CAUSAS SOCIALES DE LA DISTROFIA

Por el Dr. ALBERTO DUARTE GONZALEZ

Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia.

El niño es el miembro del grupo familiar más sensible a las alternativas adversas de la vida doméstica y esta susceptibilidad es tanto mayor cuanto menor es su edad. Por esta razón el lactante está particularmente expuesto a serios peligros de diverso orden cuando una crisis de cualquiera naturaleza afecta a la familia.

El desarrollo normal de la vida doméstica exige la concurrencia de factores afectivos, económicos, morales, sanitarios, culturales, jurídicos, etc., que sirven necesidades de todas en conjunto y de cada una de las personas que integran el grupo familiar. Si estos factores dejan de concurrir o si se hacen presente de un modo deficitario, el ritmo armónico y eficiente de la vida doméstica se relaja y aparece en forma aguda o crónica, grave o leve, simple o complicada, un estado adverso que denominamos crisis familiar. Producida la crisis, sus consecuencias repercuten perjudicialmente, en mayor o menor grado, en los diversos aspectos del vivir doméstico. La crisis es reversible, si regresa con la aplicación del tratamiento social adecuado. Es irreversible, si sus características son de tal gravedad que no solamente no regresan con la aplicación del correspondiente tratamiento social, sino que derivan fatalmente hacia la disolución de la familia.

El lactante, por su condición de crecimiento y desvalidez, demanda cuidados minuciosos y constantes y esta protección tiene un significado económico, porque implica esfuerzos, tiempo, dedicación, consumos e inversiones inevi-

tables. En consecuencia, debemos considerar la llegada de un nuevo niño como un factor de desequilibrio del presupuesto doméstico.

Objetivos de la investigación (*)

La investigación tuvo por objeto comparar las condiciones de vida de dos grupos familiares. El primero se formó con familias, uno de cuyos hijos era un lactante distrófico. El segundo, con familias, uno de cuyos hijos era un lactante eutrófico. Ambas categorías de lactantes estaban sometidas a un sistema común de protección, que incluía atenciones médicas y sociales que les eran otorgadas por igual.

Se estimó importante investigar aquellos factores familiares que, actuando de una u otra manera, hacían fluctuar los resultados de un sistema proteccional aplicado por igual a los dos grupos de niños, determinándoles en unos casos la condición de eutróficos y, en otros, la de distróficos.

Se consideró útil avaluar la frecuencia de estos factores en uno y otro grupo y el carácter negativo o positivo que en uno u otro grupo presentarían.

En otras palabras, se investigó la frecuencia con que en cada grupo aparecían ciertas características de la vida doméstica, susceptibles de imputarse como factores predisponentes o determinantes

(*) Las líneas generales del plan del trabajo se prepararon para que sirvieran de base a la Memoria de Tesis de la alumna de la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Chile, señora Nelly Wysz Gibert.

de la distrofia. Se estimó lícito suponer que las causas que provocan la distrofia pudieran tener una relación estrecha con ciertas condiciones de la vida familiar de los lactantes, relación susceptible de ser contabilizada y avaluada, con vistas a utilizar los hallazgos en un mejor enfoque y articulación de la lucha contra la distrofia.

Las conclusiones permitirían, en consecuencia, evaluar la eficacia y la importancia del trabajo social y del trabajo médico; permitirían comprender el rol exacto y el verdadero valor de estas actividades y, finalmente, permitirían apreciar las condiciones en que debe articularse el funcionamiento de los servicios que atienden lactantes, cuando afrontan el problema que, a nuestro juicio, es el de primera importancia por sus proyecciones y consecuencias: el de la distrofia.

La investigación fué realizada en el Centro Materno Infantil N° 22 de la Dirección General de Protección a la Infancia, ubicado en el barrio Recoleta, Av. Méjico N° 623. Es un sector pobre, industrial, fuertemente poblado, que en los últimos años se ha extendido ampliamente y de población homogénea. El servicio cuenta con un pediatra y un focólogo, una matrona, una enfermera, una auxiliar y una asistente social. Atiende unos 400 lactantes y otros tantos pre-escolares y unas 150 embarazadas. La organización médica es semejante a la de los consultorios materno-infantiles de la Caja de Seguro y de las Gotas de Leche. Además de la atención médica, se dan alimentos, medicamentos, vestuarios y socorros en dinero. Los atendidos corresponden a la población no asegurada y no se admiten a aquellos que están inscritos en otros servicios del sector.

Revisamos en un día de 1949 las fichas activas de lactantes inscritos en el Servicio e hicimos dos grupos: uno de ellos comprendía los niños eutróficos y otro comprendía aquéllos cuya evolución y desarrollo motivó, por parte del pediatra tratante, la formación del diagnóstico de distrofia. En esa oportuni-

dad comprobamos que de las 300 fichas estudiadas, un 58 %, aproximadamente, correspondía a eutróficos y el resto a distróficos. Las ciento y tantas fichas restantes no se consideraron en razón de que correspondían a lactantes inasistentes, de asistencia irregular o trasladados. Las declaramos fichas no activas y se excluyeron de la investigación. De cada grupo se tomaron al azar 50 casos y ellos constituyeron el material utilizado.

En el momento actual, muchos de los distróficos han perdido su condición de tales, y la crisis doméstica que aquejaba a sus respectivas familias ha desaparecido o se ha atenuado. Estos cambios han ocurrido por efecto de la acción conjunta del trabajo médico y del trabajo social, desarrollados en ese servicio con singular dedicación y acierto. Las alternativas contrarias también se han producido, en razón de que hay muchos factores que caen fuera del área de influencia posible del trabajo médico y del trabajo social.

La investigación se hizo en un mínimo de tiempo, utilizando una encuesta, cuyos diversos rubros se escogieron considerando aquellos aspectos de la vida doméstica respecto de los cuales, empíricamente, era razonable suponer que constituyeran causas predisponentes o determinantes de la condición de distrófico o eutrófico de los niños estudiados.

El sujeto de nuestra investigación fué, pues, la familia del lactante y a cada una de ellas la Visitadora Social dedicó un minucioso interés para recoger los datos y referencias en la forma más objetiva y fidedigna que le fué posible.

Desgraciadamente, por razones obvias, hubimos de estudiar sólo 50 familias en cada categoría y este margen, relativamente pequeño, podría restar peso específico a las conclusiones. Sin embargo, podemos afirmar, al margen de esta limitación, que es lícito otorgar a los resultados obtenidos un carácter representativo digno de ser apreciado y utilizado.

Rubros de la encuesta.

- 1.—Número de personas que integran el grupo familiar.
- 2.—Número de personas allegadas al grupo familiar.
- 3.—Constitución legal de la familia.
- 4.—Alfabetismo de los padres. Alcohólico.
- 5.—Trabajo de los padres.
- 6.—Habitación:
Tipo de casa — Número de piezas — Agua potable — Eliminación de excretas, — Luz — Piso — Canon — Número de camas — Número de personas por pieza.
- 7.—Alimentación:
Presupuesto diario por persona — Consumo de leche — Calidad de la alimentación.
- 8.—Económicos:
Entradas mensuales — Gastos para alimentación — Id. para arriendo — Id. para combustible, luz y agua — Id. para vestuario — Id. para movilización — Id. para varios e imprevistos — Id. para deudas y empeños.

Deseamos hacer un alcance con respecto a la tercera referencia del rubro 7º, denominado Alimentación y que se refiere a la calidad de la alimentación. Con vistas a facilitar y simplificar la investigación, propusimos clasificar la calidad de la alimentación de la siguiente manera:

1. Satisfactoria, cuando la dieta cubría satisfactoria y regularmente los requerimientos de los familiares;

2. Insuficiente, cuando se caracterizaba por su déficit en prótidos y vitaminas;

3. Absolutamente insuficiente, cuando la dieta, además de quedar por debajo de los requerimientos necesarios, era irregular y condicionada por el azar

de las posibilidades económicas diarias o eventuales.

Siendo las tres categorías tan notablemente diferenciadas, su manejo permitió una apreciación de orden general sensiblemente aproximada a la realidad exacta, facilitando, por otra parte, la calificación de los casos intermedios.

Resultados obtenidos.

A continuación exponemos en forma resumida la interpretación de los resultados obtenidos en la investigación de los rubros de la encuesta para cada uno de los dos grupos de familias estudiados.

Es razonable admitir que los grupos familiares más numerosos quedan expuestos con mayor frecuencia a la aparición de la distrofia en sus hijos menores de 2 años. Todo nuevo hijo que nace provoca necesariamente un desequilibrio en el presupuesto familiar y agudiza los problemas económicos que afectan a la familia. Considérese la formidable crisis económica que sufre actualmente nuestro país, cuya traducción en el costo de la vida, en alza constante, lesiona hasta los hogares de finanzas estables.

No descubrimos una fehaciente relación entre la constitución legal del grupo familiar y la frecuencia de la distrofia.

El analfabetismo es más frecuente en los padres de distróficos. Si lo consideramos como índice del nivel cultural doméstico, podremos comprender la relación de causa u efecto. El alcoholismo es sensiblemente más frecuente en los padres de distróficos, circunstancia que afirma la observación anterior.

La cesantía es más frecuente en los padres de distróficos y el número de madres que trabajan, desatendiendo por ello la atención del lactante, es mayor para los distróficos.

El estudio de las condiciones locatarias de los 2 grupos de familias comparadas evidencia resultados que nos permiten aceptar que las malas viviendas influyen poderosamente en la aparición de la distrofia.

Las razones de por qué estas características desfavorables de higiene determinan el estado de distrofia, son obvias.

El estudio de la alimentación en los 2 grupos comparados nos permite atribuir a este factor, al igual que al anterior, una importancia de primer orden. Podemos decir con énfasis que un presupuesto diario, per-cápita, para alimentación, inferior a \$ 15, es incompatible con el estado de eutrofia para los lactantes de aquella familia que tal disponibilidad utiliza. Advuértase que nuestro estudio se hizo en 1949 y que en el año en curso el costo de la vida ha aumentado apreciablemente con respecto al anterior.

Hasta los 6 meses de edad los requerimientos alimenticios del lactante pueden quedar adecuada y seguramente cubiertos, sea por el seno materno, sea por los aportes de leche del servicio o por ambos, conjugados, según las condiciones individuales de cada caso. En los dieciocho meses siguientes, la dieta del lactante es inevitablemente influida por la modalidad alimenticia que caracteriza al grupo familiar a que pertenece. Véanse al respecto las referencias relativas a la calidad de las comidas domésticas.

El análisis de las referencias de orden económico en los 2 grupos de familias comparados nos da índices que demuestran la influencia que ejerce sobre el estado nutritivo del lactante las escasas disponibilidades económicas de la familia.

Conclusiones.

1. Es evidente que las condiciones que prevalece en la vida familiar ejercen una decisiva influencia sobre el estado nutritivo del lactante. Si tales condiciones son adversas, la aparición de la distrofia representa un evento prácticamente inevitable.

2. Rigen fundamentalmente las características de la vida doméstica, las condicionan y las determinan, dos factores primordiales:

- a) El factor económico, y
- b) El factor cultural.

Al primero está ligada la capacidad adquisitiva de la familia, que representa la posibilidad de asegurar para sus miembros: habitación higiénica, abastecimientos alimenticios adecuados, vestuario suficiente y el acceso a la cultura y a mejores perspectivas de trabajo y de mayores ingresos.

Al segundo está ligada la capacidad para organizar bien la vida doméstica, reforzar los lazos afectivos, concertar los gastos, dirigir la alimentación y supervigilar los cuidados de los familiares, en especial de los niños, y, particularmente, del lactante.

Si estos dos factores fallan o caen en déficit, la vida doméstica se resiente, en mayor o menor grado, pudiendo llegar hasta el aniquilamiento. Producida esta crisis, su repercusión en el desarrollo del lactante está representada inevitablemente por la aparición de la distrofia.

3. La prevención de la distrofia se hace particularmente efectiva cuando orienta su acción a proteger y rehabilitar a los grupos familiares económica y culturalmente desvalidos de la comunidad. Los consejos educativos de cualquier tipo fructifican y son realmente útiles cuando la vida familiar se desenvuelve en un clima favorable, siendo esta circunstancia la condición básica para que la respuesta familiar al consejo impartido sea positiva.

4. Es evidente que la acción del pediatra en la reparación de la distrofia en el lactante está sujeta a fuertes limitaciones cuando las condiciones de vida del grupo familiar son adversas. Las principales condiciones adversas caen fuera del área de acción médica.

5. Siendo el Servicio Social una herramienta útil para actuar sobre la familia, su rol es preponderante en los servicios abiertos de lactantes y sin él, el Servicio Médico queda prácticamente bloqueado y muchas veces, en el hecho, inoperante.

Esta conclusión es, a nuestro juicio, de primera importancia, ya que nos

obliga a efectuar serios reajustes y rectificaciones en muchos principios vigentes que se relacionan con la estructura, articulación y objetivos de los servicios abiertos de lactantes en nuestro país.

6. El Servicio Social que atiende lactantes debe ser dotado generosamente de recursos que le permitan actuar, con eficiencia y oportunidad, en el evento de rehabilitar una familia en crisis. Por otra parte, todas las iniciativas de nuestra comunidad deben orientarse a la superación, en el plano nacional, del formidable trastorno económico, que afecta cada día y con mayor gravedad a miles y miles de familias chilenas.

Resumen.

Se estudian las causas sociales que pueden influir en la aparición de la distrofia en el lactante por intermedio de

una encuesta realizada en dos grupos de familias, cuyos hijos, en un momento dado de su atención realizada por el Centro Materno Infantil, fueron catalogados como eutróficos o distróficos.

Se comparan estas causas en ambos grupos familiares y se establece que existe una serie de factores sociales que limitan la acción del pediatra en la reparación de la distrofia, especialmente cuando las condiciones de vida del grupo familiar son adversas.

Summary.

The authors studied the social causes that might influence the onset of dystrophy in two groups of families. A comparison of these causes revealed several social factors that limit the pediatricians success specially in groups with a low standard of living.