

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJADORAS SOCIALES



EL TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL
INFANTIL EN CASOS DE PELAGRA

T E S I S

Que para obtener el título de
TRABAJADORA SOCIAL
Presenta

Luisa Palacios Miravete

TIPOGRAFICA ORTEGA
Emperadores 114
México, D. F. — 1951

M17.5010

A mi querida madre,
Sra. Dra. ALTAGRACIA MIRAVETE
Vda. de PALACIOS,
como la máxima ofrenda que
puede tributar una hija a quien lo
debe todo en su vida.

Con veneración, respeto y cariño
a la memoria de mi adorado padre,
Sr. LUIS S. PALACIOS.

A mis hermanos:
Sr. NICOLAS PALACIOS MIRAVETE
Sra. FLORA PALACIOS DE MARIN.

A la memoria del
Dr. PABLO CALDERON
VILLALPANDO,
como póstumo homenaje.

Respetuosamente,
al Dr. RAFAEL RAMOS GALVAN.

A la Profa. y T. S.,
ESTHER CAMPOS SALAS,
por su valiosa ayuda para
elaborar este tema.

A mis queridos
MAESTROS,
quienes inspiraron mi amor al
conocimiento.

Con cariño y respeto
a la Srta. Ma. ELENA RINCON,
a la Srta. ALICIA LARA LEMUS,
a la Srta. LUZ Ma. REGILLAS.

A mis inolvidables
COMPAÑERAS
de estudio.

SUMARIO:

- I.—PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICION INFANTIL.
- II.—LA PELAGRA.
- III.—LABOR SOCIAL QUE SE REALIZA EN LA SALA DE NUTRICION DEL HOSPITAL INFANTIL.
- IV.—ESTUDIO ANALITICO REALIZADO EN EL HOSPITAL INFANTIL PARA VALORAR LOS FACTORES DE LA PELAGRA.
- V.—CONCLUSIONES.

DERECHOS DEL NIÑO

1.—DERECHO A LA VIDA.—Todos los derechos del niño emanan de la sola razón de haber nacido: Derecho a la casa para habitar, a la atención materna, al reconocimiento obligatorio por el padre, con todos los deberes que la paternidad impone, a la supervigilancia del estado para su desarrollo y prosperidad fisiológica.

2.—DERECHO A LA NUTRICION.—Derecho del niño a la lactancia materna salvo casos especiales para las madres sin recursos, servicios de Gota de Leche, Instalación de desayunos y meriendas escolares y erección de comedores familiares.

3.—DERECHO A LA CONSIDERACION SOCIAL.—Todo para el niño, conservación de la conquista jurídica en la cual queda abolida la distinción entre hijos legítimos e hijos naturales. El hijo es solamente hijo. Transformación de los asilos de huérfanos y reformatorios de menores, evitando que se anule la personalidad. Amparo a todos los niños necesitados tratando de ayudarlos hasta donde sea posible sin apartarlos del núcleo familiar.

4.—DERECHO A LA EDUCACION.—Asistencia a los jardines de niños y Escuelas Primarias con carácter obligatorio. Fomentar con las escuelas actividades de trabajo y de alegría para lograr las reacciones de cuerpo y alma, salud, inteligencia, etc.

5.—DERECHO A LA EDUCACION ESPECIALIZADA.—Crear o impulsar escuelas de salud, escuelas granjas, escuelas especiales para los anormales, los tarados y los débiles.

6.—DERECHO A MANTENER Y DESARROLLAR LA PROPIA PERSONALIDAD.—Estudio de las vocaciones y aptitudes y creación de sistemas capaces de la orientación espiritual.

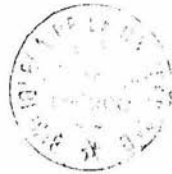
7.—DERECHO A LA ASISTENCIA ECONOMICA.—Este derecho significa la obligación de los padres, en su defecto, del Estado de asegurar al niño una situación económica sin angustias. Derecho a la vivienda, al vestido, a todas las oportunidades de bienestar que el trabajo del hombre pone al servicio del progreso del mundo.

8.—DERECHO A LA TIERRA.—Tierra para habitar. Tierra para trabajar puesta a su alcance en los parques escolares, para el desarrollo de sus energías, de su impulso vital, de su inquietud, de sus facultades de observación para aprender por sí mismos en el vasto panorama del universo y comprender que la vida es una ley inmutable de solidaridad en el esfuerzo creador.

9.—DERECHO A LA ALEGRIA.—Proporcionar al niño todo aquello que lo libere de una vida angustiosa con el objeto de formarle un espíritu sano y optimista.

La suma de estos derechos se condensan en uno: "DERECHO A LA VIDA". De su reconocimiento y observancia depende la grandeza de los pueblos, ya que en la nutrición adecuada, en la salud, en la alegría, en la formación sin trabas de los niños para la cultura, para el trabajo, para libertad y cooperación, reposan los valores que han de realizarse del destino del hombre en una etapa nueva de la historia.

NOTA: Síntesis de la enunciación de derechos proclamados en Montevideo al inaugurarse el Instituto Americano de Protección a la Infancia.



DERECHOS

SEÑORES JURADOS:

Con toda atención me permito sujetar a la consideración de ustedes el presente trabajo en el cual expongo el resultado de mi pequeña experiencia, obtenida en la Sala de Nutrición del Hospital Infantil en donde tuve oportunidad de observar en toda su magnitud las terribles consecuencias que para el organismo del niño produce la alimentación escasa y deficiente, originando enfermedades como la Pelagra. Esta experiencia, unida al interés que despertó en mí el estudio de la Nutriología al cursar mi carrera, me hizo elegir como tema de mi tesis: "El Trabajo Social en el Hospital Infantil en casos de Pelagra".

En él inserto un estudio analítico que se llevó a cabo con niños pelagrosos en el mencionado Hospital, para determinar cuáles son los factores más importantes que producen la pelagra.

Es ampliamente reconocido que la forma de alimentación de un pueblo es índice de sus diversas manifestaciones vitales. Determina a través del tiempo, el desarrollo de las generaciones y es responsable en cierto grado de sus características.

La salud y resistencia a las enfermedades guardan íntima relación con el estado de nutrición de la persona humana; a pesar de que estos conceptos han sido comprobados, sin embargo hacer un estudio específico como el que a continuación expongo resulta arduo y escabroso y por lo mismo solicito de ustedes, Señores Jurados, benevolencia al juzgarlo.

CAPITULO I

PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICION INFANTIL

El problema de la alimentación es uno de los más serios que se plantean no sólo en nuestro país, sino en el mundo entero. En México podemos citar infinidad de médicos eminentes que han puesto su esfuerzo y su entusiasmo sobre el estudio de la alimentación, entre éstos, mencionaré los siguientes: Francisco de P. Miranda, Rafael Segura Millán, Jorge Muñoz Turnbull, Rafael Ramos Galván, Rigoberto Aguilar, Jesús Gómez Pagola, García Garrisosa, Federico Gómez, etc., todos ellos han estudiado el problema de la alimentación con objeto de contribuir al progreso y bienestar de nuestro país; sin embargo, hay que reconocer que este problema es uno de los más complejos que existen, ya que los factores predominantes de la desnutrición son muy difíciles de atacar de raíz, entre éstos tenemos la *pobreza* y la *ignorancia*.

La Pobreza.—Origina una alimentación deficiente en cantidad y calidad, coloca al individuo en condiciones desfavorables de higiene.

Entre nuestras gentes humildes, sus escasos ingresos no les permiten dar una alimentación adecuada a sus hijos, si a esto sumamos el alcoholismo que es una de las plagas que azotan a nuestra población veremos las pésimas condiciones en que viven las clases bajas.

Además del factor económico, existe otro de mucha importancia que es la *Ignorancia*. Las deficiencias en la alimentación no sólo se advierten en las clases menesterosas, sino también en todos los sectores sociales.

Estudiando los factores que originan algunos padecimientos infantiles incluyendo la *Pelagra*, encontramos entre los más importantes los siguientes:

- 1°—*Alimentación defectuosa.*
- 2°—*Trastornos agudos o crónicos.*
- 3°—*Otros padecimientos infecciosos.*
- 4°—*Malformación congénita.*
- 5°—*Causas complejas.*

Entre todos los factores expuestos, el más importante es la alimentación defectuosa que se observa con mayor frecuencia entre los niños que pertenecen a familias pobres e ignorantes. Entre estas personas encontramos que los niños tienen un destete tardío y otras veces prematuro. En el primer caso tienen la alimentación materna por mucho tiempo, en muchas ocasiones continúan con la lactancia materna aún después de los dos años; en esta época la madre ya no tiene leche ni en cantidad ni en calidad. Tanto en este caso como cuando el destete es prematuro, dan a los niños poca leche, casi nunca verduras ni frutas, es decir, una alimentación mal compensada en proteínas, grasas y vitaminas.

Sumados a estos regímenes mal compensados podemos mencionar los defectos de la higiene en la preparación de los alimentos, los cuales dan lugar a *trastornos digestivos*: éstos tienen una actuación doble en el organismo: los gastos energéticos y las pérdidas materiales que un padecimiento de esta índole trae consigo; además una vez que se presenta el cuadro clínico de la diarrea y vómitos, la posibilidad de utilización del alimento se hace más difícil. La tercera causa la constituyen las *infecciones*, colocándose en primer lugar a la tuberculosis, la cual disminuye notablemente las resistencias orgánicas y las capacidades funcionales.

Entre otras infecciones que contribuyen a la desnutrición tenemos la tifoidea, paratifoidea, pielonefritis, piodermatitis, brucelosis, paludismo, parasitosis intestinales, etc.

Las malformaciones congénitas, como labio leporino, paladar hendido, páncreas rudimentario, cardiopatías congénitas, etc., tiene importancia aunque no exclusiva en los dos primeros años de la vida.

Entre las causas complejas podemos mencionar todas aquellas en las que se unen dos factores de los ya mencionados, por ejemplo, niños sífilíticos con defectos en su alimentación.

Hay que hacer notar que todos estos factores influyen más sobre los niños cuando éstos viven en malas condiciones de higiene.

Estos son los principales factores que originan la desnutrición infantil, la que a su vez da origen al elevado porcentaje de débiles mentales, a múltiples enfermedades por carencia y a la pavorosa cifra de mortalidad infantil.

DERECHO

Desgraciadamente es muy fuerte el porcentaje que alcanza en defunciones las enfermedades originadas por la desnutrición, para comprenderlo me permito insertar un cuadro en el que se especifica los porcentajes obtenidos en un estudio realizado en el Hospital Infantil.

Padecimientos	T. Casos	Defunciones	Por Ciento
Ganulía.	41	41	100 %
Dest. de 3er. Grado.	1404	756	53.85 "
Bronconeumonía.	2173	990	45.6 "
Edema Hipoproteínémico.	369	143	38.7 "
Toxicosis.	902	333	36.9 "
T. B. de reinfección.	82	28	34.1 "
Pelagra.	287	93	33.3 "
Arriboflavinosis.	155	45	29 "
Desn. de 2o. grado.	1058	272	25.71 "
Tosferina.	246	63	25 "
Sífilis congénita.	328	80	25 "
T. B. de prim. infección.	287	63	21.9 "
Tifoidea.	615	109	17 "
Sarampión.	238	30	15.5 "
Difteria F.	123	18	14.6 "
Tifo.	41	2	2.5 "
Varicela.	82	2	2.5 "
Apendicitis aguda.	205	5	2.5 "
Apendicitis crónica.	246	5	1.9 "
	410	164	35.1 "

Como se podrá apreciar en el cuadro anterior, seis de los padecimientos que dan un fuerte porcentaje de mortalidad infantil están íntimamente relacionados con el estado de desnutrición de los enfermos, entre éstos tenemos la desnutrición de 3er. grado, 53.85%, edema hipoproteínémico, 38.7%, tuberculosos de reinfección 34.1%, pelagra 33.3%, arriboflavinosis 29%, y desnutrición de segundo grado 25.71%.

Es indispensable que se dé oportunamente atención a la alimentación que consumen los niños, ya que así disminuiría la mortalidad infantil, así como también el número de enfermedades originadas por carencia, lográndose generaciones más fuertes.

CAPITULO II

PELAGRA

Entre los padecimientos que más observamos en México, como una de las manifestaciones carenciales es la Pelagra; se observa fundamentalmente en las clases menesterosas.

En los niños afectados de Pelagra se comprueban una alimentación defectuosa carente en alimentos proteínados animales y en la mayoría de los alimentos que proporcionan ácido nicotínico y demás factores del complejo "B".

Etiología.—Es un padecimiento en el cual la etiología es siempre la misma. En 100 casos de niños pelagrosos se encontró que su alimentación estaba compuesta de atoles sin leche, cereales, (frijol y maíz especialmente), azúcar o piloncillo, algunas ocasiones arroz. La mayoría de estos pequeños sólo una o dos veces por semana consumían una pequeña cantidad de leche que las madres mezclaban a una taza de café aguado o de cocimientos de hojas de naranjo; la falta así de productos lácteos, de carne, de verduras y de huevos es evidente.

La presencia de la pelagra con edema carencial se hace frecuente a partir del año de edad, empieza a descender de los 4 años en adelante, debido tal vez a que en esta época de la vida comparten los niños la alimentación de los mayores y a que los requerimientos proteicos son proporcionalmente menores que antes de los 4 años. Cuando en el primer año de la vida del niño se presentan cuadros de hambre, esto se debe a otros motivos, tales como falta o enfermedad de la madre que

han obligado a substituir la leche materna por atoles o cocimiento de cereales que constituyen una alimentación con gran unilateralidad dietética por predominancia de hidrocarbonados.

El sexo.—No tiene ninguna importancia en la aparición de la Pelagra.

Frecuencia.—En nuestro país se presenta con mayor frecuencia de julio a octubre diferenciándose en esto de otros países en donde aparece en mayor número en el invierno y primavera.

Raza.—La raza no tiene influencia en esta enfermedad, pues aunque aparece con mayor frecuencia entre los niños de herencia indígena más directa, se ha llegado a la conclusión que esto es seguramente debido más que a la raza a la alimentación deficiente que ancestralmente han tenido estos individuos.

Características.—Entre las características de la pelagra están la dermatitis, la diarrea infecciosa y los trastornos más o menos intensos en la esfera intelectual. Hay otros síntomas además de los ya mencionados como el edema hipoproteinéxico casi obligado en el cuadro clínico que se observa en el hospital y que sólo en raros casos no se encuentra, la queilosis, la seborrea, las manifestaciones escorbúticas, etc.

Las dermatosis pelagrosa se presenta en los aspectos de eritema con lesiones pigmento descamativas y de infecciones sobre agregadas del tipo impetiginoso que es lo que constituye la Pelagra húmeda.

La lesión eritematosa es muy parecida a la quemadura por rayos ultravioletas sea por la luz solar o de cuarzo.

Se observa con mayor frecuencia en el dorso de los pies y manos. La piel está seca, lisa y brillante, esto último más notable si hay edema carencial. Poco después o simultáneamente encontramos el aspecto descamativo y pigmentado, en donde se ve que la epidermis se desprende desde pequeñas escamas hasta los grandes colgajos, en forma peculiarmente simétrica.

La superficie enferma está pigmentada de un café cobrizo siem-

pre más obscuro que la coloración propia del individuo cuando éste es moreno y con mayor razón cuando la piel es blanca.

Las lesiones invaden casi la totalidad de la superficie del cuerpo respetando con frecuencia sólo la cara.

Diarrea.—La diarrea es generalmente infecciosa y resiste con frecuencia los caracteres de una colitis muco-sanguinolenta es rebelde a los tratamientos antidiarreicos habituales. Una alimentación apropiada facilita su curación en una o dos semanas. En la mayoría de los casos las madres que ocurren al Hospital Infantil llevando a su hijo enfermo, informan al médico que el niño tiene ya casi dos meses de una diarrea constante.

Es cuando el pequeño ha comenzado a hincharse y cuando esto acontece ya está instalada la lesión dermatológica.

Otro síntoma digestivo es la marcada anorexia, tal parece que a estos niños se les ha olvidado comer, constituyendo ésta un serio obstáculo para el tratamiento, que se basa principalmente en una alimentación apropiada. Después de vencida la anorexia el niño tiene un hambre insaciable.

Algunas veces en estos enfermos existen parásitos intestinales cuando esto acontece son siempre múltiples, dominando los ascárides, giardias y tricocéfalos.

Trastornos nerviosos.—En niños pequeños de uno a tres años se observa principalmente marcada astenia que con seguridad es tanto manifestación de carencia vitamínica, como de la desnutrición que siempre lo acompaña y que comúnmente llega a pérdida del 50% en el peso y aún poco más. Entre más avanzada esté la enfermedad, la astenia es mayor. En el Hospital Infantil en 100 niños sólo en cinco casos se observarán trastornos propiamente demenciales que se refieren dos de ellos a melancolía en niños mayores, otros más con alteraciones de la conducta que los llevaban a un negativismo constante y otra niña con trastornos especiales guardaba sus materias fecales debajo de la cama.

Edema Hipoproteínémico.—La pelagra casi siempre se acompaña de edema por carencia proteica.

El empleo de transfusiones de sangre o de plasma mejora notablemente el pronóstico de estos niños.

Otras características.—Entre otras características podemos mencionar anemia, afecciones en el aparato respiratorio, lesiones en la boca. Generalmente se presenta la estomatitis y en particular la glositis pelagrosa que son bien conocidas, la lengua se hace lisa, las papilas se atrofian al grado que el aspecto de la lengua es tal como si estuviera cubierta de una delgada capa mucosa brillante y roja, perdiendo el aspecto que normalmente tiene. En los casos recientes este dato se observa sólo de la punta y de los bordes, pero más adelante se extiende a toda la superficie, en muchas ocasiones los labios y los carrillos tienen aspecto semejante. Otros órganos que algunas veces se atrofian en esta enfermedad son el hígado, bazo y riñón.

Tratamiento.—Los niños pelagrosos que ocurren al Hospital Infantil son internados en la Sala de Nutrición en donde se les da un tratamiento adecuado. El capítulo más importante en la terapéutica de la pelagra, es la buena administración de alimentos.

Se toma en consideración que las dietas llevan una tendencia reparadora y otra curativa del estado diarreico. Otro de los elementos en el tratamiento de esta enfermedad es la aplicación de transfusiones.

La pelagra es una enfermedad perfectamente curable con tal de que se inicie la terapéutica antes de que las condiciones del paciente estén tan avanzadas que todo esfuerzo sea inútil; por desgracia al Hospital Infantil ocurren los padres llevando al pequeño enfermo cuando ven el caso muy cerca de la muerte y posiblemente por esto, a pesar de todos los esfuerzos que en esta Institución se hacen, la mortalidad es a la fecha de 32.3%.

Por lo tanto, urge que la Trabajadora Social desarrolle una labor profiláctica educativa en los hogares mexicanos, orientando a las madres sobre dietas adecuadas a los niños, o bien haciéndoles ver la importancia que tiene un tratamiento médico oportuno cuando se ha ini-

ciado la enfermedad, evitando que les apliquen tratamientos caseros que tan sólo sirven para dar tiempo a que la enfermedad siga avanzando, dando origen en muchas ocasiones a que la madre recurra a solicitar ayuda al Hospital Infantil cuando este auxilio es extemporáneo. Cuando exista una diarrea sub-aguda acompañada de lesiones cutáneas o de edemas, es indispensable que el niño sea atendido inmediatamente por un médico, y de ser posible, hospitalizado en un sitio adecuado.



DERECHOS

CAPITULO III

LABOR SOCIAL QUE SE REALIZA EN LA SALA DE NUTRICION DEL HOSPITAL INFANTIL

A la Sala de Nutrición se turnan niños con padecimientos agudos de las vías digestivas, niños desnutridos, etc. La lucha que se emprende para sacarlos de su estado de desnutrición es verdaderamente laboriosa. Desgraciadamente el mejoramiento del niño es relativo porque frecuentemente al regresar a su hogar vuelve a caer en cuadros clínicos semejantes al que los condujo a su primer ingreso al Hospital. Esto se debe a que la mayoría proceden de medios paupérrimos donde todo es negativo a la salud y a la buena alimentación, ya que los padres por sus escasos medios de vida están imposibilitados para cumplir con las dietas que prescriben los médicos.

Con objeto de contrarrestar esta situación se proyectó la Sala de Nutrición, cuyo objetivo no era únicamente el de adiestrar al niño para que su organismo digiriera y asimilara los alimentos que pudiera tener en su hogar, sino la de cerciorarse de que el organismo infantil podría progresar y desarrollarse satisfactoriamente con estas dietas.

Teniendo esto en cuenta, el proyecto inicial fué el siguiente:

1°—Hacerse cargo de los niños convalecientes de trastornos digestivos.

2°—Continuar el impulso nutritivo dado a los pacientes en sus salas de origen, durante todo el período de su convalecencia.

3°—Cambiar gradualmente las dietas-ricas del Hospital por la

alimentación que en realidad va a tener el paciente cuando regrese a su hogar, tomando como base y ayuda, los informes del Departamento del Servicio Médico Social.

4º—Formar una sección de enseñanza para las madres, en donde aprendan cómo preparar los alimentos, cómo utilizarlos y también cómo distribuir el poco o mucho dinero que tengan para dar de comer a sus hijos.

5º—Dar salida a los niños, cuando su peso dé un margen de seguridad suficiente para protegerlos contra posibles errores dietéticos y cuando se tenga la seguridad que progresarán con la alimentación señalada.

6º—Referir todos los casos de salida al Departamento de Servicio Médico Social, para traerlos a la Clínica de Revisión y continuar vigi-
lándolos periódicamente.

7º—Manejar distintas clases de dieta: pobres, modestas, y ricas, de acuerdo con la capacidad económica de los padres del enfermo.

8º—Buscar experiencia para ir formulando y aconsejando alimentación que se adapte a la realidad práctica de nuestras distintas capas sociales, alejándose del común error de querer prescribir la misma alimentación a los hijos de un banquero que a los hijos de un obrero, un peón o un campesino; disonancias que nos alejan de la verdad científica y social en que vivimos.

Así pues, el propósito fundamental era poder aconsejar a las madres sobre la alimentación que debían dar a sus hijos, de acuerdo con sus posibilidades económicas, es decir, evitar desorientarlas creándoles problemas dentro de su pobreza. Para esta investigación se sometió a diferentes grupos de niños a dietas que reunieran los siguientes requisitos:

1º—Aportar principios alimenticios en cantidades y proporciones lo más cercanas posibles a lo requerido normalmente.

2º—Ser del menor costo posible.

3º—Estar formadas por los alimentos que habitualmente consumen los grupos sociales de escasa capacidad económica.

Después de estos breves antecedentes sobre la Sala de Nutrición, expongo a grandes rasgos las actividades de Trabajo Social que se desarrollan en ella.

Inicialmente se clasifican los casos: los del Instituto Mexicano del Seguro Social, los foráneos, los enfermos de gravedad y los de permanencia más o menos larga en el Hospital.

Cuando los enfermos tienen derecho a los beneficios del Instituto Mexicano del Seguro Social, entonces la Trabajadora Social procura llenar lo más rápidamente posible la forma impresa de "orden de internación", reportando el caso al doctor encargado de hacer los trámites correspondientes, en estos casos no realiza el estudio social completo, su misión se reduce a investigar las condiciones económicas con el objeto de fijar cuota provisional mientras el Instituto Mexicano del Seguro Social acepta el caso. Puede haber ocasiones en que el médico solicite un estudio social completo y sólo en estos casos lo llevará a cabo.

Cuando se trata de casos foráneos, la Trabajadora Social procura localizar inmediatamente a los familiares en el Hospital, ya que por lo regular permanecen al lado del enfermo en los primeros días de hospitalizado, especialmente cuando se encuentra reportado grave. El estudio social puede realizarse en el Departamento de S. Social o en el domicilio temporal de los padres en esta ciudad. En caso de no localizarse a la familia por estos medios, se fija provisionalmente una cuota y se envía al lugar de origen un cuestionario especial para estos casos, adjuntándolo a una carta.

Una vez contestado el cuestionario, se reconstruye el caso, utilizando los datos aportados y se modifica la cuota.

Cuando los niños permanecen más de cinco días en el hospital, es imprescindible que la Trabajadora Social haga una visita a su hogar para hacer un estudio social completo, dándole especial interés a los datos relativos a la alimentación, condiciones del hogar y estado de salud de los familiares.

Formulado el estudio social, se entrega a la Trabajadora Social supervisora.

Una vez aceptado, se anexa copia al expediente clínico con el objeto de que el médico esté al corriente del ambiente familiar y de las condiciones en que va a estar el niño después de salir del hospital.

El estudio social generalmente sugiere que se trate de resolver o de prevenir algunos problemas del hogar, para evitar que vuelva a recaer en su enfermedad y tenga que reingresar.

En los casos en que el enfermo reingrese y que tenga menos de seis meses y no presente problema especial, se hará la entrevista en el Departamento y cuando pase de este tiempo se hace visita a domicilio. Se consignarán los datos en resumen, o bien se hará estudio completo consultando el estudio anterior y señalando la fecha en que fué realizado.

En los casos que se juzgue necesario, se da orientación social a los familiares.

Algunas veces se hacen visitas subsecuentes al hogar, esto sucede cuando el médico de sala pide una reinvestigación o bien cuando los enfermos se encuentran atrasados en sus pagos de cuota o bien por otros problemas.

El plan social comprende varios aspectos: pago de cuota hospitalaria, donación al banco de sangre, ayuda de tipo asistencial, etc.

Tomando en consideración que los niños que ingresan a esta sala generalmente tienen diagnóstico de desnutrición de tercer grado, y avitaminosis múltiple producidas por la gran pobreza que hay en sus hogares, generalmente está excluída la cuota mínima de \$ 3.00 diarios.

Con el objeto de que los familiares no se retrasen en sus cuotas, la Trabajadora Social los localiza el día de visita, solicitando que muestren sus recibos, consultando a la vez cada caso y recordándoles cuando se haga necesario, que deben abonar semanalmente su cota.

Cuando los familiares tengan que donar sangre, la Trabajadora Social vigilará que lo hagan a la mayor brevedad; en casos especiales en que sea imposible la donación, se condonará, informando oportu-

namente a la encargada del banco de sangre sobre las razones especiales que existen en cada uno de estos casos.

Para saber las altas que se llevan a cabo, la Trabajadora Social toma información con la enfermera o bien en la hoja que diariamente recibe el departamento. En estos casos su misión es dar aviso a los padres, o bien llevará al niño a su domicilio en la ambulancia (con salida provisional). Además procurará que la cuenta que se adeude sea cubierta y en caso de no cubrirla, que se haga la condonación necesaria.

Cuando se trata de casos foráneos, pedirá el médico "aviso de salida" para informar con anticipación a sus familiares, empleando correo o telégrafo.

Cuando el niño fallece y los familiares no recogen el cadáver, todos los trámites los lleva a cabo la Trabajadora Social.

En caso de presentarse, los orientará sobre los trámites que tengan que realizar.

En los casos de abandono, la Trabajadora Social pedirá al médico de la Sala resumen de la historia clínica y con copia del estudio médico social se gestionará en la Dirección de este Hospital el oficio dirigido a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para que se haga cargo del menor.

También dentro de su plan de trabajo se incluye el reporte de los niños en edad escolar a las maestras.

Estas son las actividades de carácter general que realiza la Trabajadora Social en la Sala de Nutrición.

Al encauzar su trabajo a los niños pelagrosos, ella tiene que conectar, en la mayoría de las ocasiones, a los familiares de estos enfermitos con instituciones de Asistencia, oficiales o privadas, para que les brinden ayuda, porque regularmente estas personas están agobiadas por una serie de problemas.

Otras veces no solamente las orientan, sino que hace gestiones hasta resolverlos o atenuarles sus conflictos, ya sea consiguiendo tarjetas de comedor para los miembros de la familia o bien solicitando plazas en Guarderías, Internados, Hogares Sustitutos, etc., para los niños.

Como previamente ya se tienen sujetos los enfermos a dietas en el Hospital, ricas en proteínas, vegetales, que den el mismo resultado que las proteínas animales que son de más costo, con el fin de que al regresar a su hogar no se pierda la labor del Hospital, la Trabajadora Social insiste con la madre del niño para que se continúe dándole la dieta prescrita.

Cuando el niño es dado de alta y la madre se encuentra imposibilitada para comprar la leche del niño (cuando éste todavía toma biberón), se le proporciona ayuda de emergencia, solicitándola al Comité de Ayuda Económica del Servicio Social o bien cuando la madre cuenta con algo se le abona al costo de la leche que se adquiere en la Farmacia del establecimiento condonándole el resto.

Posteriormente se turna el caso al Distrito Sanitario a donde pertenece la familia para que en el Centro Materno-Infantil se le den facilidades y se le siga vigilando la dieta de acuerdo con sus condiciones de salud y crecimiento.

Consecuentemente, la labor de la Trabajadora Social es muy amplia, ya que no se circunscribe a la sala, sino que también busca en el medio familiar y extrafamiliar los factores que han influido en el padecimiento con el objeto de modificar los negativos y aprovechar los positivos.

Después de haber expuesto brevemente la labor que lleva a cabo la Trabajadora Social en la Sala de Nutrición del Hospital Infantil me permito hacer notar la colaboración que da en el campo de la Pediatría.

El médico no puede prescindir de los datos que la encuesta social proporciona, y si esto es incontrovertible para la Pediatría en general y Puericultura, calcúlese el inapreciable valor que revisten padecimientos tales como la tuberculosis pulmonar y las enfermedades carenciales en cuya etiología existen factores socio-económicos de importancia primordial.

Por lo que respecta a la *pelagra* ha pasado ya la época en que se le consideró como una manifestación exclusiva y unilateral de carencia

vitamínica y el consenso general de los nutriólogos es el de aceptarla como un episodio agudo injertado dentro de una desnutrición crónica. La desnutrición crónica es el cien por ciento de los casos de naturaleza primaria, (esto es) determinada por la hipoalimentación a que obliga una situación económica francamente insuficiente.

La causa desencadenante de los fenómenos agudos de desnutrición puede variar desde infecciones diversas, tales como Shigelosis o salmonelosis, sarampión, tuberculosis, etc., hasta factores eminentemente económicos o de organización familiar tales como el desempleo, el abandono, etc.

En la mayoría de los casos resulta materialmente imposible para el médico obtener por sí mismo el conocimiento del ambiente socio-económico del caso que trata, no sólo por el gasto de tiempo que esto representa, sino porque no está técnicamente preparado para la adquisición de estos datos y en la mayoría de los casos recabaría una información errónea e incompleta, ya que muchos aspectos le pasarían desapercibidos, o serían ocultados por la madre en un falso concepto del pudor provocado por la intervención del médico. Por lo tanto, el auxilio de la Trabajadora Social es imprescindible.

Es obvio que el médico que desee hacer alguna labor profiláctica o educativa en el grupo familiar o que intente prevenir una recaída de estos cuadros graves de pelagra, debe conocer a fondo las condiciones de organización familiar en todos sus múltiples aspectos, incluyendo el grado de responsabilidad paterna, la cultura familiar, etc. Por lo tanto, el informe de la Trabajadora Social constituye uno de los capítulos básicos en el diagnóstico integral de un caso de pelagra.



CAPITULO IV

ESTUDIO ANALITICO REALIZADO EN EL HOSPITAL INFANTIL PARA VALORAR LOS FACTORES DE LA PELAGRA

Este estudio se llevó a cabo en la Sala de Nutrición del Hospital Infantil en los años de 1948 a 1950, bajo la dirección del Dr. Rafael Ramos Galván, un médico psiquiatra, una Trabajadora Social especializada en psiquiatría, una Enfermera y la suscrita.

Se realizó con el objeto de determinar los factores socio-económico culturales que intervienen en el desencadenamiento de la pelagra.

Se hicieron encuestas en 100 casos de los cuales se descartaron 17 por considerar que los datos no eran precisos, porque la madre estaba ausente de esta Capital, o bien porque las personas que proporcionaban los informes incurrían en contradicciones. Prefiriéndose sacrificar el número de encuestas a la calidad de las mismas.

Para que se pueda apreciar la colaboración de la Trabajadora Social, hay que considerar que además de realizar una amplia labor de orientación, educación y profilaxia en los hogares donde había niños pelagrosos, proporcionó todos los datos tabulados en el estudio analítico que a continuación inserto.

Lugar de nacimiento de los niños pelagrosos.

México, D. F.	49 casos.	59.03%
Edo. de México.	8	9.64
Edo. de Michoacán.	7	8.43
Edo. de Guanajuato.	6	7.23
Edo. de Puebla.	3	3.61
Edo. de Veracruz.	3	3.61
Edo. de Morelos.	2	2.41
Edo. de Hidalgo.	2	2.41
Edo. de Aguascalientes.	1	1.21
Edo. de Tlaxcala.	1	1.21
Edo. de Oaxaca.	1	1.21

Lugar de residencia habitual última.

México, D. F.	62 casos.	74.70%
Edo. de México.	6	7.23
Edo. de Guanajuato.	4	4.82
Edo. de Michoacán.	3	3.61
Edo. de Veracruz.	3	3.61
Edo. de Puebla.	2	2.41
Edo. de Morelos.	2	2.41
Edo. de Tlaxcala.	1	1.21

Natalidad en las familias estudiadas.

1 hijo.	9 casos.	10.84%
2	16	19.28
3	16	19.28
4	12	14.46
5	8	9.64
6	7	8.43
7	3	3.61
8	0	0.00

9	7	8.43
10	3	3.61
11	1	1.21
12	0	0.00
13	1	1.21

Modo: 2-3 hijos.
Mediana: 3 hijos.

Número de hijos que viven y que conviven en la familia.

1 hijo.	15 casos.	18.07%
2	20	24.00
3	19	22.89
4	11	13.26
5	4	4.82
6	5	6.02
7	5	6.02
8	4	4.82

Modo: 2 hijos.
Mediana: 3 hijos.

Número de orden que corresponde en los embarazos al niño Pelagroso.

(Traduciría experiencia maternal?)

1° embarazo.	16 casos.	19.28%
2°	20	24.10
3°	15	18.07
4°	6	7.23
5°	10	12.05
6°	5	6.02
7°	2	2.40

8º	1	1.21
9º	4	4.82
10º	2	2.40
11º	1	1.21
12º	0	0.00
13º	1	1.21'

Modo: Segundo embarazo.
Mediana: Tercer embarazo.

De los 83 casos, en 9 casos el primogénito fué hijo único y por lo tanto el pelagroso 10.84%

En 39 casos, el pelagroso era el último hijo habido 46.99
En 35 casos, había habido otros hijos menores que el pelagroso 42.17

Edad del niño enfermo en el momento de su internación (82 casos)

De 13 a 18 meses.	10 casos		12.20%	
De 19 a 24 meses.	24	34 casos	29.27	41.47%
De 25 a 30 meses.	14		17.07	
De 31 a 36 meses.	13	27	15.85	32.92
De 37 a 42 meses	11		13.41	
De 43 a 48 meses.	5	16	6.10	19.51
De 49 a 54 meses.	2		2.44	
De 55 a 60 meses.	1	3	1.22	3.66
De 61 a 66 meses.	0		0.00	
De 67 a 72 meses.	1	1'	1.22	1.22
De 73 a 78 meses.	1		1.22	1.22
De 79 a 84 meses.	0	1	0.00	

82 casos 82 casos 100.00% 100.00%

Media: 30 ± 12 meses.
Mediana: 27 meses.
Modo: 24 meses.

La trabajadora social reporta en su informe que:

No se apreció retraso en el desarrollo en 23 casos	28.75%
Se observó retraso antes de los 6 meses 7 „	8.75
Se observó entre los 7 y los 12 meses 45 „	56.25
Se observó entre los 13 y los 18 meses 4 „	5.00
Se observó entre los 19 y los 24 meses 1' „	1.25

Es decir: en el 65% de los casos, había retraso en el crecimiento y el desarrollo, dentro de la edad de la lactancia.

La madre señaló como supuestas, las siguientes causas determinantes de la enfermedad:

Secuela post-sarampionosa	26 casos	27.09%
Abandono directo del niño, por diversas causas	8 „	8.33
El destete	8 „	8.33
“Defectos” en la alimentación	6 „	6.25
Abandono familiar por el padre	4 „	4.17
Pobreza o miseria	4 „	4.17
Diarrea por “leche contaminada”	1 „	1.04
Ascariidosis	1 „	1.04
No se consigna ninguna causa invocada por la madre	38 „	39.58

Lugar de origen de los padres.

	<i>Madres.</i>	
Rural:	54 casos	67.50%
Urbano:	26	32.50
Total:	83 casos	100.0%
	<i>Padres.</i>	
Rural:	49 casos	69.0%
Total:	71 casos	100.00%
Urbano:	22	31.

Entidades Federativas de donde proceden:

Madres.

Entidad	Rural	Urbano	Total
Edo. de México	15 casos	4 casos	19 casos
Michoacán.	12	0	12
Guanajuato.	9	2	11
Hidalgo.	6	2	8
Querétaro.	3	0	3
Oaxaca.	3	0	3
Jalisco.	1	1	2
Puebla.	1	1	2
Tlaxcala.	1	0	1
Zacatecas.	1	0	1
Guerrero.	1	0	1
Morelos.	0	11	11
Veracruz.	0	1	1
Texas, E.U.A.	1	0	1
México, D. F.	0	14	14
Se desconoce:	—	—	3
SUMAS:	54	26	83

Padres

Entidad	Rural	Urbano	Total
Michoacán	13 casos	10 casos	23 casos
Edo. de México.	9	4	13
Guanajuato.	9	1	10
Hidalgo.	6	2	8
Querétaro.	5	0	5
Morelos.	1	1	2
Puebla.	1	1	2
Zacatecas.	1	0	1
Guerrero.	1	0	1
Veracruz.	1	0	1
Tabasco.	1	0	1

Oaxaca	1	0	1'
Jalisco.	0	1	1
N. León.	0	1	1
Tamaulipas.	0	1	1
México, D. F.	0	10	10
Se desconoce:	—	—	12
SUMAS:	49	22	83

De los 83 casos, los cónyuges eran naturales de *diferentes* entidades federativas en 27 casos, o sea el 40% del total conocido.

Eran naturales de la *misma* entidad federativa 41 casos (60%).

A su vez, las 41 familias de una misma entidad federativa, eran de medio francamente rural en 29 casos, o sea el 71%.

Eran de un medio urbano 12 familias, o sea el 29%.

Estado	C. Rurales	C. Urbanos	Total casos.
Michoacán.	10	0	10
México.	5	2	7
Guanajuato.	5	1	6
Hidalgo.	5	0	5
Querétaro.	2	1	3
Zacatecas.	1	0	1
Guerrero.	1	0	1
Morelos.	0	1	1
Distrito Federal	0	7	7
		(Total)	41 casos.

Edad de la Madre.

De 15 a 18 años.	4 casos	4.94%	
De 19 a 22 años.	20	24.69	) 54 casos. 66.67%
23 26	21	25.93	
27 30	13	16.05	

De 31 a 34 años.	10	12.34	) 22 casos. 27.16
35 38	7	8.64	
39 42	5	6.18	
De 43 a 46 años.	0	0.00	
47 50	1	1.23	
81 casos 100.00%			M. 27 ± 7 años.
			Md. 26 años.
			Mo. 22 años.

Edad del Padre.

De 19 a 22 años.	2 casos	3.07%	
De 23 a 26 años.	20	30.76	) 39 casos. 60.06%
27 30	11	17.00	
31' 34	8	12.30	
De 35 a 38 años.	6	9.23	) 19 casos. 29.20%
39 42	9	13.83	
43 46	4	6.14	
De 47 a 50 años.	3	4.60	
51 54	0	0.00	
55 58	0	0.00	
59 62	2	3.07	
65 casos. 100.00%			M. 33 ± 9 años.
			Md. 30 años.
			Mo. 25 años.

Diferencia de edad entre el padre y la madre.

Se conocen 65 casos.

La madre era mayor que el padre en 8 casos: 12.31%

El padre era mayor que la madre en 57 casos: 87.69

De los 8 primeros casos, en 4, la madre era sólo 1 año mayor, en 1 era dos años mayor, en 1 era 4 años mayor, en 1 era 8 años mayor, y finalmente en otro era 14 años mayor.

En los casos en que el padre era mayor, la diferencia fué de 7 años ± 6.

Diferencia de edad en los casos en que el padre era el mayor.

De	0 años	2 casos.	3.07%	
De	1 a 2 años	16 casos.	24.62%	
	3 4	8	12.31	
	5 6	7	10.77	
	7 8	8	12.31	Total: 65 casos.
	9 10	6	9.24	
	11 12	2	3.07	
	13 14	1	1.54	
	15 16	3	4.60	
	17 18	1	1.54	
	19 20	1	1.54	
	27 28	2	3.07	

Organización familiar (Calificada por el Psiquiatra).

Familia Organizada.	69 casos	71.14%	Total: 97 casos.
Familia no organizada.	28	28.86	
No se precisa.	6		

Estado de las relaciones conyugales a su iniciación.

Casos especiales (x)	15 casos	15.46%	
Madres solteras.	2	2.06	
Amasiato.	27	27.84	
Matrimonio civil.	6)	6.19)	
Matrimonio religioso.	9)	9.28)	54.94%
Matrimonio C. y religioso	38)	39.17)	
No se precisan.	5		
	102 casos		

Estado de las relaciones conyugales en el momento del estudio.

Conviven.	72 casos.	70.59%	Vale decir: 70%
Abandono paterno.	23	22.55	23
Viudez.	7	6.86	7
	102 casos.		100%

(x) Casos especiales en las relaciones conyugales.

Son en total 15 casos, de los cuales 5 terminaron en abandono final y 1 en viudez.

1o. matrimonio-Viudez - 1o. Amasiato - Abandono.	1 caso.
1o. matrimonio-Viudez - 1o. Amasiato - Viudez.	1 „
1o. matrimonio-Divorcio - Amasiato.	1 „
1o. matrimonio-Viudez - 1o. Amasiato - Abandono-2o. matrimonio.	1 „
Amasiato - Abandono - Amasiato.	6 casos
Amasiato - Abandono - 1o. matrimonio.	1 caso
Amasiato - Abandono - Amasiato - Abandono.	2 casos
Segundo matrimonio del padre.	2 „
	15 casos

Conducta paterna (calificada por la esposa).

Buena	45 casos.	45%	Se eliminaron dos casos de madres solteras.
Mediana	17 casos.	17	
Mala	27 casos.	27	
No se precisa	11 casos.	11%	

Alcoholismo paterno.

+	14 casos	14.43%	) 41 casos. 42.26% (97 casos)
++	27	27.83	
+++	20	20.63	) 28 casos. 28.80%
++++	8	8.25	
no se precisa	5 casos		
no existe	28	28.86	) 28 casos. 28.86%
	102 casos			97 casos. 100.00%

Madre Alcohólica.

Sólo se confesó de grado moderado en 8 de 83 casos (9.64%).

Madre Embarazada.

20 casos de 83, esto es, el 24.10%.

Madres que dan el Pecho.

24 casos de 83, 28.91%

En resumen: el 53.01% de las madres, o estaba embarazada o lactaban.

Alfabetismo materno.

Analfabetas.	57 casos	55.88%	
No analfabetas.	45 „	44.12%	Total: 102 casos.

Aptitud en el manejo del hogar.

Apta para el manejo del hogar.	55 casos.	57.29%	
			Total: 96 casos.
No apta para el manejo del hogar.	41 casos.	42.71	
No se precisó	7 casos.		

Ocupación de los Padres.

Trabajan para el hogar.	46 casos	55.42%
No sostienen el hogar.	37 „	44.58

Causas por las que el padre no trabaja para el hogar.

Padres muertos.	9 casos	10.84%	
Por abandono del hogar.	16	19.28	
Padres cesantes.	6	7.24	
Padres vagos.	2	2.40	
Padres con trabajo eventual.	2	2.40	
Padres presos.	1	1.21	
Padres desconocidos.	1	1.21	44.58%

Ocupación del 55.42% restante:

Peones de albañil.	10 casos	12.05%	
Albañil.	6	7.23	
Obrero calificado.	5	6.02	
Campesino.	6	7.23	
Machetero.	3	3.62	
Burócrata.	3	3.62	
Herrero.	2	2.40	
Peluquero.	2	2.40	
Zapatero.	2	2.40	
Comerciante (en pequeño)	2	2.40	
Nevero.	1	1.21	
Bracero.	1	1.21	
Chofer.	1	1.21	
Policía.	1	1.21	
Soldado.	1	1.21	55.42%

Ocupación de las madres.

Quehaceres domésticos.	44 casos	53.01%	
Lavanderas.	11	13.25	
Sirvientas.	11	13.25	
Tortilleras.	6	7.23	
Comerciantes.	6	7.23	
Porteras.	1	1.21	
Costureras.	1	1.21	
Obreras.	1	1.21	
Nada.	2	2.40	100.00%

Ahora bien, en el grupo de 37 familias en que el padre no trabajaba, la madre desempeñaba las siguientes labores:

Quehaceres domésticos.	6 casos
Sirviente.	8
Lavandera.	10
Tortillera.	5

Comerciante.	3
Portera.	1
Costurera.	1
Obrera.	1
Nada.	2

Como se ve en 8 casos (el 9.64% del total) ni la madre ni el padre podían aportar alguna contribución económica al hogar.

En 29 casos (34.94% del total), era la madre por sí sola, la que atendía a las necesidades económicas del hogar.

De las 46 familias en las que el padre trabajaba, había 8 (9.64% del total) en las que la madre también trabajaba.

En estos 8 casos las ocupaciones eran las siguientes:

Sirvientas: 3 casos. (padres: 1 campesino, 1 zapatero y 1 bra-
cero).

Comerciantes: 3 casos. (padres: 2 herreros, 1 comerciante).

Lavandera: 1 caso. (padre: machetero).

Tortillera: 1 caso. (padre: campesino).

Llama la atención que ni los peones de albañil, ni los albañiles, ni los obreros calificados, permitieran que sus mujeres trabajaran fuera del hogar.

En 38 familias, en las que el sustento económico estaba a cargo exclusivo del padre (45.78% del total), las ocupaciones eran las siguientes:

Peón de albañil	10 casos
Albañil.	6
Obrero calificado.	5
Campesino.	4
Burócrata.	3
Machetero.	2
Peluquero.	2
Zapatero.	1
Comerciante.	1
Nevero.	1
Chofer.	1
Policía.	1
Soldado.	1

En resumen:

El hogar era sostenido:

Por el padre exclusivamente:	38 casos	45.78%	vale decir	46%
Por la madre exclusivamente:	29 „	34.94		35
Por ambos cónyuges:	8 „	9.64		10
Por ninguno de los dos:	8 „	9.64		10

Información General de la madre.

(Juzgada por el psiquiatra).

Buena.	23 casos	23.96%	en total: 96%
Mediana.	20	20.83	
Mala.	53	55.21	
No se precisa.	7 casos		

Escolaridad de los padres.

(Estudiada en 83 casos).

Materna.

Ninguna.	39 casos	46.99%	46.99%
1 año.	12	14.46	
2	14	16.87	31.33%
3	7	8.43	
4	5	6.02	14.45
5	2	2.41	
6	3	3.61	6.02
7	0	0.00	
8	1	1.21	1.21
	83 casos	100.00%	(83 casos)

Paterna.

20 casos	29.41%	29.41%
4	5.88	
14	20.59	26.47
11	16.18	

5	7.35	23.53
0	0.00	
13	19.12	19.12
1	1.47	
0	0.00	1.47
15 Descon.	100.00%	(68 casos)
83 casos.		



Escolaridad de ambos cónyuges juzgada en los 68 casos conocidos.

I.—Ambos cónyuges analfabetas ...	15 casos	22.06%	22.06%
II.—Un cónyuge analfabeta y otro en el			
1o. Ciclo	12	„	17.65
Ambos cónyuges en el 1o. Ciclo	7	„	10.30 27.95
III.—Un cónyuge analfabeta y el otro en			
el 2o. Ciclo	5	„	7.53
Un cónyuge en el 1o. Ciclo y el otro			
en el 2o. Ciclo	9	„	13.23
Uno analfabeta y otro en el 3o.			
Ciclo	2	„	2.94 23.52
IV.—Un cónyuge en el 1o. y otro en el			
3o. Ciclo	7	„	10.30
Ambos cónyuges en el 2o. Ciclo .	5	„	7.35 17.65
V.—Un cónyuge en el 2o. y otro en el			
3o. Ciclo	3	„	4.41'
Ambos cónyuges en el 3o. Ciclo ..	1	„	1.47 5.88
VI.—Ambos cónyuges con más instrucción	2	„	2.94 2.94

El 50% de los matrimonios estudiados tenían una instrucción prácticamente mala.

Inteligencia en las madres de los pelagrosos.

En la Sección de Psicometría del Servicio Psiquiátrico del Hospital se hizo la medición de la inteligencia, utilizando fundamentalmente el Test de Kohos y eventualmente el Binet

Además, el Psiquiatra hacía una evaluación clínica, somera, sobre la inteligencia y la personalidad de las mujeres y nos daba por escrito un informe de sus observaciones.

Establecida la edad mental, se calculó el I. Q., que se clasificó de acuerdo a lo establecido en el Congreso de Burdeos, según consejo que nos dió el Prof. Peinado del Servicio de Higiene del Centro Materno-Infantil "Maximino Avila Camacho".

Como edad normal de comparación, se eligió la de 14 años, que frecuentemente se utiliza para juzgar a los analfabetos: se desecharon las edades de 12 ó 16 años, que en otras ocasiones se emplean.

Según informe del Prof. Peinado, en el Congreso de Burdeos se aceptó la siguiente clasificación del I.Q.

De 0 a 20 Idiotas.

De 20 a 50 Imbéciles.

De 51 a 60 Débiles mentales
profundos.

De 61 a 70 Débiles mentales
medios.

De 71 a 80 Débiles mentales
superficiales.

De 51 a 80: Débiles mentales.

De 81 a 90 Sub-normales.

De 91 a 120 Normales.

Más de 120 Super-dotados.

En las madres, se encontró:

I. Q. de	1 a 10	1 caso.	1.02%		
	11 a 20	0	0.00%	1 caso.	10.02% Idiotas.
	21 a 30	0	0.00%		
	31 a 40	8	8.16%		
	41 a 50	4	4.08%	12 casos.	12.24% Imbéciles.
	51 a 60	14	14.29%		
	61 a 70	8	8.16%		
	71 a 80	22	22.45%	44 casos.	44.90% Débiles (Mentales)

81 a 90	30	30.61%	30 casos.	30.61%	Sub- (normales)
91 a 100	9	9.19%			
101 a 110	2	2.04%			
111 a 120	0	0.00%	11 casos.	11.23%	normales

Clínicamente los reportes son en el sentido de que la inteligencia fué normal en el 45% de los casos; fué sub-normal en el 26% de los casos y había déficit marcado de la inteligencia en el 29% de los casos.

Los rasgos clínicos de la personalidad de las madres, descritos por el Psiquiatra, fueron los siguientes:

Sin estabilidad emocional.	5 casos, de	90	5.55%
Distimia.	47		52.22
Fenómenos conversivos.	18		20.00
Irascibles.	30		33.33
Violentas.	39		43.33
Con depresión.	1		1.11
Poco comprensivas.	8		8.88
Con antecedentes Psicopáticos.	1		1.11
Con personalidad equilibrada.	9		10.00
Apacibles.	21		23.33
Alertas.	1		1.11
Juiciosas.	6		6.66
Comprensivas.	3		3.33
Sin psicopatías en los antecedentes	24		26.66
Mentirosas.	1		1.11
	13 casos, de 103.		

Indice Económico (Promedio diario de ingreso por persona).

De	0 a	9 ctvos.	9 casos			
	10	19	4	13 casos	15.66%	) 28 casos 33.73%
	20	29	6			
	30	39	9	15 casos	18.07)
	40	49	8			
	50	59	8	16	19.28)
	60	69	6			) 25 casos 30.12
	70	79	3	9	10.84	
	80	89	4			
	90	99	5	9	10.84)
	100	109	6			) 16 casos 19.28
	110	119	1	7	8.44	
	120	129	3			
	130	139	4	7	8.43)
	140	149	1			) 9 casos 10.84
	150	159	1	2	2.41	
	160	169	3	3	3.61	) 3 casos 3.61
	260	269	1	1	1.21	) 1 caso 1.21

Debe señalarse que los nueve primeros casos tenían un ingreso de \$ 0.00 por persona y por día.

Por lo tanto, calculando el promedio diario, de los que tenían en realidad ingresos, esto es de 73 familias, se obtiene:

$$\$ 0.73 \pm 0.46 \text{ por persona y por día.}$$

Calculando para los 82 casos, incluyendo los 9 totalmente improductivos, el ingreso diario baja a:

$$\$ 0.65 \pm 0.49 \text{ por persona y por día.}$$

En realidad, aún dentro del grupo de familias estudiadas, fué posible establecer una clasificación de acuerdo a la *estratificación económica*.

En efeto, se vió que 28 familias dependían totalmente del socorro o caridad de otras personas 34.15%

17 familias, vivían reunidas a otra familia tan pobre como ellas 20.73

37 familias, finalmente, vivían solas 45.12

En el primer grupo, el índice económico era de 32 ± 37 centavos por persona y por día, y en ella se agrupaban las 9 familias con ingresos totalmente nulos.

Considerando los ingresos de las familias que los tenían en este grupo, independientemente de los 9 casos señalados, los ingresos ascendían a 48 ± 36 centavos.

En el segundo grupo, los ingresos eran de 84 ± 62 centavos.

En el tercer grupo, los ingresos eran de 80 ± 36 centavos.

Aunque estas diferencias no son estadísticamente significantes, se aprecia la mayor productividad en los dos últimos grupos, con relación al primero.

Casos en que el Psiquiatra señala su criterio sobre la causa preponderante en el desencadenamiento del cuadro de pelagra.

Opinó en 75 casos.

Se abstuvo de opinar en 28 casos.

Encuentro como causa eficiente predominante a:

1.—La pobreza socio-económica y cultural asociada a la debilidad mental	27 casos	36.00%
2.—La pobreza socio-económica y cultural	33	44.00
3.—La pobreza socio-económica	8	10.67
4.—La pobreza socio-económica y la debilidad mental	5	6.67
5.—La pobreza cultural simplemente	1	1.33
6.—Puramente a la debilidad mental materna ...	1	1.33
	75 casos	100.00%

Lo que se resume de mejor manera diciendo:

1.—Pobreza socio-económica y cultural	34 casos	45.33%
2.—Pobreza socio-económica y cultural asociada a la debilidad mental y materna	32	42.67
3.—Pobreza económica	8	10.67
4.—Debilidad mental materna	1	1.33
	75 casos	100.00%

Como se podrá apreciar, este estudio engloba datos de gran valor relativo a la pelagra, a través de ellos hago las siguientes consideraciones:

De acuerdo con la edad del niño enfermo en el momento de la internación, se encontró el mayor número entre aquellos que tienen de 19 a 24 meses.

Crecimiento y desarrollo.

Dentro de la edad de la lactancia había retraso en el crecimiento y desarrollo.

Lugar de nacimiento.

Se encontró el mayor porcentaje en niños que han nacido en el Distrito Federal, posiblemente porque la alimentación es más adulta y además, porque la mayoría de ellos tienen una alimentación mal compensada en proteínas, grasas y vitaminas.

Lugar de residencia habitual última.

Encontramos el mayor porcentaje en niños que radican en esta capital y provienen de medio rural, esto a mi juicio se debe a que vienen a ésta, ilusionados pensando que hay innumerables fuentes de vida y desgraciadamente se encuentran que la realidad es distinta, ya que los trabajos se consiguen a base de recomendaciones o están controlados por sindicatos, además existe el agravante de que muchas de estas personas son analfabetas, por consiguiente se encuentran desarmadas para luchar por la vida y entonces se acentúan sus problemas en lugar de solucionarlos.

Natalidad de las familias estudiadas.

La mayor frecuencia se encontró en las familias que tienen 2 a 3 hijos, por lo tanto no es un factor importante que la madre sea prolífera.

Número de orden que corresponde a los embarazos.

El mayor porcentaje de niños pelagrosos son del 2o. embarazo, de donde se deduce que no es por falta de experiencia de la madre.

Alcoholismo paterno.

El alcoholismo paterno no influyó en la producción de la pelagra, ya que el mayor porcentaje de niños se encontró en familias en que el padre no ingiere alcohol.

Inteligencia de las madres de los pelagrosos.

Se encontró debilidad mental en 44.90%, asociándose en la mayoría de los casos este déficit intelectual a pobreza extrema.

Analfabetismo.

El mayor porcentaje de niños pelagrosos (55.88%) lo encontramos en familias en que ambos padres tenían una instrucción prácticamente nula.

Situación Económica.

Este es un factor muy importante, pues pudimos comprobar que el mayor número de casos provenía de familias con un índice económico muy raquítico (fluctuando entre \$.46 y \$.75). En estas familias, la Trabajadora Social encontró una alimentación defectuosa, carente de alimentos proteínados animales y en la mayoría, de los elementos que proporcionan ácido nicotínico y demás factores del complejo "B"².

Analizando las consideraciones anteriormente expuestas, derivamos lo siguiente: *Que la causa preponderante en el desencadenamiento del cuadro de la pelagra es de naturaleza socio-económica y cultural.*

CAPITULO V

CONCLUSIONES

I.—Uno de los problemas más graves y de hondas raíces en nuestra República lo constituye la desnutrición, consecuencia directa de la miseria y la ignorancia. Intimamente relacionadas con la desnutrición tenemos una serie de enfermedades, entre las que se incluye la pelagra.

II.—El capítulo más importante en la campaña para disminuir la mortalidad infantil, así como también el número de enfermedades originadas por carencia, lo constituye la profilaxis y la educación, ya que la falta de cultura y las costumbres tradicionales han ido perpetuando grandes defectos. Corregirlos, es indudablemente una tarea muy lenta y ardua. Es muy difícil destruir hábitos tan fuertemente arraigados, sin embargo, mediante una obra de conjunto en la que participen las instituciones oficiales, las instituciones privadas, los profesionistas, etc., se puede lograr mucho en el aspecto profiláctico y educacional.

III.—En la Sala de Nutrición del Hospital Infantil se debe impulsar la campaña educativa sobre la alimentación por los medios más adecuados de difusión cultural como el radio, el cine, carteles, conferencias, etc.

En los casos de niños pelagrosos la trabajadora social debe tomar la iniciativa para que se impriman diversas dietas: pobres, modestas y ricas para que se distribuyan entre las familias de los enfermos de acuerdo con su capacidad económica.

Debe sugerir que periódicamente se exhiban para las familias de los enfermos, películas recreativas alternadas con películas instructivas, entre estas últimas se puede mostrar un niño ciego por avitaminosis "A" como tantos que observamos en el Hospital Infantil o con pelagra con sus lesiones características fácilmente captables por la cámara. Esto hará que las madres se impresionen y aprendan a alimentar a sus hijos de acuerdo con sus posibilidades. Simultáneamente se les deben dar conferencias sobre higiene de la alimentación.

IV.—La labor de la trabajadora social en el Hospital Infantil no debe circunscribirse a proporcionar datos al médico, a establecer relaciones entre las familias de los enfermos y los centros asistenciales, a dar orientaciones en los hogares, ayudar a solucionar los problemas de toda índole que presenta el paciente o sus familiares, etc. Ella debe investigar qué factores determinan o están influyendo en la producción de una enfermedad, con el objeto de proponer las medidas para exterminarlos o atenuarlos. De acuerdo con esto, en el caso de la pelagra sugiero las siguientes medidas:

1o.—Intensificar la campaña contra la desnutrición infantil, creando en todos los Centros materno-infantiles bancos de leche, con el objeto de auxiliar a las familias proletarias, ya que en ellas es donde más frecuentemente se producen casos de pelagra.

2o.—Incrementar la enseñanza de la Dietética en todas las instituciones educativas.

3o.—Hacer una amplia labor educativa sobre la mejor forma de aprovechar los recursos económicos y naturales para lograr una mejor alimentación.

4o.—Fomentar la agricultura y la ganadería.

5o.—Impulsar las cooperativas de producción, de consumo y mixtas con el objeto de eliminar a los intermediarios y acabar con los monopolios y los explotadores.



BIBLIOGRAFIA

La Desnutrición Infantil.—Boletín Médico del Hospital Infantil (Vol. V de 1948), por el Dr. Lázaro Benavides y Joaquín de la Torre.

Alimentación Infantil, por el Dr. Jorge Muñoz Turnbull.

La Pelagra y Edema por Carencia Proteica del Niño, por el Dr. Jorge Muñoz Turnbull.

La Recuperación del Niño Desnutrido empleando proteínas de origen vegetal y proteínas de origen animal, por el Dr. Federico Gómez y Rafael Ramos Galván.