

**Medicentro 2000;4(1)**

**POLICLÍNICO DOCENTE  
"XX ANIVERSARIO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**CARTA AL EDITOR**

## **Detrás de la violencia**

Por:

Dra. Ileana Ferrat Clark<sup>1</sup>, Lic. Julieta Solano Suárez<sup>2</sup> y Psic. Bárbara Casañas Morales<sup>3</sup>

1. Psiquiatra Infantojuvenil. Policlínico "XX Aniversario". Santa Clara. Villa Clara.
2. Psicólogo del Equipo técnico asesor del Centro de diagnóstico y orientación. Santa Clara, Villa Clara.
3. Psicometrista del Policlínico "XX Aniversario". Santa Clara, VC.

Señor Editor:

Casi transcurridos dos milenios de nuestra civilización, la violencia sigue acompañando al hombre. Hoy día se comprende que la violencia incluye, además de los actos tangibles de agresión y destrucción sujetos a sanciones legales, algo mucho más complejo y sutil. Los accidentes, el abuso físico y psicológico contra los más débiles, dentro y fuera del hogar, la pobreza y marginación de grupos desposeídos, los prejuicios raciales, la dominación de un sexo sobre otro, el acceso desigual a bienes y servicios, la degradación del ambiente e, incluso, la conducta rebelde y contraproducente del toxicómano, forman parte de un círculo de violencia que se autorregenera y expande sin cesar<sup>1-4</sup>.

El abuso infantil se presenta todos los días en todas las comunidades. La preocupación del público es incitada esporádicamente por los reportajes sobre abusos brutales contra los niños. El maltrato no sólo se relaciona con la brutalidad, sino, además, con sutiles pero prolongadas formas de daños, como son los sentimientos de soledad, abandono, traición y desvalorización.

El maltrato implica la confianza traicionada, la deformación del amor y la pérdida de oportunidades. Se refiere al robo de la felicidad y la privación del gozo. Tiene que ver con la explotación del abuso del poder y la denigración de los otros. El abuso es un círculo vicioso que afecta a las víctimas, sus descendientes y a la sociedad entera. Las víctimas del maltrato requieren servicios remediales, costos que absorben dinero destinado a programas preventivos. La tragedia del abuso también presenta problemas sociales y económicos; mientras que algunos niños desarrollan resistencia y superan sus historias de maltrato para llegar a ser ciudadanos protectores, afectivos y productivos, otros viven traumas y serios problemas psicológicos<sup>5,6</sup>. Dados los argumentos antes expuestos, más que suficientes para expresar en nuestro trabajo toda una meditación y reflexión al respecto, me di a la tarea de realizar esta presentación, porque detrás de la violencia se esconden muchas causas y consecuencias que la fortalecen y refuerzan. En nuestro caso particular, pudimos observar cómo la disfuncionalidad familiar genética (familias con trastornos psiquiátricos) desarrollan violencia doméstica, que arrastra a los más vulnerables: mujeres y niños, al hacerlos sus víctimas, por lo que se hace necesario un trabajo profundo y continuo.

Presentación del paciente:

Niño blanco de cinco años de edad, procedente del área de salud del Policlínico Comunitario “XX Aniversario”, con historia clínica ambulatoria; fue llevado al área de salud después de egresar del Hospital Infantil “José Luis Miranda” de Santa Clara, con el diagnóstico de maltrato infantil. Estuvo ingresado en la sala de neurología por conmoción cerebral, posteriormente fue atendido por el servicio de Salud Mental del Hospital, y luego remitido al servicio psiquiátrico del área antes señalada.

Entre los antecedentes evolutivos personales se señala: Embarazo deseado, segundo hijo, sin dificultades, con atención prenatal seriada; parto a término fisiológico; recién nacido, normo peso, Apgar 9-9; desarrollo psicomotor normal; caminó a los once meses; habló sus primeras palabras, frases y oraciones a término; no ha asistido a Círculo Infantil.

Antecedentes patológicos familiares: Madre joven, actualmente tiene 31 años, blanca, niega padecer enfermedad orgánica, pero refiere alteraciones psicológicas; es hija de una familia extensa y sufrió el abandono de la madre. Varios hermanos han estado presos. Su primer embarazo tuvo lugar cuando era adolescente, y nos expresa que se produjo por inexperiencia y para solucionar su estado de soledad. Actualmente es casada por segunda vez, pero presenta serias dificultades de relación con su esposo, que es alcohólico y violento. Ella ha realizado dos intentos suicidas por ingestión de psicofármacos.

Padre: blanco, 34 años; actualmente trabaja como sereno (CVP) en el Hospital Infantil. Niega enfermedad psiquiátrica. Refiere ser bebedor, no alcohólico. Reconoce que por momentos se violenta, cree que es impulsivo.

Abuela paterna: Convive en el hogar y refiere que de joven padeció de los nervios, lo que la impulsaba a encerrarse; pero expresa que gracias a su voluntad y fe, mejoró. Nos relata que sus abuelos padecen trastornos psiquiátricos (locos), tanto el paterno, como el materno; tuvo dos tías psiquiátricas crónicas y es costumbre de su familia ingerir bebidas alcohólicas.

Reconoce cuatro hijos, todos varones, que aún conviven con ella, y el padre del paciente a que hacemos referencia nació por casualidad. Ella lo quiere mucho. No obstante, la situación económica de la familia ha sido holgada. Notifica que son la voluntad y la fe las que ayudan al hombre.

Abuelo paterno: niega trastorno psiquiátrico. (Figura).

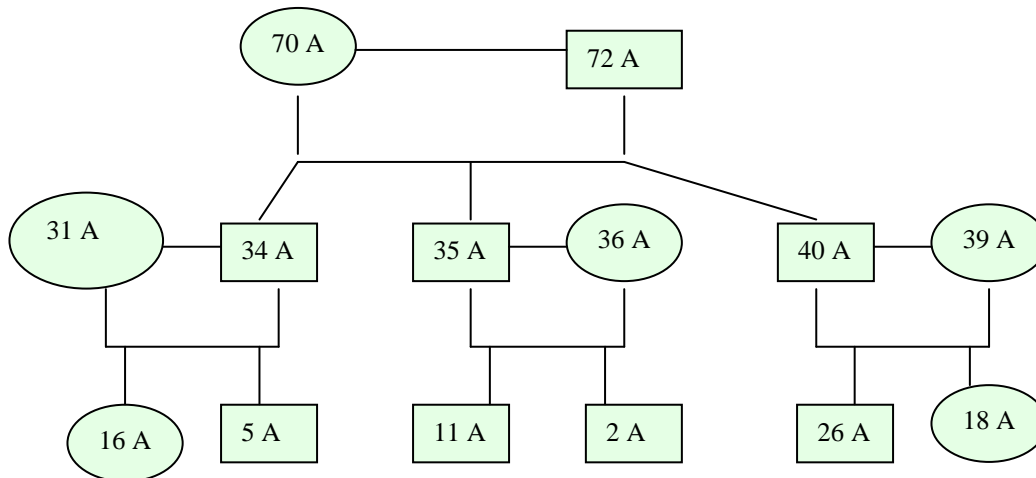


Figura Familiograma.

Familia extensa con dificultades en la comunicación.

Las condiciones de vivienda son aceptables: reciben el agua del acueducto, la paredes son de mampostería, el techo de concreto y el piso de mosaicos; posee 8 habitaciones.

Al realizar el estudio psiquiátrico del menor, se conoce que es un niño con buen desarrollo pondoestructural, de lenguaje parco, conducta inhibida (se refugia en las piernas de la madre), inquieto en el hogar, con alteraciones del sueño (pesadillas), se observa onicofagia durante la consulta, negativismo (no realiza actividades de dibujo). Es agresivo con los demás, según referencias de la madre.

A partir del primer encuentro establecimos seguimiento:

Primera consulta: Para presentarnos y conocernos.

Segunda y tercera consultas: Para dinamizar los motivos de las mismas, con una frecuencia de 15 días.

Cuarta consulta: Para establecer contactos con otros miembros de la familia (padre y abuelos).

Quinta consulta: Visita al hogar.

Exploración psicológica al menor:

Paciente de 5 años remitido a nuestro servicio para ser estudiado.

Resultados de las pruebas:

M. Thomas: Dificultad para relacionarse. Temores, conflictos familiares y agresividad reprimida, dependencia materna, necesidad de aprobación, carencia afectiva.

Rombo afectivo: temor al padre, conflicto entre los padres, agresividad reprimida, dependencia materna y rechazo al ambiente familiar.

Wisc: La escala verbal: Coeficiente de inteligencia: 90

Escala ejecutiva: Coeficiente de inteligencia: 98

Escala total: Coeficiente de inteligencia: 95. Inteligencia normal promedio.

Conducta: Coopera medianamente, se muestra inhibido, un tanto negativista, con tendencia a la tristeza, la comprensión dentro del límite normal y la atención mantenida.

Se concluye que el menor posee una inteligencia normal promedio, presenta conflictos afectivos relacionados con la familia, así como dificultades para relacionarse, agresividad reprimida, temores, rechazo ambiental y algunas tendencias agresivas, con un nivel de funcionamiento actual que es el de una neurosis en estructuración.

Lógicamente, este paciente lo atendimos en el equipo de salud mental, e integramos la intersectorialidad, al necesitar la intervención de funcionarios de educación.

Se realizaron diferentes acciones:

1. Propiciamos al menor su ingreso al círculo infantil, y lo mantenemos socializado y fuera de su núcleo disfuncional durante ocho horas.
2. Captación y coordinación para seguimiento seriado de los padres en consulta de psiquiatría de adultos. Valorar grupos de autoayuda.
3. Incorporación de la familia al centro comunitario.

Pendiente: Ubicar laboralmente a la madre.

Se debe mantener bajo dispensarización y control por el Médico de Familia y el equipo Salud Mental del área de salud, más consultas especializadas por psiquiatría infantil y de adulto.

## COMENTARIO

Por ser la violencia un mal que ha azotado y azota a la humanidad, cualquier manifestación de la misma en que podamos intervenir, no debe esperar; para ello podemos apoyarnos en la integración,

comunicación, programas y política de nuestro sistema de salud y en la intersectorialidad, con una visión profunda y valores firmes para si no podemos solucionarla, al menos remediarla.

Al ser familia la que soluciona este problema de violencia, debemos facilitar oportunidades y tener bajo control o atender con firmeza todos los casos donde se geste, mediante todos los factores de la comunidad.

Con la terapia realizada se logró una mayor conciencia del problema por ambos padres, y una evolución gradual y satisfactoria del menor, pues se produjeron cambios en su conducta y afectividad, que se manifestaron en una mejor socialización.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paz F, Cortelo S, Fernández L. Violencia. Juventud Rebelde dominical, 1998 may 31.p.6,7.
2. Muñiz Ferrer M, Jiménez García D, Ferrer Marrero D, González Pérez J. La violencia familiar. ¿ Un problema de salud ?. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(6):538-541.
3. Violencia: Un problema de Salud Pública. Bol Oficina Sanit Panam 1993;115(5):1.
4. Violencia: llamemos las cosas por su nombre. Rev Managua (Nicaragua) 1995.
5. Prilleltensky J, Geoffery N, Person L. Promoción del bienestar familiar y prevención del maltrato infantil. Fundamentos para el pensamiento y la acción. Ontario [Canadá]: s.n.; 1999.
6. Ajuria Guerra J. Manual de psiquiatría infantil. España: Toray-Masson; 1979.