

Nº: 4114

BA. 6. 11



71 R

XIV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

5-11 de agosto
1973

Santiago de Chile

Chile

TEMA: PROTECCION GLOBAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN
SITUACION IRREGULAR

DOCUMENTOS

I - ASPECTOS DE SALUD

0004114

I N D I C E

	Pág.
Ponencia Oficial del Gobierno de Chile	1
Informe Nacional. Chile	27
MONDESIN, Buffón. Irregularidad física, temporal, permanente, reductible e irreductible, asignando particular relevancia a los aspectos relacionados con <u>alimentación</u>	42
COSSICH MARQUEZ, Carlos. Irregularidad física, temporal permanente, reductible e irreductible, asignando particular relevancia a los aspectos relacionados con la alimentación.	56
LOPEZ ZAIZ, I. Irregularidad mental. Deficientes mentales y sus grados. Prevención, diagnóstico y tratamiento.	88
CHILE. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Protección global de los niños y adolescentes en situación irregular...	107
MONTENEGRO, Hernán; ADRIAZOLA, Guillermo; JARAMILLO, Gloria; PUENTE L., Patricio de la. El menor en situación irregular en un Distrito del Gran Santiago. Medición de su frecuencia y de la asociación con algunas variables. 1970.	164
SOSA, Manuel Augusto; GIAMBARTOLOMEI, Amelia. Escarbiosis. Un problema sanitario.	184
Recomendaciones (Aspecto salud)	191

TEMARIO

I - ASPECTOS DE SALUD

- Subtema: Los problemas de la salud del niño y del adolescente.
Su prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Cap.1. Irregularidad física, temporal, permanente, reductible e irreductible, asignando particular relevancia a los aspectos relacionados con la alimentación.
- Cap.2. Irregularidad mental. Deficientes mentales y sus grados. Prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Cap.3. Desórdenes emocionales. Desórdenes y enfermedades mentales. Prevalencia e incidencia; diagnóstico, conducta terapéutica.
- Cap.4. El niño y el adolescente víctimas de maltrato físico y psíquico.
- Cap.5. Irregularidades por iatrogenia.
- Cap.6 La cooperación interamericana con relación a la salud de los niños y adolescentes.
-

Ponencia Oficial del Gobierno de Chile

Informe Nacional. Chile



XIV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

5 AL 11 DE AGOSTO

SANTIAGO - CHILE

Auspician: Gobierno de Chile

Instituto Interamericano del Niño

P O N E N C I A O F I C I A L

D E L

G O B I E R N O D E C H I L E

"LAS NECESIDADES DEL NIÑO NO PUÉDEN ESPERAR; NO
PODEMOS DECIR MAÑANA; EL NIÑO SE LLAMA HOY"

(GABRIELA MISTRAL)

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO
ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS
XIV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO
SANTIAGO DE CHILE

COMISION TECNICA

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1.- INES VARGAS DELAUNOY | SUBSECRETARIA DE JUSTICIA. |
| 2.- GABRIELA REYES GAETE | PSICOLOGA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD. |
| 3.- ADRIANA PADIN VILLEGAS | DIRECTORA ASISTENCIA SOCIAL. |
| 4.- HERNAN BUSTAMANTE VARGAS | JEFE DE SECCION DE EDUCACION EXPERIMENTAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION. |
| 5.- ALEJANDRO ZULETA GUERRERO | VICEPRESIDENTE EJECUTIVO DEL CONSEJO NACIONAL DE MENORES. |

))))))))))))))))))))))

INTRODUCCION

1.- PROBLEMAS DEL MENOR EN SITUACION IRREGULAR

- 1.1 - La familia y su rol en el desarrollo social.
- 1.2 - La minoridad irregular como consecuencia de los problemas socio-económicos.
- 1.3 - El menor en situación irregular en un proceso de cambios.
- 1.4 - Perspectivas de una etapa de cambio.
Análisis de las contradicciones.

2.- CONCEPTOS SOBRE SITUACION IRREGULAR.

- 2.1 - Marco teórico general.
- 2.2 - Concepto sobre minoridad, situación irregular e irregularidad. Definiciones.
- 2.3 - Concepto global de la apreciación de los menores irregulares

3.- LAS ESTRUCTURAS SOCIO-ECONOMICAS, CULTURALES Y ASISTENCIALES Y LOS PROBLEMAS DE LOS MENORES EN SITUACION IRREGULAR.

- 3.1 - Las actuales estructuras como generadoras de situaciones irregulares.
- 3.2 - Criterios para una política y estructuración de un sistema de atención diferenciada de menores en situación irregular.

4.- PALABRAS FINALES.

SANTIAGO, AGOSTO DE 1973.

))))))))))))))))))))))

I N T R O D U C C I O N

La problemática de los menores y adolescentes en situación irregular significa un grave trastorno social que se proyecta mayormente en los países sub-desarrollados. En estos países se forma un verdadero círculo vicioso, como quiera que las infraestructuras socio económicas que dicha situación envuelve, configuran las grandes causales de irregularidad. Si el problema que nos preocupa produce desde ya gran impacto en cualquiera que sea la sociedad en que se presente, sus consecuencias son superiores en los pueblos en vías de desarrollo, puesto que en ellos además existen grandes dificultades para otorgar una atención diferenciada. Por otra parte, necesario es agregar el desinterés que en la Comunidad ha existido, quizás por falta de información, respecto a la habilitación y rehabilitación globales, como asimismo, la insuficiente implementación que crea los grandes déficits de atención.

En suma, la situación global de la población en situación irregular de América, y por tanto de Chile, es uno de los fenómenos - que deben tener prioridad en su análisis y tratamiento por parte de - Gobernantes y gobernados.

Las condiciones de sub-desarrollo implican la falta de industrialización, cesantía, desnutrición y miseria. La pobreza de países que potencialmente son ricos, la tenencia de la tierra y de los medios de producción en manos de una minoría, la educación refleja negativa, el mal uso de los medios de comunicación y difusión masivos, acarrear como consecuencia la desorganización familiar, el alcoholismo, la vagancia, la irresponsabilidad de los padres frente a sus hijos, etc.. Por consiguiente, la minoridad irregular en países como Chile, tiene su fuente principal, en los problemas socio-económicos - que enfrentar toda sociedad, y dentro de ella, las familias más modestas.

Los problemas referidos producen como consecuencias situaciones irregulares, que comienzan en el vientre materno, cuando el embarazo de la mujer no es cuidado como correspondè. La falta de alimentación, de condiciones higiénicas y de ambiente mínimo para una gestación normal, el exceso de trabajo o la realización de trabajos pesados, las tensiones emocionales, etc., determinan el nacimiento de niños que, si bien no son irregulares, tienen todas

las condiciones predisponentes para llegar a serlo.

Por otra parte, deficientes condiciones sanitarias de atención del parto, de alimentación en las primeras etapas de la vida y de las condiciones de supervivencia en general, determinan a su vez alteraciones en el desarrollo integral del niño. Sabido es que dentro de los irregulares sociales, encontramos un alto porcentaje de epilépticos, deficientes mentales, alteraciones psíquicas y físicas en general, que tienen una relación directa con los factores mencionados.

Ante la coyuntura histórica que vive nuestro pueblo, orientado hacia una sociedad socialista, deseamos entregar como respuesta a los requerimientos de esta realidad, renovados planteamientos.

Las clases trabajadoras, el pueblo consciente de su rol humanista, impulsador de cambios estructurales, está tratando de crear condiciones para la conquista de un Poder que esté al servicio del mejoramiento integral de las grandes masas, de la conquista de la salud y de la felicidad a través del pleno desarrollo del hombre.

CAPITULO PRIMERO

PROBLEMAS DEL MENOR EN SITUACION IRREGULAR.-

1.1.- LA FAMILIA Y SU ROL EN EL DESARROLLO SOCIAL:

FAMILIA Y DERECHO:

Intimamente relacionada con la problemática familiar y con la irregularidad del menor, está la manera como el Derecho regula las relaciones familiares, como quiera que de sus normas se desprende la situación jurídica los componentes de una familia.

El Derecho es un conjunto sistemático de normas que regulan determinados aspectos de la vida social, de acuerdo a una escala de valores. El Derecho nace, se aplica, se interpreta y se vive en una sociedad, y por lo tanto debe responder a las necesidades y a la realidad de la misma. Todo ordenamiento jurídico debe estar al servicio de la comunidad, y de consiguiente, debe irse encuadrando dentro de las exigencias políticas, sociales y económicas que en ella se presentan. Dentro de este orden de ideas, asignamos especial importancia a la familia como núcleo básico de la sociedad, y dentro de ella, a la mujer y al niño, que aún se encuentran en una situación desmedrada debido legislaciones familiares más que centenarias. Creemos que es necesario cambiar esta situación, toda vez que el futuro de América Latina debe cimentarse reconociendo a la mujer el derecho a participar con plenitud en el proceso actual, y al niño, como al único ser privilegiado en la nación, porque de él depende el futuro de nuestra sociedad y es nuestra responsabilidad darle todos los instrumentos que le permitan un desarrollo integral.

La legislación familiar chilena, en su núcleo central, data del año 1857. Esta legislación, que ya en esa época se encontraba superada por la realidad, ha sido objeto de sucesivas modificaciones de carácter parcial.

Las principales características que registra nuestra legislación familiar son las siguientes: En primer lugar, es una legislación clasista, porque refleja exclusivamente los valores de una ideología tradicional, desconociendo la realidad de las familias populares. Así por ejemplo, no considera la convivencia como una causal de constitución de la familia, en circunstancias que es la forma más frecuente en que ésta se constituye en nuestros sectores postergados. En segundo lugar, se preocupa fundamentalmente de las relaciones patrimoniales dentro de la familia, como son la patria potestad, los regímenes matrimoniales (bienes), la herencia, etc.. Además, contra en el hombre toda la autoridad de la familia, el que detenta derechos absolutos sobre la persona de la mujer y de los hijos.

Reconociendo lo anterior, creemos que es necesario ir a la modificación de toda legislación familiar cuyas características sean las antes dichas, en atención a que tal tipo de legislación regula situaciones que unicamente se presentan en los altos estratos económicos, o que si se presentan en los estratos populares, sus requisitos carecen de sentido, puesto que la cantidad de dinero comprometido en estas relaciones familiares es mínimo.

Pensamos que el derecho de familia debe obedecer a una realidad socio-económica y debe ser estructurado en conformidad al avance social. La forma en que está concebida nuestra actual legislación familiar es una de las causantes de irregularidad en los menores, toda vez que al tomar como base y como única familia existente la legalmente constituida, desconoce por completo la convivencia, que se encuentra muy generalizada a nivel popular.

Desde hace largo tiempo se sostiene que todos los hijos, establecida su filiación, deben ser iguales ante el derecho y que no se justifican distintas calidades entre ellos. Sin embargo, a pesar de este unánime sentir, permanecen aún vigentes en algunas legislaciones latinoamericanas disposiciones que establecen odiosas diferencias entre los hijos, tanto en su denominación como en sus derechos. Frente a esta situación creemos que deben ser totalmente eliminadas las injustas categorías de hijos actualmente existentes, estableciendo un tipo único de filiación sin calificativos de ninguna especie: "El hijo". Esta es la filosofía que inspira un proyecto de ley que el Gobierno de la Unidad Popular ha enviado al Congreso Nacional basado en el principio rector que lo informa: "Todos los hijos son iguales ante la ley, hayan nacido dentro o fuera del matrimonio". Respetando este principio elemental, el proyecto resuelve una serie de situaciones, tales como las acciones de impugnación y de reconocimiento, legislando además, sobre la convivencia.

A pesar de la reforma que se propone, es indudable que determinadas diferencias que la propia realidad nos presenta, no podemos pretender eliminarlas mediante una ley, por muy perfecta y avanzada que ésta fuere. El que existan hijos nacidos como fruto del amor de una pareja, unida o no por el vínculo matrimonial, y otros cuyo nacimiento se deba a circunstancias irregulares, es algo que sólo se podría llegar a paliar, en cierto modo, mediante una profunda toma de conciencia popular.

Como hemos dicho antes, una de las causas principales del núcleo familiar en nuestras clases populares, es la convivencia, la que

hasta el momento no ha recibido un reconocimiento legislativo. En efecto, la conviviente no tiene derechos a alimentos y los hijos que nacen de ella, sólo pueden llegar a tener el carácter de naturales. Lógicamente, desde el punto de vista familiar, esta es una gran causal de irregularidad en los menores. Nosotros creemos que éste es un problema que debe enfrentarse sin vacilaciones, tanto desde el punto de vista de los convivientes, como de los hijos que son fruto de esta unión. Existe a todo nivel popular un alto porcentaje de parejas, que, viviendo como cónyuges no se encuentran casados legalmente. Es menester legislar sobre esta materia, señalando que cuando un hombre y una mujer viven como familia en un hogar, durante cierto tiempo, pero sin estar casados, se regirán sus relaciones por lo establecido en las normas sobre derecho de familia.

Todas las medidas tendientes a solucionar los problemas de las injusticias en la legislación de familia, solamente tendrán eficacia si las situaciones que se plantean de las relaciones pertinentes las conocen Tribunales de Familia, los que deberían ser Colegiados, integrados por psicólogos, asistentes sociales y abogados. La existencia de Tribunales integrados en la forma señalada, permitirían fallar más adecuadamente los problemas familiares, toda vez que dichos conflictos contienen elementos de relevancia jurídica, pero inmersos en un profundo sustrato humano, muy superior en la generalidad de los casos, que cualquier otro problema que se pueda plantear ante los tribunales ordinarios, pues sus consecuencias normalmente no sólo afectan a las partes en litigio, sino a todo el grupo familiar y principalmente dentro de él, al niño.

CONCEPTO DE FAMILIA.-

Corrientemente se habla de la familia como la unidad esencial de desarrollo de la vida afectiva, educación y desarrollo de los niños y aún más, de la pareja y los hijos; conceptos que son vacíos en la medida que no se consideran las características específicas de la sociedad en la cual la familia está inmersa. En el caso chileno y latinoamericano, en general, es necesario tener presente que se trata de sociedades dependientes, donde las relaciones sociales predominantes son, fundamentalmente, relaciones de explotación. Dicho elemento se refleja directamente en la organización y división del trabajo que se da al interior de la familia. En esta perspectiva, se sitúa la concepción tradicional de la familia, que contempla dos aspectos fundamentales: La privacidad de la vida familiar (reflejando los intereses más privados de los individuos) y el carácter armónico de ésta. Respecto a este último punto, cualquier situación de desequilibrio o perturbación

se debe a fallas personales de los miembros que la componen y no logra percibirse que dichas situaciones son producto directo de la forma en que está estructurada, de las funciones que se han asignado, de la asincronía entre los cambios que se producen en la sociedad y los que se dan en la familia.

Dadas estas consideraciones generales, queda claro que cualquier cambio que se impulse a nivel de la familia tiene como pre-condición un conjunto de cambios estructurales que afectan directamente la base económica de la sociedad. Para lograr esto, no basta solamente la expropiación y socialización de los medios de producción, sino que esto debe ir acompañado de una reorganización de la división del trabajo al interior de la familia, lo cual lleva consigo la necesaria redefinición del rol de la mujer.

Ø Tradicionalmente, se piensa que el hogar es el ámbito exclusivo de la mujer. Por lo tanto, debe aprender a ser buena dueña de casa, buena madre y buena esposa. Debe comprender y aceptar pasivamente al hombre, quien es el jefe y autoridad indiscutida de la familia. Por su parte, el hombre es quien debe y puede hacer vida fuera de la familia, por las demandas que le sociedad le impone y por la necesidad de vender su fuerza de trabajo en el mercado capitalista. La mujer y los niños por el contrario, deben desarrollar su vida, primordial y casi exclusivamente, dentro del núcleo familiar. Todo esto reafirmado, como un valor indiscutible e inmutable dentro de la sociedad, que presenta distintas formas de expresión y justificación, pero que no es más que la concepción de la superioridad del hombre, y la consecuente sumisión de la mujer. Cualquier cuestionamiento de estos roles es reprimido mediante la racionalización y la mitificación de lo femenino y lo masculino. Las características así dadas como típicas de la mujer y el hombre, y el desempeño del rol afectivo, por parte de ella, y el rol instrumental, por parte de él, son vistas como innatas e inmutables. La desigualdad de los sexos aparece así como de derecho natural. Su cuestionamiento amenaza el equilibrio y estabilidad familiar, y por ende, el buen funcionamiento de la sociedad.

En ningún caso se considera que aquéllos roles transmitidos mediante la socialización y reforzados por una estructura familiar constituida en base a la autoridad, sean producto de una ideología determinada, en función de sus intereses y, para la mantención de su base, el sistema económico. Mujer e hijos pasan a ser vistos casi como cosas, objetivos que se compran y pasan a constituir el patrimonio pri

vado. No se ve cual puede ser la relación de estos con la sociedad, el papel que puedan desempeñar en ella en su calidad de tales.

Toda esta concepción de la familia y los roles de cada uno de los miembros que la componen ha tenido consecuencias directas, una de las cuales y la más notoria, ha sido la no integración de la mujer al trabajo productivo. Es claro que bajo la situación de capitalismo dependiente que se vive en América latina, ha sido y es imposible la incorporación de las mujeres al trabajo más allá de un cuarto de la población femenina en edad de trabajar. Actualmente, sólo el 19,2% de las mujeres potencialmente activas están incorporadas al trabajo en nuestro país. Solamente, cuando el capitalismo de los países centrales sufría fuertes depresiones provocadas en primera instancia por la crisis mundial de la economía de los años 30 y posteriormente, por la segunda guerra mundial, se produjo una mayor incorporación de mujeres al trabajo. En esta situación, la incorporación de la mujer al trabajo se da primordialmente en aquellas ramas de la economía en las cuales se realiza trabajo no productivo.

Esta situación recientemente descrita nos hace ver claramente que la función primordial de la mujer es preocuparse de las tareas del hogar y cuidar las condiciones objetivas que permitan la reproducción de la fuerza de trabajo del hombre. Queda claro así, que la estructura actual de la familia, las funciones que ella desempeña y la perspectiva en la cual se desarrolla son producto directo de las características globales de la sociedad capitalista subdesarrollada. Es por eso, entonces, que se hace necesario impulsar un conjunto de cambios estructurales a nivel de la familia que vayan acordes con los cambios en la base económica de la sociedad que el Gobierno Popular ha venido desarrollando. En esta perspectiva, uno de los primordiales cambios a impulsar se refiere a la posibilidad de integración de la mujer al trabajo y a la vida económica y política de la sociedad. Así, la abolición de la propiedad privada crea las condiciones para la posible transformación de la familia, es decir, la abolición de la dependencia económica y social de la mujer frente al hombre y la dependencia de los hijos frente a los padres. Lenin describe esta perspectiva señalando que "... Nosotros esperamos que la obrera conquiste no sólo la igualdad ante la ley, sino frente a la vida y frente al obrero. Para ello es necesario que las obreras tengan una participación mayor en la gestión de las empresas públicas y en la administración del Estado... El proletariado no llegará a emanciparse completamente sin haber logrado la libertad completa para las mujeres".

La perspectiva descrita anteriormente se puede percibir, en forma bastante cruda, en las familias de sectores populares, cuyos problemas centrales son precisamente aquellos que, a través de diversos estudios, se han detectado como la causa fundamental de los menores en situación irregular. Es claro que las familias de sectores populares son aquellas en las cuales predomina un cierto tipo de relación con los medios de producción, cual es la no posesión de estos, situación que nos permite ver claramente cual es el origen de todos los problemas que pasaremos a detallar a continuación.

Dado que Chile y América Latina, en general, tienen como característica central un alto grado de subdesarrollo, existe una profunda desigualdad en cuanto a la distribución del ingreso. Esto implica que grandes masas de la población, precisamente, los sectores populares, tienen una extremadamente baja participación en el ingreso nacional. A modo de ejemplo, podemos señalar que en 1970, el sector asalariado participa solamente del 51 % del Ingreso Nacional Total. Una de las primeras medidas impulsadas por el Gobierno de Chile ha tendido a modificar radicalmente esta situación, aumentando la participación de este sector a un 59 % del Ingreso Nacional, en 1971.

Además de todas las medidas impulsadas y tendientes a la constitución del Área de Propiedad Social de la economía el Gobierno Popular ha llevado adelante un conjunto de tareas destinadas a solucionar el problema del acceso al consumo de bienes básicos y su consecuente distribución. Es claro que dicho problema logra paliarse en parte, al menos, al elevar los niveles de ingreso de los sectores asalariados, pero en la medida que sus raíces yacen en la estructura económica de la sociedad, se ha hecho necesario atacarla directamente.

En términos generales, es necesario destacar que la economía chilena estaba orientada fundamentalmente a aquellas ramas productivas con una alta tasa de retorno del capital, dejando de lado lo que son las necesidades de consumo de la población. Dada esta situación y como consecuencia de ella, el consumo de grandes sectores de la población estaba limitado tanto en cantidad como en calidad.

Para iniciar un conjunto de transformaciones encaminadas a la solución de este tópico y en una primera etapa de la transición al socialismo se impulsó una redistribución del ingreso como una forma de activar la producción industrial. Paralelamente a esto, se transfirieron a la tuición y control del Estado, una serie de empresas productoras y distribuidoras con características monopólicas, como una forma de servir los intereses de la clase trabajadora y de los

sectores más postergados de la sociedad.

Todas estas tareas han sido complementadas con la organización de la clase trabajadora, la que, a través de organismos comunitarios, tiene como función el control de la producción y de la distribución en conjunto con el aparato del Estado. En esta perspectiva, se insertan todos los organismos de participación de los trabajadores tanto en las empresas del APP, como en las del APS. como también los Centros de Abastecimiento Popular, las JAP y otros. Un segundo efecto de estas formas de organización de la clase trabajadora es el hecho de que permiten dar soluciones colectivas a los problemas que la familia ha enfrentado, tradicionalmente, en forma individual. Tal es el caso de las JAP, Guarderías Infantiles, etc. Esto permitirá, en un plazo no lejano, la integración de la mujer a la vida política y económica de la sociedad.

1.2.- LAMINORIDAD IRREGULAR COMO CONSECUENCIA DE LOS PROBLEMAS

SOCIO-ECONOMICOS:

Los efectos de los problemas socio-económicos, característicos de América Latina, se hacen sentir con mayor efecto en la infancia del niño de vastos sectores de nuestra población, que transcurre en un medio de privación que no satisface las necesidades básicas. Además de la alimentación deficiente, el campo educacional es vislumbrado en forma restringida, el medio cultural que los rodea no les ofrece perspectivas, limitando el nivel de aspiraciones legítimas. Por otra parte, las posibilidades de recreación adecuada, que se refleja en la carencia de campos deportivos, y de actividades artísticas al alcance de los medios económicos de la mayoría de la población, hacen que el niño permanezca durante las horas libres, sin orientación adecuada, sujeto a todo tipo de influencias negativas.

Dentro de este panorama, entra a formarse (o mejor dicho deformarse), individualmente o en grupo, el futuro vago, primer paso hacia la delincuencia.

Esta situación es vivida conflictivamente por el niño en la medida que capta las diferencias sociales profundas que lo hacen anhelar el poseer aquello que le es negado, sin reparar en los medios para conseguirlo. Es así, como se producen cambios en la personalidad del niño, que vemos reflejarse en sus valores, en las normas de convivencia, en sus actitudes y sentimientos.

1.3.- EL MENOR EN SITUACION IRREGULAR EN EL PROCESO DE CAMBIO.

- Análisis crítico de las características de la atención:

Dentro de un sistema tradicional, la atención de los Menores en Situación Irregular se caracteriza, por la falta de una política estatal en relación al problema, delegando las responsabilidades en entidades privadas, las cuales, atienden al menor, con diversidad de criterios. Esto se refleja en las líneas de trabajo poco flexibles, y en las estructuras insuficientes.

Las características de las líneas de trabajo en los países subdesarrollados, están dadas por la ideología con que se enfrenta el problema, desconociendo las causas fundamentales de la irregularidad social y la relación existente entre el fenómeno y las estructuras sociales políticas y económicas.

Es así como, la atención se diseña haciendo una abstracción del contexto nacional en que el fenómeno se da y, por tanto, se traduce en medidas de carácter esencialmente asistencial paliativo. Enfrentándose al problema del Menor en Situación Irregular se recurre a la Integración en Establecimientos abiertos, semiabiertos o cerrados sin que exista un criterio único de tratamiento del menor, y lo que es más grave sin que se contemple su inserción futura a la Sociedad. Los factores que predominan en esta concepción de la irregularidad, son los de tipo individual, o del medio individual (familia) sin considerar el contacto general en el cual se generan muchos de ellos. Las acciones tienen un marcado corte paternalista, fomentando la actitud de menores receptores de beneficios, y no de sujetos activos de su propio cambio. Al mismo tiempo, el manejo del Menor en Situación Irregular tiende a segregarlo de la sociedad y no a integrarlo a ella, o por lo menos dificulta al máximo esta integración. El concepto Protaccional se orienta en este mismo sentido sin dar al niño una solución integral a su problemática, sin abrirle mayores perspectivas a futuro, limitando sus aspiraciones, transformando al niño en un ser discriminado, a quien su realidad de niño huérfano, abandonado, irregular pesará toda la vida. Como resultado de ello, nos encontramos que después de largos años de internación, el menor pasa a transformarse en adulto, persistiendo en él la condición de irregular.

En una etapa de cambios como la que vive nuestro país, se abren múltiples posibilidades de enfrentar el problema del menor en situación

irregular, con un enfoque distinto. Sin embargo, existen una serie de limitantes objetivas y subjetivas que persisten, ya que es difícil modificar sustancialmente, un sistema de atención sin contar con todos los medios de inmediato para sustituirlo por otro mejor. Por consiguiente podemos concluir que en una etapa de cambio coexisten viejas y nuevas estructuras, pero no obstante ello, se vislumbran nuevas orientaciones que permiten ir adecuando paulatinamente las líneas de trabajo.

1.4.- PERSPECTIVAS DE UNA ETAPA DE CAMBIO.- ANÁLISIS DE LAS CONTRADICCIONES:

De acuerdo con el análisis político social desarrollado anteriormente se puede concluir que una solución definitiva de la minoridad - irregular en su aspecto socio-económico, no podrá obtenerse mientras no exista un cambio profundo de las estructuras económicas y políticas de los países de América Latina. Sin embargo, existen en una etapa de cambios una serie de medidas que tienden a preparar el camino para la solución definitiva del problema, al mismo tiempo que aportan una orientación nueva en la atención de los menores.

La nueva perspectiva se basa fundamentalmente en que el mayor esfuerzo y responsabilidad, lo asume el Estado, quien a su vez, absorbe funciones en conjunto con la comunidad organizada, la que en definitiva es la que va a ejecutar las acciones más directas.

Si hemos concluido anteriormente de que las manifestaciones de la irregularidad social se derivan de causas socio-económicas, la solución está en mejorar las condiciones socio-económicas solamente, sino que es fundamental la toma de conciencia por parte del poblador frente a las causas del problema, al mismo tiempo que se aprovechan tanto los recursos humanos y materiales que esta comunidad puede otorgar a fin de encontrar soluciones adecuadas al medio en que el menor debe desenvolverse y lo que es más importante, sin producir desconexión del medio mismo.

En este aspecto, son de extraordinaria importancia las medidas que el Gobierno Popular ha adoptado en cuanto a facilitar la organización de la comunidad y su vinculación con los Servicios que a través de programas técnicos, ayudan al conocimiento de las causas del problema. Ej: Comités Locales de Salud, Centros de Madres, Centros de Padres y Apoderados.

En el proceso de cambios, el aprovechamiento de los recursos tiene una orientación distinta. Estos se destinan a servir intereses de amplios sectores de la Población

Es así como el Gobierno ha hecho un gran esfuerzo por mejorar la atención del niño y de la mujer. Ejemplo de ello son: la nueva legislación sobre permisos maternales que prolonga la licencia post-natal hasta 3 meses; el plan de alimentación complementaria cuya expresión más clara es proporcionar 1/2 litro de leche a cada niño menor de 15 años; la incrementación de recursos para la Extensión de Servicios Materno Infantiles en el país, la creación de Guarderías y Jardines Infantiles tanto a nivel poblacional como a nivel de centros de trabajo que protegen y orientan al menor de 0 a 6 años y otros.

Es preciso aclarar que el esfuerzo que el Supremo Gobierno está desarrollando, no lo ha hecho en forma aislada sino que por el contrario ha incorporado en el nº solo a la comunidad sino también a todas las organizaciones que tradicionalmente se han ocupado del problema del menor en situación irregular. Si embargo, persisten determinados fenómenos que actúan directamente en la mantención de este, y se dan una serie de condiciones que tienden a agudizarlo.

Estas condiciones, se relacionan directamente con todas las dificultades propias de un proceso que se da en medio de una lucha de clases, donde los intereses chocan con gran intensidad, y donde las fuerzas se polarizan en posiciones antagónicas. Es necesario considerar también que todo proceso, se ve obligado a fijar prioridades, en las cuales los primeros lugares están determinados por las necesidades más imperiosas de la población, (necesidad de aumentar fuentes de trabajo, redistribución de rentas, aumento de la producción en general).

Por otra parte las estructuras no se encuentran adecuada para absorber el problema. Dentro de las Instituciones, vemos déficit de recursos tanto humanos como materiales, con técnicas incipientes, e incluso con un grado mínimo de información sobre el problema, factores todos que entorpecen la planificación y la operatividad de la nueva política.

Con este panorama sin embargo, la demanda de atención crece. La masa exige solución a estos problemas, y la responsabilidad mayor recae ahora sobre las Instituciones Estatales, donde estén también en juego diferentes criterios en relación al manejo del problema que es necesario armonizar para que no se refleje esta disparidad en acciones contradictorias.

En resumen en el proceso de cambios, se agudizan muchas de las

limitaciones que ya anteriormente existían para enfrentar el problema abriéndose por otro lado perspectivas de incunmensurable valor, una de las cuales es la organización y el grado de conciencia que alcanzan las masas populares, herramienta fundamental que permite sortear las dificultades, y seguir avanzando en la superación del problema del menor en situación irregular.

CAPITULO SEGUNDO

CONCEPTOS SOBRE SITUACION IRREGULAR

2.1.- MARCO TEORICO GENERAL

Las ideas filosóficas, los principios doctrinarios y las verdades científicas nos informan que el fenómeno de la irregularidad constituye un todo complejo que no puede ser seccionado y que se singulariza fundamentalmente por la multiplicidad de sus factores desencadenantes, por su expresión multifacética y por sus estados adversos y consecuenciales que afectan la seguridad del propio individuo y la salud de la comunidad.

La síntesis descriptiva de estas materias revela que las causales de irregularidad radican esencialmente en las estructuras e infraestructuras socio-económicas-culturales que sirven de sostén y de ámbito a los individuos y comunidades, sin significar esto, el soslayar los factores etiológicos de orden personal que en cierto tipo de irregularidades juegan un rol importante.

En la particularización de lo expresional de la irregularidad se subraya el concepto de que el niño es un ser integral que en la búsqueda de su maduración establece una serie de relaciones entre su "yo" y la realidad externa, mediante la aplicación de todas sus potencialidades y formas, y que paralelamente a su cabal conocimiento como "unidad" debe entenderse en función del medio y de todo el contexto, y que en este sentido, el menor-valente, en razón de su propia naturaleza, patentiza con mayor fuerza esta concepción.

El irregular o deficitario, ubicado frente a su propia circunstancia y el medio que le rodea, se perfila como un ser indefenso y disminuido por las peculiaridades propias de su anormalidad y por las presiones, imposiciones y velocidad del mundo actual; situación que le limita la posibilidad de percepción y respuesta a los estímulos y exigencias que le plantea la relación, la adaptación y la socialización que impone el ambiente. Esto, determina que algunos tratadistas piensen que el proceso de tratamiento del irregular en profundidad, significa un problema de restitución del equilibrio somato-psíquico del sujeto fallado o alterado y una adaptación socializadora, cimentada en normas científicas-técnicas y tendientes en último término, a lograr la seguridad, la productividad, la felicidad del individuo y niveles sanos de convivencia y bienestar colectivo.

Se puede decir que la conducta del irregular es el reflejo de su realidad íntima que se opone a la realidad de los demás, originando series conflictivas y perturbaciones de la relación.

La visión descriptiva de los niveles expresivos abarca una apreciada gama, que toca entre otros, deficiencias visuales, auditivas y del lenguaje; deformidades congénitas, traumas y parálisis; alteraciones del crecimiento, vitalidad disminuida; limitación mental; trastornos del carácter; cuadros patológicos e inadaptación a las exigencias del grupo.

En relación a los efectos consecuenciales y que inciden en riesgo social es necesario mencionar la delincuencia aguda u ocasional, la delincuencia crónica o habitual y la criminalidad.

La línea teórica del problema en su proyección, motiva una responsabilidad múltiple que afecta esencialmente el campo pedagógico, médico, jurídico, social y antropológico, y una posición y dirección política científica-social-humanista que busque no la salvación teológica, sino el rescate liberador que les entregue su verdadera condición de niños, de hombres y ciudadanos del mañana.

2.2.- CONCEPTOS SOBRE MINORIDAD, SITUACION IRREGULAR E IRREGULARIDAD

Los criterios valorativos para determinar qué es normal o regular y qué es anormal o irregular, son diversos y dependen en gran medida de los particulares enfoques y escuelas.

En la objetivación de esta argumentación, cabe mencionar: el criterio clínico: la normalidad es salud; el criterio estadístico: la normalidad es el término medio; el criterio antropológico: el hombre normal es el primitivo; el criterio psicoanalítico: todo es normal; y en la contrapartida, entre otros juicios se expresa: Anormalidad es la desarmonía existente entre los componentes básicos de la personalidad; la anormalidad es una pérdida de las condiciones regulares de adaptación que exige medidas especiales; la anormalidad es el estado producido por taras mórbidas, hereditarias o adquiridas, que interfiere el proceso de adaptación al medio.

Desde un ángulo más universal y centrando el problema en el niño, podría ilustrarse que normal o regular es aquel que sigue o responde a cánones biológicos, psicológicos, sociológicos, etc., aceptados como verdaderos en determinado espacio y tiempo; y, el niño anormal o irregular es aquel que se sale del padrón; en una frase, que no es como los demás.

La irregularidad misma, pensamos es una situación mórbida que afecta todas las áreas de la personalidad.

Cuando la personalidad alterada o enferma se proyecta o busca su adaptación al medio por desajuste o insatisfacción de la necesidad, surgen las conductas o comportamientos anormales - que afectan al sujeto y al medio social.

A la luz de estos análisis y de los principios genéricos derivados de experiencias y observaciones se infiere que no ha sido dable aún la concepción definitoria que encierre científica y lógicamente tan vasto y complejo problema.

Los profesores chilenos de Educación Especial en las jornadas de estudio de 1953 sobre la Minoridad; definieron: "LLAMAMOS IRREGULAR AL SUJETO QUE A CAUSA DE DEFICIENCIAS Y ALTERACIONES DE ORIGEN EXOGENO O ENDOGENO (ALTERACIONES FISICAS, INTELECTUALES, EMOCIONALES, SOCIALES, ETC.) ENCUESTRAN DIFICULTADES EN SU PROCESO DE ADAPTACION AL MEDIO SOCIAL EN QUE SE DESENVUELVEN".

El Servicio Nacional de Salud de Chile define: "MENOR EN SITUACION IRREGULAR ES TODO AQUEL QUE POR CAUSAS PERSONALES O AMBIENTALES, DE NATURALEZA FISICA, PSIQUICA, SOCIAL O MIXTA, SE ENCUENTRA EN FORMA PERSISTENTE Y PROGRESIVA EN NECESIDAD DE PROTECCION O DIFICULTAD DE ADAPTACION; LA QUE NO PUEDE SER REMEDIADA POR LOS MEDIOS NATURALES SINO A TRAVES DE UN PROCESO ASISTENCIAL O DE REHABILITACION ESPECIAL, DISPENSADO POR EL ESTADO Y LA COMUNIDAD".

2.3.- CONCEPTO GLOBAL DE LA APRECIACION DE LOS MENORES IRREGULARES

Al delimitar las ideas en relación a esta materia participamos que el Menor Irregular constituye una unidad y una totalidad indivisible, alterada y que en su proceso de incorporación social, produce cadenas de inadaptaciones simultáneas y sucesivas, que paralelamente al deterioro progresivo de la personalidad del

sujeto cierran sus posibilidades de integración. Todo esto puede repercutir peligrosamente y crear una verdadera patología social.

Sabemos que la personalidad de un individuo es una arquitectura total que determina un modo de ser, una conducta y una integración y que su génesis y desarrollo es producto de bases genéticas y la influencia plasmadora de los factores sociales.

Este desarrollo que es sumamente complejo y aún desconocido, pone de relieve lo complicado de este mismo proceso a nivel del menor irregular y la necesidad de que su diagnóstico, enfoque y tratamiento, sea lo más fiel en el orden científico y con absoluto criterio totalizador.

Esto implica que la atención debe ser globalizada, considerando al irregular en todas sus plenas y dimensiones, tratando que participe, actúe y se desarrolle lo más libremente posible y que se inserte productivamente en el medio social y adquiera el "sentido de la vida".

La política de orientación, dirección y aplicación del proceso de atención y asistencia de la Minoridad Irregular debe ser orgánico y unitario e integrador, diferenciado, permanente y democrático.

El problema en sí exige una conducción psico-socio-pedagógica objetiva e integral, con fines y metas definidas de estimulación, compensación, corrección, capacitación rehabilitación, - readaptación, inserción y seguimiento. Toda acción especializada debe efectuarse en base a un equipo multiprofesional o a una auténtica metodología.

La problemática del Menor Irregular reclama el trabajo coordinado y unido del médico, el profesor, el asistente social, el psicólogo, el terapeuta.

La gran metodología es el Trabajo de Equipo y con un solo objetivo, "salvar al niño".

C A P I T U L O T E R C E R O

LAS ESTRUCTURAS SOCIO-ECONOMICOS-CULTURALES Y ASISTENCIALES
Y LOS PROBLEMAS DE LOS MENORES EN SITUACION IRREGULAR

3.1 LAS ACTUALES ESTRUCTURAS COMO GENERADORAS DE
SITUACIONES IRREGULARES.-

En los países subdesarrollados se observan con mayor significación las diferencias que las estructuras sociales plantean, afectando fundamentalmente a las capas sociales más económicamente débiles.

En estas estratos sociales, los cambios violentos provocados por la tecnología y la ciencia, avasallan al hombre, que no logran los niveles de formación integral compatibles con las exigencias del progreso contemporáneo. Las estructuras formales institucionales, privadas y estatales, reflejan esas condiciones. Estas sufren la discriminación que las realidades sociales establecen, como por ejemplo, la carencia de implementación material y técnicas de las instituciones que sirven a los hijos de los sectores postergados, lo anterior se refleja mayormente en la atención de los menores en situación irregular.

Una serie de instituciones descoordinadas pugnan por la solución de este problema, en perjuicio de los trabajos multiprofesionales e interservicios. La atención que prestan no es lo suficientemente completa para permitir una segura y necesaria habilitación y rehabilitación. Las acciones de protección están dirigidas hacia lo remediativo y enmendativo, sin encarar el aspecto fundamental que es el PREVENTIVO.

Las estructuras formales institucionales educativas, protectores, jurídicas y asistenciales, no logran absorber las necesidades que la explosión demográfica plantea. Solamente en el área educacional quedan marginados de un desarrollo a nivel medio más del 50 % de la población escolar que cursa de Educación Básica; a los niveles superiores llega con éxito apenas el 4 %, a pesar de los esfuerzos de actualización de las programaciones.

La población realmente activa alcanza solamente al 40 % teniendo que soportar un contrapeso poblacional de menores y estudiantes del 45 %, y de jubilados e incapacitados de un 15 %. El enorme peso que debe soportar este 40 % activo, se agrava por los

clasisistas de las estructuras estratificadas en que las grandes posibilidades están destinadas a una minoría. Así se ha producido la superpoblación de las ciudades en perjuicio del ámbito agrario, creando el engrosamiento de la mano de obra no calificada, el aumento del desempleo y de las labores parasitarias. En el año 1865 la población rural alcanzaba al 71,4 %, en 1952 al 39,8 % y en 1960 al 31,1 % ; este ritmo migratorio alcanzaría en el año 1975 una crisis laboral del campo que no contaría con una población mayor que el 26,1 %.

La crisis social provocada por las presiones de las estructuras plutocráticas estratificadas sobre las poblaciones económicas y culturales débiles, sólo podría ser enfrentado con los cambios profundos de dichas estructuras socio-económicas. Necesario es tener presente los efectos consecuenciales de ellas son una gran gama de situaciones irregulares en los menores, acompañadas de limitaciones sensoriales, déficits intelectuales y alteraciones conductuales.

En una muestra que en un Distrito del Gran Santiago considerará una población socialmente heterogénea en la cual el 22,9 % correspondía a la clase media, se detectaron los siguientes hechos:

a) Solamente el 59,59 % de los menores podrían considerarse en situación regular. El 39,9 %, fueron calificados como en situación irregular, de los cuales el 33,43 % en situación de protección ; el 15,14 % en peligro moral; el 7,74 % en peligro social y emocional; el 10,25 % en peligro material social y emocional, y el 6,47. % con conducta antisocial e irregular.

b) El problema de la vivienda afecta directamente la irregularidad. En la muestra se determina que " la proporción de menores en situación irregular en viviendas precarias es casi cuatro veces la de menores en situación regular.

c) Existe una asociación significativa entre irregularidad y hacinamiento. El 56,5 % de los menores en situación irregular viven en hogares en que hay hacinamiento y promiscuidad.

d) En un total de 1.066 familias, se detectó que el 24,4% de los menores no se criaron con su madre, lo que constituye una característica de anomalía familiar. (1).

e) Los índices de analfabetismo se dan del orden del 4% en los padres y del 6,5 % en las madres. Sus niveles de escolaridad alcanzan el mayor porcentaje en la Educación Primaria, el 55,6 % en los padres y el 61,1 % en las madres.

f) La asociación entre discusiones de la pareja, jefe de hogar y el problema del menor irregular, es de gran significación. Las estadísticas de los trabajos efectuados arrojan que en los hogares en que las discusiones son frecuentes, el 78,3 % de los menores irregulares proviene de éstos, y en los hogares en que las discusiones se producen "a veces", el porcentaje baja al 15,2 %.

g) En los hogares que entre los cónyuges se ha producido una separación, el problema del menor irregular disminuye en relación a los años de separación entre ellos. En las cifras que arrojan las estadísticas se ha constatado que en los hogares en que se mantiene una separación desde hace 1 año, se aprecia el más alto porcentaje de menores irregulares; el 51,5 % en aquellos hogares cuya separación se mantiene entre 1 y 5 años, el porcentaje baja al 31,5 % y en aquellos hogares en que la separación se ha mantenido desde hace más de 5 años, el porcentaje es sólo del 17,2 %.

h) En relación a la situación civil de la madre, un 89,3 % de los menores regulares eran hijos de madre casadas, en tanto que sólo un 75,8% de los irregulares presentaban esta condición.

i) En los hogares en que el rol de jefe de familia, no lo desempeña el padre, se encuentra una mayor proporción de irregularidad en los menores.

j) A través de la información se pudo establecer que el 95,4 % de los menores irregulares han recibido maltratos físicos.

k) A través de la investigación se detectó que existe una asociación significativa entre irregularidad y el hecho que el menor puede abandonado en las horas de trabajo de la madre: 30,1 % menores en situación irregular y 4,3 %, menores regulares.

l) El índice de rendimiento escolar observa en un 34,1 % el mal rendimiento en los irregulares; en los regulares este porcentaje es de 26,9 % . Por otra parte el 26,9 % de los menores regulares repitió 2 o más años. En cambio en los irregulares alcanza el 36,3 %.

C A P I T U L O C U A R T O

3-2.- CRITERIOS PARA UNA POLITICA Y ESTRUCTURACION DE
UN SISTEMA DE ATENCION DIFERENCIADA DE MENORES
EN SITUACION IRREGULAR.-

Los criterios que enunciaremos, obedecen al propósito de compatibilizar los cambios sociales profundos que vive nuestro país, con las transformaciones en las estructuras de los sistemas de atención de menores en situación irregular.

A este respecto es conveniente tener presente que dichas transformaciones de los sistemas de atención, deben comprender definiciones realistas, y contar entre sus propósitos la compatibilización de los recursos y técnicas de tratamiento en forma diversificada, considerando fundamentalmente la expresión de la irregularidad como un fenómeno de patología social, que resulta imprescindible erradicar.

Los individuos impedidos, limitados o no desarrollados, no están en condiciones de alcanzar un nivel de integración social compatible con lo requerido por la comunidad. Ello hace necesario que se consideren los programas de habilitación y rehabilitación como un derecho inherente del menor.

Es importante consignar que los sistemas de adaptación que se han heredado, se caracterizan por su corte paternalista y escasamente científico, lo que no permite delinear una atención progresiva y permanente que considere la irregularidad como un fenómeno social que necesita ser atendido desde la etapa más temprana hasta la adulta.

Un proceso moderno de atención integral de la situación irregular de la minoridad, debe promover la formación de un hombre integrante e integrador de las comunidades, con plena participación en estas.

La simple solución paliativa de situaciones ya existentes se contrapone, en la práctica, a la idea de proceso y de integración. Toda atención debe partir preventivamente desde la familia, abarcando todos los factores de la vida debe estar presente en cada uno de los niveles del proceso de tratamiento, formación, seguimiento, y readaptación.

Partiendo de estas bases, es fácil constatar que - la capacidad de los sistemas de atención de menores, no alcanza a cubrir las necesidades que la realidad plantea, quedando marginados, en el presente, del tratamiento diferenciado, casi del 85% de los casos.

De allí que proponemos que la intervención de los recursos técnicos, administrativos y presupuestarios de toda la acción estatal y privada, debe ser coordinada de tal manera, que se obtengan los rendimientos más adecuados, evitando se los paralelismos y superposiciones.

UN ORGANISMO EJECUTIVO SUPERIOR DEL ESTADO, -
NORMARA, CONTROLARA Y SUPERVIGILARA LA ACCION
TOTAL DE LOS SISTEMAS.

El tratamiento diferenciado de menores en situación irregular, al cual ya hicimos referencia, contempla áreas correctivas y compensatorias. Con las primeras se trata de lograr las funciones detenidas o alteradas, y con las segundas, se pretende suplir las funciones deficitarias por medio de - habilidades y mecanismos afines. El fin último es la reintegración del menor al medio de relación y de trabajo, con el propósito de que obtenga el más alto nivel de adecuación, de eficiencia psicológica y social, y por tanto, de satisfacción individual.

En esta labor de habilitación y rehabilitación resulta imprescindible la participación de equipos multiprofesionales que con su adecuada eficiencia técnica y valores morales, hagan posibles efectos positivos.

CAPITULO V

PALABRAS FINALES



Ninguna referencia o aproximación al diagnóstico de los problemas socioeconómicos y políticos que afectan a los países de América Latina, puede ser seria si no arranca de un análisis profundo y sistemático de las causas estructurales que los originan. Consecuentemente, ninguna solución o conjunto de soluciones puede ser calificado de racional y científico, ni pretender la erradicación real de los problemas, si no se enmarca en una estrategia de liberación que rompa las cadenas estructurales que oprimen nuestro desarrollo.

Este planteamiento, no es, desde luego, ese análisis profundo que reclamamos, ni señala la estrategia liberadora que abarque los anhelos de los pueblos del continente. Sólo hemos pretendido describir los aspectos fundamentales y las líneas directrices que postula la representación chilena para este XIV Congreso Panamericano del Niño.

Mientras todos los estudios acerca de las potencialidades económicas de los pueblos latinoamericanos señalan posibilidades enormes de desarrollo, seguimos siendo pobres, porque el producto del esfuerzo colectivo de trabajadores, técnicos e intelectuales es absorbido y remesado en forma de utilidades y capital hacia los centros monopólicos y financieros, en lugar de servir como instrumento para desarrollar una tecnología independiente, planes de inversión y desarrollo acordes con nuestras necesidades.

Mientras no atacemos la miseria y la desnutrición, seguiremos teniendo altos porcentajes de irregularidad en nuestros menores.

No se trata de mantener un gran número de hogares donde internarlos, sino que debemos ir a solucionar las causas que provocan su situación. Es necesario hacer realidad, además, el derecho a una atención diferenciada, que posibilite la integración de los sujetos en situación irregular a una socialización plena, al igual de los que se consideran regulares.

0004114

En la relación de dependencia en que nos encontramos, debemos buscar el origen de nuestro subdesarrollo y el punto de partida de la escasez de vivienda, promiscuidad, hambruna congénita, cesantía, miseria fisiológica y del abandono de nuestra infancia, que ha creado los grandes niveles de situaciones irregulares y los grandes déficits de atención específica.

Este es el camino que el pueblo de Chile ha comenzado a recorrer en vías de su progreso, dignidad y bienestar. La nacionalización de nuestras riquezas básicas es el punto de partida de la gran estrategia, conjuntamente con la adopción de medidas tendientes a solucionar las grandes injusticias socioeconómicas que son las principales causales de irregularidad. Eventualmente, podremos coincidir en mejoramientos de los sistemas asistenciales, pero entendemos que no es ésta la solución para terminar con la irregularidad de los menores. Debemos reemplazar este sistema por una atención sin discriminaciones, permanente, inherente al desarrollo mismo del hombre, integrándolo al proceso social. El niño tiene derecho a construir su futuro, y nosotros... Debemos trabajar conjuntamente para dárselo en forma plena.

Pueblos de América Latina, pueblos de América morena, Chile os invita a emprender este camino en busca de un futuro mejor, porque son los niños los que formarán nuestro continente en el día de mañana y si no tratamos de entregarles las posibilidades que se merecen, deberemos responder ante la historia.

"LAS NECESIDADES DEL NIÑO NO PUEDEN ESPERAR;
NO PODEMOS DECIR MAÑANA; EL NIÑO SE LLAMA
HOY"

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

0-0-0-0-0

XIV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

INFORME NACIONAL

SUB - TEMA :

- Factores etiológicos de la conducta de los menores en situación irregular

Realizado por :

- Jorge Gissi, Psicólogo Social - Escuela de Trabajo Social - Universidad Católica de Chile.-
- Isabel Hanisch, Psicólogo, Delegado de Libertad a Prueba - Consejo Nacional de Menores.-
- Gloria Jaramillo G., Psicólogo Jefe Consejo Nacional de Menores.-
- Vera Kardonsky, Psicólogo - Profesora Investigadora - Escuela de Psicología de la Universidad de Chile -
- Julio Villegas, Psicólogo Social. - Profesor Escuela de Psicología Universidad Católica de Chile.-

Santiago, de Chile

1973.-

INTRODUCCION

El presente informe corresponde a una síntesis de criterios relacionados al análisis de la problemática del menor en situación "irregular" y a sugerencias sobre políticas y programas de acción tendientes a abordar esta realidad, tanto en términos de una prevención primaria como secundaria y terciaria.

Dichos planteamientos se centran en los siguientes aspectos :

Definición del concepto de menor en situación irregular y análisis de los factores etiológicos que generan, por una parte la situación irregular, y como consecuencia de ello al menor en situación irregular.-

- Análisis de algunos antecedentes experimentales descriptivos.-
- Sobre la etiología y prevalencia de esta problemática a nivel nacional.-

Proposición de un sistema taxonómico que permita definir los posibles síndromes conductuales generados en la interacción medio irregular niño.-

Proposiciones en relación a programas de investigación que nos lleven por una parte a un mayor conocimiento de las variables independientes e interventoras de la condición social irregular y en consecuencia a una acción de prevención primaria; y por otra parte a la puesta en marcha de programas concretos tendientes a la asistencia, tratamiento o rehabilitación de las alteraciones cognitivas, emocionales y sociales que presentan los niños afectados por un proceso de socialización anormal.-

El presente informe se refiere específicamente a los aspectos psicológicos, entendidos estos dentro de un marco dialéctico de interacción del individuo con su medio, de ahí que factores sociales como : migración, crisis de la familia, vivienda, etc. no han sido, considerados en profundidad.

I Definición del concepto del menor en situación irregular

Previo al análisis de los factores etiológicos, de personalidad, etc. así como también al planteamiento de proposiciones concretas nos parece prioritario detenernos en el concepto "Menor en situación irregular"; ya que la validez de cualquier análisis deriva, por una parte de la definición del área problemática y por otra de la metodología, con que es abordada.

De ahí que nos parece necesario como factor de referencia a nuestros planteamientos definir operacionalmente el objeto particularizado en estudio.

Proponemos la definición que se concretiza en los siguientes términos:

"Menor en situación irregular" sería todo niño perteneciente a ambientes de socialización cuyas condiciones económicas y/o sociales y/o culturales y/o psicológicas presenten alteraciones que originen deficiencias o insuficiencias de los elementos fundamentales para su desarrollo biopsicosocial y que en consecuencia presenten alteraciones en su comportamiento cognitivo - emocional y/o en su adaptación social.

Este intento de definición exige el análisis de los conceptos en ella incluidos.

- El primer término de la definición : " menor en situación irregular" todo niño perteneciente a ambientes cuyas condiciones económicas, y/o culturales, y/o sociales, y/o psicológicas presenten alteraciones, hace extensivo el concepto a toda la población infantil y juvenil que derive de medios de socialización alterados. Sin embargo aún cuando desde un punto de vista etiológico esta perspectiva sería válida, plantea la dificultad de que de la definición se derive una especificación de los niños que requieren protección, y o tratamiento institucional.
- Como ambiente de socialización entenderíamos el conjunto de condiciones estructurales, socioeconómicas y culturales que generan las condiciones básicas para el desarrollo humano, comprendiéndose en ellos : condiciones de ingreso familiar, educación, salubridad, alimentación, urbanismo, dinámica y estructura familiar, subcultura, etc.... Factores todos que influyen, determinando las condiciones mínimas necesarias para el desarrollo biopsicosocial del individuo y de los cuales derivan superestructuras ideológicas, en cuanto a valores, aspiraciones, conductas y actitudes, que a su vez generan los marcos de referencias de todo aprendizaje social.
- Se considera como deficiencias o insuficiencias a todos aquellos factores que determinen la privación de los elementos generadores del desarrollo humano y que provoquen en él, retardo o alteraciones en lo biopsicológico y en su resultado social.

Cabe señalar al respecto, elementos específicos en este aspecto que requieren especial consideración.

Nutrición

Atención materno infantil, con especial énfasis en la morbilidad perinatal.-

Asistencia médica integral

Estimulación sensoafectiva temprana y cultural posterior.-

Educación

Organización familiar como grupo primario de socialización, considerando sus aspectos estructurales y dinámicos.-

Organización social como grupo secundario de socialización.-

Sintetizando lo ya expuesto podemos definir el concepto "situación irregular" para aquellas condiciones debidas que se caracterizan por alteraciones económico - sociales, culturales y psicológicas; las que pueden presentarse en forma global o parcial determinando alteraciones en la estructura biológica (deterioro del sistema neuro-endocrino y/o motor esquelético) y/o en la estructura dinámico - social, las que se traducen, o en alteraciones del comportamiento cognitivo y emocional secundario a la alteración, o disfunción orgánica, como también en alteraciones en el proceso de aprendizaje emocional social traducido en la adquisición de comportamientos aprendidos, persistentes y desadaptativos, que afectan al desarrollo humano individual y social.

Se hace necesario precisar la definición operacional de los factores económicos, y/o sociales, y/o culturales, y/o psicológicos presentes en el ambiente de socialización los que deben presentar cualitativa y cuantitativamente una magnitud tal que plantee como necesidad basal la acción de protección y asistencia institucional.

De lo anterior se desprende la consideración de cada una de las variables que intervienen en la condición de situación irregular en el niño.

1) Condición económica.- Se considerará como variable definitoria una condición económica que impida la alimentación, y/o vivienda, y/o educación.

2) Condición sociocultural.- Al respecto se estima que la presencia de trastornos o patologías sociales de estructura o dinámica familiar, constituyen a su vez variables determinantes de situación irregular, siempre que estas no sean susceptibles de ser asistidas adecuadamente y que en consecuencia se constituyan en factores de estimulación y socialización negativa en lo cognitivo y emocional social.

Cabe destacar entre otros, variables como : alcoholismo, drogadicción, prostitución, delincuencia, hogares mal constituidos, inestructurados o de dinámica profundamente alterada, etc. La estructura y dinámica familiar incluyendo existencia o inexistencia de padres tiene en este aspecto significación prioritaria.

3) Condición psicológica.- Se refiera a la presencia de alteraciones psicológicas o/a enfermedades psiquiátricas que incidan en generar un ambiente familiar alterado y en consecuencia producen alteraciones emocionales en los niños y adolescentes.

Estas condiciones de vida irregular al generar seres humanos limitados o deteriorados en su evolución biopsicosocial, infradotados intelectual y emocionalmente impide o dificulta su integración al proceso productivo, cultural y social, generando además necesidades institucionales de asistencia y protección para un gran número de ellos.

Dentro de la multiplicidad de factores derivados de las condiciones socio-económicas y culturales que caracterizan el subdesarrollo, mencionaremos solo algunos, que presentan especial significación

-) Marginalidad, con la consecuente alteración de la estructura, organización y dinámica social.-
-) Subcultura.-
-) Patología social, entre los cuales se destaca por su dimensión social alcoholismo, drogadicción, prostitución, delincuencia, etc.-
-) Desorganización familiar.-
-) Alteraciones de la salud mental, familiar y social.-
-) Carencias o deficiencias de la educación formal institucional y de educación familiar, específicamente referidas al fomento de condiciones mínimas adecuadas de estimulación cognitiva-emocional y motivacional, que permitan que este medio primario de socialización se transforme en un sistema vector de la canalización del comportamiento social.

II Análisis de algunos antecedentes sobre la significación del problema a nivel nacional.-

Respecto al tema específico de la etiología de la irregularidad, el trabajo del Dr. Hernán Montenegro A., y colaboradores que es el primero y único al respecto en nuestro país. (1967).-

En este estudio de Prevalencia e Incidencia⁺ que se efectuó en un Distrito del Gran Santiago, se detectó cifras mas altas de lo estimado tentativamente en cuanto a la frecuencia de menores en situación irregular :

Total de Menores en Situación irregular : 39,90 %	}	- En necesidad de protección : 33,43 %	}	- En peligro material : 15,44 %
				- En peligro social emocional : 7,79 %
		- De conducta anti-social y conducta irregular : 6,47 %		- En peligro material social : 10,25 %

Como puede apreciarse, el peso del factor material es muy elevado, lo que podría derivarse del hecho que la población estudiada se ubica en un sector periférico y predominantemente proletario.

En el estudio de los factores materiales o ambientales asociados o generadores de irregularidad se contemplo :

- Condición material de la vivienda y nivel de vida.-
- Características de la estructura y dinámica familiar.
- Antecedentes de conducta social negativa y psiquiátrica de los padres y otros familiares del menor.-
- Antecedentes de otros factores que pueden afectar la adaptación del menor a la sociedad.-

En relación a las condiciones materiales se consideró como elementos importantes la precariedad de la vivienda, la ilegalidad, inestabilidad de la tenencia de la vivienda y el grado de hacinamiento.

El menor en situación irregular en un Distrito del Gran Santiago, Medición de su frecuencia y de la asociación con algunas variables. 1970.-

Se analizó además: el ingreso per cápita mensual, la categoría ocupacional de los padres, la cesantía reiterada del jefe del hogar, el bajo nivel educacional de los padres y del menor.

A través del estudio de los resultados obtenidos en esta investigación, se demostró que las condiciones relativas a la condición material de la vivienda mostraron estar asociados con la minoridad irregular, en especial los que se referían al nivel de hacinamiento y tipos de viviendas en que residían los menores. De los factores considerados sobre el nivel de vida de las familias encuestadas el ingreso per cápita resultó ser mas significativo.

Por otra parte distintos investigadores han confirmado la relación entre desnutrición y alteraciones en el desarrollo intelectual.

Otros han estudiado el impacto que la deprivación sensorial y cultural tiene en el desarrollo y la adaptación cognitivo-emocional-social.

El alcoholismo, la desorganización familiar y la delincuencia constituyen también variables interventoras fundamentales que afectan el desarrollo.

Investigaciones sobre tasas de prevalencia de desnutrición infantil y deserción y fracaso escolar confirman la magnitud que estos problemas tienen a nivel nacional. Al respecto, estudios sobre prevalencia de desnutrición infantil indican que en una muestra de niños de 7 años (1967-68), representativa de la provincia de Curicó, un 70% presentaba índices de desnutrición en diferentes grados. En otro estudio realizado con el mismo objetivo en el área Norte Urbana de Santiago, se encuentra que el 20% de escolares de 7 a 10 años de esta área presentan una estatura inferior al percentil 25 de la tabla de Iowa, y de ellos un 39% menos que el percentil 3. Respecto al peso el 18,42 % de los niños de la muestra se ubican bajo el percentil 3 de Iowa.

En relación a la deserción y fracaso escolar las cifras dadas por una investigación realizada en el SNS. en 1962, indican una deserción del 8,1 % de la población escolar primaria de 7 a 15 años, lo que en cifras absolutas indican que en el país desertaban anualmente 14.670 niños de las escuelas primarias. En cuanto al fracaso escolar expresado en la repetición de cursos, sería del orden del 17%, con 621.476 niños que no alcanzan los niveles mínimos para ser promovidos. El análisis de la causa de estos resultados pedagógicos, indican que el 50% de los niños en los que se observó deserción escolar, presentaron alteraciones en el aprendizaje y trastornos psicológicos; y entre los que repitieron curso, este factor constituye causal para un 67%, Según el mismo estudio el 10% de todos los escolares primarios de todo el país repite un curso y el 6% repite dos.

Por otra parte, una investigación realizada en muestra representativa de escolares de 7 a 10 años del Area Norte de Santiago sobre prevalencia de trastornos cognitivos emocionales y su relación con el estado nutricional, el nivel socio-económico, cultural y el rendimiento escolar indican que: Considerando el Area Norte como unidad general de análisis el 42 % de los escolares muestra un nivel de desarrollo intelectual normal o superior, presentando el 57,5 % restante alteraciones cognitivas de diferentes magnitudes. Entre los niños de nivel sub-normal encontramos un 36,7 % de normales torpes, un 18 % de niños con retardo mental leve, un 2,2 % de retardo mental moderado y un 0% de retardo mental profundo, siendo todos estos porcentajes significativos (p < 0.01).

El análisis de prevalencia diferenciado dentro del área norte las Comunas de Santiago, Renca y Conchalí indican diferencias significativas en el nivel de desarrollo intelectual alcanzado por los niños según el área geográfica considerada. En Santiago por ejemplo, la normalidad (IS, IB, N) representa el 66,7% de los sujetos y la anormalidad al 33,3% con porcentajes de 24,6% en la categoría normal torpe, 8,7% en retardo leve y ausencia de escolares con trastornos moderados.

IS=Intelectual Normal Moderado, IB= Intelectual superior a lo normal, N= Intelectual Normal.-

En Renca el fenómeno se invierte; el mayor porcentaje de sujetos 72,8% se ubica en los niveles de deficiencia intelectual subnormal (45,4% normal torpe, 22,7% retardo leve y 4,7% retardo moderado) y sólo un 27,2 por ciento alcanza un desarrollo normal (IN 22,5% o superior B 4,7%) .

La Comuna de Conchalí presenta una situación similar a la de Renca, con un 29% de normalidad y un 71% de subnormalidad.

El análisis de las diferencias de porcentajes señala diferencias significativas en la prevalencia de subnormalidad intelectual entre Santiago con Renca y Conchalí.

El análisis de las relaciones entre estado nutricional y desarrollo intelectual indica una correlación inversa y significativa entre ambos, vale decir, a mayor desnutrición menor deficiencia intelectual.

En cuanto a las condiciones socio-económicas, se observan también diferencias significativas según el desarrollo intelectual -- respecto al nivel socio-económico del grupo familiar.

El análisis del comportamiento emocional de los niños de esta muestra indica la presencia significativa de una amplia gama de conductas desadaptativas, especialmente en relación al comportamiento inhibitorio, angustioso y sus diferentes modos de instrumentalización, conductas agresivas y dificultades en la adquisición de algunas hábitos primarios fundamentales.

	Prevalencia
- Miedo anormal, angustia y conductas de evitación derivadas.-	- Miedo anormal-angustia 19,27%
	- Inhibición 41,93%
	- Dependencia 19,7 %
	- Angustia de separación 10,26%
	- Rasgos depresivos 20,5 %
	- Tartamudez 0,26%
	- Rasgos obsesivos 18,2 %
- Hábitos desadaptativos reductores de angustia.-	- Tics 6,25%
	- Onicofagia 34,37%
- Trastornos en los hábitos primarios de socialización	- Trastornos en la alimentación 20,31%
	- Enuresis 23,70%
	- Encopresis 1,3 %
- Trastornos psicossomáticos	- Trastornos en el sueño 17,4 %
	- Síntomas psicossomáticos 12,24%
- Rasgos histéricos	16,4 %
- Agresividad - rebeldía	- Agresividad 22,39%
	- Rebeldía 28,13%
	- Destructividad 15,10%
- Conductas asociales 13,8%	- Robos 32,08%
	- Vagancia 30,19%
	- Destrucción 47,17%
	- Cimarrina 11,32%

De un trabajo realizado sobre rasgos psicosociales en 40 niños en situación irregular, del Politécnico de San Bernardo es posible concluir que un número significativo de menores presenta una distorsión de la imagen paterna, descubriéndose esta como negativa o ausente, en tanto que la imagen de la madre es favorable y positiva.

Se observa además una desvinculación del niño al medio familiar.- La patología que esta presenta así como su desorganización, se debería a la ausencia de patrones de conducta y también ausencia de valores hacia ella misma.

Atendiendo al enfoque sociológico del menor en situación irregular y fundamentalmente a la etiología de la irregularidad analizaremos brevemente el problema de la marginalidad por la relevancia que ella adquiere en nuestra realidad latinoamericana.

La marginalidad es hoy día un problema sociológico muy discutido, que no debemos dejar de lado porque es de estos ambientes marginales de donde provienen el mayor número de menores en situación irregular.- Es un fenómeno típico de una sociedad capitalista dependiente, que implica fundamentalmente dependencia económica y cultural de nuestros países de los países hegemónicos del capitalismo mundial, obedece a situaciones históricas determinadas y forma parte de la problemática global de nuestras sociedades subdesarrolladas, y lo sufren un gran sector humano de nuestro continente latinoamericano.

El término marginalidad se incorporó al lenguaje sociológico, después de la 2da. Guerra Mundial, como consecuencia de la instalación de poblaciones y pobladores, en la periferia de las grandes ciudades latinoamericanas, el problema se agudiza en la década del 50, con el desplazamiento de vastos sectores de migrantes que buscan la solución de sus problemas, muchos de ellos provienen de zonas rurales, y otros se desplazan de sectores urbanos de escasa industrialización a las grandes ciudades.- Estos desplazamientos en un gran número se hacen en forma de invasión de terrenos originando núcleos poblacionales en la periferia o marginales de las ciudades por lo que se les denominó por esto poblaciones marginales.

De todos los elementos que constituyen la marginalidad que se perciben con mas claridad son la falta de vivienda, urbanización, de salubridad, desnutrición todo lo cual determina que sus habitantes vivan en condiciones de miseria y abandono.

De estas condiciones materiales o infraestructurales de la marginalidad surgió el problema de la marginalidad social de los habitantes de estos sectores cuyas características más relevantes serían :

1) Falta de participación, de integración de sus miembros a las estructuras vigentes y básicas de la sociedad en los cuales se insertan.- Esta falta de participación tiene como consecuencia el no recibir los beneficios que en su conjunto la sociedad genera, ni tampoco la constitución de estos grupos al desarrollo nacional ya que no se encuentran incorporados institucionalmente en las estructuras de discusión.- Esta falta de participación es global en la mayoría de los casos y abarca aspectos políticos, económicos sociales, educacionales, etc.-

Oscar Lewis y M. Harrington, idearon el término de "cultura de la pobreza" (sub-cultura) para referirse al fenómeno psicológico social que sufren los individuos de los sectores marginados, y se refiere a dos aspectos fundamentales :

a) Falta de identidad socio-cultural entre los marginados y los no marginados, que se manifiesta en un sentimiento de no pertenencia a la sociedad vigente.-

b) Un ambiente cultural "pobre" en cuanto al número y calidad de estímulos culturales de la marginalidad.-

Es la pobreza material que obliga a atender las necesidades primarias, impidiendo pasar a otro nivel de elaboración cultural -- que permita satisfacer otro tipo de necesidades.

Siendo esta pobreza material y cultural la que les impide asumir funciones sociales, lo que les hace percibirse fuera de los roles básicos de la estructura socio-económica.

La marginalidad por lo tanto es causa y efecto a la vez de nuestra realidad económica, social y cultural ya que si bien es generada por nuestra situación de dependencia económica, al mismo tiempo es un factor que frena el desarrollo de nuestra economía.

Desde este somero enfoque descriptivo podemos concluir -- que la marginalidad se presenta como un fenómeno característico de las sociedades "subdesarrolladas" no obstante que en algunos países desarrollados existen pequeños grupos poblacionales que podrían considerarse como marginales, pero con escasa significación en el conjunto y con características diferentes a la de los países latinoamericanos.

La situación marginal se da con especial significación -- en A. Latina ya que se presenta dentro de un contexto socio-económico característico pudiendo considerarla como un producto de la estructura global que define a nuestros países, estructura capitalista dependiente de lo que se concluye que para eliminarla es necesario anular las verdaderas causas que la provocan. La condición de dependencia económica, social y cultural de nuestra estructura social es necesario modificar esta situación de dependencia, eliminando los factores que la definen --

Tanto en el aspecto sociológico como antropológico el problema de la minoridad irregular ha sido estudiado en forma parcial y la mayoría de ellos se refiere a factores etiológicos que no abordan el problema directamente, por lo tanto no contamos con investigaciones al respecto.

Como es sabido los métodos y técnicas antropológicas se caracterizan por el estudio intensivo de unidades sociales susceptibles de ser aislados para su estudio directo.

Son técnicas predominantemente cualitativas que están -- íntimamente relacionadas con las ciencias sociales utilizando un enfoque integrado de estas disciplinas a las unidades sociales elegidas, Mediante estas técnicas de estudio de grupos sociales reducidas se pretende el descubrimiento y la explicación de la conducta real e ideal que en dichas unidades se da, lo que permite un análisis de las variables que influyen en el comportamiento que presentan. Sin el conocimiento de dichas variables no es posible la implementación a nivel concreto de política de acción de desarrollo y corrección.

El estudio antropológico de pequeñas unidades sociales, con énfasis preponderante en las variables socio-económicas y culturales en juego, el análisis de las sub-culturas permite analizar el grado de vinculación de los grupos dentro del contexto socioeconómico cultural y político al sistema social vigente.

El estudio de la familia como principal agente de socialización.--

La determinación de los roles sociales.--

La mayor o menor integración de los grupos que presentan formas de : subcultura y el análisis comparativo de estos son algunos de los posibles objetos de análisis en el ámbito de estas disciplinas, que -- podrían contribuir al esclarecimiento del problema de los menores en situación irregular.

Cabe señalar finalmente en este punto, el hecho de que en nuestro país desde hace mas o menos una década se han venido elaborando políticas y creando instituciones destinadas específicamente a promo

wer e incentivar la integración y participación de los sectores margina -
les a la política nacional.

Estos programas e instituciones tienden por un lado a buscar solu-
ciones que estos grupos presentan motivando la participación activa de
ellos pobladores en la búsqueda de estas soluciones a su ejecución y por
otra parte promover e incentivar la organización de estos sectores a fin
de crear conciencia en ellos de su importancia y de la necesidad que
existe de lograr por parte de ellos, la participación cada vez mas esta-
ble en la toma de las desiciones a nivel nacional.

Entre estas instituciones están : La Promoción Popular en el Go-
bierno anterior y la Oficina de Desarrollo Social, la Oficina Nacional de
la Mujer, etc. en la actual administración.

En cuanto a las organizaciones populares que se han gestado en es-
te período y con mayor intensidad en los últimos años debido al alto gra-
do de concientización alcanzado por estos sectores podemos mencionar :
Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Consejos Comunales, Consejos Campe-
sinos, Comité de los sin Casa, Clubes Juveniles, etc.

Sin embargo todos estos esfuerzos, aún no han alcanzado a generar
organizaciones juveniles e infantiles que promuevan una efectiva partici-
pación e integración de estos sectores en tareas propias de su condición
de jovenes, y que tiendan a su vez al desarrollo psicosocial y cultural -
satisfactorio, de nuestra juventud. La creación de políticas específicas
a este respecto como así mismo la destinación de recursos materiales y hu-
manos en este mismo sentido contribuirían un gran aporte a la prevención
primaria de la irregularidad.

III Acerca de la proposición de un sistema taxonómico

Antes de presentar el sistema taxonómico que consideramos adecua-
do y necesario a la psicología en el campo que nos ocupa, nos referiremos
a la clasificación que se aprobó en el "Primer Congreso Nacional del Menor
en Situación Irregular" Santiago de Chile 1968.-

Según dicha clasificación podemos distinguir cuatro grupos que a
su vez se sub-dividen de acuerdo a la característica específica de su
irregularidad:

- 1.- Menores que presentan graves problemas derivados del ambiente y leves
problemas conductuales.- Se incluirían en este grupo :
 - Vagos.- Menores que abandonan su hogar sin quedar bajo la tutela de -
una institución, grupo familiar o persona, ni desempeñarse en ocupa-
ción estable o realizar algún tipo de estudio.-
 - Semi-vagos.- Menores que permanecen todo el día fuera del hogar sin -
que se sepa su actividad.-
 - Mendigos.- Menores que solicitan dinero en la vía pública, ya sea por
necesidad económica extrema real o mandados por terceros que los utili-
zan para aumentar sus ingresos.-
 - Abandonados.- Menores que teniendo a ambos o uno de sus progenitores
estos los han dejado entregados a su suerte perdiendo todo contacto --
con ellos.-
 - Huerfanos.- Menores que han perdido a uno o ambos progenitores.-
 - Callejeros.- Menores que permanecen en las calles sin autorización -
o menor comunmente con ella con una frecuencia casi diaria o por un pe-
ríodo de varias horas.-

Menores que sufren alguna irregularidad de tipo físico o psíquico y - que le producirán una inadaptación social.-

Oligofrenicos.- Constituye la mayoría del grupo, son sujetos de baja capacidad intelectual, de acuerdo a su coeficiente intelectual :

- Debil Mental o Morón (C.I. entre 50 - 70)
- Imbécil (C.I. " 20 - 50)
- Idiota (C.I. " 20)

Los menores que presentan problemas conductuales graves quedan incluidos dentro de este grupo como irregulares psíquicos ya que suelen presentar trastornos de personalidad de tipo sociopático o antisocial. También en este grupo se incluyen los epilépticos y los casos de psicosis.- Los menores con daño orgánico cerebral mínimo o disfunción cerebral, se clasifican dentro de los irregulares psíquicos por las características conductuales que presentan.-

Irregulares físicos.- se refiere a los que presentan diferencias físicas como ciegos, sordo-mudos, afísicos, paralíticos, cerebrales, etc.

Menores en conflicto con la Justicia : son los que se encuentran en situación conflictiva con las normas sociales vigentes.

Irregularidad condicionada fundamentalmente por problemas económicos,, incluye también este grupo como "menores en peligro moral" y serían los hijos de reos , prostitutas, de enfermos psiquiátricos, etc.

Del análisis de esta clasificación podemos concluir, que se trata de una clasificación meramente descriptiva , que sus categorías no son -- exhaustivas ni excluyentes, puesto que un menor irregular físico puede también ser un vago o abandonado, o bien tener una personalidad psicopática que genere conflictos con la justicia.

Desde el punto de vista psicológico y atendiendo a las medidas preventivas, nos parece que dicha clasificación no es operacional en el sentido que no divide al colectivo menores en situación irregular, de manera que a través de ella se pueda elaborar políticas asistenciales coherentes y operacionales que tiendan a una adecuada y efectiva rehabilitación.

Es por esta razón y atendiendo a las exigencias de una psicología científica propondremos una taxonomía, que apunta mas bien a los posibles problemas que estos menores presentan.

Es por ello que sustentados en nuestro planteamiento general sobre el menor en situación irregular, Proponemos una forma de presentación del problema, que permita generar programas que contemplen las diferencias reales del comportamiento cognitivo, emocional y social de estos niños.

Siguiendo la metodología derivada de la teoría general del comportamiento, organizamos las posibles problemáticas basandonos en hipótesis teóricas sobre su etiología.

Por lo tanto proponemos considerar dos formas de organización del colectivo "menores en situación irregular".

- 1.- Menores en situación irregular que no presentan compromisos en el comportamiento cognitivo - emocional - social ni en su adaptación a las normas sociales vigentes.
- 2.- Menores en situación irregular que han sido afectados biopsicológica y socialmente por sus condiciones de vida y que presentan alteraciones del comportamiento cognitivo - emocional - social.

Dentro de este grupo sería posible distinguir aunque arbitrariamente tres formas prioritarias de alteraciones que a su vez se conjugan e interactúan recíprocamente:

- A.- Trastornos intelectuales
 - Subnormalidad globalmente entendida o referida a aspectos específicos del comportamiento.-
- B.- Trastornos emocionales
 - Derivados de motivación angustiosa, en los cuales el comportamiento alterado corresponde a la instrumentalización reductora de esta motivación aunque desadaptativa para el sujeto y/o para su adaptación social.

Dentro de ellas debemos considerar diferentes formas de instrumentalización reductora las que derivan de factores constitucionales reactividad y condicionabilidad del proceso de aprendizaje propiamente tal.

Distinguimos por tanto : a) Instrumentalización inhibitoria entre las que cabe mencionar entre otras : neurosis de angustia, depresión, inhibición, etc., b) Instrumentalización agresiva, las que generan entre otros trastornos como : agresividad anormal, rebeldía, comportamientos asociales.

- C.- También cabe considerar una forma diferente de psicogenia de los trastornos que derivarían de hiporeactividad angustiosa con el predominio de necesidades primarias a satisfacer. Es decir, sujetos refractarios o resistentes al moldeamiento conductual en base a los sistemas de socialización habituales. De estas formas de comportamientos derivan los síndromes de conductas asociales o antisociales.

- 3.- Consideramos también como categoría válida la constituida por aquellos niños sometidos a situaciones de privación básica, como por ejemplo, - hambre, frío, enfermedad u otras las que los llevan a las instrumentalización de comportamientos válidos y adaptativos, pero contradictorios con los criterios normativos de socialización.

A partir de este planteamiento general se derivaron proposiciones concretas que por razones operativas se presentan separadas, aún cuando estamos ciertos que en la práctica, constituyen una totalidad.

P R O P O S I C I O N E S

En relación a aspectos psicológicos o psicosociales proponemos, acciones en términos de una prevención primaria y secundaria. Estimamos, que toda proposición deriva de un análisis situacional inmediato, de ahí que -

~~dece como fundamental decir~~ algo sobre la realidad chilena actual. El proceso de cambio iniciado en nuestro país se enfrenta a un contingente humano, producto de una condición incierta en cuanto a las posibilidades de desarrollo psicosocial, de aquí que el proceso incluye entre sus fuerzas vivas para el desarrollo, una gran población afectada por el síndrome de la pobreza y en consecuencia por el deterioro humano consecuente a ella.-

Por otra parte incluye instituciones destinadas a las acciones de preocupación primaria o secundarias producidas, por un sistema que por su ideología y carácter supra-estructural se plantean como insuficientes para la solución de las problemáticas.

La burocratización, la ausencia de conciencias claras en relación a los objetivos institucionales y también la carencia o insuficiencia de formación técnica de los equipos humanos que deben conducir las acciones, aparecen como obstáculos, que aunque relativos y superables dificultan una mayor celeridad y eficiencia en el cumplimiento de los programas.

También la coyuntura socio-política actual (período de transición) aparece como otras de las grandes barreras a vencer.

Estamos seguros que estos factores serán superados con la voluntad conciente del pueblo en su afán de lograr niveles de vida compatibles con su condición humana.

Concretando las proposiciones se resumen en los siguientes puntos :

Incremento del conocimiento mediante la conducción de investigaciones de la calidad psicosocial, antropológica y cultural del niño chileno en general, y del irregular social en particular.-

Programas integrales de información y educación comunitaria tendiente a crear conciencia sobre las necesidades mínimas para el desarrollo armónico del niño. Incluyendo entre ellos como elementos fundamentales, las características estimulantes y reforzadoras de comportamientos que debe otorgar la familia como medio de socialización primaria y la comunidad organizada.-

Incorporación en los programas de prevención primaria de técnicas científicamente validadas de moldeamiento conductual individual y social.-

Dentro de estos programas de prevención primaria, cabría mencionar la necesidad de ejercer cierto control de los medios de comunicación de masas, tanto por parte de la familia, como de las instituciones, lo que se refiere a las publicaciones de prensa y revistas como así como de radio y televisión, cuyos contenidos y presentación en muchas oportunidades son elementos generadores de modelos altamente inadecuados a la formación de valores y actitudes en nuestra juventud.-

Creación de Centros de atención diurnos, abiertos con escuelas de padres anexos.-

Fortalecer e incrementar la existencia de "Clubes de Mujeres" en la comunidad a cargo de organismos que cuenten con expertos en educación, que motiven a nuestra juventud hacia actividades deportivas y participación social.

Prevención secundaria :

Estimamos la necesidad de redefinir los objetivos de una acción de...

Estimamos la urgente necesidad de que las instituciones existentes o a crearse deriven de una clara explicación de objetivos que a su vez se expresen en programas concretos, claros y definidos de acción.

Sugerimos la revisión de las políticas, y objetivos y programas del sinnúmero de organismos que desde diversos ángulos son responsables de la conducción de estas acciones a fin de producir políticas generales que la racionalicen, impidiendo esfuerzos que se esterilizan por su individualidad en desmedro de acciones integrales. Respecto a esto nos parece de prioritaria importancia, discutir los conceptos de prevención asistencia y rehabilitación.

También aparece como punto nuclear, la necesidad de aunar criterios jurídicos, psicosociales, y biológicos en relación al menor en situación irregular ya que en la actualidad, la diversidad de criterios llevan a contradicciones significativas, las que solo redundan en alterar los objetivos de las acciones.

Proponemos que toda política empleada en programas, sea sometida a evaluaciones periódicas sobre su efectividad ya que ello se transforma en el sector de orientación, para la modificación de líneas improductivas con el consecuente perjuicio para los menores y el desgaste del presupuesto nacional.

En cuanto a las medidas asistenciales tradicionales para los menores en necesidad de protección, que hasta ahora han consistido preferentemente en internados de tipo "cerrado", deberían ser reemplazados por otros que se adapten a las reales características de estos menores.

Además las acciones preventivas ya existentes deberían considerarse en forma integral, tanto al menor como al grupo familiar a este pertenece, evitando así la dispersión de esfuerzos y su descoordinación, a fin de lograr un mejor conocimiento de la problemática del hogar y la situación del menor dentro de ella.

En general sugerimos que todas las medidas que se diseñen para superar el problema de la minoridad tiendan a fortalecer el núcleo familiar y los lazos de esta con la comunidad, a fin de evitar que sea posible la erradicación del menor en su ambiente social.

Sugerimos la necesidad de elaborar programas de perfeccionamiento periódico a través de cursos de post grado, seminarios, jornadas de evaluación, etc. para los profesionales que se dediquen o interesen en la solución de la problemática.

Para los Psicólogos específicamente, a fin de adecuar y perfeccionar las técnicas de diagnóstico y de capacitación en el tratamiento de estos menores.

En cuanto al personal que se encuentra directamente a cargo de estos menores en establecimientos, promover sistemas de selección en cuanto a sus características psicológicas acordes con la labor que les tocará desempeñar, como así mismo dotarlos de la formación teórica y práctica, para el desempeño de sus funciones poniendo especial énfasis en la implementación de actitudes positivas y adecuadas, a través de cursos de perfeccionamiento, programados para este objetivo como laboratorios, talleres, dinámica de grupos, etc.

TRABAJOS AGREGADOS AL INFORME NACIONAL

- 1.- " EL MENOR EN SITUACION IRREGULAR EN UN DISTRITO DEL GRAN SANTIAGO. MEDICION DE SU FRECUENCIA Y DE LA ASOCIACION CON ALGUNAS VARIABLES".-
 - Dr. Hernán Montenegro
 - Dr. Guillermo Adriasola
 - Sra. Gloria Jaramillo G.
 - Sr. Patricio de la Puente

- 2.- " PREVALENCIA DE ALTERACIONES COGNITIVAS Y EMOCIONALES EN ESCOLARES CHILENOS. SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL, EL NIVEL SOCIOECONOMICO CULTURAL Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR".-
 - Vera Kardonsky
 - J. Kovalsky
 - T. Ségure

- 3.- " RASGOS PSICOSOCIALES DE 40 NIÑOS EN SITUACION IRREGULAR DEL INSTITUTO TECNICO DE MENORES DE SAN BERNARDO".-
 - Dra. Luz Basaure Avila.

- 4.- " TECNICAS DE INFLUENCIA SOBRE LAS ACTITUDES Y EL CAMBIO DE LA CONDUCTA".-
 - Prof. Julio Villegas Bastos

- 5.- " ALGUNOS EFECTOS DE LA TELEVISION SOBRE EL DESARROLLO EMOCIONAL E INTELLECTUAL DEL NIÑO".-
 - Dr. Hernán Montenegro A.

- 6.- " INSTAURACION DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS, EN MENORES EN SITUACION IRREGULAR, COMO FUNCION DE LA CONTINENCIA DEL REFUERZO".-
 - Matilde Messina
 - Enrique Kuperman

SANTIAGO DE CHILE
1973

SUBTEMA: LOS PROBLEMAS DE LA SALUD DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
SU PREVENCIÓN - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Sr. Buffón Mondesin
HAITI



CAPITULO I. T.

Irregularidad física, temporal, permanente, reducible e irreducible, asignando particular relevancia a los aspectos relacionados con alimentación.

En esta segunda mitad del Siglo XX donde la cultura prácticamente ha quebrado todas las barreras que se alzan entre los diferentes países, los diferentes continentes de nuestro planeta existe todavía, desgraciadamente, desde el punto de vista médico ciertas afecciones conocidas y observadas corrientemente solamente en algunas partes del mundo. La vulgarización científica da a veces descripciones muy ilustradas. Sin embargo la ocasión a veces no se presenta jamás para ver de cerca estas enfermedades solamente regionales que esperan todavía los beneficios de la ciencia y sobretodo de la civilización humana.

Estas enfermedades se encuentran con una facilidad sorprendente en los países en vías de desarrollo que luchan actualmente contra el hambre, flagelo que se lleva inexorablemente una parte de la población. Los sobrevivientes, ya que es preciso llamarlos así, terminan a menudo por morir relativamente pronto, lo que lleva a la mediana de la vida en estos países a alrededor de 45 años. Resulta entonces que queda una población demasiado joven y tal vez muy joven (fig. 1).

Los estudios hechos sobre esta población joven especialmente en el grupo comprendido entre el nacimiento y la adolescencia, nos permiten observar que una importante fracción se encuentra en la imposibilidad de nutrirse, de recibir cierta educación, cierta formación y asimismo, de beneficiarse con los cuidados necesarios que les hubieran garantizado una vida sana y útil. Esta situación que nosotros calificamos de irregular en parte el objetivo de la exposición de hoy día.

Es un hecho bien conocido actualmente que en los países en vías de desarrollo la subalimentación constituye un serio problema de salud pública. La falta de asistencia directa multiplica sus estragos. La nutrición adecuada

El cuadro de desnutrición proteica puede resultar^{F.M.} de numerosos factores. Por ejemplo, puede haber insuficiencia de absorción de elementos nutritivos ya sea por ser netamente insuficiente, ya sea por alteraciones digestivas como la que se vé en la enfermedad de bacilos coli o en la Spue Tropical. Existen todavía otras dificultades de orden psíquico, o emocional que conducen a una restricción alimenticia severa (Síndrome de privación maternal). Una inspección parasitaria masiva causada por áscaris también puede condicionar un cuadro de desnutrición. La lambiasis y la presencia de strongiloidss pueden tambien favorecer la desnutrición proteica (Cicely Williams, *Maternal Nutrition and Mortality in The preschool Child* 1964).

Aparte de los parásitos intestinales que representan un factor agravante de la desnutrición proteica y "la sobre nutrición de los americanos" (obesidad) que puede agruparse en este mismo capítulo, queremos hablar de la desnutrición proteica como el resultado y la consecuencia directa de una restricción alimenticia involuntaria en un grupo dado de individuos que no presentan además ninguna otra anomalía.

Es un diagnóstico que se puede hacer fácilmente ahora en todas partes del mundo. No es un problema para el médico pediatra dice el Dr. Cicely Williams que trabajaba en Ghana en 1931 quien decía que la epidemiología del Kwashiorker dependía únicamente del número de pediatras, capaces de diagnosticar la desnutrición proteica.

Ensayemos de ver un poco este problema de más cerca. Para mí que soy de un país donde la mayor parte de los recursos naturales estan todavía inexplorados y donde la educación de masas era hasta este último tiempo dejada de lado, el problema entonces de la sub-alimentación en los niños en situación irregular se encuentra en todos los rincones de esta isla.

Un país muy montañoso, con una superficie de 27,300 klm² de los cuales solamente 8,700 son cultivados, o sea, el 31.5%. No cultivables el 11% y el 37% aunque cultivables no lo son todavía totalmente cultivables (Fig.2)

Una población total de 4,768 habitantes de los cuales una octava parte solamente representa la población urbana (Fig.3) viviendo con una densidad media de 172,76 habitantes por km² de superficie.

años que tienen cuidados maternales sumamente precarios e inconstantes por la simple razón que sus madres pasan su jornada fuera del hogar exxceptuando los domingos.

Todos estos niños (493) o sean alrededor del 33% del número total encontrado no conocen su padre. 210, o sea, el 4,01% viven bajo la protección de su abuelo, de una tía, o de una hermanita, personas que no pueden subvenir cuidados al niño. El resto, o sea la mitad de alrededor del número total de los casos de desnutrición 778 representan las víctimas de la ignorancia y del factor económico.

Estos niños reciben regularmente sopas a base de papas, de manioca, de plátanos y los que sus madres trabajan fuera del hogar no tienen la suerte de recibir una gota de leche materna, bajo pretexto que esta leche no siendo utilizada en el curso del día se condensa, se pone ácida y entonces es impropia para la alimentación. Estos desgraciados niños pasan así semanas y meses privados de leche materna que no tarda en secarse. En cuanto a la leche de vaca (leche en polvo) dicen que produce diarrea y por consecuencia está sistemáticamente rechazada de ciertos hogares. Otros que no pueden pagarse el lujo de la alimentación artificial, las madres dicen que les falta tiempo para ponerse el niño al pecho. Esta fuente importante y gratuita de proteínas animales es todavía ignorada por la mayor parte de las madres haitianas que viven en las regiones urbanas.

Las técnicas en materia de nutrición saben bien lo que dicen estas madres haitianas y más particularmente nuestros paisanos.

Escuchemos por ejemplo la creencia popular:

- La lactancia materna prolongada lleva a la desnutrición
- Los huevos carían los dientes
- La carne prodeuce gusanos
- El jugo de naranja detiene la dentición
- La leche de vaca (leche en polvo) produce diarrea.

Como podemos darnos cuenta, tales aseveraciones no hacen más que sumir aún más nuestros paisanos en su ignorancia: Produciéndose además las avitaminosis que determinan en el organismo humano lesiones la mayoría de las veces irrever-

sibles. Para los que han tratado la salud de las madres nos reportamos al estudio hecho por el Dr. R.D. Kackson - sobre los efectos de la desnutrición en el crecimiento. El nos dice que una de ~~las~~ mejores condiciones para desarro - llarse bien no importa en cual período de la vida es una - buena nutrición. Un niño nacido de una madre con buena salud es mucho más vigoroso que los que nacen de una madre mal nutrida. Adem's, nosotros sabemos que la desnutrición fa - vorece la incidencia de la prematuridad. Un niño bien nu - trido posee reservas nutricionales que le permitirán atra - vesar sin problemas el período crítico de la primera infan - cia, período muy rico en infecciones severas y que exige - un organismo bien fuerte.

Conviene tener presente que el problema de la desnu - trición no se limita solamente a los niños, además la des - nutrición que presenta un niño no ^{sino} ~~hace~~ reflejar las condi - ciones de la familia. Son numerosos hogares que no pueden preo curarse lo extrictamente necesario para nutrirse diaria - mente. Estas madres crónicamente mal nutridas no podrán - jamás dar nacimiento a niños sanos. Se puede decir que el número de niños en una familia dada varía en razón inver - sa del grado de fortuna que tiene este hogar.-

A este estado crónico de subalimentación se agrega toda - vía la creencia popular, siempre mala consejera.- Es ella la mala consejera que establece para adultos y particular - mente para las mujeres después del parto una lista de - alimentos prohibidos y esta prohibición debe ser respetada durante todo el período de lactancia. Por ejemplo, las - madres no deben consumir los champiñones, el pescado, el - arroz blanco, la papa, la leche, el plátano, los tomates, - pues estos alimentos la mayoría blancos, favorecen la apari - ción de leucorrea. Ellas abandonan voluntariamente estas fuentes incomparables de proteínas, de fierro, de vitamina y de calcio, tan necesario al organismo en este período de la vida.-

Conviene igualmente mencionar una tasa de una calidad - que es muy importante para nosotros 36,17%. No es raro en - contrar madres con 12 a 15 niños y el marasmo se observa de

masiado facilmente en estas familias numerosos. Se comprenderá

que el organismo de estas mujeres que han contraído malos hábitos alimenticios se deteriora además rápidamente por los embarazos repetidos que se suceden a intervalos muy próximos. Un estudio de este género ha sido publicado en 1959 en la revista J.A.M.A.. En este estudio tres grupos de mujeres han sido clasificadas como especialmente dispuestas a caer en el estado de desnutrición. a) las adolescentes que no han sido preparadas para el embarazo; b) las mujeres con hábitos alimentarios pobres que se agotan por los numerosos embarazos repetidos y c) las mujeres que han sido mal nutridas.-

Sin tener en cuenta estos diferentes grados de desnutrición nosotros podemos hacer algunas consideraciones sobre sus consecuencias, por ejemplo, Scrimshaw ha observado en Guatemala la existencia de cierta relación entre la talla y la edad cronológica, relación que puede corresponder a cuatro años de diferencia.-

En Haití el número más grande de niños mal nutridos se encuentra comprendido entre tres meses y dos años con una curva en decrecimiento hasta los 6 años. Esto se comprende fácilmente ya que la mayor parte de las madres concientes típicamente en destetar a sus niños entre tres y cinco meses de edad. Este lapso de tiempo, después de los cinco meses, se mantiene el niño con una alimentación variada que comprende en gran parte papas, plátanos, maíz y manioca.-

Esto concuerda con lo registrado en Tailandia, en Etiopía o en Vietnam. R.P. Jackson se refiere a este hecho demostrando que los niños se desarrollan normalmente durante los primeros meses de vida, pero a partir del sexto mes de edad se observa una disminución gradual en la curva del crecimiento.-

Ramos Galván y sus colaboradores en México han constatado la existencia de una correlación estrecha entre el retardo del crecimiento y las alteraciones psicomotoras. Es un hecho bien conocido actualmente que en los países desarrollados se observa un aumento marcado de la talla y del peso en la población en general considerando las generaciones sucesivas. En una nación cualquiera los niños de familias acomodadas

son de más gran talla con su peso correspondiente que los nacidos de padres económicamente pobres (American Journal Of Public Health 1955).-

Si tomamos en Japón, veremos que la juventud ha adquirido durante estos últimos años un aumento en la estructura corporal (talla y peso).- Este aumento de la talla se ha observado especialmente en los niños nacidos después de la guerra, (Meredith Nº 1, 1963.- Esto parece deberse al hecho que los niños nacidos después de la guerra no estaban expuestos a los problemas que encontraban los que vivieron en la última guerra. Lo que lleva también a considerar a los investigadores los efectos del medio sobre el factor generacional.

En cuanto a las avitaminosis, ya sean ellas múltiples o específicas pueden diagnosticarse fácilmente en la clínica externa del Servicio de Pediatría del Hospital de la Universidad del Estado de Haití.-

Demos una mirada al estudio presentado por un médico haitiano el Dr. Jean Claude Desmangles sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipé-avitaminosis A.- Veremos allí que un 7% de 1.322 niños de edad de 1 a 3 años sufren de desnutrición.-

En la Clínica Externa de Pediatría del Hospital mencionado arriba, 19 de 77 niños examinados de edad de 1 a 3 años, sufren de desnutrición y 2 de entre ellos sufren de Xeroftalmia.

En el Hospital Albert Schweitzer, sobre 30 niños desnutridos, cuatro de ellos sufren de Xeroftalmia. En la Escuela de San Vicente de Paul de Puerto Príncipe se ha podido hacer el diagnóstico de desnutrición y 50% de estos niños presentaban alteraciones oculares.-

Buen número de insuficiencias cardíacas que llegan a la clínica médica del Hospital U.E.H. han sido encontradas como resultante de la avitaminosis B-1 (tiamina).

El raquitismo en Haití no es tan raro como se pensaba hace ya algunos años. Numerosos casos han sido diagnosticados tanto al Hospital A. Schweitzer como al Hospital de la Universidad de la U.E.H.

Un gran número de casos de 4 a 9 meses llegan al hospital con un reblandecimiento marcado de los huesos del cráneo y el raquitismo es siempre la causa.- Además llegan de tiempo

en tiempo casos de cráneos aplanados antero-posteriores o transversales, esto proviene del hecho que el raquitismo se desarrolla muy pronto en las niños de menos de un año.

Observamos simismo deformaciones óseas permanentes como ~~le~~ genu varum, el genu varum, casos de escoliosis que después de su estudio se han revelado de origen raquítico.- Y pensar que nosotros vivimos en un medio donde gozamos gratuitamente de los efectos benefactores de los rayos ultra violeta del sol que no quema la piel. Debemos en este caso hacer alusión a una reacción en cadena donde madres mal nutridas o todavía sufriendo de esteomalasis por embarazo repetidos, dando nacimiento a prematuros o simplemente a desnutridos que normalmente exigen durante los primeros meses de su vida una dieta más rica en Vitamina D. Esos pequeños por sucesivos hábitos puramente locales crecen con una falta de esta vitamina y a la luz del sol, sobretodo es muy nefasto cuando se trata de prematuros que deben estar lejos del calor durante los primeros meses de su vida.

Adem^s es preciso decir algo sobre el color de nuestra piel que científicamente presenta una sensibilidad disminuida a los rayos ultravioleta bajando de golpe la cantidad de vitamina D. endógena que hubiera podido formarse.-

Esto se explicaría por el hecho que los pigmentos de nuestra piel tienden a absorber muchos rayos solares y que se detendrían muy poco en la capa de malpigi donde se alojara la vitamina D.

Aparte de estas grandes alteraciones vitamínicas se establecen casos de escorbuto, de pelagra, etc.

Del lado intelectual ahora, los estudios científicos son todavía limitados sobre la relación existente entre la desnutrición proteica y el desarrollo intelectual. Mientras tanto se observa que el desarrollo emocional del niño está bien establecido cuando este ha sido siempre bien alimentado, educado en una familia estable y disciplinada.-

Los estudios hechos por Stooek y Smith tienen relación con el crecimiento físico y el desarrollo intelectual, tomando en cuenta la circunferencia encefálica en un grupo de niños severamente desnutridos comparados con un grupo control lo que ha permitido establecer que una desnutri-

ción severa y prolongada durante la infancia puede retardar de manera permanente el crecimiento del cerebro y el desarrollo intelectual.-

Kugelmass, Poull, Samuel, por otro lado habían publicado en 1944 un estudio hecho sobre un grupo de niños mal nutridos sin otro daño aparente. Habían encontrado que el mejoramiento de las condiciones de nutrición eran seguidas por un mejoramiento del cociente intelectual. Ellos concluyeron que cuando el tratamiento se instituía de manera precoz el rendimiento, era mejor, además toda intervención de cualquier orden que sea sobre los 4 años de edad daba resultados francamente insignificantes.-

Los casos de desnutrición encontrados en Haití sobre todo entre los niños de 6 meses a dos años están acompañados por un fuerte porcentaje de retardo del crecimiento y del desarrollo psicomotor: los niños de 2 años de edad no tienen sino de 6 a 8 dientes o bien no pueden pararse solos.

Los estudios hechos en Haití o en la Oficina de Nutrición de Puerto Príncipe se basan sobre los standard de Gómez, alrededor de los dos tercios de niños de 6 meses a 6 años están desnutridos.

La cantidad de niños de 6 meses a 4 años alcanza a 917.888 niños (guía económica de la República de Haití, 1971).

Se pueden imaginar lo que esto significa con relación a una población general de 4.760.100 habitantes.-

La desnutrición es un factor agravante en muchas enfermedades infecciosas y favorece especialmente el desarrollo de la tuberculosis en Haití.- Estos dos flagelos juntos al tétano constituyen seros problemas para el gobierno haitiano, exigiendo un problema de salud pública verdaderamente intensa/.

Existe actualmente cincuenta centros de Nutrición en Haití. Buen número de ellos funciona gracias a ayuda extranjera. El objetivo de tales centros es doble: educar a las madres y promover la recuperación de los niños, los niños vienen cada día al Centro durante un período de tres meses consecutivos. Las madres por otro lado, vienen para aprender a preparar y servir las comidas. Los productos son comprados en el mercado local y preparados a la manera

haitiana ppr las madres. El costo de la alimentación diaria ha sido calculado, arreglado a razón de 45 céntimos haitianos o 9 céntimos de D1. por niño privado de mantención, este costo es el más bajo que se haya podido encontrar. Una atención preferente se ha dado a los productos que - estos padres deben cultivar en su jardín a fin de asegurar una nutrición sana a toda la familia.-

Si bien el trabajo de estos Centros representa un programa a escala nacional, el número de responsables que llevan a término esta lucha es muy bajo. Los datos entregados por el Departamento de la Salud Pública son los siguientes; para todo el país:

- médicos por 10.000 habitantes.....0,6
- Enfermeras por 10.000 2 0.8
- Leches de hospitales por 10.000 Hbts..... 0.7
- Auxili res de Enfermería por 10.000 hts,..... 1.6

Si al lado de todo esto se considera la tasa de crecimiento natural de la población que es de 20,17% se ve bien la urgencia del problema haitiano.

El gobierno ha puesto en marcha un programa de promoción de la producción local, pero para sacar el máximo de provecho de este programa se cuenta con la participación activa de tres Ministerios: Educación Nacional, Agricultura, y Salud Pública.

Nosotros pensamos que la Escuela representa el mejor Centro de propaganda. Teniendo un salario individual muy bajo el poder de compra es muy reducido (Fig,1), el Departamento de Agricultura de su lado trabajará en la promoción de la producción local, pues con la reducción de los precios de productos importados se podrá aumentar el poder de compra. Nosotros tenemos todavía 37% de tierra no cultivada pero cultivable, lo que servirá también al Departamento de Agricultura.

Nosotros pensamos desarrollar más el cultivo de producciones tales como porotos de todos tipos, variedades de maíz, de frutas, de legumbres de toda suerte. Del lado agropecuario se hará resaltar el valor de productos tales como pescado, carne, huevos leche y aves.

La salud pública ha estado multiplicando el número de Centros de Recuperación Nutricional y asimismo creando Centros de Rehabilitación, un programa de medicina preventiva se pondrá en marcha lo que constituirá el mejor medio de proteger la salud.

Naturalmente, nosotros no podemos afirmar que será posible tan pronto aumentar la producción local, pero, se trata de aumentarla a un ritmo más rápido del crecimiento natural de la población como se ha realizado en ciertos países más favorecidos.-

Sin embargo, apoyándonos sobre el programa de planificación familiar y con la asistencia que nos han ofrecido ciertas organizaciones Internacionales y las fuerzas desplegadas por el Departamento de Asuntos Sociales, nosotros esperamos en el más corto plazo mejorar las condiciones de vida de nuestra infancia necesitada.-

PIRAMIDES DE EDADES DE LA POBLACION DE HAITI

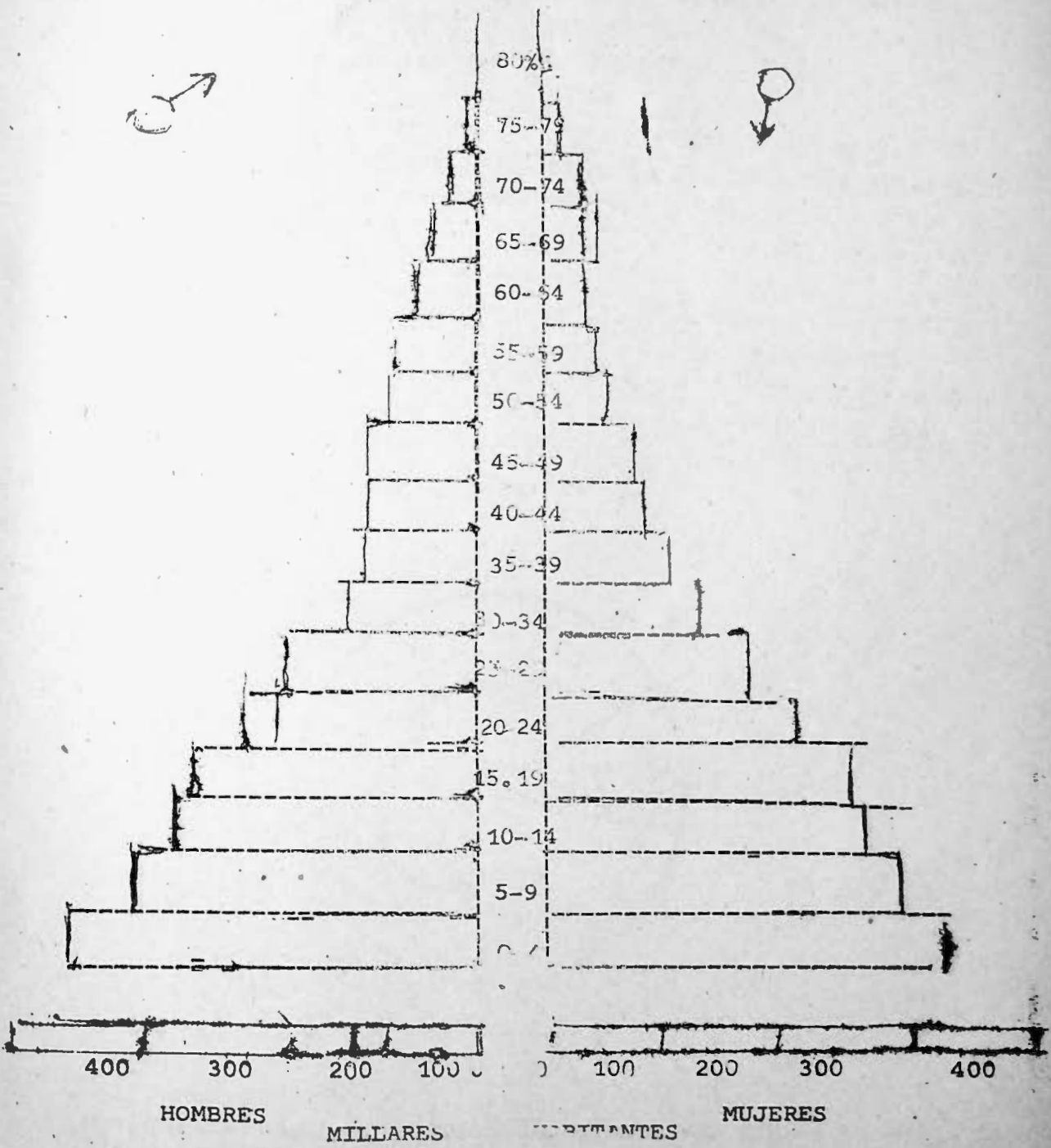


Fig. 1

Jullet 73

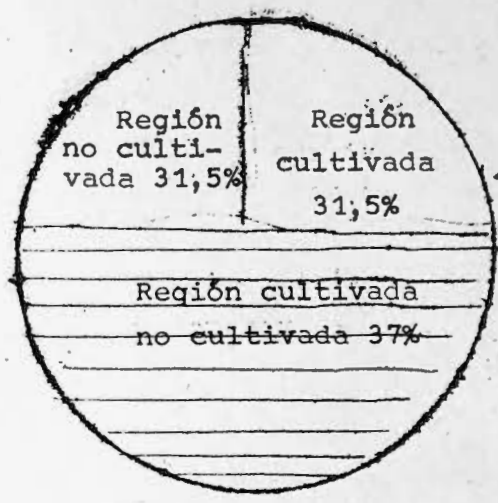


Fig. 2

La superficie no cultivada representa alrededor del 68,5% de la superficie total de Haití .

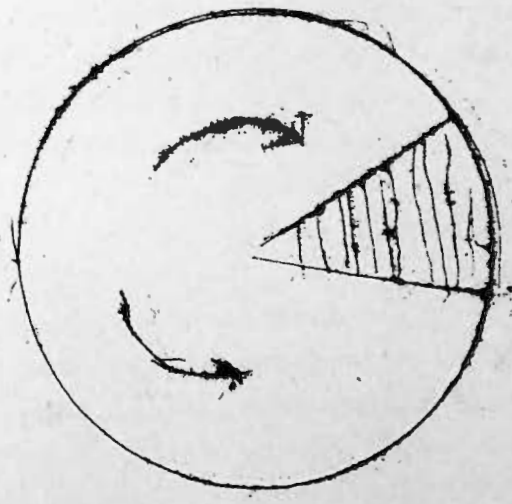


Fig. 3

La población urbana de Haití representa el 1/8 de la población total - o sea 12,5% de la población (sacado de la Guía Económica de la República de Haití 1971

SANTIAGO - CHILE

ASPECTOS DE SALUD.

Capítulo 1: Irregularidad física, temporal, permanente, reductible e irreductible, asignando particular relevancia a los aspectos relacionados con la alimentación.

Por el Dr. Carlos Cossich Márquez
- Guatemala.

Término poco afortunado el de irregularidad física, ya que cualquier enfermedad, pero puede ser considerada una irregularidad, lo que al escribir sobre esto en Pediatría nos obligaría a hacer una descripción general de toda la patología pediátrica, lo cual es prácticamente imposible en las pocas hojas a que se me ha limitado.

Podemos considerar como irregularidad física cualquier cambio que sufra el organismo del niño, ya sea en forma congénita o adquirida que no está conforme a las reglas naturales, la cual en forma definitiva o no, lo obligue a observar una conducta y tener una evolución distinta a la de los demás.

Las irregularidades congénitas las podemos dividir en:
a) Debidas a factores genéticos y b) Debidas a factores ambientales deletereos que han actuado sobre el embrión o feto (en la época neonatal).

Los factores genéticos pueden ser dominantes o recesivos. Muchas condiciones patológicas pueden ser heredadas como dominantes, estos incluyen una lista grande en la que podríamos mencionar: Acondroplasia, aniridia, diabetes insípida, displasia ectodérmica, eliptocitosis, epidermolísis bulosa simple, apilofa, telangiectasia hemorrágica, corea de Huntington, hiperelastosis cutis, keratosis folicular, exostosis múltiple, poliposis múltiple, distrofia muscular, miotonia congénita, miotonia disneal, riñón poliquístico, siclemia, esferocitosis, pie y mano partidos, talasemia menor y muchas más.

Aunque actualmente existen formas de tratar algunas de las enfermedades mencionadas, con anterioridad, el factor genético no se modifica y estos enfermos pueden continuar transmitiéndola a sus herederos.

Las que tienen un factor recesivo son las siguientes: Síndrome adreno-genital, albinismo, alcaptonuria, idiocia amaurotica (Tay-Sachs), condrodistrofia calcificante congénita, displasia pseudo ectodérmica, cistinuria, cistinosis, disautonomía (enfermedad de Riley), sordomudez, epidermolisis bulosa, cretinismo familiar con bocio, atoxia de Friedreich, enfermedad fibroquística del páncreas, galactosemia, gargollismo, enfermedad del glicógeno, enfermedad de Hartnup, degeneración hepato-lenticular (Wilson), paraplejia espástica hereditaria, hipoposfatasia, síndrome de Laurence-Moon-Bielell, microcefalia, enfermedad de Morquio, distrofia muscular (Duchenne), atrofia muscular progresiva espinal, enfermedad de Nieman Pich, atrofia peroneal, fenilecetonuria, retinitis pigmentosa y muchas más.

Hay que recordar con éstas lo que ya se dijo respecto a los factores dominantes y saber que hay genes mutantes lo que hace variar la herencia en las distintas familias, lo que hace que algunas entidades puedan ser heredadas, tanto en una forma recesiva como dominante. A este respecto se debe tomar en cuenta si los progenitores son homocigotes o heterocigotes.

Errores del metabolismo también entran en este capítulo.

ANORMALIDADES CROMOSOMICAS.

Estas son debidas a herencia en cromosomas anormales o también algunas veces a modificaciones de cromosomas normales como se ha visto debido a infecciones por virus, radiación, agentes químicos que inducen cambios en la estructura de los cromosomas.

Las anomalías cromosómicas se dividen en autosómicas y de los cromosomas sexuales.

ABERRACIONES de los AUTOSOMAS y SINDROMES CLINICOS

Cromosomas	Anormalidad	CROMOSOMA afectado	Hallazgos Clínicos
47	Trisomia	21	Mongolismo (Sindrome de DOWN)
46	Translocación	21-22 21(13-15)	Mongolismo (Sindrome de DOWN)
45	Translocación	22(13-15)	Retardo Mental, Enanismo, Múltiples malformaciones oseas.
47	Trisomia	13-15	Defecto cerebral, anoftalmia, paladar hendido, polidactilia, hemangioma capilar, defecto cardíaco.
47	Trisomia	17	Enanismo, micrognatia, deformidad cefálica, orejas bajas, dedos de manos y pies unidos, hipermotilidad de los hombros, defecto intraventricular.
47	Trisomia	18	Retardo Mental, micrognatia, orejas bajas, deformidades de los dedos y defecto intraventricular.
47	Trisomia	22	Sturge-Weber
47	Aumentado. Satelites.	13-15 21	Sindrome semejante a Marfan, anomalías congénitas no específicas.

OMADO de: RAPPOPORT Y KAPLAN, Aberraciones cromosómicas en el hombre. J. Pediat. 59:415, 1961.

Enfermedades de los Cromosomas X, Y (sexuales)

<u>Nombre</u>	<u>Nº Cromosomas</u>	<u>Características Clínicas</u>
Síndrome de Klinefelter	47 X X Y y varian- tes con mas X	Apariencia masculina Hipogonadismo gineco- mastia Esterilidad, Impotencia, Tendencia antisocial, Retraso men- tal, frote bucal es femenino.
Síndrome de Turner	45 X O	Apariencia femenina no tiene pechos no menstruan coartación aorta cuello corto Inhabilidad estereoscó- pica Agenesia ovárica Infertilidad.
Super Hembra	47 X X X	Genitales femeninos se parecen al Turner Poca menstruación Retraso mental a veces Fértiles (5%)
Síndrome de X Y Y	47 X Y Y	Poco fértiles Tendencia criminal(5%) muy altos Desarrollo mental bajo.

60

HOSPITAL GENERAL " SAN JUAN DE DIOS "

Guatemala C. A.

TELEFONOS

41/44

34

15/18

CABLE

"HOSPGRAL"

Guatemala

Todas estas afecciones son permanentes y lo único que queda por ayudarlas es dar orientación y consuelo a los padres.

FACTORES AMBIENTALES QUE MODIFICAN LA VIDA INTRAUTERINA : La vida intrauterina puede ser dividida en período embrionario (primer trimestre aproximadamente) y período fetal (de la 12 semana al nacimiento), en la primera - lleva a cabo la organogénesis, y en la segunda casi solo el crecimiento.

Lesiones severas llevan a la muerte intrauterina, lesiones moderadas producen cambios, pero son compatibles con la vida; si la interferencia sucede en el período embrionario se produce una detención en el desarrollo que lleva a anomalías. Los toxas o agentes tóxicos pueden ser inofensivos en una época del embarazo y no producen ningún daño a otras. Como la diferenciación bioquímica es anterior a la morfológica, es por esto que los cambios se producen mas en los períodos tempranos (antes del 3er. mes de vida intrauterina) y que después del tercer mes o período fetal mas parecen del período post natal como son mutilaciones, cicatrices, etc.

Los factores a que hacemos mención y que son llamados también teratógenos son: Mecánicos, actínicos, químicos, nutricionales e infecciosos. También puede agregarse los endocrinos y también hay factores como la edad paterna y materna, la primera influye en acondroplasia y la segunda en síndrome de DOWN.

LESIONES MECANICAS : A veces estas producen la muerte temprana. Pocas veces se ha demostrado anomalías por presiones externas continuas, a veces se cree se debe a la falta de nutrición asociada y debida a la mala implantación del huevo.

LESIONES QUIMICAS : Son muchos los productos químicos que se ha demostrado producen problemas y enfermedades en el crecimiento del embrión y del feto. El caso de la Talidomida es de todos conocida por la publicación que se le dio; experimentos en animales hechos por Warkany demostraron que casi todas las drogas pueden causar anomalías sin embargo, las grandes dosis utilizadas por el no se supone que puedan alguna vez ser ingeridas por el ser humano.

Como los reportes son tan contradictorios respecto a: estas drogas lo mejor es recomendar que no sean utilizadas por la embarazada.

DROGAS QUE PUEDEN AFECTAR AL FETO Y AL RECIEN NACIDO

A	EFECTOS POSIBLES SOBRE EL FETO Y EL RECIEN NACIDO.	ACCIÓN QUE PUEDE SER REQUERIDA
<u>ANESTESIA</u>		
Hal	Depresión respiratoria. Hidrocarburos alogenados, e, g, Halotano, tricloretileno, alcanzan al feto con mas facilidad que el oxido nitroso, debido a la falta de solubilidad.	Tratamiento de asfixia al nacimiento.
Al	Bradycardia fetal y baja de pH, Bradycardia neonatal, apnea y convulsiones seguidos del uso en bloqueo paracervical, probablemente debido a Técnica imperfecta con inyección accidental en la parte que se presenta el feto.	Como arriba, si hay marcada depresión, considere la exanguinotransfusión y aspiración de estomago (droga presente en secreciones gastricas).
L. Espiral Midural	Hipoxia intrauterina - ocurrida si hay hipotensión materna repentina.	Tratamiento de Asfixia al nacimiento.
<u>AGESICOS</u>		
mina	Prolonga el tiempo de protombina llevando a hemorragias neonatales; deficiencia de capacidad Seru-albúmina.	Dar phitomenadiones inyección 1 miligramo Im (vitamina K) después del nacimiento; observese por hemorragia.
mina Phe tina o - ina.	Cuerpos de Heinz en sangre periférica (en presencia de anemia por cuerpos de Heinz en la madre).	
orfina - ina Pétidi sadas en el ajo de parto.	Depresión respiratoria.	Tratamiento de Asfixia al nacimiento: dar nalorfina inyectada de 0.25 a 1 miligramo (depende de la edad gestacional) despacio IV o IM.
rogadictos.	Retiro de los síntomas (generalmente al final de las primera 24 horas. ocasionalmente mas tarde) e.g. hiperirritabilidad, tono aumentado Mioclonus, llanto agudo, vomitos y diarrea, deshidratación.	En presencia de síntomas, tratar con fenobarbital o clorpromasina; fluidos intravenosos pueden ser necesarios en presencia de excremento acuoso.

<u>LA</u> Efectos posibles sobre el <u>fe</u> <u>tó y el recién nacido.</u>	<u>Acción que puede ser re-</u> <u>querida</u>
--	---

IBAC- Nitrofurantoin anemia hemolítica en -
LAL. niños deficientes G6PD

cepto Ocasional daño al nervio VIII vestibicu
ma - lar y auditorio, pérdida del oído al-
Dihi gunas veces unilateral.
estep.
icina

ona- Anemia hemolítica en deficiencia G6PD.
as

ón - Hiperbilirrubinemia y desplazamiento de
onga bilirrubinas de los sitios proteínicos.

acie- Quelantes con calcio, por lo tanto se -
as deposita en los tejidos bajando la mine
ralización ejemplo: huesos, y dientes,
dientes de leche pueden ser manchados.

COAU
ES

rina Hemorragia fetal y neonatal debida a un
prolongado tiempo de protombina (en prác
tica estos anticoagulantes son generalmen
te retirados una semana antes, del parto,
cuando la heparina que no atraviesa la --
placenta es dada instantaneamente . Así,-
este problema unicamente ocurre en un par
to inesperado,

Obtener sangre del cor
dón para estudios de -
coagulación y dar al -
niño Fitometadione. 1
mlg. IM. si el tiempo
de protombina está muy
prolongado o si tiene
que esperar mas de dos
horas para encontrarlo
estar seguro de dar 10
mlg. por kilo de peso
de plasma fresco IV, si
está disponible un con
centrado de factores -
27910. Debe de estar -
alerta el staff del --
servicio de Rec, naci-
dos por la posibilidad
de que el niño sangre.

CON-
IO -
es

barbi Hemorragia neonatal debida a la defi -
ciencia de vitamina K dependiente de -
ción factores.

Como arriba

diabé Insulina relaja las células pancreati-
s, hi cas; hipoglicemia, algún tiempo prolon
icemien gada.
orales,
onidu-

Chequear niveles de azu
car y estar preparado
para tratar la hipogli-
cemia.

<u>Efectos posibles sobre el feto y el recién nacido,</u>	<u>Acción que pueda ser requerida.</u>
---	--

HIPER -
LIVOS

Euprina Congestión nasal, letargia, depresión respiratoria	Cuidado en el uso de Epinefrina en gotas nasales, una gota en cada fosa nasal si los síntomas nasales son lo suficientemente severos para inferir con la alimentación. No use mas que una o dos veces al día, y pare - tan pronto como sea posible.
--	---

Ileoparalítico,
ganglio

Ileoparalítico	Alimentación IV podría ser sustituida por la alimentación oral durante los primeros días de vida.
----------------	---

PALUDI-

Púrpura trombocitopénica Sordera	Vigilar por hemorragia
----------------------------------	------------------------

Quinina Sordera y una pigmentación anormal de la retina	
---	--

TIROIDEOS

Limasol, Ttiuracilo, Tltiuraci, Tlodado sō	Bocio, hipotiroidismo, cuando las dosis son pobremente controladas (drogas que usualmente enmascaran síntomas de tirototoxicosis neonatal en los primeros días de vida.)	Mantener libres las vías respiratorias si el bocio es lo suficientemente grande, debe darse una terapia para reponer tiroides (Tiroxina 0.25 mgs. diarios puede ser necesario inicialmente).
--	--	--

ión de
o sōdi

Hipotiroidismo	Terapia para reemplazar tiroides como arriba.
----------------	---

BERGICOS

Magnina, Ttigmia, Tdrato de Tostigmia	A cerca de 1/4 de niños nacidos de madres con mitemia tienen una pasajera debilidad muscular que podrian representar por defecto de la droga retirando de esos efectos de un factor endógeno, adquirido transplacental.	Vigilar la respiración y la alimentación y tener preparados para tratarlos con neostigmina o drogas con efectos similares.
---------------------------------------	---	--

OSTEROIDES

Limasol y ana	Teóricos riesgos de crisis adrenales después del nacimiento pero hay algunos reportes bien documentados, aumenta el riesgo de la prematuridad y/o un retardo del crecimiento intrauterino probablemente debido en parte por la enfermedad que padece el padre.	Cuidar y vigilar constantemente los primeros días de vida.
---------------	--	--

A	Efectos posibles sobre el feto y el recién nacido	Acción que puede ser requerida
ETICOS		
o de las cidas	Posiblemente púrpuras tronbocitópénicas (efecto directo sobre el conteo de plaquetas seguido a una administración neonatal no confirmada.	Vigilar por hemorragia
CTORANTE O TUSIVOS		
uctos que ienen yodo onibles sin ta, utiliza para asma, quitis, etc.	Bocio, hipotiroidismo	Mantener las vías aéreas libres, si el bocio es grande y obstruye. Dar tratamiento con tiroides.
ONAS		
ógenos (estosterona) ógenos (etilbestron) esterona (etisterona y (isterona)	Virilización de los fetos femeninos alargamiento del clítoris, algunas veces con grados de variación, de fusión de los labios como escroto.	Establecer que sexo es, tan rápido como sea posible. Cirugía plastica puede ser necesaria mas tarde. Decirle a los padres que la menstruación y ovulación podría ser normal.
ROSAS VENENOSAS LUCIONES DE		
ando hipona- la materna	Hiponatremia, hipotemia, letargo convulsiones.	Soluciones salinas intravenosas no son necesarias, si la alimentación oral comienza temprano.
LEADORES MUSCULARES		
tubocurarina	Atrofia	
NTES Y TRAN- LIZANTES		
itúricos	Disminuida respuesta a la respiración y a la alimentación, pérdida de fuerza y efectividad a succionar, disminución de agudeza visual. Inducción enzimática.	
omato de litio	Depresión respiratoria e hipotonía	
tiacidas	Disfunción extrapiramidal, temblor generalizado, aumento del tono muscular, opistótonos; síntomas persisten semanas o meses después del nacimiento.	Estas son drogas que siempre producen síntoma! no prescribirla mas.
vacina (en combinación con peti, producen -- onda hipotensional)	Hipoxia intrauterina	Tratamiento de asfixia neonatal.

<u>OCGA</u> <u>5</u>	<u>Efectos posibles, sobre el feto y el recién nacido</u>	<u>Acción que puede ser requerida</u>
<u>AMINAS</u> bibles en a, análo de la amina K	Anemia hemolítica, hiperbilirrubinemia, quernicterus.	
amina D	Hipercalemia infantil, evidencia de deficiente asociación controversial.	
<u>CELANEOS</u> metol estín), do una - funda hi ensión - erna	Hipoxia intrauterina	Tratamiento de asfixia neonatal
fato de mesia do en el tamiento Eclampsia	Broqueo neuromuscular periférico y depresión central	En los casos severos dar ventilación al niño y exanguinotransfusión puede ser necesaria.
taleno	Anemias hemolíticas por déficit de G6PD	
pianolol (agente bloqueador adre gico usado en medicación para stesia obstetri-	Asfixia al nacimiento	Tratamiento de asfixia neonatal.
<u>ACCO</u>	Retardo del crecimiento fetal.	

PROBLEMAS NUTRICIONALES :

La nutrición del feto es importante. Si hay mala implantación nuevo y la nutrición no es suficiente, hay problemas de desarrollo. En casos ectópicos han producido fetos anormales.

Niños de bajo peso se ven en madres con dietas bajas e incon-

INFECCIONES : Las infecciones pueden ser divididas entre las primeras del primer trimestre y las del embarazo después de los primeros tres meses. En las primeras son principalmente virus, tal es el caso de la polio, sarampión, y otros. Entre las tardías la toxoplasmosis, la sífilis, las principales.

Todas las lesiones causadas por estas son irreversibles.

POSIBLE ENFERMEDAD

Clínica del feto y/o recién nacido

Fuente de aislamiento

Tests adicionales

Conducta a seguir

BACTERIAS PATOGENAS DEL INTESTINO

(Enf. aguda o transportadores), usualmente enteropatógenos, escherichia coli, salmonela y shigela.

Enteritis

Heces

Vigilar al niño y a la madre guardar reglas de estricta higiene, aislarlo de otros niños, si el niño permanece bien en los primeros días y los cultivos son negativos, enviar a ambos a casa tan rápido como sea posible. Si el niño desarrolla enfermedad con cultivos positivos, comienza trat. con antibióticos en vista de la posibilidad de invasión al torrente sanguíneo en esta edad. Trasladar a la madre fuera de Depto. de maternidad si es posible.

LISTERIA MONOCITOGENES

Neumonía, septicemia y Meningitis.

Líquido cefalorraquídeo sangre y heces.

Histología de la placenta

Comience trat. con antibióticos después de tomar muestra. Si el niño aparece enfermo en un corto tiempo después del nacimiento.

MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS.

Tuberculosis respiratoria y abdominal

Rayos X de torax

Separar al niño de una madre con esputo positivo. Ponerle al niño BCG. Probar encontrar una sustitución de la madre (entre una familia o con ayuda de Servicio Social), por 2 o 3 meses. Madre con esputo negativo y saludable hijo, pueden estar juntos, pero hay que ponerle BCG antes de egresarlo. Si el niño parece saludable no son necesarias todas las investigaciones. Si desarrolla en-

INFECCION MATERNA

Posible enfermedad clinica del feto y o recién nacido

Fuentes de aislamiento del organismo infectante.

Tests adicionales

Conducta a seguir

FERMEDAD despues del nacimiento y Tb. congénita (muy raro y no es inmediato) Parece ser una posibilidad, empiece con trat. anti Tb. despues de tomar las muestras de laboratorio.

NEISERIA GONORREA

Oftalmia

Supuración de los ojos

Prevención : Instilar nitrato de plata al 1% en los ojos inmediatamente despues del nacimiento.

VIBRIOFETUS

Meningo-encefalitis

Líquido cefalorraquídeo

Histología de la placenta.

Comience trat. con antibiótico -- despues de tomar la muestra si el niño parece enfermo en un período corto despues del nacimiento.

HONGOS

Candida Albicans

Moniliasis oral y perineal (relativamente común) Pulmo: nar, infección gemelar, infectada en piel (muy raro). Amparillo grizaceo y puntos necróticos sobre el cordón umbilical.

Lesiones en boca y heces

Las lesiones orales usualmente se desarrollan hacia el final o el principio de la primera semana.

PROTOZOARIOS

Malaria congénita

Frote periférico

Suero del niño para buscar IGM. Histología de la placenta.

Empezar con trat. antipalúdico si se establece el Dx.

INFECCION MATERNA
 Posible enfermedad
 Clínica del feto y
 o del recién nacido

Tests adicionales Conducta a seguir

TOXOPLASMA GONDI

Meningoencefalitis
 corio retinitis,
 hepatitis, trombocitopenia.

Organismo puede ser visto en un frote de sedimento de líquido cefalorraquídeo con colorante de Wright.

Buscar anticuerpos en el suero del niño específicos para Igm, tomar muestras del cordón para fijación del complemento y repetir a 4 meses de edad. Histología de la placenta.
 Comience trat. con drogas anti-toxoplasmosas, si la infección es aparente. Si la infección es inaparente, pero los anticuerpos fluorescentes test. es positivo, un cuidadoso examen incluyendo examen de la vista, debe ser seguido.

ESPIROQUETAS

Rasch, hepatitis y periorbitis

Suero del niño específico para Igm anticuerpos fluorescentes. VDRL materno y el cordón frote y repetir nuevo VDRL a los 3 o 4 meses de edad. Histología de la placenta.

Comenzar trat. antisifilítico si la infección es aparente.

VIRUS.- Arbovirus
 Encefalitis equina del Este

Encefalitis

Líquido cefalorraquídeo. Cultivo de garganta.

Buscar Igm en suero del cordón

Seguir al niño muy de cerca

HERPES VIRUS
 Citomegalovirus

Meningoencefalitis
 Comadocretinitis, hepatitis
 trombocitopenia

Sedimento urinario
 Cultivo de garganta

Buscar Igm en suero del cordón. Hacer fijación del complemento en suero del cordón y de la madre, repetirlo a los 3 o 4 meses de edad

Si la enfermedad es severa y no se da trat. el sistema nervioso central podría tener un serio daño. Si es inaparente o mediano considere trat. con Iduxoridina.

INFECCION MATERNA	Posible enfermedad clinica del feto y o recién nacido	Fuente de aislamiento del organismo infectado.	Test adicionales	Conducta a seguir
HERPES VIRUS Hominis (simplex) tipo 2	Como el del Citomegalo virus, también vesícula en piel	Muestra de las lesiones de vesículas frescas, líquido cefalorraquídeo y cultivo de garganta.		Como el Citomegalovirus
VARICELA ZOSTER (Varicela, Herpes, Zoster)	Varicela congénita, herpes Zoster congénito	Muestras de lesiones vasculares frescas.		Separarlo temporalmente de la madre si no hay evidencia de enfermedad en el niño y si la madre está aún infectada; retirarlo de los otros niños.
MIXO O PARAMIXO VIRUS Influenza	Aborto			La separación del niño sano de la madre es únicamente necesaria si ella todavía está infectada durante el parto (por 5 días después de haber aparecido el <u>Rash</u> en el sarampión, por 1 semana después de aparecido el edema en las papéras). El niño puede ser aislado de otros niños porque pueden con traer la infección.
Sarampión	(Aborto) Sarampión congénito	Frote de garganta		
Paperas	(Aborto)			
PICORNAVIRUS (Cozackie)	Meningitis Enteritis	Heces, frotos de garganta	Suero del cordón para Igm igualmente suero para fijación y neutralización del complemento	Aislarlo de otros niños y seguirlo posteriormente.
Echo	Meningitis, enteritis	" "	" "	
Poliiovirus	(Aborto) Polioccefalitis o carditis congénita	Heces y frote de garganta	Títulos de inhibición de hemaglutinación, repetirse a los 3 c 4 meses de edad.	Igual que arriba y estar preparado para paro de respiración.

INFECCION MATERNA

Posible enfermedad clinica del feto y o recién nacido

Fuentes de aislamiento del organismo infectante.

Tests adicionales

Conducta a seguir

Poxivirüs

Vaccinia (vacuna-
ción antivariollica.

(Aborto)
Vaccinia congenita

Lesiones vesiculares frescas

Si el niño es atacado en la etapa fetal o neonatal la muerte puede ocurrir.

Varicela (Viruela)

(aborto) variola
congénita

Lesiones vesiculares frescas

Nunca se debe comprometer si la madre está correctamente diagnosticada, para que ella esté en un hospital de aislamiento, si no y Ud. hace el diagnóstico mande a la madre y al niño ahí y enseguida debe informar al superintendente médico y organizaciones de salud.

OTROS

Hepatitis (suero homologo-antigeno Austral)

Hepatitis

Sangre

Suero del cordón para Igm.

Rubeola

Malformaciones si la madre es afectada en el 1er. trimestre. Defectos cardiacos, cataratas, sordera. También pequeños para la edad, hepatitis, trombocitopenia, defec- tos de la metafisis.

Frote de garganta, orina.

Suero del niño para Igm, suero anti-
cuerpos fluorescen
tes. Suero del cor-
don para Igm. A la
madre y al niño sa-
carle suero del cor-
don del niño para
fijación y neutrali-
zación y repetir a
los 3 y 4 meses de
edad.

Seguirlos con una referencia particu-
lar para detección de agudeza
visual y auditiva. Recuerde esto:
La excreción viral por el niño
frecuentemente prolongada) lo ha-
ce un contaminador potencial pa-
ra la mujer embarazada.

Seguirlos con una referencia particu-
lar para detección de agudeza
visual y auditiva. Recuerde esto:
La excreción viral por el niño
frecuentemente prolongada) lo ha-
ce un contaminador potencial pa-
ra la mujer embarazada.

MICOPLASMA HOMINIS

Oftalmia
(Abscesos superficiales reportados, pero son probablemente raros)

Frote de ojos

Advertir al laboratorio que un medio especial puede ser necesario.

TRIS AGENTE

Oftalmia

Anestesiarse la conjuntiva con metocaina al 1% y --adrenalina al 1/10,000 y cuando están blanqueados y advertidos los párpados raspearlos firmemente la superficie con una espátula. Aplicar el material sobre un portaobjetos sacarlo en el aire, y pedir al laboratorio para que lo examine para especial tipo de cuerpos de inclusión citoplasmática.

EFECTOS ACTINICAS

La radiación por radio o por rayos X es dañina al embrión y al feto. Los ejemplos de las bombas atómicas están a la vista: micr.cefalia, retraso mental, espina bífida, y muchas mas, todas irreversibles.

DEFECTOS CONGENITOS

Se han descrito cuatro categorías.

- Mutación de genes
- Aberraciones cromosómicas
- Factores intrauterinos adversos
- Asociación de las anteriores.

Durante el primer mes de vida, muchos de estos niños mueren y otros nacen muertos o abortan las madres, pero un alto porcentaje se adapta a la vida y la mayoría de ellos son irreductibles no habiendo ningún tratamiento, mas que la prevención. La madre debe ser protegida durante el embarazo de todo lo que pueda ocasionarle daño, sobre todo durante los primeros tres meses del embarazo cuando el feto es mas vulnerable.

FACTORES NATALES QUE PUEDEN PRODUCIR DAÑO FISICO :

- A) Anoxia
 - 1) Obstrucción mecánica
 - 2) Atelectasias
 - 3) Drogas
 - 4) Placenta previa
 - 5) Hipotensión materna (raqui)
 - 6) Parto de nalgas (podálico)
- B) Hemorragia y contusión cerebral
 - 1) Trauma, distocia, desproporción céfalo pélvica, inducciones fórceps.
 - 2) Cambios bruscos de presión cesárea, parto precipitado.
 - 3) Factores constitucionales: prematuridad, sífilis, anemias, hipoprotrombinemia.

FACTORES POST NATALES

Como causas principales tenemos :

- 1) Infecciones
- 2) Mala nutrición
- 3) Traumatismo
- 4) Envenenamientos
- 5) Accidentes cerebro vasculares
- 6) Encefalopatía post inmunitaria
- 7) Emocionales

Tal como se nos ha solicitado, daremos la mayor importancia a aspectos relacionados con la nutrición, y por supuesto a la Avitaminosis A. Que va asociada a la desnutrición la mayoría de los casos.

HISTORIA DE LA DESNUTRICION

En 1933, Cecily Williams (8), quien se encontraba trabajando en Accra, Ghana, Costa de Oro, describió una enfermedad que se presentaba predominantemente en los niños de 1 a 4 años de edad, la cual se caracterizó por edemas, lesiones cutáneas, despigmentación del cabello e hígado agrandado; producía altas tasas de mortalidad, y se debía a una nutrición deficiente, ya que la dieta de los niños afectados era exclusivamente a base de kenki (kenki - kassa).

La similitud de las lesiones cutáneas descritas en esta enfermedad con las manifestaciones clásicas de la pelagra suscitó gran controversia, en particular con las publicaciones de Stannus y, por ello, el caso sintomático descrito en la Costa de Oro se llegó a considerar sólo como pelagra infantil. De nuevo dos años más tarde, la Dra. Williams en su artículo (8) insistió sobre las lesiones cutáneas y su diferenciación con la pelagra, y denominó a la enfermedad Kwashiorkor, término que los nativos de ese lugar usan para indicar su relación con el destete.

En Ghana, lugar del que la Dra. Williams tomó la palabra Kwashiorkor, las familias disponen de un grupo de nombres, muy parecidos entre sí, que dan a los hijos en un orden preestablecido. Uno de estos grupos de nombres el más común es el de Kwashiele, Kwashiorkor, Kwashikai, que en el orden mencionado corresponden al 1er., 2do., y 3er. hijos. Cuando el 1er. hijo es destetado prematuramente (como consecuencia de un nuevo embarazo o de un parto prematuro) se le atribuye origen al 2do. niño (Kwashiorkor) y enferma de desnutrición, se le llama Kwashiorkor, el hermano por nacer. Por eso muchos autores han interpretado la etimología de la palabra como kwashi= 1ro. y or= 2do. siempre relacionándola al destete del primer hijo, a consecuencia del nuevo embarazo (comunicación personal del Dr. Frederick T. Sai, actual Ministro de Salud Pública de Ghana, al Dr. Moises Behar, Director del IICA en 1960).

Además de las publicaciones mencionadas, la enfermedad, bajo diferentes denominaciones (pelagra infantil, distrofia nutricional, Kwashiorkor, edema nutricional, síndrome puricarenal de la infancia, desnutrición, etc.) fue descrita en casi todos los países tropicales y subtropicales del mundo, destacando su alta prevalencia en la población infantil y su gran importancia en el campo de la salud pública. Desde entonces esta enfermedad, tan antigua como la inanición infantil en muchos países del mundo, despertó el interés científico del mundo actual.

Guillón en 1913 y Normet en 1926 en Indochina, y Mac-Connell en 1918, Jamot (1918-20), Phil (1924), Procter (1926), Gillan (1934), Shaw (1934), Gilra (1936), Vint (1936) y Trowell (1937), en Africa, describieron numerosos casos caracterizados por edemas, despigmentación del cabello,

urrea, anemia, y parasitismo intestinal, y aun cuando estas manifestaciones fueron descritas algunas veces en adultos (Jamot, 1918) y relacionadas con la infestación parasitaria que a la dieta (Philp, 1924), el completo edema, lesiones cutáneas, decoloración del cabello y diarrea, quiere que en realidad se trataba de casos de desnutrición.

En numerosos países de Latino América la enfermedad era conocida desde mucho tiempo atrás, a pesar de que no se había definido claramente su relación con el factor nutricional. Es probable que la primera descripción a este respecto sea la de Patrón Correa (1908), en Yucatán, la que describe una enfermedad que los nativos del lugar denominaban "lebrilla" que se manifestaba por diarrea, palidez, lesiones de la piel, y alta mortalidad.

INCIDENCIA, DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y ETIOLOGIA

Según hemos podido apreciar a través de esta breve reseña, la desnutrición infantil ha sido descrita en casi todos los países del mundo, y prevalece en regiones subdesarrolladas donde al bajo nivel socio-económico de la población y la poca disponibilidad de alimentos de alto valor biológico, dan por resultado dietas mal balanceadas o deficientes. Afecta a los niños de ambos sexos de las clases sociales mas humildes, generalmente entre el 1er. y 7mo. año de edad.

Básicamente, la causa de la enfermedad es una deficiencia de proteínas; sin embargo, las calorías totales y por consiguiente la proporción protéico-calórica de la ingesta, parecen tener importancia preponderante en cuando a la caracterización de la enfermedad en los diferentes tipos clínicos; así se ha dicho que el Kwashiorkor es la consecuencia de una dieta baja en proteínas, pero normal o alta en calorías, mientras que el marasmo es el resultado de una deficiencia de ambas. Entre estos dos extremos de exceso o deficiencia de calorías existe toda una gama de insuficiencia calórica relativa que conduce a las formas mixtas de Kwashiorkor-marasmo o síndrome pluricarencial de la infancia (SPI) que son las formas de desnutrición infantil mas frecuentes en nuestro medio. Asociadas a esta deficiencia protéica severa, en mayor o menor grado calórica, existe deficiencias específicas de uno o varias vitaminas y minerales variables de región a otra según la disponibilidad local de los diferentes nutrientes que agregan al cuadro clínico de desnutrición su patología característica.

Recientemente Sanahuja y Harper, han informado que los animales de laboratorio sometidos exclusivamente a dietas con desbalance (alimentadas ad libitum), aunque estén severamente desnutridos, reducen instintivamente y aun interrumpen el consumo de estas dietas como mecanismo de defen-

75

para mantener hasta donde sea posible, el equilibrio biológico. De esta manera los animales detienen su curva de crecimiento y aún pierden peso o no desarrollan alteraciones histológicas y bioquímicas muy severas sobreviven mejor. Los resultados de Sydransky y col. (54-57), confirman el hecho de que cuando este mecanismo natural de protección se elimina por medio de la alimentación forzada, el exceso de dieta con desbalance produce alteraciones clínicas y metabólicas severas, comparables en muchos aspectos a las existentes en el Kwashiorkor. Un fenómeno similar podría ocurrir en la desnutrición infantil, ya que a diferencia de muchos animales, la especie humana no depende solo de instintos para regular su alimentación y a menudo es la propia madre la que obliga al niño a tomar los alimentos que ella considera beneficiosos. El resultado de esto podría ser la ingestión de una dieta no balanceada y este desbalance (ya fuese proteínico, calórico, por exceso o deficiencia de aminoácidos, o por desproporción de algún otro (s) factor (es) dietético (s) a su vez el factor desencadenante del conjunto de alteraciones clínicas, bioquímicas o fisiológicas conocidas como Kwashiorkor o SPI.

Los factores infecciosos son importantes en referencia a la etiología de la desnutrición, ya que actúan como causas coadyuvantes, al reducir los requerimientos, disminuyendo el apetito y, en otras oportunidades, directamente relacionadas como funcionamiento gastrointestinal, disminuyendo la capacidad de absorción o de utilización de los alimentos (diarreas, hepatitis, parasitismo intestinal, etc.). Evidencia de tipo epidemiológico parece indicar que en pacientes con equilibrio nutricional estable (como consecuencia de una dieta crónicamente inadecuada), un proceso infeccioso benigno puede ser el factor precipitante de cuadro agudo de desnutrición, como frecuentemente observamos en nuestro medio, en donde la tos ferina o el sarampión son el principio de muchos casos, que más tarde llegan al hospital con desnutrición severa.

La incidencia estacional de la enfermedad descrita por varios investigadores solo es una consecuencia de la variación de la disponibilidad de los alimentos, o en la frecuencia de ciertas enfermedades (diarreas, etc.) que por las características propias de su patología están directamente relacionadas con el estado nutricional.

E V O L U C I O N

La desnutrición infantil, de inicio insidioso, se manifiesta al principio casi exclusivamente por retardo en la curva de crecimiento ponderal. Después de esta etapa de duración variable, la enfermedad puede evolucionar de dos maneras distintas: El crecimiento se retarda cada vez hasta que finalmente se detiene del todo, hay fusión progresiva de las fibras musculares y del tejido celular subcutáneo que desaparece casi por completo, el cabello y la piel presentan cambios mínimos (a veces solo aspereza, arrugamiento por falta de pánículo adiposo), no hay edemas,

El hígado es pequeño sin exceso de grasa, y la apariencia general del enfermo es de adelgazamiento extremo (hueso y piel) con la fascies característica (carita de mono). Este conjunto constituye el cuadro clásico del marasmo, que representa la etapa final de un proceso de autofagia de larga duración.

Por el contrario, puede ser que el paciente evolucione hasta el Kwashiorkor que se caracteriza por anorexia, apatía e irritabilidad, edemas, lesiones severas de la piel, decoloración y cambios en la textura normal del cabello, infiltración grasa del hígado con ligero aumento de tamaño, y disminución moderada del tejido celular subcutáneo y de la masa muscular.

Aún asumiendo que la dieta es la causa determinante de las características clínicas, existe mucha confusión con respecto a la evolución de la enfermedad, desde las etapas iniciales de retardo pondero-estatural hasta las formas severas, bien definidas, desde el punto de vista clínico de Kwashiorkor puro, marasmo, o SPI.

La interrelación entre las diferentes formas entre sí, y el verdadero significado de las etapas intermedias dentro del marco evolutivo de la enfermedad, no se conoce, pero la existencia de las formas mixtas (SPI), las cuales, a una evolución larga de tipo marásnico (retardo pondero-estatural severo, atrofia muscular y disminución del tejido celular subcutáneo) subitamente se sobreagregan los síntomas y signos clínicos de Kwashiorkor, indican que esta interrelación recíproca sí existe.

Recientemente, Behar, del Incap, ha representado gráficamente estos conceptos por medio de un triángulo escaleno, en el que el ángulo superior representa la normalidad (con una variación hasta de 10% de déficit) en relación al peso ideal, el ángulo obtuso de Kwashiorkor puro de tipo "sugar-baby", y el vértice, el marasmo. La base del triángulo línea (M) corresponde a los distintos tipos de Kwashiorkor-marásnico, y la hipotenusa línea (M-N) a los diferentes grados de desnutrición que se suceden hasta llegar al marasmo puro. El grado de severidad de la desnutrición de tipo marásnico lo da la posición transversal, y el de la desnutrición de tipo Kwashiorkor, la posición vertical. El porcentaje de déficit de peso de acuerdo con la clasificación de Gómez (8) está representado por las líneas punteadas verticales.

Por ejemplo, la evolución de un paciente con desnutrición de tercer grado caracterizada solo por retardo pondero-estatural, estará representada en el triángulo por la línea nº 1 si la deficiencia nutricional es suficientemente severa y prolongada, el déficit pondero-estatural, y la disminución del tejido celular subcutáneo se acentuarán cada vez más (desnutrición de 2º y 3er. grados) y el paciente eventualmente llevará al marasmo (línea 2)

Ahora bien, si el enfermo desarrolla Kwashiorkor desde el principio de la enfermedad (tipo "sugar - baby") o este se presenta después de una evolución prolongada de tipo marásmico (retardo de crecimiento y disminución de tejido muscular y celular subcutáneo) como sucede en el SPI, la evolución respectiva estará representada en el triángulo por las líneas 3 y 4.

Los pacientes que durante su evolución previa han tenido varios episodios de "kwashiorkor", pueden representarse de acuerdo con la línea 5, donde la magnitud de las oscilaciones está determinada por el grado de severidad y de remisión de los episodios referidos. El punto final está determinado por el cuadro clínico del enfermo al momento de ser clasificado.

Considerando que los enfermos con kwashiorkor o con SPI, el edema imposibilita la apreciación exacta del déficit ponderal, es mejor pasar el peso seco, que se puede estimar aproximadamente por el peso del paciente, una vez que han desaparecido los edemas.

CUADRO CLINICO

1) Síndrome pluricarenal de la infancia (SPI) el edema (imprescindible para el diagnóstico) principia en los miembros inferiores y puede aumentar progresivamente hasta constituirse en anasarca. No es doloroso para el enfermo, al tacto es frío y a la presión digital deja fovea; con frecuencia es más severo en las regiones de clives o del lado sobre el cual descansa el paciente, lo que le da una distribución asimétrica.

Las lesiones de la piel se distribuyen regularmente en el dorso, en los flancos y en las extremidades; y casi siempre están presentes en las regiones húmedas (pliegues inguinales, gluteos, etc.) Consisten en áreas de adelgazamiento extremo con fisuración superficial o bien zonas fragmentadas de hiperpigmentación que le dan un aspecto de pavimento "craquelado" y pavimento dermatitis", (Williams, 1935), "Enamel paint dermatitis" (Tropel, Dean y Davies, 1954). La mayoría de veces hay descamación superficial en escamas pequeñas, pero en otras oportunidades esta ocurre en colgajos grandes. Con frecuencia se observan áreas flictenulares con apariencia de quemaduras, o zonas húmedas que han perdido la epidermis, algunas veces infectadas secundariamente.

El cabello presenta lesiones características que consisten en alopecia implantación, decoloración y sequedad extrema que le dan un aspecto desordenado y sin vida (pelo de muñeca vieja). Estas lesiones no tienen relación con la severidad de la enfermedad. En algunos pacientes la decoloración del cabello tiene períodos de remisión, por lo que las áreas depigmentadas

das alternan irregularmente con zonas normales o menos afectadas. A esto debe el aspecto franjeado descrito como "signo de bandera".

A menudo hay cambios vasculares como frialdad de la piel acro-
 anosia de extremidades, mas pronunciada en las inferiores, y áreas cutá-
 neas con eritema que desaparece a la presión. Las mucosas se presentan pa-
 lidas y atróficas, especialmente la mucosa lingual, que en la mayoría de los
 pacientes se encuentra ~~palida~~ y con marcada disminución del número de
 papilas filiformes, sobre todo en los bordes. El tejido celular subcutáneo
 está presente en regular cantidad, y los musculos hipotónicos persisten
 inactivos durante varias horas.

Los reflejos osteo-tendinosos están disminuidos. Los cambios
 bioquímicos predominantes son la apatía y la irritabilidad. El hígado a si-
 como descrito aumentado de tamaño, pero lo corriente es que durante la fase
 aguda de la enfermedad está hepatomegalia sea muy moderada (de 2 a 5 cm.
 por debajo del reborde costal).

Marasmo : El cuadro clínico del marasmo ya ha sido dado a conocer, pe-
 ro conviene insistir sobre la atrofia severa de las masas musculares y
 la ausencia del tejido celular subcutáneo como característica si se qua-
 rian para su diagnóstico.

CAMBIOS FISICOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS

1) SANGRE Y MEDULA OSEA : En los caso de Kwashiorkor sin compa-
 ñiones. la hemoglobina y el número de globulos rojos están moderadamente
 disminuidos alrededor de 10 gr. y 3,5 millones respectivamente. Esta anemia
 moderada puede ser de cualquier tipo (normo, micro, o macrocítica) según el
 factor (es) dietético deficiente. El número de reticulocitos en sangre peri-
 férica es bajo al ingreso de los pacientes, pero sube rapidamente con el
 tratamiento dietético (aunque sea exclusivamente a base de leche) algunas
 veces hasta 30% .

2) PROTEINAS : En los pacientes con SPI las proteínas séricas
 están por debajo de lo normal porque constituye una característica bioquí-
 mica imprescindible para su diagnóstico. En 13 casos de SPI que se investi-
 garon el promedio al ingreso fue de 3,51 gr.% (D.E. 0,54)⁺, lo que está de-
 bido con las cifras reportadas por otros investigadores. Estos bajos va-
 lores de proteínas total se deben principalmente al descenso de la albumi-
 na . La globulina alfa 1 está aumentada, y las globulina alfa 2 y Beta, di-
 disminuidas. El marcado descenso de las albuminas, en contraste con los va-

- D.E. : Desviación standar.

valores normales o altos de la globulina gamma, inserta una curva electroforética característica en la que llama la atención el área relativamente aumentada de esta última.

En los casos de marasmo, las proteínas séricas también están disminuidas pero no en grado tan severo como en el Kwashiorkor. En los nueve pacientes estudiados el promedio al ingreso fue de 5,53 gr.% (D.E. 0,75) de los cuales el 53% corresponden a la albumina. Esta diferencia de comportamientos en las proteínas séricas de uno y otro grupo, no ha sido confirmada por Vitales y Velez en Colombia que, en casos de marasmos han encontrado valores tan bajos como los observados en SPI.

RECOMENDACIONES

Aunque mejora la dieta del niño es lo que se necesita para mejorar la nutrición no hay que olvidar que esto no es todo ya que la desnutrición es un proceso social al cual contribuye no solo la escasez de alimento sino también la importancia, bajo nivel socioeconómico y muchos otros factores los que si no son solucionados hará que no vuelva a caer en el mismo medio ambiente y regrese en un tiempo a el problema de la desnutrición.

Los alimentos del tipo y otros de bajo precio han venido a ayudar a la alimentación de estos niños, pero su educación no siempre es bien utilizada.

Los centro de recuperación nutricional donde además de alimentar al niño durante el día con alimentos locales su acción a las madres también está dando buenos resultados.

1.- AVITAMINOSIS

.- Que es vitamina "A".-

En general las vitaminas son sustancias indispensables para el funcionamiento adecuado de los seres vivos, que intervienen en cantidades mínimas, por lo que no llenan funciones estructurales ni desempeñan actividades energéticas y que, en general, no son sintetizadas por los animales. Las vitaminas tienen una estructura química muy variada; algunas funcionan como coenzimas. Las vitaminas llenan un aspecto "Metabólico" y desempeñan actividades específicas en los mecanismos moleculares de funcionamiento celular y, por otro lado, cuando faltan producen cuadros de deficiencia específicos y reconocidos clínicamente, estos cuadros, cuando son diagnosticados a tiempo, dan sin secuelas y la administración de dosis adecuadas de la o las vitaminas correspondientes.

ores normales o altos de la globulina gamma, inserte una curva electroforética característica en la que llama la atención el área relativamente aumentada de esta última.

En los casos de marasmo, las proteínas séricas también están disminuidas pero no en grado tan severo como en el Kwashiorkor. En los nueve pacientes estudiados el promedio al ingreso fue de 5,53 gr.% (D.E. 0,75) de los cuales el 53% corresponden a la albumina. Esta diferencia de comportamientos en las proteínas séricas de uno y otro grupo, no ha sido confirmada por Vitales y Velez en Colombia que, en casos de marasmos han encontrado valores tan bajos como los observados en SPI.

RECOMENDACIONES

Aunque mejora la dieta del niño es lo que se necesita para mejorar la nutrición no hay que olvidar que esto no es todo ya que la desnutrición es un proceso social al cual contribuye no solo la escasez de alimento sino también la importancia, bajo nivel socioeconómico y muchos otros factores los que si no son solucionados hará que no vuelva a caer en el mismo medio ambiente y regrese en un tiempo a el problema de la desnutrición.

Los alimentos del tipo y otros de bajo precio han venido a ayudar a la alimentación de estos niños, pero su educación no siempre es bien utilizada.

Los centros de recuperación nutricional donde además de alimentar al niño durante el día con alimentos locales su acción a las madres también está dando buenos resultados.

1.- AVITAMINOSIS

Que es vitamina "A".-

En general las vitaminas son sustancias indispensables para el funcionamiento adecuado de los seres vivos, que intervienen en cantidades mínimas, pero lo que no llenan funciones estructurales ni desempeñan actividades energéticas y que, en general, no son sintetizadas por los animales. Las vitaminas tienen una estructura química muy variada; algunas funcionan como coenzimas. Las vitaminas llenan un aspecto "Metabólico" y desempeñan actividades específicas en los mecanismos moleculares de funcionamiento celular y, por otro lado, cuando faltan producen cuadros de deficiencia específicos y conocidos clínicamente, estos cuadros, cuando son diagnosticados a tiempo, tienen sin secuelas y la administración de dosis adecuadas de la o las vitaminas correspondientes.

Las vitaminas se dividen en dos grandes grupos, las liposolubles que se encuentran en los alimentos grasos y las hidrosolubles que se encuentran en los alimentos no grasos o acuosos. Las vitaminas liposolubles son "A", D, E y K; las hidrosolubles son las vitaminas del complejo B y además el ácido ascórbico.

Se reconocen dos vitaminas A, la A1 y la A2, son productos químicos derivados del Terpeno (compuestos de origen vegetal, múltiplos del isopreno, 2 - metil. Butadieno, que es un compuesto simple con un esqueleto de 5C, el más sencillo de estos compuestos tiene 40 C y se denomina terpeno, esta forma cíclica y estos son los que forman parte del núcleo de la vitamina A). La vitamina A2 es de menor actividad que la A1. Las vitaminas A son termoestables.

.- Qué es avitaminosis A:

Se conoce como avitaminosis la condición en que la vitamina A está ausente del organismo. Cuando hay poca vitamina A se denomina hipovitaminosis. El requerimiento diario de vitamina A se considera que es 75 U. I. por g. de peso por día. La avitaminosis A puede ser carencia primaria por dieta insuficiente, aunque esto sea difícil pues existen reservas corporales de esta vitamina; la avitaminosis A ocurre más frecuentemente asociada a trastornos que afectan la absorción de grasas, como enfermedades de vías biliares, pancreáticas, sprue, padecimientos intestinales graves.

.- Para qué sirve la vitamina A :

Esta vitamina mantiene los epitelios en condiciones normales y los protege así de la actividad de agentes físicos o bacteriales. Está relacionada con la visión. Tiene también actividad en el desarrollo óseo.-

.- Como trabaja la vitamina A :

En la retina existen dos tipos de estructuras sensibles a luz que se conocen con el nombre de conos y bastones. Los bastones son estimulables por la luz difusa y poco intensa, los conos son estimulados por la luz brillante y los colores. En estas estructuras existen pigmentos de tipo carotenoides, que unidos a proteínas especiales forman sustancias fotosensibles. Las proteínas unidas a los cuerpos carotenoides reciben el nombre de opsinas. La escotopsina más el aldeído de vitamina A1 (o retineno) forman la rodopsina. Cuando la rodopsina es estimulada se rompe la unión entre sus dos componentes (retineno y escotopsina) esto produce un estímulo que viaja al cerebro, a el área visual y así se produce la visión de la luz difusa o poco intensa, estos dos componentes, para unirse de nuevo y servir otra vez necesitan ser transformados a nivel hepático y ser retornados por

wia hemática al ojo para que trabajen otra vez.

El hombre recibe la vitamina A de la dieta en dos formas, como vitamina propiamente dicha o como sus precursores, los carotenos. La mayor parte de los ingresos van en forma de carotenos provitánicos, estos se reconocen mas de dos formas. El más importante para los hermanos es el carotenos beta que está formado por dos moléculas de vitamina A. La transformación de la mayor parte de los carotenos a vitamina A y la absorción activa de la vitamina ocurren en el intestino delgado, para esto se necesita una función pancreática adecuada, absorción normal de grasas, luego de absorbida la Vitamina A, una parte de ella va a ser utilizada en forma inmediata y otra ha de ser almacenada en el hígado a nivel principalmente de las células de Kupffer, el riñón y la piel almacenando también vitamina A, pero en mucho menor cantidad. Se ha calculado que las reservas de un sujeto bien nutrido, alcanzarían para mantenerlo bien 2 ó 3 años si sufriera durante ese tiempo un estado de carencia grave.

Como la vitamina A se absorbe diariamente y circula por el plasma, las dosificaciones séricas de vitamina A están bien aunque las de los tejidos estén bajas. Excepto por los fenómenos visuales, no se conoce a la fecha el mecanismo de acción biológica de la vitamina A. Se sabe que la carencia de vitamina A disminuye la conversión de colesterol a cortisona (posiblemente en la etapa de desoxicorticoesterona y corticosterona).

1.- En donde se encuentra la vitamina A :

Como anteriormente se explicó, la vitamina A se produce en el organismo por transformación de provitaminas de origen vegetal. Estas son carotenos provistos por las plantas verdes o por los animales que los recibieron de las plantas.

Existen mas de 10 carotenos que se encuentran en las partes verdes o amarillas de los vegetales. La vitamina A existe en la leche y la manteca, hay buena cantidad de vitamina A en los aceites de hígado de pescado (tiburón, nero, y otros). Hallan casi todos los aceites vegetales, salvo en el coco y el de maiz. Los vegetales con mas cantidad son : Lechuga, zanahoria, espinaca, berro, arveja, bananos, melones, en general falta en todos los vegetales que no tengan partes verdes o amarillas.

2.- Su deficiencia :

a.- Como se produce :

Los estados carenciales de vitamina A son relativamente difíciles que ocurran por déficit en la dieta y su deficiencia está relegada mas hacia defectos en la absorción de grasas tales como el sprue, enfermedades en las vías biliares (cálculos, estenosis, atresia, agenesia.) enfermedades

En las vías pancreáticas, padecimientos intestinales graves, ~~hepatopatías~~ estas condiciones pueden no solo agotar las reservas sino inhibir la movilización de vitaminas de los sitios de almacenamiento y disminuir la capacidad del plasma para transportar la vitamina.

Que produce :

La deficiencia de vitamina A produce especialmente trastornos de la visión crepuscular y en los tejidos epiteliales que consisten primero en atrofia y luego proliferación de las células basales con formación anormal y abundante de células carneas. En la avitaminosis o hipovitaminosis

- Xeroftalmía
- Queratomalacia
- Erupción palpitante de fliculos pilosebaceos
- Xerosis cutánea
- Ceguera nocturna
- Susceptibilidad a las infecciones
- Trastornos del crecimiento óseo

Como se manifiesta :

Xeroftalmía . Ocurre un espesamiento y pérdida de transparencia de la conjuntiva, que puede estar seca y con poca secreción lacrimal. Algunas veces hipertrofiam los foliculos de la conjuntiva en especial del parpado inferior (conjuntivitis folicular). Ocurre ceguera nocturna. La mucosa que cubre la esclerotica y la cornea experimenta queratinización. Desaparecen las células caliciformes y el revestimiento de los conductos de las lagrimas, es sustituido por epitelio escamoso estratificado y queratinizado. Los restos de queratina obstruyen los conductos; entonces las superficies mucosas normalmente húmedas se ponen resecas granulosas y ásperas, llamandose esto XEROFTALMIA.

Queratomalacia:

El siguiente paso es el acumulo de los restos de queratina en placas blanquecinas que reciben el nombre de manchas de Bitot. Estas modificaciones causan irritación de la órbita, aparece disminución de la agudeza visual y la superficie puede experimentar ulceración, esto causa ablandamiento y opacidad de la cornea con infección secundaria, si esto prosigue como inflación y la vascularización apresuran el ablandamiento y se puede presentar la ulceración; a este proceso se le llama QUERATOMALASIA.

De alguna manera, el déficit de vitamina A interfiere con el mantenimiento de los epitelios especializados del cuerpo : mucosa del aparato respiratorio, digestivo, genitourinario, revestimiento epitelial

de los conductos glandulares y conductos de los apéndices cutáneos. En general lo que ocurre a todo nivel epitelial es atrofia del epitelio afectado, proliferación reparadora de las células basales, y crecimiento y diferenciación de los nuevos productos en un epitelio estratificado queratinizado.

A nivel respiratorio, incluida la nariz, nasofaringe y senos paranasales el epitelio cilíndrico ciliado normal es sustituido por epitelio escamoso estratificado sin cilios, esto acarrea una disminución en la función protectora de dicho epitelio. A nivel urinario, sobre todo a nivel de la pelvis renal y vejiga, los restos de queratina pueden actuar como base para la formación de cálculos urinarios que predisponen a alteraciones inflamatorias e infecciones. En la piel ocurre una hiperqueratosis - dermatitis folicular o papulosa.

Como sintomatología general se produce: ceguera nocturna, xerofthalmia, queratomalasia, manchas de Bitot, dermatitis papulosa (carne de melina), enfermedades frecuentes de vías respiratorias, hay retraso del crecimiento físico, mental y apatía. Usualmente hay anemia con hepatomegalia la cual puede estar ausente. La hiperqueratosis ocurre más frecuentemente a nivel de hombros, nalgas y cara extendidas de las extremidades. Debido a la metaplasia de las vías urinarias puede ocurrir hematuria y piuria. La hidrocefalia con parálisis de los pares craneales es poco frecuente.

- Diagnóstico clínico y de laboratorio:

Cuando se tenga presente alguno de los signos o síntomas anteriormente mencionados y se sospeche deficiencias de vitamina A, habrá de hacerse la prueba de adaptación a la oscuridad. Se encuentran que los niveles de caroteno en sangre cae rápidamente lo mismo ocurre con los niveles séricos de vitamina A (50 a 100 unidades internacionales es el plasma de los niños) aunque esto no es el 100% válido puesto que el nivel sérico de vitamina A puede ser normal y el tisular estar sumamente bajo o incluso no existir ya. Se puede hacer la prueba de absorción de vitamina A, la cual está disminuida en casos de fibrosis del páncreas, obliteración de las vías biliares y cretinismo.

Valores normales de vitamina A en suero: 50 a 100 U.I. o 50 60/-100cc³. Valores normales de carotenos en sueros: 40 a 400/100cc.

- TRATAMIENTO:

- Curativo:

- Xerofthalmia: 5000 U.I./kg/día vía oral por 5 días más una inyección intramuscular de 25000 U.I. de vitamina A en solución oleosa por día hasta la recuperación.

- Deficiencia latente : 5000 U.I. diarias de vitamina A como suplemento
r no mas de 6 meses.

- Preventivo :

- Primera infancia : 1500 U.I. al día
Niños mayores 2000 a 4000 U.I. al día.

Complicaciones del tratamiento:

Cuando se han ingerido grandes cantidades de vitamina A por
largo tiempo puede producirse una hipervitaminosis. Afortunadamente esto
muy raro. Como sintomatología se produce cefalea grave, fontanela ten-
(Hipertensión del líquido cefaleo raquídeo), hepatomegalia, clonus bila-
ral del pie con temblor ligero, caída del cabello, anorexia, hiperoste-
s alteraciones nerviosas y erupciones cutáneas. Basta suspender la admi-
stración de vitamina A para que ceda la sintomatología. La extracción
El líquido cefaloraquídeo está indicada una o dos veces cuando las fonta-
llas esten muy tensas.

- Pronóstico :

Detectado el problema a tiempo , este cede a la administración
la vitamina A. Cuando la consulta se ha hecho demasiado tarde y ya el
ño es mayor, podría ser que este ya no fuera reversible y que dejara se-
el tiempo de cicatrices corneal residual, las que pueden tratarse
n. transpiante de cornea.

BIBLIOGRAFIA DE AVITAMINOSIS A

- Fisiología Humana.-

B. A. Houssay, et al.

Pág. 607 a 625.

Cuarta edición, Editorial El Ateneo.

- Argentina, 1969.-

- Bioquímica

José Laguna

Págs. 549 a 584

2da. Ed. La Prensa Médica Mexicana

México 1968.-

- Child Development

Breckenridge and Vincent

págs. 157, 165 y 282

4ta. Ed. Ilustrated

W. B. Saunders Co., 1964.-

- Tratado de Patclogía

Stanley L. Robbins

Págs. 387, 388 y 389

3ra. Ed. Ed. Interamericana, S. A.

México 1970

- Tratado de Pediatría

Nelson, Vaughan y Mc. Kay

Págs. 138, 140, 144, 173, 822, 1398

6ta. Ed., Salvat Editores.

Barcelona 1971.-

BIBLIOGRAFIA

THE PEDIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA, HABILITATION OF THE HINDICAPED CHILD. Febrero de 1973.-

TEXTBOOK OF PEDIATRICS 1972. NELSON

MEDICAL CARE OF NEWBORN BABIES. Pamela A. Davies et al. 1972.-

PEDIATRIC SOCIALE - Raymond Mande, Nathalie Masse, Michel Mancieux 1972

CURSO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL, SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO . Nov-Dic. 1965.-

CONOCIMIENTOS ACTUALES EN NUTRICION. The nutrition Foundation Inc.

SINDROME PLURICARENCIAL CORNEANO (trabajo de tesis)
Dr. Carlos Rolando de León Valdez.-

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA DESNUTRICION INFANTIL (trabajo de tesis) Dr. Carlos E. Yansoux.-



XIV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

5 AL 11 DE AGOSTO
SANTIAGO - CHILE

Auspician: Gobierno de Chile
Instituto Interamericano del Niño

Carretera 1, Casp. 2

MINISTERIO DE JUSTICIA

CONSEJO SUPERIOR DE PROYECCION DE MENORES

Irregularidad mental. Deficientes mentales y sus grad s. Prevención,
diagnóstico y tratamiento.

=====

De la Revista de la Obra, nº 140

& & & & & & &

PSI
CO
TI/S
88888888

Por I. López Sáiz
88888888888888888888

IM-RESCINDIBLE:
88888888888888888888

- + Tratamiento individual
- + Más que encasillar al enfermo hay que valorar la intensidad de las mismas.
- + Los Tribunales de Menores no acuden a encasillamientos

8 8 8 8 8 8 8 8

Investigación de casos7.1 EN EL SISTEMA EDUCATIVO NORMAL

España tiene pendiente el estudio, estudio y promoción de los superdotados, parece que las realizaciones comienzan a llegar a los deficientes. Hace dos años, desde mi sección de educación de un diario nacional (21) hice una consulta al país. Respondieron 1.327 familias con la descripción del historial de hijos superdotados. Todavía no están tabulados los resultados, pero sí puede asegurarse que el sistema educativo tiene un reto prometedor en este campo.

7.2 EN LAS UNIDADES ESPECIALES DE RECUPERACION

Como la REVISTA DE LA OBRA DE PROTECCION DE MENORES llega a instituciones especiales de tutela, en los vertientes de Protección y Reformas y a muchos Centros de Asistencia Social, interesa mucho que nos envíen el historial y datos de comportamiento en las internadas de los superdotados. Bien sabemos que no habrá muchos casos de superdotación intelectual, pero serán más los de superdotación en los ámbitos social y de habilidades.

7.3. UN EJEMPLO SIGNIFICATIVO

Un historial abreviado de los 1.327 que obtuvimos en la consulta al país, sobre el superdotados y el sistema educativo normal, y que fue redactado por la madre del niño, se reproduce a continuación, con el fin de que sirva de indicador para la respuesta que esperamos de los educadores.

"Tengo dos niños (niños y niña), de nueve y ocho años, verdaderos superdotados. Dos psiquiatras los han hecho los "tests" para medir su capacidad mental. Pongan de superdotados, según palabras del último doctor, porque llegan a la categoría de genios. La niña, que fue la última examinada día, con siete años, 157 puntos de coeficiente intelectual.

Estoy completamente en contra de no crear instituciones especiales para ellos. No pueden estar en una misma clase niños subnormales, con normales superdotados. Usted comprenderá que en cinco horas de clases (9a12 y 15 a 17 hrs.) un profesor no puede con cuarenta niños dedicarse a cada uno. Sigue la pauta de la mayoría

y los "menos" y los "más" quedan desconcentrados los unos por defectos y los otros por excesos.

Voy a contarle el caso concreto de mi hijo. Fue a los tres años a un jardín de la infancia, y aunque aquí se dedicaban a contarles cuentos y enseñarle algunas letras, al ver con la facilidad que aprendía le enseñaron a leer (a los cuatro lo hacía perfectamente) y sumaba y restaba a los cinco, multiplicaba y dividía por todas las cifras a los seis, seguí dividiendo y hacía quebrados a los siete. Llegamos a vivir a Fontvedra; el profesor del nuevo colegio le puso en segundo grado, que es el que le corresponde según lo ordenado por el Ministerio de Educación; pero, claro, en el mismo resto y empieza a multiplicar. El niño aquí no no hacía nada. Lo que a los demás les llevaba la mañana él lo hacía en cinco minutos. Entonces el director me llamó y me dijo que aunque era segundo grado el que le correspondía no podía estar en esa clase. Resultaba antipedagógico y lo pasaron a cuarto. Como usted bien sabrá, cuarto grado viene siendo una preparación de ingreso, y aquí logró 8,5 de nota media; la máxima sacada fue de 8,8, que correspondió al que obtuvo el diploma de honor. Mi hijo quedó el segundo. Bueno con ocho años cumplidos, el mes anterior podía haber empezado primero de bachiller, y aquí le tiene usted dos años esperando. Y ésta es mi pregunta, doctor Orive: ¿No debería el Ministro de Educación y Ciencia, en casos verdaderamente demostrados con certificados métricos y de estudios, dispensar a los niños un poco en su edad y poder estudiar bachiller y otra cosa antes?

7.4 DIAGNOSTICO REMEDIAL

El diagnóstico constituye el antecedente para organizar el programa remedial. Es el proceso que determina los caminos a seguir - métodos, actividades, materiales-, orientados hacia el tratamiento del problema educativo del alumno. "Si un niño posee un alto nivel de desarrollo en su capacidad oral y tiene bloqueos e incapacidades para reproducir el dibujo de las letras utilizaremos su capacidad verbal como orientador y reforzador de los trazos que tiene que ejecutar... hasta poder ser suprimida una vez dominado el trazo de la escritura" (22)

Descubrir la estructura del alumno es la tarea previa del educador especializado (23). Tiene la obligación de fijar su mirada también en los alumnos internos que más sobresalen, para aprovechar su potencial potencial. El diagnóstico remedial será la causa de un proceso de promoción en las Instituciones. Los educadores al emplear al bien dotado como dirigente intermedio se liberarán, además, de una parte significativa de su trabajo.

El descubrimiento de este tipo de niños debe basarse en los hechos siguientes: recomendación de los educadores, calificaciones escolares, resultados obtenidos a través de tests individuales y colectivos y, finalmente por combinación de dos o más de estos procedimientos (24).

Ha quedado claro cómo, "dentro de la denominación de inadaptados cabe tanto el niño inteligente, huérfano o víctima, pasando por categorías muy diversas: niños en peligro moral, delincuentes, caracteriales, enfermos, deficientes mentales, deficientes físicos" (25)

(22) Erchegoyhan de Lorenza, E.: "¿Diagnóstico remedial? Un desafío al educador", en "Niños", Revista de Neuropsiquiatría y Ciencias afines. Córdoba, Julio-diciembre 1970, núm. 11 y 12, pág. 30.

(23) Michel Lemay: "Les fonctions de l'educateur spécialisé de jeunes inadaptés". Presses Universitaires de France, París, 1968, pág. 301.-

(24) Arch O. Heck. "La educación de los niños excepcionales". - Editorial Nova. Buenos Aires, 1953, pág. 449.

(25) M. Prudhummen: "Educación de la infancia anormal". Editorial Miracles Barcelona, 1967, pág. 23.

Hece muchos años, en la XIV Asamblea de la Unión Nacional de Tribunales Tutelares de Menores, celebrada en Oviedo en 1951, presentamos una Ponencia sobre los "Problemas que plantean los niños y jóvenes anormales a los Tribunales Tutelares de Menores", y dos años después, - en la XV Asamblea, en Valladolid, hicimos una comunicación sobre "Los menores difíciles", sin su interés para nuestras Instituciones Tutelares.

Una parte de estos menores difíciles está constituida por las personalidades psicopáticas o psicopáticas.

Vamos a ocuparnos hoy de estos psicópatas que forman un numeroso grupo de muchachos que tienen anomalías de la conducta o del comportamiento, muchas veces inexplicables, plantear, sin duda, los problemas más inquietantes y difíciles a los Presidentes de los Tribunales Tutelares al formular la decisión más justa, conveniente y eficaz para el menor y para la sociedad.

Y voy a procurar hacerlo de una manera clara y sencilla, evitando un lenguaje psiquiátrico científico, un tanto enrevesado, adaptándolo a los aspectos jurídicos y sociales, que son al fin y al cabo lo que a ustedes les interesa.

¿QUE SON LAS PSICOPATIAS Y QUE ES UN PSICOPATA?

Etimológicamente, psicópata quiere decir enfermo psíquico o mental sin embargo, psiquiátricamente psicopatía significa una alteración anormal y manifiesta del carácter de la persona, de tipo constitucional y que da lugar con mucha frecuencia a actos de inadaptación, antisociales y delictivos.

Constituyen los psicópatas el grupo que la gente llama desequilibrados, raros, cínicos, excéntricos, perversos, desalmados, agresivos, rebeldes, lunáticos, inadaptados, incorregibles, etc.. Tales individuos no tienen una verdadera enfermedad mental ni un déficit intelectual acusado; hablando vulgarmente diríamos que no son ni locos ni tontos, ni normales; son sujetos con un desequilibrio psíquico cuantitativo que afecta a toda la persona por falta de armonía en instintos, sentimientos o afectos, inteligencia, voluntad, etc.

Por este desequilibrio psíquico reaccionan muchas veces de una manera desproporcionada, absurda e inadecuada, que se aparta y se diferencia claramente de la conducta observada por personas normales ante los mismos hechos o acontecimientos. Así, unas veces estímulos insignificantes irritan y encolerizan a un psicópata hasta el paroxismo; otros, por el contrario, estímulos cuantitativamente muy intensos provocan en otro psicópata una indiferencia y una apatía realmente incomprensible.

FONDO CONSTITUCIONAL

La característica de los psicopáticos es el fondo constitucional o hereditario, es decir, que tienen una base genéticamente endógena, una predisposición heredada en mayor o menor intensidad o cuantía y puede manifestarse de manera automática y aparentemente inmotivada o bien desencadenarse y hacerse patente por causas externas, que de por sí no hubiesen sido capaces de producir tales reacciones en personas normales.

Los psicópatas heredan o poseen (yo hablaremos luego un poco de los cromosomopáticos) con un muelle anormal; este muelle, más o menos fuerte puede aparecer y ponerse de manifiesto por la intensa fuerza que tiene en sí, sin que tengan influencia causas o circunstancias externas aunque de por sí sean éstas benéficas (serán los incorregibles, en los que fracasen todas las medidas pedagógicas, psicoterápicas, laborales, etc.). En otros casos, el muelle menos fuerte, queda latente, no se estira, no se lo ve, ni da lugar a alteraciones de conducta, debido a que el medio ambiente benéfico (familia, escuela, religión, sociedad) ha frenado su desarrollo, pero puede ser suficiente que el medio ambiente no sea tan favorable para que el muelle salte y se ponga de manifiesto en anomalías de comportamiento, cosa que no hubiese sucedido en un niño normal, que no tuviese en su constitución el muelle, o sea, la anomalía psicopática en potencia.

Esto nos indica que el diagnóstico de la existencia de una psicopatía que lleve aparejado un pronóstico nefasto; ni mucho menos un determinismo fatal e inmodificable; es un hecho digno de tenerse en cuenta y, según su intensidad y características, adoptar las medidas más apropiadas para frenar o anular los efectos perniciosos que podrían desencadenar la psicopatía. Tengamos pues siempre en cuenta el individuo con sus características y peculiaridades heredadas, tanto corporales como psíquicas, y el medio ambiente, en su más amplia sentido, que rodea y ha rodeado al individuo, enfermedades, alimentación, familia, escuela, amistades, frustraciones, éxitos, religión, profesión, etc.; es decir, este niño concreto con su ambiente, con el suyo propio y de esta forma comprenderemos mejor y nos explicaremos muchas veces su conducta y nos servirá para poner en práctica las medidas más convenientes para aquel caso concreto, medidas distintas en otro caso determinado, aparentemente igual, en cuanto a la transgresión social o delictiva y al individuo. Cada delincuente es un caso único, con sus propias características y peculiaridades, y ella es esencial en las decisiones que se tomen para ayudarlo y conseguir su reintegración a la sociedad.

LO AMBIENTAL

Hay algunos casos en los que las circunstancias ambientales son tan perniciosas o tan persistentes que motivan una conducta anormal, a veces más intensa que la de los verdaderos psicópatas; así sucede en menores con enfermedades corporales de larga duración, con defectos sensoriales o deformidades físicas acusadas que perturban la normal evolución del niño produciendo inadaptaciones que desaparecen una vez curada la enfermedad (tuberculosis, raquitismo, encefalopatías, miopías, sorderas, etc.), o la adaptación de los métodos pedagógicos y laborales a sus deformidades.

También se observan alteraciones del comportamiento cuando actúan de manera persistente influjos nocivos, familiares, escolares, amistosos, laborales, sociales, etc.

La separación de estos dos grupos, de los que "son" psicópatas y de los que "parecen" psicópatas, tiene una gran importancia práctica ya que los métodos que se deben emplear para su adaptación son distintos y así también sus resultados, aunque y permítasenos la metáfora las trasgresiones sociales sean semejantes y la forma de actuar de los menores parecido.

Creemos muy conveniente, antes de entrar en la clasificación de las diversas clases o tipos de psicopatías, el señalar algunos factores ambientales perturbadores del normal desarrollo corporal y psíquico del niño y del joven, que pueden poner de manifiesto una psicopatía latente y por lo tanto desconocida hasta entonces.

ADOLESCENCIA

Citemos en primer lugar la pubertad o adolescencia, que es, a nuestro parecer, el factor más importante de este aspecto.

La adolescencia es una etapa de nuestra vida por la que todos los seres humanos que llegan a adultos han pasado. Está caracterizada por la iniciación del desarrollo de las glándulas sexuales, lo mismo en la mujer que en el varón.

Este desarrollo se aprecia por la presencia de los caracteres sexuales secundarios, aparición de vello en los genitales, en el cuerpo y cara (barba y bigote) en el hombre y desarrollo de los senos en la mujer y de manera fundamental por aparición de la primera regla, menarquia en la mujer y del líquido seminal en el hombre, todo lo cual les hace aptos para la procreación. Su presentación, en general, se hace en edades diferentes, de doce a catorce años en la mujer y de catorce a dieciséis en el muchacho.

Simultáneamente a este desarrollo sexual y corporal se producen cambios intensos, muchas veces trascendentales, en el psiquismo del joven, teniendo conciencia de que ha dejado de ser niño.

El mundo que rodea al adolescente lo "ve" y lo "siente" de manera muy diferente a como lo "veía" y "sentía" antes, cuando era niño. Se precisa y limita el vago concepto del "yo" de la persona que soy "Yo". No se considera ligado obligatoriamente a los padres, a las personas mayores; ya se es "algo" independiente, que puede relacionarse con los demás, que puede darse el gusto de aceptar o rechazar libremente lo que los mayores le enseñaban y obligaban a aceptar.

Tiende a hacerse valer por sí mismo, a llamar la atención a procurar sobresalir "¡aquí estoy y yo!" (no acepta convencionalismos, intereses creados ni costumbres tradicionales injustas).

Este inconformismo con la manera de ser y pensar de los mayores se hace mucho más intenso en los estudiantes adolescentes, cuya cultura choca muchas veces con la incultura y situación social de sus padres.

Estos acontecimientos corporales, sexuales y psíquicos producen en el joven una gran inseguridad en su comportamiento; a veces modifica sus gustos, adquiere afectos nuevos siendo frecuente que sienta aversión, odio y desprecio a lo que antes quería a lo que creía a lo que respectaba a lo que consideraba y aceptaba, como cierto y verdadero. Ante esta situación se considera incomprendido, despreciado, por lo que a veces toma una conducta antisocial, antireligiosa y antipatriótica (en el sentido dicen que dan a la patria los mayores), intentando romper con todo lo que les ataba y atentaba contra su libertad, su justicia, aunque éstas fuesen diferentes a las de otros jóvenes adolescentes con distinto concepto de su libertad y de su justicia.

En la pubertad casi todo es pasional, extremoso, y así podemos observar como en unos individuos toda es actividad corporal y psíquica, entusiasmo religioso o intransigencia con la religión, y en otros, aislamientos, apatía, indiferencia, nihilismo.

Fácil es comprender como durante este período de la vida tan turbulenta y desconcertante y para el que la inmensa mayoría de los jóvenes no están preparados ni aleccionados convenientemente, se producen y desencadenan desequilibrios psíquicos que a veces son el comienzo de verdaderas enfermedades mentales, aunque por fortuna en la inmensa mayoría de los casos sean alteraciones leves y transitorias, que desaparecen al tomar contacto con la realidad y al contrastar sus pareceres con los de otros compañeros. Pero no olvidemos que algunas veces es la adolescencia la piedra de toque que pone de manifiesto una psicopatía latente, lo que puede explicar las dificultades encontradas para conseguir una adaptación social.

Simultáneamente a este desarrollo sexual y corporal se producen cambios intensos, muchas veces trascendentales, en el psiquismo del joven, teniendo conciencia de que ha dejado de ser niño.

El mundo que rodea al adolescente le "ve" y lo "siente" de manera muy diferente a como lo "veía" y "sentía" antes, cuando era niño. Se precisa y limita el vago concepto del "yo" de la persona que soy "Yo". No se considera ligado obligatoriamente a los padres, a las personas mayores; ya se es "algo" independiente, que puede relacionarse con los demás, que puede darse el gusto de aceptar o rechazar libremente lo que los mayores le enseñaban y obligaban a aceptar.

Tiene a hacerse valer por sí mismo y llamar la atención a precu- rar sobrellevar "¡cuí estoy yo!" (no acepta convencionalismos, interé- sos creados ni costumbres tradicionales injustas).

Este inconformismo con la manera de ser y pensar de los mayores se hace mucho más intenso en los estudiantes adolescentes, cuya cultura choca muchas veces con la incultura y situación social de sus padres.

Estos adelantamientos corporales, sexuales y psíquicos producen en el joven una gran inseguridad en su comportamiento; a veces malifi- ca sus gustos, adquiere afectos nuevos siente frecuente que sienta aver- sión, odio y desprecio a lo que antes quería a lo que creía a lo que - respectaba a lo que consideraba y aceptaba, como cierto y verdadero. Ante esta situación se considera inconformado, despreciado, por lo que a veces toma una conducta antisocial, antireligiosa y antipatrió- tica (en el sentido dicen que dan a la patria los mayores), intentando romper con todo lo que les ataba y atentaba contra su libertad, su justicia, aunque éstas fuesen diferentes a las de otros jóvenes adoles- centes con distinto concepto de su libertad y de su justicia.

En la pubertad casi todo es pasional, extremo, y así podemos ob- servar como en unos individuos todo es actividad corporal y psíquica, entusiasmo religioso o intransigencia con la religión, y en otros, ais- lamientos, apatía, indiferencia, nihilismo.

Fácil es comprender como durante este período de la vida tan tur- bulenta y desconcertante y para el que la inmensa mayoría de los jóve- nes no están preparados ni aleccionados convenientemente, se producen y desencadenan desequilibrios psíquicos que a veces son el comienzo de verdaderas enfermedades mentales, aunque por fortuna en la inmensa ma- yoría de los casos sean alteraciones leves y transitorias, que desapa- recen al tomar contacto con la realidad y al contraer sus pareceres con los de otros compañeros. Pero no olvidemos que algunas veces es la adolescencia la piedra de toque que pone de manifiesto una psicopatía latente, lo que puede explicar las dificultades encontradas para conse- guir una adaptación social.

Muchos autores modernos, como William Kraraceus (1) Miller, Jordan, etc. dicen que la falta de guía y ausencia de normas en que apoyarse producen con frecuencia en los adolescentes, sobre todo masculinos, una anomía (conducta sin Normas de Durkheim) que se enfrenta con el orden y autoridad tradicional siendo la banda con sus rígidas reglas con sus exaltación a la masculinidad, con su culto al machismo una solución, un escape y un motivo más emocionante que el futuro que les brinda la sociedad.

Tengamos muy en cuenta estas hechas, que nos explican muchas veces, en los adolescentes, la fidelidad a las reglas de la banda, cimentadas en la exaltación de la masculinidad.

Otro factor importante como desequilibrador de la conducta en el joven y como desencadenante de una psicopatía latente, lo tenemos en una serie de circunstancias aparecidas recientemente y motivadoras, sin duda alguna del gran aumento de la delincuencia en las naciones más civilizadas y referidas al sexo masculino en edades comprendidas entre los quince y veintiún años, principalmente.

Nuestro Ministro de Justicia, Don Antonio Maria de Oriol y Urquijo, referia que la delincuencia en España de 1960 al 68 habia disminuido; aumentan sin embargo, progresivamente los delincuentes de dieciséis a veintiún años.

UMENTO DE LA DELINCUECIA JUVENIL

Nosotros estamos convencidos que hay una serie de circunstancias que han motivado este aumento de la delincuencia juvenil, y que vamos a esquematizar en cuatro grupos:

1º El avance vertiginoso de la técnica en los dos o tres últimas décadas, al que ha seguido un estado de necesidad de consumo de los productos fabricados (automóviles, pisos, electrodomésticos, etc.)

2º La difusión de la cultura aunque parece una paradoja que al alcanzar un número mucho mayor de individuos ha producido conflictos con las generaciones anteriores ademas mena cultas socialmente inferiores con menos aptencias materiales y de confort, aparte de dificultades de encaje profesionales.

3º Disgregación de la familia, padres atareados, sin tiempo para dedicarse a la familia y los hijos que no pueden pedir consejo, orientación, comprensión, ni tampoco les sirve la conducta paternal de ejemplo.

4º El derrumbamiento de los mitos políticos, religiosos y patrióticos tradicionales. Las conmuevas emigraciones, muertes y mutilaciones

(1) La delincuencia de menores un problema del mundo moderno, publicado por la UNESCO 1964.

dos consecutivos a la última guerra mundial 1939-1945, y que aún colean.

JAPON.- Conmoción japonesa al desaparecer el carácter divino del emperador por la intervención de Mac Arthur, y que según algunos, es la causa del notable aumento de la criminalidad juvenil en Japón.

Estas causas conjuntamente nunca han existido en épocas anteriores entre generaciones, y son las que han producido un mayor número de desequilibrios psíquicos, de inadaptaciones de agresividad, de incomprensión con las generaciones anteriores, que los incitan a un mayor número de actos antisociales y a un aumento de la delincuencia.

Muchos de estos aspectos negativos del progreso también fueron puntualizados por nuestro Ministro de Justicia en el artículo a que hicimos alusión.

No hacemos referencia a otros ya conocidos por todos ustedes y sobre los que se ha tratado ampliamente en Asambleas y reuniones de los Tribunales Tutelares, tales como los modernos medios de comunicación prensa, radio, televisión, cine, etc., así como a la escuela, familia, etc..

Pero volvamos des ués de este prolongado inciso con nuestro tema.

Desde el punto de vista psiquiátrico podríamos definir a las personalidades psicopáticas o psicopatías como aquellas personalidades constitucionalmente anormales que tienen desajustes o discordancias cuantitativas del carácter, que las separan de una manera manifiesta de la forma de ser media de las personas que consideramos como normales siempre, claro está, dentro de un mismo país, raza, religión, sexo, profesión, etc. y que por las peculiaridades anormales, por su desequilibrio, sufran o hagan padecer a los demás o a la sociedad (Schneider).

Con esto se excluye a las personas que reaccionando o actuando de manera distinta al promedio normal no sufren ni hacen sufrir a los demás, tales como personas singulares en las ciencias y artes, que se salen positivamente del término medio, pero su anormalidad cualitativa resulta positiva.

CLASIFICACION DE LA PSICOPATIAS

Las psicopatías tienen diferentes y numerosas manifestaciones y se presentan con intensidades muy variables, estando muchas veces cercanas a las personalidades normales y otras veces en el límite de las psicosis o verdaderas enfermedades mentales, hasta tal punto que algunos psiquiatras famosos, como Kraepelin Kretschmer etc., consideran que con alguna frecuencia las psicopatías son estados previos de las psicosis es decir, una especie de psicosis latente. Las psicopatías llenarían el espacio que hay entre la normalidad y la enfermedad mental.

La preponderancia de alguna de las manifestaciones psíquicas anormales sobre las restantes es la que sirve para caracterizar a los diversos grupos o tipos de las personalidades psicopáticas.

Son muy numerosas las denominaciones dadas a las psicopáticas por los diversos autores; sin embargo, es la clasificación del psiquiatra alemán Kurt Schneider la más usada, pues los términos empleados son muy expresivos y hacen resaltar con su denominación la peculiaridad más sobresaliente del desequilibrio caracterológico; de todas las formas, al reseñar cada grupo citaremos algunas denominaciones de otros autores que complementen o aclaren las anomalías psíquicas señaladas por Schneider.

1. Psicópatas Hipertímicos.- Este adjetivo significa etimológicamente exaltado o de elevado estado anímico; son alegres expansivos, activos, decididos, todo lo ven fácil, no encuentran obstáculos aunque éstos sean a todas luces insalvables, Eufóricos, optimistas, socialmente son agradables algunas veces morales, chistosos, simpáticos, animados, amigos de todo el mundo, Esta forma de ser va unida frecuentemente a una figura corporal gruesa, rechoncha tendencia a la calvicie, manos llenas y un poco frías, movimientos corporales un poco ampulosos y exagerados, lo mismo que su mímica que es muy expresiva.

En algunas ocasiones resultan excitables y desagraciables irritables y destemplados por motivo insignificantes. Una ansiedad dentro de los hipertímicos lo constituirán los pendencieros "saltan" por cualquier motivo, tienen un amor propio exagerado; disputan, protestan y pleitean, aunque no por la misma causa como los paranoicos, sino por lo que sea no siendo difíciles de convencer aunque de nuevo vuelvan por cualquier otra circunstancia. Estos psicópatas producen con mucha frecuencia conflictos sociales y transgresiones penales.

2. Psicópatas depresivos.- Es la variedad con características psíquicas opuestas a las anteriores; sin embargo, tienen una idéntica base corporal pléica (gruesos, etc.), no siendo raro que en ocasiones tengan fases con un comportamiento semejante a los hipertímicos. Bunke denominaba psicópatas cicloides a ambos grupos, con las dos variedades de hipertímicos y depresivos.

Lo más llamativo es la tendencia a la tristeza a la depresión; todo lo ven sombrío son pesimistas todo lo toman por el lado malo. El futuro es siempre amargo y amenazador. El pasado no cuenta ni les sirve de consuelo. Con frecuencia encontramos temores infundados a padecer enfermedades (hipocondria). Estos psicópatas no suelen producir transgresiones sociales y penales. A veces cometen agresiones contra ellos mismos, e incluso suicidio.

3 Psicópatas inseguros de sí mismo.- Son personas que tienen una inseguridad interna, sentida intimamente. Schneider hace dos variedades dentro de este grupo, psicópatas sensitivos y psicópatas anancásticos.

Los primeros son personalidades intensamente afectivas con una gran vida interior y con una defectuosa capacidad para manifestar sus sentimientos. Son emocionables pero les cuesta descargar en otro sus sentimientos. Buscan en ellos mismos la culpa de todo acontecimiento o fracaso; no se perdonan a ellos mismos que son magnánimos con los demás. En este grupo pertenecen los escrúpulos morales, tan frecuentes, de un modo especial en el sexo femenino. Son propensos a creerse culpables y tienen conflictos internos que casi siempre son de contenido ético-sexual.

Los inseguros anancásticos, equiparables a psicópatas obsesivos de Bunke, están caracterizados por su duda e inseguridad ante todo. Piensan mucho las cosas antes de decidirse y una vez efectuadas sienten desasosiego y pretenden anular lo hecho. La ansiedad y angustia ante las decisiones es lo que define a estos psicópatas. Muchas veces intentan luchar contra la obsesión o la angustia que sienten ante sus decisiones, recurriendo a una serie de mecanismos protectores tales como amuletos palabras cabalísticas, ceremoniales raras que muchas veces resultan extravagantes.

4. Psicópatas fanáticos.- Bunkeles denomina fanáticos combativos, y entrarían dentro del grupo de psicópatas paranoicos de Bunke y Mira. Tienen una gran tendencia al orgullo, a la desconfianza y persistencia en defender sus ideas, lo que hacen con intensidad o fanatismo sin que nada les haga cambiar. Son combativos y tenaces por lo que dan con frecuencia motivo a litigios sociales o jurídicos en los que persisten contra viento y marea en sus ideas y reivindicaciones.

5. Psicópatas necesitados de estimación.- Se refiere a las personalidades psicopáticas que tienen necesidad de hacerse valer, afán de sobresalir, de notoriedad de aparentar más de lo que son; son vanidosos, pero precisan la estimación de los demás. Todo es un poco ficticio y teatral.

Algunos autores los denominan como psicópatas histéricos (Lange Mira). Tienden a la falsedad y la mentira. En algunos casos son sujetos con tendencia al embuste, cuentan historia inverosímiles que creen ciertas a pesar de ser fantásticas. Lo hacen para llamar la atención, pero como dice Jaspers, ellos mismos consideran que las cosas son como ellos las cuentan. Es preciso conocer a estos psicópatas cuando actúan como testigos, pues su testimonio apoyado en detalles defendidos o expresados con gran seguridad y aplomo puede prestarse a confusión.

6. Psicópatas lábiles del estado de ánimo.- Bunke les denomino lábiles afectivos; cambian de temple por circunstancias externas e interiores. Estos cambios rápidos del humor, casi siempre con tendencia a la trizteza son inmotivados, o bien por causas exteriores insignificantes. En ocasiones el estado de ánimo se modifica de modo impulsivo, inesperadamente, sin explicación para quien los padece (distimia).

7. Psicópatas explosivos.- Epilépticos los llama Mira. Son sujetos que afectivamente oscilan entre la lentitud, un poco adherente del pensamiento, y la acción a la reacción brusca, inmotivada explosiva; algunos la denominan "reacción en corto circuito". Estos impulsos bruscos sin causa aparente guardan una relación con la manera de conducirse algunos epilépticos, y el psicópata los siente ejecutarlos y efectuarlos (dipsomanía, impulso a beber; pericomanía, impulso a huir; piromanía, impulso a quemar; cleptomanía, impulso a robar). Lo típico de estos sujetos es que durante el tiempo que dura su impulso no tienen plena conciencia de lo que están haciendo, teniendo después una amnesia más o menos intensa de lo que ha sucedido.

Estos psicópatas propenden a delitos de violencia y destrucción inexplicables. Muchas veces, como ya hemos indicado, son epilépticos latentes, siendo importantes las exploraciones electroencefalográficas para puntualizar este extremo.

8. Psicópatas desalmadas.- Amorales o perversas les denomina Mira. Algunos autores les equiparan con los que antiguamente llamaban locos -morales o "moral insanity".

La anomalía fundamental de estos psicópatas es el embotamiento afectivo; son individuos carentes de compasión, de piedad, de arrepentimiento, sin moral ninguna (anéticos, dice Zalba Mader). Son cínicos, fríos y brutales; con frecuencia se acompaña de un déficit intelectual, pero no intenso.

Desde el punto de vista jurídico y social son los psicópatas más peligrosos y además lo más difíciles de corregir y adaptar, por lo que suelen ser multirreincidentes.

Según Blender estos psicópatas vendrían a representar una parte muy importante de los célebres "criminales natos" de Lombroso.

9. Psicópatas abúlicos.- Como su nombre indica son personas débiles de voluntad que se dejan llevar por todos los influjos; son fáciles de reducir por otros sujetos, por ello se les convence con buenos consejos y ejemplos, pero cualquier influencia posterior da al traste con sus buenos

propósitos. Son como pluma al viento, como hombre de temperatura variable, a tono con el ambiente que los rodea. Muchas veces terminan como campesinos en bandas antisociales. Delictivos envidiosos los jefes se los antejan como "marionetas". Las drogas el alcohol, los robos, son con frecuencia manifestaciones de estos psicópatas, siendo extraordinariamente sensibles para convertirse en toxicómanos y drogadictos, condición empleada por los traficantes para explotarlos y conseguir una mayor venta de las drogas.

10. Psicópatas asténicos.- Nerviosidad constitucional de Bunke, son aquellos a los que vulgarmente damos el nombre de nerviosos, que va acompañada de estados de decaimiento, agotamiento. Son psicópatas inquietos, hipersensibles, irritables, que se agotan de manera rápida y desproporcionada con la excitación o trabajo efectuado. Son aprensivos, volviéndose enfermos por el miedo a estarlo. Formarían el grupo que antes se denominaba neurasténicos. Son personas que como las anteriores, se dejan "agarrar" fácilmente por las drogas haciéndose drogadictos.

En los diferentes grupos de personalidades psicopáticas que hemos reseñado se ha señalado como preponderante una cierta anomalía del carácter, que es la que ha da nombre al grupo, pero en muchos casos se observan varias de estas alteraciones en el mismo sujeto, empleando la denominación de la anomalía caracterológica más llamativa.

Hay una serie de psicopatías en las que lo más llamativo son las alteraciones, perturbaciones o desviaciones de los instintos, a las que se pueden unir otras anomalías caracterológicas.

Son las desviaciones sexuales, y aun más las perversiones las que ocupan el primer plano en algunos psicópatas, llegando en ocasiones a constituir, sólo ellos toda la psicopatía por lo que consideramos acertada la formación del grupo de psicópatas sexuales (como lo hacen Langley, José Agustín, etc.).

No hay duda que el impulso sexual se encuentra en algunos sujetos muy aumentado hiperexcitado, pero suele suceder en muchos de estos casos que más que un aumento real de la sexualidad es una consecuencia de la disminución de los mecanismos inhibitorios sobre los instintos, que todos poseemos.

No vamos a describir aquí las numerosas alteraciones o desviaciones de la sexualidad, lo mismo en el hombre que en la mujer (exhibicionismo, narcisismo, fetichismo, sadismo, masoquismo, zoofilia, necrofilia, homosexualidad, etc.). En muchos casos se admiten por los autores que

estas alteraciones son constitucionales, acompañando a las psicopatías tan íntimamente que son muy difíciles de modificar y corregir. Pero en otros casos son signos de verdaderas enfermedades mentales o de influencias externas seducción en niños y jóvenes o consecutivas a represiones sexuales en la infancia siendo en estas últimas casos fácil con el empleo de una psicoterapia adecuada, conseguir su total curación y adaptación sexual normal.

Por ello la valoración jurídica y social puede ser muy diferente según los casos, y lo mismo podemos decir de las medidas a tomar que pueden ser muy distintas.

Desde el punto de vista de los Tribunales Tutelares de Menores, son muy numerosos los expedientes en los que entran factores sexuales en forma violenta, por seducción por un abuso criminal, por ofrecimiento de compensaciones económicas, por lucro, etc.

Y como curiosidad y por sus indudables relaciones con las psicopatías vamos a decir unas palabras sobre algunas alteraciones cromosómicas que han causado una gran impacto en los Organismos Judiciales.

Nos referimos al ya célebre cromosoma Y supernumerario Observado por primera vez en 1961 por Sandberg y colaboradores en Estados Unidos (normalmente el hombre tiene dos cromosomas sexuales un X u una Y; la mujer tiene dos cromosomas X).

Puede suceder en algunas ocasiones que un espermatozoide del hombre lleve dos cromosomas YY en lugar de uno; si la fecundación del óvulo se produce dará lugar al superhombre o la tripleta cromosómica XYX. (El óvulo siempre lleve un cromosoma X)

La investigación de la existencia de este cromosoma y suplementario puede hacerse en cualquier persona utilizando al precio de tres mil a seis mil pesetas. En España hay centros en Madrid (Dr. Castellón Mora, del Centro de Observación Penitenciaria) y en Barcelona (Antich Femenias), que determinan las características cromosómicas en las células de la piel, mucosa bucal etc.

Lo importante es que en las investigaciones efectuadas a gran escala en Centros Penitenciarios con reclusos peligrosos, el número de sujetos que tenían la tripleta cromosómica XYX era mucho más elevado que el promedio de la población normal.

Así Jacobs, Price y colaboradores, en Escocia encontraron en 315 internados con delitos graves que nueve tenían esta alteración cromosómica. En la población normal sólo se observó esta incidencia cromosómica en un caso por cada 1.925 hombres observados.

Lo que más llama la atención es que algunos sujetos que habien cometido asesinatos inconcebibles sin la menor motivación comprensible,

tenían la triplete cromosómica XYV (El caso de Richard Speck, que en julio de 1966 asesinó una tras otra a ocho estudiantes de enfermería en Chicago; el de Ernest-Dieter Beck, que asesinó a tres mujeres en Alemania; el de Jurgen Bartsch, que asesinó a cuatro niños en Alemania).

La agresividad y peligrosidad condicionada por este cromosoma de Caín como le llaman algunos, ha resucitado la antigua teoría determinista de Lombroso del criminal nato.

Creemos que es un factor a tener en cuenta en conducta agresivas inmotivadas, y que su investigación es importante, encajando perfectamente estos sujetos en alguno de los apartados de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social aprobada por unanimidad por el pleno de las Cortes Españolas el 28 de julio de 1970, a los que podrán aplicarse las medidas de seguridad pertinentes en cada caso, que se llevarán a efecto en los Centros Penitenciarios médico-psiquiátricos apartados (nos han dicho que esta Ley no ha entrado aún en vigor por la falta de los centros asistenciales que en la misma se señalan). En ella se cita expresamente, en su artículo 19 a los Tribunales Tutelares; dice así:

TITULO PRIMERO

De los estados de peligrosidad de los medidas de seguridad y de su aplicación.

DEL TITULO PRIMERO

De los estados de peligrosidad

Artículo 19.- Quedarán sometidos a las prescripciones de la presente Ley los mayores de dieciséis años que se encuentran comprendidos en sus artículos 29, 30 y 40.

Los menores de dicha edad que puedan considerarse incluidos en los dos primeros preceptos citados serán puestos a disposición de los Tribunales Tutelares de Menores (aquí pueden incluirse todos los tipos de psicópatas que hemos reseñado.)

Después de esta galopada sobre las personalidades psicopáticas sólo nos queda por decir que cada psicopatía que cada conducta antisocial, penal o de inadaptación debe ser estudiada individualmente investigando las múltiples causas que han podido determinarla, sopesando cada una de los factores y valorándoles según las circunstancias personales concretas en cada caso de las circunstancias ambientales peculiares y de las características de la transgresión social familiar, penal, etc.

No es lo más fundamental aconsejar a aquel sujeto en un grupo determinado de psicopatía es más importante valorar la intensidad de la anomalía y la cuantía con que ésta perturba la conciencia y la libre

determinación de aquel caso y sobre todo el estudio completo del individuo, circunstancias y delito para tomar las medidas más convenientes al centro más apropiado que puede ser distinto en unos psicópatas que en otros, para conseguir la reintegración de estos individuos. Recordemos que las psicopatías son la base sobre la que se asientan las tóxicomanías. Con la experiencia y competencia que tiene todo el personal especializado en la tutela y corrección del menor sabe mejor que yo cómo la medida aconsejada es distinta o puede ser distinta en casos aparentemente semejantes y, en mi opinión, el éxito real y patente de la actuación de los tribunales Tutelares de Menores se debe a que sus decisiones son individuales, sin tener que someterse a normas rígidas sin precisar el encasillamiento normativo que tienen otros organismos judiciales y sobre todo, son secretas lo que tiene gran valor psicoterápico y curativo para el menor.

& & & & & & & & & & & &

DECIMO CUARTO CONGRESO

PANAMERICANO DEL NIÑO

" PROTECCION GLOBAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES
EN SITUACION IRREGULAR "

"Las necesidades del niño no pueden esperar; -
no podemos decir mañana; el NIÑO se llama HOY."

OEI - INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
CHILE

SANTIAGO - CHILE - AGOSTO 5 - 11 - 1973

PROTECCION GLOBAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SI-
TUACION IRREGULAR.-

DECIMO CUARTO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO .-
SANTIAGO CHILE.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DE CHILE.

(5 - 11 Agosto 1973)

I. ASPECTOS DE SALUD.

INTRODUCCION:

Entre los factores multicausales que condicionan la situación Irregular del Niño, destacan por su influencia el bagaje genético con que el niño nace, factores Socio-Económicos y Culturales; factores que afectan al Area de la Salud, etc., los que pueden provocar daños físicos, psíquicos o desajuste en el comportamiento social; estos daños pueden ser reversibles o irreversibles; con toda una gama de alteraciones muchas veces irreparables en sus reacciones, por la gravedad que presenta tanto el niño como para la Sociedad misma.

De ahí la importancia que tienen las Instituciones especialmente de Salud y de Educación en todo lo relacionado con las acciones de Fomento, Protección, Reparación y Rehabilitación del Menor Irregular, como el Rol importante que juega la familia como Unidad Social Básica.

Las medidas de Salud Pública tienden a dar solución al problema desde el período mismo de la gestación.

Chile posee una trayectoria cercana a los 50 años preocupado de la protección de la salud de la madre y del niño y ha ido abordando esta atención en la forma más amplia y completa que sus recursos asistenciales se lo permiten.

El D.F.L. 201412 que creó la Dirección General de Protección de la Infancia y Adolescencia hace 31 años (1942) incluye todo lo referente a la Ley de Menores 4447 de 1928 y estableció toda la política y medidas legales a seguir en relación con los Menores en Situación Irregular.

DECIMO CUARTO CONGRESO PANAMERICANO
DEL NIÑO

" PROTECCION GLOBAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACION IRREGULAR "

" MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE CHILE "

SANTIAGO, 5 -- 11 AGOSTO 1973.

I N D I C E D E M A T E R I A S :

I .-	Aspectos de Salud.	Pag.	1 - 4
II .-	Situación de Salud Materno Infantil.	Pag.	5 - 26
III .-	Política de Salud Materno Infantil.	Pag.	27-32
IV .-	Programa de Salud Materno Infantil.	Pag.	33- 36
	- Bibliografía	"	37- 38
V .-	Salud Mental Infantil.	"	39- 42
VI .-	Menores en Situación Irregular	"	43- 53
VII .-	Conclusiones	"	54-
VIII-	Recomendaciones	"	55-

A N E X O S :

1 .-	Protección Legal Madre y Niño	Pag.	1 - 3
2 .-	Programa Menores en Situación Irregular.	"	1 - 4
3 .-	Programa Salud Mental	"	1 - 9
4 .-	Algunas consideraciones sobre la sub-normalidad intelectual.	"	1 - 11
5 .-	Trastornos emocionales de la Infancia y Adolescencia.	"	1 - 14
6 .-	Diagnóstico y clasificación del Retardo Mental.	"	1 - 15
7 .-	Programa de Salud Infantil y del Adolescente y Sub-Programas por Daño :	"	1 - 20
	Control Diarreas Agudas.		
	Control Enfermedades Respiratorias Agudas.		
	Control Desnutrición Infantil.		

Hace 21 años con la dictación de la Ley 10.383 que creó el S.N.S. y fusionó Instituciones importantes como Beneficencia, Servicio de Salubridad, Servicio de Seguro Social, Servicios Sanitarios de Municipalidades, Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, etc., obligó a dar asistencia Médica y Social a una población superior al 70% del país, incluyendo todo lo relacionado con la atención del Menor Irregular.

Desde 1958 hasta 1959 la atención de los menores se incluyó dentro del Programa Infantil dependiente del Sub-Departamento Materno Infantil. Desde 1959, con los cambios de estructura dados por la aplicación del D.F.L. N°9, se estableció la Sección Menores con similar Jerarquía que las Secciones Materno Infantil, Salud Mental y Nutrición, dentro del Sub-Departamento Fomento de la Salud de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud.

Las actividades de la Sección Menores se desarrollaron en coordinación con los Ministerio de Educación Pública y Justicia y con las dependencias del S.N.S. en relación con la atención del Menor.

Desde la dictación de las Leyes 16.520 de 1966 y complementadas con la Ley 16.618 de 1967 que creó el Consejo de Menores dependiente del Gobierno a través del Ministerio de Justicia ha establecido - las responsabilidades, que le competen a los Ministerios de Salud, Educación y Justicia.

El Ministerio de Salud Pública está consciente que es - muy difícil de establecer dichas responsabilidades por lo cual parecería que la legislación vigente es aún inadecuada.

Así mismo no existe un diagnóstico exacto de la magnitud del año. Según el último Censo, la población menor de 20 años, representa el 50% del total del país. Se estima que uno de cada 10 menores de - 20 años sufren de alguna causa de irregularidad siendo su distribución - la siguiente:

- Irregularidad por causa física : 20%
- Irregularidad por causa Social : 30%
- Irregularidad por causa Psíquica : 50%

Esto significa que existen en nuestro país alrededor de 516.370 menores de 20 años que requieren de atención especializada ya sea en Salud, Educación y/o Justicia.

Sin embargo, la capacidad asistencial es limitada para abórdar el problema en toda su magnitud. Hay déficit de recursos especializados para la rehabilitación, reeducación y readaptación de los menores.

En igual forma sucede con los recursos judiciales para la atención de los menores; faltan locales adecuados y diferenciados (casas de Menores) para los niños en tránsito mientras se establece el diagnóstico de vagancia pura o de menores sujetos de delitos.

La Doctrina aprobada por el Servicio Nacional de Salud para la atención de los menores tiene su base en la Declaración de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, que en sus principales acapites establece lo siguiente:

Respeto y defensa de los derechos inalienables del niño en cuanto a:

- a) Protección durante su período prenatal y nacimiento.
- b) Derecho al amor, cuidado y tuición materna.
- c) Derecho a la alimentación, vestuario y vivienda.
- d) Derecho a la Educación y a la Salud.
- e) Derecho a la preservación de su vida familiar, al respeto y al cultivo de su propia personalidad.
- f) Derecho al reconocimiento de sus derechos jurídicos y sociales.
- g) Derecho a la defensa de su integridad física, moral y emocional, y su incorporación a los beneficios de la Sociedad.

Como consecuencia su política al respecto reconoce las siguientes bases esenciales:

- 1.- Consideración del menor irregular con un enfoque esencialmente proteccional y tutelar desde su concepción hasta la adolescencia y en el marco de su Familia y de la Comunidad.
- 2.- Atención del menor en forma integral.
- 3.- Tratamiento de los desajustes del comportamiento Social con criterio netamente tutelar. Eliminación de todo concepto o intención judicial punitiva y carcelaria.

5.- Atención integral médico clínico social y educacional del menor con alteraciones congénitas o adquiridas que afectan al menor en su salud física o psíquica.

El Servicio Nacional de Salud posee todo un servicio de menores estructurando para la protección y rehabilitación de menores; dispone de 11 establecimientos especializados con personal idóneo. Estos establecimientos son los siguientes:

- Hogar de Menores de Putaendo
- Casa de Menores de Valparaíso
- Centro de Tratamiento y Rehabilitación "Gabriela Mistral" de Lima
che.
- Centro de Tratamiento y Rehabilitación "Carlos Van Buren"
de Villa Alemana.
- Hogar Infantil del Quillota.
- Casa de Menores de Santiago.
- Politécnico "Alcibiades Vicencio " de San Bernardo.
- Casa Nacional del Niño.
- Centro de Menores de Chillán.
- Centro de Menores de Concepción.
- Hogar de Menores de " Pelluco " de Puerto Montt.

En lo referente a las atenciones de los Menores en cuanto a Fomento, Protección y Reparación de la Salud, estos reciben las prestaciones asistenciales que el Servicio Nacional de Salud dispone para la población beneficiaria siendo responsables de su cumplimiento los Jefes de los Programas " Atención de la Mujer "; " Atención Infantil y del Adolescente "; " Atención Médica ", cuando el niño es mayor de 15 años; " Atención Odontológica "; " Higiene Ambiental " y otros.

II SITUACION DE SALUD MATERNO INFANTIL.

1.- ANTECEDENTES.

La protección Materno Infantil se inicia en Chile con la dictación de las leyes que crean el Servicio de Seguro Social, Código Sanitario y Código del Trabajo. Sus propósitos más importantes son Fomento, Protección y Reparación de la Salud Física, Psíquica y Mental de la madre y el niño.

El Servicio Nacional de Salud como la Institución más importante del Sector Salud, da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes a través de los Programas de Atención Integral de la Mujer; Infantil y del Adolescente que incluye los niños desde el nacimiento hasta los 14 años de edad.

Ha incorporado todos aquellos recursos que el avance de la ciencia científica, con formación de Profesionales especializados; adquisición de equipos de alta calidad. Contrucción de locales de atención arquitectónicamente adaptados a las modernas concepciones en salud; formación de auxiliares de enfermería y de líderes de la Comunidad en salud; etc.

Normación de las actividades y las específicas de atención Materno Infantil, implementándose con los recursos que hagan posible su aplicación; todo ello dentro de las disponibilidades de un país en desarrollo. Así mismo se ha establecido un sistema descentralizado de abastecimiento, mantenimiento de equipos de alto costo, etc.

2.- POBLACION:

La población del país para el presente año es aproximadamente de 10.330.000 habitantes; de esta un 70% corresponde a población que deben cubrir los Programas de la Sección Materno Infantil del Sub-Departamento Fomento de la Salud.

-- Población Femenina en edad fértil (15 a 44 años)	22,1%
-- Población Femenina de 45 años y más	9,4%
-- Población Infantil de 0 - 14 años	38,5%
TOTAL :	70,0%

Lo que representa un total de 7.230.000 personas, para las cuales la Sección Materno Infantil tiene responsabilidades ya sea en lo asistencial como en las normas que rigen su atención.

3.- PROBLEMAS DE SALUD.

Analizaremos someramente aquellos problemas que mayor relevancia tiene en nuestro país, que se encuentra actualmente en pleno período de transformaciones sociales.

3.1. Natalidad y Crecimiento vegetativo. Chile - 1961 - 1971.

Chile se caracterizó por el crecimiento vegetativo acelerado de su población, por un período superior a 30 años.

en 1966 se inicia el descenso del crecimiento vegetativo precedido por un descenso de ^{la} tasa de natalidad en 1965.

Desde 1964 se inician oficialmente las actividades de Protección de la Familia, incluyéndose desde 1967 como actividad del Programa Atención Integral de la Mujer. Esta actividad tiene importancia social en cuanto a que la mujer puede espaciar sus gestaciones de acuerdo a sus recursos socio-económicos, evitando el nacimiento de hijos no deseados, que luego puedan ser abandonados.

T A B L A N° 1

POBLACION - NATALIDAD Y CRECIMIENTO VEGETATIVO - CHILE 1961 - 1971
(Tasa por mil habitantes)

A Ñ O S	POBLACION EN MILES	N A T A L I D A D		CRECIMIENTO VEGETATIVO %
		NACIMIENTOS VIVOS (1)	TASA	
1961	7.858	290.412	37.0	2.54
1962	8.029	304.930	38.0	2.62
1963	8.222	309.908	37.7	2.57
1964	8.450	306.050	36.2	2.52
1965	8.644	308.014	35.2	2.50
1966	8.884	295.761	34.2	2.36
1967	9.100	277.009	30.4	2.08
1968	9.351	273.296	29.2	2.02
1969	9.566	268.807	28.1	1.92
1970	9.726	261.609	26.9	1.83
1971	9.922	273.518	27.6	1.92

4.- DAÑOS EN SALUD MATERNO INFANTIL.

Los analizaremos a través de las tasas de mortalidad.

4.1. Mortalidad General.

Entre 1961 y 1971 la tasa de mortalidad se reduce en - 27.6% y un ahorro de 8.311 vidas en el período, iniciándose el descenso de la tasa de mortalidad el año 1967.

Las 5 principales causas de mortalidad general durante 1970 y 1971 fueron en orden de importancia, las siguientes:

- Enfermedades Circulatorias
- Enfermedades Respiratorias
- Tumores Malignos
- Accidentes y muertes violentas
- Infecciones, excluidas T.B.C.

Entre 1970 - 1971 hubo un ahorro de 1767 vidas por - afecciones respiratorias agudas y enfermedades infecciosas excluidas T.B.C. Durante 1971 se observa un incremento de las - muertes por accidentes y por tumores malignos.

T A B L A N° 2

MORTALIDAD GENERAL - CHILE - 1971 (Tasa por mil habitantes)

A Ñ O S	D E F U N C I O N E S	T A S A
1961	91.551	11.6
1962	94.569	11.8
1963	98.901	12.0
1964	94.111	11.0
1965	91.491	10.6
1966	90.488	10.2
1967	86.937	9.6
1968	84.560	9.0
1969	84.680	8.9
1970	83.166	8.6
1971	83.240	8.4

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - Octubre 1972.-

4.2. Mortalidad Materna.

La reducción de las muertes maternas tiene importancia no sólo como la pérdida de un individuo activo de la sociedad, sino por la importancia que tiene la madre en la cohesión familiar -- que reduce los factores que provocan la orfandad social de los niños.

Desde 1967 se observa disminución de la tasa de mortalidad materna, muy especialmente en la reducción de las muertes producidas por aborto.

El aborto es un grave problema de salud pública ya que la mayoría de ellos son inducidos clandestinamente.

T A B L A N.º 3

MORTALIDAD MATERNA TOTAL Y POR ABORTOS -- CHILE 1961 -- 1971

(Tasa por mil nacidos vivos)

A Ñ O S	MORTALIDAD MATERNA			
	TOTAL		ABORTO	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
1961	923	31.8	342	11.8
1962	914	30.0	305	10.0
1963	803	25.9	312	10.1
1964	866	28.3	360	11.8
1965	860	27.9	306	9.9
1966	771	26.1	296	10.0
1967	734	26.5	276	10.0
1968	579	21.2	230	8.4
1969	488	18.2	171	6.4
1970	439	16.8	172	6.6
1971	389	14.2	143	5.2

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - Octubre 1972.

Entre 1961 y 1971 se ahorraron 534 vidas de madres por causas del embarazo, parto y puerperio.

4.3. Mortalidad Infantil.

Necnatal y Neonatal precoz - Chile 1961 - 1971.

La mortalidad Infantil, o sea la del niño menor de un año es un indicador importante de salud de la población, como así mismo - del Desarrollo Socio-Económico y Cultural de ella. Las causas más importantes de muertes son las dadas por injurios del ambiente, (agua potable, alcantarillado); climáticas (afecciones respiratorias agudas) o por enfermedades transmisibles cuyo control cada día cobra mayor afectividad con las vacunas colocadas a la población infantil según normas establecidas por la Sección de Epidemiología.

En la Mortalidad Neonatal del niño menor de 28 días, juegan papel importante las causas perinatales, o sea todas las afecciones relacionadas con la gestación, la atención del nacimiento y de las primeras cuatro semanas de vida.

Las causas principales de muerte en el niño menor de un año fueren las siguientes en los años 1970 y 1971:

- Enfermedades Respiratorias.
- Peri-Natales.
- Diarreas Agudas.

El Programa de Atención Infantil y del Adolescente ha dado énfasis a la prevención y tratamiento de las Enfermedades Respiratorias Agudas y Diarreas Agudas.

Entre 1970 - 1971 hubo un ahorro de 1.308 vidas por estas causas.

La Desnutrición no está bien registrada, pero en estudio de nuestra, se observa que juega un papel importante como causa predisponente de muerte en el niño menor de un año.

T A B L A N°4

MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y NEONATAL PRECOZ,
CHIIE 1961 - 1971.-

(Tasa por mil Nacidos Vivos)

A Ñ O S	MORTALIDAD INFANTIL		MORTALIDAD NEONAT.		MORT. NEONAT. PREC.	
	DEFUNC. (-) 1 AÑO	TASA	DEFUNC. (-) 28 DIAS	TASA	DEFUNC. (-) 7 DIAS	TASA
1961	31.638	103.9	10.367	35.7	6.384	22.0
1962	32.920	108.0	10.333	33.9	6.283	20.6
1963	31.044	100.2	11.052	35.7	7.023	22.7
1964	31.495	102.9	10.401	34.0	6.460	21.1
1965	29.394	95.4	10.318	33.5	6.580	21.4
1966	28.909	97.7	10.297	34.8	6.464	22.0
1967	26.127	84.3	9.512	34.3	6.074	21.9
1968	22.807	63.5	8.646	31.6	5.569	20.4
1969	21.156	73.7	8.347	31.1	5.252	19.5
1970	20.750	79.3	8.195	31.3	5.209	19.9
1971	19.271	70.5	7.743	28.3	5.025	18.4

REF: SECCIONAMATERO INFANTIL - Octubre 1972.

En el período 1961 - 1971 se observa tendencia -
al descenso de la Mortalidad Infantil, descenso que se acentúa a partir de
1968 al mismo tiempo que se reducen los nacimientos con niños vivos.

Reducción años 1961 - 1971:

- Mortalidad Infantil 35.3%
- Mortalidad Neonatal 20.7%
- Mortalidad Neonatal Precoz 16.4%

Analizada la mortalidad del niño menor de un año
por trimestres de edad entre 1961 y 1971 se observa lo siguiente:

- Reducción Mortalidad primer trimestre : 25.5%
- Reducción Mortalidad segundo trimestre : 41.5%
- Reducción Mortalidad tercer trimestre : 49.7%
- Reducción Mortalidad cuarto trimestre : 59.8%

La reducción de la tasa de mortalidad del primer
trimestre no alcanza la cuantía de los trimestres subsiguientes; de ahí su
importancia como problema de salud pública para la planificación de las ac-
tividades del Programa Infantil y del Adolescente; captación precoz del Re

cién Nacido; Fomento de la Lactancia materna; protección contra las enfermedades transmisibles, diarreas, respiratorias; etc. Para los efectos de su asistencia el niño menor de 6 meses de edad se considera un Niño de Alto Riesgo.

T A B L A N° 5

MORTALIDAD DEL MENOR DE UN AÑO POR TRIMESTRE DE EDAD.

CHILE - 1961 - 1971 (Tasa por mil nacidos vivos)

A Ñ O S	0-2 MESES		3-5 MESES		6-8 MESES		9-11 MESES	
	DEFUN.	TASA	DEFUN.	TASA	DEFUNC.	TASA	DEFUNC.	TASA
1961	17.398	59.9	7.555	26.0	4.157	14.3	2.528	8.7
1962	17.691	58.0	8.298	27.2	4.283	14.0	2.548	8.7
1963	18.040	58.2	7.141	23.0	3.685	11.9	2.177	7.0
1964	17.754	58.0	7.301	23.9	3.911	12.8	2.529	8.3
1965	17.461	56.7	6.855	22.3	3.209	10.4	1.869	6.1
1966	17.318	58.6	6.691	22.6	3.183	10.8	1.717	5.8
1967	15.635	56.4	6.053	21.9	3.944	10.6	1.495	5.4
1968	13.979	51.1	5.131	18.8	3.456	9.0	1.241	4.5
1969	13.309	49.5	4.604	17.1	3.083	7.7	1.160	4.3
1970	12.845	49.1	4.575	17.5	2.154	8.2	1.176	4.5
1971	12.200	44.6	4.156	15.2	1.964	7.2	951	3.5

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - Octubre 1972

4.4. Mortalidad de los niños de 1 - 4 años y de 5 - 14 años.

4.4.1. En el grupo de niños de 1 - 4 años las 3 causas más importantes de muerte durante los años 1970 y 1971 fueron las siguientes:

- Afecciones Respiratorias
- Enfermedades Infecciosas excluidas TBC.
- Accidentes, envenenamientos y muertes violentas.

Entre 1961 y 1971 hubo un ahorro de 3.659 vidas siendo esta reducción más importante para las dos primeras causas de muerte. La tasa de mortalidad se redujo en el período 1961 - 1971 en 56.8%.

4.4.2. En el grupo de niños de 5 a 14 años las tres principales causas de muerte para los años 1970 y 1971 fueron las siguientes:

- Accidentes, envenamientos, etc.
- Enfermedades Respiratorias.
- Infecciosas excluidas TBC.

Se observa incrementos de las muertes por causas violentas entre 1970 y 1971. En todo caso, al comparar los años 1961 y 1971 la tasa de mortalidad se reduce en 34.8% y un ahorro de 274 vidas.

T A B L A N° 6

MORTALIDAD DE NIÑOS DE 1 - 4 AÑOS - CHILE 1961 - 1971.-

(Tasa específica por Mil niños del mismo grupo de edad)

A Ñ O S	POBLAC. GRAL. EN MILES	MORTALIDAD 1-4 AÑOS			MORTALIDAD 5-14 AÑOS		
		POBLACION 1-4 AÑOS	DEFUNC.	TASA	POBLACION 5-14 AÑOS	DEFUNC.	TASA
1961	7.858	915.457	6.734	7.4	1.951.141	2.247	1.15
1962	8.029	916.912	7.481	8.2	2.008.053	2.360	1.18
1963	8.222	920.042	6.795	7.4	2.071.122	2.150	1.04
1964	8.450	926.120	7.185	7.8	2.146.302	2.297	1.07
1965	8.644	927.501	5.335	5.8	2.208.542	2.097	0.95
1966	8.884	932.820	5.155	5.5	2.285.853	1.992	0.87
1967	9.100	934.570	4.121	4.4	2.359.630	1.977	0.84
1968	9.351	938.840	3.593	3.8	2.442.416	1.892	0.77
1969	9.566	938.425	3.466	3.7	2.517.771	1.789	0.71
1970	9.726	931.751	3.684	4.0	2.577.390	2.012	0.78
1971	9.922	950.547	3.075	3.2	2.629.330	1.973	0.75

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - Octubre 1972.

5.- MORBILIDAD.

La Morbilidad se conoce a través de los egresos hospitalarios y estudio de muestras que se publican en las Revistas de Pediatría.

No conocemos la cuantía de la Desnutrición por registro deficiente de ella. Las gráficas pondo estaturales, como las técnicas empleadas varían muchas veces de un Establecimiento a otro. Sin embargo la gráfica del Dr. Mardones para Lactantes y Preescolares, continúa vigente en

Servicio Nacional de Salud. Para escolares se emplean las cifras dadas por el estudio de IOWA.

Dada la importancia que el sustrato Nutricional tiene, se ha establecido un Sub-Programa de Control de la Desnutrición para niños de 0 a 5 años. Se han dictado Normas para la Supervisión del Crecimiento y Desarrollo y se encuentra en estudio experimental una nueva gráfica pondoestatural para niñas y niños menores de 6 años de edad, incluyendo además el Control de la circunferencia craneana en el menor de un año. Estos resultados los conoceremos a partir de 1974.

6.- RECURSOS SELECCIONADOS PARA LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL.

La atención integral de la madre y el niño chileno se efectúa de preferencia con los recursos que el Servicio Nacional de Salud, dispone, los cuales son insuficientes para cubrir la demanda asistencial.

Los requerimientos en horas médicas para la atención infantil deben ser promedio de 10 horas por 10.000 habitantes con un rango de 7 a 12 horas lo cual permitiría disponer de horas médicas para las necesidades básicas, como de Especialistas Infantiles en Cirugía, Psiquiatría, Neurología etc. Organizar Servicios Especializados de Rehabilitación Infantil en todos los Hospitales Regionales del país, los cuales actualmente se encuentran en Santiago y en menor proporción en Valparaíso y Concepción.

El incremento de horas médicas es paulatino, pero todavía estos recursos corresponden al 50% de nuestras necesidades.

Existe toda una política en el Servicio Nacional de Salud de formación de especialistas; así mismo, a través del Médico General de Zona se ha mejorado su distribución dotando de médicos a los Hospitales Rurales y elevando la calidad de la atención médica de la población rural.

La dotación de Enfermeras fué de 10.6 por 10.000 habitantes de ellas aproximadamente el 40% trabaja en la atención infantil. Esta dotación es insuficiente para los requerimientos asistenciales de pediatría del país, los cuales deberían ser de 10 horas por 10.000 habitantes con un rango de 7 a 12 horas solamente para la atención infantil. Durante 1971, en 11 Hospitales Bases (20% de esos Hospitales) no había Enfermera en Servicio de Pediatría.

La dotación de Matronas es también insuficiente, y su distribución en el país es cada vez más homogénea. La matrona dedica todo su tiempo al Programa de la Mujer y también tiene a su cargo la Atención de los Recién Nacidos en los Servicios de Obstetricia. Colabora con el Personal de Enfermería en la atención domiciliaria de los Recién Nacidos.

En 1971 existían 7.0 horas por 10.000 habitantes.

La dotación de Nutricionistas se ha ido incrementando paulatinamente en el Servicio Nacional de Salud y su labor principal ha sido preocuparse de los Servicios de Alimentación Intrahospitalarios. En 1971 existían 2.7 horas por 10.000 habitantes y de ellas, un 40% prestan sus servicios en las Cocinas de Leche de los Servicios de Pediatría. Sin embargo, durante 1970 existían 19 Hospitales Bases sin Nutricionistas en Pediatría (34.5% de estos Hospitales).

En cuanto a la dotación de camas Pediátricas, estas no satisfacen las necesidades de la población menor de 15 años. La Hospitalización en Servicios de Pediatría se hace a expensas de cunas, camas de Preescolares y camas para Escolares hasta los 10 años de edad. La Hospitalización de los niños de 11 a 14 años queda prácticamente fuera de los Servicios de Pediatría.

Una dotación adecuada sería de 10 camas por 10.000 habitantes con un rango de 7 a 12 camas, lo cual permitiría la Organización de Servicios de Cirugía Infantil; Unidades de Recién Nacidos; como la dotación de camas para pacientes crónicos. En 1971 existían 6.3 camas por 10.000 habitantes para pacientes agudos.

6.1. PERSONAL.-

6.1.1. Horas Médicas - S.N.S. 1964 - 1971.

Entre los años 1964 - 1971 hubo un incremento de 14.5% para el total de horas médicas; 33.3% para las horas Obstétricas y 34.1% para las horas de Pediatría.

T A B L A N° 8

HORAS MEDICAS TOTALES; DE OBSTETRICIA Y DE PEDIATRIA.-

S.N.S. - CHILE - 1964 - 1971.

(Tasa por 10.000 Habitantes)

A Ñ O S	TOTAL		OBSTETRICIA		PEDIATRIA	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
1964	17.509	20.7	1.272	1.5	3.483	4.1
1965	18.140	21.0	1.388	1.6	3.577	4.1
1966	18.905	21.3	1.439	1.6	3.220	3.6
1967	20.230	22.2	1.526	1.7	4.364	4.8
1968	22.286	23.8	1.728	1.8	5.090	5.5
1969	22.465	23.5	1.656	1.7	5.287	5.5
1970	23.149	23.8	1.751	1.8	5.393	5.3
1971	23.552	23.7	1.990	2.0	5.421	5.5

REF: SECCION MATERNO INFANTIL .. Octubre 1972.

Esta dotación de Horas Médicas es totalmente insuficiente para dar una atención completa a la población materno infantil. Este déficit es más manifiesto en aquellos profesionales destinados a la Rehabilitación Infantil, como Psiquiatras, Neurológicos y Cirugía Infantil.

6.1.2. Recursos en Enfermeras, Matronas, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería.

Los recursos en Enfermeras y Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería se refieren al total de los Programas, pero se considera que un 40% de las horas de Enfermeras y Nutricionistas trabajan en la atención infantil; las Auxiliares de Enfermería destinan un 50% de su tiempo al Programa de la Mujer y al Programa Infantil y del Adolescente.

Las Matronas destinan practicamente todo su tiempo al Programa de la Mujer.

T A B L A N° 8

HORAS ENFERMERAS, MATRONAS, NUTRICIONISTAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA.-

CHILE - S.N.S. 1965 - 1971 .-

(tasa por 10 mil habitantes)

A Ñ O S	ENFERMERAS		MATRONAS		NUTRICIONISTAS		AUX. ENFERMERIA	
	HORAS	TASA	HORAS	TASA	HORAS	TASA	HORAS	TASA
1965	6.606	7.6	4.602	5.3	1.452	1.7	102.016	118.0
1966	7.392	8.3	4.980	5.6	1.548	1.7	111.928	126.0
1967	7.086	7.8	5.046	5.5	1.416	1.6	108.560	119.3
1968	7.344	7.9	4.896	5.5	1.458	1.6	108.008	115.5
1969	7.926	8.3	5.322	5.6	1.686	1.8	116.088	121.4
1970	10.928	11.0	6.606	6.8	2.382	2.4	112.864	115.4
1971	10.521	10.6	6.984	7.0	2.676	2.7	127.848	138.9

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - Octubre 1972.

En el período 1965 y 1971 los recursos en personal se han incrementado en la siguiente proporción:

- Horas Enfermeras : 59.3% Incremento
- Horas Matronas : 51.8% Incremento
- Horas Nutricionistas : 84.3% Incremento
- Horas Auxiliares de Enfermería: 35.1% Incremento

6.2. MAMAS DE HOSPITALIZACION S.N.S. 1961 - 1971.

6.2.1. Camas totales:

Aunque hubo un incremento de 5.980 camas en general entre los años 1961 y 1971, la tasa por 10.000 habitantes se redujo en 3,9% entre 1961 y 1971.

6.2.2. Camas de Obstetricia.

Hubo un incremento de 1.200 camas en el período (9.1%).

6.2.3. Camas de Pediatría.

Hubo un incremento de 2.150 camas en el período o sea 21.2%.

T A B L A N° 9
 CAMAS TOTALES DE OBSTETRICIA Y PEDIATRIA.
 CHILE - S.N.S. 1961 - 1971.
 (Tasa por 10.000 habitantes)

A Ñ O S	TOTAL CAMAS		OBSTETRICIA		PEDIATRIA	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
1961	28.068	35.7	2.587	3.3	4.105	5.2
1962	28.434	35.4	2.729	3.4	4.479	5.6
1963	29.682	36.1	2.842	3.5	4.834	5.9
1964	30.917	36.6	3.152	3.7	5.109	6.0
1965	31.146	36.0	3.179	3.7	5.083	5.9
1966	31.581	35.5	3.357	3.8	5.457	6.1
1967	32.508	35.7	3.582	3.9	5.853	6.4
1968	33.440	35.8	3.597	3.8	5.931	6.3
1969	33.667	35.2	3.606	3.8	5.894	6.2
1970	33.611	34.4	3.682	3.8	6.163	6.3
1971	34.046	34.3	3.787	3.8	6.255	6.3

REF: SECCION MATERNO INFANTIL 24 Octubre 1972

6.3. Relación de los recursos en camas y horas médicas del Sector Salud y S.N.S. Chile 1971.

6.3.1. Camas.

C A M A S	SECTOR SALUD		SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	N°	%	N°	%
TOTAL	36.700	100.0	34.046	92.8
OBSTE- TRICIA	4.109	100.0	3.787	92.2
PEDIA- TRIA.	6.352	100.0	6.255	98.5

REF: ANUARIO ATENCIONES 1971 - SUB-DEPARTAMENTO ESTADISTICA.

Del total de camas existentes en el país le corresponden al Servicio Nacional de Salud, el 92.8% de las camas totales, el 92.2% de las cr-
mas de obstetricia y el 98.5% de las camas de Pediatría.

Las otras Instituciones del Sector Salud dispusieron de las siguientes camas:

- Total : 2.654 camas
- Obstetricia: 322 camas
- Pediatría : 97 camas

6.3.2. Horas Médicas.

HORAS MEDICAS	SECTOR SALUD		SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL	25.780	100.0	23.552	91.4
OBSTETRICIA	2.249	100.0	1.990	88.5
PEDIATRIA	5.609	100.0	5.421	96.6

REF: ANUARIO ATENCIONES 1971 - SUB-DEPARTAMENTO ESTADISTICA.

Del total de horas médicas que prestan sus servicios en el Sector Salud, le corresponden al Servicio Nacional de Salud, el 91.4% de las horas totales; el 88.5% de las horas de obstetricia y el 96.6% de las horas de pediatria.

La disponibilidad de horas médicas para otras Instituciones fué la siguiente:

- Total : 2.228 Horas
- Obstetricia: 259 Horas
- Pediatría : 188 Horas

6.4. LOCALES DE ATENCION.

En 1971 existían en el Servicio Nacional de Salud la siguiente dotación de Establecimientos tanto para la atención cerrada como para la ambulatoria.

- Hospitales : 238
- Consultorios Independientes: 150
- Postas Rurales: 858
- Puestos de Socorro: 16
- Estaciones Médico Rurales: 11
- Unidades Móviles: 3

6.5. Presupuestos de Gastos del Sector Salud 1971 - 1972.

(Miles de E° Moneda año 1971)

SECTOR SALUD	PRESUPUESTO EN E°		VARIACION %
	1971	1972	
SERVICIO NACIONAL DE SALUD.	3.999.630	5.198.040	29.96
SERMENA	980.442	922.068	(-) 9.40
LAB. CHILE		226.968	
POLLA	48.115	66.648	38.51
SOC. CONSTRUCC. ESTABLEC. HOSPITALARIOS.	249.256	340.722	36.69
TOTAL	5.277.443	6.754.445	27.99

REF: PLANIFICACION VOL. 3 -- Abril - Mayo 1973.

Del presupuesto asignado al Servicio Nacional de Salud no se puede precisar con exactitud el gasto correspondiente a la Atención Materno Infantil.

Dentro de las disponibilidades presupuestarias, el Servicio Nacional de Salud, ha establecido fondos especiales para Programa Extraordinario de Protección Infantil. Para 1973 estos fondos alcanzan a E° 6.000.000.

b) Estructuras Los fondos presupuestarios para las acciones de colocación Familiar y Hogares de vida en grupo Familiar, ayuda económica intrafamiliar e Internación en Establecimientos privados, etc., se financian con el Item. 17-006-03 del Presupuesto del Servicio Nacional de Salud.

MENSAJES	1.200.000
PUNTERIA	200.000
REGALACIONES	200.000
CURTIDAS	200.000
TOTAL	1.800.000

7.- ATENCIONES PRESTADAS.

7.1. Actividades seleccionadas del Programa de la Mujer.

7.1.1. Consultas Médicas, de matronas y visitas domiciliarias efectuadas por matronas. CHILE - S.N.S. 1965 - 1971.

AÑOS	CONSULTAS MEDICAS	ATENCIONES POR MATRONAS	
		CONSULTAS	VISITAS DOMICIL.
1965	433.201	710.894	25.417
1966	337.882	790.976	20.309
1967	426.212	838.736	21.311
1968	568.336	1.190.015	36.491
1969	535.424	1.310.497	34.858
1970	486.838	1.335.435	25.116
1971	488.777	1.537.354	21.531

REF: SECCION MATERNO INFANTIL.

En el período 1965/1971 hubo un incremento 12.8% de las consultas médicas y de 116.3% de las consultas dadas por matronas.

Las visitas domiciliarias a púerperas y recién nacidos se redujeron en 15.3% para el período.

a) Estructura de las consultas.- CHILE - S.N.S. 1970.

CONSULTAS MATERNALES		
TIPO	Nº	%
PRENATAL	1.030.227	57.00
PUERPERIO	143.103	8.00
REGULACION DE FECUNDIDAD.	634.897	35.00
TOTAL	1.808.227	100.00

REF: SECCION MATERNO INFANTIL 1971.

b) Estructura de las consultas según atención profesional.

CHILE - S.N.S. 1970.

CONSULTAS MATERNALES.						
TIPO	TOTAL		MEDICO		MATRONA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRENATAL	1.030.227	100.0	253.005	24.6	777.222	75.4
PUERPERIO	143.103	100.0	16.468	11.5	126.635	88.5
REGULACION FE CUNDIDAD.	634.897	100.0	200.578	31.6	434.319	68.9
TOTAL	1.808.227	100.0	470.051	26.0	1.338.176	74.0

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - 1971.

El 26% de las consultas fueron efectuadas por médico y 74% por la Profesional Matrona.

El 35% de las consultas correspondieron a la actividad Regulación de Fecundidad, y de ellas, el 31.6% fueron efectuadas por médico y el 68.4% por matrona.

7.1.2. Nacidos vivos según atención profesional del parto. CHILE 1961 - 1971.

Los nacidos vivos con atención profesional durante el nacimiento aumentaron durante el período 1961 - 1971 de 69.7 a 83.6% o sea un 20% de incremento. Sin embargo, durante 1971 nacieron 40.796 niños sin atención profesional.

T A B L A N° 10

NACIDOS VIVOS CON ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO.

CHILE 1961 - 1971

A Ñ O S	NACIDOS VIVOS	CON ATENCION		SIN ATENCION	
		N°	%	N°	%
1961	263.985	183.920	69.7	80.065	30.3
1962	275.960	199.070	72.1	76.890	27.9
1963	280.167	202.530	72.3	77.637	27.7
1964	277.893	202.796	73.0	75.097	27.0
1965	297.677	207.800	74.3	71.877	25.7
1966	269.438	203.486	75.5	75.952	24.5
1967	252.355	195.011	77.3	57.344	22.7
1968	250.000	195.226	78.0	54.840	22.0
1969	244.883	195.894	80.0	48.989	20.0
1970	238.326	193.189	81.1	45.137	18.9
1971	249.175	209.370	83.6	40.796	16.4

REF: SECCION MATERNO INFANTIL. -- 1971.

7.1.3. Egresos obstétricos totales y por causas principales.

CHILE 1961 - 1968

EGRESOS OBSTETRICOS.						
A Ñ O	TOTAL		PARTO		ABORTO	
	N°	%	N°	%	N°	%
1961	239.572	100.0	-	-	-	-
1962	248.447	100.0	172.006	69.2	51.246	20.6
1963	254.232	100.0	172.697	67.9	49.772	19.6
1964	266.382	100.0	171.417	64.4	56.391	21.2
1965	271.689	100.0	178.077	65.5	56.130	20.7
1966	274.842	100.0	185.296	67.4	54.127	19.7
1967	277.290	100.0	188.129	67.8	54.213	19.6
1968	266.394	100.0	182.732	68.6	47.430	17.8

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - 1971.

En el período 1961 -- 1968, los egresos por parto constituyeron aproximadamente el 68 a 69% de los egresos totales de obstetricia. Los egresos por aborto corresponden aproximadamente al 20% del total de egresos, observándose en 1968 una reducción de 13.6% al comparar los años 1962 y 1968.

Los egresos en obstetricia en el período 1961 - 1962 se incrementaron en 11.2%.

Los egresos por parto al comparar los años 1962 y 1968 se incrementaron en 6.2% y los egresos por aborto en el mismo período, tienden a reducirse, siendo de 13.6% la disminución observada.

7.1.3. Grado de uso y promedio de días de estada de los egresos de maternidad y por causas principales.

A Ñ O S	GRADO DE USO %	PROMEDIO DIAS DE ESTADA		
		TOTAL SERVICIO	PARTO NORMAL	ABORTO
1962	-	3.8	3.4	3.7
1963	77.0	3.8	3.3	3.1
1964	77.5	3.8	3.2	3.2
1965	78.2	3.8	3.2	3.2
1966	76.7	3.7	3.3	3.2
1967	75.7	3.7	3.5	3.3
1968	74.4	3.8	3.4	3.2

REF: SECCION MATERNO INFANTIL.- 1971.

El PDE, tanto para el total de atenciones en maternidades se mantiene hasta 1968 en 3.8 días; con cifra levemente inferior para el parto normal.

El grado de uso de las camas nos parece satisfactorio - para el tipo y calidad de las prestaciones en maternidad.

7.2. Kilos de leche en polvo distribuidos a la población de embarazadas, lactantes y preescolare.

CHILE - S.N.S. 1965 - 1972.

KILOS DE LECHE EN POLVO				
AÑOS	TOTAL	EMBARAZADAS	LACTANTE (1)	PREESCOLARES
1965	9.732.645	769.112	5.626.830	2.888.153
1966	13.217.066	1.217.662	7.069.194	4.930.210
1967	18.447.273	1.381.596	7.639.030	9.426.647
1968	13.596.112	904.633	6.651.096	6.040.383
1969	11.782.534	1.168.628	7.153.210	3.460.696
1970	12.715.657	1.146.729	7.094.650	4.453.789
1971	18.961.158	1.873.184	6.948.009	10.139.965
1972	20.486.156	1.856.993	8.146.292	10.482.871

REF: SECCION MATERNO INFANTIL.- (1) Incluye leche a nodrizas.

Dentro de las actividades de Protección Materno Infantil tiene singular importancia la entrega de leche a lactante, embarazada y preescolares. El escolar recibía leche en la escuela a través del Desayuno Escolar.

En 1971 se inicia el Programa Nacional de Alimentación Complementaria incluyendo en su distribución a todas las madres y niños hasta su egreso de la Enseñanza Básica, perteneciente a cualquier Institución del Sector Salud.

Al analizar las cantidades de leche en polvo entregados a la población beneficiaria del S.N.S. se observa lo siguiente al comparar los años 1965 - 1972.

-- KILOS DE LECHE EN POLVO --			
BENEFICIARIO	1965	1972	VARIACION %
EMBARAZADAS	769.112	1.856.993	141.4%
LACTANTES (1)	5.626.830	8.146.292	44.8%
PREESCOLARES	2.888.153	10.482.871	263.0%
TOTAL	9.732.645	20.486.156	110.5%

REF: SECCIONES MATERNO INFANTIL Y NUTRICION.
(1) Incluye leche dada a nodrizas.

7.2.1. Los Kilos de Leche en polvo distribuidos en el Programa de Alimentación Complementaria por grupos de beneficiarios del Sector Salud durante 1971 y 1972 fueron los siguientes:

GRUPOS DE BENEFICIARIOS	1971 KG.	1972 KG.
TOTAL	47.256.546	42.593.624
- LACTANTES Y NODRIZAS	7.954.032	8.146.292
- PREESCOLARES	11.821.495	10.482.871
- ESCOLARES (1)	16.916.546	18.185.468
- DESAYUNO ESCOLAR	8.000.000	3.917.000
- EMBARAZADAS	2.216.146	1.856.993

REF: CIRCULAR A.2.4. N°32 DE ABRIL DE 1973.

(1) Se entrega mensualmente 1 Kg. de leche en polvo.

7.3. Actividades seleccionadas del Programa Infantil y del Adolescente.

7.3.1. Consultas Médicas dadas a niños y consultas médicas en Servicios de Urgencia.

- 24 -

T A B L A N° 11

Consultas Médicas dadas a niños y consultas médicas en Servicios de Urgencia.

CHILE - S.N.S. 1965 - 1971.

A Ñ O S	CONSULTAS MEDICAS A NIÑOS		CONSULTAS MEDICAS DE URGENCIA	
	N°	TASA	N°	TASA
1965	3.768.268	436	1.324.169	153
1966	3.840.733	432	1.552.435	175
1967	3.986.272	428	1.660.081	182
1968	3.833.419	410	1.581.767	169
1969	3.832.593	401	1.776.531	186
1970	3.550.808	365	1.867.303	192
1971	4.158.450	419	2.470.998	249

REF: SECCION MATERNO INFANTIL,

Tasa por 1.000 Habitantes.

Las consultas dadas por médicos a niños se reducen entre 1965 y 1971 en (-) 3.90%. Las consultas en Servicios de Urgencia se incrementan en 62.7%. Se estima que un 40% de estas prestaciones se dan a niños de 0 a 14 años.

7.3.2. Consultas y visitas domiciliarias dadas por Enfermeras.

CHILE - S.N.S. 1968 - 1971.

A Ñ O S	CONSULTAS		VISITAS DOMICILIARIAS	
	N°	TASA (1)	N°	TASA (1)
1968	863.010	92.3	92.412	9.9
1969	847.946	88.6	90.533	9.5
1970	889.049	91.4	95.577	9.8
1971	1.024.758	103.3	85.080	8.6

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - 1972.

(1) Tasa por mil Habitantes.

Las atenciones se refieren al total de la población pero se estima que el 80% de estas prestaciones se dan a menores de 6 años. Entre 1968 y 1971 las consultas se incrementaron un 12%; pero las visitas domiciliarias disminuyeron en (-) 13%.

7.3.3. Egresos Hospitalarios totales y de Servicios de Pediatría.

CHILE - S.N.S. - 1962 - 1971

A Ñ O S	EGRESOS HOSPITALARIOS.-					
	TOTALES			PEDIATRÍA		
	Nº	TASA(1)	%	Nº	TASA (1)	%
1962	620.000	78.9	100.0	94.560	11.8	14.2
1963	665.765	89.2	100.0	100.423	12.2	15.5
1964	646.233	78.6	100.0	106.719	12.6	15.5
1965	689.321	81.6	100.0	107.633	12.5	14.8
1966	728.036	84.2	100.0	119.637	13.5	16.2
1967	737.438	83.0	100.0	127.047	14.0	16.6
1968	765.305	84.1	100.0	129.138	13.8	15.6
1969	777.800	82.2	100.0	139.451	14.6	17.7
1970	788.131	83.4	100.0	145.176	14.9	18.3
1971	880.446	83.7	100.0	171.135	17.3	19.4

REF: SECCION MATERNO INFANTIL - 1972. (1) Tasa por 1.000 Habitantes.

Hubo un incremento de 12.4% al comparar las tasas totales entre 1962 y 1971.

Para los Servicios de Pediatría el incremento fué de 46.6% y la importancia relativa de los egresos pediátricos con el total de los egresos se aumentó en 36.6%. Sin embargo, la capacidad asistencial intrahospitalaria es aún deficiente y aproximadamente el 10% de los egresos de menores de 15 años ocurrieron fuera de pediatría durante 1968.

7.3.4.1. Promedio días de estada y grados de uso de camas totales y de -

Pediatría.- CHILE - S.N.S. - 1962 - 1968.

A Ñ O S	PROMEDIO DÍAS DE ESTADA		GRADO DE USO	
	TOTAL	PEDIATRÍA	TOTAL	PEDIATRÍA
1962	12.6	14.9	-	-
1963	13.1	13.8	82.1	80.7
1964	12.9	14.2	83.1	82.2
1965	13.0	14.3	83.7	83.1
1966	12.5	13.6	82.2	80.9
1967	12.3	12.9	81.8	79.7
1968	18.8	12.3	79.6	77.3

REF: SECCION MATERNO INFANTIL.- 1971.

El promedio de días de estada se mantiene estacionario para el total de egresos hospitalarios en el periodo 1962 - 1968.

En los Servicios de Pediatría el PDE, se reduce en el período en (-) 17.4%.

Se observa un ligero descenso en el grado de uso de las camas totales y de Pediatría.

7.3.4.2. Letalidad intrahospitalaria por grupos de edad en el niño menor de 15 años y total edades.

CHILE - S.N.S. - 1962 - 1968.

AÑOS	TOTAL EDADES %	MENOR DE 15 AÑOS - %			
		(-) 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10 - 14 AÑOS
1962	3.5	16.0	6.6	2.3	1.6
1963	3.6	14.7	9.3	2.2	1.5
1964	3.7	16.1	6.5	2.4	2.0
1965	3.4	14.8	4.9	1.7	1.4
1966	3.6	14.8	4.7	1.8	1.2
1967	3.4	13.8	3.7	1.4	1.1
1968	3.4	12.5	3.2	1.2	1.0

REF: SECCION MATERNO INFANTIL. 1971.

La Letalidad intrahospitalaria se reduce notoriamente entre 1962 y 1968 (información disponible) y que se resume a continuación.

GRUPO ETARIO,	LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA - %		
	1962	1968	REDUCCION %
(-) 1 AÑO	16.0	12.5	(-) 21.9
1-4 AÑOS	6.6	3.2	(-) 51.5
5-9 AÑOS	2.3	1.2	(-) 47.8
10-14 AÑOS	1.3	1.0	(-) 37.5

7.3.4.3. Causas más importantes de egresos en los menores de 15 años.

CHILE - 1968.

C A U S A S	Nº	%
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	44.472	25.4
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	39.945	22.8
ENF. PROPIAS DE LA PRIMERA INFANCIA	19.202	11.0
ACCIDENTES, ETC.	16.702	9.5
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	12.778	7.3
OTRAS CAUSAS	42.210	24.0
TOTAL CAUSAS	175.309	100.0

El 48.2% de los egresos hospitalarios durante 1968 en menores de 15 años fué por Enfermedades Respiratorias y por Enfermedades Digestivas.

III - POLITICA DE SALUD MATERNO INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR .

A.- Politica intersectorial de proteccion a la maternidad, la infancia y la familia.

1.- La importancia real que el Gobierno le asigna a la Ob-
tención plena del derecho a la salud y la prioridad que le otorge a
la madre y al niño, ha llevado a proponer la introducción en la Cons-
titución Política de Chile de la siguiente modificación constitucio-
nal :

"La preservación de la salud es una función social integran-
te de las actividades gubernamentales relativas al bienes-
tar individual y colectiva".

el.

"Todos los habitantes del país tienen derecho a la salud y
deberá estar garantizado por disposiciones y medidas del
Estado así como por la participación del pueblo de una ma-
nera tal que promuevan el fomento de la misma, y la preven-
ción de las enfermedades, la recuperación de la salud y la
rehabilitación. Para estos fines, el Estado tomará las me-
didas que aconseje el progreso de las ciencias y la tecnol-
ogía; efectuará y requerirá el saneamiento del ambiente
en todos los ámbitos de la actividad humana, para evitar
los riesgos físicos, químicos y biológicos; proveerá la
asistencia médica integral y gratuita en todos los períodos
de la vida, especialmente a la madre en el embarazo y el
parto, y al niño; asegurará el desarrollo y financiamiento
de maternidades, salas cunas, jardines infantiles, hospita-
les, centros de rehabilitación así como la atención exter-
na suficiente. Destinará anualmente los recursos económi-
cos necesarios para asegurar el funcionamiento suficiente
de un Servicio Nacional de Salud, el que deberá asumir ade-
más participación en la investigación y en la formación de
los profesionales y técnicos de la salud"

2.- Con el propósito de otorgar prioritaria ^{/relevancia} al problema familiar y poner término a la actual diversificación de esfuerzos en esta materia, el Gobierno envió al Congreso Nacional el proyecto de creación del Ministerio de la Familia, que está en trámite parlamentario.

3.- Recientemente se ha promulgado la Ley que establece la prórroga obligatoria del descanso y subsidio post-natal a las ~~12~~ ¹² semanas siguientes al parto, en lugar de las 6 semanas anteriormente vigentes. Esto es válido para todas las mujeres trabajadoras afiliadas a algún organismo del Sistema de Seguridad Social, independiente de su calidad de obrera o empleada del sector público o privado. El objetivo básico de la Ley es asegurar la máxima protección al niño menor de 3 meses y promover una adecuada lactancia materna.

4.- Se ha realizado un esfuerzo serio y es propósito continuarlo, para desarrollar y mantener una política de nivelación y protección de la asignación familiar, para llegar a una asignación familiar única independientemente del nivel de ingresos del trabajador económicamente activo.

5.- Es propósito del Gobierno, a través de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, dependiente del Ministerio de Educación, la creación de nuevas plazas para niños menores de 7 años de edad, lo que permitirá duplicar el número de plazas actuales en un año; además, se tratará de plazas de jornadas completa, con ración alimentaria completa y con cumplimiento de normas técnicas de educación parvularia en estrecha coordinación con el Servicio Nacional de Salud. Para ello se ha previsto un esfuerzo extraordinario en términos de locales, equipamiento y, sobre todo, de adiestramiento de personal auxiliar. Se impulsará también el incremento en las matrículas universitarias de educadoras de párvulos con nivel universitario. Para fines del quinquenio 1971 - 1976 se proyecta alcanzar la cifra de 180 mil plazas, dependientes de la Junta Nacional de Jardines Infantiles lo que significa un aumento de 500 % en relación a la existente hoy día. En la organización y manejo se contempla la activa participación de las comunidades locales en conjunto con los grupos técnicos de la Junta.

6.- En relación a la protección económica-social y laboral en materias ligadas a las condiciones de trabajo del joven y de la gestante, además de las medidas ya mencionadas, el Gobierno le ha dado y le dará prioridad al Programa Nacional de Alimentación Complementaria, que permite el aporte proteico adicional a un tercio del total de la población chilena.

7.- Así mismo, el Gobierno promoverá dentro del marco de sus propios recursos, las oportunidades de recreación, educación e incorporación laboral de las grandes mayorías nacionales. Considera fundamental la obtención de la igualdad jurídica de la mujer y del niño, ^{sin} discriminación de ninguna especie. La participación del pueblo organizado en las tareas de Salud materno infantil y bienestar familiar aparece como el elemento central y vitalizante de todo el proceso. El trabajo voluntario a través de brigadistas, responsables, líderes, voluntarias o delegadas, adquirirá cada día más importancia en el logro del derecho a la salud y será activamente fomentado.

8.- Finalmente, es preciso señalar que el Gobierno enviará al Parlamento un proyecto de Servicio Social Obligatorio de la Mujer, que está actualmente en consulta en las organizaciones populares femeninas. En dicho proyecto se señala que cada mujer chilena entre los 16 a 21 años deberá una vez por lo menos entregar su aporte de trabajo durante tres meses a los niños de Chile, sea en Consultorios de Salud, Salas Cunas y Jardines Infantiles.

B.- Política de protección médico-sanitaria integral de madres y niños.

La política de salud materno infantil de Chile comprende básicamente los siguientes aspectos :

- 1.- Prioridad relevante de la mujer y el niño en la política de salud, en el contexto del desarrollo global económico y social.
- 2.- Participación plena del pueblo organizado.
- 3.- Protección especial a la familia, la maternidad y la infancia.

- 4.- Aumento de la penetración de los servicios (cobertura)
- 5.- Aumento de la productividad de los recursos (eficiencia)
- 6.- Desarrollo adecuado y armónico de Maternidades, Salas Cunas, Jardines Infantiles y Centros de Atención de Salud Ambulatoria (atención externa o abierta.)
- 7.- Descentralización ejecutiva con centralización normativa.
- 8.- Perfeccionamiento del sistema de regionalización asistencial.
- 9.- Acentuación de la formación y capacitación de personal idóneo.
10. Fomento de la educación integral de la familia.

El objetivo estratégico del Gobierno de llegar rápidamente a la creación de un Servicio Único Nacional de Salud y su propósito de cumplir la política de salud materno infantil explícitamente formulada, hace factible proponerse para el decenio llegar a obtener la cobertura universal para los programas de salud de la madre y el niño.

Teniendo presente la necesidad de superar las barreras existentes que dificultan o impiden el pleno ejercicio del derecho a la salud materno infantil y consecuente con la política correspondiente, el Gobierno de Chile firmó en Junio de 1972 un Convenio con el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) cuyo objetivo básico es la extensión de los servicios de salud materno infantil y bienestar familiar y que tiene una vigencia de 4 años a partir del 1° de Enero de 1973 (Proyecto PESMIB). Participan como agencias ejecutivas del Sistema de Naciones Unidas : OPS/OMS, UNICEF, y Naciones Unidas (División de Población "CELADE"). El propósito general del Proyecto es el mejoramiento de las condiciones de Salud de la madre y el niño Chileno y promoción del bienestar de la familia especialmente en los grupos más vulnerables de la población.

Comprende componentes de asistencia técnica, habilitación y equipamiento de servicios, equipos para escuelas profesionales del campo de la salud, adiestramiento en el extranjero, adiestramiento en el país, investigación, educación integral de la familia y costos administrativos. Se trabajará en 25 de las 55 Areas de Salud del país, seleccionadas según indicadores de daño materno infantil y de impacto en la salud nacional. En el contexto de los lineamientos básicos de este proyecto se firmarán acuerdos bilaterales, según sea la conveniencia nacional.

En la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas efectuada en Octubre de 1972 en Chile, se tomó el compromiso de cumplir las siguientes Metas en el decenio 1971 - 1980, con propósito de cambios :

- 1.- Reducción en 50% de la tasa de mortalidad Infantil.
- 2.- Reducción en 60% de la tasa de mortalidad de los niños de 1 - 4 años.
- 3.- Reducción en 40% de la tasa de mortalidad materna,
- 4.- Cumplimiento de las siguientes metas de cobertura :
 - 4.1. Atención prenatal : 80 a 90 % de los gestantes.
 - 4.2. Atención profesional del parto : 90 %
 - 4.3. Atención post-natal (puerperio) : 80 %
 - 4.4. Atención del 30 al 35 % de las mujeres en edad fértil en acciones de Regulación de Fecundidad.
 - 4.5. Supervisión del Crecimiento y Desarrollo de la población Infantil :
 - Menor de un año : 90 %
 - Uno a cinco años : 80 - 90 %
- 5.- Cobertura del 100 % de todo caso de morbilidad.
- 6.- Metas de concentración de controles de Salud :
 - 6.1. Control Prenatal : 6
 - 6.2. Control Post - Parto : 2

6.3. Control Regulación Fecundidad : 4

6.4. Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño :

Menor de 1 año : 8

Un año : 4

Dos a cinco " : 2 por año.

6.- La estrategia que el Gobierno de Chile ha diseñado para cumplir las metas señaladas en los propósitos de cambios, de acuerdo a la política Materno Infantil, comprende entre otras, los siguientes aspectos básicos :

- 1.- Fortalecimiento de las Unidades Técnico - Administrativas con competencia específica en el campo de la Salud Materno Infantil.
- 2.- Estimación de los Programas como una secuencia continuada, en el que se involucren las diversas actividades de protección integral de la Salud Materno Infantil.
- 3.- Perfeccionamiento del sistema de regionalización asistencial.
- 4.- Implementación de recursos humanos, físicos y presupuestarios.
- 5.- Procedimientos de evaluación continua de los Programas.
- 6.- Asignación de una destacada prioridad a las actividades de capacitación en salud Materno Infantil y Bienestar Familiar.
- 7.- Fomento de las Investigaciones.
- 8.- Participación del pueblo organizado en las tareas de Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar.

I V - PROGRAMAS DE SALUD MATERNO INFANTIL .

La asistencia Materno Infantil se desarrolla dentro de los marcos establecidos en los Programas de Planificación de la Salud del niño de 0 a 14 años y de la Atención Integral de la Mujer.

Para 1974 comenzará a desarrollarse el Programa de Salud Mental. - Así mismo se ha solicitado la aplicación del Sub-Programa de Menores en Situación Irregular.

Dada la jerarquía de los daños de salud que afectan al niño en su primer año de vida y son causa importante de su muerte, desde el presente año están aplicandose los Sub-Programas de Control de las Enfermedades Respiratorias Agudas y el de las Diarreas Infantiles.

El estado Nutricional de la población infantil es también un problema de Salud de extraordinaria jerarquía, siendo la causa predisponente de muerte del niño menor de un año y del retraso ponderal de la población escolar. Es por ello que desde el presente año se está aplicando el Sub-Programa de Control de la Desnutrición del niño de 0 a 5 años de edad cuya función principal es la de prevenir el daño, conocer la magnitud del daño y aplicar las técnicas más adecuadas en relación a Salud, la atención de la Familia y la educación de la comunidad.

- 1.- El Programa Infantil y del Adolescente comprende actividades de Fomento , Protección y Recuperación de la Salud y que se resumen a continuación :
- 1.1.- Supervisión del Crecimiento y Desarrollo del niño.
 - 1.2.- Atención especializada del Recién Nacido durante su nacimiento en Maternidad y su control posterior en domicilio.
 - 1.3.- Entrega de leche en polvo.
 - 1.4.- Vacunación para la prevención de enfermedades como :
 - Tuberculosis
 - Poliomeilitis
 - Tos Ferina
 - Difteria
 - Tétanos
 - Sarampión
 - Viruela

Siguiendo las normas dadas por Epidemiología.

1.5.- Educación para la Salud en problemas específicos de la Salud del Niño.

1.6.- Reparación de la Salud, comprende las siguientes actividades :

1.6.1.- Atención de la Morbilidad

1.6.2.- Hospitalización

1.6.3.- Intervenciones Quirúrgicas.

Dentro de estas actividades de reparación de la Salud, se incluye todo lo relacionado con la rehabilitación infantil física, psíquica, sensorial, emocional, etc.

El Programa Infantil y del Adolescente no es un todo indivisible por lo cual tiene amplias conexiones con el Programa de la Mujer tanto en lo referente a la atención del Recién Nacido, como también en las medidas preventivas de la vida de la madre; el fomento de la lactancia materna; la protección del niño durante el nacimiento; cuidados de puericultura; etc.

También tiene gran importancia sus conexiones con el Programa Odontológico; Atención Médica, Desarrollo Socio Cultural; etc.

En la atención del Escolar y Adolescente el S.N.S. se coordina con el Ministerio de Educación Pública a través de las Comisiones Mixtas de Salud y Educación; Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, en lo que se trata todo lo relacionado con la atención de la Salud de la población escolar : Higiene de los Locales Escolares, capacitación de los maestros en Educación para la Salud; captación precoz de los daños de Salud del niño; primeros auxilios, distribución de leche en polvo para uso del niño en el hogar, capacitación de las manipuladoras a cargo de la preparación del desayuno y almuerzo escolar; etc.

En la prevención de los daños físicos como psíquicos del niño menor de 6 años de edad, se ha dado énfasis a la aplicación de la Ley 17.301 de Abril de 1970 que creó la Junta Nacional de Jardines Infantiles, que es una ampliación de la Ley de Salas Cunas vigente en Chile desde 1925, que obligaba a las Instituciones que empleaban mujeres al cuidado de sus niños menores de un año en Salas Cunas.

2.- Programa de Atención Integral de La Mujer.

Comprende actividades de fomento, protección y recuperación de la Salud durante el embarazo, parto y puerperio. Entrega de leche en polvo.

- Control del parto en Maternidad.
- Control del puerperio en Clínica y domicilio.
- Atención de la morbilidad del embarazo, parto y puerperio.
- Actividades de Regulación de Fecundidad.
- Control y Tratamiento de las enfermedades ginecológicas.
- Aplicación del Sub-Programa de Control del Cáncer Cérvico Uterino, que se efectúa desde el presente año a todas las mujeres del país.

3.- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Programa de Gobierno con recursos presupuestarios especiales se aplica a toda la población Materno Infantil del país: embarazadas y niños desde el primer año de vida hasta su ingreso a la enseñanza media.

3.1.- La cantidad mensual de Kg. de leche en polvo por beneficiario es la siguiente :

- 0 - 5 meses de edad - 3 Kg. mensuales.
- 6 a 23 meses de edad - 2 Kg. mensuales.
- 2 a 5 años de edad - 1½ Kg. mensuales.
- Embarazadas - 2 Kg. mensuales.

4.- Programa de Desarrollo Socio Cultural en Salud .

Su aplicación se está efectuando organizadamente desde 1971. Su objetivo es incorporar activamente a la comunidad en las actividades de Salud. Se ha promovido la creación de Consejos Locales y Paritarios a Nivel de los Establecimientos de Salud; se ha impulsado la formación de responsables y Brigadistas en Salud; fortalecimiento de la Unidad Familiar; Organización y Funcionamiento de Centros de Recreación de la

Juventud, tales como campos de atletismo, bibliotecas populares; Centros de musica; talleres artesanales, etc. En estas actividades se trabaja en conjunto con otras instituciones tales como : Centros de Madres, Juntas de Vecinos, Desarrollo Social, Indap, Cora, etc.

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-
- 10.-
- 11.-
- 12.-

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

- 1.- La Salud del Niño Chileno - Dra. Raquel Lopez - Curso de Administración para Jefes de Servicios de Pediatría - Junio 1970
- 2.- Informe de la Sección Menores en Situación Irregular sobre política que el Servicio Nacional de Salud debe aplicar en Materia de Protección de Menores. Sección Menores 1969.
- 3.- Circular N° 20.256 de Agosto de 1964 en relación a las Areas de Salud y su relación con la atención de Menores en Situación Irregular.
- 4.- Propositiones para una política de Protección y Rehabilitación de Menores en relación a las obligaciones correspondientes del Servicio Nacional de Salud - Sección Menores - 1972.
- 5.- Ley 16.618 - Consejo de Menores - Marzo 1967.
- 6.- Ley 16.520 que creó el Consejo de Menores - 1966.
- 7.- Normas para el Desarrollo de las actividades de los representantes de Menores del Servicio Nacional de Salud - Dr. Carlos Nazar - Septiembre 1962.
- 8.- Declaración de los Derechos del Niño para la Protección de la Infancia - Naciones Unidas - 1959 - Editado por FEDIM 1966.
- 9.- Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar - Propositiones de Cambios y Estrategias de Salud - Chile Octubre 1972. Dres. Patricio Hevia - Carlos Montoya y Dra. Lucia Lopez G. - Sr. Luis Marchant.
- 10.- Programa de Salud - Oficina de Planificación - S.N.S. 1972.
- 11.- Normas Básicas de Atención.
Programa de Salud Infantil - S.N.S. Sección Materno Infantil - 1970
- 12.- Información Básica Programa de la Mujer - Sección Materno Infantil - 1971.

- 13.- Información sobre la atención Obstétrica en Chile - Dra. Lucia Lopez y Col. Sección Materno Infantil - 1971.
- 14.- Información Básica Programa Infantil - Sección Materno Infantil - 1971.
- 15.- Biodemografía - Recursos y Actividades Seleccionadas de la Atención Infantil. Chile 1970 - Dra. Raquel Lopez L. y Enfermera Srta. Victoria Salinas - Abril 1972.
- 16.- Información Estadística Materno Infantil - Sección Materno Infantil - Octubre 1972.
- 17.- Estadísticas de Salud - Tomo I Recursos y Atenciones 1971 - Sub-Depto. Estadística - Enero 1973.
- 18.- Programa de Alimentación Suplementaria Chile-S.N.S. 1954 - 1968 - Dra. Raquel Lopez L. Informe Curso Educadores Sanitarios - Depto. Salud Pública Junio - 1969.
- 19.- Circular A.2.4.N° 32. Evaluación Nacional Alimentación Complementaria 1972. Sección Nutrición - S.N.S. - Abril 1973.
- 20.- Balance del Sector Salud - Año 1973, Boletín de Planificación Vol. 3 - Abril Mayo - 1973.
- 21.- Acuerdo para un Plan cuadripartito de Operaciones de un Programa de Extensión de Servicios de Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar Chile 1971-1976.
- 22.- Ley 17.301 que creó la corporación denominada Junta de Jardines Infantiles. Chile - Abril 1970.
- 23.- La Salud del Niño en Chile - Dra. Raquel Lopez L. - Seminario Femenino Latinoamericano - Santiago - Chile - Octubre 1972.

W.- SALUD MENTAL INFANTIL.

1.- Situación Actual.

1.1.- Descripción del problema.

El Sector Salud en cumplimiento de sus funciones habituales ha atendido mediante sus servicios especializados a aquellos menores con trastornos conductuales, neuropsiquiátricos, retardo mental, de aprendizaje escolar, psicósomáticos, etc.

Esta tarea ha tenido importantes limitaciones derivadas de:

- El Sector se ha fijado como objetivos prioritarios la disminución de la mortalidad infantil, de la morbilidad por enfermedades infecto-contagiosas, respiratorias y entéricas y de los índices de desnutrición. Es así, como el abordaje de los problemas de Salud Mental Infantil se han ido realizando recientemente en aquellas Areas donde los objetivos anteriores han empezado a cumplirse.
- No existe una información estadística - epidemiológica adecuada que entregue los elementos para poder precisar el daño de salud en este rubro y permita la elaboración de programas de prevención, recuperación y rehabilitación.
- La cobertura de atención especializada es escasa existiendo un alto porcentaje de población al margen de ella.
- Los recursos humanos especializados son muy pocos (30 psiquiatras infantiles hasta 1970) y distribuidos exclusivamente en las grandes ciudades.
- No han existido normas nosológicas, de capacitación, tratamiento y evaluación.
- Los programas locales realizados no han tenido la vinculación necesaria con las tareas habituales de Salud, por lo cual no ha sido posible aprovechar en su totalidad la infraestructura del Sector.
- No ha existido un trabajo serio y efectivo con los otros sectores que tienen en su rango de acción estos mismos problemas, especialmente con Educación y es así como no están precisados roles, funciones y técnicas que cada Institución debe desarrollar y cuál es el grado de colaboración necesaria.

1.2.- Patologías Prevalentes.

El concepto de patología en Salud Mental es poco preciso ya que su valoración no obedece exclusivamente al modelo médico sino que está también en función de la valoración social sobre una conducta determinada.

Los motivos más frecuentes por los cuales la población consulta en los Servicios de Psiquiatría Infantil son los que a continuación se consig-
nan:

1.2.1.- Alteraciones del Desarrollo.

- Trastorno del Aprendizaje Escolar 35 al 50% de las consultas.
- Para el Sector Salud está claro que éstas dificultades deben ser enfrentadas centralmente por Educación con la colaboración técnica de Salud en la realización de diagnósticos y tratamientos médicos, así como también en la capacitación de personal. En tres sectores de Santiago se ha iniciado un trabajo conjunto con auspiciosas expectativas.

1.2.1.1.- Disfunción Cerebral Mínima.

En sus diferentes denominaciones (DCM - DOCM - Síndrome Hiperquinético) aparece como uno de los cuadros más frecuentes de consulta, generalmente asociados a otros diagnósticos como Retardo del Lenguaje y Trastornos de Aprendizaje; se consigna aproximadamente el 25% al 30% de los pacientes que son atendidos en servicios especializados.

El alto porcentaje sería consecuencia del insuficiente control y atención del embarazo, parto y puerperio y de la morbilidad condicionante de Daño Orgánico Cerebral de la primera Infancia.

La disminución de su prevalencia estaría entonces relacionada primordialmente con el éxito de los programas Materno Infantiles.

1.2.1.2.- Retardo o Trastornos del Lenguaje.

- 10 - 13% de las consultas
- Generalmente asociados a Daño Cerebral Mínimo o Carencia de Estimulación (Deprivación cultural.)

1.2.1.3.- Enuresis.

- 10 a 12% de consultas.

1.2.2.- Síndromes Psiquiátricos Clínicos:

Incluyen: Variación Normal.

Reacción de Adaptación

Neurosis

Psicosis

- 25 a 30% de las consultas

- Predominan consultas de tipo angustiosas y fobias.

- Las psicosis no superan el 1% de las consultas.

- La gran mayoría de estas alteraciones conductuales pueden y deben ser abordadas a nivel de la escuela, la familia o el Equipo regular de Salud sin necesidad de atención especializada de Salud Mental, pero si con la capacitación adecuadas.

1.2.3.- Retardo Mental.

La prevalencia de retardo mental en los países desarrollados es de un 5%. En nuestro país los escasos estudios poblacionales realizados han demostrado tasas de hasta un 20% con predominio de leve - sub-normalidad y alteraciones limítrofes. Para la mayoría de los autores esta última característica es relacionada como Indicador Económico, estaría indicando que la gran ^{mayoría} de los sub-normales sería por factores socio-económicos y fundamentalmente por carencia de estimulación.

La disminución de la prevalencia del Retardo Mental estaría condicionada al mejoramiento de las condiciones socio-económicas y a los programas de estimulación precoz del lactante e infante menor a realizar en Salud y Junta Nacional de Jardines Infantiles.

El Retardo Mental se asigna aproximadamente al 20% de las consultas especializadas.

1.3.- Programas Actuales.

- Formación de Psiquiatras Infantiles a través de Becas de post-gradados.
- Contratación de Psicólogos de las nuevas promociones para cubrir las necesidades de diferentes Areas del país.
- Extensión de los Servicios de Psiquiatría Infantil a Areas que no contaban con ellos.
- Apoyo y Supervisión de los programas Locales actualmente en desarrollo.
- Elaboración de un Programa Nacional de Salud Mental a iniciar en 1974.

2.- Propósitos de Cambios.

2.1.- Disminuir la Morbilidad por ³Desórdenes Mentales de la Población Infantil

= Por carecer prácticamente de información Epidemiológica de las diferentes patologías de Salud Mental Infantil, es muy difícil elaborar a priori propositos de disminución de algunas de ellas aunque se conozca las técnicas y procedimientos para lograrlos. Será necesario partir de la hipótesis de trabajo, para orientar las acciones hacia aquellos puntos más importantes e ir realizando simultáneamente los estudios Epidemiológicos tendientes a posibilitar la evaluación.

2.2.- Aumentar la Cobertura.

- Se carece también de información adecuada sobre cobertura y/o sobre extrapoblaciones de realidades muy circunscritas. Se plantea ir aumentando progresivamente la cobertura hasta cubrir las necesidades de demanda espontánea a nivel nacional.

3.- Estrategia.

- Fomentar la investigación Epidemiológica
- Definición a nivel nacional de Normas Nosológicas, preventivas, terapéuticas y de evaluación de programa.

- Continuar con la formación acelerada de recursos humanos especializados y su posterior distribución en las Areas del país.
- Capacitación normada y en Servicios de la totalidad del Equipo de Salud Infantil como un procedimiento para aumentar la cobertura de atención a nivel Nacional.
- Perfeccionamiento de la Regionalización Docente-Asistencial para Asesorar y Supervisar desde aquellas Areas con más desarrollo del Programa e implementación Técnica a las menos dotadas.
- Implementación de recursos físicos y creación progresiva de nuevos Servicios de Psiquiatría Infantil en las Areas de Salud que no cuentan con ellos.
- Fortalecimiento de las Unidades Técnico-Administrativas designando a los Jefes de Programas de Salud Mental por Zonas y Areas.
- Establecer un adecuado sistema Estadístico.
- Integrar las Acciones de Salud Mental a las tareas Regulares del Sector para aprovechar plenamente la infraestructura que éste tiene.
- Trabajo en conjunto con Educación Párvularia, Básica y Media en la Investigación, definición de Normas Técnicas de Protección, Fomento y Recuperación en Salud Mental Infantil.
- Colaboración con el Sector Educativo en lo Referente a la Educación Especial y Rehabilitación de Niños, con trastornos de aprendizaje, Retardo Mental, Deficiencias Sensoriales y Trastorno Conductuales. Esta integración debe darse en todos los niveles mediante Programas comunes adecuados a las realidades locales.
- Colaboración con otras Instituciones que trabajen con el Niño.
- Participación del pueblo organizado en todas estas tareas como factor dinamizador del proceso.

BIBLIOGRAFÍA.-

- 1.- Estadísticas Servicio de Psiquiatría Infantil, Hospital Calvo Mackenna 196.
- 2.- Estadísticas Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Roberto del Río 1970.
- 3.- Salud Mental Infante Juvenil Nacional Servicio Nacional de Salud. 1971.-
- 4.- Roa, Armando y Cols. "Frecuencia de la Oligofrenia en una población urbana - marginal."
- 5.- Kardonsky V., Kovolsky G. Segura T. Prevalencia de alteración en el desarrollo intelectual de los escolares de 7 - 10 años del Area Norte de Santiago.
- 6.- Montenegro, Hernán. "El Retardo Mental Sociocultural y sus posibilidades de prevención a través del Jardín Infantil". Boletín de la Fundación de Jardines Infantiles y Guarderías Infantiles. Segundo Semestre 1971.
- 7.- Programa Salud Mental Infante Juvenil. Area Oriente. 1971
- 8.- Programa Salud Mental Infante Juvenil. Area Sur Oriente. 1973.-

VI ^{3o} MENORES EN SITUACION IRREGULAR.

En cuanto se refiere concretamente a la atención de los menores en situación irregular en el Servicio Nacional de Salud, cabe tener en consideración :

1o.- Que en el S.N.S, por disposición de su Ley Orgánica Nº 10.383 de 8 de Agosto de 1952, se encuentran los servicios regidos por el D.F.L. Nº 20/1412 que creara la Ex-Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia. Este texto legal integra las bases jurídicas del Servicio Nacional de Salud.

2o.- Que la Ley de Menores Nº 16.618 ha estatuido en su Art. 3o que el Consejo Nacional de Menores tendrá entre sus funciones la de "planificar la protección de los menores en situación irregular, salvo en lo referente a su salud física o psíquica, en la cual se estará a las normas que establezca el Ministerio de Salud Pública."

3o.- Que estas disposiciones parecieran entregar en este aspecto sólo obligaciones de carácter normativo al Ministerio de Salud, pero no obstante ello, debe considerarse que son los servicios dependientes de este Ministerio los que existen expresamente para atender los problemas de salud de la población nacional. Por lo tanto a su esfera de acción corresponde asumir la obligación que compete al Estado, respecto a todo problema de salud de los menores, y particularmente, de los que afectan a los menores que se encuentran además en una condición de regularidad social. (ya que en muchos casos puede tener su fundamental etiología en dichos trastornos de su salud).

La experiencia práctica, y algunas cifras estadísticas conocidas, que aunque parciales pueden estimarse representativas, están señalando que existen grandes contingentes de menores en estado de irregularidad social que padecen a la vez de trastornos o alteraciones que afectan a su salud física o psíquica, las que se erigen como causas centrales de su inadaptación. Estos menores salvo los que se remiten a los establecimientos de rehabilitación del S.N.S. que son muy insuficientes para la demanda cuantitativa, no tienen en la actualidad una atención especializada como la que necesitan, ofreciéndoseles tan sólo una inadecuada, inútil y ocasional atención a sus necesidades, creando así una alta reincidencia y una cuantiosa pérdida de esfuerzos y de recursos, además de incubar potencialmente los enfermos y los delincuentes adultos del mañana.

Los Servicios de protección de Menores, nacidos en virtud de la Ley Nº 4447 (primera ley de protección de menores) en el año 1928 como dependientes del Ministerio de Justicia, fueron transferidos en 1942 al Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, y en 1952, al crearse el Servicio Nacional de Salud, se integraron a esta repartición.

Estos servicios son depositarios de importantes responsabilidades legales, que en la actualidad se cumplen a través de doce Establecimientos Especializados y de acciones asistenciales y proteccionales dispensadas por el ejercicio del ítem Colòcación Familiar, Ayuda Intrafamiliar e Internación en Establecimientos.

Como consecuencia de las obligaciones heredadas de las estructuras que les precedieron; por un principio de inercia en el ritmo de la acción desplegada; y por la dificultad de crear y animar nuevas estructuras adecuadas, estos servicios, cuyo radio de acción está tácitamente definido en la Ley de Menores Nº 16.618, están atendiendo en la actualidad una gama heterogénea de menores, en que cabe la expresión sintomática de diferentes tipos de irregularidad, que exceden de su específica obligación y responsabilidad. Es así como la obligación fundamental de procurar asistencia, tratamiento y rehabilitación a los menores irregulares sociales afectados por trastornos físicos o psíquicos, no aparece en los hechos claramente diferenciada y especificada, ante la atención de tipo proteccional dispensada a menores en simple necesidad de protección social.

La participación que cabe a Salud ante la realidad nacional del menor en situación irregular, ha sido planteada, con propósitos definitorios de las responsabilidades legales y técnicas, por la Sección Menores en Situación Irregular del Servicio Nacional de Salud, en los objetivos de su programa. Estos objetivos han sido aprobados informalmente a nivel del Departamento Técnico.

OBJETIVOS

La meta propuesta en la escala de objetivos es la tasa de prevalencia de las irregularidades de orden social de los menores que presentan trastornos, deficiencias y alteraciones en la salud física y/o psíquica.

De acuerdo con el código empleado por el S.N.S. se formularon objetivos de impacto intermedio y objetivos operativos (genéricos y específicos) en los niveles de fomento de la salud; protección específica; diagnóstico y tratamiento precoz; limitación de la incapacidad, y finalmente rehabilitación.

Los objetivos de alcance genérico en estos niveles se consignaron en la siguiente forma :

- 1.- Contribuir a crear y mantener condiciones socio ambientales favorables al normal desarrollo del menor.
- 2.- Procurar evitar la desorganización del grupo familiar o sustituirlo en condiciones adecuadas cuando corresponda.
- 3.- Evitar todas aquellas situaciones que originen irregularidad social.

4.- Pesquisar la existencia de síntomas de irregularidad social de los menores, que fluyan de una etiología patológica operante en sus personas, diagnosticarla y prescribir los tratamientos adecuados.

5.- Tratamiento de carácter médico clínico-social, familiar y educativo, de los siguientes estratos de menores en situación irregular social:

- Los que padecen de trastornos psíquicos.
- Los que padecen de deficiencias o patologías motrices, sensoriales u orgánicas.

6.- Efectuar rehabilitación diferenciada y adecuada a las diversas alteraciones físicas y mentales que presenten los menores en situación irregular social, para lograr elevar los niveles de eficiencia a fin de incorporarlos como elementos positivos a la sociedad.

Para el logro de estos objetivos intermedios o "médicos", se contemplaron en los objetivos operativos metas proyectivas, parciales y específicas, como las siguientes:

I.- Normar acciones del Servicio; coordinación intra y extra sectorial; colaboración a acciones desarrolladas en la comunidad para resguardar la adaptación socio-familiar del menor y el desarrollo de su personalidad; información sobre consumo y tráfico de drogas entre los menores; denuncia de infracciones a las disposiciones de infracciones a las disposiciones legales sobre trabajo de menores, e información a los órganos correspondientes sobre prostitución y comercio sexual infantil-juvenil, cuando estos fenómenos sean pesquisados en nuestros Servicios; coordinación con otros programas del Servicio para procurar a los menores asistidos condiciones propicias de higiene personal, higiene ambiental, protección ante los riesgos ocupacionales y accidentes y alimentación y dietas adecuadas.

II.- Perfeccionamiento del pesquisaje de la observación, del diagnóstico, clasificación y distribución; creación de los centros de Observación y de nuevos Servicios necesarios; conversión y adaptación de los establecimientos y recursos del Servicio a las finalidades legales del S.N.S.; coordinación intra y extrasectorial para una distribución racional de los menores observados y con fines de colaboración funcional y de transferencia evolutiva de los menores a otras áreas de tratamiento; formación, capacitación y adiestramiento del personal en el manejo de menores; y diferenciación del tratamiento según los requerimientos de las diferentes alteraciones.

III.- Organización de Servicios de rehabilitación mental, física y social; coordinación intra y extra sectorial con miras a la rehabilitación profesional, e inserción a la comunidad, en forma eficiente, de los menores que finalizaron su rehabilitación.

La factibilidad de estos objetivos en el Plan 1973, así como el grado de prioridad que cada uno de ellos merece, fueron calificados en el estudio y formulación respectivos.

En lo extra-institucional y en lo inter-sectorial, y con ocasión de discutirse el Proyecto de Ley que crea el Ministerio de la Familia, el Servicio Nacional de Salud ha propiciado la instauración de una política de atención de los menores en situación irregular que, apoyada en un criterio científico, considere primordialmente :

- 1.- La multicausalidad de las diversas formas de irregularidad.
- 2.- La diversificación del tratamiento y rehabilitación que ellos requieren, proyectándolas directamente a las causas preponderantes, más que a los síntomas o efectos.
- 3.- La asistencia integral, adecuada y oportuna, dispensada en forma ininterrumpida y progresiva.
- 4.- El auténtico trabajo de equipo obtenido mediante la integración y concierto multiprofesionales, y la participación sectorial de los servicios que realizan el tratamiento.
- 5.- La efectiva conexión operacional de las acciones especializadas en una posición científica global ante el problema, no obstante su diversificación.
- 6.- El acceso democrático de los menores a los diversos niveles de posibilidades, de acuerdo con las capacidades desarrolladas.

PROPOSICIONES DE COORDINACION INTERSECTORIAL.

De acuerdo con lo que se ha planteado en el proyecto de Ley que crea el Ministerio de la Familia, y que se discute actualmente en uno de sus últimos trámites en el Congreso Nacional, el Consejo Nacional de Menores pasaría a integrar dicho Ministerio como Servicio Nacional de Menores, con facultades ejecutivas, no obstante conservar sus actuales facultades de servicio rector.

Nos parece que en estas condiciones, a la idea de un Servicio Unico por su estructura, es posible superponer la idea de un Servicio de Menores de características operacionales unitarias. Nuevos criterios funcionales y operativos vinculados al planeamiento, a la coordinación, a la programación y a la ejecución pueden crear una sólida articulación y un desplazamiento expedito aún cuando condicionado de todas las acciones especializadas y diversificadas, permitiendo obtener un CONTEXTO OPERACIONAL UNICO debidamente integrado.

Nos permitimos exponer algunas sugerencias esenciales al respecto, teniendo en vista las siguientes realidades:

- I.- Los planteamientos que contiene el Proyecto de Ley que crea el Ministerio de la Familia,
- II.- Algunos acuerdos surgidos en la Comisión Triministerial (Justicia, Educación, Salud) que por disposición del S. Gobierno se constituyó en Enero de 1972 a fin de concertar bases para una política nacional de atención de menores en situación irregular.
- III.- La definición de la política del Servicio Nacional de Salud al respecto, practicada también en Enero de 1972, y que el Ministerio de Salud hizo suya.
- IV.- Las disposiciones de la Ley de Menores, Nº 16.618.

1.- PRINCIPIOS GENERALES DE ORGANIZACION
DE UN SERVICIO INTEGRADO OPERACIONALMENTE.

- 1.1.- Diferenciación en el tratamiento y en las técnicas de rehabilitación, y deficiencia de áreas especializadas de acción para estos efectos.
- 1.2.- Concentración OPERATIVA mediante una sólida articulación de las acciones especializadas.
- 1.3.- Superintendencia ejercida por el Servicio Nacional de Menores.
- 1.4.- Tratamiento enfocado a las causas predominantes de las irregularidades, en los casos específicos.
- 1.5.- Asistencialidad integral.
- 1.6.- Transferencia evolutiva de los menores a áreas de tratamiento cada vez más regulares. Principio aprobado en la Comisión Triministerial, a proposición de la delegación del Ministerio de Educación.

2.- ESTRUCTURA DE CONEXION INTER-SERVICIOS

- 2.1.- Planificación, supervisión, coordinación, normación y administración y distribución de los recursos provenientes del financiamiento legal, conforme a las disposiciones de la ley 16.618. Estas facultades, a modo de superintendencia estatal, las ejercerá el Servicio Nacional de Menores como Servicio Rector y eje de la atención prestada a nivel nacional, sin desmedro de sus propias acciones ejecutivas.

- 2.2. SERVICIOS EJECUTIVOS en sus áreas de especialización. (específicamente para el tratamiento y la rehabilitación).
- 2.3 Características y finalidades de los Servicios Ejecutivos en conformidad a los problemas predominantes de los menores que deben atender.
 - 2.3.a. De carácter predominantemente socio-familiar (Ministerio de la Familia a través del Servicio Nacional de Menores).
 - 2.3.b. De carácter predominantemente educativo especial y asistencial (Ministerio de Educación a través de sus Servicios Especiales de Educación Asistencial).
 - 2.3.c. De carácter predominantemente médico psiquiátrico (Ministerio de Salud, a través de los Centros y recursos de rehabilitación de menores en situación irregular del Servicio Nacional de Salud, y de sus servicios de atención de enfermedades mentales y nerviosas, y de minusvalías físicas de niños y de adolescentes).
- 2.4. Participación científica, democrática y plurisectorial de todos estos servicios en la gestación de la política, planes programas y medidas de coordinación inter-servicios, mediante el funcionamiento de una COMISION TECNICA PERMANENTE a nivel del Servicio Nacional de Menores.

Esta Comisión la constituirán los consejeros representantes de los Ministerios en la Junta Directiva de ese Servicio, o técnicos de los Servicios encargados del tratamiento, asesorados por los especialistas de la Planta Directiva, Profesional y Técnica del mismo Servicio Nacional de Salud. Dispondrán estos consejeros para estos efectos de hasta 50% de sus jornadas de trabajo.

Las funciones y atribuciones de esta Comisión deberían normarse por un reglamento que apruebe la Junta Directiva del Servicio Nacional de Menores.

3.- CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS EJECUTIVOS (para el tratamiento y Rehabilitación)

- 3.1 SERVICIOS DE PROTECCION DE MENORES. Dependientes del Servicio Nacional de Menores, del Ministerio de la Familia:
 - 3.1.a Objetivo fundamental: Fomento y protección de las formas regulares de vida del niño y del adolescente en el seno de su familia o en ambiente familiar sustituto adecuado.

3.1.b. Problemática : Menores que requieren fundamentalmente atención de carácter socio-familiar, por hallarse en estados de irregularidad que predominantemente fluyen de una aleteración de su grupo familiar (Huérfanos, Abandonados; en peligro moral, de corrupción o de explotación, etc).

3.1.c. Recursos técnicos : Colocación familiar; Ayuda Intra-familiar; Adopción; Legitimación adoptiva; Centros de Defensa; Clubes Juveniles; Hogares Familiares y Colonias Hogares; Casas Inter-medio de insertación a la comunidad; Talleres protegidos, etc.

3.2. Servicios de Acción Educativa Especial y Asistencial.-

Dependiente de los Servicios Especializados de Educación Asistencial del Ministerio de Educación Pública.

3.2.a. Objetivo fundamental : Conducción y preservación normal del desarrollo del niño y del adolescente en su familia y en su comunidad y/o en ambiente sustituto adecuado, y su capacitación por la educación y el resguardo de la adaptación de él a su medio social.

3.2.b. Problemática : Menores en Situación de Irregularidad Social que requieren predominantemente una atención socio-psíquico pedagógica para su capacitación y adaptación social. (Menores con trastornos o problemas del aprendizaje; sordos y ciegos; inválidos y lisiados; deficientes mentales educables; menores con problemas reaccionales de la conducta, originados en errores, defectos o carencias en su formación educativa integral)

3.2.c. Recursos Técnicos: Escuelas Hogares; Escuelas Especiales de tipo experimental; Cursos diferenciales; Establecimientos de Rehabilitación para conductuales: sistema de tutela educativa y de libertad vigilada.

3.3. SERVICIOS DE ATENCION CURATIVA Y REHABILITACION DEL MENOR.

Dependientes de los Sub Departamentos de Recuperación y de Fomento de la Salud, del Servicio Nacional de Salud.

3.3.a. Objetivo fundamental : Tratamiento y Rehabilitación del menor afectado en su salud física y/o psíquica, y de los problemas de desadaptación social que los afecten y que se originen predominantemente en alguna patología de su contingente personal.

3.3.b. Problemática : Niños y Adolescentes deficientes motrices, sensoriales o irregulares psíquicos. (Afectados por problemas de deficiencia mental y oligofrenia profunda; alteraciones psicó-neuróticas y psicóticas; epilepsias; disfunciones y daños cerebrales; trastornos de la conducta de etiología patológica).

- 3.3.c. Recursos Técnicos : Servicios de atención abierta y cerrada para el tratamiento clínico de irregularidades físicas, motrices y sensoriales de los menores: Servicios de Psiquiatría Infantil, de enfermedades nerviosas y mentales de la niñez y adolescencia, de igual tipo de atención clínica; Centros de Rehabilitación para conductuales e irregulares sociales de origen psiquiátrico; Servicio de diagnóstico y observación de menores, para despistaje de estas patologías; y Centros de Observación, diagnóstico, tránsito y distribución de menores, de atención cerrada, para menores en situación irregular social. Casas de Menores, con las funciones y facultades señaladas en la Ley 16.618)

4.- BASES PARA UN CONCIERTO GLOBAL DE LAS ATENCIONES DIFERENCIALES

- 4.1. Implantación de un programa nacional al que se incorporen las instituciones existentes, debidamente diferenciadas en sus áreas de tratamiento, y las que puedan crearse en satisfacción de ese programa.

El programa deberá concertar los recursos y tratamientos en torno a las diversas formas de las irregularidades de menores, de modo que determine su óptimo y racional aprovechamiento y rendimiento.

- 4.2. Incorporación a este programa de las instituciones particulares reconocidas de acuerdo con la Ley 16.618 como colaboradoras del Servicio Nacional de Menores.

Establecimiento claro del concepto de la autoridad y obligatoriedad del Estado en la atención y superintendencia del problema como igualmente, de la responsabilidad paralela de la comunidad.

- 4.4. Concretización de este concepto en la dirección y coordinación superior por parte del Servicio Nacional de Menores, y en la cooperación de las entidades privadas. Esta cooperación debe ser debidamente estimulada, de acuerdo con el cumplimiento de las obligaciones que les correspondan en el programa nacional y en el logro de rendimientos útiles.

- 4.5. Apropiaa gerarquización, en el Servicio Nacional de Salud y en la Dirección General de Educación Primaria y Normal, de los programas que enfocan la problemática de menores en situación irregular y de educación asistencial respectivamente, correspondientes a esos Servicios. Elevación de la atención dispensada a dichos problemas en los servicios referidos, a un nivel que posibilite la necesaria articulación y ejercicio de las acciones que les competen en el programa nacional coordinado de protección y rehabilitación de menores. Los recursos que el Servicio Nacional de Menores asigna a los Servicios mencionados, deberán supeditarse al cumplimiento satisfactorio por estas instituciones de las obligaciones que contraigan en el programa.

- 4.6. **Descalificación** para los efectos de instaurar un tratamiento adecuado de las irregularidades, de las actuales clasificaciones de los menores en situación de irregularidad social, que los ordenan en dos grupos referidos a la sintomatología que los afecta, dividiéndolos en "Menores en necesidad de protección" y "menores en conflicto con la justicia". Creemos necesario perfilar claramente el concepto doctrinario acerca de la necesidad de protección en que se halla todo menor en situación irregular, cualquiera que sea la naturaleza o intensidad del problema que le afecte, concepto que la actual clasificación tiende a confundir. (El menor en conflicto con la Justicia, dada la gravedad de su situación social irregular, merece tanto o más protección que el que se enfrenta con conflicto, y así lo entiende la Ley al estatuir medidas proteccionales y no punitivas en su favor). Sustituir clasificaciones que resultan formales, porque se basan solo en la expresión sintomática, por otra que se base en las causas originarias predominantes de las irregularidades, y que por lo tanto, se dirijan directamente al fondo del problema. Para ello, proponemos en este esquema una clasificación fundada básicamente en los factores etiológicos de la persona del menor y que distinga entre :
- a) Menores actual o potencialmente capacitados para una convivencia social normal, en ambientes adecuados que favorezcan el desarrollo regular de sus facultades de adaptación, y
 - b) Menores con deficiencias físicas, sensoriales o psíquicas, o con carencias e insuficiencias educativas, que interfieren en adaptación social.

Para los efectos de su tratamiento, distinguimos en este último grupo entre los menores que según la naturaleza y grado de su trastorno requieran una atención básicamente educacional especializada, o una reeducación, y menores que necesitan una atención de carácter esencialmente médico-psiquiátrico clínico.

- 4.7. Penetración e integración funcional permanente entre servicio de diferentes áreas, para procurar en forma oportuna y eficaz la cooperación ante casos que requieren exigencias de tratamiento mixto o armonizado (Ej. menores con trastornos sensoriales; menores con minusvalías físicas, inválidos y lisiados; menores epilépticos, etc. necesitados de tratamiento tanto educativo como médico).
- 4.8. Conexión de todas las fases del diagnóstico y del tratamiento de los menores en situación irregular social, con los Juzgados de Menores, que son los organismos facultados para el resguardo jurídico de la vida de los menores, y que en los casos contemplados en la Ley, ejercen facultades decisivas y ejecutivas en la destinación de los menores hacia las instituciones adecuadas de tratamiento. Es conveniente señalar la necesidad de que siempre la determinación judicial pudiera apoyarse positivamente en la asesoría que deben prestarle de acuerdo a la Ley, los Consejos Técnicos de las Casas de Menores.
- 4.9. Desarrollo urgente de los métodos para un diagnóstico cuantificado del problema a escala nacional, en las manifestaciones relativas a las tres áreas diversificadas de tratamiento.
- 4.10. Ejercicio de acciones de carácter preventivo de las irregularidades sociales de los menores, dinamizadas fundamentalmente por el Servicio Nacional de Menores con la cooperación de las otras áreas

de tratamiento diversificado. En esta labor preventiva debe propenderse a una representación y cooperación auténtica de la comunidad, mediante la movilización de la juventud, clase trabajadora y fuerzas sociales activas, en torno a los problemas generadores de irregularidad en los menores. Sindicatos; Centros de Madres; Centros de Padres y Apoderados; Federación de Estudiantes; Juntas de Vecinos; Servicios Municipales, constituyen importantes bases operativas potencialmente investidas de grandes posibilidades en su colaboración.

4.11

Reestructuración, normalización y perfeccionamiento de todos los establecimientos, instituciones, servicios públicos y privados, dedicados específicamente a la protección y asistencia de menores, cuando sea necesario hacerlo, a fin de satisfacer el propósito de señirlos a la línea técnica: trazada por los planes y programas del Servicio Nacional de Menores.

4.12

Satisfacción de los urgentes requerimientos del personal de reeducación y rehabilitación especializado, para la atención directa, permanente y sistemática de los menores en las tres áreas de tratamiento, para la aplicación eficiente de las terapias indicadas, atendiendo a su suficiente incremento, estímulo, formación y capacitación profesional. La importancia de esta función, la magnitud y efectos sociales del problema, así como la necesidad de su enfoque técnico en todos los niveles, justifican a nuestro juicio la creación de una carrera universitaria que garantice una preparación adecuada, si es posible de característica polivalente y versátil.

4.13

Establecimiento, a través de la acción desplegada en las diversas áreas de tratamiento de las irregularidades de menores, de nexos entre la política de asistencia a la regularidad infanto-juvenil, con la política que orienten el desarrollo económico y el desarrollo educacional del país, atendida la interdependencia que entre ellas existe. Estos nexos deben conectarse especialmente en la orientación vocacional, en la capacitación profesional y en la formación de las capacidades laborales de los menores.

4.14

Revisión periódica y constante de las estructuras, disposiciones legales y sistemas y criterios con que se aborda el problema, no sólo por la labor específica de la Comisión Técnico Permanente asesora del Servicio Nacional de Menores, sino también mediante reuniones o asambleas de carácter técnico en que los diversos organismos y especialistas intercambien experiencias y apreciaciones que tiendan a procurar el ajuste más funcional de todos los esfuerzos y recursos a los requerimientos existentes o los que vayan surgiendo. (Seminarios, foros y jornadas de estudio de carácter oficial, organizados por el Servicio Nacional de Menores a diversos niveles y con participación plurisectorial).

- 4.15. Incorporación de los organismos estatales y privados de las provincias a la acción orientada desde la Junta Directiva y Vice-Presidencia Ejecutiva del Servicio Nacional de Menores, por la creación de entidades provinciales de ejecución en que puedan delegarse algunas facultades, y
- 4.16. Revisión de la nomenclatura y terminología técnica usada por los diversos organismos que atienden el problema para procurar sentidos unívocos y para uniformarlos en su uso, evitando así el desentendimiento o el entendimiento equívoco o errado. Con esta finalidad, parece conveniente proceder a una clara definición de los términos que se utilizan actualmente.

VII CONCLUSIONES.-

- 1.- El derecho del niño a la Salud, la Educación, la Alimentación y el Desarrollo Integral Normal está dignificativamente ligado a la estructura socio-económico de una población. Nuestro país partiendo del análisis de su realidad ha iniciado un profundo programa de transformaciones que entre otros objetivos se propone garantizar en forma plena el ejercicio de estos derechos a todos los menores.
- 2.- En la actualidad un porcentaje muy importante de menores se encuentra en situación de irregularidad social, física o psicológica. Para el Gobierno Popular este es un problema del conjunto del pueblo, sus organizaciones y su Gobierno. Debe ser abordado nacionalmente integrando las funciones de las diferentes instituciones en todos los niveles.
- 3.- El Sector Salud está realizando un esfuerzo importante en mejorar las condiciones de Salud Materno-Infantil, programas que secundariamente condicionan una disminución de la prevalencia de irregulares físicos y psíquicos.
- 4.- Se observan graves insuficiencias en la información epidemiológica, recursos humanos especializados, cobertura de atenciones y manejo de técnicas de rehabilitación adecuadas en lo referente a menores con déficits motores, sensoriales y trastornos conductuales. El Sector Salud ha implementado medidas tendientes a ir superando estas deficiencias al mismo tiempo que inicie en 1974 un Programa de Salud Mental a nivel nacional.
- 5.- Es también insatisfactorio el grado de coordinación y definición de roles y funciones de los diversos sectores que tienen responsabilidad específica para con el niño. Se hace necesario arbitrar medidas para cumplir este objetivo, muchas de las cuales están contempladas en el Proyecto de Ley que cree el Ministerio de la Familia actualmente en trámite parlamentario y que en el documento de Salud se resume y complementa.

VIII RECOMENDACIONES.

(Propuestas al Congreso Interamericano del Niño).

- 1.- Precisar concepto de menor irregular.
- 2.- Favorecer el Desarrollo de investigaciones epidemiológicas para detectar la prevalencia de los diferentes tipos de irregularidad y sus causas inmediatas.
- 3.- Estimular la formación de recursos humanos especializados tanto en Educación como en Salud.
- 4.- Estimular las iniciativas tendientes a capacitar personal no especializado para aumentar significativamente la cobertura de Servicios.
- 5.- Intercambiar información epidemiológica, de técnicas y de organización administrativa.



XIV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

5 AL 11 DE AGOSTO

SANTIAGO - CHILE

Auspician: Gobierno de Chile

Instituto Interamericano del Niño

CONSEJO NACIONAL DE MENORES
=====

El menor en Situación Irregular en un Distrito
del Gran Santiago. Medición de su frecuencia y
de la asociación con algunas variables, 1970

(Resumen del original)

DR. HERNAN MONTENEGRO

DR. GUILLERMO ADRIAZOLA

SRA. GLORIA JARAMILLO

SR. PATRICIO DE LA PUENTE L.

Investigación premiada por el Colegio Médico de
Chile como el mejor trabajo de Salud Pública 1972.-

I N T R O D U C C I O N

La necesidad de racionalizar la política asistencial al menor se tradujo en la dictación de la ley Nº 16.520, - que empezó a regir el 22 de Julio de 1966. Esta Ley creó el Consejo Nacional de Menores, como organismo rector y normativo en este campo de acción social.

Durante los dos primeros años de su creación, la acción del Consejo estuvo guiada por un criterio eminentemente práctico, acorde con la magnitud y urgencia del problema que debía resolver. Luego se vio que era indispensable planificar su acción y determinar una programación, no ya de emergencia. Una política - racional y coherente de prevención y de recuperación de la irregularidad del niño necesita conocer la magnitud de la prevalencia e incidencia del problema y si las instituciones chilenas están atendiendo un nivel satisfactorio de los casos existentes, tanto en su cuantía como en su naturaleza. Durante esa etapa se desconocía los alcances y las características de esta anómala condición del niño chileno. Apenas existía estimaciones burdas que suponían que uno de cada 8 menores de edad acusaría algún tipo de irregularidad. Sólo los registros de los Juzgados y Comisariías de Menores - aportaban algunos antecedentes al respecto.

Las autoridades del Consejo Nacional de Menores, después de un exhaustivo análisis de la información existente estimaron que esta era insuficiente para elaborar su plan de acción. Por este motivo, su Junta Directiva acogiendo la iniciativa del entonces Vicepresidente Ejecutivo, decidió encargar a un grupo de especialistas la elaboración de un proyecto de investigación.

El equipo profesional constituido para llevar a cabo esta investigación contó con: dos especialistas en Salud Pública con formación pediátrica; Dr. Guillermo Adriasola, Dra. - Adriana Campos quien solo participó en la mitad de la investigación, un psiquiatra infantil: Dr. Hernán Montenegro, un sociólogo; Sr. Patricio de la Puente y un psicólogo; S.ra. Gloria Jaramillo G.

Los trabajos se iniciaron en Marzo de 1969. - En reuniones bimensuales se elaboró un anteproyecto que contenía el planteamiento teórico del estudio, la metodología y el diseño de los instrumentos. Dicho anteproyecto previó la realización de dos etapas: La prevalencia y la incidencia de los menores en situación irregular. Se consideró que el estudio de la prevalencia fuera efectuado mediante una muestra representativa a nivel nacional, o al menos, en las grandes ciudades del país. Esta idea inicial se desestimó posteriormente por considerarse dimensiones reducidas, mas aún cuando que no se contaba con una metodología probada en otros estudios comparables. Por otra parte los recursos económicos eran insuficientes para un trabajo de cobertura nacional,

Definido el ámbito de la investigación se decidió que a partir del estudio sobre la prevalencia de los menores situación irregular de un área geográfica delimitada, se investigaría la naturaleza y dinámica de los factores causales, desencadenantes y predisponentes, de la irregularidad. Para ello se elaboró un conjunto de hipótesis tentativas de trabajo que postulaba diversas asociaciones entre los distintos tipos de irregularidad y algunas características relevantes del grupo familiar, tales como la estructura y dinámica intrafamiliar, antecedentes personales del menor, etc.

En el mismo marco geográfico en que se mediría la prevalencia, se pretendió cuantificar la incidencia con que se produce la irregularidad en un período de un año. Para este objetivo se intentaría lograr la participación de la comunidad en la pesquisa de los casos y su posible colaboración en programas de prevención y recuperación de la minoridad irregular. Esto incluyó la necesidad de motivar y adiestrar a los dirigentes vecinales para contar con su participación activa en la denuncia de los casos de irregularidad.

Las denuncias serían comprobadas para establecer si efectivamente correspondía a menores en situación irregular y determinar su tipo. Comprobado este hecho, se aplicaría el mismo método empleado en la prevalencia, con el objeto de conocer las variables supuestamente asociadas a la irregularidad.

Esta segunda etapa incluiría, además, el seguimiento de los menores irregulares detectados con el fin de analizar su evolución y el tipo de asistencia eventualmente recibida.

Otro aspecto que contemplaba el anteproyecto era el de efectuar un estudio en profundidad de los menores que presentaran conductas irregular y antisocial. Dicho estudio pretendía caracterizar biológica, psíquica y socialmente a los menores, medir la frecuencia de algunos trastornos en estas áreas y comprobar la confiabilidad de la información obtenida. Se proyectó determinar simultáneamente el número de menores que presentaran déficit en su desarrollo intelectual dentro de los casos detectados como "en situación irregular".

Durante los primeros meses de 1970 el equipo de trabajo finalizó el estudio del anteproyecto estableciendo las bases generales del proyecto definitivo.

Después de las proyecciones recursos de esta investigación, se excluyeron algunos objetivos preliminares. Tal fue el caso del estudio en profundidad de los recursos detectados en la prevalencia, del registro de los menores de la muestra con déficit en el desarrollo intelectual, del seguimiento de los casos de irregularidad y de la evaluación de su tratamiento.

Estos aspectos de por sí relevantes para la mejor comprensión de la irregularidad, no se incluyeron en los objetivos definitivos ya que significaba en los dos primeros temas ampliar el equipo multiprofesional para el estudio individual de los menores lo cual excedía los recursos disponibles. El seguimiento de los casos de irregularidad y el tipo de asistencia recibida no se llevó a cabo por estar condicionado al estudio en profundidad. Por lo demás habría prolongado extremadamente los plazos previstos para la ejecución de este estudio. Asimismo, se estimó preferible contar de partida con una visión general del problema toda vez que esta investigación constituye el primer intento sistemático de cuantificación de este fenómeno, dejando esos aspectos para ser analizados en una etapa posterior.

El presente estudio constituye un aporte inicial al conocimiento del problema de la minoridad irregular. Esperamos que su metodología y sus conclusiones despierten el interés de otros profesionales y que estudios posteriores precisen las dimensiones y características del fenómeno en el país. Asimismo, -- pretendemos que los resultados de esta investigación sean útiles en el diseño de futuras políticas de prevención y rehabilitación.

DEFINICION DE OBJETIVOS.-

El proyecto de investigación fue diseñado con el propósito de lograr los siguientes objetivos:

- 1.- Conocer la prevalencia de los menores en situación irregular -- en un sector poblacional de Santiago, fácilmente individualizable y en un plazo dado.-
- 2.- Establecer la naturaleza y dinámica de la irregularidad a través del estudio de las variables asociadas al problema.
- 3.- Aplicar y evaluar un diseño metodológico que pudiera ser utilizado en futuras investigaciones sobre la materia,-
- 4.- Determinar la medida en que un sistema de denuncias generado en la propia comunidad en estudio permite obtener informaciones -- sobre el problema.-
- 5.- Establecer en que medida fuentes de información extracomunitarias (Policía de Menores y Juzgado de Menores) que normalmente registran casos de menores en situación irregular, informan al respecto a casos procedentes del área en estudio.-
- 6.- Establecer la reacción de la comunidad a un estudio de esta naturaleza y valorar el grado de colaboración que la comunidad -- organizada eventualmente podría prestar a programas de prevención y rehabilitación de menores.-
- 7.- Definir el tipo de procedimiento metodológico mas adecuado en la pesquisa de los diferentes tipos de irregularidad.-

La irregularidad del menor, variable dependiente de este estudio, carece de una definición que haya sido acertada por una mayoría clara de expertos y autoridades de los diferentes países.

En este trabajo se entendió por menor en situación irregular a toda persona menor de 21 años, que se encuentra -- en situación de conflicto o dificultad de su adaptación social, debido a causas ambientales y/o personales, siempre que esta situación sea persistente, susceptible de agravarse y que no pueda ser corregida por el grupo familiar.

Luego de un exhaustivo análisis de la terminología actualmente en uso, se decidió adoptar para los propósitos -- de este trabajo la siguiente agrupación como la mas adecuada para identificar los tipos mas frecuentes de menores en situación irregular:

- Menores que presentan conductas anti-social.
- Menores que presentan conducta irregular.
- Y menores en necesidad de protección.

Se considera menor que presenta conducta anti-social a aquel que ha manifestado alguna conducta descrita en los tipos delictivos sancionados en las leyes penales, tales como: hurto, raptó, violación, prostitución atentados contra el orden público.

Se considera menor que presenta conducta irregular a aquél que ha manifestado conductas que, sin constituir -- actos delictuales, revelan dificultades en su adaptación social, -- tales como: el menor vago, el que abandona el hogar, la menor madre soltera, el menor expulsado o suspendido de la escuela.

Como menor en necesidad de protección se clasificó a los hijos de: enfermos crónicos, mendigos, vagos, delincuentes habituales y de prostitutas. Al menor sometido a maltrato, -- abandono, expuesto a corrupción, trabajo prematuro, en edad escolar no matriculado en la escuela, repitente o eliminado de la escuela por mal rendimiento, ciegos, sordomudos, paralíticos, mutilados que no reciben asistencia rehabilitadora.

Estos menores fueron considerados en necesidad de protección por el solo hecho de encontrarse en algunas de las situaciones antes mencionadas.

Se incluyó además, en esta categoría a aquellos menores que, se encontraban en situación de peligro material, social y/o emocional, entendiéndose como en peligro físico o material a aquel menor que procede de un medio familiar de nivel económico extremadamente adverso.

En peligro social a aquél que pertenece a un grupo familiar irregularmente constituido y que no recibe suficiente cuidado de sus progenitores.

Y en peligro psíquico o emocional a aquél que procede de un hogar en que existe un ambiente habitualmente negativo que no favorece un normal desarrollo de su personalidad.

INDICADORES

En el caso de los menores en peligro físico o material los indicadores que se consideran fueron:

- Que habitaran en "mejoras", "callampas", "ranchos".-
- Que en la vivienda durmieran mas de dos personas por cama.-
- Que su familia tuviera una renta per cápita inferior a ^{Es.} 150,00 mensuales y/o que el salario del jefe de familia fuera dilapidado en alcohol o diversiones.-

En relación a los menores en peligro social los indicadores seleccionados fueron:

- Que la madre del menor fuera conviviente, viuda, separada o madre soltera.-
- Que la madre o el menor compareciera al tribunal en búsqueda de protección para la familia, y
- El abandono temporal del menor derivado del trabajo de la madre, cuando este queda solo al cuidado de otro menor de 1^{er} años.-

En cuanto a los menores en peligro psíquico o emocional se contempló los siguientes indicadores:

- El grado de desaveniencias de los padres.-
- Las discusiones de otras personas adultas que viven en el hogar
- El alcoholismo habitual de los padres u otros adultos que viven en el hogar.--
- La conducta social negativa de los padres detectada a través de sus comparecencias a la policía o juzgado.-
- La imagen paterna negativa según opinión de la madre.-
- La separaciones transitorias entre el menor y su madre, especialmente aquellas motivadas por su desinterés o falta de responsabilidad.-
- La hospitalización de los padres o familiares del menor por trastornos psiquiátricos, y,
- El rechazo de la madre hacia el menor por problemas de conducta de éste.-

Al respecto nos parece necesario comentar algunos hechos. En primer término que estas tres categorías no son equiparables. La tercera por ejemplo se refiere a situaciones en que pueden haber muy diversos criterios para considerarlas o no -- irregularidades. Los indicadores elegidos por nosotros y la ponderación que se le asignó a cada uno de ellos en necesariamente relativa. Fue precisamente esta una de las dificultades metodológicas más importantes que debimos enfrentar. No obstante, creemos que el criterio general fue riguroso en el sentido de asignarle valor solo a situaciones bastantes extremas.

La conducta irregular y la conducta anti-social en cambio, como su nombre lo indica, son conductas manifestadas -- por el menor y por lo tanto hay mayor facilidad para definir las operativamente sin el subjetivismo que acompaña las situaciones de peligro material, social y emocional involucradas en la categoría necesidad de protección. Los casos de conducta anti-social por lo demás, figuran ya definidos en la legislación chilena.

Por otra parte, si nos remitimos a la clasificación más comunmente usada que divide a los menores en situación irregular en irregulares sociales, físicos y psíquicos, queda en evidencia que en el presente estudio no se incluyó el análisis sistémico de cada uno de los menores que presentan alteraciones -- psíquicas. La razón que tuvo para ello fue por una parte, que nos pareció imposible a través del instrumento utilizado en la encuesta a la dueña de casa, recoger información confiable acerca de la patología psiquiátrica de los niños tales como, trastornos de la personalidad, orgánicos cerebrales, psicosis, retardo mental u -- otras. Así entonces tendríamos que haber necesariamente diseñado un método de entrevista individual con el menor y con sus padres, lo que habría agregado una complejidad y sobretodo un costo a la -- investigación extraordinariamente alto. Para ello habría sido necesaria la participación de psiquiatras, neurólogos y psicólogos infantiles a objeto de realizar un estudio en profundidad que cada menor encuestado.

Por todas las consideraciones previas la clasificación de menores en situación irregular no pretendió de ningún modo ser exhaustiva, no podría llegar a serlo ni aún para Chile. -- Trató sí de no omitir las variables más relevantes y confiables a manejar.

HIPOTESIS

Una vez definidas las variables, se formularon 45 hipótesis que pueden englobarse en 5 áreas:

- 1.- Condición material de la vivienda y nivel de vida.
- 2.- Características de la estructura y dinámica familiar.
- 3.- Antecedentes de conducta social negativas y psiquiátricos de los padres y otros familiares del menor.
- 4.- Antecedentes mórbidos del menor que puedan haber afectado su sistema nervioso central.
- 5.- Antecedentes de otros factores que pueden afectar la adaptación del menor a la sociedad.

Las hipótesis postularon que la irregularidad del menor se asociaba positivamente:

AREA 1.-

- Precariedad de la vivienda.
- Inestabilidad e ilegalidad de la tenencia de la vivienda
- Hacinamiento de la vivienda.
- Bajo nivel de la categoría ocupacional de los padres.
- Cesantía reiterada del jefe del hogar.
- Bajo ingreso per cápita del grupo familiar.
- Bajo nivel de educación de los padres.
- Diferencia en el nivel educacional de los padres.
- Origen rural de los padres y del menor.

AREA 2.-

- Irregularidad del estado civil de la madre
- Condición de la persona que ejerce el rol de jefe de familia.
- Parentesco lejano del menor con el jefe del hogar.
- Reiteradas uniones de la madre (matrimonios o convivencias)
- Desaveniencias de la pareja actual.
- Separación de la pareja por desaveniencia.
- Separación de la pareja por motivos que no sean desaveniencias.

Antecedentes y factores que se señalan a continuación:

- Desarmonía en las relaciones de otras personas adultas que viven en el hogar.
- Infidelidad de la pareja actual y conocimiento de ésta por parte de los menores.
- Inadecuado cumplimiento del rol del padre.
- Inadecuado cumplimiento del rol de la madre.
- Maltrato físico del menor.
- Administración inadecuada de la disciplina.

- Trabajo de la madre y falta de cuidado adecuado del menor durante su trabajo.
- Mala salud física de la madre.
- Crianza del menor fuera del hogar.

AREA 3.-

- Problemas ocurridos durante el embarazo.
- Problemas ocurridos durante el parto.
- Problemas derivados de la incompatibilidad sanguínea al nacer.
- Desnutrición en el primer año de vida.
- Traumatismos encéfalo - craneano con pérdida del conocimiento.
- Ataques o crisis convulsivas con pérdida del conocimiento.

AREA 4.-

- Antecedentes psiquiátricos de los padres u otros familiares del menor.
- Alcoholismo actual del jefe del hogar. (pareja)
- Alcoholismo de la madre.
- Alcoholismo de otras personas adultas del hogar.
- Conducta anti-social del hombre (pareja)
- Conflicto con la justicia del grupo familiar.

AREA 5.-

- Trabajo prematuro del menor.
- Tipo de trabajo prematuro.
- Abandono de los estudios por trabajo prematuro.
- Problemas de escolaridad.
- Alteraciones físicas del menor.
- Rechazo del menor por la madre.
- Grado de apego del menor a sus padres.
- Grado de desapego del menor a sus padres.

DISEÑO MUESTRAL

Para alcanzar los objetivos de la investigación se estimó que el área geográfica debería cumplir con los siguientes requisitos:

- Ubicación en la ciudad de Santiago.
- Localización de un área que corresponda a una división civil del país.
- Que tuviera una población de alrededor de 100.000 habitantes.

-- Que existieran diversos estratos sociales en donde estuvieran representados los niveles medio, popular y marginal. El fundamento de esta decisión es que la casi totalidad de los menores en situación irregular que deben ser asistidos pertenecen a estos niveles.

Deliberadamente se excluyó sectores altos por cuanto en ellos se presentan situaciones de irregularidad diferentes y que generalmente se resuelven a nivel del grupo familiar.

- Que la población presentara cierto grado de permanencia en el lugar para así excluir la posible influencia agregada de diversos ambientes extra - familiares.

- Que existiera organizaciones comunales con el fin de obtener su colaboración en la pesquisa de casos de irregularidad.

Después de un riguroso análisis se decidió que el distrito N° 3 de la Comuna de Conchalí, La Palma o comunmente denominada "La Palmilla" cumplía con los requisitos exigidos.

Para la elaboración de la muestra se contrató los servicios del Centro de Estudios Estadísticos y Matemáticos (CEDEM) de la Facultad de Ciencias de la U. de Chile.

Como resultado de la aplicación del diseño muestral se obtuvo un listado de 1796 domicilios. De estos fueron encuestados 1070 registrándose en ellos 3.541 individuos menores de 21 años, que corresponde a un 54 % de la población de los menores encuestados.

La verificación de las hipótesis planteadas para el estudio de prevalencia requería la recolección de una información detallada de los hogares de la muestra.

Se decidió adoptar la técnica de la encuesta que permite recoger en forma práctica la información pertinente. Para ello se confeccionó una encuesta que constó de dos partes. La primera que incluyó 17 preguntas destinadas a identificar a todas las personas constituyentes del grupo familiar. En ésta se solicitó datos relativos a: sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, migración, escolaridad, categoría ocupacional, estabilidad laboral e ingresos.

La segunda parte contuvo 148 preguntas destinadas a registrar antecedentes en relación a: nivel socio-económico, dinámica y características familiares y antecedentes de los menores que viven en el hogar.

La encuesta se aplicó a la dueña de casa ya que generalmente ésta era la madre a la responsable principal de los menores residentes y, por lo tanto, quien mejor podría informar sobre ellos y los demás componentes del núcleo familiar.

Este formulario encuesta fue sometido a prueba mediante 50 entrevistas realizadas por el equipo de investigación, en domicilios excluidos de la muestra,

En esta etapa se comprobó un alto grado de aceptación del instituto ya que no se registró rechazos a contestar la encuesta y hubo una satisfactoria comprensión de las preguntas.

A través de este pro-test se estableció la conveniencia de modificar la secuencia de ciertos rubros, de reformular algunas preguntas y adecuar el diseño de la primera parte.

Una vez logradas estas modificaciones se aceptó el instrumento como definitivo.-

Con el fin de aplicar la encuesta señalada, se reclutó un grupo de alrededor de treinta encuestadores. En la inscripción se dio preferencia a quienes tuvieran experiencia previa en este tipo de trabajo y alguna formación básica que asegurara su eficiencia. En su mayor parte el grupo estuvo constituido por estudiantes universitarios o profesionales en: Servicio Social, Psicología, y Enfermería Sanitaria. Dichas personas fueron sometidas a un curso de entrenamiento previo, tanto teórico como práctico. El adiestramiento de los encuestados fue evaluado al término del curso a través de la aplicación correcta de diez encuestas.

A través del trabajo de campo se obtuvo un total de 1150 encuestados realizadas, de las cuales fueron codificadas 1.070.

No se obtuvo información en 586 domicilios. - Ello se debió a las razones que a continuación se detallan:

- 1) domicilios sin menores 15,1 %
- 2) rechazos 2.0 %
- 3) otras situaciones (no se ubicó domicilio, domicilio deshabitado, no se ubicó dueña de casa: 15, 8 %

El porcentaje de pérdida derivado de los casos de domicilios sin menores se ajusta a lo previsto ya que el diseño muestral no informaba sobre la existencia de menores en cada domicilio seleccionado.

El bajo porcentaje de rechazo indica obviamente un alto grado de aceptación por la población encuestada hacia éste estudio.

En base al instrumento preparado para la recolección de los datos se procedió a elaborar un plan de codificación tanto de la información relativa al menor, como la de su medio físico, social y cultural. Toda ésta información fue codificada y traspasada a tarjetas IBM, se efectuó diversos controles de cuadratura y finalmente se procedió a procesarla.

El análisis estadístico de las posibles relaciones entre variables en los cuadros de doble y triple entrada se hizo vía de test de chi-cuadrado.

Como medida de asociación se usó lambda asimétrico ya que en todos los cuadros se trataba de relacionar una variable dependiente con una independiente.

Los resultados de aceptación o rechazo de estas posibles relaciones se considera al aceptar o rechazar las diferentes hipótesis de las conclusiones de este estudio.

En una segunda etapa de esta investigación, que tendría un carácter mas explicativo, se efectuará un análisis multi variado de los factores asociados a la irregularidad.

Comentarios generales sobre la metodología empleada.-

La búsqueda de antecedentes bibliográficos para ésta investigación no proporcionó el apoyo conceptual y la orientación metodológica que necesitabamos y que debería existir para un problema de ésta importancia.

En Chile no se intentó antes medir la prevalencia o la incidencia e investigar la naturaleza y dinámica de la irregularidad del menor. El afán de estudiarlas en nuestro medio, determinó la formulación de los objetivos básicos de la investigación presente y la ausencia de precedentes determinó que incluyéramos como objetivos complementarios, el desarrollo y la puesta a prueba de una metodología dada y de la colaboración comunitaria.

Un aspecto de ésta investigación que nos parece necesario comentardice relación con el tamaño de la muestra utilizada. Podría pensarse que el tamaño muestral empleado para éste estudio fue excesivo: 3541 casos de menores de 21 años, sin embargo ello no es así, si consideramos que el objeto del estudio era conocer una situación de anormalidad o de conducta desviada como son las que presentan los menores irregulares. Si tomamos en cuenta las estimaciones preliminares que se habían estado usando en el país sobre la frecuencia de éste fenómeno, las que indicaban que alrededor del 13 % de los menores estarían en situación irregular, aparecían entonces aconsejable incluir un alto número de menores para que, del total de casos, se pudiera registrar un número suficiente de situaciones irregulares.

Si bien es difícil evaluar con precisión el grado de eficacia alcanzado por la metodología utilizada en la investigación, puede decirse que ella se mostró adecuada para la consecución de los fines propuestos.

En efecto, mediante la encuesta por muestreo se pesquisó la existencia de un 39,9 % de menores en situación irregular cifra que parece bastante significativa si las comparamos con las que generalmente son aceptadas por los especialistas.

Por otra parte, el instrumento diseñado permitió poner a prueba, de una manera eficaz, las hipótesis elaboradas. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta en el terreno comprobó la mayor parte de ellas.

Igualmente, las preguntas e ítems de la encuesta resultaron útiles ya que solo una pequeña proporción no fue aprovechada para su análisis.

En la pesquisa de los menores irregulares, la técnica de la encuesta, se reveló apropiada para detectar mas bien "situaciones" que "conductas".

Cabe hacer notar que la mayor parte de los menores en necesidad de protección fueron incluidos en ésta categoría en razón a la presencia de factores económicos denominados genéricamente como situaciones de peligro material, (lo cual correspondió a 1/3 de la muestra).

Es de suponer que en otros sectores de Santiago en que resida una población de mejor nivel de vida, la influencia de lo económico será menor; como también probablemente será la influencia de esta clase de irregularidad.

En lo referente a menores que presentan conducta irregular y, especialmente, en los con conducta antisocial sucedió lo contrario, La información recogida a través de la aplicación del instrumento no permitió establecer si realmente se registraron todos los casos de prevalencia. Sin embargo, la frecuencia de los casos obtenidos mediante denuncias fueron en líneas generales consistentes con los del estudio de prevalencia.

HALLAZGOS Y COMENTARIOS (Síntesis de los resultados más relevantes)

CUADRO 23.- Distribución porcentual de los menores según regularidad. Distrito La Palma. 1970

Situación regular	59,59 %
En necesidad de protección	33,43
Conducta irregular	2,94
En necesidad de protección y conducta irregular	3,36
Necesidad de protección y conducta antisocial	0,14
No clasificables	0,48
<hr/>	
TOTAL	99,97 %
(N)	(3.541)

1.- Condición material de la vivienda y nivel de vida

Seleccionamos 3 indicadores de lo precario o no precario de la vivienda: tipo, tenencia y hacinamiento. Los 3 mostraron asociación significativa con la condición de irregularidad del menor. Pero la diferencia más importante la denunció el indicador hacinamiento medido en términos de personas por cama.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MENORES SEGUN REGULARIDAD Y NIVEL DE HACINAMIENTO.

PERSONAS	NECESID. PROTECC.	CONDUCTA IRREGULAR	TOTAL IRREG.	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Hasta 2	55,0	66,0	56,4	90,1	76,7
2,1 - 3	38,4	21,9	36,2	9,3	20,0
Más de 3	66,6	12,1	7,4	0,6	3,3
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(1173)	(223)	(1396)	(2109)	(3505)

Parece ser que la condición de la vivienda - que se asocia más a la irregularidad del menor es social. La vivienda como variable económica sería menos importante.

Los indicadores del nivel de vida que apuntan más a lo económico: tipo de ocupación y cesantía, mostraron asociación menos marcada con la irregularidad del menor. Pero el indicador renta per cápita mostró una fuerte asociación.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MENORES SEGUN REGULARIDAD E INGRESO PER CAPITA.

	NECES. PROTEC.	CONDUCTA IRREGUL.	TOTAL IRREGULAR	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Hasta 75	20,5	11,7	19,1	2,3	8,9
76 - 125	36,0	28,6	34,9	19,5	25,7
126 - 200	26,5	26,7	26,5	32,4	30,0
201 - 300	7,6	17,5	9,1	25,2	18,8
301 - y más	9,4	15,5	10,4	20,6	16,6
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(896)	(206)	(1302)	(1990)	(3292)

La escolaridad de los padres especialmente del hombre se asocia significativamente a la irregularidad pero en menor grado que los indicadores anteriores, la diferente escolaridad de los padres y el origen rural de los padres y de los menores, no presenta asociación significativa. Pareciera importante la normalidad de los padres dentro del sector urbano.

2.- Características de la estructura y dinámica familiar

Seleccionamos 22 indicadores. Las asociaciones más importantes con la irregularidad se encuentran en los indicadores que se refieren a la existencia y calidad de las relaciones padre-madre-adultos y menores.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MENORES SEGUN REGULARIDAD Y ESTADO CIVIL DE LA MADRE.

	NECES. PROTEC.	CONDUCTA IRREGULAR	TOTAL IRREGULAR	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Casada	74,1	76,2	75,8	89,3	83,9
Conviviente	14,0	13,2	13,1	3,5	7,4
Viuda	3,2	7,4	3,8	3,7	3,8
Separada	6,2	2,6	5,2	2,0	3,2
Madre soltera	2,5	2,6	2,2	1,5	1,7
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(1185)	(233)	(1408)	(2108)	(3516)

177

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MENORES SEGUN REGULARIDAD Y GRADO DE AVENIENCIA DE LA PAREJA ACTUAL.

	NECESI. PROTEC.	CONDUCTA IRREGULAR	TOTAL IRREGULAR	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Buena	56,0	59,6	56,6	90,6	76,9
Regular	34,1	33,3	33,9	9,6	19,1
Mala	9,9	7,1	9,5	0,4	4,0
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(1060)	(198)	(1258)	(1964)	(3222)

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MENORES SEGUN REGULARIDAD Y FRECUENCIA DE LAS DISCUSIONES DE LA PAREJA.

	NECES. PROTEC.	CONDUCTA IRREGULAR	TOTAL IRREGULAR	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Frecuente mente	43,3	38,3	42,5	13,4	24,8
A veces	36,9	45,2	38,0	47,2	43,8
Nunca	19,8	16,5	19,5	39,4	31,4
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	1,000
(N)	(1063)	(201)	(1264)	(1961)	(3225)

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MENORES SEGUN REGULARIDAD Y DESARMONIA ENTRE ADULTOS

	NECES. PROTEC.	CONDUCTA IRREGULAR	TOTAL IRREGULAR	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Sí	20,4	31,6	21,6	5,8	11,8
No	79,6	68,4	78,4	94,2	88,2
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(1135)	(139)	(1274)	(2062)	(3336)

El análisis de tales series estadísticas sugiere que importa más la dinámica y las relaciones interpersonales que la estructura familiar.

La infidelidad del hombre muestra asociación con la irregularidad mayor que la del rol de padre, del cual es componente. Aquella asociación es más marcada cuando se refiere a la conducta irregular o antisocial.

El conocimiento por los menores de la infidelidad del padre se asocia menos claramente a la irregularidad que la infidelidad misma.

El cumplimiento de los roles del padre y de la madre se asocian fuertemente a la regularidad, según los diversos indicadores aplicados.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MENORES SEGUN REGULARIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL ROL DE MADRE.-

	NECES. PROTEC.	CONDUCTA IRREGULAR	TOTAL IRREGULAR	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Bien	73,0	70,7	72,0	84,2	79,0
Regular	27,1	27,9	27,1	15,4	20,2
Mal	0,9	1,4	1,0	0,2	0,5
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(1172)	(219)	(1391)	(2079)	(3470)

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MENORES SEGUN REGULARIDAD Y LA PERSONA QUE CUIDA LA MENOR DURANTE EL TRABAJO DE LA MADRE.-

	NECES. PROTEC.	CONDUCTA IRREGULAR	TOTAL IRREGULAR	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Familiar adulto	52,3	60,5	53,7	88,1	69,5
Persona menor de 15 años	17,1	10,7	16,2	7,3	22,3
Nadie	30,6	28,8	30,1	4,3	8,2
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(222)	(37)	(259)	(217)	(476)

La falta de una persona o la condición de la persona que cuida al menor cuando la madre trabaja fuera del hogar, se asocian también a la irregularidad especialmente del menor con conducta irregular o antisocial, en forma significativa y más marcadamente que el hecho que la madre trabaje y el tiempo de ausencia del hogar.

De los 65 casos de niños que son "maltratados físicamente", 62 eran irregulares.

La concentración mayor de menores con conducta irregular entre hijos de madres viudas y convivientes es importante.

El descuido del menor por enfermedad de la madre no muestra casi relación con la irregularidad.

3.- Antecedentes de conducta social negativa y psiquiátrica de los padres u otros familiares del menor.

La Distribución de familiares con hospitalización psiquiátrica muestra diferencias entre los 200 menores regulares e irregulares; especialmente cuando se trata de los padres y cuando se refiere a los menores con conducta antisocial o irregular.

El alcoholismo del jefe del hogar muestra la asociación más intensa de esta investigación.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MENORES SEGUN REGULARIDAD Y PROBLEMAS CREADOS POR ALCOHOLISMO DEL JEFE DEL HOGAR.-

	NECES. PROTEC.	CONDUCTA IRREGULAR	TOTAL IRREGULAR	TOTAL REGULAR	TOTAL GENERAL
	%	%	%	%	%
Crea problemas	57,9	52,8	55,8	13,1	38,5
No crea problemas	42,1	47,2	44,2	86,9	61,5
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(661)	(109)	(770)	(582)	(1352)

El maltrato físico del menor asociado al alcoholismo sería más significativa en relación con la irregularidad, que las consecuencias económicas.

La detención policial de los padres encuentra una importante asociación con la irregularidad; pero casi el 60 % de las detenciones son por ebriedad.

También es importante la asociación de irregularidad con la comparecencia de la mujer al Juzgado y generalmente por causa del jefe del hogar.

4.- Antecedentes de otros factores que pueden afectar la adaptación del menor a la sociedad o que puede haber afectado su sistema nervioso central.

Los indicadores seleccionados no mostraron asociaciones importantes con la irregularidad. Destacaron, el rendimiento escolar y las relaciones afectivas del menor con sus padres.

La conducta irregular o antisocial se concentra en menores con posibles TBC y con antecedentes de "abandono", desnutrición, trabajo prematuro.

Análisis de las denuncias de menores en situación irregular 1970 por la comunidad.

Se obtuvo un total de 650 casos de conducta irregular o antisocial en los que la conducta irregular duplica la antisocial.

La comunidad y la escuela denunciaron el 20 % de los casos. El resto lo registraron comisarías y el tribunal. La Comisaría y el tribunal de menores registraron más del 50 % de los casos. Solamente una parte de las Escuelas del Distrito denunciaron casos.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA IRREGULARIDAD SEGUN FUENTE DE INFORMACION.-

	COMUNIDAD	ESCUELAS	5a.COMISARIA.	2a.COMIS. MUJERES	16a.COMIS. MENORES	TRIBUNAL	TOTAL
Necesidad de protección	66,7	53,5	9,8	44,4	28,0	8,1	32,7
Conducta irregular	27,4	33,9	65,8	50,0	47,7	55,0	45,0
Conducta antisocial	5,9	12,6	24,4	5,6	24,3	37,9	22,3
Suma	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(84)	(127)	(41)	(36)	(214)	(146)	(650)

La actitud de la comunidad resultó paradójal. Sus dirigentes se interesaron en debatir el problema pero el rendimiento de los denuncios fue bajo pese a sus repetidas referencias a pandillas de delincuentes.

En resumen, las variables independientes que mostraron una mayor asociación con la irregularidad y/o, cuyos indicadores serían más eficientes fueron:

- Condición de la vivienda
- Renta per cápita
- Desarmonía de las relaciones interpersonales familiares.
- Alcoholismo del jefe del hogar
- Conflictos de los padres con la policía y la justicia
- Mal rendimiento escolar de los menores
- Problemas afectivas en los menores con sus padres
- Trabajo prematuro del menor.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION

1.- La prevalencia de menores en situación irregular en el sector poblacional estudiado fue de un 39 %.

Estos resultados se refieren a una población que no representa la del país en general, ya que excluye las capas sociales media alta y superior.

La categoría de menores en situación irregular que alcanzó una más alta proporción, 33,43 %, fue la de necesidad de protección.

El 6,47 % de menores de conducta antisocial y de -- conducta irregular encontrado, representa sólo alrededor de un -- sexto del total. Sin embargo, es relevante tomando en consideración las limitaciones que se enfrentaron para detectarlos.

2.- Si bien es cierto que el diseño metodológico utilizado permitió un logro muy alto de los objetivos del estudio de la prevalencia, parece conveniente precisar sus alcances para futuras investigaciones sobre la minoridad irregular.

3.- En la pesquisa de los menores irregulares, la técnica de la encuesta se reveló apropiada para detectar más bien "situaciones" que -- "conductas". En tal sentido, dejó subsistente la duda sobre si la alta proporción de menores en necesidad de protección encontrada obedeció a una sobre numeración derivada de los criterios adoptados para la selección de los indicadores. Posiblemente estudios -- posteriores que se emprendan en base a los datos proporcionados -- por la presente investigación podrán redefinir este concepto y -- analizar con mayor rigor estas situaciones.

4.- Cabe hacer notar que la mayor parte de los menores en necesidad -- de protección -- que correspondió a 1/3 de la muestra fueron incluidos en esta categoría en razón a la presencia de factores económicos denominados genéricamente como situaciones de peligro material. Es de suponer que en otros sectores de Santiago en que reside una población de mayor nivel de vida, la influencia de lo económico -- será menor; como también probablemente será la incidencia de esta clase de irregularidad.

5.- En lo referente a menores que presena . conducta irregular y, espe- cialmente, en los con conducta antisocial sucedió lo contrario. -- Existe la sospecha que la modalidad con que fue obtenida la información esto es, preguntando a la dueña de casa quién comúnmente co rrespondía a la madre de los menores se produjeron ocultamiento o inhibiciones en revelar conductas delictuales de los menores y de sus padres. Asimismo otras situaciones del menor tales como: Traba jo prematuro, mendicidad y prostitución. La información recogida -- a través de la aplicación del instrumento no permitio establecer si realmente se registraron todos los casos de prevalencia.

6.- Los indicadores relativos a la condición material de la vivienda -- mostraron estar asociados con la minoridad irregular en especial -- los que se referían al nivel de hacinamiento y tipo de vivienda en que residían los menores.

- 7.- De los factores considerados en este estudio sobre nivel de vida de las familias encuestadas el ingreso per cápita resultó el más significativo.
- 8.- En relación al área sobre estructura y dinámica familiar se encontró que los indicadores relacionados con la dinámica del grupo familiar fueron más significativos que los de la estructura misma. Es así como: la aveniencia de la pareja, el estado de abandono del menor derivado del trabajo de la madre, la frecuencia de las discusiones, el cumplimiento de roles de padre y de madre, la separación de la pareja por desaveniencias, la desarmonía entre los adultos -- del hogar y la infidelidad de la pareja inciden considerablemente en la irregularidad de los menores.
- 9.- Respecto de la estructura familiar se comprobó que del estado civil del jefe de familia (soltero, conviviente, separado, viudo), de la madre y el reiterado número de uniones de ella se asocia a la irregularidad.
- 10.- Los indicadores sobre disciplina se asociaron en forma más débil, - salvo en el caso del acuerdo entre las personas que disciplinan a los menores, que alcanzó una asociación significativa.

Los resultados obtenidos en esta área estuvieron aún más claramente asociados respecto de los menores de conducta irregular.

- 11.- Se puede decir entonces que en términos generales los indicadores relacionados con factores de estabilidad, seguridad, y relaciones armoniosas entre los componentes del hogar fueron los que obtuvieron una mayor relevancia.
- 12.- Los antecedentes sobre conducta social negativa de los padres resultaron también asociados con la irregularidad se verificó la importancia de los problemas derivados del alcoholismo del jefe del hogar, como también los conflictos y detenciones de este por la policía.
- 13.- El bajo número de menores con antecedentes mórbidos detectados en esta investigación impidió establecer fehacientemente el grado de relación de estos indicadores con la irregularidad. Sin embargo es posible señalar que constató la presencia de desnutrición y antecedentes de traumatismos encéfalo-craneanos en los casos de menores irregulares.
- 14.- En cuanto a otros factores relacionados con el desarrollo del menor cabe destacar la importancia de los problemas de escolaridad (bajo rendimiento y repitencias), la mala conducta en el colegio (expulsiones) y en especial el trabajo prematuro del menor.
- 15.- Los indicadores relativos a las relaciones afectivas del menor con sus padres, mostraron asociación positiva con la irregularidad en los casos de: rechazo de la madre y desapego del menor hacia sus padres.
- 16.- Es conveniente señalar que una visión de conjunto de las variables asociadas a la irregularidad, revela que los indicadores sobre dinámica familiar fueron proporcionalmente mas importantes que los de las otras áreas estudiadas.

17.- Mediante la denuncia de menores en situación irregular se obtuvo un total de 638 casos que se distribuyeron en la siguiente forma: menores de conducta irregular 46 %, menores en necesidad de protección 32 %, y menores de conducta antisocial 23 %.

Las diversas fuentes de denuncia mostraban resultados disímiles en cuanto a tipo de irregularidad.

La comunidad y las escuelas denunciaron mayor proporción de casos en necesidad de protección.

Las comisarias y el tribunal proporcionaron mayor porcentaje de menores de conducta irregular.

18.- Aparece como condición mas frecuente en la necesidad de protección: el menor que trabaja, el menor abandonado, y el menor "abandonado" por trabajo de la madre.

19.- En el rubro menores con conducta irregular se presentarán con mayor frecuencia: vagancia, abandono del hogar y "mala conducta".

20.- En los casos de conducta antisocial obtuvo una gran frecuencia -- el robo, le siguen: hurto y lesiones leves y medianas.

21.- En general puede decirse que a través del estudio de la prevalencia y de las denuncias emanadas de la comunidad y de escuelas -- se obtiene un mayor número de casos de menores en necesidad de -- protección.

22.- Al parecer en futuras investigaciones se debería utilizar otras modalidades para detectar conducta irregular y antisocial.

DIRECCION GENERAL DE MENORES
DEPARTAMENTO DE INSPECCION MEDICA
CORDOBA

AÑO 1973

ESCABIOSIS
Un problema sanitario

Dres: Manuel Augusto Sosa (1)- Amelia Gianbartolomei(2)-

Es indudable que a veces no contamos con suficientes elementos de juicio, para tener una clara idea de nuestra realidad en materia de salud pública, lo que nos preocupa por estimular ciertos estudios estadísticos que nos permitan apreciar en su justa medida la incidencia de una determinada patología - y cuyas raíces permanecen desconocidas por falta de una adecuada educación y en consecuencia la perspectiva de tomar medidas encaminadas a corregir lo que en apariencia puede significar para el profano una ecuación intrascendente respecto de los parámetros de la medicina preventiva.-

En este sentido, la Escabiosis, no por conocida, - mantiene su vigencia en términos alarmantes en estos últimos años y que a través de la observación en nuestra Institución ; no podemos ser meros expectantes, sino proyectamos nuestra casuística al consenso de la opinión sobre la prevalencia de una afección parasitaria con expresión dermatológica y que si bien en general encierra riesgos sub-normales, adquiere dimensiones -

de valor sanitario por sus orígenes en falencias sociales y psicológicas.-

-
- (1) Inspector médico- Sarmiento 1886 -Córdoba -
 - (2) Médica de la Dirección Gral. de Menores

Ocupándose de este problema, F. Daniel, advierte con preocupación en 1970 que del 10 al 15 % de las personas que consultan en "consultation Porte" del hospital Saint-Louis son portadores de una escabiosis y que si bien esta parasitosis cutánea tiene habitualmente su mayor incidencia en la niñez, es evidente que su número ha aumentado en frecuencia entre ciertas clases de jóvenes donde la promiscuidad sexual y el uso de largas cabelleras y profusas barbas, constituyen factores adicionales para su discriminación.-

Confirman esta manera de pensar las observaciones de Vago y del Boca en villas miserias del gran Buenos Aires, donde la Escabiosis adquiere los caracteres de una verdadera endemia, lo suficientemente groseras como para ubicar esta entidad dentro de sus precisos límites caracterológicos.-

Hate esta contingencia hemos creído oportuno enfatizar el tema como un problema de consecuencias psicosociales y sanitarias, / pues el carácter universal de la afección nos permite inferir que sus causas no son totalmente claras, ante el incremento que se observa en otros estratos sociales que las meramente clases humildes.-

En efecto, nuestra Institución como receptora de grupos humanos heterogeneos, cuyas edades oscilan entre 0 y 18 años, que concurren en calidad de internos o medios pupilos en Guarderías, por causas de precariedad económica, abandono social, delincuencia juvenil y prostitución nos confiere la oportunidad de observar al mejor como un eslabón de determinados núcleos de población, donde la patología polifacética exige contar con información exacta para juzgar valor y alcance de la incidencia de las enfermedades como el caso que nos ocupa.-

De ahí surge el interés de proyectar los guarismos de nuestros casos que se consignan en los gráficos adjuntos (Nº1- Nº 2) en forma absoluta y porcentual y tomando como patrón, una población habitual de 3000 menores, nos advierte que al año 1969, su incidencia del 1,6 %, sufre, en el año 1972 una elevación de la tasa de morbilidad, del 9,3%, que permiten ratificar las características de excepción de esta particular afección, que coinciden con el inusitado incremento que observamos en nuestra práctica profesional fuera de la Institución.-

GRAFICO Nº 1

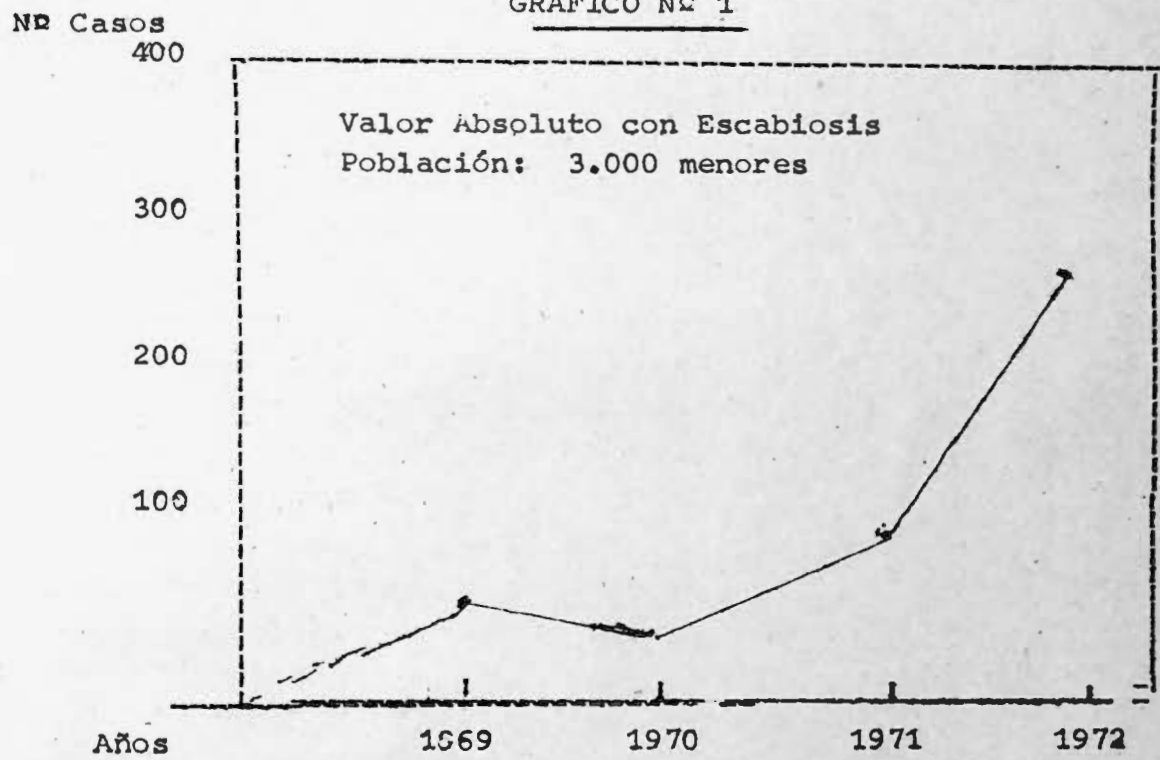
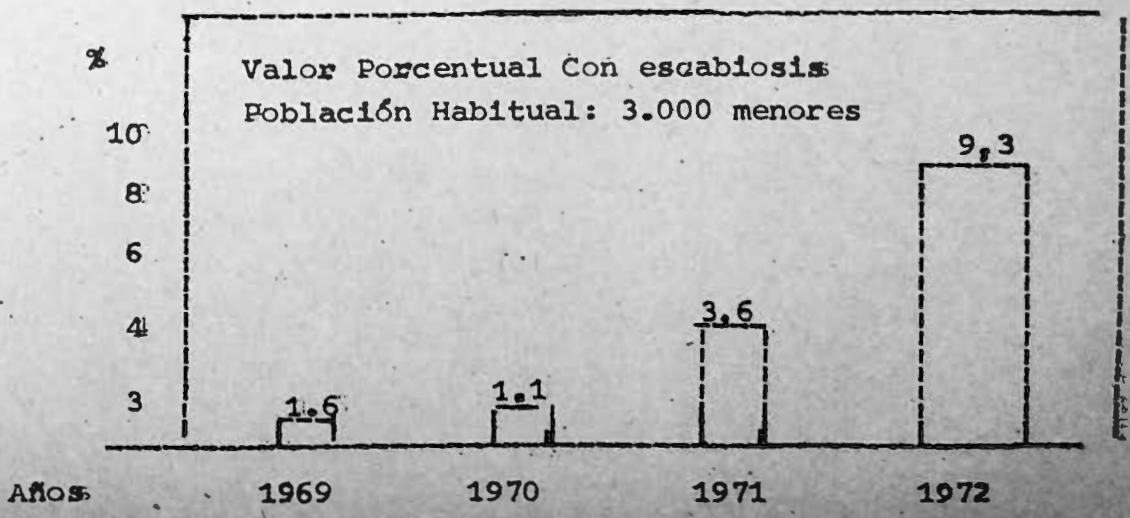


GRAFICO Nº 2



El valor de estas cifras en lo cuantitativo,, nos lleva a revertir el problema en lo cualitativo-estimativo, pues el 90% de los afectados corresponde a la etapa de la niñez que nosotros catalogamos como " sarna inocente ", ya que su causa es, esencialmente social, en la que la precariedad de la vivienda, la falta de medios adecuados para cumplir con los dictados de la higiene, contribuyen al hacinamiento como el camino más corto para el contagio.-

En oposición, el 10% de los afectados, corresponde a menores adolescentes y juveniles de ambos sexos, con niveles de clases oscilantes en su origen y en su cultura, donde la magnitud social del problema como causa no se descarta, es evidente que entran en juego otros factores con causales relacionados con la personalidad, de acuerdo al criterio sustentado por F. Daniel cuando advierte el incremento de esobiosis por los reiterados contactos sexuales, por lo que la asociación sífilis-sarna debe ser siempre sospechada, lo que nos hace pensar que las secuencias psicológicas de numerosos adolescentes los lleva a aceptar la promiscuidad con la misma desaprensión con que pueda descuidar elementales normas de conducta.-

Desde el punto de vista médico, diremos sucintamente que su agente patógeno es, un ácaro de la familia de los sarcóptidos, el *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*, cuyo ciclo evolutivo dura 14 días para los machos y 22 para las hembras, efectuándose la contaminación por transmisión de las hembras fecundadas en el interior de la capa córnea de la epidermis.-

El diagnóstico se basa en 3 datos:

- 1) Existencia de un prurito particular a predominio nocturno.-
- 2) Existencia de una erupción a topografía anterior.-
- 3) Noción de contagio.

El aspecto de las lesiones no es, característico, encontrándose una mezcla de lesiones de rascado, escoriaciones triviales y lesiones pápulo urticarianas rojas, cubiertas por una pequeña costra negruzca.-

Las instancias terapéuticas específicas, en general se consideran satisfactorias, ya que la experiencia ha demostrado

los efectos beneficiosos del benzoato de bencilo o el D.D.T, en solución al 5%, da la que existen numerosos específicos , siempre que la curación se efectúe con la técnica y la frecuencia adecuada, pues a menudo el prurito persistente obedece a irritaciones del tratamiento .-

No obstante estas consideraciones, en menester destacar que el médico general debe estar prevenido sobre ciertas formas clínicas o supuestas resistencias terapéuticas, cuyo desconocimiento conduce a errores diagnósticos.-

En este sentido, coincidimos con el Profesor Borda y colaboradores, cuando señala que muchas manifestaciones sarnosas, tienen una fisiopatológica alérgica, demostrada mediante la intradermo reacción con extractos de ácaros scabiei con resultados disímiles en sujetos vírgenes y reinfestados, en la que es demostrativo la presencia de un período pre-alérgico necesario para la aparición de síntomas cutáneos de tal naturaleza, cuyas lesiones histológicas revelan un profuso infiltrado eosinófilo y la presencia de discretas eosinofilia sanguíneas.-

Esta hipótesis explicaría la patogenia de pruritos rebeldes y exzemas en sujetos que han padecido la enfermedad , localizados en zonas donde habitualmente no incursiona el parásito.-

Asimismo no se descarta una patogenia similar en una rara forma de la enfermedad llamada sarna nodular, de la cual hemos tenido dos observaciones en menores delincuentes con antecedentes de promiscuidad sexual y que habrían padecido de escabiosis.-

Se debería a la acción alérgica de la cutícula del parásito muerto, cuyo intenso rascado lleva a la liquenificación e infiltración con la consiguiente formación de nódulos de tamaño variable, preferentemente localizados en órganos genitales, que solo responden a la medicación anti-alérgica con su defecto se procede a la causticación con ácido tricloroacético.-

CONCLUSIONES

El objetivo de esta comunicación es:

1) Hacer conocer el incremento desusado de la Escabiosis en nuestra Institución , cuyo material humano representa en cierta medida un parámetro de las deficiencias sanitarias de determinados sectores de la población.-

2) Incluirnos en la tendencia actual de jerarquizar la entidad, que a pesar de su conocimiento de larga data, solo parece despertar alarma en los últimos años ante el avance creciente que va tomando otros estratos sociales.-

3) Impulsar la idea de que la enfermedad ha traspuesto los límites de sus habituales formas clínicas y la presencia de **manifestaciones** cutáneas atípicas exigen la sagacidad del **médico general** para evitar **eventuales** errores de diagnóstico.-

4) La mayor tarea que afrontamos es educacional y consiste en persuadir al personal docente y de servicios generales a mantener una actitud crítica y racional frente a esta enfermedad transmisible que amenaza con adquirir la categoría de **endemis**.-

5) Si se pretende hacer la profilaxis de esta enfermedad habrá que tratar de modificar el patrón socio-cultural de determinados núcleos de población y ubicar esta entidad como capítulo preferencial en los planes de divulgación sanitaria para valorar y hacer conocer a la sociedad la trascendencia vital de lo que es una ecuación de múltiples incógnitas por sus orígenes y cuyas soluciones no están exclusivamente en manos de los médicos , pero que tampoco puede ser resuelta sin ellos.-

BIBLIOGRAFIA

- 1) Vago Tercilio, Del Boca Juan C.-Escabiosi humana-
Prensa Universitaria N°258- Página 4450 - año 1969.-
 - 2) Daniel F.- Parasitosis cutánea- El día Médico N° 43 -
página 1042 año 1971.-
 - 3) Borda Julio M. Burksbaim Efrain, Abulafia Jorge -Sarna
humana Tribuna médica N° 12 - Tomo XIII Página 6-
año 1971.-
-

RECOMENDACIONES

SALUD

SALUD

El grupo de trabajo, integrante de la Seccional Salud del XIV Congreso Panamericano del Niño, recomienda:

Acoger las conclusiones de la Reunión de Ministros de Salud de las Américas, realizada en esta ciudad en octubre de 1972, en cuanto se refiere a la salud materno-infantil y al problema nutricional.

Específicamente y de acuerdo con el Temario del Congreso, recomienda:

Capítulo 1: Irregularidad física, temporal, permanente, reductible e irreductible asignando particular relevancia a los aspectos relacionados con la alimentación.

1. El control del embarazo debe ser precoz y obligatorio.
2. Debe establecerse una atención adecuada del parto y que se luché porque en las maternidades del emisferio se establezcan unidades de diagnóstico y tratamiento precoz del sufrimiento fetal agudo intra-parto, aplicando el sistema en todos los casos de embarazo de alto riesgo.
3. Debe practicarse el exámen de líquido amniótico a las mujeres mayores de 35 años o con antecedentes de hijos anormales, para el diagnóstico temprano de las anormalidades del embarazo.
4. La utilización de drogas en la mujer embarazada debe ser prohibida y cuando sea necesaria su aplicación debe ser bajo estricto control médico.
5. La dieta de la madre embarazada debe ser completa y balanceada.
6. Siendo la radiación peligrosa para la madre y el feto, deben hacerse los esfuerzos necesarios para evitarla.
7. Corresponde a los gobiernos desarrollar políticas nacionales de alimentación y nutrición en el contexto de los programas de desarrollo.
8. En los países subdesarrollados se debe combatir la desnutrición no sólo desde el punto de vista de salud, sino también mejorando el nivel socioeconómico cultural de la población y su disponibilidad de alimento, especialmente aquéllos de alto valor biológico.
9. Desarrollar programas de educación nutricional.
10. Los centros de educación y recuperación nutricional han demostrado ser una positiva experiencia, por lo tanto se recomienda su creación en los países del hemisferio con las variantes que sean necesarias según las realidades y programas locales.

11. Los gobiernos deben estudiar vías de acceso al preescolar para mejorar sus niveles de nutrición y salud.
12. Realizar esfuerzos para fomentar y estimular la lactancia materna.
13. Es necesario agregar elementos vitamínicos y minerales a la dieta normal en aquellos países donde su déficit condiciona patologías prevalentes.
14. El médico y personal paramédico deben dar especial relevancia al diagnóstico precoz de la desnutrición y por lo tanto deberán ser capacitados para tal fin.
15. Es necesario fortalecer la participación de la comunidad en la planeación y ejecución de programas de alimentación y nutrición.
16. Debe ser estimulada la investigación y utilización de productos alimenticios de bajo costo y alto valor biológico.
17. Promover en los países la ejecución de seminarios donde los técnicos analicen todo lo que tenga relación directa o indirecta con una política alimentaria, las causas etiológicas de la desnutrición y los procedimientos para enfrentarlos. Para estas reuniones, además del Instituto Interamericano del Niño, se podrá solicitar la colaboración de otros organismos internacionales y agencias privadas.
18. Debe aumentarse la cobertura de vacunaciones en el niño y la madre.
19. Promover la creación de industrias menores como productoras de proteínas de alto valor biológico.
20. Deben realizarse campañas sobre prevención de accidentes en la infancia.

Capítulo II: Irregularidad mental. Deficientes mentales y sus grados. Prevención, diagnóstico y tratamiento.

Capítulo III: Desórdenes emocionales. Desórdenes y enfermedades mentales. Prevalencia e incidencia; diagnóstico, conducta terapéutica.

Recomendaciones:

1. Realizar investigaciones epidemiológicas tendientes a estudiar la prevalencia del retardo mental, trastornos emocionales y drogadicción.
2. Hacer estudios de los recursos humanos especializados actuales; sobre esa base, y con la información epidemiológica, desarrollar futuras políticas de personal.

3. Debe tenderse a unificar las definiciones nosológicas en retardo mental, trastornos emocionales y consumo de drogas a manera de facilitar el intercambio de información.
4. Las pruebas de inteligencia deben ser revisadas y adecuadas a la cultura en la cual el niño es examinado.
5. El nivel intelectual del niño no debe ser medido en términos de C.I. sino de desarrollo de funciones.
6. Para el retardo mental debe utilizarse una evaluación multifactorial que considere desarrollo, ajuste social y patología asociada.
7. Se considera la estimulación un elemento de significativa importancia en el desarrollo intelectual del niño y se debe proporcionar a todo menor desde su nacimiento la estimulación necesaria como parte de su formación.
8. Es necesario desarrollar recursos humanos especializados para la estimulación del niño y al mismo tiempo capacitar en técnicas adecuadas al resto del personal de salud y a la comunidad en general.
9. Deben intensificarse las medidas preventivas de tipo metódico para el retardo mental, entre las cuales destacan los análisis de orina para la fenilcetonuria, el diagnóstico precoz del hipotiroidismo y el estudio de probables enfermedades metabólicas.
10. Siendo el problema del retardo mental y los trastornos emocionales multifacético, se hace necesario abordarlo integralmente por un equipo interdisciplinario.
11. Debe intensificarse el control del expendio de formacos que provocan adicción para evitar el incremento de la drogadicción.
12. Es necesario que los expertos en drogadicción se reúnan para diseñar estudios tendientes a investigar las variables etiológicas del fenómeno, uniformar criterios nosológicos sobre uso, abuso y dependencia de drogas e intercambiar experiencias sobre las medidas de prevención primaria que deben tomarse.
13. Que el Instituto Interamericano del Niño programe a la brevedad posible la realización de encuestas sobre las causas de la drogadicción en las Américas, convocando una reunión de expertos que elabore el cuestionario respectivo, con bases matemáticas que contemplen el análisis de las múltiples variables del problema.

Capítulo IV: El niño y el adolescente víctimas de maltrato físico y psíquico.

Recomendaciones:

1. El problema del menor víctima de maltrato físico o psíquico es de importancia en los países de América y concierne a los profesionales de la educación, la salud y en particular al sistema jurídico institucional.

2. Cada país debe establecer una comisión nacional compuesta por expertos educacionales, jurídicos y de salud para establecer normas nacionales de información, evaluación, procedimientos técnicos y proponer las modificaciones legales e institucionales necesarias para garantizar la protección a la infancia.
3. Comisiones de salud y educación deben crearse en los niveles locales para programar y realizar acciones conjuntas.
4. Deben realizarse programas educativos para orientar a la población y específicamente capacitar a los padres y futuros padres en el cuidado, protección y entrenamiento del niño.
5. En la medida de las posibilidades deben crearse centros de atención diurna para aquellos niños y adolescentes que necesitan protección en virtud de condiciones de vida peligrosas para su normal desarrollo.
6. Los programas de salud mental deben extenderse necesariamente hacia los adultos generadores de desviaciones conductuales y patología en la niñez.
7. Estudiar y desarrollar políticas de protección del adolescente, tendientes a prevenir las desviaciones conductuales más frecuentes en esa edad.

Capítulo V: Irregularidades por iatrogenia.

Recomendaciones:

1. La alimentación inadecuada es frecuente causa de graves trastornos en la gestante y en el niño. Por lo tanto, la dieta de la embarazada y de la madre lactante, así como la del niño en todas las edades, debe ser completa y balanceada. Los programas de educación nutricional deben ser orientados hacia el logro de un cambio de actitud en la comunidad, de modo que ésta entienda que los productos naturales contienen cuali y cuantitativamente mayor proporción de nutrientes, inclusive de productos industriales que se expenden en farmacias y otros establecimientos comerciales.
2. Es necesario el control, local o regional según las posibilidades de la calidad de los medicamentos destinados a madres (gestantes o lactantes) y a niños, incluyéndose, como requisito indispensable, que se indique con precisión, en el rótulo de tales medicamentos, el contenido exacto de los principios activos que los integran.
3. Destacar el peligro de la dieta hídrica prolongada como origen o agravante de la desnutrición.
4. Promover la creación de Centros de Información y Asistencia Toxicológica en zonas urbanas y rurales de los países en los cuales aún no existan.

Salud/5

- 5. Crear la Cátedra de Toxicología en las Facultades de Medicina de de las Universidades que carezcan de ella.
- 6. Difundir entre los médicos la utilización de medicamentos con nombres genéricos.

Capítulo VI: La cooperación interamericana con relación a la salud de los niños y adolescentes.

Recomendaciones:

- 1. Reconocer que la colaboración internacional es sólo complementaria del esfuerzo prioritario de cada país.
- 2. Aprovechar la experiencia de los países que tienen organismos eficientes para solucionar problemas materno-infantiles, para ayudar a otros países que lo necesiten.
- 3. Que el Instituto Interamericano del Niño investigue retrospectivamente los logros alcanzados a través de los cursos y otras actividades realizadas por el en beneficio de la madre y el niño.
- 4. Que los gobiernos y organismos internacionales que otorguen becas de formación y perfeccionamiento, adopten las medidas necesarias para que los becarios informen periódicamente acerca de la utilización de los conocimientos adquiridos.
- 5. Que el Instituto Interamericano del Niño, conjuntamente con la O.S.P. coordine todas las actividades internacionales que se realizan en el continente relacionadas con la salud materno-infantil.
- 6. Que se intensifique la realización de cursos breves sobre temas de interés prioritario materno-infantil, de carácter nacional, que contemplen las características regionales de cada país.
- 7. Que el Instituto Interamericano del Niño facilite el intercambio de funcionarios técnicos de alta jerarquía en el campo materno-infantil, entre los diversos países.

