

Conferencia

Transición de la infancia a la adolescencia: notas para la práctica pediátrica

Dr. Nelson A. Vargas*

Resumen

Con información encontrada en Internet, resultados de investigaciones hechas en Chile en las décadas de 1980 y 1990 y experiencia personal, se analiza la transición desde la infancia a la adolescencia para formular algunas proposiciones. Éstas apuntan a facilitar la transición y prevenir problemas, así como a detectar en forma rápida y mejor, crisis mayores eventuales que pudiesen ocurrir. Se hace énfasis en la ventaja de considerar el entorno general y familiar del individuo; así como en la ventaja de irse preparando para este cambio. Se destacan herramientas potencialmente útiles para estos fines, como las guías anticipatorias y el empleo de actitudes adecuadas. En estas últimas se subraya la importancia de una buena comunicación y del empleo de estilos comunicacionales adecuados por parte de los padres.

Palabras clave: atención pediátrica, eventos vitales, adolescencia.

Summary

The transition from childhood to adolescence is analyzed based on information found in Internet, Chilean research results obtained in the decades of 1980 and 1990 and personal experience. Some guidelines are proposed to make this transition easier and softer as well as to prevent problems or to allow quick and better detection of eventual major crises. Emphasis is made on the advantage of taking into account individual general and family contexts and the convenience of preparedness. Anticipatory guides for parents and children are outlined as potentially useful tools while some practical management attitudes are suggested for preparation. The importance of good communication and advisable parent's communication styles is emphasized.

Key words: pediatric care, life events, adolescence.

La transición de la infancia a la adolescencia constituye una instancia de cambio rápido, muy importante en la evolución de cada individuo y puede considerarse una encrucijada vital, cuyo conocimiento es un contenido importante de la puericultura moderna.

En ella, el pediatra puede contribuir a prevenir o atenuar las dificultades inherentes a los cambios vitales y, además, detectar crisis mayores para ayu-

dar a resolverlas satisfactoriamente, en forma rápida. La intención de este artículo es revisar, en forma sucinta, esta transición y proponer medidas concretas, útiles para los fines mencionados. Las fuentes de información para este texto fueron la literatura biomédica, que no trata el asunto con frecuencia; búsquedas en Internet, que aportan información útil; resultados de algunos estudios realizados en Chile en las décadas de 1980 y 1990 y –adicionalmente– la observación de la atención y las vivencias de 30 años de práctica pediátrica en Santiago de Chile, que aportan más bien impresiones que evidencias.

EL CONTEXTO Y LOS PROTAGONISTAS

La adolescencia ha sido dividida –con criterio cronológico– en una fase temprana (11 a 14 años de edad); otra media (15 a 17 años) y una tardía (18-20 años). La mayoría de las transiciones se inician en la fase temprana y, en proporción menor, en la media. Los conflictos que pueden presentarse en su evolución pueden tener consecuencias durante toda la vida.

El aporte del pediatra a este período de cambio se facilita si es capaz de ubicarse en el contexto individual del niño y si destina tiempo adecuado a la atención.

Sin duda, el contexto más importante es la familia y tomar conciencia de su tipo y fase evolutiva ayuda a entender y aportar. Obtener la información atinente y entenderla en profundidad es una tarea que consume tiempo y que se ve dificultada cuando los servicios de salud –aumentando el rendimiento horario de la hora de atención– privilegian la cobertura sobre la calidad.

Si bien la primera fase del cambio demográfico observado en América Latina se caracterizó por el descenso de la

* Profesor Asociado de Pediatría.
Profesor Asociado de Salud Pública.
Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente.
Universidad de Chile.

Correspondencia:
Casilla 33052 Correo 33.
Santiago de Chile.
nvargas@machi.med.uchile.cl

natalidad y la mortalidad, su segunda etapa ha sido marcada por los cambios en la familia.¹ En muchas sociedades, la familia clásica está teniendo menor cobertura y está siendo reemplazada por otros tipos, algunos de ellos muy rupturistas. El modelo clásico (padre y madre en unión estable, siguiendo etapas predecibles y protegiendo el subsistema filial fraternal) se ha reducido. El aumento que se ha observado en la frecuencia de nacimientos fuera del matrimonio y en los cambios de pareja progenitora; la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo y otros condicionantes han provocado esta variación.^{2,3}

Al iniciarse la transición es esperable que los niños manifiesten una gran gama de intereses nuevos, lo que obliga a sus padres y al pediatra a opinar y decidir sobre temas a veces desconocidos. También es muy probable que la comunicación con los adultos –incluido el pediatra– se vea modificada; ya sea por cambios de actitud, uso de neologismos o por variaciones en el lenguaje coloquial de los adolescentes. Sin embargo, y sin disponer de una evaluación formal de ello, queda la impresión que la mayoría de los niños en transición son capaces de opinar, objetivamente y honestamente, en muchos conflictos familiares cotidianos en los que se ven involucrados.

En este período se pueden hacer más claras ciertas diferencias entre ambos sexos: las mujeres iniciarían la transición más precozmente y presentarían más problemas de autoestima,⁴ pudiendo evidenciar, en forma más temprana e intensa, una acentuación del pudor.

EL PEDIATRA Y LA PREPARACIÓN PARA LA TRANSICIÓN

La posibilidad de apoyar la transición es, lógicamente, mejor si el médico ha sido siempre el mismo y, probablemente, una buena forma de prepararse es mantener una buena comunicación –constante, respetuosa y cariñosa– con el niño.

La pediatría moderna –en especial la puericultura– insiste en la conveniencia de anunciar y prepararse para futuros cambios y riesgos eventuales. La eficacia de la anticipación aumentaría con un refuerzo escrito de los contenidos educativos que se entre-

gan en forma oral. En consecuencia, conviene preparar y distribuir material sobre los hechos que se visualizan para el futuro.

La literatura apoya la utilidad de fomentar las habilidades para la vida, en especial la autoestima⁵ y la incorporación a grupos sociales formales, que tendrían cierto efecto protector contra crisis mayores.

En un plano teórico, los estilos comunicacionales de los padres con los hijos se ven como un elemento crucial, que conviene trabajar desde la primera entrevista. Los tipos más frecuentes son cuatro:

Estilo autoritario. Se caracteriza por un gran control de los padres, que imponen estándares absolutos; comunicación severa, juzgadora y punitiva, y represión de la iniciativa y la creatividad. Podría generar transiciones con poco conflicto evidente o, a la inversa, con rebelión intensa y manifiesta.

Estilo permisivo indulgente. Este ejerce baja demanda pero alta preocupación por el niño; mantiene poco control y centra las decisiones en lo que el hijo quiere; los padres son más bien compañeros aceptadores y sensibles, con decisiones débiles e inconsistentes. Se asociaría con niños con escaso autocontrol y poca responsabilidad; de desempeño académico moderado, alta autoestima y buenas habilidades sociales.

El estilo permisivo indiferente; debido a las demandas de la vida moderna, con ambos padres trabajando en forma remunerada fuera del hogar, podría estar experimentando un aumento de frecuencia. Se caracteriza por ejercer baja demanda, con escasa preocupación y poco involucramiento de los padres; intentos pobres de control y esfuerzos por obtener respuestas de los hijos mediante regalos, premios y dinero. Se asociaría con niños desobedientes, con incompetencia social de grado variable, bajos logros escolares, escaso autocontrol y mala habilidad para la independencia.

El estilo de diálogo es una cuarta forma comunicacional que se caracteriza por el control de los padres y el alto interés que éstos evidencian en lo que ocurre a los niños. A pesar del control, se alienta la autonomía y la independencia y los padres se ven cálidos e involucrados, pero firmes y consistentes, recurriendo a una comunicación clara y bidireccional. Se aso-

ciaría con niños autónomos, seguros de sí mismos; competentes socialmente y, a la vez, responsables. Naturalmente, este último se ve como el más recomendable y digno de ser fomentado.

Junto a estos estilos puros existen otros, mixtos, que mezclan componentes de los anteriores.

La literatura dice que los padres recurren en forma preferencial –pero no inamovible– a alguno de estos estilos y que oscilan entre ellos según las condiciones del momento, su etapa biográfica y la fase del ciclo familiar. Padre y madre pueden tener distinto estilo comunicacional o variarlo con un hijo determinado y puede haber un estilo preferencial para el hijo menor o un estilo materno distinto del paterno.

Dar a conocer a los padres estos estilos comunicacionales –verbalmente y por escrito– los ayuda a identificar y juzgar el estilo preferencial al que recurren para, eventualmente, corregirlo.

GUÍAS PARA LOS PADRES

El pediatra, a lo largo del tiempo, puede proporcionar guías (con apoyo escrito) para sugerir conductas y normas de crianza. Esta es un área muy extensa y su desarrollo sobrepasa los límites de este artículo pero, en forma somera, conviene destacar algunas cosas:

- En primer lugar, la importancia de insistir en que los padres dediquen tiempo a los hijos. Suele ocurrir que los progenitores afirmen que pasan poco tiempo con ellos pero que este tiempo es "de buena calidad". Al parecer, hay una necesidad mínima de tiempo compartido, cuya cantidad probablemente varía según la edad del niño y las circunstancias de la relación.
- Otro consejo útil sería el fomento de la autoestima y de algunos valores familiares clásicos, como el respeto y la demostración de cariño.
- De acuerdo con la evolución del menor también parece prudente ir aumentando el respeto por su privacidad y llegar a acuerdos graduales sobre su independencia.
- Debido a que en la transición el comportamiento del niño puede experimentar cambios considerables, no debe omitir-

se el consejo sobre estilos saludables de vida familiar, para prevenir –entre otras cosas– las enfermedades crónicas no transmisibles, tan frecuentes en la edad adulta.

- En diversos países de América Latina se ha ensayado la conveniencia de lograr, en algún momento de la transición o en la adolescencia propiamente dicha que el joven formule un proyecto de vida. El proyecto consistiría en hacer e internalizar un razonamiento tan maduro como el siguiente: "este soy yo, estas son mis circunstancias y, de acuerdo con ello, me fijo estos objetivos para esta etapa de mi vida". La ventaja de que en casi todos los países los niños estén permaneciendo más tiempo en el colegio favorece el logro de este objetivo. La estimulación del proyecto de vida en grupos de población parece más fácil si el sector salud es capaz de aliarse con el sector educación en esa empresa.
- Se debe instar a los padres a entender que el niño puede estar poco dispuesto a compartir con la familia en la forma que solía hacerlo. Esto es atribuible a la búsqueda de nuevas experiencias, al ensayo de nuevas conductas y al deseo de probar sus propios límites personales. No obstante, eso mismo obliga a estar alerta, porque la situación puede llevar al ensayo o adopción de conductas de riesgo. El equilibrio entre independencia y control es un arte que se debe desarrollar día a día.
- La escuela es un indicador accesible, sensible, precoz y válido de los cambios que están ocurriendo y es altamente conveniente que los padres se mantengan en contacto con ella.

GUÍAS PARA LOS NIÑOS

En general, apuntan a cinco grandes áreas: fomento de las habilidades para la vida, de los hábitos saludables y la responsabilidad, desarrollo de las capacidades sociales y estímulo a la interacción con la comunidad.

Las habilidades para la vida –gran capítulo de la puericultura moderna– se pueden agrupar en cognitivas, sociales y emocionales. Una lista breve incluye la autoestima, conciencia de sí mismo, comunicación efectiva, asertividad, empatía, relaciones inter-

personales, resolución de problemas y las capacidades para manejar emociones y resolver tensiones. A esta lista se pueden agregar la resiliencia y las capacidades para tomar decisiones y pensar en forma creativa y crítica.

BUENA COMUNICACIÓN

Hay temas que sirven para abrir la comunicación, quebrando el hielo.

La sensibilidad de los adolescentes a los frecuentes problemas de su piel puede ser una excelente forma de iniciar una comunicación adecuada, bidireccional. Otros temas que pueden ser útiles, pero que, eventualmente, también pueden constituirse en obstáculos para la comunicación son el sobrepeso, la obesidad y el rendimiento escolar.

En la intención de profundizar y mejorar la comunicación hay preguntas que pueden servir para evidenciar conflictos: consultar por tensiones o problemas familiares y preguntar –a padres e hijos– si se ha tocado el tema de la vida sexual en las conversaciones.

También parecen útiles para explorar la vida de relación y la aparición de conductas de riesgo las preguntas: ¿quién es tu mejor amigo/a?, ¿te cuesta hacer amigos/as?, ¿cómo te entretienes?, ¿qué hacen con tus amigos/as?, ¿cómo te sientes en tu casa? y ¿llevas contigo algún tipo de arma?

Para detectar riesgos biológicos o ambientales servirían: ¿haces ejercicio o deporte?, ¿cuántas horas ves TV o usas la computadora?, ¿qué comes en un día?, ¿fumas o pruebas alcohol?, ¿tratas de evitar los sectores peligrosos de la ciudad? y ¿usas cinturón de seguridad?

En escolares en transición se ha usado para pesquisar la sensación de mal apoyo familiar el “Apgar familiar”*, de Gabriel Smilkstein⁸ que, mediante el método de asignación de puntajes, explora cinco áreas que permiten llegar a un valor máximo –satisfactorio– de 10 puntos y fijan como límite de riesgo los puntajes inferiores a cuatro.

Cuando se han sospechado o detectado conflictos hay un tercer grupo de preguntas “quemantes” que son más directas y tocan

temas más difíciles: ¿hay alcohol (marihuana, pasta base...) en tu colegio?, ¿tienes amigos/as que prueben drogas?, ¿has tenido problemas con la policía?

También hay preguntas desencadenantes con los padres: ¿qué actividades hace la familia reunida?, ¿cómo funciona su relación de pareja?, el desempeño escolar ¿le permitirá alcanzar las metas que ustedes o él/ella mismo/a esperaban?

La actividad sexual –un tema muy atractivo en la transición– debe ser tratada con consulta a los padres. Por ejemplo, la entrega de instrucciones para el uso de preservativo tendría una utilidad muy real, pero debe adecuarse a las creencias y sentimientos de las familias. En este caso parece recomendable que los padres tengan acceso a esa información escrita antes que sus hijos y que la forma de entregarla, lo explícito del lenguaje y la profundidad del detalle sean acordados con ellos. Hay tres posibilidades para entregar un material escrito con ese contenido: si lo hacen los padres se tiene una comunicación más directa, pero que podría interpretarse como un estímulo al inicio de relaciones sexuales; mientras que la entrega por el pediatra debería aparecer como un aporte de información científica. Existe una tercera alternativa, menos abierta y sincera: que los padres “olviden” la información escrita en algún lugar donde el niño o la niña la descubran.

PREDICTORES DE CRISIS MAYORES

En el medio latinoamericano parece haber poca investigación sobre estos predictores. Tal vez, los estilos de vida rápida y las crisis familiares de la segunda fase de la transición demográfica que experimentan los países del subcontinente sudamericano podrían generar una frecuencia mayor de crisis de adolescencia o de la etapa de transición. Al menos en Chile hay una altísima frecuencia (48,7%, en 1999) de niños nacidos fuera del matrimonio y algunas evidencias apuntan a altos niveles de cambios de la pareja progenitora; así como de niños nacidos después de espaciamientos intergenésicos mayores de 5 años y de hijos no deseados.^{8,9}

La historia familiar (en especial el cambio de pareja y el tipo de familia), el estilo

* Ver *Anexo* en páginas electrónicas.

comunicacional predominante, la existencia de crisis o desajustes previos –en el niño o sus hermanos– podrían ser predictores. Sin embargo, es preciso reconocer que falta generar evidencia en estos sentidos.

EL ARBITRAJE

No es infrecuente que el pediatra tenga que opinar sobre situaciones conflictivas, inherentes a la situación en desarrollo. Una revisión de los programas universitarios probablemente sugeriría que no se da una capacitación adecuada para ello. Si así fuera, las opiniones del pediatra corren el riesgo de estar impregnadas de sus propios prejuicios, ideas y creencias, educación e instante biográfico, sin respaldarse en las evidencias requeridas y sin contar con los recursos necesarios. Recomendaciones lógicas son la cautela en las opiniones y controlar si ellas se originan en nuestros prejuicios y se basan en creencias más que en evidencias.

El manejo adecuado de un conflicto mayor requiere de ayuda especializada (psicólogo, neurólogo, terapeuta familiar...); asegurar que hay cariño entre las partes involucradas e intentar mantenerse como un puente comunicante entre ellas. Es recomendable ampliar la información contactando con los profesores y, dado que se pueden producir urgencias, recurrir al teléfono.

En resumen, en lo referente a la transición se podrían apuntar al trabajo con anticipación; intentar mantener la continuidad

del pediatra; invertir tiempo; crear, distribuir y evaluar material educativo; esforzarse por una buena comunicación; detectar rápidamente si se está frente a una transición normal o una crisis mayor y –cuando parezca necesario– solicitar ayuda a otros integrantes del equipo de salud. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas NA. Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. *Rev Chil Pediatr* 2001; 72(2):77-80.
2. Demografía 1999. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Chile, Santiago, 2001.
3. Henríquez R, Vargas NA. Historia reproductiva en púerperas de un hospital de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile* 1996; 124: 1275-1280.
4. Millán T, Valenzuela S, Vargas NA. Autoestima, percepción de la afectividad, metas y conductas de riesgo en escolares adolescentes de ambos sexos. *Rev Med Chile* 1994; 122:587-593.
5. Nutbeam D. Glosario de Promoción de la Salud. *Health Promotion* 1986; (1): 113-127.
6. Millán T, Valenzuela MS, Vargas NA. Salud reproductiva en adolescentes escolares: conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos. Santiago 1991. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 368-375.
7. Wolnitzky L, Vargas NA, Cerón C et al. Red social de apoyo en adolescentes escolares: su medición con Apgar de Smilkstein. *Bol Hosp SJ de Dios* 1989; 36(3):147-155.
8. Vargas NA, Thomas E, Méndez C et al. Espaciamento intergenésico: estudio colaborativo de ocho maternidades estatales. *Rev Méd Chil* 1991; 119:396-401.
9. Vargas NA, Valdés M, Sabugo F, Díaz Valdés MV, Arce MI. Hijo no deseado después del parto: medición de frecuencia y análisis de tendencia. *Rev Med Chile* 2002; 130: 638-643.
10. Vargas NA. Salud Mental desde la Perspectiva Pediátrica. En: *Imágenes en Salud Mental. Congreso Mundial de la Federación Mundial para la Salud Mental*. Santiago de Chile, 1999.