

ESTREÑIMIENTO: UNA EPIDEMIA PROGRAMADA

EDUARDO A. CUETO RUA, M.D.¹

RESUMEN

"A título provisional considero con zoólogos y anatómicos que el hombre tiene más de mono que de ángel y carece de títulos para envanecerse y engreírse" Santiago Ramón y Cajal. El estreñimiento es un problema vinculado a la cultura y al medio ambiente. Si no se cambia el mundo exterior (medio ambiente), no se puede cambiar el medio interior (tracto digestivo). No hay animales estreñidos en el Reino Salvaje. La aganglionosis o Enfermedad de Hirschprung, afecta a 1 de cada 6000 recién nacidos. El 5% de las consultas pediátricas son por estreñimiento. Decir estreñido dietético o cultural, da una idea de que un cambio de dieta o de cultura (o actitudes) no brinda una solución al problema.

Palabras claves: Estreñimiento, Cultura, Niños

INTRODUCCIÓN

Desde que me inicié como Pediatra y Gastroenterólogo, trabajé con energía en los problemas que estaban vinculados, a la cultura y al medio ambiente. Inicialmente me ocupó la problemática del celíaco, entendí que había tres culturas que habían motorizado al mundo, Asia con arroz, América con maíz y mandioca, y Europa con trigo. Nosotros somos en nuestra mayoría descendientes de europeos, aunque nuestra América tenga "milenios de indio y centurias de español", al decir de Felix Luna. Europa nos ha dejado sus virtudes, idioma, valores, credos, hábitos, pero también defectos e intolerancias, una de ellas era la celiaquía. Para tratarla, sólo había que cambiar de cultura, vale decir comer el arroz de Asia o el maíz de América. Tiempo después me dediqué al tratamiento de las Parasitosis Intestinales. Un problema más

SUMMARY

"A provisional title with zoologists and anatomical consider that the man has more than monkey angel and no titles to boast and conceited" Santiago Ramón y Cajal. Constipation is a problem related to culture and the environment. Failure to change the outside world (environment), you can not change the internal environment (tract). No animals in the Wild Kingdom constipated. The aganglionosis or Hirschsprung's disease, affects 1 in every 6000 newborns. 5% of pediatric visits are for constipation. To say dietary or cultural constipated, gives an idea that a change of diet or culture (or attitudes) does not provide a solution to the problem.

Key words: Constipation, Culture, Children

ambiental-cultural que médico-terapéutico. Si no se cambiaba el mundo exterior (medio ambiente), no podíamos cambiar el medio interior (tracto digestivo). El tratamiento de esta enfermedad, era el tratamiento del medio ambiente donde vivíamos. Finalmente y en la actualidad, con la problemática del estreñimiento, la decisión de enfermedad cultural fue más sencilla. No hay animales estreñidos en el Reino Salvaje. El único animal que se estríe, es el hombre. En este artículo de estreñimiento, seré breve en las consideraciones sobre la aganglionosis o Enfermedad de Hirschprung; lo haremos más adelante, la razón es simple, afecta a 1 de cada 6000 recién nacidos. Podemos hacer la siguiente observación: En 24000 recién nacidos, habría 4 casos de aganglionosis. Uno se diagnosticó en el primer mes de vida, dos antes de los 6 meses y uno sólo se diagnosticará mas tarde y se encontrará en medio de la población que nos consulta por dificultades en la defecación. En otro orden, el 5% de las consultas pediátricas son por estreñimiento. Recordemos que tenemos 24000 recién nacidos en seguimiento, lo que significa que habría 1200 que podrían consultar (a un pediatra general) por este problema y dentro de estos 1200 niños, uno sólo que sería el que padece enfermedad de Hirschprung. Si sumamos

¹Profesor Catedra "A" Facultad de Ciencias Médicas UNLP Jefe de Servicio de Gastroenterología. Hospital Interzonal Especializado de Agudos Sor María Ludovica. La Plata Provincia de Buenos Aires. Argentina

a esta causa una prevalencia parecida para el año anterior, tendríamos 2 causas orgánicas de estreñimiento y 1198 estreñidos por causas que bien deberíamos denominar culturales o ambientales mas que funcionales, ya que este término ampliamente difundido parecería insinuar que nuestro paciente "funciona" así. Contrariamente decir estreñido dietético o cultural, da una idea de que un cambio de dieta o de cultura (o actitudes) no brindaría una solución al problema.

EL MENSAJE ANCESTRAL

Valen algunas consideraciones antropológicas. Somos los sobrevivientes de 3'650.000 años, en la versión de los que sostiene a Australophytecus afarensis como nuestro origen, y de 7'000.000 de años en la sostiene que el cráneo de Toumai representa el primer "Homo" del largo camino de la evolución¹⁻⁴. Este último presenta una combinación de características primitivas y avanzadas: su cavidad craneana es similar a la de los monos, pero la cara y los dientes -en particular, los caninos- son pequeños, más parecidos a los de un ser humano. Posee arcos superciliares prominentes, una característica no observada salvo en el homo primitivo. Esto podría significar que Toumai representa un ancestro muy antiguo y directo del Homo, según se lee en la Revista Nature⁵. Cualquiera sea el origen, somos "la especie elegida" y la más desarrollada y fecunda sobre la Tierra. La suma de todos los hombres supera en peso a todas las otras especies. Se adaptó y habita en todos los climas⁶. Como un efecto de la evolución, se ve que las enfermedades se presentan generalmente con una frecuencia de 1:1000, 1:5000, 1:10000 nacidos vivos. Mas aún, la "normalidad", es la "norma", la enfermedad la excepción. Hace 3'650.000 años que el hombre camina, crea, come y evacua sobre la faz de la tierra, ¿cómo se explica entonces que entre el 5 y 10% de la población tengan dificultad con la última función y que entre pediatras gastroenterólogos esté entre el 20 o el 25% de los motivos de consulta?. Decidí trabajar con dedicación por los niños estreñidos, por los niños que tenían dificultad en eliminar la materia fecal construida por la dieta,

por los niños que se manchan con heces, por los niños que tienen vergüenza de si mismos. Cualquiera de los que estamos leyendo esta nota, llevamos 3'650.000 años de evolución, experiencia inmune y genética. Si vemos las mandíbulas de nuestros ancestros y prestando atención a sus dientes, podemos deducir por sus pequeños colmillos, la carne no fue su principal alimento. Los grandes colmillos de los carnívoros, permiten mover la boca sólo de arriba para abajo como por una "guía". El homínido, al tener colmillos pequeños, puede trabajar con su mandíbula en sentido lateral. Con los molares, muele granos y hojas. Debemos notar y hacer notar, sin embargo, que desde la época de Australophytecus hasta hoy, en boca tenemos 4 dientes para carne, 8 para verduras y frutas, 20 para granos y ninguno para masticar leche. Singular y sorprendentemente Australophytecus tenia hace millones de años la proporción de dientes para comer la proporción de alimentos expresados en la moderna pirámide nutricional⁶⁻¹¹.

UN PLANTEO "HETERODOXO" DEL PROBLEMA

Nos iniciamos en el tratamiento del estreñido hace más de 25 años, y desde hace poco más de 15 años indagamos sobre los hábitos de los padres, la estructura familiar, las costumbres, la alimentación, el entorno, la instrucción y su trabajo, los hábitos del niños, la existencia de mascotas, el uso de objeto transicional y los alimentos preferidos, en todos los pacientes que concurren a nuestro consultorio. Vale decir, procuramos en la medida de nuestras posibilidades, no hablar del enfoque biopsicosocial del paciente que nos consulta, sino aplicarlo. Esto nos ha permitido hacer observaciones epidemiológicas del estreñido y de su familia. Sabemos que el hombre (casi siempre) habla el idioma de la madre y no sólo el de las palabras sino el de los gestos, hábitos, valores, costumbres y alimentación. Entendimos, que si observábamos a los padres, podíamos saber o interpretar mejor la conducta (también alimenticia) del niño^{9,10}. Aunque piensen que es una exageración, podríamos afirmar que el mundo se puede dividir de muchas formas, pero

una muy atinada sería entre los que controlan los esfínteres por un lado y por otro los que no lo controlan. Los primeros andan libres por el mundo, son los que viven en pareja, hacen el amor, disfrutan de su cuerpo, se realizan personalmente. Los que no lo controlan o "se ensucian", son los que se marginan, se esconden, lloran en soledad, se irritan, sufren y hacen sufrir. Esta reflexión de alguna manera (y afortunadamente) la compartimos con Gabriel García Márquez, que decía con su realismo mágico "El mundo se divide en dos: los que pueden cagar bien y los que no pueden cagar"

NO DEBEMOS CONFUNDIR "COMUN" CON "NORMAL"

Hay muchos hechos culturales que a fuerza de ser frecuentes se han llegado a considerar normales, cuando en realidad puede constituir la base del problema. A modo de ejemplo hago las siguientes observaciones culturales:

el hombre es el único animal de la Tierra que se cubre y que aprende a hacer deposiciones vestido; el hombre es el único animal de la Tierra que soborna o extorsiona a su cría; el hombre es el único animal de la Tierra capaz de asociar la cantidad de comida con la cantidad de amor; el hombre es el único animal de la Tierra capaz de convertir el momento de la alimentación en un verdadero show; el hombre es el único animal de la Tierra que festeja o reprime el acto de hacer deposición; el hombre es el único animal en la Tierra que inventó y utiliza un artefacto para evacuar llamado inodoro; el hombre es el animal que sabiendo que tendrá un tiempo de lucha (o soledad) en el acto evacuatorio, llevará un diario o un libro al baño, para darle un sentido a tanta pérdida de tiempo; el hombre enseña a su hijo que todo lo feo es "caca"; el hombre cuando va al baño hace decir, si por él preguntan, que no llego o que recién salió; el hombre es el único animal capaz de agacharse y ponerse a la altura de su cría, hablarle de igual a igual, consultarla en sus apetencias y además.... hacerle caso ningún animal de la Tierra, somete, humilla, acorralla o castiga a su cría para que coma. El único que es capaz de semejante cosa es el hombre en el reino

salvaje no hay inapetentes, ni retencionistas ni fecalomas, tampoco postrecitos o gaseosas el hombre es el único animal que razonablemente le ha puesto horario a sus ingestas y es también el único animal que absurdamente ha pretendido ponerle horario a sus evacuaciones finalmente, el hombre es el único animal que enseña a su cría a hacer lo que el resto de las crías de la tierra aprenden solas.

ESTREÑIMIENTO DIETETICO-CULTURAL

En el encuentro del grupo de expertos del I Congreso Mundial de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica de Boston 2000, se brindaron caminos o tendencias para trabajar en el tema del Estreñimiento. Afortunadamente, nosotros habíamos recorrido intuitivamente ese camino con algunas pequeñas variantes. Dijo y recomendó el grupo de trabajo:

1) Se necesitan realizar estudios epidemiológicos para evaluar el predominio e impacto de estreñimiento en niños (Nosotros primero habíamos analizado culturalmente a miles de padres antes de analizar a miles de niños); 2) Necesitamos realizar estudios para examinar las actitudes de padres y proveedores de salud con respecto a las causas e impacto de defecación difícil y las varias modalidades del tratamiento (Una vez analizamos culturalmente los padres, analizamos a miles de niños con sus aspectos culturales y ambientales); 3) Necesitamos realizar ensayos controlados aleatorizados para evaluar la eficacia y seguridad actualmente de uso y nuevas medicaciones incluso los lubricante, polietilenglicol, y agentes del procinéticos (Nosotros no llegamos aun a esta etapa); 4) Necesitamos realizar ensayos controlados aleatorizados para evaluar la eficacia de fibra dietética y suplementación de fibra en las prevenciones y tratamiento de estreñimiento (Nosotros hicimos miles de encuestas nutricionales y cambiamos los hábitos alimentarios exitosamente incorporando la fibra que había sacado la revolución industrial)

REVOLUCIÓN INDUSTRIAL E INDUSTRIA DEL ESTREÑIMIENTO

Durante miles de años el hombre comió pan hecho con molindas manuales o en molinos accionados por el viento o por animales o por esclavos. El pistón de hierro accionado por el vapor de la combustión del carbón de piedra que determinó la Revolución Industrial, hizo el pan blanco mucho más blanco, ya que ahora lo molía una máquina. Sumó de este modo al consumo de carne salada (fiambres), quesos (cuajada de leche) y dulces (acidificados para conservar) el consumo de pan sin salvado llamado "pan blanco". La misma revolución implementó los inodoros domiciliarios como una forma de evitar la contaminación y con esto las muertes de miles de habitantes por Cólera (No obstante hoy, 2/3 partes de la humanidad, defecan en cuclillas)⁶. Haciendo una revisión histórica del inodoro, digamos que se inventó hace 4000 años; su invención, no fue por motivo de salubridad, sino de comodidad en función de la longevidad de la población. Defecar sentado, además de darle más comodidad, lo ubica más cerca de la posición erguida. Los primeros inodoros, no estaban conectados a las cloacas, las que se inventaron hace apenas 200 años. Hace 250 años, los excrementos se eliminaban en las calles. Ahora entendemos como las distintas epidemias, diezaban las poblaciones europeas. El baño adentro de la casa, se comienza a construir hace poco más de un siglo y fue cuando se descubrió el sistema de doble sifón, un modo simple y genial de evitar la llegada de los gases al interior de la casa⁶.

DIME CON QUIEN ANDAS Y TE DIRÉ QUIEN ERES; DIME QUE COMES Y TE DIRÉ COMO EVACUAS

La materia fecal la construimos nosotros. Si comemos solo carne, leche, queso, yogurt, huevo y pan blanco, el resultado será la construcción de una materia fecal dura, pétreo.

Observaciones culturales de los adultos. En La Plata, Argentina, en la década de 1990, estudiamos las costumbres de 1000 adultos frente

a la evacuación. Sus hábitos, prejuicios, miedos y respuestas ante el tema. Estudiamos aquello que se enseña, no con palabras, sino con actitudes, miradas, gestos y que el niño asimila en lo cotidiano. Vimos y concluimos en que la mujer es significativamente diferente al hombre en relación a los hábitos evacuatorios, en la frecuencia diaria o semanal, en el lugar que elige y las condiciones que pone para evacuar. Observamos también que es diferente en la actitud frente al deseo evacuatorio y su conducta frente a las inoportunas visitas. También es la mujer significativamente diferente al hombre en lo que ingiere y en lo que hace para evacuar. Finalmente vimos en este grupo que, a diferencia de lo observado en niños, los adultos "hijos únicos" no son más estreñidos que los que tienen muchos hermanos, pero nos llamó la atención (con valor significativo) que se separan vincularmente más que el resto de la población (es como si convivir con ellos fuera difícil; como si la familia lo hubiera criado como una persona muy "especial", tan especial que a veces el vínculo se hace especialmente difícil)⁹⁻¹¹.

Observaciones culturales en la infancia. Poco antes, vale decir en la década de 1980, habíamos estudiado los aspectos ambientales y culturales de todas las primeras consultas gastroenterológicas. Este estudio resultó muy importante y confirmatorio para las enfermedades consagradamente ambientales como la diarrea y las parasitosis intestinales, pero además, resultó enormemente revelador en las enfermedades con fuerte impacto cultural como el estreñimiento. Tras el análisis de más de 3000 consultas de nuestra especialidad y de 15000 del consultorio general, concluimos en que la población de niños estreñidos, tiene una constante asimetría entre los percentiles de peso y talla, a favor del primero, es decir son "gorditos". Concluimos tras el análisis estadístico de todas las variables que son factores de riesgo los "hábitos evacuatorios" de la madre, la "mayor instrucción" o el "empleo calificado" de la madre y la "convivencia con abuelos". En la estructuración de la familia vimos que es de riesgo para el estreñimiento, la condición de "hijo único o último" y mucho más si hay "una diferencia de más de 6 años con el que le precede", lo que hemos

definido como único cultural y es criado como un niño especial (proyecto de hijo casi insoportable)¹²⁻¹⁵.

EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA

Con base a los datos ambientales y culturales tomados por nuestro grupo, acordamos por Internet, con algunas modificaciones, una hoja guía para recabar datos que llevamos a cabo con distintos grupos (La Plata, Córdoba, Rosario, Salta y La Habana desde la Argentina); presentamos de este un trabajo que fue premiado en el VI Congreso Iberoamericano en Madrid, titulado Estudio Epidemiológico Multicéntrico del Estreñimiento y/o Encopresis. Evaluación de Pautas Clínicas y Socioculturales¹⁴. En él demostramos una vez más, que el estreñimiento es un problema frecuente en pediatría. Estimamos que constituye el 3 al 5% de las consultas pediátricas y entre el 10 y el 25% de los casos remitidos al gastroenterólogo pediatra. La encopresis fue uno de los principales síntomas asociado al estreñimiento crónico. Nuestro objetivo fue describir las características socioculturales, clínicas y terapéuticas en pacientes pediátricos que consultaron por estreñimiento y/o encopresis, para ello se diseñó un estudio prospectivo, multicéntrico, de carácter descriptivo. Se incluyeron 447 pacientes de siete centros diferentes (74 % argentinos, 26% cubanos). Se registró edad en meses hasta los 12, luego en años, sexo, ordenamiento de nacimiento en cuatro posibilidades (el primero, los del medio, el último, el único). Se destacó el colecho y la convivencia con abuelos, datos socioculturales de ambos padres (edad, instrucción y ocupación), motivo de consulta, tiempo de evolución, modalidad evacuatoria, encopresis, síntomas asociados, hábitos evacuatorios familiares, eliminación de meconio, uso de pañales, tratamiento anterior, enfermedades asociadas e ingesta de fármacos, historia dietética y alimentación actual. Se practicó examen físico, percentiles para peso y talla, examen del abdomen, ano y tacto rectal (TR). Se registró estudios solicitados y tratamiento indicado. Nuestros resultados

fueron: mujeres 47,7% y varones 52,3%. Edad: menores de 12 meses 12,3%, media 5,5 meses, mediana 6 y modo 1 mes, y mayores de 1 año 87,7% media 4,4 años, mediana 4 y modo 3 años. El 46,5% fueron hijos únicos. La incidencia de encopresis fue menor en este grupo que en los hijos primeros y del medio. Colecho 42,1% y convivencia con abuelos 36,2%. El motivo de consulta más frecuente fue: materia fecal dura (75,8%), ensuciamiento (42,4%) y dolor evacuatorio (34,5%). La media del tiempo de evolución fue de 21 meses, y se encontró relación entre esta y la presencia de encopresis. La modalidad evacuatoria en forma espontánea en el 49 %, el resto (51%) usaba supositorios, laxantes o enemas. La sintomatología evacuatoria más frecuente fue dolor, temor y rituales. Como síntomas asociados se halló dolor abdominal recurrente, inapetencia y meteorismo. Eliminación de meconio: 70,5% en las primeras 24 horas; 9,8% después e ignora el 19,7%. La media del uso de pañales fue 21 meses y no encontramos relación entre el abandono previo y encopresis. La media del control de esfínter fue de 23 meses, en forma espontánea el 55% y adiestrado el 45%, y no encontramos relación entre el control temprano y la presencia de encopresis. El 85% había recibido tratamiento previo a la consulta. Las indicaciones fueron dieta, supositorios y laxantes. Dentro de éstos, los más utilizados fueron bifidosa y vaselina. Como enfermedades asociadas, la Infección Urinaria estuvo presente en el 13% y la enuresis en el 11,6%. En relación a la alimentación, el 13,2% no recibió alimentación materna y solo el 17,7% lo hizo hasta los 6 meses. El 15,6% tomó leche de vaca desde el nacimiento y el 80,6% lo hacía a los 6 meses. La ingesta diaria de alimentos fue la siguiente: leche de vaca 78,1%; carnes 43,8%; almidones 48,8%; frutas 31,8%; verduras 12,1%; legumbres 1,3%; gaseosas 35,8%; y golosinas 38,7%. Percentiles de Peso media 46,9 y de Talla media 47.0. El abdomen fue normal en 49,2%, se halló fecaloma en 26,6%. Ano normal en 93,1%, fisuras, erosiones y anitis, en el resto. Se realizó TR en el 61,1% de los pacientes y los resultados más frecuentes fueron: materia fecal dura con esfínter hipertónico (29,7%) y materia fecal dura

con esfínter normotónico (28,9%). Estudios solicitados: ninguno 85,9%, Radiografía 11,9%, Bio y /o Manometría 2,2%. Tratamiento Gastroenterológico más utilizado: dieta 24,8%; dieta + laxantes 26%; dietas + enemas 14%; dietas + laxantes + enemas 8,1%. Los laxantes más indicados fueron mucílagos y bifidosa. Concluimos en que fue posible hacer un trabajo convenido por la red, que el motivo de consulta más frecuente (disconfort) está caracterizado por materia fecal dura, ensuciamiento y dolor. Que las variables socioculturales que mostraron su impacto en el estreñimiento fueron: ser hijo único, el colecho, la convivencia con abuelos y la alimentación. En este último ítem, vimos que se destaca el bajo aporte de fibra dietaria y que contrariamente alimentos pobres en fibra, lácteos y dulces son de alto consumo. La encopresis no tuvo relación con la condición de hijo único ni con el abandono temprano del pañal.

MALOS HÁBITOS Y ASOCIACIONES PELIGROSAS

¿Cómo podemos estreñar un hijo? No dándole una alimentación completa y armónica. Consumir alimentos de acuerdo a las publicidades televisivas. Intentar crear o educar en un hábito voluntario algo que es involuntario. Intentar estimular la maduración de esfínteres que maduran solos. Sentarlo compulsivamente después de comer como si la materia fecal mágicamente hubiera llegado a la ampolla rectal. Hacerle creer que jugando con plastilina hará heces maleables.

¿Qué es la encopresis? Es la eliminación involuntaria (o voluntaria) de la materia fecal. Es cuando la materia fecal maneja el cuerpo o se maneja sola. El mundo se puede dividir entre los que sí controlan y los que no controlan sus esfínteres. Los primeros viven libres, se integran, hacen el amor; los segundos se marginan, se esconden, están solos. El 50% de los chicos estreñidos, tienen encopresis. El 70% de los encopréuticos son o fueron estreñidos.

DIETA Y ESTREÑIMIENTO

Fue altamente significativo el impacto de los hábitos alimentarios del niños, su lacto-dieta (yogurts, postrecitos), jugos o gaseosas, carnes, golosinas, con el argumento de "otra cosa no me come". Podríamos decir sin temor a equivocarnos que cuando se pregunta sobre frecuencias alimentarias facilitaríamos la respuesta diciendo: ¿Hace cuantos minutos que por última vez tomó leche?, ¿Hace cuántas horas que por última vez comió carne?, ¿Hace cuantos días que por última vez comió verduras?, ¿Hace cuantos meses que por última vez comió lentejas o garbanzos?. En resumen, la leche se pregunta con reloj y las legumbres con almanaque. Incansablemente hemos hecho hincapié en el refrán que dice "la culpa no la tiene el chanco (el chico) sino el que le da de comer (los grandes)". Finalmente descartadas las excepcionales causas orgánicas, el tratamiento del estreñimiento responde ineludiblemente a la siguiente formula: "4C - 4A - 5F". Vale 4 Comidas, 4 Ayunos y Fe, Fibra, Fuerza, Firmeza y Franela (caricias). La madre coloca la fibra, la firmeza y la franela (caricias), el niño pone la fe y la fuerza. Hay que saber esperar el hambre y recordar que cuanto mas hambre, menos pretensiones. La comida se ofrece, no se negocia.

Fibra: Es frecuente escuchar que los pacientes estreñidos tienen un intestino "lento" o "perezoso", en realidad no tienen otra alternativa. El intestino normal se mueve en función de la consistencia de su contenido (la prueba es la enema). Pero ¿Hay evidencias de que en el estreñimiento el intestino tiene deterioro motor en la infancia?. Di Lorenzo¹⁶, dice que si bien esto es cierto en un subgrupo de adultos estreñidos que tienen un tránsito lento de colon o intestino delgado, tal situación es muy infrecuente en los niños (agrego de mi parte, tan infrecuente como es la neuropatía diabética o alcohólica o simplemente el envejecimiento celular en pediatría). La mayoría de los niños estreñidos no tienen un desorden primario de la motilidad, ellos han tenido una deposición traumática y dolorosa y deciden hacer (lamentablemente), una retención fecal "funcional". Nos llamaría mucho la atención

si el niños disfrutaran con una deposición traumática, esto ya sería de orden psiquiátrico más que gastroenterológico. Posiblemente la palabra "funcional", lamentablemente universalizada, conduzca al lector a pensar que ese niño "funciona" así, cuando en realidad ese niño funciona como todas las personas normales de la tierra que pretenden evitar el dolor. Nuestro paciente que es normal, "retiene para no sufrir" y sufre por la consistencia de la materia fecal construida desde afuera sin una adecuada ingesta de fibra, tarea que indiscutiblemente le compete a los padres. ¿Cómo puede ser que un niño elimine dificultosa y dolorosamente un bolo fecal y la madre lo reconstruya nuevamente (a veces por indicación médica en la prescripción de yogurt o quesos descremados) para repetir este doloroso episodio todas las semanas?.

Firmeza: El hombre para vivir con cierta seguridad necesita de alguna previsibilidad de las cosas. Saber que harán ante tal o cual dicho o hecho, hace que uno se conduzca diariamente con tranquilidad. No se puede vivir en la imprevisibilidad, ni puede el niño, que es literalmente un inimputable jurídico, decidir sobre ciertas cosas. Es responsabilidad de los padres decirle al niño que debe comer y a que hora y deberá hacerlo. Es un derecho del niño comer si lo desea. Los adultos ponen el contenido y el horario, el niño sus ganas. Si el niño no quiere comer, habrá otro contenido y en otro horario (también dispuesto por los mayores) y habrá otro deseo mas intenso del niño si entre estos dos momentos hemos sabido cuidar el ayuno. Dijimos al iniciar este capítulo: "El hombre es el único animal capaz de ponerse a la altura de su cría, hablarle de igual a igual, consultarla en sus apetencias y además.... hacerle caso". No debe la madre perseguir al hijo con la cuchara por la casa como una forma normal de incorporar nutrientes, como tampoco lo hará la maestra persiguiéndolo con una "cuchara" de historia por el recreo para incorporar conocimientos. Debemos enseñarle en el hogar la forma en que luego se conducirá en la vida.

Franela: Todo lo anterior parece muy rígido si no hubiera este componente final de caricias. Los padres deben ser firmes en la decisión de lo que deben comer sus hijos, porque de una nutrición

adecuada y responsable depende la salud del menor. Si formulamos la pregunta ¿qué querés comer?, debemos estar dispuestos a aceptar la respuesta. De lo contrario no debemos formular la pregunta o hacer participar al niño de algo que no corresponde (y además hacerlo responsable). Saben decir las madres: "lo único que toma son gaseosas", como si el niño fuera el que las compró o si tuviera independencia económica!!!. Una vez hecho el hábito de los alimentos adecuados en calidad y cantidad, el niño podrá decir de qué forma le gustan comerlos o de qué formas son más ricos para él. Los afectos entre adultos se transmiten con la palabra y con la piel. Debemos ser respetuosos con la palabra y afectuosos con las manos. Dijimos al iniciar este capítulo: "Ningún animal de la Tierra, somete, humilla, acorrala o castiga a su cría para que coma. El único que es capaz de semejante cosa es el hombre. Agregamos "ningún animal de la tierra le pregunta a su cría qué quiere comer" pero "dan la vida por ellas". Reflexione el lector, si un hombre quisiera transmitir un inequívoco mensaje de afecto a una mujer que habla otro idioma, deberá recurrir a las manos y hacer caricias. Si son aceptadas, habrá un vínculo aunque no haya palabras... por ahora.

REFERENCIAS

1. Martínez I, Arsuaga JL, editores. La especie elegida. Temas de hoy. Madrid: 1998
2. Reichholf JH. La aparición del hombre. Hurope SL: Barcelona 1996
3. Piero A, Piero A. La extraordinaria historia de la vida. Editorial Grijalvo: Barcelona 1999
4. Leakey R. El origen de la humanidad. Editorial Debate: Madrid 2000
5. Human origins: is toumai the fly in the ointment? Nature Magazine
6. Burke J, Ornstein R. Del hacha al chip. Editorial Plantea Divulgación: Barcelona 1995
7. Bugani P. Sexualidad humana. <http://www.psicocanalisis-s-p.com.ar/sexualidad.html>
8. Asociación Celíaca Argentina. <http://www.celiaco.org.ar/ar.asp>
9. Cueto Rua EA. Constipación y Cultura. XIII Congreso Latinoamericano y IV Congreso Iberoamericano de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición. Puebla, México 27-30 octubre, 1998
10. Cueto Rua EA. Factores de riesgo ambientales sociales culturales en la constipación. Análisis de 1000 encuestas. I Congreso Argentino de Gastroenterología Pediátrica y I Congreso

11. Argentino de Nutrición Pediátrica. Buenos Aires, Argentina 1-4 septiembre, 1999
Cueto Rúa EA. Cultura, hábitos y mitos sobre el WC. I Congreso Argentino de Gastroenterología Pediátrica y I Congreso Argentino de Nutrición Pediátrica. Buenos Aires, Argentina 1-4 septiembre, 1999
12. Social, familial and cultural environmental factors as related to constipation. An analysis based upon 1000 inquiries. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 241
13. Humanidad: hitos y alimentos. <http://www.dardemamar.netfirms.com/humanidad.htm2001>.
14. Cueto Rúa EA. Estudio epidemiológico multicéntrico de la constipación y/o encopresis. Evaluación de pautas clínicas y socioculturales. XV Congreso Latinoamericano España 2003
15. Cueto Rúa EA. Constipación, epidemiología y cultura. Curso de Pediatría. <http://www.intramed.net.ar/cursos/pediatria.htm>