

Diálogos

La crisis

Dialogamos con la Dra. María Luisa Ageitos

- Médica Pediatra
- Lic. en Salud Pública
- Consultora UNICEF
- Directora PRONAP

Somos todos prisioneros.

*Quien no está preso de la necesidad
está preso del miedo.*

Y los niños son los más prisioneros de todos: la Sociedad, que prefiere el orden a la justicia, trata a los niños ricos como si fueran dinero, a los niños pobres como si fueran basura y a los del medio los tiene atados a la pata del televisor.

Eduardo Galeano

En estos momentos, todos estamos involucrados en una crisis muy profunda, tanto en lo personal como en lo laboral.

¿En qué medida afecta esta crisis a los pediatras de nuestro país?

Los pediatras nos enfrentamos como nadie a la crisis. Casi el 80% de nosotros nos desempeñamos en el sector público. La mayoría de los niños y las familias que atendemos en ese sector son pobres.

Por otra parte la clase media, que dió particularidad a nuestro país, se va empobreciendo en forma creciente. Todos los niños sufren, aunque de diferentes maneras, este flagelo. Algunos ponen en juego su vida, su futuro desde lo biológico y lo psicosocial, otros son afectados por otros aspectos de la crisis siendo víctimas de situaciones de estrés que despiertan temores y síntomas, aunque en éstos no esté en juego la alimentación, el abrigo, la escolaridad.

¿A qué grupo de niños nos tenemos que dedicar en forma prioritaria?

Tenemos que prepararnos para ambas realidades. Todos sufrimos los avatares de esta situación, pero si quisiéramos priorizar, el niño de 0 a 5 años y las embarazadas son la población más vulnerable.

Debemos hacer algo, nuestras competencias profesionales nos dan la posibilidad de adaptar tratamientos, rutinas y procedimientos a un contexto de excepción dentro de una crisis crónica agravada en los últimos seis meses.

¿Qué se puede hacer?

Podemos aprovechar como nunca cada visita al Centro de salud o al Hospital:

- no perder oportunidad de vacunar recordando que las contraindicaciones de vacunar son excepcionales,
- evaluar el desarrollo y el crecimiento en cada contacto,
- educar siempre.

Todo esto, que no es nuevo, se vuelve imperioso en este momento.

Recetar sólo si es imprescindible, ofrecer alternativas de tratamiento, ¿va a poder cumplir esa indicación?, ¿hubo comprensión real de las indicaciones?, ¿a cargo de quién está el niño? Mejorar la comunicación con la familia es una alta prioridad, no nos podemos permitir un fracaso en las indicaciones por falta de comprensión de la madre o por imposibilidad de cumplirlas.

Puede ser necesario reforzar indicaciones con ayuda de otra madre, de un familiar, no es un tema menor. Para realizar la más actualizada y mejor indicación, siempre debemos reinterrogarnos:

- ¿es necesario el tratamiento?
- ¿está demostrada su pertinencia?
- ¿sé, exactamente, cuánto vale esta medicación que indico?
- ¿estoy seguro que es la más barata, sin dejar de ser confiable?
- ¿estamos ante un proceso casi seguro viral, donde el antibiótico sólo va a calmar angustias y crear resistencias?

Pensar dos veces antes de hacer una indicación.

Usar la lapicera para hacer indicaciones, con letra clara, sobre cuidados generales, medios físicos, signos de alarma. O bien nos ayudamos con una hojita impresa, con un cartel en sala de espera, con una voluntaria que usa el tiempo de espera para enseñar desobstrucción nasal, bajar la temperatura con medios físicos, mantener lo más puro posible el aire ambiente en la vivienda a donde enviamos a un niño con IRAB (Infección respiratoria aguda baja), recordar que el brasero, la cocina en la habitación (ranchos, tugurios urbanos, casilla, etc.), el hacinamiento, el tabaco, contaminan el aire ambiente y son factor de agravamiento de patología que puede evolucionar mejor en un ambiente con aire más puro; no podemos cambiar el habitat, pero podemos educar en los factores modificables.

Muchas familias argentinas, lamentablemente, tienen dificultades para alimentar a sus niños, ¿qué podemos hacer nosotros?

La base de la salud es la alimentación: recordemos que la vida y la muerte pueden ser la variable en juego entre un niño amamantado o no, que la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es un seguro de mejor salud y más chances de sobrevivida: riesgo de muerte por neumonía entre amamantado y no: 61 veces mayor en los menores de 3 meses y 17 veces en los mayores. Riesgo de muerte por diarrea: 21 veces mayor. Menor incidencia de OMA, etc.; no es un tema secundario, es un tema donde un niño se juega la vida.

Los pediatras debemos intentar que todos los niños sean amamantados y vencer a sus madres de mantener y prolongar la lactancia todo el tiempo que sea posible.

Vale quizás recordar de donde viene la palabra Kwashiokor (que esperábamos no volver a oír) es el síndrome de malnutrición severa por déficit proteico calórico que fue descrito en África en el 2º año de la vida coincidiendo con el período de dieta transicional pobre en proteínas (con calorías aportadas por hidratos de carbono), infecciones repetidas y asociada a veces al trauma síquico del destete brusco.

Hasta ese momento el niño recibía proteína humana (proteína de referencia) del pecho materno.

Es imprescindible mantener la LM hasta los 2 años o más (OMS-UNICEF 2002) incorporando alimentación complementaria a partir del sexto mes, con densidad energética adecuada.

¿Las mamás tienen, en esta crisis, más inconvenientes que antes para mantener la lactancia en sus bebés?

Seguramente, pero las mamás que amamantan deben ser especialmente consideradas en la comunidad, conseguir ubicación en comedores comunitarios, programas de complemento alimentario, conseguir comida para la madre y no destetar al niño!!!!

En los Centros de salud, vale la pena analizar en grupo algunas recetas simples adecuadas a la disponibilidad local (al pie aportamos algunas), insistir que la alimentación incluye el cuidado, el afecto, el amor, las palabras de cariño y aprobación, esto hace que los bebés acepten mejor el alimento. Vigilar de cerca, con controles de peso y talla, estos primeros 24 meses es un imperativo ético.

Pidamos ayuda para citar al que no volvió, cuando mayor es el riesgo de su familia por falta de educación, indigencia, exclusión, mayor es nuestra responsabilidad.

No podemos cambiar la realidad desde nuestro consultorio, sí podemos aplicar lo que sabemos y creativamente buscar

atajos para proteger a los más débiles. Nuestra gente es solidaria y en esto vale todo: las vecinas, la Iglesia, los cultos, la escuela, la FM local, los bomberos o la curandera...

Tenemos que averiguar como nunca antes, qué recursos locales hay para orientar a las familias: ¿hay programas de huerta comunitaria? ¿Hacemos campeonatos de recetas baratas?, ¿hacemos razonar entre el costo de una gaseosa y un arroz con leche? o ¿entre el precio de 1 yogurt y 1 litro de leche? ¿Cuánto cuestan los 25-30 gramos de hígado que necesitamos agregar a un puré para enriquecer una papilla? ¿Cuánto cuesta 1 huevo en comparación con 1 manzana? ¿Cuál es su valor nutritivo?

Podemos usar leche fortificada con Fe si es que ya está disponible en los centros de salud para enriquecer papillas, preparar cereales con leche, teniendo la precaución de no hervirla más de 5 minutos y de no mezclarla con mate cocido o té.

Pese a las dificultades, hay que volver a hablar del agua segura!! No olvidar las 2 gotas de lavandina, el lavado de manos, la higiene del lugar!!

¿Tenemos agentes sanitarios? ¿Vecinas? ¿Manzaneras, comadres que pueden multiplicar nuestras recomendaciones? Pidamos ayuda.

¿Tenemos algún rol ante las embarazadas?

El 96% de los partos en nuestro país son institucionales. Las mujeres, por ellas o por sus hijos, se ponen en contacto con el sistema de salud, no perdamos la oportunidad de recomendar los controles, los exámenes, la alimentación adecuada, el evitar tabaco y alcohol.

La madre nodriza también es beneficiaria de programas de dación de leche y es necesario educarla en que ella debe consumirla.

Muchos chicos de sectores carenciados comen una sola vez por día fuera del hogar, en la escuela, en la parroquia, en comedores comunitarios.

¿Qué papel debe jugar el pediatra?

Los pediatras nos deberíamos acercar a estos lugares para ver en qué podemos ayudar, seguramente el asesoramiento sobre alimentos disponibles y mínimas normas de higiene serán unas intervenciones necesarias. Ayudar a conectarse con las nutricionistas de la zona o de nuestro equipo, seguramente también colaborará con la tarea comunitaria.

Evitar la desnutrición infantil debe ser nuestro objetivo, aún en medio de las dificultades que conocemos; proponer, asociarnos, buscar aliados para que la comunidad que asistimos, la población de que somos responsables, los niños que concurren y los que iremos a buscar no jueguen su futuro; sabemos que la desnutrición crónica y la vulnerabilidad a trastornos psicológicos y de aprendizaje se verán en un futuro próximo.

¿Qué puede hacer un pediatra cuando detecta un niño cuyos padres están desocupados, en una situación de desesperanza y desesperación?

Una primera cosa que puede hacer es averiguar si el padre o la madre está anotado en el Plan Jefas y Jefes de hogar desocupados. Para esto van a necesitar el CUIT o CUIL. Si no lo tienen los podemos ayudar a sacarlo desde cualquier PC con acceso a Internet desde el Centro, el Hospital o un locutorio. Al pie le damos un par de datos útiles.

Los pediatras, cada vez atendemos más chicos que se encuentran anémicos, ¿esto está siendo una realidad? ¿Cómo operar sobre ella?

Sí, recordemos que la anemia es prevalente y aumenta el riesgo de infecciones y disminuye el potencial cognitivo a futuro. Tenemos que tener en cuenta esta situación: 1 de cada 2 chicos es anémico.

¿Sabemos si hay Fe en el Centro?, ¿lo pedimos?, ¿lo usamos?, ¿sabemos cuál es la dosis?

Tenemos delante nuestro a mujeres en edad fértil, probablemente, 1 de cada 3 sean anémicas: ¿hablamos del tema?, ¿las orientamos a estrategias posibles? ¿Toman Fe? ¿Comen morcilla o hígado?

Muchos pacientes usan alimentos que nosotros desconocemos pero que antes de descalificar debemos averiguar cuál es su valor, y damos ejemplos: piñones que usan los mapuches, guasuncho que comen los criollos, y quinoa los aborígenes del Norte, ranas y nutrias, vizcacha, liebre o mulita. Podemos inducir el consumo de algunos alimentos que se dan en algunas zonas: mango, palta, cítricos, mandioca...

¿Cómo influye la publicidad en la alimentación?

Tenemos que neutralizar mensajes comerciales que están destinados a la clase media urbana (o sus restos!!) y que hablan del peligro del colesterol, de los lácteos descremados, y que las familias a veces tratan de aplicar a sus hijos. La desinformación publicitaria es otro tema que nos vemos obligados a tomar por la falta de esclarecimiento oficial sistemático histórico sobre el tema... es lo que la situación nos lleva a hacer... (En un importante estudio el 75% de la población urbana se informa sobre salud a través de la TV, solo un 15% o menos a través de los médicos, hemos dejado el campo... debemos recuperarlo, ya no es un problema de uso del presupuesto sino de supervivencia).

¿Cuál es el rol del pediatra en relación a los niños de la calle?

Cada vez más niños ejercen la mendicidad, el cirujeo, la prostitución... colocar en el centro de la agenda social estos temas, no es fácil, pero vale la pena intentarlo.

¿Cuál es la problemática particular de los niños de la clase media en este contexto?

Los niños "ricos", son víctimas tam-

bién de situaciones familiares de caída de recursos familiares por desocupación y con familias menos entrenadas para hacer frente a la situación que los pobres estructurales. Los niños están pasando por nuevas experiencias: violencia creciente, asaltos, asesinatos, secuestros, en el barrio, a lo mejor en la familia, y enterados de todo por los noticiosos que los niños comparten con la familia a partir de los 4 o 5 años.

Estas tensiones pueden dar síntomas como respuesta al estrés, estos trastornos se pueden dar en niños y adolescentes y a veces son la respuesta a los síntomas de sus propios padres, deprimidos y afectados por problemas diversos derivados de la crisis.

La creciente violencia y el incremento de las muertes violentas pone a los niños ante la dificultad de comprender la muerte de forma brutal y repentina. Las reacciones familiares a los problemas cada vez más graves por la caída de otros miembros de la familia que servían de apoyo en la crisis crónica y ya no lo pueden hacer, llevan en forma creciente a violencia doméstica contra la mujer y los niños, al alcoholismo y las adicciones: tabaco y drogas lícitas e ilícitas.

¿Estos problemas se reflejan en la clínica?

Si, muchas veces se suman mudanzas, cambio de escuelas, pérdida de entretenimientos o clases complementarias, todas estas situaciones dan origen a inseguridad, sensación de vulnerabilidad, reacciones de ansiedad, trastornos del sueño, problemas de aprendizaje, a veces se tornan agresivos, revoltosos, reactivos a la disciplina familiar o escolar.

La violencia callejera y el temor de los padres a las situaciones que pueden enfrentar con ellos, incrementa ansiedades paranoides que deben ser motivo de explicitación en la consulta para ponerlas en su debido término y aconsejar acerca de estrategias familiares y escolares de neutralización de los efectos que

esto puede ocasionar. Ante todo aclarar a familiares y maestros que son normales las reacciones al estrés, es importante ayudar a comprender y analizar con él o ella su interpretación acerca de lo que le está pasando, garantizar el amor parental y su derecho a recibir ayuda y comprensión por parte de los adultos que lo rodean. Los acontecimientos causantes de estrés suelen aparecer en los juegos de los niños, otras veces aparentan tranquilidad o indiferencia y es necesario detectar algunos cambios de comportamiento que pueden estar canalizando la situación traumática: apego ansioso a uno u otro familiar, temen ir a dormir, lloran o gritan cuando están solos, pueden tener manifestaciones regresivas: perder el control de esfínteres, retroceso en el lenguaje, trastornos del sueño, pesadillas, terrores nocturnos, miedo ante situaciones cotidianas. Tratar de sostener las rutinas cotidianas en el hogar y evitar la desorganización en el aula, contribuyen a dar un marco de seguridad.

¿Repercuten en la escuela estos problemas?

Los niños en edad escolar pueden dar síntomas más relacionados con la escuela como falta de atención, inestabilidad, trastornos de aprendizaje, dolores, mareos, problemas físicos sin causa manifiesta que están canalizando la ansiedad o depresión. Es importante mantener la escolaridad de todos modos.

Trabajar en conjunto con los maestros es una intervención posible.

¿La problemática de la adolescencia normal parecería estar complejizándose a partir del contexto social actual?

Seguramente desde varios ángulos. En la clase media la adolescencia es la típica etapa en la que el niño o la niña comienza a salir del seno de la familia,

comienza a armar programas con sus pares, ir a alguna fiesta, al cine, a la casa de amigos. Paradójicamente, y debido a la inseguridad reinante, los padres comienzan a ejercer en esta etapa mayor control: no quieren que tomen solos el colectivo, los llevan y traen a todas partes. Casi ninguna actividad que genera autonomía y responsabilidad es permitida por los adultos. La mayoría de las veces esto genera conflictos al interior de la familia. Muchas veces los chicos son conscientes de los riesgos. Muchos adolescentes urbanos han sufrido personalmente o a través de algún amigo o amiga un hecho de violencia, les han robado dinero en el colectivo, las zapatillas o la campera al salir de la escuela o el club. Ayudar a los chicos y a sus padres a anticipar posibles situaciones de riesgo y estrategias para enfrentarlas no evitará que les pase pero los encontrará más preparados y atentos para que el hecho, si ocurre, les deje menos secuelas.

¿Qué pasa con los chicos que están transitando la adolescencia? ¿Cómo los podemos ayudar?

Los adolescentes afectados y desesperanzados por la crisis al tener mayor capacidad de comprender se sienten afectados, desorientados, impotentes, suelen verse obligados prematuramente a asumir roles adultos. Algunos pueden reaccionar con agresividad, retraimiento, trastornos sicosomáticos, vinculación con grupos violentos o consumidores de alcohol y drogas. Los líderes comunitarios, docentes, religiosos, deportivos, y la propia familia son la posibilidad de red de contención.

Todos somos dañados por la crisis, tratemos de compartir, no de aislarnos, de cuidarnos.

Mucho por hacer, grandes dificultades, responsabilidad creciente. No estamos en una situación fácil, pero es la que nos toca atravesar y la que deberemos remontar.

Datos útiles:

- www.anmat.gov.ar
- www.desarrollohumano.gov.ar ó 0 800 222 2220
- w.w.w.siempro.gov.ar/novedades/progjdh/jefas%20y%20jefes%20de%20hogar.pdf (formulario único para ingresar al Plan Jefes y Jefas de hogar)
- www.havasmedimedia.com.ar (Vademecum)
- Si en la comunidad en la que se desempeña están interesados en armar una huerta, le sugerimos que se comunique con la delegación del INTA de su zona, que tienen un programa de asesoramiento con más de 25.000 emprendimientos en todo el país. El e-mail de PROHUERTA es: prohuer@correo.inta.gov.ar

Ejemplos de recetas para trabajar con las madres tomadas de "Guía de alimentación para niños sanos (0 a 2 años) SAP, 2001"

Papillas para los 6 meses, 1 comida diaria.**1. Papilla de carne, papa y zapallo. Fruta**

Carne	1 cuchara sopera colmada (hígado de vaca rallado para lograr consistencia suave)	25 g
Papa	1 papa chica	120 g
Zapallo	1/4 de taza	50 g
Aceite	2 cucharitas de té	8 cc
Fruta	1/2 fruta chica	50 g

Valor calórico total: 260 calorías

Costo: \$

2. Papilla de polenta y carne. Fruta

Carne	1 cuchara sopera colmada	25 g
Polenta	3/4 de pocillo	50 g
Aceite	1 cucharita de café	3 cc
Fruta	1/2 fruta chica	50 g

Valor calórico total: 260 calorías

Costo: \$

Papillas para los 8 meses, 2 comidas diarias.**1. Pastel de zapallo y carne. Fruta**

Carne	1 cuchara sopera colmada	25 g
Zapallo	1 taza	150 g
Aceite	1 cucharita de café	3 cc
Fruta	½ fruta chica	50 g

Valor calórico total: 150 calorías

Costo: \$

2. Fideos con carne. Fruta

Fideos o cereal	½ pocillo	20 g
Carne	1 cuchara sopera colmada	25 g
Aceite	1 cucharita de café	3 cc
Fruta	½ fruta chica	50 g

Valor calórico total: 160 calorías

Costo: \$

Papillas para los 9-11 meses, 3 comidas diarias.**1. Papilla con leche**

Leche (fortificada/entera de continuación)		150 cc
Pan o cereal	1 rebanada de pan o 2 cucharadas al ras de cereal	20 g
Azúcar	1½ cucharitas de café	8 g

Valor calórico total: 150 calorías

Costo: \$

2. Budín de vegetales y carne. Fruta

Carne	1 cuchara sopera colmada	25 g
Vegetales	1 taza colmada de vegetales (zapallo, papa, batata)	200 g
Aceite	1 cucharita de café	3 cc
Fruta	½ fruta chica	50 g

Valor calórico total: 170 calorías

Costo: \$

3. Guiso de arroz y pollo. Fruta

Pollo	1 cuchara sopera colmada	25 g
Arroz	½ pocillo	20 g
Aceite	1 cucharita de café	2 cc
Vegetales	½ taza (vegetales verdes, cebolla, ají, calabaza)	100 g
Fruta	½ fruta chica	50 g

Valor calórico total: 190 calorías

Costo: \$

