

Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica

Nelson A. Vargas C.¹

América Latina, y naturalmente Chile, han experimentado en el curso de los últimos cien años dos transiciones demográficas. Los hechos centrales de la primera de ellas fueron el descenso de la alta mortalidad y de la alta natalidad a valores medios, en una primera etapa, y bajos, en una segunda fase. El hecho central de la segunda son los cambios muy marcados que están ocurriendo en la familia, lo que los hace de alto interés para el ejercicio de la pediatría¹. Este artículo pretende entregar información chilena sobre algunos de esos cambios –con datos demográficos e información obtenida de estudios realizados en Santiago metropolitano en los últimos 15 años– y plantear la forma en que ellos afectan el cuidado de los niños y la enseñanza y ejercicio de la pediatría.

Los analistas sociales y demográficos sostienen que las familias de América Latina experimentaron y están experimentando –en proporción variable– al menos cuatro tipos de cambios. Estos serían:

1. Cambios en la formación de las familias. Estos incluyen la postergación del matrimonio; aumento en el número de personas que viven solas; mayor número de uniones consensuales –con incremento de la procreación en estas uniones– y prolongación del tiempo de residencia en la casa paterna (emancipación tardía). Simultáneamente se ha producido un incremento en los nacimientos fuera del matrimonio.
2. Cambios en los patrones de disolución de familias. Estos cambios incluyen un aumento en las tasas de divorcio y sepa-

ración en las uniones formales y en las consensuales.

3. Cambios en las conductas de reconstitución familiar. Ellos comprenden un crecimiento en la proporción de familias reconstituidas, pero dentro de patrones que apuntan a la cohabitación antes que a un segundo matrimonio y a una mayor proporción de niños que no conviven con ambos padres biológicos.
4. Cambios en el tipo de sistema familiar predominante: disminución del predominio de la familia con proveedor único y aumento de aquella en que ambos integrantes de la pareja trabajan en forma remunerada. Gradualmente surgen otros tipos de familia.

Parte importante de estas variaciones se originaría en una diferente actitud de la mujer. En la realidad actual, esta tiene alternativas ante el alto costo que le significa el antiguo sistema familiar con un solo proveedor: el varón. Las alternativas han surgido como consecuencia de la mejor educación femenina y de la menor dependencia (en general, se admite que la mujer paga un costo alto si se mantiene circunscrita a las tareas domésticas). Otro factor coadyuvante ha sido el desarrollo de la infraestructura de servicios básicos y de tecnología doméstica, que ha aumentado el tiempo libre de la mujer para otras actividades.

La civilización moderna ha aumentado la prioridad que se asigna al individuo y a la realización de proyectos de realización personal *versus* los proyectos de desarrollo colectivo y ha debilitado el control tradicional ejercido por algunas instituciones tradicionales, como la Iglesia, la comunidad y la red familiar.

Todos estos cambios tienen diferente intensidad y profundidad en los diversos países y muchos de ellos son recientes en América Latina y en Chile.

1. Universidad de Chile, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina Occidente. Correspondencia: e-mail: nvargas@machi.med.uchile.cl

CAMBIOS EN CHILE

En primer lugar hay que considerar que el tamaño de la familia ha tenido una importante reducción, originada en el descenso de la tasa de natalidad, cuya cifra –desconocida en su valor exacto a comienzos del siglo XX– fluctuaba sobre 40 por mil habitantes. Este altísimo valor se traducía en un enorme número de niños que, en proporciones importantes, nacían después de intervalos muy cortos, tenían número de orden elevado y madres de edades extremas (menor de 18 o sobre 40 años). La tasa de 1998 –en descenso permanente los últimos diez años– supera ligeramente los 18 por mil² y una proporción muy alta de niños nace después de intervalos de 5 o más años^{3, 4}.

En 1900, a pesar del gran número de nacidos, el crecimiento de la población no era alto, ya que lo frenaba una mortalidad infantil de 300 a 400 por mil nacidos vivos; vale decir, en el primer año de vida moría un 30 a 40% de los niños. Además, alrededor de 65 a 70% del total de muertes ocurría en menores de 7 años. A mediados del siglo XX, en cambio, el descenso de la mortalidad originó un crecimiento explosivo de población y familias muy numerosas, donde los niños podían interactuar con muchos hermanos. A comienzos del siglo XXI las familias son más chicas y se ha reducido la familia extendida.

Natalidad y mortalidad altas conferían a los niños un valor distinto al actual, pudiendo decirse que eran “abundantes y de poca duración”. En el presente, los niños tienen valor diferente: nacen menos y vienen para quedarse.

En los últimos años se estima que cerca del 20% de los embarazos ocurre a pesar del uso de anticonceptivos, y exploraciones en el área metropolitana de Santiago indican que 3 a 4% de los nacidos no son deseados al nacer o en los primeros dos años de vida⁴⁻⁶. Se desconoce la frecuencia de estas situaciones a mediados del siglo XX.

La frecuencia de nacidos fuera del matrimonio ha tenido una curva en “U”: desde un valor muy alto a mediados del siglo XX, fue disminuyendo hasta los años 1970-80, para luego aumentar intensamente. En la actualidad, más del 40% de los nacidos vivos son hijos de madres no casadas y, entre las madres menores de 20 años, superan el 80%².

El fenómeno de cambio de pareja, al menos en áreas urbanas, es muy intenso⁷, llegando hasta el 10% y 17%, según el número de orden del niño. Se desconoce la magnitud del hecho en el pasado, pero se puede decir, al menos, que no era infrecuente. Este hecho y la curva en “U” de los nacidos fuera del matrimonio hacen probable que la figura paterna se vea inestable en proporciones importantes de niños. En una familia actual no es infrecuente que convivan hermanos de distinto padre.

Los matrimonios han disminuido en frecuencia y los contrayentes tienen edades más tardías y más años de educación formal, aumentando al mismo tiempo las familias con solo un jefe de hogar o con jefe de hogar “atípico”, en relación con la familia tradicional. Este fenómeno de “atipia” se encuentra en progresión, en especial en los países desarrollados. En ellos ha aparecido la familia con padres de igual sexo o con padre transexual, forma de familia que desafía intensamente nuestra forma tradicional de mirar esa institución y su tarea.

Un hecho posible –no probado– es que el numeroso grupo de nacidos después de intervalos muy largos (5 años o más) esté siendo sometido a normas diferentes –eventualmente más indulgentes y permisivas– que las de sus hermanos mayores^{3, 4}, lo cual también podría estar ocurriendo en una proporción significativa de los padres y madres que trabajan fuera del hogar. Si así fuese, se hace necesario precisar los alcances de la situación para definir políticas de crianza para estos niños.

En la actualidad un porcentaje creciente de las mujeres trabaja en forma remunerada y muchos niños ingresan precozmente a algún tipo de cuidado institucional o permanecen con sus abuelos u otros parientes, durante el día. Esto contribuye a que la familia comparta, en forma importante y creciente, sus roles clásicos y, muy en especial, la función educativa. Escolares de Santiago, interrogados sobre distintos contenidos relacionados con salud, otorgan tanta importancia a los profesores como a los padres en cuanto a considerarlos fuente de información sobre esos contenidos^{8, 9}.

También ha aumentado el número de interlocutores con quienes el pediatra debe lograr acuerdos sobre el cuidado infantil: además de los familiares existen interlocutores técnicos; de hecho, no son infrecuentes las

consultas médicas originadas por otros cuidadores que no son los padres.

Los sistemas de protección social participan en las tareas de alimentar y educar los hijos. Estos, a raíz de la mayor cobertura y prolongación de la educación formal, así como del crecimiento explosivo de la información informal (televisión e Internet), suelen estar más informados que sus padres y abuelos, lo que ha hecho más horizontal el flujo intrafamiliar de información. Los medios de comunicación de masas ejercen una gran influencia en la población, en especial en la población infantil y adolescente, que permanece largo tiempo frente a la televisión, a menudo con programas internacionales. En estratos más adinerados también el tiempo se invierte frente a una computadora o juegos con pantalla. La familia, en general, se ha hecho más sedentaria.

El planteamiento de algunos diagnósticos clínicos lleva a que una proporción –aún reducida pero creciente– de padres se informe –vía Internet– de aspectos específicos de patologías determinadas y exijan al médico respuestas en el mismo nivel de la información obtenida por ellos. Naturalmente, esa fuente de información carece de manejo práctico y experiencia clínica en la patología en cuestión.

El medio ambiente familiar es ahora, en la inmensa mayoría de las familias chilenas, de tipo urbano y el medio físico evidencia cada día muestras de agotamiento del planeta que habitamos.

El antiguo concepto de “potestad de los padres” se ha ido reduciendo y desdibujando y ha sido adicionado de moduladores y controles, para evitar abusos. A comienzos del siglo XX, el padre estaba legalmente autorizado para castigar físicamente –en forma “moderada”– a sus hijos, podía solicitar su detención y exigir la profesión a que debían dedicarse, al menos en cierta fase de la vida y solo si la actividad exigida era decente. Este concepto probablemente ha influido para que la sociedad chilena, por lo menos hasta la década de los '90, utilice el castigo físico como un elemento frecuente para la educación de los hijos^{10, 11}.

Por el aumento de la esperanza de vida, el niño convive con personas de diferentes edades, formadas en ambientes diversos y cuyos valores, ideas y creencias pueden divergir en forma significativa. Los niños permanecen más tiempo con mayor número de

personas y no tienen lazos sanguíneos con la mayoría de ellos. En consecuencia, están sometidos a diferentes escalas de valores y criterios, dados por las personas e instituciones que los cuidan.

La menor estabilidad de la familia y sus nuevas características someten a tensión los lazos entre los padres e hijos y obligan a los niños a tener una mayor plasticidad para enfrentar cambios en las relaciones familiares y los valores de quienes conviven con ellos. Es importante destacar que la mayoría de los cambios ha sido muy rápida y que el ambiente sociocultural y los valores de las generaciones han cambiado –y están cambiando– muy rápido.

Consecuencias sobre la salud del niño y el adolescente, el ejercicio profesional y la formación pediátrica

Estos cambios se ven –en su mayoría– como amenazadores para la salud mental, el bienestar y la calidad de vida. Muchos de ellos se asocian con mayor estrés o debilitamiento de la red familiar de apoyo. La salud física también está amenazada, pero en forma más discreta, en especial en el área de las enfermedades crónicas no transmisibles. Numerosos hallazgos de diversos estudios avalan esas aseveraciones, como por ejemplo en escolares de Santiago metropolitano en que se han encontrado cifras altas de individuos que dudan del cariño de sus padres o sienten que estos no los quieren o apoyan en forma satisfactoria⁸. La frecuencia de estas sensaciones negativas es mayor en el sexo femenino y la calificación de la relación con el padre suele ser peor que la materna. Estas sensaciones dificultan la obtención de logros importantes para la salud, por ejemplo, el fomento de la autoestima y la resiliencia.

El ejercicio pediátrico se ve afectado de numerosas maneras:

- La anamnesis debe incluir la investigación minuciosa del tipo de familia, su situación e historia. Esta exigencia alarga la anamnesis y prolonga la atención, lo que se debe considerar en la programación del trabajo. Si se desea que este sea eficiente en la promoción y la prevención, se deben bajar las demandas de rendimiento de pacientes por hora.

- El pediatra debe tener la capacidad de no ser víctima de sus propios prejuicios y, además, la de comunicarse exitosamente con una gama variada de interlocutores. Este punto repercute en muchas situaciones. Citaremos, como ejemplo puntual, el manejo del sobrepeso y la obesidad, a veces interferido por la diferente valoración que hacen de esas condiciones las abuelas de los niños, herederas de un pasado con alta prevalencia y severidad de la desnutrición. Otro ejemplo es la necesidad de fundamentar el uso (o no uso) de determinados medicamentos.
- Los interlocutores están más informados que antes –en ocasiones en forma errónea– y son muy heterogéneos, lo que dificulta los acuerdos, pero hace más horizontal la comunicación para la educación. En forma creciente el paciente pediátrico, en especial el adolescente, suele ser un sujeto cada vez más informado, a quien es preciso convencer con razones muy sólidas y de acuerdo con su emocionalidad.
- El papel informativo a los padres es compartido con los medios de comunicación de masas, y la magnitud de la información que piden padres y cuidadores se ha acrecentado. El médico debe responder a más preguntas y de complejidad mayor, en consecuencia, debe tener acceso frecuente y fácil a la información de punta.
- Existe una cifra no despreciable de padres o madres que enfrentan el cuidado del niño en situación de soledad; este grupo requiere de apoyo especial, en lo emocional y en lo referente a su red social de apoyo.
- En la formación del médico y del pediatra los cambios aludidos generan exigencias importantes para los currículos universitarios, que deben adecuarse a ellos. Es urgente dar espacio adecuado a conceptos y contenidos necesarios para el enfoque familiar de la Pediatría: psicología evolutiva y social, ética, resiliencia y proyecto de vida, así como estilos parentales y habilidades para la vida. Entre estas últimas se debe considerar, al menos, comunicación efectiva, asertividad, autoestima, conciencia de uno mismo,

empatía, resolución de problemas, relaciones interpersonales y manejo de emociones.

- Parece lógico educar a los padres y a los propios niños sobre los contenidos mencionados. El mejor conocimiento y familiaridad con ellos ayudará a su desarrollo y puesta en práctica. Los sistemas de salud deberían ser capaces de implementar actividades educativas para padres y jóvenes que cubriesen estas materias; en lo posible estas actividades deberían realizarse antes de que los riesgos pertinentes alcancen su mayor intensidad. El concepto de educación anticipada al riesgo debe ser puesto en práctica en la atención.

REFERENCIAS

1. El niño en la familia actual. Mesa Redonda. XIX Congreso Panamericano de Pediatría, Montevideo, 2000. Libro de Resúmenes (CD).
2. Demografía 1998. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Chile. Santiago 2000.
3. Vargas N, Larrea B, Mackenney J, Valverde C: Conduita reproductiva en población de un Servicio de Salud Metropolitano: intervalo intergenésico. Cuadernos Médico Sociales 1988; 29: 89-92.
4. Vargas N, Thomas E, Méndez C. et al: Espaciamiento intergenésico: estudio colaborativo de ocho maternidades estatales. Rev Méd Chil 1991; 119: 396-401.
5. Arancibia M, Vargas NA, Calderón P: Hijo no deseado: incidencia y características en púerperas de un hospital de Santiago. Rev Chil Pediatr 1989; 60: 107-111.
6. Cuchacovich R, Vargas NA: Hijos no deseados en el medio urbano-rural: ensayo de una pauta de detección. Rev Chil Pediatr 1986; 57: 359-361.
7. Henríquez R, Vargas NA: Primera relación sexual y primer embarazo en púerperas de un hospital de la Región Metropolitana. Rev Méd Chile 1995; 123: 811-7.
8. Millán T, Valenzuela S, Vargas N: Autoestima, percepción de la afectividad, metas y conductas de riesgo en escolares adolescentes de ambos sexos. Rev Méd Chile 1994; 122: 587-93.
9. Millán T, Valenzuela M, Vargas NA: Salud reproductiva en adolescentes escolares: conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos. Santiago 1991. Rev Méd Chile 1995; 123: 368-75.
10. Vargas NA, López D, Pérez P, et al: El castigo físico a los niños: opinión y conducta de los adultos. Rev Med Chile. 1993; 121: 567-73.
11. Vargas NA, López D, Pérez P, Zúñiga P, Toro G, Ciocca P: Parental attitude and practice regarding physical punishment on school children in Santiago de Chile. Child Abuse and Neglect 1995; 19: 1077-82.