

2o. How the abandoned child presents diseases and malnutrition in different degrees.

The first aspect is very important because it analyses an etiological aspect of abandonment, and gives clues for its solution.

Together with this study another one was made, with prophylactic aims, to see how the same factors of malnutrition and disease on more or less constituted families, with a certain degree of protection did not cause abandonment.

Solutions: The first step towards prophylactic therapeutics of abandonment due to physical illness and malnutrition has been already mentioned: to encourage within the institutions, that as a necessary evil still exist in our countries, individual technical admission, to determine in each particular case the cause of abandonment, to be able to offer human solutions in accord to the rights of the child. From the files of those offices have come out a good part of the documents that we consult today, that indicate the necessity to prevent abandonment caused by disease, that we can summarize thus:

Creation of institutions to provide rehabilitation at a low cost or free, of all kinds of invalidities, or at least to make invalidities more bearable physically and economically. To use statistics as a guide for organizations, and equipment of those institutions.

Education to overcome prejudice in regard to some diseases usually considered as shameful.

Economic, social and labor protection for families with children suffering

invalidities of any kind.

Encouragement of associations of parents having invalid children, to give them instruction, and strengthen their will of protection.

National plans to fight malnutrition in regard to availability (production, transportation, storage) consumption (economic possibility to buy them, education to select them) use of foodstuffs (physiological moment, physiological pathologic factors)

Guarantee of food and education as prophylaxis of secondary malnutrition.
(Repeated infections)

Labor legislation on male and female work as well as legislation concerning those cured from chronic disease.

Rehabilitation and vocational orientation of the partially invalid individual.

National fight against alcoholism, as one of the causes of economic disaster of the family, as a cause of malnutrition and abandonment.

hon

9.76
XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO
(Bogotá, 22-29 Nov. 1959)

SALUD MENTAL INFANTIL Y FAMILIAR EN RELACION CON
EL ABANDONO

(Cap. II Seccional SALUD).

(Dr. José Patxot Vallejo)

La Salud mental "expresión completa y libre de todas nuestras potencialidades congénitas y adquiridas, en armonía entre sí y dirigidas hacia un fin ó aspiración de la personalidad estimada como un conjunto" (1), tiene en muchos casos una relación innegable con el abandono de menores, tanto desde el punto de vista del menor mismo cuanto de la familia. Al igual que la salud física con la cual integra una totalidad sólo separable hasta ciertos límites y únicamente para fines específicos que faciliten su estudio, la salud mental es vulnerable a la mayoría de los factores que propician la desintegración del hogar, siéndolo en mayor grado naturalmente en aquéllos en que se suman al impacto de esos factores, el de otros males sociales que ya soportan aquéllos grupos familiares, tales como debilidad económica, ignorancia, ilegitimidad, carencia de protección social, etc., como tan acertadamente señala en su monografía sobre "Temas relativos a la Salud" la doctora María Luisa Saldún de Rodríguez, Directora del Departamento técnico de la I.I.N.

Sabemos que la familia, a más de ser el ambiente social natural que alberga al niño cuando nace, es en los primeros años su fuente principal de conocimientos, de relaciones afectivas y de experiencias en general, permitiéndole en tal virtud la expresión más o menos adecuada de sus disposiciones psíquicas hereditarias cuando a ello no se oponen factores morbosos que ya enumeraremos.

En este medio familiar va paulatinamente estructurándose la personalidad del niño en sus rasgos esenciales y aquellas experiencias van siendo absorbidas y elaboradas de acuerdo con la progresiva sistematización anatomofuncional de sus estructuras nerviosas (2). Este proceso estructural se inicia pues muy tempranamente y es imprescindible para la madurez psíquica y adaptación del individuo. Los progenitores, la madre especialmente, juegan en esos primeros años de la vida un papel principal, correspondiendo a la madre la provisión incesante y variada del material a elaborar.

Obvio es pensar que se necesita un nivel satisfactorio de salud mental familiar para mantener bien integrado el ambiente donde ha de verificarse este proceso, así como también se requiere la no incidencia de elementos morbosos en el niño que le incapaciten para su buena evolución psíquica. Desgraciadamente y con bastante frecuencia, una de estas premisas cuando no las dos sufre alteraciones por diversas circunstancias, produciéndose en muchos casos consecuencias irreparables entre ellas la que se contempla aquí, esto es, el abandono de menores. Claro está que aquél abandono propiciado por compromisos graves de la salud mental de uno de los progenitores cuando el otro no puede suplirlo por circunstancias de fuerza mayor en la provi-

sión de los recursos necesarios para atender a la familia, es forzoso e involuntario en ocasiones. En estos casos, como también en aquéllos en que el déficit mental del niño es tan profundo y tan precaria al mismo tiempo la economía familiar que se hace prácticamente imposible atenderlo debidamente en su medio natural, debe confiarse a la acción estatal y de iniciativa privada las providencias a tomar para ofrecer adecuada y oportuna protección familiar que evite este estado de cosas.

Pero creemos que no es precisamente éste el caso más frecuente en el ambiente familiar, aún cuando se trate de familias económicamente débiles ó mal estructuradas legalmente, en los ejemplos anteriormente expuesto, tampoco procedería hablar de abandono por las mismas razones. Lo habitual es que sean factores mucho de ellos ajenos al determinismo individual los que operan directa ó indirectamente sobre la salud mental de los componentes del núcleo familiar, en especial de los progenitores, creando situaciones conflictivas de frustración, invalidez, desorientación ó desestímulo, conducentes a estados de tensión mantenida y cada vez más acentuada que favorecen la desintegración y pueden conducir al abandono de menores. Entre aquéllos factores, han de señalarse especialmente los de índole económico, cultural y social. Debilidad económica, ignorancia, alcoholismo, hacinamiento, ilegitimidad, promiscuidad, falta de responsabilidad paterna ó de sentimientos maternales, etc. A ello han de sumarse alteraciones órgano-psíquicas (síndromes neuróticos leves ó de carácter episódico, enfermedades crónicas aunque no totalmente invalidantes de los progenitores, así como también minusvalías orgánicas y psíquicas más ó menos graves del niño.

Consideramos que es esa situación de tensión un fermento básico de toda alteración de la salud mental tanto de la familia cuanto del niño, siempre que no interfieran los factores morbosos más determinantes de que antes se hizo alusión. Y creemos asimismo que también podría responsabilizarse esa tensión en muchos casos de desintegración familiar y aún de abandono por causas inherentes a la salud física. A propósito, confesamos sinceramente que para los psiquiatras que orientamos nuestro ejercicio profesional a base de un criterio integral de la salud, vale decir, de un concepto de respuesta psico-somática en todas las reacciones del individuo, se nos hace muy difícil aún cuando comprendemos perfectamente las ventajas que pueda tener para fines de estudios más pormenorizados, separar en una exposición como ésta los conceptos salud física y salud mental. Por ello no dudamos que haya cierta confusión en estas modestas anotaciones; cierta desorganización expositiva a más de una manifiesta identificación con muchos conceptos ya exteriorizados aquí al tratar el tema "Salud física infantil y familiar en relación con el abandono. En este caso y pese a nuestro esfuerzo de aislar una cosa de la otra, no lo hemos logrado suficientemente como fuera de desear.

La Higiene Mental, ciencia encaminada como todos sabemos al logro y mantenimiento de la Salud Mental por medio de una serie de medidas que faciliten la adquisición, conservación y mejoramiento de la eficiencia y armonía funcional de toda actividad psíquica, tiene en el ambiente familiar uno de sus más dilatados campos de acción. Frente al problema que nos ocupa, tanto sus actuaciones profilácticas cuanto terapéuticas, han de ser estimadas como el más valioso concurso en pro del mantenimiento de la uni-

dad familiar, toda vez que su amplísimo desarrollo en varias direcciones, hecho que la relaciona con todos los factores que pueden incidir directa o indirectamente sobre el individuo y su familia determinando su equilibrio o desequilibrio mental, permite actual oportuna y eficazmente en muchos casos sobre el mismo núcleo familiar gravemente amenazado en su estabilidad, evitándose posibles causas de abandono.

Al igual que en sus otras actividades, su misma amplitud exige que la Higiene mental en el seno familiar tenga que valerse para una buena aplicación de sus preceptos de multitud de datos y de fuentes de cooperación de distinta procedencia, unificando sus esfuerzos en un común propósito. Asistentes sociales, maestros, psicólogos, economistas, psiquiatras, etc., actuando coordinadamente, han de aportar su interés y experiencia en los problemas de la familia y del niño, a fin de que sean tomadas las medidas de protección social más adecuadas en cada caso.

Esto es lo ideal naturalmente y no otra cosa podríamos recomendar como medio más eficiente en lo que respecta a salud mental infantil y familiar en relación con el abandono. Pero esta conclusión no bastaría jamás para negar la validez muy apreciable que en no pocos casos de abandono tiene el esfuerzo bien orientado que aunque de manera parcial se haya hecho y se haga hasta tanto pueda operarse en condiciones óptimas. El problema es complejo y su vigencia habrá de mantenerse todavía por mucho tiempo. En tal virtud, todos hemos laborado y laboramos mepeñosamente desde hace muchos años sin esperar para inicio de nuestras actividades el momento en que pudiéramos hacerlo en la forma integral de que antes de hiciera alusión. Habíamos de actuar de alguna manera y actuamos. Hay que seguir actuando e iremos perfeccionando nuestros métodos hasta adecuarlos a fórmulas terapéuticas que abarquen la totalidad de los casos ó, cuando menos, al mayor número de ellos.

Nuestra personal capacidad científica es insuficiente para trazar en estos apuntes pautas específicas de acción. Se precisa para ello del valioso concurso de todos los aquí reunidos para que el aporte de cada uno contribuya a integrar esas pautas.

Sin embargo y a fin de ofrecer alguna orientación inicial al respecto, consideramos oportuno señalar que un plan de trabajo a seguir en el caso de la salud mental infantil y familiar en relación con el abandono, habría de contemplar de una parte los factores de distinta naturaleza (económicos, culturales, sociales, etc.) capaces por vías directas ó indirectas de contribuir a que se rompa en algún momento el buen equilibrio mental de los integrantes de la familia; y de la otra, los inherentes a la personalidad psico-física de dichos integrantes capaces de producir el mismo efecto propiciando el abandono. Luego, determinar cuáles medidas de higiene mental y de otros servicios asistenciales (educativos, de ayuda económica, psicoterapia, mejoramiento de las condiciones y vivienda, de salario, de higiene industrial, servicios médicos y psiquiátricos a la familia y al niño, etc.) podrían ser utilizados más oportunamente y con mayor eficacia en los casos de peligro inminente de abandono de menores. Finalmente y ya perfectamente integrado un con-

cepto pluridimensional del problema, hacer las recomendaciones que es estimen pertinentes.

BIBLIOGRAFIA

- (1) J.A. HADFIELD - Psicología e Higiene mental
(Ed. Morata, Madrid, 1955)
- (2) SERGIO LEVI - Higiene mental de la edad evolutiva,
infancia y adolescencia.
(Ed. Alfa, Buenos Aires, 1957.

Instituto Interamericano del Niño
UNDECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO
B o g o t á , C o l o m b i a - 1 9 5 9

Doc. 4.1
Nov. 16/59 (150)
Original: Español
Subponencia A. Cap II

LA FAMILIA, EL ABANDONO Y LA SALUD MENTAL EN EL
NIÑO

Dr. Hernán Quijada
(Caracas, Venezuela)

LA FAMILIA, EL ABANDONO Y LA SALUD MENTAL EN EL NIÑO

Intimamente ligada a la salud mental del niño está el grupo familiar y el intercambio de fuerzas psicológicas que a diario intervienen en el cuidado y educación del pequeño. Aunque se hable de la iniciación del psiquismo en la vida intrauterina (Preyer (4) y otros), y aunque determinadas situaciones vividas por el niño-feto en la cavidad materna puedan derivar en manifestaciones psicosomáticas en el recién nacido (3), es en sus relaciones maternas, durante los primeros seis meses y luego en el conjunto de reacciones psicológicas entre el niño, la madre y el padre cuando se va a estructurar, durante los cinco primeros años de la vida, la constitución básica del psiquismo.

Con referencia al primer año de vida son bien conocidos los trabajos de Spitz (26), de Bowlby (27), Racamier (13) y otros, con referencia a las frustraciones precoces. No menos importante es el trabajo de Ribble y sus colaboradores (23). De todo este conjunto de trabajos realizados dentro de Instituciones cerradas y a base de observación directa de las madres y los hijos, se desprende que es fundamental y definitiva la constitución psicológica de la madre en cuanto a la repercusión de sus actitudes, en la vida del niño. En lo que se relaciona con su presencia escasa o ausencia, fundamentalmente, creando frustraciones precoces. Spitz (26) dice: "Los efectos graves y difusos de la privación afectiva precoz es tan peligrosa para el niño como la privación alimenticia". Racamier (13) agrega: "La prueba de la existencia de dinteles de tolerancia", y de reversibilidad de los efectos nocivos de las frustraciones precoces", la proporcionalidad de estos efectos a la gravedad, a la duración y a la precocidad de los factores de frustración; los efectos reparadores du maternage en los síntomas de frustraciones en los cuales el dintel de reversibilidad no ha sido sobrepasado".

Con las líneas anteriores intentamos presentar la situación de las frustraciones precoces. Sin embargo, no todo queda dicho pues debe agregarse lo que Spitz denomina estados psicotóxicos. Ahora bien, los estudios citados han estado especialmente centrados en instituciones. Ante tales hechos nos pareció de gran importancia enfocar situaciones similares en los niños de jardines de infancia durante los cinco primeros años de la vida. De esta manera se estudia las consecuencias de tales frustraciones, pero abarcándolas hasta los cinco años y sumando el factor económico-social influyendo en la familia y, en especial, en el tiempo que la madre obrera puede dedicar a los hijos. De esta manera destaca por una parte, la estructura psicológica maternal en sí y el impacto sufrido por las condiciones sociales. Iniciamos el estudio de la evolución psicológica del niño desde las más tempranas fases de su vida hasta el jardín de infancia. Para estos fines se llevó a efecto un trabajo de investigación con la siguiente programación.

Prólogo

Introducción.

El niño. Sus necesidades instintivas. Sus expresiones psico-

Frustraciones precoces.

La conducta anti-social en los menores, las medidas profilácticas.

Datos que se deben obtener de las encuestas.

Casística de gestantes y pre-escolares

Comentarios sobre los casos de jardines de infancia.

Casística de los cinco primeros años en enfermos mentales

Comentarios sobre los casos de enfermos mentales estudiados en los cinco primeros años de la vida.

Casística sobre delinquentes.

Comentarios sobre los casos de delinquentes estudiados en los cinco primeros años de la vida.

Comentarios generales.

Conclusiones y determinaciones prácticas.

El objetivo fundamental que nos trazamos con el trabajo de investigación comprendido en los títulos precedentes fué conocer hasta donde las situaciones de abandono pueden influir en la estructura mental y conducta del niño abandonado, relacionar y compaginar los resultados de la anterior investigación con la vida de los enfermos mentales caídos en estado de cronicidad, así como entre los delinquentes estudiados también en el período de sus cinco primeros años de vida.

Ahora bien, consideramos de interés destacar en esta exposición los puntos fundamentales del trabajo a manera de resumen. Esto nos conducirá a destacar la importancia de la personalidad de la madre, de la personalidad del padre, el conjunto familiar y las relaciones de la familia con el medio ambiente. El todo en sus implicaciones con la constitución mental del niño. Así pues, sólo entrarán en este resumen los siguientes temas:

- a) Las frustraciones precoces.
- b) La conducta anti-social de los menores. La victimología en el niño.
- c) La familia: el factor económico, el factor psicológico.
- d) Comentarios generales.
- e) Conclusiones.

FRUSTRACIONES PRECOCES

Como ya hemos dicho, bien conocidos son los trabajos de

Spitz (26) Ribble (23) Bowlby (27) y otros sobre las frustraciones procesos. Ahora bien, tales trabajos están centrados especialmente sobre niños en instituciones. Han sido bien estudiados y clasificados en diferentes síndromes. El objetivo fundamental de este trabajo, alrededor de los aspectos psicosociales de los primeros años de la infancia, no nos permite entrar en detalles sobre cada uno de los diferentes síndromes, pero si queremos aprovechar relacionarlos con algunos cuadros de los casos estudiados en esta ocasión.

De seguidas copiamos el cuadro que trae Spitz, que como se vé introduce uno de los síndromes estudiados por Ribble y otro estudiado por Bowlby.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS PSICOGENOS DEL NIÑO RELACIONADOS CON UNA ACTITUD DETERMINANTE DE LA MADRE.

Actitudes maternas	Enfermedades del niño
1º Rechazo primario pasivo...	Coma del recién nacido
2º Rechazo primario activo...	Vómitos del recién nacido y enfermedades respiratorias (3 meses)
Trastornos psicotóxicos	
3º Cuidados primarios anisicamente exagerados	Cólicos del primer trimestre.
4º Hostilidad encubierta con angustia	Jejuna infantil
5º Oscilación rápida entre mimos y hostilidad agresiva.....	Hipermotilidad (Balanceamiento)
6º Cambios de humor cíclicos	Juegos fecales
7º Hostilidad consciente - mente compensada.....	Hipertimia agresiva de Bowlby.

1º Privación emocional parcial.. Depresión
 Carencia emocional
 2º Privación emocional total.... Marasmo.

Para una mejor comprensión de este cuadro, es bueno hacer algunos comentarios.

Cuando Spitz habla de trastornos psico-tóxicos, da a entender que las actitudes mentales actúan como verdaderas toxinas perturbando el desarrollo total del niño. A los fines de llegar a una conclusión o calificación de estas actitudes es necesario, por lo menos, observar a la madre en distintas ocasiones; cuando da el seno a su hijo o suministra el biberón. Luego, de un interrogatorio detenido sobre su comportamiento con su hijo en el hogar, aclarará la situación. La experiencia nos enseña, al observar las madres, cuando hay un rechazo pasivo en su manera de dar el seno y las dificultades que encuentra el lactante para mamar. El rechazo primario activo es de más simple apreciación.

La excesiva atención ansiosa podría destacarse en el interrogatorio, en sus quejas y preocupaciones por el hijo, así como las características de los ordinales 5º, 6º, 7º del cuadro.

En cuanto a la otra parte del esquema, referente a la carencia emocional, es de por sí dicente en sus títulos.

En relación al cuadro reproducido y los casos de este trabajo, debemos decir que la parte de la encuesta nuestra que se refiere a la personalidad de la madre, trata de obtener el mayor número de datos que una encuesta social pueda cubrir, a fin de acercarnos en lo posible a una orientación de actitudes psico-tóxicas por parte de la progenitora. Lo ideal hubiera sido, hacer un estudio psicológico de cada madre, pero ésto será objeto de un trabajo posterior.

En cambio, la segunda parte del cuadro ya citado, si entra de lleno como indicaciones o líneas de conducta en cuanto a la contribución del factor carencia emocional en los aspectos psico-sociales de los primeros años de la vida. Sólo que hemos introducido una modificación, de acuerdo con este estudio y nuestro sistema de vida. Así, consideramos la carencia emocional bajo tres aspectos:

Privación emocional total

Privación emocional parcial

Privación emocional escasa.

Como es lógico pensarlo, no tenemos casos estudiados de privación emocional total, ya que éstos, por lo regular, mueren durante el primer año de vida y nuestros casos son tomados de jardines de infancia.

Los casos de niños de jardines de infancia, provenientes de nuestras clases necesitadas, han superado una verdadera selección, salvándose de las frustraciones precoces más fuertes. Además, el hecho de que un niño concorra al jardín de infancia está hablando de la preocupación de su propia madre por él. Además, como es sabido, no aceptan en los jardines de infancia niños con acentuados problemas.

De todas maneras, la primera parte del cuadro, o sea la experiencia de Spitz, Ribble y Bowlby, nos sirven para entrever hasta donde la personalidad de la madre pudo haber influido en la morbilidad. Sin embargo, repetimos, tan sólo se quiere destacar en este estudio las consecuencias de las separaciones maternas (carencia emocional) y la situación traumatizante de una vida en común de interferencias psicológicas en una vivienda estrecha y malsana, sin descuidar la perturbación por ausencia de la figura paterna o intromisión de un padrastro.

Por otra parte, este trabajo pretende ofrecer tres aspectos nuevos:

- a) el estudio de las carencias emocionales o frustraciones precoces fuera de las instituciones cerradas;
- b) su estudio en el pre-escolar;
- c) en relación con el factor económico incidiendo en el abandono de la madre, y provocando carencias emocionales.

LA CONDUCTA ANTISOCIAL DE LOS MENORES. LA VICTIMOLOGIA EN EL NIÑO

Lo fundamental a destacar en este capítulo es la transcendencia del abandono sufrido por el niño desde muy temprana edad, como causal de una conducta anti-social. De los 86 casos estudiados por nosotros en los jardines de infancia, en lo que respecta a su vida desde el nacimiento hasta su estadía en el jardín, destacan una serie de peculiaridades en el comportamiento de algunos niños, emocionalmente abandonados. Estos últimos, en nuestra opinión se podrían incluir en el grupo de los pre-delinquentes. Así, el caso 12, quien vive en estado de promiscuidad con varios hermanos y abandonados por el padre, de gran intranquilidad, lenguaje soez, defectos de control de los esfínteres, desobediencia y masturbación frecuente en el Jardín de Infancia. Este pequeño, de no atendersele adecuadamente en su estado de abandono emocional, es candidato a delincuente o a una seria perturbación mental. De igual manera podríamos hablar del caso 17, quien, en su timidez marcada, enuresis, sonambulismo y habitabilidad en un medio social malsano, está en franco peligro moral y gestando un serio trastorno emocional. Del caso 19, presen-

tando una agresividad notable, irritabilidad, tartamudez y enuresis, abandonado por el padre y desamparado durante el día por la madre, en un medio malsano, está al borde de la delincuencia.

Interesa destacar el caso No. 37: hijo único, de madre con un buen salario y vivienda adecuada, pero no ha conocido al padre y la madre ha sufrido el abandono del padre desde el comienzo del embarazo. El menor carga con un total abandono de figuras paternas, presentando trastornos de conducta evidentes: irritabilidad, desobediencia, agresividad, timidez, tendencia a ensimismarse. Desadaptado en el kinder. Posiblemente si se estudia más a fondo la vida de la madre, se encontrarían otras motivaciones para explicarnos mejor la conducta del niño.

El caso 41, en cuyas causales se encuentran, además del abandono emocional, características muy marcadas de padres evidentemente muy neuróticos y agresivos. El niño está en franco peligro, así como sus hermanos, de caer en la delincuencia.

Vale la pena anotar aquí el caso de un niño estudiado por nosotros en París (2), de 7 años de edad, el cual fué llevado a la consulta porque robaba todo cuanto caía bajo sus manos, turbulento, agresivo, tartamudo, sonámbulo; en ocasiones se desvestía y salía desnudo a la calle. No fué alimentado al seno por la madre. A los 3 años de edad el padre de este niño fué deportado. La madre lo dejó en manos de una vecina. El hogar aumentó con el concubinato de la madre con otro señor padre de cuatro hijos. Desde entonces este caso queda en manos de la vecina, siendo visitado por la madre una vez por semana. A los cuatro años se iniciaron sus robos, comenzando por el hogar y al final en la escuela.

La victimología en el Niño:

Sobre las líneas precedentes que tratan sobre los casos más resaltantes de conducta anti-social de niños pre-escelares, es fácil ver que llegamos a hacer el pronóstico de la delincuencia, a partir de los rasgos más resaltantes de la personalidad del niño. Más, cuando no pudiéramos estar seguros de que caerán en la delincuencia, podemos ya decir que presentan rasgos evidentemente neuróticos, como pasaremos a destacarlo en líneas más adelante. Pero muy bien podríamos no estar contentos con estas apreciaciones, y partiendo de este orden de ideas hemos estudiado los cinco primeros años de la vida de cierto número de delinquentes, de los cuales pudimos localizar la progenitora (+). Igual cosa hicimos con respecto a enfermos mentales caídos en la cronicidad.

El estudio de los cinco primeros años de la vida de los delinquentes y de los enfermos mentales, presenta rasgos bastante diferentes en cuanto al sistema de vida del núcleo familiar, coincidiendo, en la gran mayoría, en un índice común de abandono emocional por parte de los padres. Escritos estos preámbulos, debemos volver sobre el concepto de victimología en el niño. (+) Hay gran dificultad en encontrar las madres, pues son sujetos sin costumbres familiares.

De la misma manera que podemos buscar las bases pronósticas y seguir los desenvolvimientos de un futuro delincuente, debemos de estar en capacidad de vislumbrar la víctima. Es decir, conocemos al delincuente en potencia y B. Mendelshon (28) nos habla y nos aclara el panorama de la "receptividad victimal". Ahora bien, esta potencialidad de ser víctima se destaca en dos capítulos que estremecen los cimientos de la criminología estática; de la criminología que se ocupa poco de la víctima, por considerar a esta inofensiva. Estos capítulos son: "El índice de victimidad en los accidentes mortales de circulación" y "Correlación de culpabilidad (imputación) entre la víctima y el infractor".

A nuestra manera de ver, donde con mayor claridad rinde sus beneficios la victimología, es en el estudio de la conducta infantil. Indiscutiblemente como ya lo destaca Lebovici (32) en su ponencia sobre "Los factores psicógenos de la delincuencia juvenil" en cuanto a los robos se encuentran ejemplos de múltiples significaciones psicológicas, de las cuales podemos destacar: robos autopunitivos; robos generosos, expresando el deseo de potencia, de identificación paterna; o robos por fijación pasiva a un camarada. Entre las causas psicológicas de fugas destaca: obsesivas, autopunitivas, por miedo.

A los anteriores títulos de Lebovici (32) nosotros podemos agregar algunos estudiados y calificados como fugas masoquistas, o en búsqueda de castigo; o fugas narcisistas o en búsqueda de cariño.

Entre los robos se pueden agregar: de destrucción.

Así pues, de lo anterior se destaca una conducta antisocial proveniente del niño mismo. Ahora bien, ante situaciones verdaderamente conflictivas y delictivas, encuéntrase una serie de factores en los cuales entra a funcionar determinadas características de victimología, donde el pequeño busca, por su masoquismo, ser víctima. (véase caso Kalib en documentos de referencia).

LA FAMILIA, EL FACTOR ECONOMICO, EL FACTOR PSICOLOGICO

Si la familia tiene cubiertos todos los gastos de su sostenimiento, no han de presentarse los inconvenientes o perturbaciones que pasamos a referir. Cuando las entradas monetarias -

as del padre no son suficientes para el sostenimiento del hogar, vea la madre obligada a trabajar para contribuir a los gastos del hogar. Esto es casi una regla general en la clase económicamente débil. Cuando se trata de la clase obrera, la madre, frecuentemente, concurre como su compañero de hogar a otra fábrica o servicio que le impone ocho horas de trabajo diario. A pesar del desplazamiento de los padres en la búsqueda del sustento diario, las necesidades totales del hogar no siempre están cubiertas y no es raro encontrar que otros miembros de la familia, menores de edad, también necesitan recurrir al trabajo diario para completar el procario propuesto. Dentro de esta situación, tan común en nuestros hogares de la clase económicamente débil, supongamos el nacimiento de un niño. De acuerdo con las Leyes del Trabajo la madre tiene derecho a un permiso post-natal de semanas, después debe concurrir al trabajo como antes lo hacía. Así pues, es claro y evidente que el niño queda abandonado del cuidado de su madre por un gran lapso del día, que de acuerdo con la distancia del hogar al sitio de trabajo, puede representar hasta diez o más horas sin tener contacto con su hijo. Idéntica situación se presenta con respecto a la presencia del padre en el hogar. Qué sucede durante todo el tiempo en que los padres permanecen fuera del hogar? La situación es siempre la misma, así cambie el sistema empleado por los padres para lograr que su hijo quede en condiciones de resguardo: es, fundamentalmente, una situación de abandono por parte de la madre. Esto es lo que el niño siente profundamente en su situación psicológica. Tal estado de simple abandono puede complicarse si las condiciones en que deja al niño están más o menos desprovistas de atenciones y afectividad propias de cada edad. En este orden de ideas concentramos, desde la dolorosa situación del abandono en la maternidad, hasta el que queda al cuidado de una tía o abuela que amorosamente lo atiende, pasando por la casa cuna o jardín de infancia, sitios donde pueden encontrar una atmósfera más o menos defectuosa en cuanto a su evolución psicológica. El fundamentalmente estado de abandono -el cual podría complicarse con un manejo deficiente por el desconocimiento de las necesidades instintivas del pequeño - va a ser el origen de los primeros disturbios en la estructuración equilibrada del psiquismo. Niño inseguro, niño tímido, o excesivamente agresivo, en síntesis, niño desadaptado, se forma dentro de un hogar donde se inició su abandono psicológico desde la más tierna infancia.

Lo anteriormente expuesto sería la síntesis rápida de un hogar constituido por sujetos equilibrados, o lo que comúnmente por allí se llama normales. Y, además, rodeado por condiciones ambientales equilibradas. Es decir, que el hogar está situado en una zona donde el pequeño no tiene posibilidades de entrar en contacto con otros niños desamparados totalmente, o desamparados y ya víctimas de una desadaptación evidente. Pero, es fácil imaginarse que los hogares de un mismo nivel económico están situados en las mismas zonas o regiones. Esto significa que

a partir de la época en que el niño da sus primeras salidas fuera del hogar, entra en contacto con otros niños de vida similar, creándose un ambiente propicio para el mejor cultivo de las adaptaciones. Dado el caso de no suceder nada alarmante que demuestre su aparición durante los cinco primeros años. De todas maneras se está constituyendo la base psicológica para que el niño mañana solicite fuera del hogar los sustitutos que en aquel no tuvo.

Hasta ahora nos hemos referido al caso de un hogar donde una pareja mantiene el cuidado de sus hijos. Ahora bien, esto no siempre es así, encontrándonos con frecuencia ante el cuadro de la madre e hijo abandonado por el padre. Hay otras situaciones más complicadas todavía donde los hijos huérfanos se juntan también a los hijos de otros padres que han abandonado el hogar. Pero este último caso está complicado con fenómenos psicológicos evidentes por parte del padre. De esta manera hemos estudiado parte de los factores económicos.

El factor psicológico. De una manera general, y limitándolo hasta los cinco años de edad, este factor, encerrándolo en un estrecho radio, debe estudiarse en el hogar, la casa-cuna y el jardín de infancia. Del hogar nos interesa, especialmente, las dos individualidades más importantes: la madre y el padre. Creemos que no es necesario destacar, como trágicamente dolorosa, la influencia de una madre psicótica, o sea de una enferma mental evidente. Pero sí debemos decir que entre las características más sobresalientes de una enfermedad psíquica que ha obligado a recluir a una persona, destácase la característica narcisista. Esto significa que el sujeto que ha pasado por una grave enfermedad mental, siempre presenta en la estructura de su personalidad, dificultades en el campo afectivo que limitan considerablemente sus facilidades de contacto con los demás seres humanos. De aquí que, como padres no alcanzan a brindar a sus hijos toda la atención y el cuidado que una afectividad debidamente equilibrada puede ofrecer. Entiéndese que estamos hablando de una persona que ha sido dada de alta en un instituto para enfermos mentales, pero que, aparentemente está socialmente curado. Esto no es la generalidad de los casos, pero sí un alto porcentaje.

De los psicóticos socialmente curados, pasemos a los neuróticos, o sea, a aquellas personas con problemas mentales que, en la gran mayoría de las veces, pasan desapercibidos para los otros seres que le rodean: los obsesivos, los angustiados, los histéricos, y tantos otros más, abarcando un alto índice dentro de la población de todos los países del mundo. Estos seres presentan serias dificultades en el intercambio afec

tivo con las otras personas, pues viven en constante defensa ante sus situaciones de complejidad, y tienden a ocuparse más de sí que de los otros. Su acción perjudicial en el contacto con los niños, en ocasiones, toma características alarmantes. Así, una madre angustiada crea en su hogar una atmósfera de angustia, de intranquilidad, repercutiendo dolorosamente sobre los pequeños. Un padre obsesivo obligará a sus hijos a una disciplina más que rígida, obligándolos a tomar caminos de conducta que chocan directamente con el desenvolvimiento equilibrado de la personalidad. El horror a la suciedad de una madre obsesiva en cuestiones de limpieza, pueden arrastrar al niño a una situación incómoda ante el juego y la libertad que deben tener el niño para jugar con toda clase de materiales que frecuentemente lo llevan a mancharse al jugar con agua y arcilla. Las manifestaciones enfermizas de una madre histérica, en el desenvolvimiento del fenómeno de la identificación, no rara vez arrastra a los menores a presentar síntomas similares a los de sus padres. Todo esto no son sino meros aspectos de los complicados cuadros de un intercambio psicológico desequilibrado entre padres e hijos.

Por otra parte, sin estar en presencia de un psicótico socialmente curado, o de un neurótico, otros aspectos de la personalidad y el desconocimiento de las necesidades instintivas del menor, al entrar en juego en la vida diaria, llegan a perturbar el feliz desenvolvimiento del proceso psicológico del menor. El no entendimiento entre los padres, sus continuas desavenencias van creando grietas por donde se infiltra el desconcierto de los menores. Los padres jugadores, y los que dedican más tiempo a sus "hobbys" que a sus hijos, crean en el hogar un ambiente de ausencia que puede resultar desolador para el menor.

Mucho más podría decirse sobre el factor psicológico en el hogar, pero sería sumamente extenso y no cabría en la índole de este trabajo. Pero si hay algo que debe quedar muy claro: si el hecho económico sólo incide en las clases económicamente débiles, el psicológico se extiende a todas las capas sociales, sin excepción ninguna. De esta manera encontramos que si un hogar se encuentra disgregado por razones económicas únicamente, no es raro encontrar que familias acomodadas presenten también hogares disociados donde la madre se dedica a tareas sociales, o simplemente al juego, y el padre se preocupa más de sus negocios que de la marcha de sus hijos.

Lo anterior es producto de la investigación y experiencia individuales. La meta del presente trabajo es ver a qué grado alcanzan tales implicaciones económico-psicológicas entre nosotros.

COMENTARIOS GENERALES

Basándonos en que la profilaxia que contempla los desajustes del psiquismo es una misma, tratémos de prevenir enfermedades mentales o delincuencia, hemos realizado la investigación de las situaciones del ser humano partiendo de la vida intrauterina. Las encuestas han demostrado que casi siempre las características de la madre desequilibrada se manifiestan durante el embarazo, repercuten en las condiciones en que se presenta y evoluciona el parto, aparecen con ocasión de la lactancia y actúan durante toda la crianza y educación de los hijos. Este factor es tan importante que va más allá de cualquier situación económica. En cambio, madres en estado de dificultades económicas, pero equilibradas y manejando adecuadamente sus hijos, no alcanzan a provocar profundas frustraciones precoces.

Es altísimo el índice de ilegitimidad, complicado con la irresponsabilidad de los padres. A esto se agrega, por lo regular, en el grupo abandonado por el padre, la presencia de otro concubino que contribuye a entorpecer y a traumatizar la vida de los menores.

El estado de miseria y deficiencia sanitaria en que viven los niños contribuye notablemente a la aparición de la alta morbilidad. La interpretación de los cuadros de niños afectados en su total estado de salud es más fácil cuando se tiene en cuenta que, abandonados de la madre, en plena carencia emocional, viven más que predispuestos a que las gripes se conviertan rápidamente en bronquitis, neumonías o bronconeumonías; que las simples indigestiones se transformen en frecuentes diarreas simples, pasen a gastroenteritis o lleguen a la muerte. En el plano psicológico, de tímidos e irritables, violentos o masturbadores compulsivos, se vayan desviando cada vez más para ser púberes y adolescentes de pandillas, delincuentes y al borde de la criminalidad.

Algo de gran valor en cuanto a los mecanismos de la conducta humana, de la conversión de lo psíquico en somático, de lo intrincado de las pulsiones en la totalidad del ser humano, puede verse en el resultado que se desprende de la comparación de las encuestas en lo que se refiere a los tres tipos de reacciones, vista la personalidad como un todo: psíquico y somático.

Tales reacciones son bastante diferentes en el niño, en el enfermo mental y en el delincuente.

En el tierno ser de los primeros años, en el niño de

En la infancia, se presentan reacciones a las distintas situaciones, ya en el plano psíquico como en el psicósomático. Trastornos de conducta o del humor nos hablan del peso de sus angustias y sus frustraciones en el ámbito de lo emocional. Disturbios en lo digestivo, como la anorexia y el no dominio del esfínter anal, como manifestaciones de intenso estado afectivo. Enuresis diurna o nocturna, encerrada en el cuadro de pequeños con hondos problemas afectivos en la esfera de las luchas internas, de los celos ante el padre y los hermanos de sentimientos de culpa y el erectismo uretral aflorando hacia la madurez.

En el enfermo mental, éste que se ha estudiado aquí en su mayoría recluido en colonias psiquiátricas - el cual está ensombrecido por la fuerza que en él toman dos grandes factores: las frustraciones precoces intensas y una alta morbilidad. Aquí se ha intrincado lo somático y lo psíquico, en terrible combinación para destruir (si se nos permite esta expresión) especialmente lo emocional, la vida anímica que debe animar la felicidad del hombre.

Cuando fué niño sus necesidades instintivas, coartadas en su desenvolvimiento, frustradas, fueron cayendo implacables sobre el psiquismo y contribuyeron también a desatar una alta morbilidad, terminando por deshacer al ser humano como valor integral.

En el delincuente, las frustraciones emotivas fueron buscando cauce en la calle, en el rico medio emocional de la pandilla y en la rebeldía. La moral de entonces fué la del grupo: el desatar las pulsiones instintivas de rebelión, destrucción y robo. Tales pulsiones no se reflejaron sobre el organismo, por eso no contribuyeron a pronunciar una morbilidad en el delincuente, presentándose notablemente inferior, ésta última, a la del enfermo mental. La salud física del delincuente es buenaymuchas veces sus músculos atléticos, pero sus sentimientos están desprovistos de la afectividad altruista, provechosa y dignificante del hombre equilibrado. Los altos ideales que se fortalecen en la escuela, el concepto de Nación y de Patria no ha integrado lo íntimo de su afectividad, pues la gran mayoría de las veces les faltó la madre y la figura ejemplar del padre, y antes que la Madre Patria está la madre, fuente perenne de afectividad, tierra firme para crecer en busca de ilimitados horizontes.

CONCLUSIONES

a) Debe seguirse detenidamente cada madre desde la gestación, a fin de ayudarla, si es necesario, en la resolución de sus problemas psicológicos y tratar de resolverle las dificultades.

des económicas. A éste respecto deben multiplicarse las consultas psicológicas para gestantes en todas aquellas instituciones donde concurre la mujer embarazada.

- c) Debe controlarse la crianza y educación del niño desde su nacimiento, a fin de evitar las frustraciones precoces. A este respecto deben crearse actividades de Servicio Social, adscritas a las Jefaturas Civiles, pues no todas las madres paren en maternidades públicas, y debe aprovecharse la presentación obligatoria legal del hijo para la debida elaboración de la encuesta, la cual permitirá tomar las medidas que cada caso requiera.
- d) Debe implantarse el subsidio maternal para toda madre que económicamente lo necesite, siempre que tenga bajo su crianza a hijos menores de cinco años. Es imprescindible el control del empleo de éste subsidio, a fin de que la madre lo aproveche adecuadamente y no provoque frustraciones precoces en el hijo. Sólo a partir de los dos años y medio, como edad del hijo, es cuando la madre podría dejarlo en el jardín de infancia y dedicarse al trabajo fuera del hogar, por media jornada, o sea, el tiempo durante el cual el pequeño permanece en el jardín.
- e) Las frustraciones precoces acentúan la morbilidad.
- f) Intensas frustraciones precoces y una alta morbilidad, son factores determinantes para el desenvolvimiento de graves enfermedades mentales.
- g) La ausencia de escolaridad es uno de los factores resaltantes que arrastran a la delincuencia.
- h) Las casas-cunas no representan sustitutos eficaces para el niño.

De las conclusiones anteriores pueden derivarse las siguientes:

D E T E R M I N A C I O N E S P R A C T I C A S

- a) Vigencia de subsidios maternales controlados para madres con hijos hasta la edad de cinco años, como mínimo.
- b) Servicios Sociales adscritos a las consultas de gestantes -

Doc.4.1.

-15-

y a las Jefaturas Civiles.

- c) Creación de círculos de distracción o juegos para niños, dentro de sus propias escuelas o fuera de éstas, cuyos padres regresen al hogar después de las salidas de clases, evitando que los menores permanezcan fuera del hogar y sin el cuidado y vigilancia de adultos equilibrados

ctd.

B I B L I O G R A F I A

Doc. 4.1

1. QUIJADA, HERNAN: Traumatismos del cráneo y trastornos en la conducta o el carácter en los niños. Tesis doctoral. Universidad Central de Venezuela, 1942.
2. QUIJADA, HERNAN: Niños-problema. Editorial copgrafi --cas, Bogotá, 1954.
3. QUIJADA, HERNAN: Consideraciones psicoanalíticas sobre partos distócicos. Editorial Paz-Montalvo. Madrid, 1957.
4. PREYER, W.: Embryonic motility and sensitivity -- (traduction du specielle physiologie--des Embryo). Monograph of the Socie--ty for research in child development, Nat. Res. Connail. Washington, D.C.,-1937.
5. HOOKER, D.: Fetal behaviour. Interrelations of mind and body. Research pub. Assoc. - Nerv. and Ment. Dis., V, XIX. Williams and Wilkins. Baltimore, 1939.
6. AREY, L.B.: Developmental anatomy, 4th. Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia 1942.
7. SMITH, J.R.: The electroencephalogram during normal infancy and childhood, rhythm tendencies present in the neonate and their subsequent development. Journal of Genetic Psychology, vol. 53, 1938.
8. STIRNIMANN, F.: Versuche über die reaktionen neugeborener auf Wärme und Kältereize f. Kinder, Psychiatrie, vol. 5, 1939.
9. GREENACRE, Ph.: The biologic economy of birth. The psychos. study of the child. V, 1, 1.945.
10. GESELL, A.: L'embryologie du comportement. Traduction du P. Chauchard. Presses Univ de France, 1.952.
11. BYKOV, K.M.: Nouvelles données sur la physiologie et la pathologie du cortex. Rapport du XIX congrés International de Phsy-

...../.....

- siologie. Montreal, 1.953. Rev. La Raison, núm. 7, 1.953
12. AIRAPETIAN TZ, E. Ch Recherche sur le mécanisme des analyseurs internes de l'activité nerveuse supérieur. Revue La Raison, núm. 7 Paris, 1953.
13. RACAMIER, P. C. Etude clinique des frustrations précoces. Revue Française de psycha. T. XVIII, núm. 3. Paris, 1.953.
14. ESTANCOURT, ROMULO Discurso presidencial publicado en "La Esfera" de 26 de abril de 1.959
15. SILLMAN, R. LEONARD The genesis of man. The International Journal of Psycho-analysis. V. XXXIV p.p. 146-155. 1.953.
16. QUIJADA, HERNAN Orígenes de la necrofilia. Trabajo presentado ante la Sociedad Psicoanalítica de Rio de Janeiro. Diciembre de 1.957.
17. DETZNER, H. Moeurs et Coutumes des Papous. Payot. Paris, 1.935.
18. ROHEIN, G. La psychogíe de la zone de culture de l'Australie Centrale, Revue Française de Psychanalyse, tomo V. No. 2, Paris 1.932.
19. DE, WAVRIN. Les indiens Sauvages de L'amérique du sud Payot. París. 1.948
20. MONTADON, GEORGE. L'homme Préhistorique et les préhumains. Payot. París, 1.945.
21. BANDI, et MARINGER L'Art préhistorique. Edition Charles Massin et Cie. París, 1952.
22. QUIADA, HERNAN Bases pediátricas para un trabajo de Profilaxia mental durante los cinco primeros años de la vida. Boletín de Salud Mental. No. 4, 1.959.
23. RIBBLE, M. Que veulent donc les nourrissons? Traducido del Inglés al Francés por J. P. Gaudart. Aubier. (editions

- Montaigne) París, 1.956.
24. KLEIN, M. El Psicoanálisis de niños. Ed. Ateneo Buenos Aires, 1.943.
 25. FREUD, S. El carácter anal. Obras completas. Ed. Americana. Buenos Aires, 1.943.
 26. SPITZ, R. A. Genése des premières relations objectales. Observations directes sur le nourrisson pendant sa première Année. Rev. Française de Psychanalyse, p.p. 479-575 T. XVIII No. 4, 1.954.
 27. BOWLY, J. Forty-four Juvenil Thieves. London, Bailleive, Tindall T.Cox, 1.946.
 28. MENDELSON, B. La victimología. Revue Française de Psychanalyse, No.1, T.XXII, 1.958.
 29. MARBE, Larl. Les procès humains et les leçon a tirer Revue de droit pénal et de criminologie. Bruxelles, No. 1. P. 665, 1.934.
 30. FORD, A. Pedestrian accidents and Age, Journal de Psychologie, N. VIII, abril 1.930.
 31. KATE, FREIDLANDER "La Délinquance Juvenile". Presses Universitaires de France, París, 1.951.
 32. LEBOVICI, S. Actas del II Congreso Internacional de Criminología. Presses, Universitaire de France, París, 1.951.

ef / XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Sub-Ponencia A

Doc. 5
Nov. 24/59 (150)
Original: Español

Capítulo III

**PROBLEMAS SANITARIOS GENERALES
EN RELACION CON EL ABANDONO
DEL NIÑO**

Doctor PEDRO NEL SAAVEDRA

Director del Departamento de Educación Sanitaria del
SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUD PUBLICA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Bogotá D. E. - Colombia

NOVIEMBRE 22 - 29 DE 1959

XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

SUB-PONENCIA A

CAPITULO III

"PROBLEMAS SANITARIOS GENERALES EN RELACION CON EL ABANDONO DEL NIÑO

Dr. Pedro Nel Saavedra

INTRODUCCION

Entre los aspectos del abandono tanto de orden físico como los de carácter moral, los relativos a la salubridad en general tienen inmensa importancia y son, en mi opinión, de una repercusión recíproca.

En efecto, analizando las clasificaciones que se han hecho del abandono infantil, de acuerdo con la naturaleza y grado de ésta, en toda situación de abandono hay una violación actual o potencial de las normas de salubridad e higiene, lo cual señala a la salud pública de los países ^{cierta} ~~con más~~ responsabilidades específicas en la solución de este grave problema social del niño abandonado.

Considero que las diferentes etapas del desarrollo del niño nos marcan un orden, una cronología natural para intentar el análisis de las relaciones del abandono infantil con la salubridad en general. Se advierte que quedarán excluidos en esta sub-ponencia aquellos puntos relativos a la salud e higiene mental, como también los aspectos nutricionales clínicos, ya que estos serán objeto de estudio en otros capítulos de esta sub-ponencia.

Cualesquiera que sea el tipo de abandono, moral, material o mixto y global o se trate de abandono permanente o transitorio, ya dijimos que la etapa del desarrollo del niño nos va a servir de pauta natural para la agrupación de los problemas de salubridad relativos al abandono, como también para ayudarnos a discutir con claridad y orden lo relacionado con las posibles soluciones. Así, pues, consideramos cuatro etapas que son:

- a) Período fetal o prenatal
- b) Período de la primera infancia.
- c) Etapa pre-escolar
- d) Período escolar

Etapa pre-natal

Aunque sabemos que la naturaleza, aún en las más adversas condiciones ecológicas, moviliza infinitos recursos para la protección de la especie por la protección del individuo, la conducta materna o ciertas y determinadas condiciones y circunstancias durante el proceso de la gestación se pueden muy bien considerar como la primera etapa de abandono para el nuevo ser. Al través de la madre, ya desde entonces, la medicina preventiva podrá o no ejercer su influencia protectora sobre el niño. Porque en parte el padre y su conducta también pueden desde esta etapa manifestar un mayor o menor grado de abandono ya que desde entonces rehusa a sus responsabilidades de protector de la unidad biológica madre-hijo con las consecuencias afectivas, económicas y sociales que colocan al feto en la condición de abandono.

Pero hay concretamente algunas situaciones creadas por la actitud materna que corroboran la existencia del abandono en esta etapa de la vida infantil. La renuncia, por ejemplo, de la madre a los tratamientos de su salud durante el embarazo son con frecuencia la manifestación inconsciente de protesta de su estado. La deliberada omisión de las medidas dietéticas o el franco y abierto intento de perder el producto de la concepción crea para el futuro ser una auténtica condición de abandonado, así tenga a su servicio, como ya se dijo, los secretos y misteriosos recursos de la madre naturaleza.

Muchas enfermedades transmisibles y otras adquiridas antes o durante el embarazo y que hubieran sido evitables por la inmunización o que exigían perentoriamente un tratamiento como la sífilis, malaria T. B. C., diabetes, pueden ser para muchas madres la circunstancia es-

perada para liberarse del hijo no deseado.

Otro caso frecuente de este tipo de madres obtan deliberadamente por ciertas medidas que si no logran liberarlas de ese hijo que no han deseado, van a dar a luz una criatura debilitada y a quien en abandono subsecuente al nacimiento colocará en peores circunstancias si logra sobrevivir. Tales medidas son entre otras, la ingestión de dosis elevadas y repetidas de alcohol o el abuso de drogas del tipo de los barbitúricos. Otras se someten a trabajo físico extenuante o restricciones en la dieta hasta límites de intensa depauperación orgánica de la madre con detrimento para la integridad en el desarrollo del feto.

Esta conducta ya sea deliberada o las malas prácticas y hábitos personales adversos a la madre y al hijo durante la vida fetal debidos a la ignorancia y acentuados por los factores de índole económica nos dan un cuadro social y biológico de abandono del niño antes de su nacimiento,

Es interesante dar aquí como complemento de este análisis la cifra de mortalidad materna por embarazo, parto o puerperio, registrada en el país durante el año de 1959, la cual alcanzó a 1683 defunciones. No hay lugar a duda de que dicha cifra contribuye también a acrecentar la incidencia del abandono infantil y que la salubridad es un factor primordial en esta primera etapa de la vida infantil.

Período de la primera infancia

Basta examinar las cifras estadísticas de morbilidad y mortalidad infantil en las edades comprendidas entre 0 y 2 años para darnos cuenta del impacto sufrido por la infancia en esta etapa y el alto tributo que paga la enfermedad y la muerte. Si se analizan las causas de enfermedad y muerte durante esta etapa infantil, fácilmente se descubre que todos los factores endemo-epidémicos que crean los problemas de salubridad infantil indican la existencia de un alto grado de abandono absoluto o relativo, permanente o transitorio que está contribuyendo de manera directa a la creación del problema de tan elevada morbi-mortalidad infantil en este período

de la vida. Además de las enfermedades de la infancia que generalmente comienzan o aparecen como epidemias en esta época de la vida, tales como la difteria, la tos ferina, el sarampión y demás fiebres eruptivas, y que en los grupos infantiles bien protegidos no ofrecen serias complicaciones como en el abandonado, empiezan a aparecer otros riesgos para la salud infantil como son las infecciones gastro-entéricas de diversas etiologías pero cuya explicación común reside en el abandono absoluto o relativo que por múltiples causas culturales sufre el niño en esta etapa, en lo relativo a su higiene personal y a la manipulación de sus alimentos, condiciones que lo exponen a la fácil y permanente contaminación microbiana y parasitaria.

Esto mismo le explica al higienista por qué el abandono infantil en este período constituye uno de los factores más graves en la persistencia del parasitismo intestinal y en demo-epidemias de tipo gastro-intestinal. En efecto, los esfuerzos de la salud pública para el saneamiento ambiental se ven interferidos y frustrados por la existencia del crecido grupo infantil que por sí mismo no puede contribuir a la adecuada disposición de excretas y quienes en el medio familiar son el principal factor de la contaminación del medio ambiente.

Etapas pre-escolar

Para el análisis y consideración de la salubridad en este grupo infantil nos vuelve a servir de guía la información estadística, la cual no hace más que mostrar acentuadas las condiciones precarias de salubridad e higiene en que continúa desenvolviéndose la vida del niño a lo largo de esta otra etapa de su existencia. En otras palabras y en cuanto a salud se refiere, es esta una prolongación acentuada de las condiciones y factores de insalubridad de la etapa anterior. Sino que como grupo superviviente ofrece menores índices de morbi-mortalidad. Puede decirse que entre los dos y los cinco años encontramos el típico grupo del abandonado, ya que además de que en el mejor de los casos este abandono sea el que conlleva la llegada de otros hermanos, en otros será la pérdida de uno o

ambos progenitores, el desajuste más avanzado de la estructura del hogar y tantas otras razones de orden moral, social y económico que le dan a la familia como célula una esperanza de vida por demás efímera y que constituye el agente número uno del abandono del niño. Si nos guiamos además por el índice de utilización de los servicios de la medicina preventiva en los organismos de salud podemos observar que el pre-escolar constituye el gran grupo de población susceptible a muchas enfermedades comunicables por falta de protección oportuna, como ocurre con la viruela, la difteria, la tos ferina y tifoidea, además de ser, sin duda, el grupo de mayor índice parasitario intestinal.

Período escolar

Aunque en Colombia, como en otros países del Continente no conocemos la cifra del niño que llega oportunamente a la escuela primaria, todas las estadísticas están de acuerdo en que un alto porcentaje está fuera del beneficio de la escolaridad. Es muy posible que un 20% de la población pre-escolar colombiana no llegue a tiempo a las aulas.

Esto desde el punto de vista de la salubridad infantil quiere decir que un remanente de la población infantil de edad escolar no llega oportunamente a recibir el beneficio de los servicios de higiene y salud escolar, cuando estos están a su alcance.

Esta etapa de la vida infantil es quizá la que ofrece las más importantes consideraciones en el problema del abandono, puesto que es, oportunidad óptima para la recuperación del individuo al través de la acción organizada del estado y la comunidad en el intento de educarlo.

El abandono familiar relativo, en cuanto a la salud del niño encuentra en la vida escolar oportunidades de recuperarse en la extensión y grado que el estado y la comunidad le puedan ofrecer servicios de salud escolar. Así que es posible esperar que en esta etapa pueda ocurrir el hallazgo de los defectos físicos corregibles, la práctica de inmunizaciones de rutina, los tratamientos de afecciones crónicas y otras anor-

malidades de la salud.

El otro aspecto social de la salubridad escolar en esta etapa es el de la posibilidad de coordinar la acción estatal entre la escuela y la familia en el orden investigativo, educativo y moral relacionado con la salubridad de este grupo humano. Desde el punto de vista del abandono infantil, la escuela puede ser, y de hecho es una "torre de control de la vida del niño" y la estrategia educativa en cuanto a la defensa de la salud del escolar es evidente si se capacita al maestro para manejar y aprovechar esa posición.

RESUMEN

Los problemas de la salubridad en general en relación con el abandono deben agruparse de acuerdo con las etapas cronológicas del desarrollo del niño y sus problemas de salud, desde la pre-natalidad, primera infancia, pre-escolaridad y escolaridad.

Los organismos de salud pública al través de la rutina de sus servicios tienen oportunidad de dar valiosos aportes a la investigación del problema de grado, naturaleza y extensión del abandono del niño.

La salud pública y la medicina preventiva pueden contribuir a la solución del problema del abandono del niño al través de:

- a) La coordinación de su acción en la comunidad con los otros organismos de acción social.
- b) La intensificación de las campañas de medicina preventiva que disminuyan la mortalidad materna y la merma del potencial familiar para la protección del niño.
- c) La educación sanitaria es un medio indispensable para contribuir a la solución del problema del abandono del niño en cuanto se relaciona con la defensa de sí mismo y de su ambiente.

S U M M A R Y

Public health problems in relation to abandoned children may be grouped according to chronological development, beginning with the prenatal state and following the child through its early infancy, pre-school and school years.

Through their routine services, public health agencies have many opportunities to assist in determining the nature, degree and extent of the problems of abandoned children.

Public health and preventive medicine programs may contribute to the solution of the problem of the abandoned child through:

- a) Coordination of their respective activities with those of other agencies interested in social welfare.
- b) Intensification of preventive measures to reduce maternal mortality and the loss of family potential for the protection of the child.
- c) Educational measures related to the protection of the individual child and to family and community environmental factors which affect the welfare of children.

XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Doc. 5.1
Nov. 24/59 (150)
Original: Español

PROBLEMAS SANITARIOS GENERALES EN RELACION CON EL ABANDONO DEL NIÑO

Sub-Ponencia

presentada por el Dr.

FERNANDO SERPA FLOREZ, M. P. H.

Bogotá D. E. — Colombia

NOVIEMBRE 22 - 29 DE 1959

PROBLEMAS SANITARIOS GENERALES EN RELACION
CON EL ABANDONO DEL NIÑO

(Sub-Ponencia presentada por el doctor Fernando Serpa
Flórez, M. P. H., ante el XI Congreso Panamericano
del Niño)

Estudiar el problema del abandono del Niño desde el punto de vista de la salud pública, equivale a realizar un estudio de la comunidad y los motivos por los cuales el niño pierde la protección que la consuelación familiar le da.

No se puede desconectar al niño del ambiente en que vive, para observar las repercusiones que sobre él produce el abandono. Es necesario estudiar en conjunto la familia y la sociedad, para comprender por qué el niño es abandonado y analizar los trastornos corporales y espirituales, que el abandono causa en él.

Por ello, en la presente Sub-Ponencia que me ha sido encomendada para presentar al XI Congreso Panamericano del Niño, se ha escogido a éste como exponente o índice, el más delicado y fiel de cuantos pudieran escogerse, de los problemas sanitarios que en torno a él convergen.

En dos formas se afecta el bienestar del niño desamparado: física y mentalmente. La acumulación de tales trastornos, en un número considerable de casos, va a causar un fenómeno social, afectando entonces la salud pública; y la manera como la comunidad afronte, estudie y solucione, no sólo las consecuencias del abandono infantil, sino prevenga, lo que es más importante, las causas que van a producir tal resultado, habrá de darnos la solución, desde el punto de vista de la medicina preventiva a tan complejo planteamiento.

El niño desguarnecido, el niño que no tiene el amparo de la madre, la tutela del padre, la defensa de la familia, la protección de la sociedad, es el eslabón de una cadena de acontecimientos, es la conse-

uencia débil e inermes, de una serie de hechos que están indicando a la sociedad la imperativa obligación de actuar en su favor.

Existe el abandono del niño cuando factores económicos, factores culturales, factores educacionales inciden, en primer lugar, sobre la familia, para producir su disolución y, en último grado sobre la mujer, que se ve precisada a abdicar su misión primordial y a contrariar los dictados de la especie que hacen de ella la defensora natural del hijo.

Este concepto habrá de sernos útil, cuando, analizando las medidas para encontrar remedio a tal estado de cosas, hallamos que el interés de las medidas terapéuticas deberá orientarse, en términos generales hacia el robustecimiento de la familia, como organización básica e indispensable para el bien de la colectividad y, particularmente, dotando a la mujer de los elementos necesarios, salud, educación, "status" para que, inclusive ante la grave emergencia que plantea la quiebra del equilibrio familiar, pueda realizar cabalmente el cumplimiento de su imponderable misión.

Concretándonos al niño, fácilmente podremos observar que éste se halla sujeto a sufrir diversos trastornos que, a lo largo de su vida, habrán de hacer de él un ser que adolecerá de minus-valías mentales u orgánicas. Deficiencias y carencias que, iniciándose en las primeras fases de la vida, irán acrecentándose con el transcurso de los años.

En el campo físico, el niño desamparado va a padecer fenómenos de desnutrición, puesto que su alimentación dependerá del azar y sus comidas estarán sujetas a cambios debidos a factores muy diversos, cuando no faltará del todo.

Otro aspecto que tiene interés desde el punto de vista de la salud pública, es la incidencia de las enfermedades infecciosas. Aunque si bien es cierto que el niño abandonado, en su lucha cruenta contra la naturaleza adquiere una inmunidad notable al supervivir de las asechanzas del ambiente, también lo es que su organismo no solamente puede y de hecho

se halla sometido al ataque de ellos y a servir de huésped a los insectos que parasitan al hombre, sino que el parasitismo intestinal es la regla en él. Aparte de lo anterior, es de interés observar el hecho anotado en los centros de detención de niños vagos de la alta incidencia de enfermedades venéreas que presentan.

Otro capítulo de vastas dimensiones y de consecuencias serias, es el de los accidentes que, con frecuencia, hacen presa al niño desamparado. Ello no es extraño, si se tiene en cuenta que el pequeño ser, en su constante lucha contra el mundo hostil que lo rodea, debe crear sus propias defensas e improvisar sus medidas de protección, sin una guía o una mano que lo oriente o ayude. Tal fenómeno se agiganta en las ciudades grandes, donde los accidentes automovilísticos forman un cortejo de desolación, dolor y muerte en este mundo infantil desguarnecido que por hogar y sitio de recreo tan solo tiene la calle.

Los anteriores conceptos engloban la situación desde el punto de vista del detrimento que sufre la salud corporal del individuo, cuando éste no recibe los cuidados requeridos para que su desarrollo sea normal y para que no reciba la acción vulnerante de los agentes físicos o biológicos.

Desde el punto de vista psicológico, el ser en evolución sufre trastornos variables y de severidad creciente a medida que la vida pasa.

Las enfermedades orgánicas del sistema nervioso, que tanta relación tienen con las deficiencias mentales que producen, por si solas son un gran motivo que va a agravar el cuadro general del niño abandonado. Es de interés observar el número de casos de trastornos convulsivos que se hallan en niños abandonados. La desadaptación, los desórdenes de la personalidad, la psicosis y, en particular la psiconeurosis, constituyen una amplia gama en este terreno que estudiamos. La deficiencia mental, en especial funcional, es otra común entidad que afecta a los niños desprotegidos, y que, claramente puede verse es una consecuencia de la falta de atención a que se hallan sometidos éstos.

Como datos de gran importancia para completar el presente estudio, a continuación se conseguirán apartes del informe de los doctores Miguel Eljaiek y Luis María Beltrán C. médicos de la Unidad de Higiene Mental de la Secretaría de Higiene del Distrito Especial de Bogotá que expresan muy significativos hechos en relación con la salud de los niños abandonados:

Dicho Dispensario es una dependencia de la Sección de Higiene Mental del Distrito, que desempeña funciones profilácticas y asistenciales en dicha entidad.

Dice así el correspondiente informe:

"DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS ESTUDIADOS SEGUN LA EDAD:

Hasta el presente se han atendido 662 casos de los cuales discriminados nos dan el siguiente cuadro:

De	0	a	1	año	10
De	1	a	2	años	24
De	2	a	3	años	30
De	3	a	4	años	37
De	4	a	5	años	44
De	5	a	6	años	32
De	6	a	7	años	21
De	7	a	8	años	27
De	8	a	9	años	31
De	9	a	10	años	38
De	10	a	11	años	47
De	11	a	12	años	46
De	12	a	13	años	34
De	13	a	14	años	35
De	14	a	15	años	25

De	15	a	16	años	14
De	16	a	17	años	9
De	17	a	18	años	10
De	18	a	19	años	7
De	19	a	20	años	3

Estos casos distribuidos en períodos de 10 años nos dan un total de 341 casos hasta la primera década; 183 casos entre 10 y 11 años y deben añadirse 80 casos entre 20 y 30 años, 43 entre 30 y 40 años y 15 de 40 a 50 años. No se vieron personas mayores de 50 años

Al construir el Histograma, relativo a estos datos se observa que adopta una forma bimodal cuyas cúspides corresponden a las edades de 4 a 10 años respectivamente, lo cual nos parece significativo ya que concuerdan con la evidencia clínica de las crisis de la infancia y de la adolescencia. No se puede decir lo mismo en relación con la crisis puberal por factores relacionados con la selección de los casos, ya que la mayoría de ellos provienen de la consulta pediátrica de los Centros de Higiene y del personal de las escuelas primarias.

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EL DIAGNOSTICO

DESORDENES MENTALES CAUSADOS O ASOCIADOS CON ALTERACION DE LA FUNCION DEL TEJIDO NERVIOSO (PSICOSIS ORGANICAS)

Desórdenes cerebrales crónicos:

- 1) Síndrome cerebral crónico asociado con anomalía craneana congénita.

Microcefalia	2
Hidrocefalia	8
Parálisis cerebral (Diplejia)	16
Mongolismo	6
Cardiopatía congénita	1
2) Síndromes cerebrales crónicos asociados con infecciones intracra- neanas diferentes de la sífiles.	
Meningitis tuberculosa	1
Encefalitis (secuelas)	12
Meningitis (no T B C secuelas)	18
Poliomelitis (secuelas)	11
Otitis crónica	6
Sinusitis	9
3) Síndrome cerebral crónico asociado a traumatismos:	
Fractura del frontal	1
Epilepsia post-traumática	12
Lesiones post-traumáticas	4
Trastornos oculares post-traumáticos	1

SÍNDROME CEREBRAL CRÓNICO ASOCIADO CON TRASTORNOS CONVULSIVOS

4) Epilepsia esencial	48
Epilepsia focal	14
Epilepsia sintomática	6
Pequeño mal y Aquinéticas	8
Epilepsia psico-motora	14
Oligofrenia epilepsia	21

5) SINDROME CEREBRAL CRONICO ASOCIADO CON NEOPLASMA INTRACRANEANO.

Procesos expansivo endocraneano 1

6) SINDROME CEREBRAL CRONICO ASOCIADO A ENFERMEDADES DE CAUSA INCIERTA.

Espasmo de torsión 1

SINDROMES CEREBRALES AGUDOS

1) SINDROME CEREBRAL AGUDO ASOCIADO CON TRASTORNOS METABOLICOS.

a) Toxicosis gravídica 1

DESORDENES MENTALES PSICOGENETICOS O EN RELACION CLARA CON CAUSAS FISICAS O CAMBIO ESTRUCTURAL DEL CEREBRO.

DESORDENES PSICOTICOS (PSICOSIS FUNCIONALES)

1) Reacciones afectivas

a) Melancolía 3

b) Reacción depresivo-ansiosa 12

2) Reacciones esquizofrénicas:

a) Esquizofrenia paranoide 2

b) Esquizofrenia catatónica 2

c) Esquizofrenia simple 6

DESORDENES PSICONEUROTICOS (PSICONEUROSIS)

Reacción neurótica 27

Neurosis de angustia 24

Histeria 6

Neurosis obsesiva	15
Fobias	2
Neurastenia	4
Neurósis hipocondríacas	5

DESORDENES PSICO-FISIOLOGICOS AUTONOMICOS O
VISCERALES (ORGANO- NEUROSIS)

a) REACCION PSICO-FISIOLOGICA RESPIRATORIA

Asma bronquial

b) REACCION PSICO-FISIOLOGICA VASCULAR

Jaquecas 5

REACCION PSICO-FISIOLOGICA ENDOCRINA

Hipotiroidismo 10

Infantilismo 2

Distrofia adipo-genital 2

DESORDENES DE LA PERSONALIDAD

a) Personalidad emocionalmente inestable

1) Incontinencia emocional 27

2) Hiperemotividad 1

3) Trastornos emocionales 1

b) Trastornos socio-páticos

Trastornos de conducta 15

c) Reacciones con síntomas especiales

Retardo del lenguaje 24

Retardo del desarrollo psicomotor . 26

DESORDENES TRANSITORIOS DE LA PERSONALIDAD

Reacción ansiosa situacional	19
Reacción emocional de adaptación	16
Reacción de adaptación de la infancia	14

DEFICIENCIA MENTAL

1) Funcional:	
a) Débil mental	63
b) Retardo mental	42
2) Orgánica :	
a) Oligo-frenia	17
b) Idiosia profunda	2

OTRAS ENFERMEDADES:

Enfermedades parasitarias del aparato digestivo

Ascaridiasis	24
Amebiasis	8
Ancylostomiasis	1
Guiardiasis	3

Enfermedades de la Nutrición

Raquitismo	2
Desnutrición	2

COMENTARIO

Como puede apreciarse hay una amplia gama de entidades orgánicas y funcionales que requieren los más diversos tratamientos y la conducta terapéutica debe ajustarse a múltiples variables en cuanto a la ayuda social y guía educacional en cada caso.

Trataremos de resumir la conducta seguida en los grupos nosológicos más importantes.

RESUMEN

Se ha procurado en el presente trabajo, presentar una visión sintética de los amplios y complejos problemas sanitarios generales en relación con el abandono del niño.

Como complemento fundamental de este, he creído indispensable presentar el informe que a continuación se incerta, obra de doña Isabel Ospina de Mallarino, Directora de la Sección Tercera - Protección del Niño Departamento de Asistencia y Protección del Niño, del Departamento de Asistencia Social de la Secretaría de Higiene de Bogotá cuyos profundos conocimientos y experiencia en la materia, hacen de ella uno de los más expertos y eficaces colaboradores de esta organización en la capital de la República.

FERNANDO SERPA FLOREZ

INFORME DE LA DIRECTORA DE LA SECCION DE
PROTECCION DEL NIÑO

El eminente especialista en Salud Pública doctor Fernando Serpa Flórez, ha querido hacerme el inmerecido honor de que mi nombre figure junto al suyo en este estudio sobre las incidencias del abandono en la salud del niño.

Poco resta decir después del completo y magnífico estudio del doctor Serpa, sólo quiero añadir unas cortas palabras de mujer y para ello quiero detenerme en el significado de la palabra "abandono" según la academia: "dejar o desamparar persona o cosa, descuidar intereses y obligaciones" hay pues diferentes abandonos:

1) Físico y material; es decir el niño que carece de techo, vestido y alimento adecuado.

2) Abandono emocional, el niño que carece de cariño y protección, del calor de un hogar, o que teniéndolo, este hogar se convierte en un lugar frío e impersonal, que por lo tanto no vigila sus obligaciones para con el pequeño, y es claro este se reciente y se afecta su salud emocional.

3) Abandono mental, se descuida el conveniente cultivo de la mente, su normal desarrollo, privándolo de las posibilidades del conocimiento, y de las luces intelectuales que capacitan al ser humano para ser útil a la sociedad.

A estas tres clases de abandono podemos agregar el grave y terrible del abandono del niño antes de nacer, el abandono de la futura madre; no solamente existe el caso, desgraciadamente, frecuente, del padre que jamás considera de su obligación, ni la crianza, ni la educación primaria de los hijos, sino el del padre que elude a la futura madre y la descuida en sus problemas, obligaciones y sinsabores durante esta época

dura y preciosa por la repercusión futura en la salud del infante primero, y del hombre después. También es doloroso contemplar el grupo, cada día mayor de madres solteras, de mujeres que se encuentran solas y desamparadas abandonadas del hombre, sufriendo su inconsciencia y enfrentándose a la terrible realidad de tener que criar un ser in hogar, sin protección paterna, sin nombre. La adopción soluciona algunos de estos casos, pero no puede, ni en veces debe, cubrirlos, todos. De manera que tenemos aquí un grupo considerable de niños que sufren de abandono prenatal; antes de llegar a formar parte de este mundo ya están abandonados por sus propios progenitores!

No es fácil medir las incidencias de todas estas formas de abandono en la salud del niño, en su salud emocional, mental y física. Estos niños abandonados forman ejércitos que van a poblar las instituciones de anormales, las cárceles y correccionales, los horfanatos, los hospitales y las casas de salud; que en distintas formas son un peso para la sociedad en que vive y que en muy contados casos la asistencia pública puede salvar; pues que esta no puede reemplazar la labor del hogar bien constituido. Hay pues un remedio único y universal contra el abandono! el hogar, el hogar completo y eficaz; el hogar como lo concibe la filosofía católica, el hogar como base y centro de la sociedad cristiana.

Las otras soluciones que puede dar el Estado, son costosas y siempre son sustitutivas de la labor del hogar; más se aproximan a este, más lo imitan mejores son sus resultados.

En cálculo aproximado deambulan por las calles de la capital unos 8.000 chicos. Estos chicos son abandonados en el sentido que da el diccionario están descuidados y desamparados. Sólo un porcentaje pequeño de esta cifra, un 20% son chicos huérfanos o carentes de padres, los otros los tienen; un 50% tienen padres otro 50% tienen uno de los dos. Muchos de estos chicos están matriculados en nuestras escuelas públicas, pero en el hogar no existe la autoridad organizada que haga que el

muchacho asista a la escuela ni nuestra policía en cooperación con la escuela hace de la asistencia a ella la obligación que debe ser.

Unos pocos meses en la escuela de la vagancia, que es la vida de los chicos en las calles basta para dejar profundas huellas en la salud mental, emocional y física de nuestros chicos, que contraen mañas, vicios y enfermedades que son lentos y difíciles de curar, ya no se puede trabajar con estos niños como seres normales pues que el abandono, que en esa edad constituye una verdadera y grave dolencia ya ha atacado a estos seres y están en estado de convalecencia, en lo que al trabajo de adaptación a una infancia normal se refiere. No es posible en todos los casos reintegrar al hogar a los que no lo tienen, pues distintas fuerzas lo desligaron bruscamente de él y es difícil que reconozcan sus nexos, no saben vivir en sociedad y es lento el proceso de adaptarlos a la vida de colegios o escuelas. Son convalecientes, hay que curarlos primero para empezar poco a poco su vida de recuperación y reintegración a la sociedad. A una sociedad, que los tiene, pero que constituye a malcriarlos, que no los compadece porque ignora su problema que los precipita más y más al vicio y al ocio pagándoselo con inconsciencia, pues no otra cosa es la falsa caridad de alargar dinero a los chiquillos harapientos. Sin pensar que con esos centavos no se soluciona una situación pero si se crean muchos y graves problemas.

Si queremos de veras ayudar a la infancia desamparada trabajemos sobre todo en formar y fomentar hogares que merezcan el nombre de tales.

ISABEL OSPINA DE MALLARINO



Instituto Interamericano del Niño

UNDECIMO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

B o g o t á , C o l o m b i a - 1 9 5 9

Doc.6.1.
Nov.16,1959 (150)
Subponencia B
Original:Español

LA PSICOPEDAGOGIA EN RELACION CON EL

ABANDONO

Por el Doctor ANTONIO PRADO VERTIZ

Representante oficial de México ante
el Instituto Interamericano del Niño.

LA PSICOPEDAGOGIA EN RELACION CON EL ABANDONO.

El niño es el ser más indefenso de la creación y por lo tanto debe ser protegido, antes de su vida, y después en todas las etapas de su existencia. Esta protección debe buscar, conservar y acrecentar su salud integral, entendiendo por ella el bienestar completo (físico, moral, intelectual, etc.), prevenirlo de la enfermedad y de los traumas sociales y morales y darle por la educación y la enseñanza los conocimientos necesarios para llegar a ser un hombre completo, útil a sí mismo y a la sociedad en la que vive.

Cuando esta protección no es completa, el niño se encuentra en estado de abandono, y así hablando en términos generales, diremos que existe abandono educativo, abandono sanitario, abandono moral, etc.; pero el niño no es un ser aislado en el mundo, ni independiente sino que convive en nuestro sistema actual de vida como un polo de la unidad social llamada familia. Llega a ella, con todas las características genéticas de sus progenitores, recibe en ella las primeras influencias, definitivas en su vida posterior, saludables o nocivas según la buena o mala constitución familiar. A su vez la familia se encuentra rodeada de un medio ambiente formado por la naturaleza y el hombre mismo bajo la forma de comunidad. El medio físico influye sobre el niño a través de sus condiciones de vida - la comunidad sobre la familia y viceversa.

Por lo tanto, podemos considerar dos grandes clases de abandono: el que se establece dentro de la familia misma, que llamaremos familiar y el que se ejerce fuera de ella que recibirá el nombre de extrafamiliar. A su vez, dentro de la familia el abandono puede ser total (ausencia de familia por deserción o defunción) y relativo, ya sea por ausencia o deficiencia de los dos o de alguno de los polos paternos (padre ó madre) o por causas atribuibles al mismo niño (invalideces motoras, auditivo-orales, visuales, mentales, degenerativas, etc.) o por desorganización de la familia (madre soltera, conflicto conyugal - divorcio, etc.)

El abandono extra-familiar está constituido por la ausencia, deficiencia ó olvido de todos o cada uno de los sistemas comunales de protección a la infancia contra las diversas agresiones del medio ambiente, y entre ellos, destacan dos como más importantes: el abandono sanitario y el educativo. El primero engloba la sanidad general del medio (nutrición, agua potable, avenamiento, habitación, etc.) y las prácticas de la medicina preventiva. El segundo el abandono ó ausencia de todos ó alguno de los aspectos de enseñanza y educación a que todo niño, sin impor -

tar su color, credo, o condición económica, tiene derecho a recibir. Nuestro trabajo se refiere exclusivamente a este último punto.

La constitución política de todos y cada uno de los Estados Americanos y la Carta de Organización de los mismos, por resolución de la Conferencia de Bogotá en 1948, marca claramente el derecho del Niño Americano a recibir enseñanza y educación. En la gran mayoría de los Estados Americanos, se señala también específicamente la obligación por parte del Estado de que esta enseñanza sea obligatoria y gratuita (anexo No. I). Pero desgraciadamente, por motivos que son bien conocidos y cuya etiología no podemos discutir en esta comunicación, el abandono educativo es general en América Latina (Anexo No. II) siendo más señalado en el medio rural que en el urbano y derivado de exiguos presupuestos educativos, que se traduce en escasez de maestros y aulas. Junto con este abandono educativo general (educación Pre-escolar y escolar insuficiente) existe un abandono parcial llamado deserción escolar, que alcanzando proporciones variables tienen como génesis fundamentalmente causas económico sociales.

(Para ilustrar estos aspectos en el capítulo "Abandono Educativo") del Informe Nacional de los Estados Unidos Mexicanos se señalan las cifras y etiología de los abandonos educativos parciales y totales en la República Mexicana (Anexo No. III).

Para que la educación sea fructífera debemos conocer perfectamente al sujeto que la recibe, el niño, por medio de su anatomía, fisiología, patología criminología, etc., para poder aplicar los métodos o medios para educarle e instruirle, hacia un fin determinado, constituyendo lo que recibe el nombre de Pedagogía Científica. Como ramas de ella podemos considerar la Psicopedagogía, que podemos definirla como el estudio de la psicología aplicada a la pedagogía, la Higiene escolar que vela por las óptimas condiciones higiénicas físicas o mentales de la educación, y la Médico-pedagogía que es la aplicación de las ciencias médicas (pediatría) a la educación.

En la mayoría de nuestras Repúblicas la educación se imparte sin conocer o conociendo imperfectamente al sujeto de ella cometiéndose con ello un gran abandono educativo intrínseco, ya que las consecuencias de esta pedagogía empírica siempre serán nocivas o cuando menos inútiles al niño.

Ahora bien, suponiendo que todos los niños de América recibieran educación escolar, esta por la misma escasez de maestros y aulas tiene que ser general, no tomando al niño como individuo sino como miembro de un todo, pero desgraciadamente no todos los niños son iguales, ni física, ni psicológicamente y la técnica de la enseñanza que para una gran mayoría puede ser útil para otros puede ser nociva y por lo tanto, este grupo de niños, aún solucionado el abandono e -

educativo general y por lo tanto dentro de la escuela se -- encuentran en estado de abandono educativo.

En efecto las investigaciones clásicas de J.E. Walla-- ce Wallin en los Estados Unidos de Norte América y las de Roberto Solis Quiroga en México nos demuestran que de ---- 1.000 escolares tomados al azar, 180 a 250 manifestaron -- retrasos mentales en relación con su edad cronológica, -- siendo de ellos, 10 totalmente deficientes, 20 a 30 nota-- blemente atrasados en su edad mental y 150 a 200 con re-- trasos ligeros. En su aspecto físico 20 a 30 presentaron-- defectos o invalideces variables en el habla, de 20 a 30-- invalidez auditiva desde la sordera absoluta a pequeñas -- deficiencias y 50 a 100 invalideces visuales variables. -- En el aspecto psicológico se encontró: casi 500 niños es-- decir el 50%, con estados patológicos que variaron desde-- pequeños errores de conducta (como rebelión, egocentrismo-- falta de seguridad) a oligofrenias, neurosis definidas y-- variadas frenopatías. Esta simple enumeración nos revela-- que la educación y la enseñanza no pueden ser iguales pa-- ra todos y que en nuestras escuelas (sujetas a un régimen-- escolar igual), el 50%, cuando menos de los niños no van-- a aprovechar la enseñanza recibida y que descartando las-- posibilidades, siempre remotas de superación y recupera-- ción espontáneas y dado el terreno desfavorable, heredita-- rio, sanitario y asistencial, común en nuestras Repúbli-- cas Americanas van a constituir grupos numerosos de niños-- abandonados que repercutirán sobre el porvenir de nuestras Naciones y que solo podrán ser rehabilitados por el empleo de una psicopedagogía especial que forma el espíritu de es-- ta sub-ponencia.

Ya tomando el tema específico de la psicopedagogía, -- en relación con el abandono el primer punto a tratar es el de hacer una clasificación de este abandono en relación -- con su etiología:

I.- Abandono evidente: a) Niños con estado mental nor-- mal pero con invalideces absolutas o relativas de los órga-- nos de los sentidos (invidentes sordo-mudos, etc.) o del -- aparato locomotor (secuelas de polio, encefalitis, polineu-- ritis, anomalías congénitas, etc.) que produzcan una impo-- sibilidad o retardo en la adecuación o aprovechamiento. -- b) Niños con integridad de los órganos de los sentidos pe-- ro con deficiencias mentales severas (oligofrenias, freno-- patías, etc.)

II.- Abandono Relativo: Niños normales somáticamente-- hablando pero con trastornos de la conducta: a) por heren-- cia, b) por padecimientos adquiridos, c) por ambiente hos-- til y d) por abandono familiar total o parcial.

El segundo punto a considerar es el diagnóstico de ca-- da caso: en principio todo niño que ingrese a una escuela-- aún con el calificativo de normal debe ser sujeto a un exá-- men médico psicopedagógico, elaborándose con sus resulta --

dos una ficha personal y de la cual se derivará el tipo de educación a la que deba de ser sujeto. La investigación --- clínica deberá de seguir los siguientes pasos:

1.- Antecedentes: a) Hereditarios, b) familiares (padre, madre y satélites), c) Obstétricos, d) Personales, patológicos y no patológicos, e) Ambientales, económicos, culturales, raciales, sanitarios, etc. Esta investigación es difícil, aún por trabajadores sociales experimentados, ya que está sujeto a la veracidad, cultura, pasión, etc. de los informantes, más sin embargo debe extremarse, ya que nos permite conocer el desajuste familiar. La situación económica, el padecimiento de enfermedades de secuela obli-gada, etc. y con ello hacer el diagnóstico presuncional del abandono, su etiología y aún su tratamiento.

2.- Exámen físico completo: El cual constituye una obligación ineludible en toda educación moderna, en la cual la Higiene Escolar es un imperativo categórico y que nos -- revelará incapacidades visuales, auditivas, motoras, trastornos glandulares o disendocrinias, nutrición y trastornos metabólicos y enfermedades crónicas transmisibles o no, que afectan la escolaridad como T.B. Lepra, Parasitosis, Des -- nutrición, Cardiopatías, etc.)

3.- Exámen psicológico y psiquiátrico en su caso: la medición de la capacidad intelectual tiene indudablemente -- gran importancia en el diagnóstico, pero el consensus actual nos indica, que esta no debe hacerse por la aplicación de un test único sino por la conjunción de pruebas verbales (Binet/Standord) y ejecutivas. El exámen psicológico es -- importante ya que el se referirá a si el niño en exámen tiene la capacidad suficiente para recibir una educación general, por una parte y por otra si esta deficiencia se debe -- al niño mismo a agresiones patógenas del medio o de la familia misma. En casos especiales el exámen psiquiátrico es fundamental ya que no solo permitirá hacer el diagnóstico -- de la frenopatía correspondiente, sino iniciar su tratamiento.

El tercer punto que debemos tomar en cuenta es la conducta con cada niño en especial o su tratamiento:

La Carta Fundamental de los Derechos del Niño nos da -- la pauta terapéutica cuando nos dice....."Todo niño tiene derecho a la comprensión adecuada, al respeto por su valor y la integridad de su personalidad, a la conducción simpática y competente, a la acomodación de los procedimientos -- de Instrucción para hacer frente a sus necesidades individuales y del ambiente que formarán su salud mental y su eficiencia social. Estos principios fundamentales nos llevan-

a pensar: Primero.- En que el niño abandonado educativo, tiene aún más derecho a este tratamiento que el niño común, por el hecho de que no ajustándose a la norma necesita mayor ayuda y comprensión para que sea útil a la sociedad y así mismo y Segundo.- Que contra lo que se piensa habitualmente la implantación de una educación especial para el niño abandonado específico no constituye un acto de caridad o de beneficencia o obligada con todas las consecuencias sociales inherentes a estos actos, sino que es el ejercicio de un pleno derecho.

La psicopedagogía terapéutica variará según el tipo de abandono y así tendremos:

1.- Abandono por trastornos en el lenguaje:

El mudo total y aún aquellos con invalideces parciales del lenguaje deben ser sometidos a educación especial rehabilitadora por medio de Institutos Psicopedagógicos Foniátricos que procuren la incorporación de estos niños a la Escuela común. En este aspecto, nosotros pensamos en la necesidad de que sea obligatorio para todo maestro de educación pre-escolar o primaria, el poseer los conocimientos necesarios para corregir los pequeños defectos del lenguaje de sus educandos sin necesidad de separarlos de los demás niños. Trastornos tales como articulación defectuosa, ceceo, mala pronunciación, etc. dejando para los Institutos Especializados los casos extremos o difíciles.

2.- Abandonados auditivos:

Aparte del tratamiento médico especializado que deben de recibir estos niños y con el cual muchas veces, se resuelve el problema, los restantes deberán de ser sometidos en INSTITUTOS AUDIOLÓGICOS a educación especial que comprenderá la enseñanza del lenguaje labial o manual, reeducación motora muscular del lenguaje, entrenamiento sensitivo motor, vencimiento de las perturbaciones de la personalidad inherentes a su invalidez, educación primaria ajustada a su estado y enseñanza del trabajo manual o intelectual, previa prueba vocacional, para la lucha por la vida en cada caso particular.

3.- Abandonados visuales:

Toda invalidez visual detectada por el examen médico debe ser corregida por la ortóptica correspondiente ya que los defectos visuales constituyen la etiología más común de los retrasos escolares. El invidente total, debe ser sometido a educación especial en lectura y escritura Braille, entrenamiento sensitivo motor, de acuerdo con su incapacidad e instrucción primaria, secundaria y profesional adecuada para poder bastarse a sí mismos, combatiendo la deformación de su persona-

lidad para hacerlos comprender y actuar como parte útil y activa de la comunidad. Debe de procurarse tanto en los Institutos para invidentes como en los Foniátricos que sus alumnos no estén separados absolutamente de los niños normales, sino procurando en todo lo posible su contacto como una medida efectiva de higiene mental.

4.- Abandonados motores:

Todo niño que posea una invalidez motora debe ser atendido en su período agudo o durante su tratamiento hospitalario con clases de Enseñanza Primaria en los mismos establecimientos médicos y en casos ambulatorios o crónicos en la misma escuela común, adecuando el ejercicio físico o la recreación, sin que el maestro debidamente instruido haga distinciones entre unos y otros, tratando de corregir los rasgos embarazosos de la personalidad del inválido

5.- Abandonados por enfermedad crónica:

En caso de enfermedad crónica, exceptuando los transmisibles durante el tiempo de su contagio, debe procurarse que el niño afectado, a la vez que recibe el tratamiento específico reciba la instrucción normal de cualquier niño sin hacer separaciones o grupos especiales. Aún en enfermos que deban estar confinados en el lecho (cardiopatas) debe de procurarse su convivencia aun que sea temporal con niños de su edad o capacidad mental. Aunque la desnutrición y la parasitosis son tratadas en nuestras escuelas como padecimientos escolares, y como medidas de higiene escolar, en nuestro concepto, deben ser tratadas en el seno del hogar ya que ellas revelan el abandono sanitario y nutricional de la familia y es injusto e inhumano, que se proporcione alimento al escolar que tiene toda clase de protección y se abandone al pre-escolar y al lactante confinados estrictamente a los límites del hogar.

6.- Abandonados mentales:

Ya señalamos la importancia que tiene la elaboración de la ficha médico-psicológica para con acuerdo con ella y en relación con su capacidad intelectual, se formen grupos con niños con iguales cocientes para que el aprovechamiento sea fructífero para todos. Pero desgraciadamente ya señalamos que la falta de maestros y escuelas, problema común a todo Latino-América, impide este desiderátum y recarga los grupos en cifras muy superiores a las que prescribe una sana pedagogía, sin efectuar ninguna selección psíquica. Por lo que volvemos a señalar y a solicitar, quizá como una recomendación al Congreso, la elaboración de la ficha médico-psicológica y la elaboración con ella de los grupos escolares.

Los niños intensamente retrasados mentales, prescindiendo de todo factor etiológico y con C.I mayor de 50 -

deben de disponer en la escuela de un plan de estudios diferenciado, comprendiendo actividades sensoriales y motoras, artes, actividades de taller o de hogar, juegos o ejercicios al aire libre, desarrollo y formación del lenguaje, corrigiendo los rasgos de la personalidad con frecuencia ya deformados por el hogar o el ambiente. Desgraciadamente la práctica nos indica que la recuperación es pobre y con frecuencia no es posible pasar del 2o. ó 3er. grado. Con cocientes intelectuales menores de 50 cualquier tipo de educación escolar es prácticamente imposible, pero en cambio niños con C. I. entre 70 y 80 son totalmente recuperables y es dado esperar de ellos una asimilación gradual a la enseñanza común, contando con la ayuda comprensiva y paciente del maestro, debiendo recibir solo en casos muy precisos o de niños muy deformados por el hogar o el ambiente educación especial como los del grupo anterior.

7.- Abandonados por trastornos de conducta:

Aunque la mayoría de estos niños son curados por el médico o el higienista mental cuando este descubre y extirpa la causa de su inconformidad, un número muy pequeño cuya terapéutica es prolongada y pueden constituir para los demás o para ellos mismos un peligro potencial, pueden necesitar clases o aún grupos especiales, pero que nunca deben llegar al carácter de reformatorios o cárceles disimuladas, sino en escuelas normales, sin rejas ni cortapisas y con procedimientos de aprendizaje que se adapten a sus necesidades. Con frecuencia se confunde en la escuela a estos niños con escolares superdotados (C.I. de más de 125) y que no se adaptan a la rutina escolar y constituyen un motivo de disipación o problema en la clase, lo que prueba una vez más la necesidad ineludible del examen psicopedagógico completo y la integración de grupos afines y cuando esto no sea posible la solución es fácil, ya que el maestro que no ignora estos hechos, puede proporcionarles con un poco de dedicación oportunidades especiales de acuerdo con su talento.

8.- Abandono familiar total:

El niño normal, física y psicológicamente hablando pero que sufre un abandono familiar total o parcial, es el más común en nuestros tiempos actuales y el menos comprendido. La solución habitual es el internamiento en hospicios albergues o internados comunes que acrecientan su tragedia y llegan a constituir con frecuencia verdaderas neurosis, por lo que en favor de una psicopedagogía racional de estos casos deberemos asentar:

10.- El niño abandonado familiar no debe ser sujeto a internados o Institutos para Huérfanos, sino en caso de absoluta necesidad. Debe procurarse siempre su reintegración al seno de la familia, que es el sitio del niño, ya sea por adopción legal o en su defecto, por el Estado en

forma de hogares substitutos, recibiendo en todas las formas una escolaridad normal y no la de un régimen de cuartel o presidio con uniformes especiales y disciplinas que lesionan su cuerpo y espíritu.

2o.- En caso de que sea absolutamente necesario conservar estas instituciones asistenciales, estas deben desprenderse de su fisonomía de hospitales o cárceles, desapareciendo las grandes salas dormitorio de frías paredes y comedores comunales procurando que sus habitaciones y anexos sean lo más semejantes posible a un hogar. El niño asistente a tales Internados debe compartir la enseñanza y recreación con niños de hogares normales sin distinción de ninguna especie y usando el maestro de todos los medios a su alcance para reconstruir una personalidad deteriorada por el abandono. En caso de abandonos parciales ya sea del padre o bien de la madre. (deserción, trabajo, prisión, enfermedad grave, etc.) debe de recurrirse a las Guarderías u Hogares substitutos temporales, llevando las finalidades que señalamos en el abandono total y procurando a toda costa la reconstrucción o rehabilitación familiar. Como en el caso anterior en ningún motivo, se debe recurrir a la interrupción ni mucho menos a la separación escolar de estos niños abandonados, sea cual sea la causa de su etiología, y de niños normales.

A esta psicopedagogía de niño abandonado se oponen varias barreras. La primera es la asfixia económica que en el ramo educativo envuelve a numerosas naciones latino-americanas y que congestiona las escuelas primarias, la cual lógicamente impide la atención individual, física, psíquica y pedagógica del niño y el abandono del mal dotado. La segunda es, por una parte la carencia de suficientes maestros de enseñanza primaria: para ilustrar este aspecto diremos que en la República Mexicana existen 91.719 maestros, de los cuales tienen título profesional solo el 60% y que hacen falta para cubrir las necesidades educativas, tanto en los medios rurales como urbanos, 97.290 más, por la otra es la ignorancia en los no titulados y el olvido en los graduados de la aplicación de los conocimientos de Instrucción de niños incapacitados, Higiene Mental, e Instrucción, corrección y psicología de niños anormales. En tercera, la falta e insuficiencia de médicos escolares psicómetras, psiquiatras y psicólogos para elaborar la ficha médico-psicopedagógica de cada niño, labor improba si ponemos por ejemplo que la población escolar de la República Mexicana solo en el grado primario, pasa de siete millones y medio de escolares. Cuarta: la ausencia o insuficiencia en Latinoamérica de Institutos para Rehabilitación (no de reclusión) de niños invidentes, sordos, mudos, inválidos motores y débiles mentales e Institutos Médico-Pedagógicos y Quinta: la concepción y la existencia aún en Latino-Améri-

ca de Casas de Cuna, Hospicios o Internados para niños abandonados con las características de reclusión y separación del niño normal.

CONCLUSIONES:

PRIMERA:

El espíritu de los pueblos Latino-Americanos expresado a través de sus Constituciones Políticas, es el de que la enseñanza primaria, sea obligatoria y gratuita para toda su población escolar.

SEGUNDA:

El abandono educativo total, fundamentalmente revelado por las cifras de analfabetismo, es aún elevado en Latino-América.

TERCERA:

Para que la enseñanza sea fructífera es indispensable conocer individualmente al sujeto que la recibe, el niño, físicamente, mental y sociológicamente.

CUARTA:

Para cumplir este desiderátum es indispensable integrar la ficha médico-psíquica-pedagógica y social de cada niño y en virtud de ella constituir grupos escolares similares de acuerdo con sus características físicas y mentales.

QUINTA:

En el aspecto psico-pedagógico, dos tipos de niño tienen la mayor importancia: el niño normal mental pero con invalideces somáticas, y el niño anormal mental aunque físicamente sano.

SEXTA:

Es indispensable la creación, en número suficiente, de INSTITUTOS REHABILITADORES MEDICO-PEDAGOGICOS para abandonar los visuales, auditivos, del lenguaje, del aparato locomotor y mentales.

SEPTIMA:

La filosofía y meta de estos establecimientos así como las de CASAS DE CUNA, HOSPICIOS o INTERNADOS, ETC. debe ser la reincorporación del niño al seno de la familia (propia, adoptiva o substitutiva) y la reintegración del niño a la escolaridad normal como prevención y tratamiento de las deformaciones de su personalidad.

OCTAVA:

Debe incrementarse en las escuelas normales el estudio, y por el maestro titulado la aplicación de la instrucción, - corrección y psicología del niño abandonado, físico, mental y social.

gyi.