

Torresani, María Elena (diciembre 2004). *Malnutrición infantil : Implicancias psicobiológicas*. En: Encrucijadas, no. 29. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubasibbi.uba.ar>>

MALNUTRICION INFANTIL (II)

IMPLICANCIAS PSICOBIOLOGICAS

Aunque Argentina es capaz de producir y abastecer de alimentos a varias veces el total de su población, el 60% de los niños de nuestro país no tiene garantizada su alimentación básica. Las causas de la malnutrición infantil deben buscarse en una espiral de factores socioeconómicos, culturales y psicológicos que resultan, una vez más, de una injusta distribución de la riqueza.

María Elena Torresani

Jefa de TP, Cátedra de Dietoterapia del Niño de la Carrera de Nutrición, Facultad de Medicina, UBA.

Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Nutrición.

Argentina es un país con una amplia y variada disponibilidad de alimentos, que presenta una estructura de dieta propia de los países desarrollados, y además una industria alimentaria y un sector de comercialización moderno y ampliamente distribuido. Sin embargo, las condiciones sociales y económicas de un amplio sector de la población muestran un franco deterioro, comprometiendo el derecho a la seguridad alimentaria y la salud pública actual y futura.

Los cambios macroeconómicos que se produjeron a partir de principios de 2002 acentuaron el crecimiento de la pobreza e indigencia, con repercusiones directas en la seguridad alimentaria de los hogares [1].

La situación actual de crisis, con un aumento significativo de la población bajo la línea de indigencia y, por lo tanto, con un alto riesgo de desnutrición infantil, se instala sobre un escenario de transición avanzada, donde en el otro extremo se presenta, a largo plazo, la tendencia hacia el aumento de la obesidad infantil y adolescente.

Bajo la perspectiva de salud pública, se debe tener en cuenta que los países en desarrollo tienen una doble carga creciente de enfermedad: las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la mortalidad infantil, junto con las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la alimentación, tales como sobrepeso, obesidad, dislipemias, hipertensión arterial, entre otras. Esta doble carga acarrea consecuencias económicas y sociales muy graves [2].

El sistema agroalimentario de Argentina produce alimentos para abastecer los requerimientos calóricos mínimos de 262 millones de personas y exporta el equivalente a 8370 calorías diarias por habitante. Sin embargo, el consumo real de alimentos de los hogares más pobres dista ampliamente de esta disponibilidad. Además, la estructura de la alimentación es monótona, con una alta proporción de calorías provistas por panificados y cereales y un bajo consumo de hortalizas, frutas y lácteos.

En los demás países del mundo que también padecen la crisis del hambre, en general se tiene la teoría que el problema es por diferencias entre el crecimiento de la población y la producción de alimentos. Sin embargo, en nuestro país la producción de alimentos crece más rápido que la población: el problema es de distribución de la riqueza. Si los recursos fueran distribuidos con mayor justicia no habría hambre ni desnutrición en el mundo. Sin duda, frente a la crisis desatada en el país a partir del 2002, los hogares pobres, que son los que proporcionalmente más gastan en alimentos, fueron los que más padecieron. A pesar de ello, si bien la situación actual lo agudizó, la desnutrición infantil no es un problema nuevo [3].

La desnutrición a través de los años

La desnutrición infantil no existió siempre como problema médico: fue identificada como enfermedad pediátrica recién en el siglo XX. Esta omisión se explica, según la antropóloga Nancy Sheper Hughes, por la incapacidad de ver el hambre como la relación social que estaba detrás de la consumición infantil, asociándola a algún defecto congénito o inherente a la constitución de los niños. El descubrimiento de la desnutrición infantil, identificada como enfermedad pediátrica, tuvo lugar recién en 1933, cuando médicos británicos que trabajaban en las colonias la descubrieron como una enfermedad tropical. La naturalización y normalización de la mortalidad infantil, hasta entrado el siglo XIX, hizo que permaneciera oculta como problema social y sanitario en el que el Estado tenía que intervenir [4]. A partir de 1970, el término comienza a difundirse como enfermedad pediátrica (anteriormente se hablaba de enfermedades de asiento incierto) y fue incluida desde 1978 por los organismos internacionales para ser abordada desde la atención primaria de la salud.

Desde el sector salud se percibe a la desnutrición como multicausal y compleja, en la que interactúan factores socioeconómicos, culturales y psicológicos, asociados a la causa principal que es la falta de recursos económicos suficientes para realizar una alimentación equilibrada. Pobreza-infección-desnutrición aparecen íntimamente relacionadas. La Argentina parece ser un ejemplo extremo en la estadística de pobres sobre la población total del país.

El actual escenario de la pobreza argentina abarca un universo de 20 millones de personas (más de la mitad de la población), de los cuales 8 millones son indigentes. La última encuesta nacional de nutrición en la Argentina es de 1996 y afirma que la desnutrición afectaba al 13 % de los niños. En el 2001, entre el 11 y el 17 % de la población infantil presentó algún grado de desnutrición, siendo las regiones más castigadas el noroeste y el noreste del país. Como consecuencia de la última crisis del año 2002, la desnutrición infantil superó el 20 %. Hoy uno de cada cinco niños en la Argentina padece desnutrición y en el Gran Buenos Aires, el 60 % de los niños no tienen garantizada su alimentación, aunque no todos estén desnutridos [5].

Si bien no existe información concluyente acerca del impacto de la crisis sobre la situación nutricional de los niños, según el Ministerio de Salud de la Nación y el CESNI (Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil), el retraso de crecimiento es más prevalente que la desnutrición aguda, y sus prevalencias no serían muy diferentes a las halladas en 1996. Esto conduce a suponer que los niños argentinos no están comiendo mucho menos, pero sí seguramente peor que antes de la crisis. El aumento significativo de precios que sufrieron los alimentos afectó especialmente a productos que determinan la calidad o densidad nutricional de la dieta [6].

Implicancias psicobiológicas de la malnutrición

Es fundamental, a la hora de la planificación, conocer si la malnutrición es un obstáculo tan importante para el desarrollo nacional como para justificar una redistribución de los recursos actualmente dispuestos para otras necesidades. Para ello es necesario saber cuál es la trascendencia histórica de la enfermedad y cómo afecta el deterioro nutricional a la habilidad y capacidad del individuo para ofrecer una contribución significativa a la sociedad y a su vez beneficiarse de ella.

La valoración de una relación verdaderamente causal entre la malnutrición a una edad temprana y las consecuencias psicobiológicas a largo plazo es altamente compleja. Las manifestaciones más frecuentes de desnutrición se inician con un bajo peso de nacimiento y continúan con un acortamiento de la talla ya instalado desde el primer año de vida. También son frecuentes las deficiencias múltiples de nutrientes en los primeros años de vida. La alimentación de por lo menos un tercio de nuestros niños pequeños – pobres y no pobres– no cubre los requerimientos de hierro y calcio y en menor medida, zinc y vitamina A. Es lo que se denomina “desnutrición oculta”, que no sólo afecta al tamaño corporal, sino a múltiples funciones biológicas. Cuando esto sucede durante los tres primeros años de vida y si se acompaña con las desventajas que implican el hecho de ser un niño de la pobreza, el impacto se traduce en niños que crecen menos, se mueven y juegan menos, se enferman más frecuentemente y disminuyen progresivamente sus posibilidades futuras de educabilidad, especialmente a partir del segundo ciclo del EGB que es cuando aumentan las exigencias escolares [6]. Un menor peso de nacimiento se asocia a un mayor riesgo de morir en el período neonatal y a un mayor riesgo de desnutrición y/o muerte en el primer año de vida.

La menor talla y el menor perímetro craneano son marcadores importantes de la privación ambiental que se asocia al retraso de crecimiento. Esta es la forma más prevalente de desnutrición en el mundo. Una talla baja se asocia a un desarrollo cognitivo anormal, a una menor masa muscular y a menor actividad física en la vida temprana y en la adultez. Las consecuencias finales para la población adulta también serán una menor talla y envergadura física, una menor capacidad intelectual, una menor masa muscular y menor capacidad de trabajo físico.

La deficiencia asociada de energía, proteínas y micronutrientes en la infancia lleva a un menor crecimiento somático, en especial cuando se produce en las primeras etapas de la vida, en que la velocidad de crecimiento es mayor. La recuperación nutricional es capaz de mejorar sólo parcialmente lo perdido. Dentro del compromiso somático adquiere especial relevancia el efecto sobre el sistema nervioso central. Existe gran dificultad para diferenciar hasta qué punto el compromiso de las funciones cerebrales es un producto directo de las deficiencias nutricionales o si éste se debe al ambiente de privación que habitualmente acompaña a la desnutrición.

El ambiente en donde viven los lactantes y niños en riesgo de desnutrición es altamente negativo para el desarrollo mental. Independientemente de la presencia o ausencia de un episodio previo de malnutrición clínica severa, los niños que viven en este ambiente presentan grandes probabilidades de tener escaso rendimiento, no sólo en las pruebas de inteligencia, sino también en numerosas funciones psicobiológicas. A su vez, un episodio superpuesto de desnutrición severa aumenta las posibilidades de presentar un rendimiento más bajo que los característicos de los ambientes pobres.

La malnutrición severa se determina por la interacción de circunstancias nutricionales y

socioculturales desfavorables, y empieza lo que se podría llamar un “efecto espiral”: ambiente social deteriorado, frecuencia elevada de infecciones, falta de alimentos y sistemas inadecuados de cuidados infantiles, combinados con falta de concientización de la importancia de la estimulación para el desarrollo cognoscitivo e intelectual, conducen finalmente a lo que se llama “malnutrición”.

Todo ello se traducirá en individuos con retraso en el desarrollo mental, riesgos de fracasos escolares y mal adaptados a las exigencias sociales. Estos individuos serán, a su vez, más propensos a criar a sus hijos en condiciones poco satisfactorias y de un modo inconscientemente programado para producir una nueva generación de individuos malnutridos: una consecuencia psicológica a largo plazo de la malnutrición, causada por este efecto espiral.

¿La prevención es posible?

Poder detectar en la edad temprana de la vida a los grupos vulnerables y aun a los individuos que presentan la predisposición ambiental o genética para desarrollar determinadas enfermedades relacionadas con la alimentación permite ofrecer la posibilidad única de una intervención temprana, desde el momento de nacer o aún antes. La nutrición pre y postnatal tiene efectos importantes sobre el crecimiento somático y el desarrollo mental del ser humano. Aun la nutrición intrauterina tiene efectos demostrables sobre el peso del adulto y la prevalencia de obesidad.

Si se tiene presente que “el niño de hoy será el adulto de mañana”, el papel de la nutrición infantil como estrategia preventiva en la mejoría de la salud y nutrición de la población adulta no puede ser ignorado. Esta estrategia de nutrición y salud preventiva debe incorporar la intervención desde el inicio del ciclo vital. Los efectos son mayores y los costos menores cuando se actúa en forma temprana.

Una nutrición temprana no sólo condiciona el crecimiento somático, sino también el desarrollo funcional de diversos órganos incluido el sistema nervioso central. No es probable que los niños, el día de mañana, puedan recuperarse totalmente de las pérdidas experimentadas antes de los 5 años, incluso en condiciones ambientales ampliamente mejoradas. Puede ser simplemente un asunto de oportunidades perdidas. Ante una buena recuperación nutricional, los retrasos en el desarrollo desaparecen con el tiempo, y los que han sufrido malnutrición alcanzan niveles parecidos de competencia pero a una edad más tardía. La implicancia de este retraso en el tiempo podría verse como un riesgo, de no ser capaz de mostrar la competencia esperada a una edad cronológica determinada. El resultado neto será una pérdida de oportunidades para un aprendizaje más avanzado y un mejor nivel de vida.

Las inversiones en una mejor salud y nutrición en la vida temprana deben ser consideradas como la mejor manera de romper el ciclo de la pobreza de las poblaciones marginales en el mundo en desarrollo. Un buen crecimiento físico es un prerequisite para un buen desarrollo mental y para un buen desempeño educacional. Sólo así se logrará aumentar la productividad real de una población y se asegurará un desarrollo económico sostenible.

Y el impacto sobre el crecimiento y el desarrollo intelectual de los niños se logrará cuando las intervenciones se concentren en el embarazo y los primeros dos o tres años de vida, no más allá [6].

Por otro lado, en cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, sin duda su tratamiento resultará mucho más costoso que las estrategias preventivas. Favorecer el tratamiento antes que la prevención es un error que ya cometieron los países desarrollados. La infancia y la adolescencia son tiempos cruciales para esta prevención [2].

Conclusiones

Desde el equipo de salud se plantea que la desnutrición es una realidad problemática, difícil de abordar y de evaluar. Sin embargo, se deberá luchar para darle igualdad de oportunidades a todos los niños y jóvenes, y así de esta manera cumplir con la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la cual es ley y fue incorporada en nuestra Constitución Nacional desde 1994. El Estado entonces deberá ser garante de la equidad e igualdad de oportunidades para la infancia.

Pero muchas veces trabajar en desnutrición genera angustia, conflictos, impotencias frente a causas que no se pueden modificar. Nos enfrenta a cuestionamientos morales, a dilemas éticos a la hora de intervenir.

Comprender sin juzgar, pero sin aceptar como inmodificable la realidad y sin abandonar nuestra responsabilidad social y profesional, seguramente será el difícil camino que, con limitaciones, ambigüedades, avances y retrocesos deberemos seguir recorriendo [7]. Este camino deberá ser construido entre todos y cada uno de los sectores de la sociedad y de la política.

Notas

[1] Britos, S., "La alimentación en tiempo de crisis. Intervenciones sociales en relación con los precios de alimentos". Archivos Argentinos de Pediatría, 100 (5), 2002.

[2] Calvo, E. B., "Obesidad infantil y adolescente: un desafío para la prevención". Archivos Argentinos de Pediatría, 100 (5), 2002.

[3] O'Donnell, A.; Britos, S., "CESNI, la crisis, el hambre y el mañana". Boletín CESNI. Vol. 12, 2002

[4] Sheper Hughes, N., La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona, Ariel, 1997.

[5] Nazr, R., "La nutrición infantil: una deuda del país con el Norte Argentino". Archivos Argentinos de Pediatría, 102 (2), 2004.

[6] Britos, S.; O'Donnell, A., "Iniciativa Cuchara, Tenedor y Cuchillo, en casa". Boletín CESNI, Vol. 13, 2003.

[7] Cattáneo, A., "Alimentación, salud y pobreza: la intervención desde un programa contra la desnutrición". Archivos Argentinos de Pediatría, 100 (3), 2002.