

11776
29
150

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Unidad de Medicina Familiar 33

DESNUTRICION Y FAMILIA

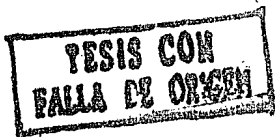
TESIS RECEPCIONAL

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a

DR. MARGARITA MARICELA LIBERATO MARTINEZ

Asesor: Blanca Estela Hernández Leyva



México, D. F. 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

1. Justificación	I
2. Marco teórico:	
Generalidades	1
Organización Económica de México	2
Aspectos socioeconómicos y culturales de la desnutrición	4
Concepto de Nutrición	6
Desnutrición	9
Historia "atural de la Desnutrición	17
Importancia social de la familia	20
Definiciones de familia	21
Origen y Evolución histórica de la familia	21
Clasificación de la familia	24
Funciones de la familia	27
3. Identificación del problema	30
4. Hipotesis	31
5. Objetivos	33
6. Metodología	34
7. Calendarización	37
8. Recursos	38
9. Cuestionarios	39
10. Desarrollo del trabajo	45

11. Analisis de resultados	48
12. Conclusiones	76
13. Sugerencias	79

GRAFICAS.

1. Grafica no. 1	50
2. Grafica no. 2	50
3. Grafica no. 3	52
4. Grafica no. 4	54
5. Grafica no. 5	56
6. Grafica no. 6	57
7. Grafica no. 7	60
8. Grafica no. 8	65
9. Grafica no. 9	76
10. Graficas I y II	68
11. Graficas II y III	69
12. Graficas IV y V	70
13. Graficas VI y VII	71
14. Graficas VIII y IX	72
15. Graficas X y XI	73
16. Graficas XII y XIII	74
17. Grafica XV	75

CUADROS.

1. Cuadro no. 1	53
2. Cuadro no. 2	56
3. Cuadro no. 3	59
4. Cuadro no. 4	64
5. Cuadro no. 5	62
6. Cuadro (A)	67

JUSTIFICACION

El médico familiar juega un papel importante dentro de la salud nacional del país, puesto que como médico de primer nivel, está en sus manos hacer; " Medicina preventiva".

La población mexicana ha sufrido permanente y crónica desnutrición, condicionada por el sistema socio- económico que nos rige, siendo con esto la población infantil la más afectada. (3)

En México existen cifras que demuestran la gravedad del problema, el 70 % de la población infantil padece de desnutrición en sus diferentes grados; además a nivel mundial la O.N. U. reporta: 40,000 defunciones anuales por esta causa, 100 millones de niños padecen " hambre ", de 122 millones que nacen anualmente en el mundo, 12 millones mueren antes de cumplir el año de edad. (3,4)

Estas cifras nos hacen reflexionar sobre la gravedad del problema, que analizándolo, es meramente de tipo social y económico; y puesto que no podemos cambiar el momento histórico que vive nuestro país; y en base que las consecuencias inevitables de la pobreza de un país, son el bajo nivel cultural y entre otros los defectuosos hábitos alimentarios. Por lo que consideramos de suma importancia tratar de identificar en que grado el médico familiar, puede ayudar a disminuir el problema de la desnutrición; al educar a su población derecho-habiente, en cuanto a higiene y nutrición. Y con ello beneficiar a la población más valiosa de una sociedad: " La niñez".

MARCO TEORICO.

GENERALIDADES.

Sociología. Este término surge en el año de 1830-1842 a - proximadamente, creado por el filósofo francés Augusto Comté. La sociología trata de explicar las leyes del desarrollo y -- funcionamiento de las sociedades humanas, posteriormente surge otro término usado por los teóricos del Marxismo.

Materialismo histórico. Lo definen como la teoría científica del desarrollo y funcionamiento de las sociedades humanas.

Economía. Se origina a través de los siguientes hechos y fenómenos humanos: la obtención de los medios para el sostenimiento de la vida, es el punto de partida de toda actividad humana, el dar satisfacción a sus necesidades es el móvil de la conducta humana. De acuerdo a esto los elementos básicos de la economía son: " necesidades, trabajo y satisfactores ".

Política. Faceta de la realidad social, su base es la sociedad y sus problemas son de la comunicación, que surgen de los vínculos de la coexistencia, convivencia y cooperación humanas.

Sociedad. Son los agrupamientos humanos que comparten un territorio, una estructura y organización social, que les permiten formas de desarrollo: trabajo, comunicación (lenguaje y escritura), costumbres, tradiciones y en ellas los individuos tienen interrelación de todo tipo.

Cultura. Es el conjunto o el todo de los recursos materiales e inmateriales de que disponen los hombres de una sociedad para sobrevivir, así como para dominar el ambiente físico biológico y social en que les corresponde vivir. (21,22)

ORGANIZACION ECONOMICA DE MEXICO

La organización económica es el elemento primordial de la estructura social, ya que éste es determinante de la producción y distribución de los bienes que satisfacen las necesidades humanas, por lo tanto es la propiciadora de bienestar humano y la que impulsa o retarda el desarrollo económico y social de un país.

Características de la estructura económica en México:

1. La economía es de tipo capitalista, ya que la mayoría de los medios de producción (tierra, capital, instrumentos e -- instalaciones para el trabajo), pertenecen solo a una mínima parte de la población, " la propiedad privada ".
2. El proceso de producción resulta de dos posiciones para -- los hombres que en él participan: Patrones y Trabajadores.
3. Presencia de clases antagonistas: Dominante y dominado.
4. Existencia de dos sectores impulsores de la economía:
 - a) Sector público. Formado por empresas del gobierno y -- otras que no pertenecen a él, pero que controla.
 - b) Sector privado. Patrocinado por grandes riquezas, que -- abarcan sectores como agricultura, industria, comercio y fi -- nanzas. Su producción a nivel nacional ocupa 4/5 partes, si -- tuación que hace resaltar la importancia que tiene en el país la " banca privada ".
5. Sectores nacionales de la economía según su importancia -- por el aporte que hacen a la producción nacional.
6. Planes nacionales que no se han llevado a cabo:
 - a) Mejoramiento de la educación, salud y bienestar general del ciudadano.
 - b) Proporcionar estructura básica necesaria: transportes, comunicación, energía, agua etc..
7. Alentar a la substitución de importaciones. (23)

8. Gran dependencia técnica y económica principalmente de capitales de E.U. en los sectores de la agricultura, manufactura industrial y químico-farmacéutica.

9. Obras de infraestructura (carreteras, transporte, agua, - etc.).

10. Tenencia de la tierra. Mal distribución el 50% pertenece a la propiedad privada y el 50 % es propiedad ejidal.

11. Respecto a la fuerza de trabajo solo el 26.86 % de la población de la República es productiva.

12. El 53 % de la población trabajadora percibe un sueldo de - menos del 50% del salario mínimo.

De lo anterior resulta que grandes grupos de la población viven en la miseria, existen grandes zonas de estancamiento - económico y cultural; y esto con predominio en zonas rurales. Las fuentes de poder económico del sector público son básicamente el gobierno en su rama ejecutiva, las instituciones deg centralizadas como son: petróleos, ferrocarriles, luz y fuerza. (23)

ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS Y CULTURALES DE LA DESNUTRICION

I. Análisis al sector rural.

a) Mal distribución de la tierra el 50 % del territorio nacional pertenece a grandes latifundios, lo que determina un deficiente aprovechamiento de las tierras fértiles, produciendo desempleo, pues existe la mano de obra pero no son disponibles los medios de producción (tierra, herramienta, etc.) a nivel nacional determina una baja producción de alimentos, que debe importar a precios mayores, siendo una de las causas de adeudo exterior. (7)

b) Tecnología. Existiendo pequeños ejidos, en zonas fértiles del país, los utensilios son aún rudimentarios, se limita la producción al 5% en comparación con países que cuentan con este elemento de progreso, siendo así un punto más para frenar la agricultura nacional.

c) Monocultivo. Los grandes latifundistas, fomentan este equivoco remedio, por ejemplo se siembra tabaco en grandes extensiones de tierra y evitan la producción de nutrientes adecuados y de cierta variedad, se incluye al campesino que no cuenta que no cuenta con los recursos, a ser simples trabajadores asalariados, con sueldos ínfimos con los cuales ahora no pueden cubrir ni la mitad de sus necesidades que cuando fueron ejidatarios. (6)

Con lo anterior podemos explicarnos porque esa grande migración de las zonas rurales a las urbanas, de campesinos que por hambre abandonan las tierras. Su destino es el hacinamiento, en los grandes cinturones de miseria que existen en las zonas urbanas, que vienen a competir con el ya experimentado "citadino", generalmente la población campesina es analfabeta, en muchos de los casos no hablan español, únicamente su -

dialecto, estos factores y muchos más son causa de desempleo y en consecuencia de pobreza e inevitable " hambre ". (5)

Igualmente podemos analizar el problema de pobreza a nivel urbano, situación geográfica en la cual se llevará a cabo el trabajo de tesis. Ahora solo abordaremos someramente otro factor predisponente a causar desnutrición, que es la tradición alimentaria que pesa sobre el pueblo mexicano, desde la época de la conquista, nos damos cuenta de los cambios que tuvieron en sus hábitos alimentarios los antiguos aztecas, ya que los historiadores nos describen como era la alimentación antes de la conquista. A pesar de que la sociedad Azteca era regida por un imperio; el "Gran Imperio Azteca", sin embargo se describe la manera en que se distribuía la alimentación en las diferentes clases sociales, de tal forma que no existía niño que dejara de comer algún día. Una vez conquistado este pueblo, se refiere en las crónicas: epidemias de " hambre " y a partir de entonces no hemos podido salvarnos de este azote.

Surge la clase dominante y la dominada: nace el mestizaje y con éste una cultura muy complicada, que es la nuestra. Se menciona a todos los niveles la tradicional dieta mexicana a base de tortillas, frijol y chile; pero el problema sigue avanzando. Actualmente los medios de comunicación (T.V.) y otras poderosas armas que maneja la publicidad enajenante, para inducir a nuestro pueblo, ya con malos hábitos higiénico-alimentarios, a consumir alimentos "chatarra", como se han nombrado últimamente a los productos que no contienen los nutrientes adecuados, y que se venden a precios muy altos, siendo esto un peligro para la economía nacional. (13)

NUTRICION. CONCEPTO.

La nutrición es considerada como ciencia, se encarga de - estudiar tanto a los fenómenos biológicos como los problemas sociales, relacionados con el aprovechamiento de nutrimentos con que se provee a todas y cada una de las células del organismo, para su funcionamiento metabólico y estructuración normal.

Para su estudio se divide en nutrición básica y nutrición aplicada; esta última en sus dos niveles clínico y práctico o de campo. Por el momento sólo nos ocuparemos de la primera.

Para alcanzar o sostener un estado nutricional adecuado - es indispensable que la dieta consumida satisfaga los requerimientos particulares de cada individuo, y que su organismo -- funcione armónicamente para aumentar y mantener las sustancias del mismo, así como reparar las partes que se destruyen, en virtud del desgaste natural. (12)

Los elementos de la nutrición son tres: alimentos, nutrimentos y oxígeno; este último por su participación directa en los fenómenos oxidativos. Los alimentos son productos naturales elaborados con ciertas características de consistencia, - color, sabor; que el ser humano consume para proveer al organismo de los nutrimentos necesarios para mantener la vida.

En el adulto sirve para mantener y reparar las estructuras y funciones; en el niño para el crecimiento y desarrollo, son fuente de energía química almacenada capaz de ser transformada en energía metabólica, para aprovechamiento del organismo.

Los nutrimentos son sustancias químicas que integran los alimentos y son: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua. (15)

El oxígeno durante los fenómenos de oxidación se combina en cantidades precisas con proteínas, grasas y carbohidratos

en base a este fenómeno existe un parámetro de estudio que nos permite determinar cuando se está utilizando en mayor proporción cada uno de los nutrientes, esto a partir del conocimiento de los siguientes datos: a) utilización de oxígeno, b) producción del bióxido de carbono y c) excreción de nitrógeno urinario.

Así que cuando el organismo utiliza hidratos de carbono únicamente, el coeficiente respiratorio será de 1. ; si se utilizara solo grasas sería de .8 y si fuera su utilización en mayor proporción las proteínas sería de .7.

Las dimensiones del alimento y de la nutrición según el doctor Joaquín Cravioto M. (11) " la alimentación debe juzgarse desde tres ángulos: 1. Nutriológico que se encarga del estudio de los nutrientes de la dieta, 2. Dietológico estudio a los alimentos que componen a la dieta, 3. Psicológico - aspecto muy importante para el presente estudio, ya que nos ocuparemos de ello para denotar la importancia del binomio madre-hijo. Esta dimensión es de interrelación humana y comprende de los alimentos y la alimentación, como formas simbólicas de comunicación primero entre la madre y el niño, posteriormente entre el individuo y la sociedad. Es a través de esta dimensión psicosocial de la alimentación, que se rechaza o acepta a un nuevo miembro de la especie.

Algunas consideraciones sobre alimentos de alto contenido proteico.

Requerimientos nutricionales: Recientes investigaciones indican que dietas que proveen al menos el 5% de contenido calórico en forma de proteínas utilizables, satisfacen las necesidades de los humanos después del primer año de vida, siempre y cuando consuman cantidades apropiadas de calorías. Los lactantes necesitan de una cantidad elevada de proteínas y debe ser cuando menos del 8% de calorías proporcionadas por proteínas.

Aceptabilidad Cultural. Las mezclas diseñadas para el des -
tete deben ser culturalmente aceptables a la madre, puesto --
que los tabús que se heredan por muchas generaciones pueden -
intervenir en el adecuado estado nutricional. (15)

Hay que considerar que se amerita de ciertas caracterís -
ticas químicas y nutricionales de las dietas a suplementar, -
los cuales son contribuidores principales de los nutrientes.
Debido a las dificultades inherentes de la aplicación de es -
tos conocimientos en la práctica, se ha propuesto que se desa -
rrollen alimentos en cuyas formulas se incluya un número y -
cantidad de calorías y proteínas adecuadas para el organismo.

La alimentación de los lactantes. El crecimiento y desa -
rrollo son fenómenos característicos de la infancia, especial -
mente en la etapa del nacimiento hasta aproximadamente el dé -
cimo óctavo mes; además están determinados por el factor gené -
tico y el estado nutricional de la madre durante el embarazo
y el tipo de alimentación que recibe durante esta etapa críti -
ca de la vida. (10)

Se consideran tres tipos básicos de alimentación: Seno ma -
terno, artificial y mixta substitutiva. En cuanto a esto pode -
mos ver que a pesar de que está ampliamente reconocido que la
alimentación al seno materno es la ideal, especialmente duran -
te los primeros cuatro meses de vida, esta alimentación esta
siendo desplazada por la alimentación artificial problema que
recae sobre el médico, puesto que debe hacer una gran labor -
para convencer a las madres de la actualidad, sobre las conve -
niencias de este tipo de alimentación. (14, 1)

DESNUTRICION.

La desnutrición se define como el estado patológico inespecífico, sistémico, potencialmente reversible que expresa todas las condiciones patológicas en las que existe un déficit de la ingestión, absorción o aprovechamiento de los elementos nutrientes (alimentos), o una situación de consumo o pérdidas exageradas de calorías. (13)

Para su estudio se ha dividido en dos tipos, desde el punto de vista de la causa que desencadena este estado patológico:

Desnutrición primaria. Es debida a la inadecuada ingestión cuantitativa y cualitativa de nutrientes.

Desnutrición secundaria. Es la que obedece a pérdidas calóricas aumentadas o a defectos de absorción o asimilación, de lo que resulta una desproporción metabólica con catabolismo aumentado o bien un anabolismo deficiente no obstante que la ingestión de nutrientes es satisfactoria.

Desnutrición mixta. Se ha considerado que existe otro tipo más que es la combinación de las dos anteriores, no existen datos exactos pero podría ser la más frecuente.

La desnutrición clínicamente comprende numerosos cuadros patológicos que varían desde los muy cercanos a la normalidad hasta aquellos que son de extrema gravedad, por esta causa en las diferentes épocas de la historia de la medicina, a la desnutrición se le ha denominado de múltiples maneras como son: distrofias (atrofia e hipotrofia), hipotrepesia, marasmo, kwashiorkor o síndrome pluricarencial infantil (S.P.I.); este último término usado por autores latinoamericanos. (13)

Cuando existe desnutrición primaria en un grado ya avanzado, progresiva y rápidamente el organismo llega a un estado -

de caquexia que entonces se ha designado como " hambre " crónica o desnutrición calórico-proteíca.

La desnutrición tiene dos aspectos fundamentales que estudiar: 1) La atención de casos individuales que atiende el clínico. 2) La colectiva que es prevalente en casos numerosos de niños y adultos de una comunidad, que a su vez puede ser aguda o epidémica, que es consecuencia de grandes catastrófes o crónica, endémica y ancestral, debida a grandes defectos socio-económicos y culturales y por ello se califica como enfermedad social. (17)

En la fisiología humana es poco frecuente que las carencias sean exclusivas de un solo factor alimenticio, generalmente sucede lo inverso por lo tanto son mixtas y multiples las carencias y por eso las manifestaciones son complejas. La desnutrición se puede manifestar como simple detención del crecimiento con deficit en peso y talla; o las condiciones severas del marasmo.

El término marasmo corresponde al de caquexia o atrofia, con grandes deficiencias somáticas sin edemas, sin lesiones cutaneo-mucosas, o sea la forma seca más frecuente en los menores de dos años. Las deficiencias somáticas con marcados edemas y alteraciones de la piel y las mucosas, forma húmeda o sea el kwashiorkor. Las manifestaciones de carencias específicas únicas o sobresalientes, de algún factor del complejo nutriente, que constituyen las avitaminosis. (18)

La desnutrición como un proceso sistemático y crónico, modifica el organismo del niño que sobrevive, adaptandose a este estado patológico, mediante ajuste en sus diversos mecanismos homeostáticos como son: metabólico, neuropsicológico, de crecimiento y desarrollo y a esta situación se le ha denominado Homeorresia.

Clasificación. Teniendo como base el peso corporal y el por

centaje de la pérdida del mismo. Así tenemos desnutrición de 1er., 2do. y 3er. grado.

La desnutrición de primer grado comprende aquella situación en la que el niño pesa del 10 al 25 % menos de lo normal. Equivale a la hipotrepisia o hipotrofia de primer grado.

La desnutrición de segundo grado corresponde a los niños que pesan del 26 al 40 % menos de lo normal. Equivale a la hipotrepisia o hipotrofia de segundo grado.

La desnutrición de tercer grado. Condición en la que los niños presentan un déficit de más del 40 % del peso normal. Y corresponde a la atrofia, atresia o marasmo. (16)

Cuadro Clínico. Lo más importante que podemos mencionar de este, es que de acuerdo a la signología y sintomatología a la desnutrición se le puede estudiar en tres apartados distintos que son: Signos Universales, Signos Circunstanciales y Signos Agregados. (18)

Los signos universales son: Dilución, Hipofunción y Atrofia. La dilución comprende un aumento relativo de los líquidos extracelulares e intracelulares, es decir aumento del volumen sanguíneo; la hipervolemia o hemodilución trae aparejada la baja osmolaridad (260 a 230 mOsm/l), generalmente el CO₂ bajo sugerente de acidosis, hipocalemia e hipocalcemia, volumen sanguíneo y plasmático alterados.

La hipofunción se manifiesta por disminución de la capacidad lipolítica, trípica y amilítica de los jugos pancreáticos e intestinales, deficiencia de disacaridasas y acidez menos acentuada del jugo gástrico, modificándose el pH esto por disminución del metabolismo basal.

La atrofia se manifiesta por la detención del crecimiento; baja de peso y de la estatura, retraso en la osificación, alteraciones tróficas de piel y cabello, hipotrofia muscular, etc.

Signos circunstanciales. Manifestaciones que no siempre están presentes ya que están condicionadas a razones ecológicas. Se pueden agrupar de la siguiente manera: alteraciones de la piel la cual puede estar seca, fría con xerosis, seborrea, pelagra, púrpura, perifoliculitis y edema. Otras alteraciones -- son las piodermitis, cabello escamoso y quebradizo, uñas dis-tróficas, ojos con prexerosis, queratomalacia, edema conjuntival, pterigión; lengua con modificaciones como cambio en el color, la cual se torna a rojo intenso, hay edema dando primero hipertrofia de las papilas y después atrofia; a nivel muscular y ligamentoso hay disminución o abolición de los reflejos osteotendinoso, puede haber polineuritis y alteraciones a nivel hepático.

Signos Agregados. Se manifiestan en grados avanzados y dependen propiamente del padecimiento con el cual se complica, -- por ejemplo infecciones, desequilibrio hidroelectrolítico, etc.

Otras alteraciones importantes de señalar son las electroencefalográficas que pueden ser acentuadas ya sea debidas a -- problemas neurológicos o psicológicos, los cuales afortunadamente son reversibles y de rápida recuperación, aproximadamente en un lapso de tres a cuatro semanas, cuando se lleva a cabo un tratamiento dietético apropiado. En los desnutridos de -- tercer grado se registran profundas alteraciones en el aspecto psicológico, entran en un mutismo prolongado, apáticos pierden interés por el medio que los rodea, no establecen relaciones -- interpersonales y el rapport con el examinador es practicamente nulo, en estos cambios reside un proceso enzimático cerebral -- alterado, que sólo es hasta cierto tiempo reversible. (9)

También variará la manifestación clínica de este padeci -- miento, en cuanto al lactante, preescolar, escolar o adoles -- cente. Por ejemplo en el primer año de vida el 80 % de los ni --

Los que llegan a sufrir desnutrición grave presentan el cuadro que se ha descrito como marasmo ó atrofia, en ellos no existe - panículo adiposo y en consecuencia no muestran edema y la piel que evidentemente es distrófica, no presenta los aspectos dramáticos que presenta el preescolar. En el lactante desnutrido - el tipo de deshidratación es hipertónica, y la hipotónica es característica del preescolar. La desnutrición en los preescolares se manifiesta con el cuadro conocido como Kwashiorkor hasta en un 80 %. En los escolares otros son los aspectos clínicos predominantes, se ve afectado considerablemente el crecimiento en talla y marcadamente el rendimiento intelectual. (14,17)

Existen dos tipos más de clasificar la desnutrición que no debemos dejar de mencionar y son las siguientes:

Clasificación de acuerdo a la evolución del cuadro clínico.

- a) La desnutrición aguda. Aparece bruscamente, evoluciona con rapidez y generalmente es de primer grado. Se debe a la supresión brusca de alimento. Se expresa por balance negativo de agua y electrolitos, en ocasiones seguida de pérdida proteica y de grasa; su curación es rápida.
- b) Desnutrición subaguda. Se instala lentamente, afecta el crecimiento del sujeto y requiere de mayor tiempo para su curación. Puede ser de primero y segundo grado y generalmente es reversible.
- c) Desnutrición crónica. Aparece lentamente, las alteraciones son de mayor intensidad, y gran parte de ellas pueden ser irreversibles. Puede ser de primero, segundo y tercer grado. Su tratamiento es difícil, debe ser constante y por un tiempo largo para que sea útil. (28, 29)

Clasificación considerada en cuanto al déficit en el peso corporal.

- a) Desnutrición de primer grado. Cuando el déficit de peso está situado entre menos de una desviación estandar, por debajo del

promedio y menos de 2.5 desviaciones, para cualquier edad y sexo.

b) Desnutrición de segundo grado. Será entre menos de 2.5 desviaciones estandar y menos cuatro desviaciones estandar del promedio aceptado para el grupo de edad y sexo.

c) Desnutrición de tercer grado. Cuando el déficit esta por debajo de menos cuatro desviaciones estandar del promedio aceptado para el grupo de edad y sexo.

Fisiopatología. Independientemente a la causa desencadenante de desnutrición, la baja ingesta de calorías, proteínas y nutrientes en general, interfieren en las actividades metabólicas y funcionales. Primero hay una depleción tisular y de las reservas especialmente a expensas de grasa y músculo, si el estado nutricional persiste alterado por un tiempo más o menos prolongado, se llega a cambios bioquímicos y después a alteraciones funcionales y finalmente a lesiones de estructuras anatómicas. En el niño el denominador común en la desnutrición del niño; es la disminución del crecimiento y desarrollo.

Diagnóstico. Examen clínico (y una buena historia clínica) apoyo laboratorial.

En cuanto a la historia clínica debe prestarse mayor atención a estos puntos: Peso al nacer, edad del naciente, evaluación de la alimentación, desde el nacimiento hasta la actual, así se interrogará sobre alimentación al seno materno, forma de destete, ablactación, forma de preparar los alimentos, calidad, cantidad horario, tabú hacia ciertos alimentos. Quien cuida y alimenta al paciente, restricción de la alimentación durante la enfermedad o convalecencia, uso de atoles que suplan la leche, diluciones. Detención en peso y talla, desarrollo psicomotor, cambios de conducta en el niño, irritabilidad, indiferencia, apatía etc.

En grados de desnutrición será posible hacer el diagnóstico a la simple inspección, sin embargo en casos menos graves se de

tectara sólo a la exoloración minuciosa, realizando una somatometría adecuada: peso y talla, circunferencia cefálica, de tórax, segmento superior e inferior, grasa de los pliegues cutáneos del brazo, escapula y del tórax, estudios radiológicos de puño y mano. (23,30)

Datos de laboratorio. Los datos que encontramos en la biometría hemática generalmente: anemia hipocrómica, plaquetopenia. Proteínas plasmáticas alteradas; la albumina se encuentra disminuida y la gammaglobulina elevada. La osmolaridad, ph y CO₂ bajos electrolitos séricos modificados, densidad urinaria baja persistente. (18, 28,30)

Tratamiento. Debe proporcionarse al paciente una dieta completa, es decir que contenga los nutrientes adecuados y en cantidad proporcionada: agua, energéticos y proteínas. Los requerimientos de agua varían entre 100 y 150 ml por kg de peso al día o calculado de otra manera 1.500 a 2.500 ml. por metro cuadrado de sup. corporal. Los requerimientos de proteínas es de 3 gr. - por kg en lactantes y de 2.5 gr. en el preescolar, procurando que sean de alto valor biológico. En cuanto a las grasas estas no se absorben en el 100 % de su ingestión generalmente en la convalecencia los denutridos cursan con esteatorrea, sin embargo es indispensable administrar este tipo de nutriente, igualmente puede cursar con déficit de disacaridasas, ante la administración de lactosa y ocasionar cuadros diarreicos. (30)

Pero el punto más importante es la administración de nutrientes con una gran dosis de cariño, puesto que el aspecto psicológico es capital dentro del esquema de tratamiento, ya que considerando que la mayor parte de estos pacientes, se encuentran en tal situación por rechazo de la madre o grupo familiar en general, serán niños con grandes frustraciones, inadaptados al medio inseguros de merecer incluso el alimento. Por lo que inicialmente rechazarán el alimento, en esta etapa es necesario motivarlos -

con alimentos líquidos de sabor dulce, poco a poco introducir los de tino salado. Posteriormente se ofrecen papillas muy finas de pures, vegetales y carne, lo cual propicia estímulos visuales, gustativos y olfatorios, con cada alimento. Después se le brindarán alimentos de fácil digestión y masticación en pequeños trozos igualmente la carne acompañada de alimentos con mayor contenido de celulosa para facilitar el tránsito intestinal. Una vez librada esta etapa, el convaleciente acepta la dieta en cantidad adecuada, sin embargo no presenta ganancia de peso, pues en esta etapa cursan con aumento en el número de evacuaciones y son abundantes, esto debido al defecto de absorción intestinal y la digestión deficiente, este estado puede ser breve o prolongarse. Sin embargo generalmente se supera.

Otro punto importante es la orientación higiénica-nutricional, ya que si no se lleva a cabo, lo logrado intrahospitalariamente, se viene abajo en cuanto el paciente regresa su núcleo familiar. Y esto incluye desde instruir sobre la mejor distribución del ingreso familiar económico, la higiene de los alimentos cambio de hábitos alimentarios, romper tabús, fomentar la alimentación al seno materno, ablactación temprana y adecuada, diseño de menús a bajo precio, evitar alimentos "chatarra", etc..

También deberán detectarse casos de hijos no deseados ya sea por la madre o por otros miembros del grupo familiar; familias que fallan en cuanto a cumplir con las funciones básicas familiares; ya que esto ayudará a la recuperación de gran cantidad de niños desnutridos y sobre todo se podrá prevenir si esto se hace rutinariamente en la consulta diaria.

HISTORIA NATURAL DE LA DESNUTRICION.

PERIODO PREPATOGENICO. (Prevención Primaria).

1. Promoción de la salud.
 - a) educar a la comunidad sobre salud.
 - b) Orientación nutricional. (médico familiar, trabajo social, dietista.)
 - c) Exámenes periódicos de salud. (control del niño sano).
 - d) Información básica y general de desnutrición, a la comunidad.
 - e) Inscribir a todos los niños demandantes de consulta, en el - programa de atención médica integral del niño.
 - f) Medidas de saneamiento ambiental, manejo y preparación higiénica de alimentos, higiene personal, física y social, tanto del individuo como de la familia.
 - g) Programas coordinados e integrados por todo el equipo de salud.
2. Protección específica.
 - a) Adecuada higiene personal.
 - b) Supervisión de la dieta en varias etapas del desarrollo; infancia, adolescencia, embarazo, lactancia y vejez.
 - c) Uso de nutrientes específicos.
 - d) Conservación de un buen estado de salud.
 - e) Orientación higiénico nutricional a madres y familiares del paciente desnutrido.
 - f) Intensificar la lucha contra las enfermedades diarreicas.
 - g) Campaña de promoción a ciertos alimentos.

PERIODO PATOGENICO. (Prevención Secundaria).

1. Diagnostico Precoz y Tratamiento Oportuno.
 - a) Delimitación de la población susceptible en sectores de población y grupos de edad.
 - b) Descubrimientos de casos por medios de programas específicos.

de detección y enfermedades carenciales.

- c) Por medio del control médico, reconocimiento temprano de - - signos de desnutrición por medio de examen clínico y laboratorio (raquitismo, pelagra, anemia, mala-absorción etc.).
- d) Establecer diagnóstico en la etapa subclínica a fin de establecer el tratamiento adecuado y evitar la progresión de la enfermedad.
- e) Elaborar estudio médico integral familiar.
- f) Tratamiento inmediato y adecuado de los casos detectados.
- g) Educación familiar nutricional.

2. Limitación Del Daño.

- a) Adecuado tratamiento para detener la enfermedad y prevenir - futuras complicaciones y secuelas.
- b) Proveer facilidades con el fin de limitar la capacidad y prevenir la muerte.
- c) Orientación higiénica nutricional a la familia del desnutrido con el fin de evitar el avance y recaída de la enfermedad.
- d) En general el tratamiento de la desnutrición tendrá los siguientes puntos básicos:
 - Corrección del D.H.E.
 - Tratamiento enérgico de las infecciones agregadas.
 - Tratamiento sintomático y medidas generales.
 - Dieta equilibrada y completa en forma progresivamente ascendente en contenido calórico.
 - Corrección de la anemia.
 - Estimulación afectiva.

Si se obtiene éxito en el tratamiento se observa en rápida secuencia lo siguiente:

- Mejoría en el apetito e interés por el alimento.
- Aumento progresivo de peso y desaparición del edema.
- Desaparición de las lesiones cutaneas y mucosas.
- Normalización del cuadro hematológico y bioquímico.
- Bienestar general. (Alegría e intensa actividad muscular).

- Aparición del síndrome de recuperación nutricional.

PERIODO PATOGENICO. (Prevención Terciera).

1. Rehabilitación.

- Provisión de facilidades hospitalarias, comunitarias y familiares, para adiestramiento y educación con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes.

- Establecimiento de modelos mejorados para la alimentación.

- Terapia prolongada para prevenir recaídas.

- Manejo en escuelas especiales, cuando existe gran atraso psicomotor.

- La rehabilitación debe ser física, activa, psicológica y social así como integral incluyendo a todo el grupo familiar para evitar que persista el problema, cuando el paciente se reintegra a su hogar.

- Modificar en la familia los conceptos higiénicos y nutricionales inadecuados.

- Rehabilitación individual por medios de dietas completas y equilibradas.

- Tratar las alteraciones anatómicas y/o las complicaciones.

- Proporcionar al niño el afecto indispensable para lograr su recuperación por medio de una terapia familiar integral, reincorporando al paciente a la familia y a la sociedad.

- Control posterior por el médico familiar: Determinación de peso y talla correlacionándolos con la edad, analizando el grado de desnutrición con detalle de síntomas y signos presentes. Diseño del plan de manejo y tratamiento de los casos de desnutrición que detecte con vigilancia de la evolución posterior. Diseño de un plan de prevención a nivel primario y secundario a su población adscrita.

IMPORTANCIA SOCIAL DE LA FAMILIA .

Una característica fundamental del comportamiento humano - es el ser " sociable ", esto es vivir dentro de un grupo social; el hombre para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales requiere de convivir con diferentes grupos, entre los cuales destaca por su importancia " la familia," siendo considerada por muchos autores como la unidad básica de la vida social, porque ésta permite la participación individual de cada miembro dentro del grupo familiar lo que favorece el desarrollo personal; al satisfacer las necesidades de relación inicia al individuo en la comprensión de la responsabilidad que le compete como individuo y como miembro de una colectividad. Además se considera a la familia como el elemento básico en la socialización del niño.

Existen numerosos grupos mediadores entre el individuo y la sociedad, pero la familia es el más importante de ellos por ser un grupo primario; cada individuo puede permanecer y pertenecer a un número determinado de grupos, pero solo a la familia le concierne el individuo en su totalidad y en toda las facetas de su vida, con la mayor prioridad puesta en el bienestar de los miembros de la familia. No se pretende decir que otros grupos no pueden substituir en un momento dado a éste grupo primario en comunas, monasterios, orfanatos, etc., se cumple la función crítica del mediador; pero la principal diferencia radica en que únicamente la familia, tiene la responsabilidad del reemplazo o reproducción, pues provee nuevos miembros para garantizar la supervivencia de una sociedad y de la humanidad. (24)

DEFINICIONES DE FAMILIA.

Existen varios conceptos de familia, entre ellos podemos anotar los siguientes: " La familia es los padres y los hijos ya sea que vivan juntos o no ". " Familia es cualquier grupo de personas estrechamente relacionadas por la sangre como padres, hijos, tíos, primos etc. ". " Familia es el grupo de personas que descienden de un ancestro comun ". " Familia es dos adultos de ambos sexos, los cuales mantienen una relación sexual socialmente aprobada, con uno o más hijos adoptados o propios, que disfrutan de una residencia en común y sus miembros cooperan en la solución de las necesidades económicas que se dan en el grupo. (19)

Definición de familia según el Censo Canadiense: " Esposo y su esposa, con o sin hijos, o padre o madre solo, con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo".

Según el Censo Americano: " Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción. Y que ejercen una interacción recíproca por que saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran una unidad".

La familia es un elemento activo de la sociedad nunca permanece estática, evoluciona pasando de formas inferiores a otras superiores, dándose estos cambios al ritmo en que evoluciona la sociedad.

EL ORIGEN Y LA EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

El origen y la evolución histórica de la familia, se inicia su estudio en 1861 con la obra de Bachefen, " El Derecho Materno", posteriormente J.P. Mac Lennan hace grandes investigaciones pero sin mayor trascendencia. En 1877 cuando Morgan desarrolla con mayor precisión estas investigaciones, fundamen

tadas en la " Gens " de derecho materno. Analizando dos épocas fundamentales de la historia, que son el salvajismo y la barbarie y el paso de estas dos a la civilización, las cuales describiremos en seguida. (20)

Salvajismo. Se encuentra dividido en tres estadios inferior medio y superior.

Estadio Inferior. En esta etapa el hombre vive en los bosques tropicales y subtropicales, vivía parcialmente en los árboles y se alimentaba de frutas y raíces, se observa como principal progreso la formación del lenguaje articulado.

Estadio Medio. Su alimentación se modifica de herbívora a carnívora, se desarrolla la pesca se descubre el fuego y con ello su alimentación se hace más variada. Existe antropofagia.

Estadio Superior. Se inicia con la invención del arco y la flecha, con lo cual la caza proporciona el alimento habitual.

Barbarie. Esta época se divide igualmente en tres estadios

Estadio Inferior. Se caracteriza por la introducción de la alfarería, se inicia la domesticación de animales, surge el cultivo de plantas.

Estadio Medio. Desaparece poco a poco la antropofagia, sólo permanece como rito o sortilegio.

Estadio Superior. Se inicia con la fundición del hierro y surge la escritura alfabética, florece la agricultura y ganadería.

Civilización. El hombre sigue aprendiendo a elaborar los productos naturales, predominando la aparición de la industria propiamente dicha y el arte.

La consanguinidad desempeña en el régimen social de todos los pueblos salvajes y bárbaros un papel decisivo. Los apelativos de padre, hijo, hermano; traen consigo serios deberes recíprocos perfectamente definidos y cuyo conjunto forma una parte esencial del régimen social de esos pueblos. (25)

Familia Consanguínea. Constituye la primer etapa de la familia, los grupos sociales conyugales se clasifican por generaciones todos los abuelos y abuelas en los límites de la familia son marido y mujer, lo mismo sucede con sus hijos que forman otra generación para las relaciones sexuales, sus hijos a su vez forman el tercer círculo de conyuges comunes: el ejemplo de esta forma de familia sería " que los descendientes de una pareja en cada una de cuyas generaciones sucesivas todos - fuesen entre si hermanos y hermanas, y por ello mismo marido y mujeres unos de otros. (20)

Familia Punalúa. Constituyó el primer progreso de la familia, consistió en excluir del comercio sexual a los padres y a los hijos y más adelante a los hermanos uterinos (hijos de la misma madre) y posteriormente a los colaterales (primos hermanos). En este tipo de familia persiste el matriarcado por que la paternidad aún resulta dudosa, es por ello que la descendencia solo puede establecerse en la línea materna y consecuentemente la mujer es la que tiene la responsabilidad de los hijos.

Familia Sindiásmica. Es el régimen de matrimonios por grupos, aunque también formábanse parejas conyugales por tiempos más o menos largos, el hombre tiene una mujer principal o favorita entre sus numerosas esposas, igualmente sucedía en el caso de la mujer, así tenemos que existía la poligamia y la poliandria. En esta época se prohíben las relaciones consanguíneas de tipo sexual. Posteriormente se exige fidelidad a los conyuges durante el matrimonio, pero tenía la característica de disolverse con facilidad, bastaba para ello la petición de cualquiera de ellos.

Familia Monogámica. Se funda en el predominio del hombre, su propósito es procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible, esto nace cuando surge la propiedad privada y la conveniencia de heredarla a los hijos. (20)

CLASIFICACION DE LA FAMILIA.

Desde el punto de vista de desarrollo se divide en 3 tipos y son los siguientes.

ARCAICA O PRIMITIVA.

TRADICIONAL.

MODERNA.

La familia primitiva se caracteriza por ser sumamente numerosa, abarca todo tipo de parientes consanguíneos o no, funciona como una unidad de educación, protección y defensa, sus acciones están encadenadas a la subsistencia, su ocupación principal es la caza, pesca, agricultura, tratando de satisfacer sus necesidades básicas, no existen roles definidos para cada miembro. Las normas de conducta que imperan en la familia son atribuidas a poderes sobrehumanos: las relaciones interpersonales en esta familia son característicamente instintivas, viven el presente y son indiferentes a las actitudes futuristas.

La familia tradicional es numerosa, excede de dos generaciones, respetan y conservan los valores culturales transmitidos por sus antecesores, funciona como unidad de protección y producción, sus diferentes miembros tienen relaciones jerárquicas estrictas, por lo que además de ocuparse de subsistir, establecen sus problemas en orden jerárquico para resolverlos, sus ocupaciones principales son la agricultura, ganadería, minería y comercio se encargan de satisfacer sus necesidades básicas y proveer para el futuro. Sus normas de conducta están reguladas por autoridades eclesidísticas, civiles y "el que diran"; la autoridad interna que existe en esta familia se encarga de las relaciones interpersonales por medio de normas y además de hacerlas funcionales y solidas, tienen la caracterís

tica de ser fuertemente afectivas, trata de mantener el status que posee en relación a su medio social. (25)

La familia moderna es poco numerosa no excede de una generación, la influencia de sus valores tradicionales es mínima, lo que los hace susceptibles al cambio, tienen marcada tendencia a realizarse hacia el futuro, la educación de los hijos es centralista, permitiendo que otros grupos se inmiscuyan en el manejo de sus hijos. Esta familia se preocupa por asegurar lo que tienen en el presente y forman proyectos en base al mañana su marco de valores constantemente es cuestionado produciéndose múltiples conflictos su aceptación, rechazo o modificación, desarrollan sus actividades económicas en la industria o en los servicios por presión del medio ambiente, tienen roles específicos pero con la característica de ser intercambiables. Las normas que rigen su conducta son lábiles, fluctuantes muy cuestionadas y prevalece la actitud de defensa ante " el que diran". (25,26)

Desde el punto de vista demográfico, la familia se clasifica en :

URBANA.

RURAL. (En poblados de menos de 2500 hab.)

Desde el punto de vista de su composición se divide en:

NUCLEAR. Constituida por padres e hijos únicamente.

EXTENSA. Constituida además del grupo nuclear por otras personas con algún parentesco, y que comparten el mismo techo.

EXTENSA COMPUESTA. Constituida por los dos grupos característicos anteriores y además por personas sin parentesco o con un parentesco menor por ejemplo: " compadres".

Desde el punto de vista según su integración será:

INTEGRADA. Es aquella familia en la cual los conyu-

ges viven bajo un mismo techo y cumplen sus funciones.

SEMI-INTEGRADA. Es aquella en la que los conyuges viven bajo un mismo techo, pero que no cumplen sus funciones.

DESINTEGRADA. Es aquella familia en la que falta alguno de los conyuges ya sea por muerte, divorcio, separación o abandono, tambien se considera dentro de este grupo a la familia que no cumple completamente con todas sus funciones.

Desde el punto de vista tipológico. Se clasifica según las características ocupacionales de uno o ambos conyuges y son -- las siguientes:

CAMPESINA.

OBRERA.

PROFESIONISTA.

LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Los problemas de ajuste que tienen las familias, están relacionados con su capacidad para cumplir con las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Son responsabilidades -- fundamentales que determinan la supervivencia familiar, del individuo y de la sociedad.

Las funciones de la familia se han dividido en cinco aspectos fundamentales y son los siguientes:

SOCIALIZACION. Es la interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él -- un miembro activo en beneficio de su familia y por ende de la -- sociedad.

GUIDADO. Cubre las necesidades físicas de los miembros de -- la familia.

APECTO. Cubre las necesidades afectivas de los miembros de la familia, porque la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar.

REPRODUCCION. Regulación y control del ambiente sexual y -- de la reproducción.

Status. Es la responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un roll en grupos que sean consistentes en sus expectativas. (27)

Analizaremos la manera o el mecanismo que utiliza la familia para cumplir con las funciones y el establecimiento de los roles para cada miembro de la familia y que se cumpla con él.

En cuanto al primer punto la familia debe ser capaz de -- transformar a un niño, en un lapso de tiempo dado, en un ser -- con completa participación en la sociedad.

El niño debe aprender un lenguaje, su papel durante los diferentes estadios de su vida: como hijo, estudiante, hermano, es

poso, padre etc., las normas socio-culturales etc.

La esposa en su rol madre, tiene la responsabilidad primaria de socializar al niño a través de los años preescolares y el padre jugando un papel sonorte durante este tiempo. Más tarde la responsabilidad es compartida con la escuela, parientes - iglesias etc.. Sin embargo es la familia quien debe continuar el adiestramiento del individuo, para que este llegue a ser útil a la sociedad.

En cuanto al segundo punto que se refiere al cuidado, esta dependera directamente del nivel socio-económico de cada familia, infiriendo esto del principio de que las familias de un mismo estrato social tiene los mismo problemas en cuanto a salud, enfermedades sociales etc..

La parte que corresponde a la función del afecto; la familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros, porque la respuesta afectiva de un individuo a otro provee la recompensa básica de la vida familiar. Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes para la salud familiar. Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separados, en la práctica no es fácil diferenciarlos. Ambos son parte del proceso de socialización y pueden ser recompensados o castigados.

Una inadecuada socialización puede resultar en deprivación, y esto producir un individuo con menor capacidad para responder afectivamente a otros. (24)

En cuanto a la reproducción, esta función se encarga de -- proveer nuevos miembros a la sociedad; así el matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción. La educación sexual ha sido reconocida como una parte importante de la socialización.

Como último punto el status, en estudios sobre la estratificación social, los científicos sociales estan concientes de que

las diferencias en los niveles socio-económicos y culturales de las familias resultan en variaciones de estilo de vida y de oportunidades.

Así como la socialización el status, también tiene relación con la tradición social de cada familia; los hijos aseguran la inmortalidad social, la perpetuidad del nombre familiar y la tradición.

Lo anotado anteriormente representa como debiera comportarse una " familia normal ", en una cultura occidental, pero existen numerosas variaciones al esquema establecido puesto que lo " normal " dependerá de cada cultura, época y tipo de sociedad.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

La desnutrición es actualmente un grave problema de salud - en el país, al analizar la información disponible al respecto - observamos que es posible relacionar los indicadores referentes a ella como son: nivel socio-económico, cultural, de educación etc..(2)

Además basandonos en la observación simple no sistematizada en los consultorios que tienen población adscrita derecho-habiente de la zona Infonavit- El Rosario, se ha detectado que existe un número considerable de niños que presentan desnutrición, y - con una incidencia mayor durante la lactancia.

Pensamos que siendo el nivel socio-económico la principal - causa de desnutrición, no podemos dejar de analizar la participación que tiene la familia en este estado patológico, cuando - esta falla en alguna de sus funciones básicas como son cuidado, afecto, socialización, reproducción y status.

A su vez trataremos de demostrar la importancia, de una buena colaboración por parte del médico familiar al educar a la familia, en cuanto a la importancia de cumplir las responsabilidades fundamentales de toda la estructura familiar, como la ins-trucción sobre nutrición e higiene, para reducir el grado de este problema social.

HIPOTESIS.

" SI LAS FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA, NO SE CUMPLEN;
ESTO SERA CAUSA DE DESNUTRICION EN LOS MENORES DE DOS
AÑOS."

" SI EL MEDICO FAMILIAR EDUCA AL DERECHO/HABIENTE, SOBRE
NUTRICION E HIGIENE, LA DESNUTRICION SE REDUCIRA EN SU
POBLACION ADSCRITA MENOR DE DOS AÑOS."

HIPOTESIS DE CULIDAD

" LA ALTERACION EN LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA, NO
SON CAUSA DE DESNUTRICION EN MENORES DE 2 AÑOS -
DE EDAD ".

" SI EL MEDICO FAMILIAR EDUCA AL DERECHO- HABIENTE,
SOBRE HIGIENE Y NUTRICION; LA DESNUTRICION NO SE
REDUCIRA EN SU POBLACION ADESCRITA MENOR DE 2 A -
ÑOS DE EDAD."

OBJETIVOS.

1. Conocer la distribución de los ingresos económicos de las familias de los lactantes estudiados.
2. Conocer las características de la alimentación básica, de las familias estudiadas.
3. Establecer la relación entre el estado nutricional de la familia y sus ingresos económicos.
4. Establecer la relación entre el estado nutricional de los lactantes y el nivel educacional de los adultos de las familias estudiadas.
5. Comprobar que al llevar a cabo una adecuada educación higiénico-nutricional, a la madre del paciente desnutrido, se logrará mejorar el estado nutricional de éste.
6. Demostrar que cuando no se cumplen las funciones básicas familiares, esto será causa de desnutrición en los lactantes.
7. Demostrar que el médico familiar, ocupa un papel de gran relevancia, para reducir la desnutrición en sus derecho-habientes, a pesar de los múltiples factores condicionantes de ésta.

METODOLOGIA.

Se estudiará a la población lactante, que presente uno de los diferentes grados de desnutrición, que asisten a la consulta externa de los consultorios: 11,15,26 del horario A-C y del consultorio 12 de los horarios A-C y B-D, que atienden a la población de la zona Infonavit- El Rosario en la U.M.F. 33 del I.M.S.S.

La muestra se captará en un lapso de tiempo: del 25 de abril al 25 de mayo de 1983.

Se incluirán en el estudio, a todos los lactantes que se les diagnostique uno de los diferentes grados de desnutrición, durante el lapso de tiempo antes señalado; sin importar sexo, nivel socio-económico, religión, grado de cultura, escolaridad y edad de los padres, igualmente formarán parte de la muestra, hijos de madres que trabajan fuera del hogar, madres solteras, familias nucleares, familias extensas y extensas compuestas. Solo se excluirán a los lactantes que en momento de hacer el diagnóstico, tengan dos años cumplidos.

Durante la consulta en que se lleve a cabo el diagnóstico de desnutrición, se elaborará tarjeta de identificación la que incluye: nombre, edad, sexo, número de consultorio en que fue captado, domicilio, nombre de la madre, edad de ésta, somatometría de recién nacido, somatometría actual y especificando grado de desnutrición. Se dará indicación de presentarse el 25 de mayo de 1983. (para impartir primera plática)

Mensualmente se citará a los pacientes para valorar aumento de peso o peso estacionario, complicaciones agregadas etc., esto durante 6 meses tiempo en que durará el estudio.

Se impartirán 8 pláticas, en las que se tratará de alcanzar los objetivos siguientes: 1) Que la madre tome con --

ciencia del papel tan importante que desempeña dentro del núcleo familiar. 2) Que reconozca la importancia que tiene la relación madre-hijo. 3) Que sea capaz de reconocer los nutrientes adecuados para la alimentación de su hijo 4) Que aprenda a manejar adecuadamente los alimentos que prepara para su familia. 5) Que sean capaces ambos padres de reconocer sus responsabilidades fundamentales que tienen para con sus hijos. Y como objetivo final: que sean capaces de mejorar el estado nutricional de sus hijos.

Se aplicará cuestionario, que investiga sobre el cumplimiento de las funciones familiares, y cuestionario del estudio socio-económico familiar, a cada una de las familias. Investigando más profundamente sobre escolaridad, tipo de alimentación y sobre alteraciones en las funciones básicas de la familia. Estos cuestionarios se aplicarán en los domicilios de cada caso detectado; en las fechas y horario específico, que será de acuerdo a las actividades de cada familia.

Se impartirán 8 pláticas de temas básicos como: nutrición, desnutrición, hábitos higiénicos, funciones básicas de la familia, desarrollo psicomotor normal del lactante, reconocimiento de signos y síntomas de patología. Estas se impartirán durante los primeros 3 meses del estudio.

En los casos problema en que se detecte alguna alteración en las funciones familiares, se harán visitas domiciliarias, todas las que sean necesarias para mejorar el estado nutricional del niño afectado, que es el principal objetivo de nuestro estudio.

Los parámetros para valorar el grado de escolaridad serán los siguientes: Las personas analfabetas se encasillarán centro del grado de nula, incompleta a las personas que no concluyeron la primaria, básica personas que cursaron comple

ta la primaria, media a las personas que han cursado estudios de bachillerato, secundaria o estudios técnicos; y superior a personas que han cursado estudios profesionales.

Para la clasificación de ingresos económicos se tomaron en cuenta los ingresos mensuales de todos los miembros de la familia que son productivos y así tener un ingreso -- global familiar. Se determinará familia con bajos ingresos económicos aquella que perciba menos de 20.000 pesos mensuales, familias con ingresos medios: aquellas que perciban -- más de 20,000 y menos de 40.000 pesos mensuales y familias -- con ingresos altos aquellas que perciban más de 40,000 pesos mensuales.

CALENDARIZACION.

Duración del estudio siete meses, del 25 de abril al 25 de octubre de 1983.

- Reuniones con el asesor 2 veces por semana, durante los primeros tres meses, posteriormente, una vez a la semana.
- Entrega de protocolo a las autoridades correspondientes a partir del 15 de abril al 20 del mismo mes.
- Captación de la muestra del 25 de abril al 25 de mayo.
- Fechas de pláticas a las familias en estudio: 25 de mayo, - 2 de junio, 16 de junio, 27 de junio, 4 de julio, 15 de julio, 25 de julio, 10. de agosto.
- Aplicación de cuestionarios, el 25 de abril durante la primera plática.
- Visitas domiciliarias cuatro por mes, y este número varía de acuerdo a los casos o problemas detectados, así la fecha en que se lleven a cabo.
- Redacción del trabajo, la primer parte del 10. de julio al 15 de agosto.
- Obtención de resultados e interpretación, del 25 de octubre al 15 de noviembre
- Redacción segunda parte del trabajo del 15 de noviembre al 30 de noviembre.
- Impresión del trabajo del 10. de diciembre al 15 del mismo mes.
- Entrega de trabajos de tesis, durante la segunda semana de diciembre.

RECURSOS HUMANOS.

1. Grupo de lactantes desnutridos y sus familias, que - sean captados en la consulta externa de la U.M.F 33
2. Médico familiar (asesor)
3. Médico residente de medicina familiar de segundo año.
4. Asistente de consultorio (cuatro).
5. Trabajadora social (una)
6. Estadígrafo (uno)
7. Dietista (una)
8. Nutriologo (uno)

RECURSOS MATERIALES.

1. Consultorios de la U.M.F. 33 (cuatro)
2. Hogares de los pacientes estudiados.
3. Oficina de trabajo social.
4. Aula de trabajo social.
5. Oficina de dietología.
6. Rotafolios.
7. Fotocopiadora.
8. Máquina de escribir.
9. Hojas blancas tamaño carta
10. Hojas de papel milimétrico.
11. Tarjetas de 7.5 cm X 14 cm.
12. Formas R F 1
13. Expediente clínico.
14. Báscula y metro
15. Formulario de estudio socio-económico.
16. Formulario de encuesta.
17. Lápices, plumas, borradores.

ESTUDIO MEDICO Y SOCIO- ECONOMICO FAMILIAR.

I. FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE _____ SEXO _____
EDAD _____ NO. AFILIACION _____
DOMICILIO _____
CLAVE DEL MEDICO TRATANTE _____ FECHA _____

II. GRADO DE DESNUTRICION _____

III. VIVIENDA.

HABITACION CONSTRUIDA DE _____
CASA SOLA _____ DPTO _____ PROPIA _____ ALQUILADA _____
AGUA _____ EXCRETAS _____ NO. HAB. POR CUARTO _____
CONDICIONES FAVORABLES AMBIENTALES _____

IV. INMUNIZACIONES.

EDAD	_____	_____	_____	_____
POLIO	_____	_____	_____	_____
B.C.G.	_____	_____	_____	_____
D.P.P.	_____	_____	_____	_____
SARAMPION	_____	_____	_____	_____
VARICELA	_____	_____	_____	_____
TIPOIDEA	_____	_____	_____	_____

V. ALIMENTACION.

LACTANTES. PROTEINAS _____ GRASAS _____ H. C. _____
ADULTOS. PROTEINAS _____ GRASAS _____ H. C. _____

VI. DATOS ECONOMICOS.

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES APORTADOS POR TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA _____

EGRESOS MENSUALES.

ALIMENTACION \$ _____ VESTIDO \$ _____ RENTAS \$ _____

ABONOS \$ _____ DIVERSIONES \$ _____ AHORROS _____

TRANSPORTES \$ _____ OTROS \$ _____.

VII. ORGANIZACION FAMILIAR.

NO. DE MIEMBROS _____ NO. DE HIJOS _____ MAYORES DE 12 A-

NOS _____ MIEMBROS PRODUCTIVOS _____ ANALFABETAS _____ ALFA-

BETAS _____ ALCOHOLISMO _____ TABAQUISMO _____ ENFER-

MOS CRONICOS _____ ESTRUCTURA FAMILIAR _____

DURACION _____ ACTIVIDAD RECREATIVA _____

VIII. UTILIZACION DE RECURSOS MEDICOS.

ATENCION DE PARO _____ ENF. Y EMBARAZO _____

ACTITUD ANTE EL I.M.S.S.

MEDICO FAMILIAR _____

OTRAS ESPECIALIDADES. _____

TRABAJO SOCIAL _____ ENFERMERIA _____

SECTOR TECNICO _____

CONCEPTO DE ENFERMEDAD _____

PLANIFICACION FAMILIAR.

ACTITUD _____ NO. IDEAL DE HIJOS _____

USO DE ANTICONCEPTIVOS _____ CONTROLADO POR _____

NO. DE ABORTOS _____.

NIVEL DE INSTRUCCION	MIEMBROS DE LA FAMILIA.				
	PADRE	MADRE	OTRO	OTRO	OTRO
ANALFABETO					
ALFABETO					
PRINARIA INCOMPLETA					
PRINARIA COMPLETA					
SEC., PREP., O TEC.					
EST. PROFESIONALES.					

ALIMENTOS QUE CONSUMIO LA FAMILIA EN DIA ANTERIOR A LA ENTREVISTA.

ALIMENTO	CONSUMIERON	
	SI	NO
LECHE		
CARNE		
HUEVO		
PESCADO		
PAN		
TORTILLAS		
FRIJOL		
PASTAS		
FRUTAS		
REFRESCOS		

CUESTIONARIO PARA VALORAR LAS FUNCIONES BASICAS FAMILIARES.

1. Se enferma con frecuencia su hijo ?
si no
2. Sabe cuantas vacunas le faltan a su hijo ?
si no
3. Asiste periodicamente a las citas con su médico familiar
para el control médico de su hijo?
si no
4. Usted se encarga de alimentar a su hijo ?
si no
5. Acaricia con frecuencia a su hijo ?
si no
6. Le molesta que su hijo lllore por hambre ?
si no
7. Golpea con frecuencia a su hijo ?
si no
8. Nacio su hijo con el sexo que usted deseaba ?
si no
9. Sus hijos en edad escolar asiten a la escuela ?
si no
10. Revizó la tarea escolar de su hijo el día de ayer ?
si no
11. Sale su familia al menos una vez al mes, a pasear ?
si no
12. Usted habla con su bebé ?
si no
13. Dedicar tiempo para jugar y convivir con su bebé duran-
te el día ?
si no

14. Usted piensa que el cuidado que da a su bebé es el adecuado ?

si no

15. La casa de usted es propia ?

si no

16. A sus hijos mayores alguna vez, le ha explicado sobre sexualidad. ?

si no

17. Tiene deudas económicas.?

si no

18. Duerme con usted su bebé.

si no

19. Cuando usted sale deja al bebé en su casa. ?

si no

20. Le gustan las familias numerosas.?

si no

21. Esta de acuerdo con la planificación familiar.?

si no

22. Actualmente usa algún método anticonceptivo.?

si no

FICHA DE IDENTIFICACION QUE SE USARA EN EL MOMENTO DE LA DETECCION DE LOS CASOS DE DESNUTRICION.

Para denotar el grado de desnutrición se usaran las siguientes claves: DI (desnutrición de primer grado), DII (desnutrición segundo grado), DIII (desnutrición tercer grado).

NOMBRE.

DOMICILIO.

EDAD SEXO NO. DE CONSULTORIO.

GRADO DE DESNUTRICION

SOMATOMETRIA.

MEDICO TRATANTE.

FECHA.

COMENTARIO.

DESARROLLO DE TRABAJO.

Se captaron 15 pacientes, en los consultorios ya especificados, en el lapso de tiempo del 25 de abril al 25 de mayo de 1983. Estos se detectaron durante la consulta, al tomar - la somatometría de los lactantes, los cuales asistieron por diferentes padecimientos como faringitis, rinitis, cuadros en terales leves, en ningún caso se solicitó la consulta por motivación de la madre, al reconocer algún signo de mala nutrición.

Al momento de detectar que el lactante presentaba algún grado de desnutrición, se le elaboró ficha de identificación donde se especificaba déficit de peso y grado de desnutrición puesto que el investigador no podía estar en 7 lugares distintos al mismo momento, fuimos auxiliados por los médicos familiares de los consultorios incluidos, quienes dieron instrucciones de presentarse el 25 de mayo a la primer plática.

La primer plática se llevó a cabo en la sala de lectura, asistieron además de las madres de los pacientes captados, - otras doce madres que esperaban la hora de su cita. Se abarcaron los siguientes temas: nutrición, desnutrición generalidades de ambos temas, temas que no fué posible abarcar, porque se intento ese día aplicar cuestionarios: el socio-económico familiar y el que valora las funciones básicas familiares. Pero no resultó positivo, pues entre las pacientes más bien la madre había personas que no sabían leer. Y estos fué necesario volver aplicar en las visitas domiciliarias. Los cuales - se completaron después de la tercer visita, en que fué ya posible elaborar diagnósticos, en cuanto a las alteraciones de las funciones familiares.

El registro ponderal mensual se llevo a cabo en diferentes fechas para cada paciente, pues estas fueron determinadas por el día en que fueron captados. También nos vimos auxiliados en este caso por los médicos familiares a que pertenecían cada paciente, después en los expedientes tomabamos los datos necesarios para hacer el registro de peso mensual y poder graficarlos. Se completaron seis registros.

Las visitas domiciliarias fueron diferentes en cuanto a número para cada paciente, pues en cuanto a la aceptación y modificación de la conducta los resultados fueron diferentes para cada caso.

En el resto de las pláticas (7), aunque siempre hubo un mayor número de madres que el de los pacientes captados, la madre del paciente Rene Grimaldo faltó en dos ocasiones, pláticas que se repusieron en su domicilio, en el caso de la madre de Paola Padilla, nunca asistió a las pláticas pues es madre trabajadora, se le impartieron en su domicilio.

A cada familia se elaboró familigrama estructural y psicodinámico que en conjunto con los cuestionarios (funciones familiares y estudio socio-económico familiar) Se elaboraron diagnósticos en cuanto a las funciones familiares, que eran básicos determinar para el desarrollo de este trabajo

El trabajo de dietología siempre fué indispensable para llevar a cabo las pláticas, pues nos brindaron material de apoyo y participaron en los temas que este servicio domina.

En general los temas que se incluyeron fueron además de los mencionados fueron los siguientes: métodos de planificación familiar, funciones básicas familiares, reconocimiento de signos de patología en general, que son determinantes en el lactante, al ser prontamente reconocidos o no, importancia

de la relación madre-hijo en todos sus aspectos y en especial al momento de alimentación, se explicó esquema de vacunación - importancia de éstas, desarrollo psicomotor de R.N. a los dos años, importancia de higiene personal y otros más.

ANALISIS DE RESULTADOS.

La muestra se tomó en un lapso de tiempo, del 25 de abril al 25 de mayo de 1993, como se especificó en la metodología, fueron un total de 15 pacientes lactantes desnutridos de ambos sexos.

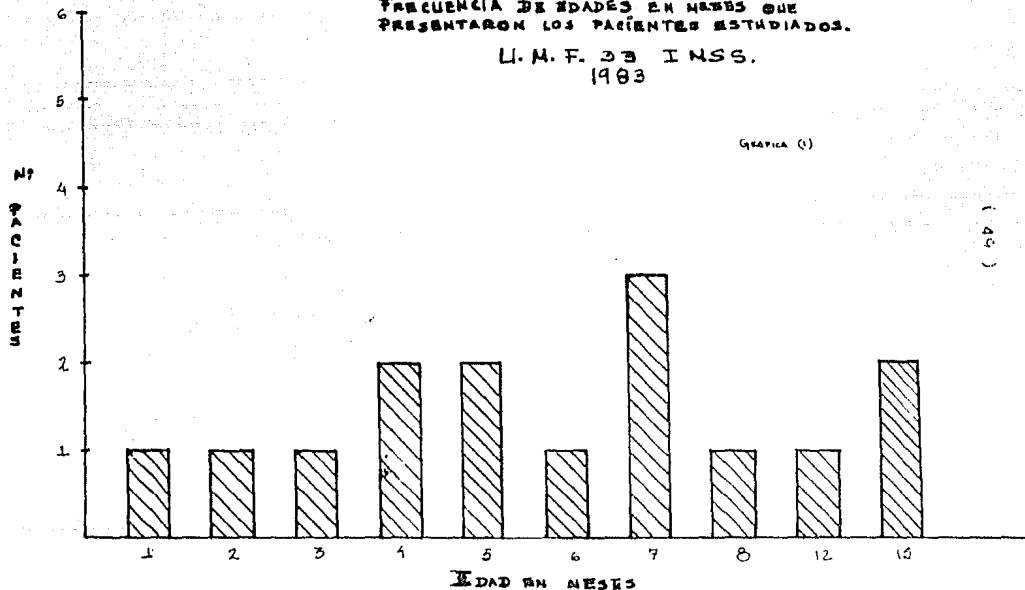
EDAD QUE PREDOMINO EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

La edad promedio fué de 6.7 meses de edad, con un rango que osciló de uno a quince meses de edad. Lo cual representamos en la gráfica (1)

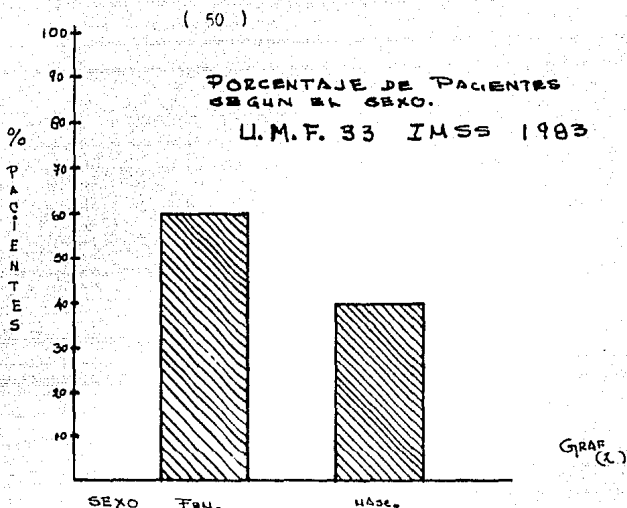
De lo anterior podemos deducir que la edad en la que -- predominó la desnutrición, fué a los 7 meses de edad, lo que indica la importancia que tiene una ablactación temprana y adecuada para todos los lactantes, ya que es en ésta época -- en que sucede el destete, por múltiples factores (madre trabajadora, nuevo embarazo etc.); o bien cuando se prolonga -- la alimentación al seno materno, después de los 7 meses de -- edad la leche humana no tiene ya una adecuada calidad de nutrientes, como sucede en los meses anteriores a esta época. Además se inicia la dentición primaria, a lo anterior podría -- mos sumar muchas otras causas más que determinan que el lactante no reciba ni esté preparado para una dieta con mayor -- variedad de nutrientes y que esta sea adecuada a su edad. Se condicionan con esto cuadros enterales, mal estado general, que al no ser manejados adecuadamente en el núcleo familiar -- por que muchas veces ni siquiera son capaces de reconocer lo anormal en sus hijos o bien el poco cuidado que les brindan -- etc. propiciaron la desnutrición.

FRECUENCIA DE EDADES EN MESES QUE
PRESENTARON LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

U. N. F. 33 I N S S.
1983



FUENTE: FICHAS DE IDENTIFICACION AL MOMENTO DE CAPTARLOS



FUENTE : FICHAS DE IDENTIFICACION AL MOMENTO DE
CAPTAR LOS PACIENTES.

FRECUENCIA DE DESNUTRICION POR SEXOS.

En cuanto al sexo que predominó encontramos lo siguiente: nueve casos del sexo femenino que representa el 60 % en relación al sexo masculino en que se reportan seis casos, - que representan el 40 %. (graf. 2)

De los resultados anteriores es importante hacer notar, el hecho de que predominó esta alteración en el sexo femenino, ya que sabemos que el sexo masculino es el más lábil en la edad perinatal en cuanto a morbi-mortalidad; por lo tan -

to sobreviven más la niñas.

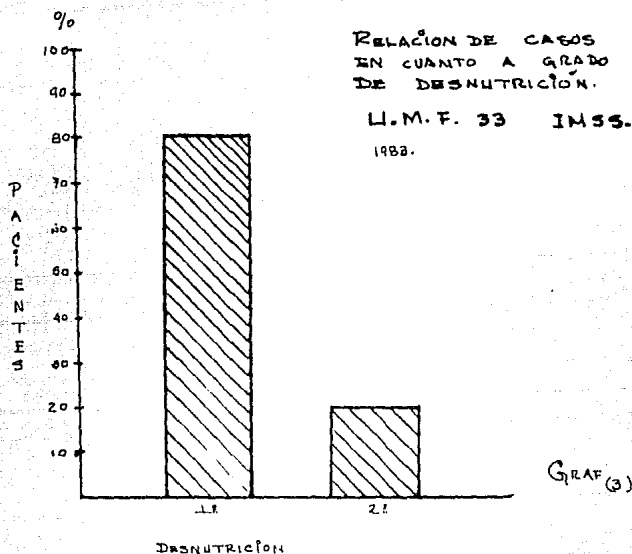
Otro hecho importante a señalar, es el que siempre es más aceptado el hijo varón; y en particular en este estudio, se detectaron madres que decían que sus hijos no tenían el sexo que ellas habían esperado (pregunta hecha en el cuestionario aplicado) y esto sucedió siempre en el caso, en que este hijo era una niña. De esta manera se encontró alterada la función de afecto que con ella siempre se asocia el cuidado, esto repercutiendo inevitablemente en la alimentación de estos lactantes.

GRADOS DE DESNUTRICION DETECTADOS.

El grado de desnutrición que predominó, fué la de primer grado encontrándose un total de 12 pacientes, que representan el 80 % en relación a los tres pacientes con desnutrición de segundo grado que representa el 20 %.(graf. 3)

Es necesario señalar que en nuestro estudio no se hayan detectado casos de desnutrición de tercer grado, ya que es una unidad de medicina familiar, en la que se atiende a la población en general, brindándole únicamente atención de primer nivel, es por lo tanto difícil detectar este grado de desnutrición, la cual se atiende en hospitales pediátricos o bien en los hospitales generales de zona que son unidades de concentración.

En cuanto a esto queremos hacer énfasis en que se debe realizar una adecuada detección y manejo de los pacientes desnutridos en sus primeras etapas para evitar mayores consecuencias y secuelas a nuestros enfermos.



FUENTE: PACIENTES CAPTADOS POR GONIOMETRIA EN LA L.M.F. 33.

Una vez captados los pacientes, se aplicó cuestionario para valorar las funciones básicas familiares, se realizó estudio socio-económico y se investigó específicamente sobre alimentación, escolaridad y dinámica familiar, realizándose familiograma a cada una de las familias estudiadas.

Elaborado lo anterior a cada paciente, se le citó mensualmente para registro de aumento ponderal, impartíendose pláticas a los adultos de las familias, especialmente a los padres.

Las platicas en total fueron ocho, en las que se incluyeron los siguientes temas: alimentación al seno materno, importancia, ventajas etc.: nutrientes adecuados que debe incluir la dieta diaria, generalidades sobre desnutrición, haciendo énfasis en las secuelas y reconocimiento de los estados patológicos como son: evacuaciones anormales, signos de deshidratación, control de hipertensión entre otros.

Además se puso especial atención en las funciones básicas de la familia, que deben cumplir los padres, incluyendo-se métodos de planificación familiar y las ventajas que esto representa para una adecuada estabilidad familiar.

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.
U.M.F. 35 IMSS 1983.

ESCOLARIDAD	PADRE		MADRE		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
NULA	2	13.3	2	13.3	4	13.3
INCOMPLETA	2	13.3	3	20	5	16.6
BÁSICA	7	46.8	6	40	13	43.3
MEDIA	2	13.3	4	26.6	6	20
SUPERIOR	2	13.3	—	—	2	6.6
TOTAL	15	100	15	100	30	100

CUADRO (1)

FUENTE: DATOS TOMADOS DEL ESTUDIO
SOCIO ECONÓMICO FAMILIAR.

ESCOLARIDAD DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS.

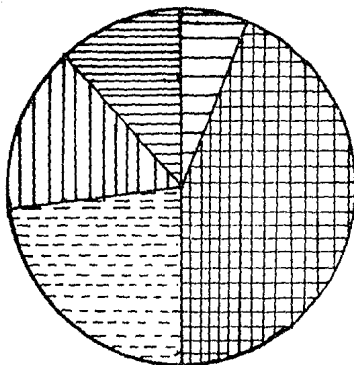
En cuanto a la escolaridad de los padres, de estos niños podemos observar en el cuadro (no. 1), que el mayor porcentaje, tanto de padres como de madres, tienen una escolaridad básica, en un 46.8 % y 40 % respectivamente.

Al englobar tanto al padre como a la madre, se obtuvo - lo siguiente: predomina la educación básica en un 43.3%, siguiéndole la educación media en un 20 %, la incompleta en un 16.6 %, la nula en un 13.3 % y finalmente la escolaridad superior en un 6.6 % graf (no. 4)

PORCENTAJE GLOBAL DEL GRADO DE ESCOLARIDAD DE
LOS PADRES.

U. M. F. 33 I. M. S.

1983



ESCOLARIDAD PADRES	%
NULA	13.3
INCOMPLETA	16.6
BÁSICA	43.3
MEDIA	20
SUPERIOR	6.6

FUENTE: ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO FAMILIAR

GRAF. (4)

De los resultados podemos inferir lo siguiente: en lo que se refiere a la mujer, no hubo alguna que alcanzara la escolaridad superior, esto dado por la idiosincracia de la familia mexicana en donde generalmente se le educa para ser " madre y ama de casa ", por lo tanto no necesita estudiar la mujer.

Sin embargo al interrelacionar la escolaridad Media, -- observamos que hay mayor frecuencia de casos para la madre -- que para el padre, esto sucede por que en el caso del hombre se le ha designado por generaciones, ser el " proveedor " y desde que es incluso hijo de familia, debe responder prontamente con apoyo económico; y esto generalmente los obliga a tomar ya sea un oficio o el ser obreros no calificados, para poder cubrir sus necesidades básicas y de esta manera abandonan el estudio al concluir la primaria.

Al hablar de escolaridad en general, podemos decir que no necesariamente será ésta directamente proporcional al grado de cultura de una persona, ya que existe gente culta sin tener estudios docentes y lamentablemente sucede lo contrario.

Así tenemos en nuestros resultados dos casos de escolaridad superior, y sin embargo al inicio del estudio se detectaron malos hábitos higiénico-dietéticos, así como tabús alimenticios que repercuten en la mala alimentación de sus familias.

INGRESOS ECONOMICOS.

Se encontraron familias con ingresos máximos de 53,000 pesos e ingresos mínimos de 3,000 pesos, con un promedio de 17,383.00 pesos. Graf. (6)


Así tenemos que el 80 % de las familias estudiadas perciben ingresos mensuales bajos, el 13.3 % ingresos medios y

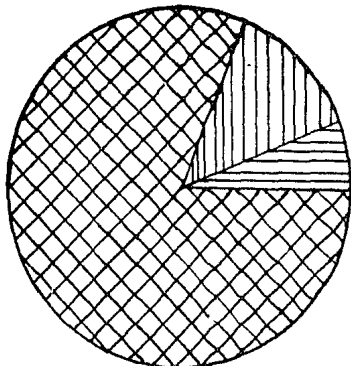
POCENAJE DE INGRESOS MENSUALES ALTOS MEDIOS Y BAJOS.

L. M. F. 33 INSS 1983

INGRESOS MENSUALES	Nº CASOS	POCENAJE
BAJOS	12	80
MEDIOS	2	13.3
ALTOS	1	6.7
TOTAL	15	100

CUADRO (2)

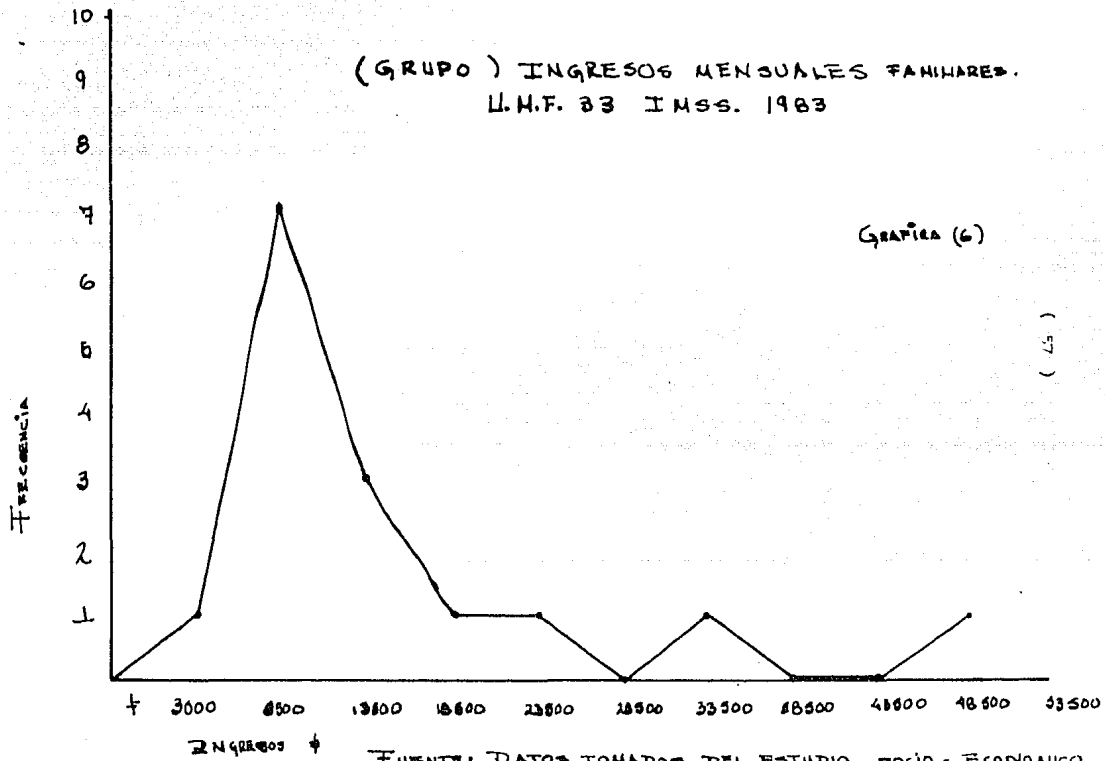
BAJOS		80
MEDIOS		13.3
ALTOS		6.7



GRAFICA (5)

FUENTE: ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO FAMILIAR.

(GRUPO) INGRESOS MENSUALES FAMILIARES.
U.M.F. 33 IMSS. 1983



INGRESOS \$

FUENTE: DATOS TOMADOS DEL ESTUDIO SOCIO - ECONOMICO FAMILIAR.

(45)

el 6.7 por ciento ingresos bajos. De esta manera podemos observar que en las familias estudiadas predominan los ingresos - económicos bajos. Cuadro No.(2)graf.(5)

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS.

Nuestras familias en general destinan en promedio un - 58.45 % en alimentación del total de su ingreso mensual familiar, dicha cantidad no es suficiente, ya que aunque es un adecuado porcentaje, la mayoría tiene ingresos bajos (17,383 en promedio), y un 58.4 % (10, 019.00) es poco dinero para sufragar sus necesidades alimenticias.

Si a esto agregamos el que el 60 % de las familias tienen que pagar deudas, por ejemplo televisores, el cual no es artículo de primera necesidad; y esto viene a perjudicar aún más la economía familiar y por lo tanto se destinara' menos - dinero en lograr la adecuada alimentación. Cuadro (no. 3)

Otro de los puntos que nos llamó la atención es que únicamente el 33 % de las familias destinan un pequeño porcentaje de su ingreso económico a diversiones, esto lógicamente repercute de alguna manera en la dinámica familiar, puesto - que la función de socialización se encontrará limitada.

ALIMENTACION BASICA DE LAS FAMILIAS.

En cuanto a los tipos de alimentos consumidos por las familias estudiadas podemos observar que su alimentación en general es a base de carbohidratos, incluyendo los alimentos " chatarra ", como son las frituras, refrescos gaseosos y go Losinas en general. Esto esta dado probablemente, por la publicidad masiva en la televisión y otros medios de información, que enagenan al público en general. Gráfica (no. 7)

DISTRIBUCION DE INGRESOS MENSUALES EN LAS
FAMILIAS ESTUDIADAS.

L.M.F. 33

1983

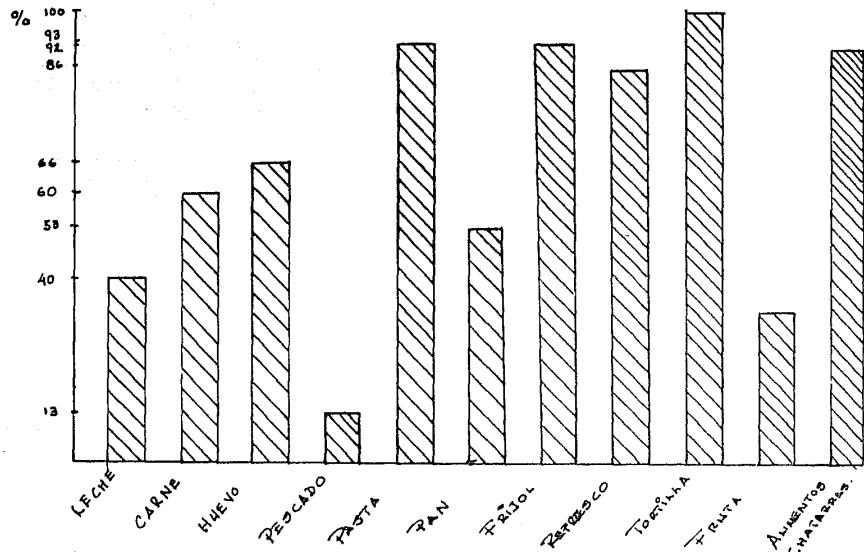
Nº FAMILIA	ALIMENTOS	RENTA	VESTIDO	TRANSPORTE	DEUDAS	DIERSION	TOTAL
1	68 %	25 %	2 %	10 %	—	—	100 %
2	75 %	20 %	—	5 %	—	—	100 %
3	68 %	15 %	7 %	10 %	—	—	100 %
4	28 %	28 %	14 %	14 %	20 %	6 %	100 %
5	74 %	18 %	—	2 %	1 %	—	100 %
6	80 %	20 %	1 %	9 %	20 %	—	100 %
7	28 %	15 %	9.4 %	27 %	7.4 %	13.2 %	100 %
8	45 %	10 %	—	18 %	30 %	—	100 %
9	40 %	18 %	10 %	10 %	15 %	10 %	100 %
10	75 %	15 %	—	10 %	—	—	100 %
11	100 %	—	—	—	—	—	100 %
12	70 %	20 %	—	10 %	—	—	100 %
13	35 %	20 %	2 %	5 %	18 %	20 %	100 %
14	60 %	20 %	—	10 %	10 %	—	100 %
15	40 %	25 %	—	5 %	20 %	10 %	100 %

CUADRO (3)

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR (CUESTIONARIO) DEL ESTUDIO
SOCIO-ECONOMICO FAMILIAR.

(63)

COMPARACION DEL CONSUMO DE ALIMENTOS EN
 LAS FAMILIAS ESTUDIADAS.
 U.N.F. 33 INSS 1982.



FUENTE: TABLA DE ALIMENTOS DE CONSUMO Y ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO FAMILIAR.

GRAFICA (7)

Al comparar los diferentes tipos de alimentos representativos, encontramos que el consumo de pescado, el cual es un alimento con un alto valor proteico y que es muy importante para la nutrición; las familias de nuestro estudio lo consumen únicamente el 13 % : y esto sucede a pesar de que en nuestro país se cuenta con grandes extensiones de litorales marítimos y sin embargo es un alimento difícil de adquirir por su precio y existencia en el mercado.

ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES BASICAS.

Como podemos observar en el cuadro (5), los resultados en cuanto a las funciones básicas, que se obtuvieron del cuestionario aplicado y del estudio familiar integral; se encuentran lo siguiente: que el 100 % de las familias tienen cuando menos 3 funciones básicas que no se cumplen. El 80% de las familias no cumplen con la función que es el cuidado, al suceder esto en un núcleo familiar los más afectados son los miembros más pequeños, los lactantes, pues considerando que es en esta época de la vida en que el sujeto es totalmente dependiente de la madre; para ser alimentado, aseado etc., de esta manera no podrá sobrevivir sin el cuidado adecuado.

Los cambios en cuanto a esto fué bastante significativo ya que hay casos específicos en el estudio en que se detectó rechazo del lactante por parte de la madre o de algún otro miembro adulto de la familia. Y fué posible hacer reconocer a la madre, la problemática y modificar la conducta.

Otras de las funciones más alteradas en nuestro estudio fueron la socialización y el estatus, esto último no puede desligarse de los medios socioeconómicos, ya que dedican poco tiempo y dinero para socializarse.

1 2 1

FUNCIONES FAMILIARES QUE SE ENCUENTRAN ALTERADAS.
U.N.F. 33 INSS 1983

FUNCIONES	QUE AMBITAN	ATENCION
FUNCIONES	FRECUENCIA	%
CUIDADO	12	80
APECTO	8	53.3
SOCIALIZACION	14	93
STATUS	13	86
REPRODUCCION	10	66

CUADRO (5)

FUENTE: RESULTADO DE ENCUESTA APLICADA
 Y ESTUDIO FAMILIAR INTEGRAL.

INFERRELACION DEL GRADO DE DESNUTRICION
CON LA ESCOLARIDAD Y LOS INGRESOS ECONOMICOS.

Es interesante interrelacionar el grado de escolaridad y los ingresos económicos, con el grado de desnutrición en estas familias estudiadas.

En relación a la escolaridad, tenemos que independiente mente al grado de escolaridad se presentaran casos de desnutrición; como ejemplo tenemos los casos 3,6,11,12,13; en que como escolaridad mínima se encontro primaria completa y es - escolaridad media, ya sea en el caso del padre o de la madre, - y en estos casos hay desnutrición de primer grado.

Hay dos casos bastante significativos, donde se encuen - tra que la escolaridad es superior para el padre y media pa - ra la madre en ambos casos, y sin embargo se reporta desnu - trición de primer y segundo grado. Debemos aclarar como ya - se había mencionado en capítulos anteriores, que "la escolari - dad en cuanto a grado, no es directamente proporcional a la educación higiénico-nutricional.

Al hacer la relación de los ingresos mensuales, con el grado de desnutrición, encontramos lo siguiente: 3 casos que representan el 20 % , en que en estos sus ingresos son medios y altos, y sin embargo se encuentra desnutrición de primer y segundo grado. Cuadro (4)

Así podemos comprobar que a pesar del alto grado de es - colaridad o un buen ingreso económico, no deja de existir - personas mal alimentadas, por esto es importante la partici - pación del médico familiar en la educación del derecho-habien - te, ya que éste podrá ser capaz de romper tabús, costumbres, - malos hábitos y en general instruir al paciente en cuanto a - lo que significa alimentarse adecuadamente, y demostrar que - el " alimentarse bien es igual a reducir la enfermedad " .

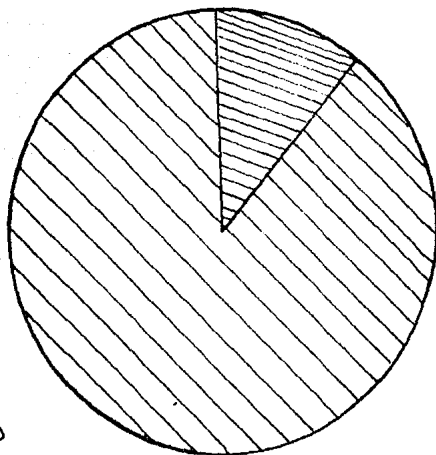
U.N.F. 23 INSS 1983

PACIENTE	INGRESOS	DESNUTRICION	ESCOLARIDAD PADRE	MADRE
1	B	1°	B	I
2	B	1°	I	B
3	M	1°	M	B
4	B	2°	B	I
5	B	1°	N	N
6	B	1°	B	M
7	A	1°	S	M
8	B	1°	B	I
9	M	2°	S	M
10	B	1°	B	B
11	B	1°	M	B
12	B	1°	M	B
13	B	1°	B	M
14	B	1°	N	N
15	B	2°	I	I

CUADRO (4)

RELACION DE LA ESCOLARIDAD E
INGRESOS ECONOMICOS CON EL
GRADO DE DESNUTRICION DE CADA PA-
CIENTE.

FUENTE: ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO DE LAS
FAMILIAS ESTUDIADAS



GRAFICA (8)

PACIENTES QUE AL FINAL DEL ESTUDIO
ALCAZARON EL PESO NORMAL PARA
SU EDAD Y SEXO.

86.7



PACIENTES QUE AL FINAL DEL ESTUDIO
PERSISTIERON CON DESNUTRICIÓN

13.3



ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL
FINALIZAR EL ESTUDIO

L. M. F. 33 I. H. S. S.
1983

FUENTE: REGISTRO DE PESO MENSUAL
Y FICHA DE CAPTACION

AUMENTO PONDERAL MENSUAL DE LOS PACIENTES.

A continuación se muestra el cuadro (A), en el cual podemos observar, el peso al momento de captar a los pacientes, el déficit de peso que presentaban y en base a esto el grado de desnutrición.

Desde el inicio del estudio se les dio a las madres y adultos de estas familias, instrucciones específicas sobre el manejo de sus hijos, alimentación, higiene etc. y simultáneamente se fué registrando el aumento ponderal de los pacientes, como se muestra en las gráficas (I a la XV). Donde se observa que todos los pacientes respondieron adecuadamente ganando peso, y aunque en dos casos no se logró la adecuada nutrición de estos pacientes si se logró disminuir el grado de desnutrición.

También se realizó una grafica, en la cual se muestra el estado nutricional de los pacientes, al inicio y al final del estudio. Lo cual demuestra que todos los pacientes ganaron peso, cumpliéndose los objetivos del estudio

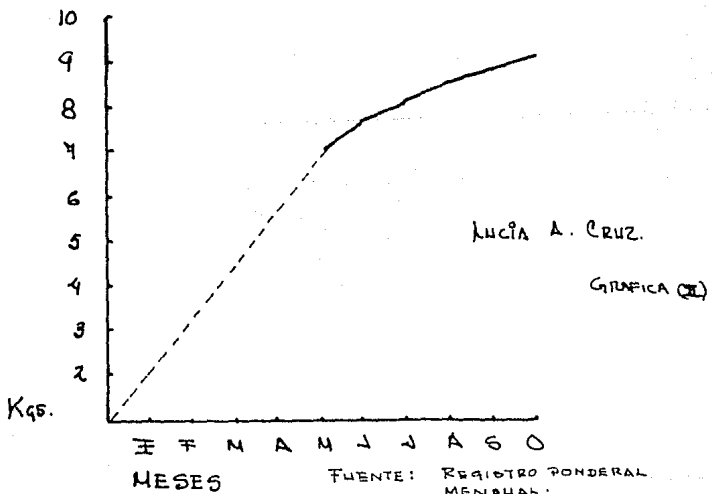
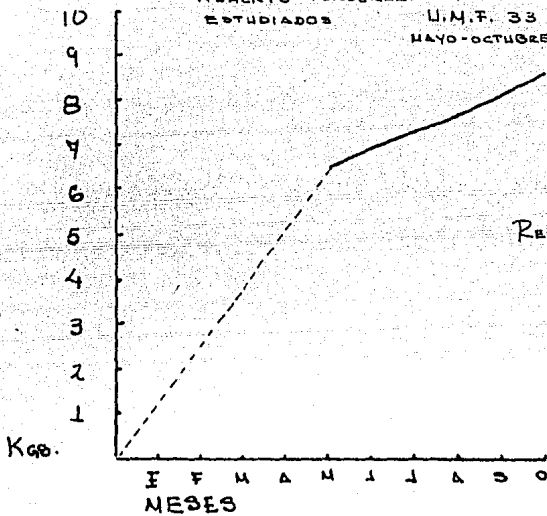
ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES AL INICIO DEL ESTUDIO.
U.M.F. 93 IMSS 1983

PACIENTE	NOMBRE	PESO R/N	PESO (INICIO EST)	PESO IDEAL	EDAD MESSES	DEFICIT DE PESO	GRADO DE DEFICIT
1	RENE J. GIL	3700 Kgs	6500 Kgs	8200 Kgs	7/12	20 %	1 $\frac{1}{2}$
2	LUCINA C. CRUZ	3300 Kgs	7100 Kgs	8000 Kgs	7/12	11.2 %	1 $\frac{1}{2}$
3	NANCY ESPINO	3025 Kgs	3750 Kgs	5025 Kgs	2/12	25.37 %	1 %
4	GENIFER OROZCO	3475 Kgs	5425 Kgs	6475 Kgs	4/12	31.6 %	2 $\frac{1}{2}$
5	ERODIANA WALDONS	3350 Kgs	4000 Kgs	4950 Kgs	2/12	19.1 %	1 $\frac{1}{2}$
6	ARMON M. SERRA	3250 Kgs	7025 Kgs	8250 Kgs	9/12	14.8 %	1 $\frac{1}{2}$
7	PAOLA PABIANA	3000 Kgs	3800 Kgs	6500 Kgs	9/12	18.0 %	1 $\frac{1}{2}$
8	FELIXFOR HANZ	3300 Kgs	6300 Kgs	7800 Kgs	7/12	19.2 %	1 $\frac{1}{2}$
9	NARCISO PEÑA R	2800 Kgs	5200 Kgs	6800 Kgs	6/12	24.5 %	2 $\frac{1}{2}$
10	JESSICA J. V.	3600 Kgs	7000 Kgs	10350 Kgs	1 3/12	12.6 %	1 $\frac{1}{2}$
11	ADONIS OZTEGA	2200 Kgs	3100 Kgs	3950 Kgs	1 3/12	20.67 %	1 $\frac{1}{2}$
12	SILVIA HANZ L.	2900 Kgs	4200 Kgs	5150 Kgs	2/12	18.4 %	1 $\frac{1}{2}$
13	JESSICA GIL A	2950 Kgs	5000 Kgs	5950 Kgs	4/12	15.9 %	1 $\frac{1}{2}$
14	JUANA GONZ. P.	2100 Kgs	6500 Kgs	8100 Kgs	12/12	19.15 %	1 $\frac{1}{2}$
15	JOSEFINA MALIA	3675 Kgs	2800 Kgs	3825 Kgs	1/12	26.7 %	2 $\frac{1}{2}$

FUENTE: FICHAS DE IDENTIFICACION DE CADA PACIENTE.

CUADRO (A)

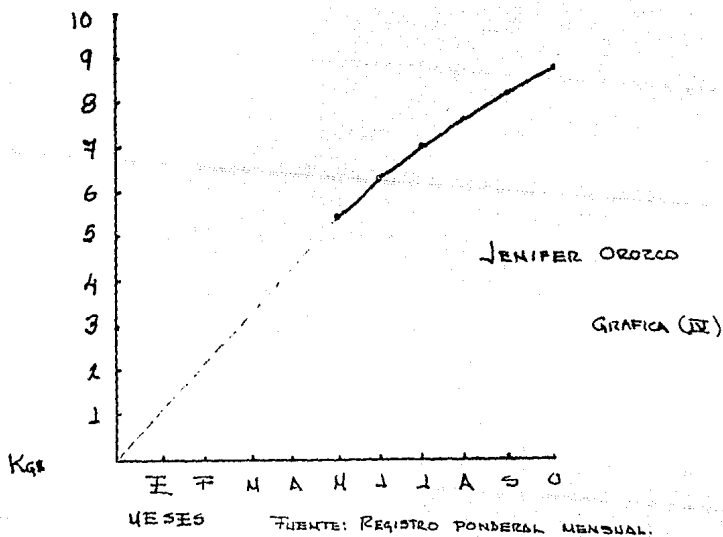
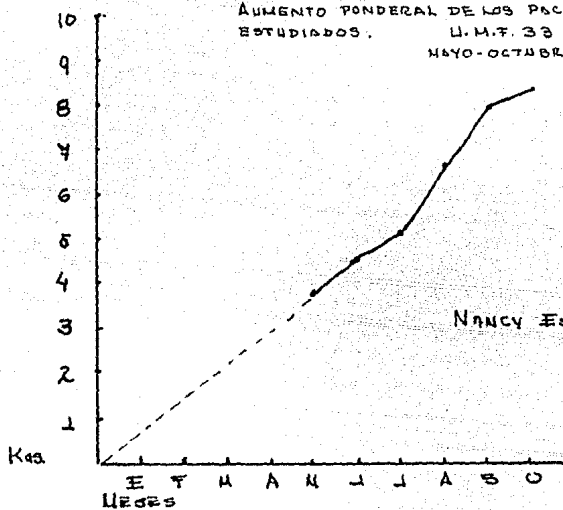
AUMENTO PONDERAL DE LOS PACIENTES
ESTUDIADOS U.M.F. 33 I.M.S.S.
MAYO-OCTUBRE 1983

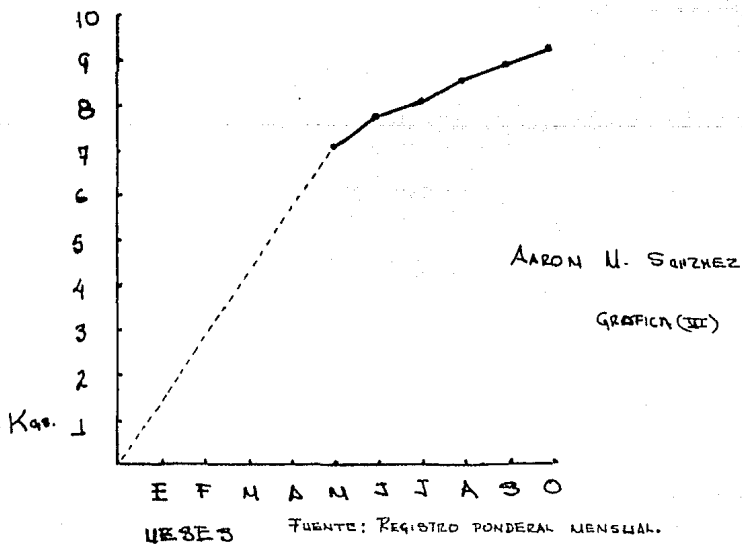
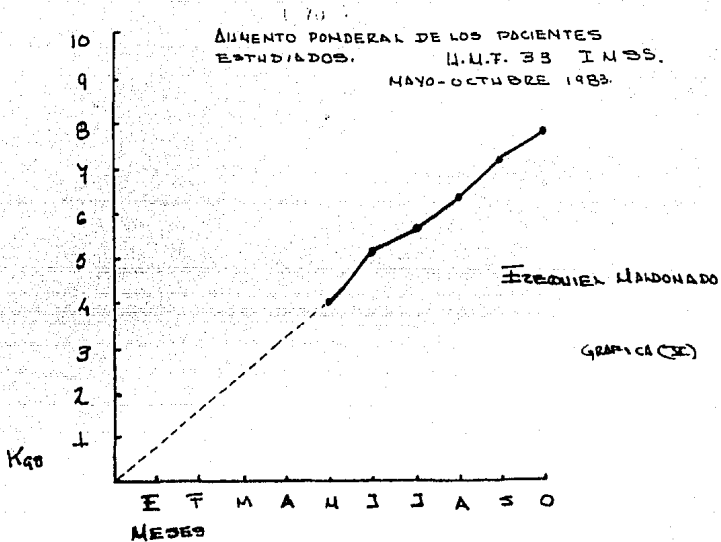


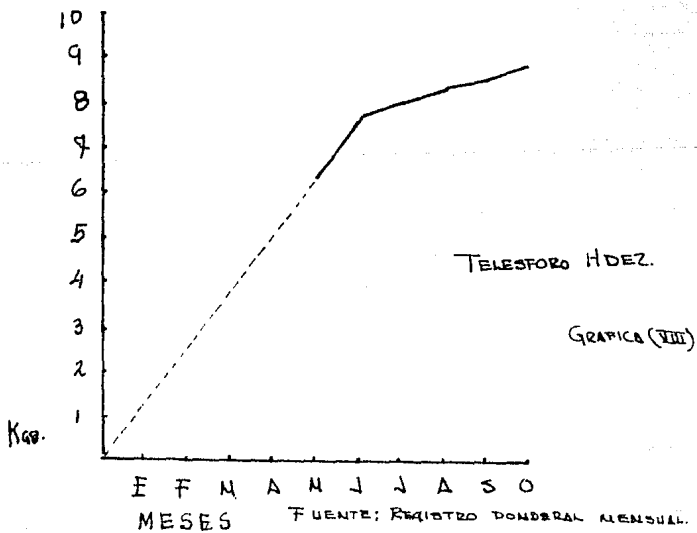
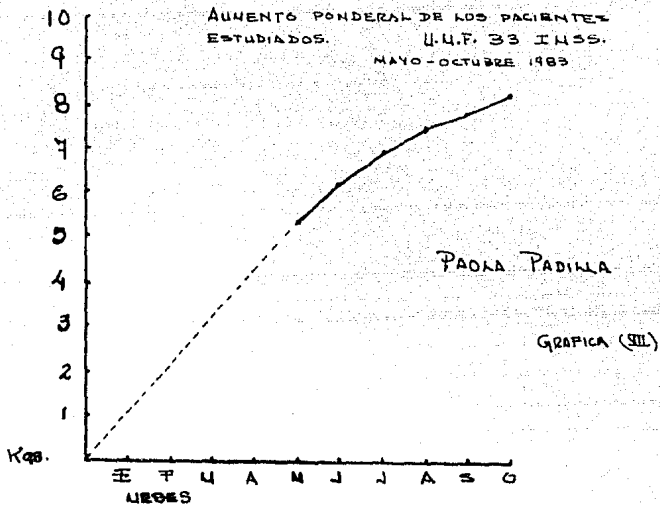
FUENTE: REGISTRO PONDERAL MENSUAL.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

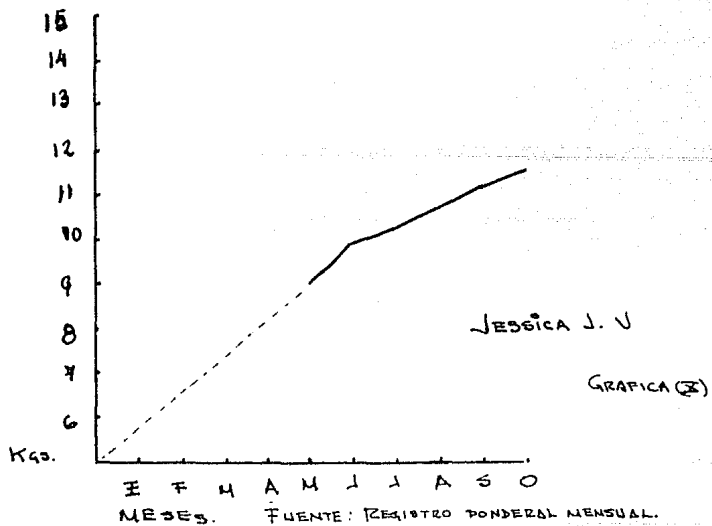
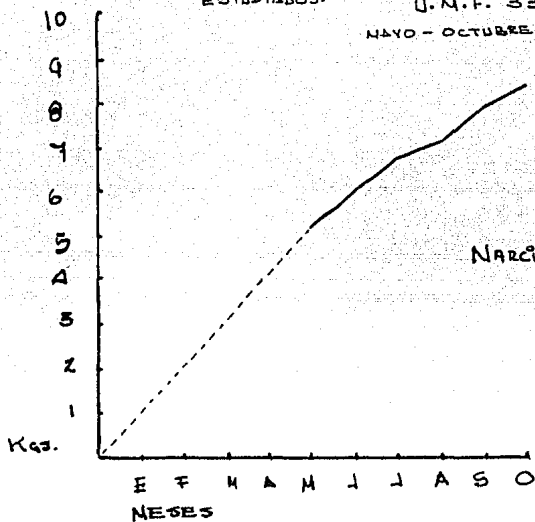
AUMENTO PONDERAL DE LOS PACIENTES
ESTUDIADOS. U.M.F. 33 INSS
MAYO-OCTUBRE 1983





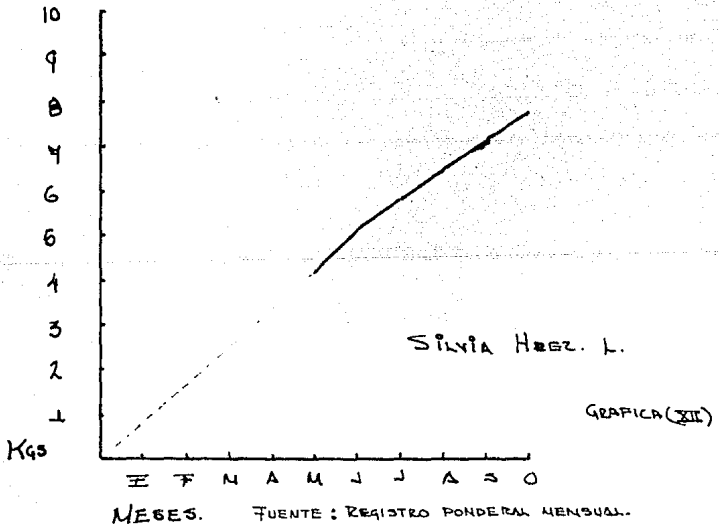
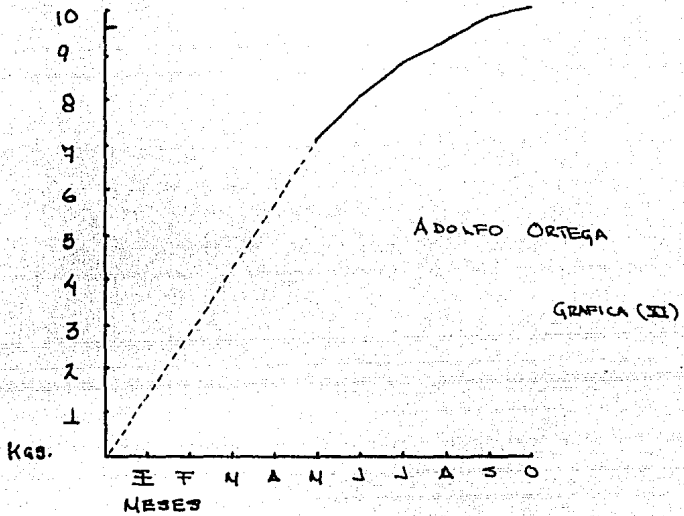


(1)
 AUMENTO PONDERAL DE LOS PACIENTES
 ESTUDIADOS. U.M.F. 33 IASS.
 NOVO - OCTUBRE 1983



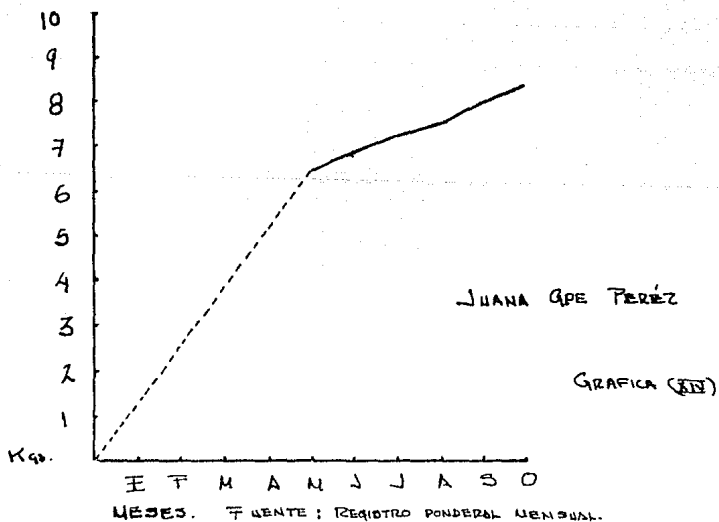
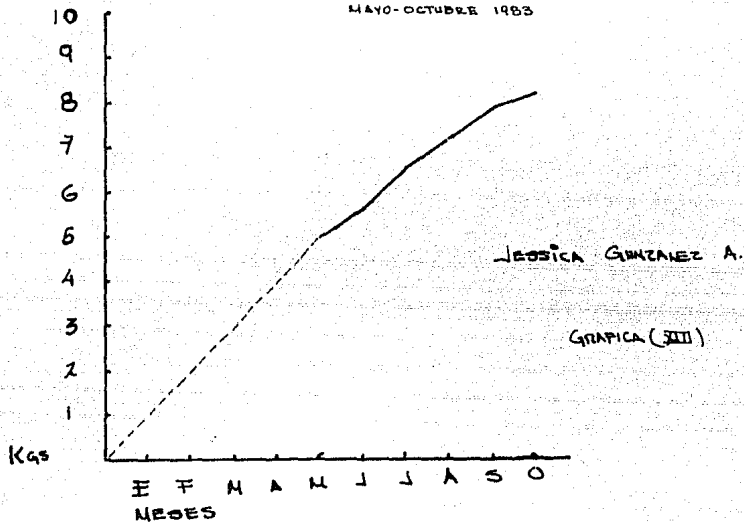
FUENTE: REGISTRO PONDERAL MENSUAL.

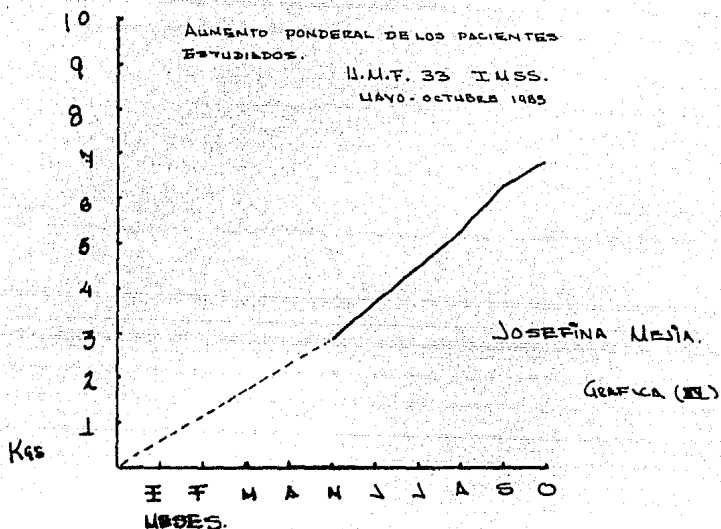
AUMENTO PONDERAL DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS. U.M.F. 33 INSS MAYO-OCTUBRE 1983



FUENTE: REGISTRO PONDERAL MENSUAL.

AUMENTO PONDERAL DE LOS PACIENTES
 ESTUDIADOS. U.M.F. 33 INSS.
 MAYO-OCTUBRE 1983

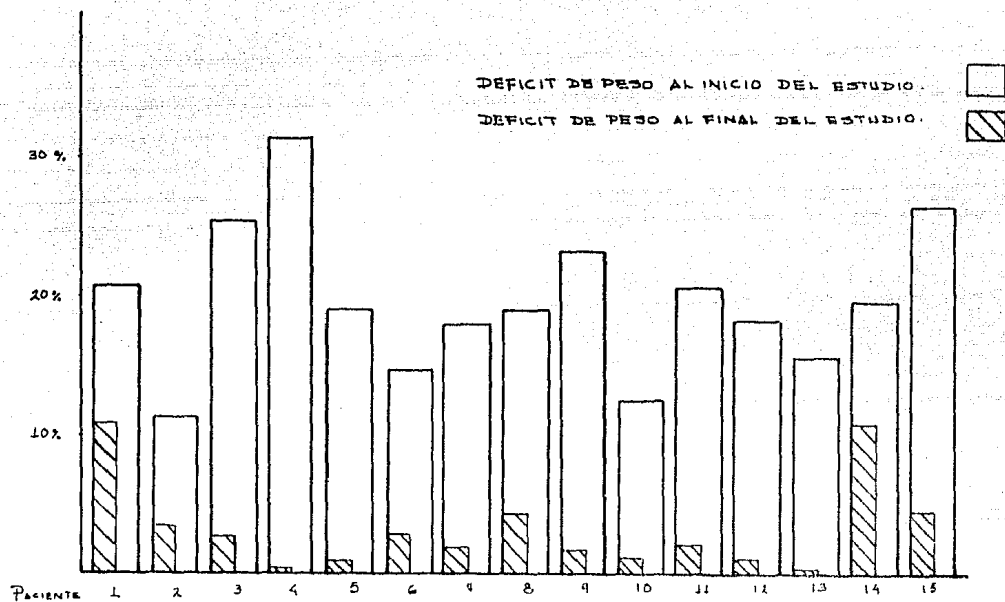




FUENTE: REGISTRO PONDERAL MENSUAL.

COMPARACION DE DEFICIT DE PESO AL INICIO Y AL FINAL DEL ESTUDIO.

U. M. F. 33 IMSS 1983



FUENTE: REGISTRO PONDERAL MENSUAL DE LOS LACTANTES ESTUDIADOS.

CONCLUSIONES .

En base a los anteriores resultados podemos concluir, - que la población estudiada, pacientes lactantes desnutridos, que asisten a la consulta de la U.M.F. 33 del I.M.S.S. de la zona Infonavit - Rosario, pertenecen a un medio socio-económico bajo en la mayoría de los casos, que la falta de orientación participa en aumentar el problema económico, ya que no se distribuyen los ingresos mensuales proporcionalmente al grado de importancia de las necesidades; ejemplo: alimentación vs. un televisor, etc.: pues ya que siendo bajos los ingresos, gran cantidad de dinero se deriva a artículos de consumo que no son de primera necesidad. En cuanto a lo mencionado se concluyó: que aunque el ingreso familiar sea bajo con una adecuada orientación por parte del médico familiar a sus derecho-habientes, estos se pueden alimentar mejor, comprobado al registrar el aumento ponderal de los niños en estudio.

El grado de escolaridad que predominó fué la básica a partir de esto y de los resultados satisfactorios en cuanto a la respuesta positiva, como se refirió antes. Concluimos - que el grado de escolaridad no es directamente proporcional a la adecuada nutrición de las familias.

Al inicio del estudio se encontró que la alimentación de estas familias no era la adecuada, ya que esta es principalmente a base de carbohidratos, desaprovechando los alimentos de alto valor proteico. Nos dimos cuenta que esto es generalmente sobre todo por la falta de conocimiento de la importancia de una dieta balanceada, y el no reconocer los alimentos que contienen los nutrientes adecuados, otra causa más es el poder adquisitivo de la moneda nacional actualmente; pero sin

embarco esto deja de ser significativo, cuando la gente responde correctamente a la orientación del médico familiar y aprende a seleccionar sus nutrientes.

Así tenemos también que los malos hábitos con que cuenta el mexicano en general, consumo de "sopes, guaraches, gorditas" etc.; los tabús alimentarios, sobre todo de la madre hacia el lactante, "alergias ocasionadas por los alimentos", alimentos que son "causa de diarreas" etc.. Tradición al consumir con cierta frecuencia algunos platillos, que están lejos de ser nutritivos. Ante todas estas creencias, el médico familiar tiene mucho en que ocuparse, para así determinar y corregir la calidad de nutrición de sus familias que atiende.

Al realizarse el adecuado diagnóstico e instrucción familiar en cuanto a las alteraciones de las funciones básicas familiares, se vio favorecido indiscutiblemente el estado nutricional de los lactantes. Pudimos observar que al final del estudio, una vez impartidas las 9 pláticas y el total de visitas familiares, que fueron de 3-6 para cada caso particular, se lograron cumplir los objetivos de las mismas y fueron los siguientes: que la madre tomara conciencia del papel que juega dentro del núcleo familiar, que reconozca la importancia del binomio madre-hijo, que fuera capaz de reconocer los nutrientes adecuados para la alimentación de los miembros de la familia, que aprendiera a manejar adecuadamente los mismos que ambos padres reconozcan las responsabilidades fundamentales que tienen para con sus hijos y el principal que sean capaces de mejorar el estado nutricional de sus hijos. Y los resultados como ya se mencionó fueron positivos en el 100 % de los casos.

De esta manera podemos concluir así: que en base a nues-

tra primer hipótesis ésta se cumple al encontrar que cuando menos tres funciones básicas familiares se encontraron alteradas (status, socialización y afecto) en el 100 % de las familias estudiadas, y comprobándose que estas son la causa de desnutrición, ya que al corregirse las mismas, el estado nutricional de estos mejoró.

En lo que se refiere a la segunda hipótesis encontramos que también se comprobó, al valorar los resultados posteriores al programa establecido para este fin, (instrucción en cuanto a la alimentación en general); la recuperación en el 100 % de los pacientes, ya que todos tendieron a la mejoría del estado nutricional. Así podemos decir que el médico familiar indiscutiblemente juega un papel importantísimo para reducir la desnutrición de su población derecho-habiente, y si sumamos el esfuerzo de todos los médicos en general, estos lograrán reducir la desnutrición a nivel nacional.

SUGERENCIAS.

Consideramos que sería de gran utilidad, para reducir la desnutrición el instruir al público en general, y a los derecho-habientes tenemos la oportunidad de tener su atención disponible por cierto tiempo, al asistir a la unidad para consulta, vacunación etc. Así podría implantarse en cada unidad de medicina familiar, que cuando menos una vez a la semana de ser posible hasta 3 veces, se impartieran pláticas a los derecho-habientes, en las salas de espera mientras esperan su turno - para ser atendidos en sus consultorios; las pláticas incluirían los siguientes temas: generalidades sobre nutrición, de la forma de cocimiento de los alimentos, hasta el saber seleccionarlos para hacer más nutritiva la dieta diaria; generalidades sobre desnutrición sus grados, complicaciones, secuelas etc, reconocimiento de signos de las diferentes patologías (una evacuación anormal, etc.; planificación familiar - métodos ventajas y desventajas de cada uno, generalidades de lo que es una función de la familia la importancia de su reconocimiento y cumplimiento de las mismas.

Todos estos temas se cubrirían por los residentes de medicina familiar, que estarían a cargo de un médico familiar, el cual se encargaría de la supervisión durante un mes y este sería suplido por otro médico de esta manera permitir la participación de todos los médicos de cada unidad. Fijando ciertos objetivos a cumplir por ejemplo: captar cierto número de paciente para planificación familiar (saloingoclasia, vasectomías, colocación de DIU etc.), captación de pacientes - desnutridos de todas las edades, para efectuar a cada uno de

ellos, seguimientos familiares, que efectuarían los residentes del segundo año de la especialidad, como un requisito para su promoción, como mínimo para cada residente exigir 5 seguimientos.

Sería importante trabajar conjuntamente con el servicio de medicina preventiva, quien podría encargarse de elaborar folletos, tanto de esquemas de vacunación, como de higiene -- personal etc. y dietología encargarse de elaborar menús baratos pero bien balanceados en cuanto a sus nutrientes. Trabajo social por el alta voz dar informes intercalando música agradable, sobre temas generales pero indispensablemente higiene y alimentación, esta información constante durante las horas de servicio de cada unidad.

Que el médico familiar forme grupos tanto de desnutridos de todas las edad, como del paciente obeso, que no es una persona bien nutrida, y de tratamiento grupal y familiar, con apoyo de trabajo social y dietología. Y sobre todo dar especial atención al manejo del niño sano, pues la prevención es más barata que la curación. Que constantemente se aclaren dudas durante la consulta, por ejemplo se explique por que es -- que tiene tal paciente una parasitosis. Detección de familias que no cumplen sus funciones básicas y dar manejo.

A nivel nacional también es posible, contribuir; por ejemplo promover, que la publicidad esté encaminada al consumo de productos del mar, desarrollo del comercio marítimo, para explotar grandes litorales de mar, con que cuenta el país y que son totalmente desaprovechados.

Que se evite la publicidad de los alimentos de alimentos " chatarra ", y en su lugar se explique la ventaja de un vaso de leche contra las desventajas de uno de " coca cola ", etc.

Si en nuestro pueblo, por la enajenación a través de los medios de información, por parte de las transnacionales, no es capaz de modificar sus malos hábitos de consumismo, sería de gran beneficio, exigir el estado, que las frituras sean elaboradas a base de mariscos deseados, con lo cual aumentaría considerablemente el valor nutricional de estas, y así el consumidor estaría pagando un precio justo.

Otro punto interesante sería, el que se implantara el desayuno escolar, en todas las escuelas oficiales, a un precio simbólico, y estas dietas serían hiperproteicas e hipercalóricas, pues en la mayoría de los casos se trata de niños mal nutridos, y con ello se les estaría proporcionando su única comida provechosa del día, con ello intentar que estos niños se mantengan mejor nutridos, y con esto mantener beneficios como la reducción en la frecuencia de enfermedades, pues sabemos - que un niño bien nutrido es un niño sano, al reducir la enfermedad, los gastos hospitalarios se reducen, así como las mismas defunciones y los gastos en éstas, pues estos gastos son pérdidas económicas nacionales, además del valor incalculable que representa un "niño".

BIBLIOGRAFIA.

ARTICULOS.

1. Andrade, A; Valle, y cols.: Lactancia materna, causas de suspensión. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. XCL No. 5 pags. 408-417, 1981.
2. Aranda J, Menchu M, y cols.: Vigilancia Alimentaria Nutricional. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. XC No. 2 pags. 114-125 feb. 1981
3. Avila I.: La crisis Económica y la Alimentación Infantil Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 49 No. 10 pags. 459 - oct. 1982.
4. Avila I.: Perspectivas Alimentarias. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 50 No. 3 pgs. 67-68 marzo 1983.
5. Brozék, J.: Nutrición, Mal Nutrición y Comportamiento. - Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol. LXXXV - No. 6 pags. 506-529, dic. 1978.
6. Hernan, C Merrill,: Participación del Sector Salud en un Sistema de Vigilancia Nutricional. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. XCL NO. 4
7. Lechtig, A; Arroyave G,: El Problema Nutricional en América Latina: Definición, Causas y Líneas de Acción Para Aliviarlo. Vol. LXXXVI No. 6 pags. 178-494 jun. 1980.
8. Martínez S,: Desnutrición y Función Inmunológica. Revista Médica Vol. 19 No. 4 pags. 381-383 jul-agosto 1983.
9. Frenkig Silbert,: Desnutrición en Pediatría. Vol. 47 No.4 abril 1980 pags. 179- 181. Revista Mexicana de Pediatría.
10. Frenkig Silbert.: Nutrición. Revista Mexicana de Pediatría vol. 49. No. 9 pags. 435-437 sept. 1982.

LIBROS.

11. Academia Mexicana de *pediatria*. Nutrición y desnutri -
ción. Fondo Editorial Nestle de la A.M.P.
12. Béhar, Moisés. Nutrición. Ed. Interamericana.
13. Cuellar, A. El Problema Nutricional en México, En: Nu-
trición en *Pediatria*. Soc. Mexicana de *Pediatria*. 1972
pags. 13-30
14. Cuellar, M. Alimentación del Lactante, En: Nutrición en
Pediatria. Soc. Mexicana de *Pediatria* 1972 pags. 121-142
15. Felix Abdo, Alimentación del R.N., En: Nutrición en Pe-
diatria, Soc. Mexicana de *Pediatria* 1972 pag. 103-120.
16. Gutiérrez, S. *Nosología Digestiva*. Ed. México-Gutiérrez
V.S. 1964.
17. Luengas J., Alimentación, Digestión, Absorción y desnu-
trición, En: Nuevos Conceptos Sobre Viejos Aspectos de -
la Desnutrición. Ed. Fondo Editorial Nestle de la Acade-
mia Mexicana de *Peditría*. 1973.
18. Valenzuela R., Luengas, : Desnutrición. Kwashiorkor. Ma-
rasmus. En: *Manual de *Pediatria**. Ed. Interamericana 9a. --
pags. 233-251.
19. Chinoy Ely: *La sociedad*: pag 140. Fondo de Cultura Eco-
nómica. México 1967.
20. Engels Federico. El Origen de la Familia, la propiedad -
Privada y el Estado. pags. 25-82 Ed. Progreso, Moscú. 1967
21. Nacional Financiera: *La Economía Mexicana en Cifras; Méxi-
co*. 1972.
22. Vermon Raymond: El Dilema del Desarrollo Económico de Mé-
xico. Pags 28-29 Ed. Diana, México. 1973
23. Gonzalez Casanova Pablo. *La Democracia en México*, pags
45-81 Ed. ERA, México. 1972.

24. Sánchez Azcona Jorge. Familia y Sociedad. Ed. Joaquín M. 1974.
25. Jaime Aleria Humberto, Fundamentos de Medicina Familiar.
26. Conn H. F.: Medicina Familiar Teoría y Práctica. Ed. Interamericana.
27. Conn Raquel, Funciones de la Familia: Medicina Familiar. Editorial Interamericana 1974 pag 2-11
28. Torroella, J. Desnutrición Ed. Mendez Oteo la. Ed. México 1967. cap. II pag. 117-125
29. Díaz E. Jano L. Desnutrición.
30. Arrieta R. Gravioto. J.P. Desnutrición Calórico-proteica en el Niño. Nueva Guía para Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico. Ed. Mendez Cervantes 2a. Ed. 1979 cap. IV.