

105 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
Hospital General de Zona No. 24
"INSURGENTES"

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

"LAS RELACIONES FAMILIARES
EN LACTANTES DESNUTRIDOS"

T E S I S

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

p r e s e n t a n

DR. ARTURO LOZADA GARCIA

DR. AGUSTIN PEÑA ANZULEZ

Handwritten signature

Handwritten signature: Dr. Rubén Velasco



MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.



JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION DE LA
CLINICA HOSP. No. 24

A S E S O R E S

DR. ENRIQUE BETANCOURT CASTILLA.

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

H.G.Z. 24 "INSURGENTES" I.M.S.S.

DR. CARLOS L. RODRIGUEZ DE LA O.

COORDINADOR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.

H.G.Z. 24 "INSURGENTES" I.M.S.S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COLABORADOR

DR. JAVIER LUENGAS BARTELS.
JEFE DEL SERVICIO DE NUTRICION.
SALA DE REHABILITACION NUTRICIONAL.
HOSPITAL DE PEDIATRIA C.M.N.

A MIS PADRES: CON TODO EL CARIÑO
Y RESPETO QUE LES TENGO Y POR --
HABER SABIDO GUIARME, DANDOME SU
APOYO Y CONFIANZA.

A MI ESPOSA: POR LA COMPRENSION
Y ALIENTO QUE HA SABIDO DARME;
Y POR TODO EL AMOR QUE LE TENGO.

A MI HIJA: POR EL AMOR Y
FELICIDAD, QUE HA TRAIIDO
A NUESTRO HOGAR.

A MIS HERMANOS Y CUNADOS:
POR EL CARIÑO QUE LES -
TENGO.

A MIS SUEGROS: POR EL
CONSEJO Y ORIENTACION
QUE HAN SABIDO DARME.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A TODAS LAS PERSONAS
QUE DE ALGUN MODO HAN
INFLUENCIADO EN MI VI
DA, PARA SEGUIR ESTE
CAMINO.

-Arturo Lozada García-

NO BASTA EL ESFUERZO AQUI REUNIDO
Y SENTIR TODO TERMINADO
PUES AUN FALTAN CAMINOS
ESCONDIDOS
QUE JUNTOS DEBEMOS
YA SEGUIR

CON AMOR:

A MI ESPOSA

A MIS HIJOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CON AFECTO A MIS AMIGOS
Y AMISTADES

CON SINCERIDAD A LA
FAMILIA

CON CARIÑO A MIS PADRES
Y HERMANOS

Agustín Peña González.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

" A LOS NIÑOS DESNUTRIDOS VICTIMAS DE LOS ERRORES
QUE MUCHAS VECES COMETEN LOS ADULTOS Y QUE EN
UNA FORMA U OTRA EXPRESAN SU INCONFORMIDAD DE -
ESTAR EN ESTE MUNDO EN TALES CONDICIONES. ".

A. Lozada-A. Peña.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La familia como estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijos) no puede funcionar sino mediante las diferencias individuales que existen entre sus miembros, las cuales les asignan los tres roles íntimamente relacionados, si éstas diferencias son negadas o desatendidas, - aunque sea por un sólo miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal, creandose un estado de confusión y caos.

E. Pichon-Riviere.

Tú amas la Verdad y la Belleza y la Rectitud y, por tí, digo que es bueno y propio que ames tales cosas. Pero en mi fuero interno me río de tu amor. Aun así no te permitiría ver mi risa. Reiría sólo.

Amigo mío, eres bueno y cauto y sabio: no, - eres perfecto - y yo, también, hablo contigo sabiamente y con cautela. Y sin embargo estoy loco. Pero oculto mi locura. Estaré loco a solas.

Amigo mío, tu no eres mi amigo, pero ¿como - puedo hacertelo entender? Mi senda no es tu senda, y sin embargo caminamos juntos, cogidos de la mano.

Kahlil Gibran: The Madman.

I N D I C E

	Pags.
I.- INTRODUCCION	1
II.- MARCO TEORICO	5
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
IV.- HIPOTESIS	35
V.- OBJETIVOS	36
VI.- PROGRAMA DE TRABAJO	37
VII.- RESULTADOS:	
-FAMILIOGRAMAS ESTRUCTURALES	40
SINTESIS DE LAS FAMILIAS	
FAMILIOGRAMAS PSICOSOCIODINAMICOS	
-ANALISIS DE LOS RESULTADOS	111
VIII.- CONCLUSIONES	122
IX.- BIBLIOGRAFIA	125

INTRODUCCION

Es la Medicina Familiar la respuesta más adecuada y pertinente para responder y resolver la problemática de salud social e institucional.....? si la respuesta es en sentido afirmativo en necesario hacer una serie de consideraciones en torno a dicha respuesta.

Por lo tanto el análisis a dicha respuesta debe partir desde varios niveles de reflexión, de ésta manera es posible pensar en un nivel social, en un nivel institucional y en un nivel teorico-práctico que se encuentra estrechamente relacionado con el tipo de práctica médica institucional existente y el tipo de práctica emergente planteada como alternativa de respuesta contemporanea.

Es por todos conocido que la problemática de salud generada en las actuales condiciones historicosociales; momento que se caracteriza fundamentalmente por sociedades que se estructuran, organizan e instrumentan en base a un modo de producción dominante, ideología dominante, tipo de educación dominante, las que determinan de algún modo cierta patología prevalente, de acuerdo a las condiciones de desarrollo de un país o de una región; observándose de manera alarmante las grandes contradicciones que surgen en éste tipo de sociedades entre la salud y la enfermedad; entre la riqueza y la pobreza; entre la nutrición y la desnutrición; entre la oportunidad para el acceso a los centros de salud, clínicas u hospitales y la desoportunidad para el mismo, etc. de los diferentes sectores de la población algunos con más facilidad que otros.

La alternativa institucional, particularmente la del Instituto Mexicano del Seguro Social, fundamentada sólidamente en uno de los principios de la seguridad social, que pretende responder y resolver no sólo la problemática de salud que demanda la población amparada bajo su regimen sino hacer extensiva una serie de prestaciones sociales a la misma, con la intención de cubrir a toda la población asalariada del país, y dando gran parte de estos servicios en torno a las prestaciones de tipo médico, ésto es la relación directa entre la demanda de salud-enfermedad y la respuesta médica adecuada a cada planteamiento y las acciones de fomento o médicopreventivas y sociales para mantener o elevar los niveles de salud de la población amparada bajo su regimen y a través de ésta acción mejorar las condiciones de la población en general.

La otra que se plantea como un intento serio, fundamentado en una serie de supuestos básicos, como respuesta a nivel de la operación, en relación con la práctica dominante o prevalente de medicina que se practica en los diferentes niveles de atención de la institución, la medicina familiar ubicada fundamentalmente en el primer nivel de atención médica toma como fundamentos teóricos los siguientes: el concepto de hombre definido como un ser biopsicosocial no como una instancia abstracta sino también concreta o material con expresión propia, el concepto de salud; definido como el completo bienestar biopsicosocial y no sólo como la ausencia de enfermedad, el concepto de integral; entendiendo por lo mismo no sólo la atención del todo (paciente identificado) a través de un equipo multidisciplinario de salud, sino desde la concepción misma del enfoque, al considerar al enfermo como una parte

del grupo familiar esto es como un integrante de un sistema más - amplio que es la familia, sistema en que el enfermo es un subsistema y donde la enfermedad es la expresión sintomática de una alteración del todo que afecta de diferente manera o grado a cada elemento constitutivo del todo y esta condición afecta nuevamente al todo, entendiéndose éste proceso como un estado dinámico en -- constante cambio, o dialéctico.

Y por último, no por que sea el menos importante, el que se relaciona con la familia, la que es para la medicina familiar, lo - que el corazón para la cardiología, el cerebro para la neurología, o el niño para la pediatría, ésta, no sólo define a la medicina - familiar como una disciplina médica diferente de las otras disciplinas médicas sino que le permite a la misma a través de una praxis crítica, abierta y liberadora construir su marco teórico, de - esta forma es posible vincular la teoría con la práctica relacionándose directamente con la razón de ser de la disciplina, esto conlleva la finalidad de brindar una atención y cuidado al objeto concreto, sujeto de atención de la praxis de la medicina familiar

La familia como tal, como una estructura, como un grupo con -- sus características particulares que la hacen diferente a otros grupos humanos, es tomada como una unidad, una gestalt, donde necesariamente se incluye el concepto de totalidad, que comprende no sólo a los elementos del grupo, incluye a sus relaciones, a la situación, al campo, a las condiciones históricas y a las ahistóricas para explicarse una serie de efectos o conductas en el aquí y ahora, posteriormente a partir de éste momento con el propósito y objetivo de lograr cambios en la dinámica del grupo, consideren

do a la enfermedad como una parte constitutiva del grupo, donde el rol o papel que juega la enfermedad en tanto no se esclarezca, se considera como un rol perturbador del proceso dinámico de la familia, manteniendo una estructura rígida, estereotipo, que a través de un proceso dialectizador, que pasa por varios momentos iniciándose en un estado que consideramos como la estructura previa configurada en base a una serie de supuestos básicos, pretendemos desestructurar a través de un proceso de indagación y esclarecimiento, pasando de lo implícito a lo explícito, con la finalidad que la lectura de la realidad sea más clara por el grupo venciendo los miedos básicos (angustia depresiva, angustia persecutoria, que son coexistentes e interactuantes, hasta llegar al momento de elaboración de los miedos básicos lograndose así una reestructuración del grupo familiar.

El método utilizado para el abordaje familiar toma a todos los elementos que configura la situación grupal, donde el médico familiar, o terapeuta queda inmerso en la situación grupal vivenciando la problemática familiar desde dentro con la óptica de la familia y desde fuera con la óptica de él como un elemento catalizador, favorecedor o esclarecedor de los supuestos básicos, abriendo, desestructurando y reestructurando con el grupo y para el grupo los estereotipos familiares, mejorando la comunicación, la pertenencia, la pertinencia, el aprendizaje y el tele (sensación de lejos) escala básica de evaluación de un grupo con un esquema conceptual referencial operativo que tiene una tarea implícita o explícita, el aprendizaje o adaptación activa a la realidad.

Carlos L. Rodríguez de la O.

MARCO TEORICO.

DESNUTRICION

El término de desnutrición es muy importante y engloba varios trastornos nutritivos. Por ser tan universal y frecuente, esta condición patológica ha recibido numerosas designaciones en diferentes épocas, por diversas escuelas y autores, tales como, distrofias (atrofia e hipotrofia), hipotrepisia y atrepisia, dison--tia, "descomposición", subnutrición, marasmo, y recientemente -- por los autores ingleses "kwashiorkor" nombre nativo del norte - de Africa o síndrome pluricarencial infantil (SPI) por los auto--res latinoamericanos. (1) Ultimamente se ha introducido el térmi--no de síndrome de insuficiencia proteico-calórica. (2,3)

Antes de dar una definición sobre desnutrición, debemos, pri--meramente empezar por definir a la nutrición, entendiendose ésta como un conjunto de funciones que se realizan en todas y cada u--nade las células del organismo, siguiendo un orden y una armonía exacta; de esas funciones se derivan la composición corporal, la salud y la vida misma. (2).

El estado de nutrición depende de factores extrínsecos (ali--mentación, hábitos, etc) e intrínsecos (capacidad de metabolizar y aprovechar los nutrimentos). Nutrición y alimentación se en--cuentran íntimamente relacionados y deben guardar un perfecto e--quilibrio; cuando éste se pierde o se altera, origina desnutri--ción u obesidad. (1)

Definición.- Debemos hacer hincapie en que existe un número considerable de definiciones, pero todas encaminadas hacia los -

mismos objetivos, así tenemos que "se conoce con el nombre de desnutrición, al conjunto de signos y síntomas clínicos y bioquímicos que se observan en personas, con una inadecuada ingestión de alimentos, un déficit en la absorción o aprovechamiento de los elementos nutrientes, o una situación de consumo y pérdidas exageradas de calorías. Lo que origina una mala composición corporal, afectando la salud y a la larga llegando a influir sobre la duración de la vida". (1,2,4,5,6,7)

Aspectos históricos.- Es mucho lo que se conoce de la desnutrición y poco respecto a sus datos históricos, ya que la historia se evoca a las grandes calamidades que ha traído consigo el hambre, quedando implícito el problema nutricional de los pueblos.

Así vemos que la historia de la humanidad ha sido desde el principio la historia de la lucha por la obtención del pan nuestro de cada día. (8) El testimonio más antiguo se remota hacia el año 3,500 a 3,200 ac; en la época de Tosorthus (Zoser), en donde quedo plasmado el significado del hambre, en la piedra o estela del hambre, cerca de la primera catarata del Nilo. El texto dice; "durante mi reinado la inundación del Nilo hace 7 años que no tiene lugar; los trigos son raros, las cosechas escasas y falta toda clase de alimentos; la gente quiere correr y ni siquiera puede caminar, los niños lloran y los jóvenes andan como ancianos. Los graneros están abiertos pero en lugar de encontrar que comer no hay más que viento; todo a terminado". (8)

Este hecho se ha venido repitiendo como lo demuestra la historia en los años 1064 y 1072, en donde tampoco fluyó el Nilo; el hambre fué tan grave que los sobrevivientes llegaron al canibalismo. También es importante señalar las hambres ocurridas en la pro

vincia de Huper en China, entre los siglos XVI y XIX.

En 1798 Malthus en su célebre ensayo mencionaba, que mientras la población aumenta en progresión geométrica, los alimentos lo hacen en forma aritmética. Con ello Malthus concretó una apocalipsis amenazante que desataba hambre. (8,9,10)

México no ha sido la excepción en la existencia del hambre; en su historia se relatan un número considerable de luchas, por la posesión de lugares fértiles para la producción de alimentos. Así lo demuestran los poderíos mixtecas, tarascos, mayas, mexicas, etc. (11) Por el año de 1521 durante el sitio de la gran Tenochtitlan, se reporta la propagación de hambre y pestes que obligaron a la rendición de la ciudad. (11,12)

Los cronistas del siglo XVI nos hacen saber, que antes del contacto con el hombre occidental, la alimentación indígena, tenía como sustrato energético al maíz, como proteico al frijol, y como vitamínico al chile, la calabaza y diversos vegetales silvestres. La caza y la pesca en ocasiones suministraban proteínas a algunos lugares y ciertos estratos sociales. (13)

La conquista y la colonización de México introdujo nuevos alimentos y nuevos conceptos sobre los alimentos nativos. (11,13)

Etiología.- La desnutrición en base a su causa se clasifica en:

- a).- Desnutrición primaria; en la que tenemos un aporte deficiente de nutrientes, que no cubren las necesidades del niño.
- b).- Desnutrición secundaria o condicionada; en la que vamos a tener varias alteraciones fisiopatológicas, como son: dificultad para la ingestión, digestión alterada, absorción inadecuada, utilización incorrecta, excreción exagerada y aumento del catabolismo.

c).- Desnutrición mixta; cuando están presentes los dos componentes anteriores. (1,2,4,6,7)

Aspectos epidemiológicos.- En nuestro país la subalimentación de extensos grupos de población, ha determinado un proceso de adaptación biológica y social, con un cuadro mínimo caracterizado por reducción de talla, de peso y de la energía psíquica, con bajas reservas y defensas contra las agresiones y con poca capacidad de esfuerzos y de trabajo, que aumentan la improductividad y acentúan el subdesarrollo. (4)

a).- Prevalencia por grupos de edad.- La desnutrición afecta a la sociedad en su totalidad, sin embargo existen ciertas circunstancias fisiológicas o metabólicas, que hacen más aparente o grave esta enfermedad, como sucede en los niños a partir de los 3 meses de edad, cuando el medio ya no cubre las necesidades del niño, progresivamente se deteriora el estado nutricional hasta llegar a un punto mínimo que se sitúa alrededor de los 16 meses de edad, en esta época muchos niños mueren, y los restantes se adaptan o equilibran siendo éste el concepto de homeorresis. (2)

La máxima frecuencia de este padecimiento se encuentra entre los primeros 5 años de edad. Actualmente de 3 a 5 de cada 10 niños, menores de 5 años, sufren de desnutrición de diversos grados. (1,2,5,6,14,15,16,17)

b).- Prevalencia por sexo.- La desnutrición en el primer año de vida es más frecuente en el sexo masculino con respecto al femenino, ya que la protección materna es igual para ambos sexos, y el hombre en esta edad se encuentra más desprotegido biológicamente. En la edad preescolar las niñas se enferman y mueren con mayor frecuencia por problemas nutricionales, debido a razones emociona

les, culturales y sociales. (2)

c).- Distribución por zonas.- Estudios realizados mediante encuestas, unas por muestreo y otras exhaustivas, han mostrado elevados índices de desnutrición tanto en los barrios de la ciudad, zonas urbanas y suburbanas; como del medio rural.

En algunas barriadas de la ciudad los niños no comen mejor, - que los que habitan las más pobres zonas rurales y además no están adaptados como estos últimos a la subnutrición y a las dietas de hambre. Al parecer existen mayores proporciones de desnutrición infantil en las zonas suburbanas que comprenden los barrios y periferias de la ciudad "cinturones de miseria"; que en el campo. Muchas zonas rurales, tropicales o subtropicales son pródigas en alimentos naturales de alto valor nutricional, pero en otras - por el contrario, la escasez de producción y la pobreza de comunicaciones, impiden el uso de buenas fuentes alimentarias. (1,18)

Otros autores mencionan que el medio rural es el más afectado; siendo las zonas más críticas Oaxaca, Guerrero, todo el sureste, parte del altiplano y Bajío. En el medio rural, uno de cada tres niños nace desnutrido. (2)

Estados patológicos que llevan a la desnutrición.- Todos los padecimientos crónicos llevan a la desnutrición a excepción de - los padecimientos de atesoramiento como la obesidad. Sobre todo a aquellos del aparato digestivo, que dan fiebre, tensión, o pérdidas especiales de nutrientes. En las enfermedades gastrointestinales infecciosas hay sinergismo entre desnutrición e infección, añadido a esto, también tenemos las dietas prolongadas que en algunas ocasiones los familiares imponen al niño, como criterio erróneo y peligroso. (1,2)

La absorción insuficiente puede ser debida a tres causas:

- a).- La infección, que nos va a dar diarrea aguda y tránsito acelerado; parasitosis, de estas la causa principal es la giardiasis; también ocupando un lugar importante la ascariasis y necatoriasis.
 - b).- Deficiencias enzimáticas; en México es frecuente que se presente debido a una predisposición genética, en donde hay deficiencia de lactasa, dando intolerancia a la leche.
 - c).- La misma desnutrición, da alteraciones anatómicas y funcionales a nivel de la mucosa del intestino delgado, la cual se aplana, dando por consiguiente disminución en la superficie de absorción.
- (1,2)

Las alteraciones antes señaladas van a ser causantes de desnutrición, pero de origen secundario principalmente. La causa de desnutrición más frecuente es la mixta.

Ahora vamos a mencionar algunos aspectos que son muy importantes, como causa de desnutrición primaria.

Aspectos psicológicos.- La alimentación tiene varios significados en pediatría; en el campo del desarrollo psicológico es un aspecto importante no solo como factor en el desarrollo emocional, sino como índice de las actitudes de los encargados de proteger al niño. (19)

Cuando se habla de desnutrición primaria, por lo general se simplifica excesivamente el problema. Desde el punto de vista humano, no hay desnutrición primaria, ya que se trata de una problemática que forma parte de una situación de privación. Se han descrito por lo menos, tres cuadros de privación, que son: la materna, la social y la emocional. En los primeros meses de la vida, la carencia de buenas relaciones sociales y por lo tanto emociona

les, entre la madre y el niño, constituyen la privación materna, que puede originar privación muy severa en el niño. Esta desnutrición se traduce en fenómenos tan graves, como anorexia psicológica y ulteriormente depresión anaclínica, que impide el desarrollo del niño. (2,20)

La existencia de la madre, aún su sola presencia actúa como estímulo para las respuestas del infante. (21) El lactante se encuentra en un estado de indefensión total, depende de la madre para la satisfacción de sus necesidades vitales; dejado a sus propios recursos, rápidamente perecería. Esta situación de extrema dependencia, crea las condiciones que explican la tremenda influencia que la conducta de la madre tiene sobre el desarrollo de la personalidad del niño. La relación madre-lactante es de una intimidad y de una naturaleza tan peculiar que se destaca entre las demás relaciones humanas. (22) Esta relación la podemos entender en forma dinámica, ya que, así como el niño responde a la conducta de su madre; también dependiendo de la gama de seducciones que el niño ofrece, la madre responde a ellas. Si su influencia es patológica, responderá con mecanismos de defensa, negando, desplazando o reprimiendo su conducta afectiva hacia el infante y por lo tanto le evitará, le prohibirá o le sobreprotegerá. (21)

Los problemas más frecuentes que el médico de primer contacto puede manejar son; el niño que deja de comer, la irritabilidad e inestabilidad emocional. (23) También es frecuente observar que niños muy desnutridos son llevados a la consulta por madres bien nutridas, es decir, que se alimentan bien; en estos casos se trata de personas que han ido adquiriendo temor de proporcionar a sus hijos alimentos, porque establecen una falsa relación de cau-

sa-efecto entre la ingestión de un nuevo alimento y la aparición de enfermedades, diarrea, vómitos y fiebre; sin saber que son los gérmenes que pululan, en los utensilios sucios, en la leche contaminada no hervida, en el agua y las frutas no limpias; lo que determinan el estado patológico. En otras ocasiones es el rechazo psicológico inconfesado, que la madre tiene hacia uno de los hijos el más desnutrido; la razón por la cual éste recibe con brusquedad el biberón frío, o el platillo inadecuado. Cuando la desnutrición se hace muy ostensible y aparece una enfermedad ocasional que la complica, se presenta un buen pretexto para dejarlo abandonado en el hospital, en donde muchas veces ya curado se resiste a recogerlo. (1)

El rechazo del hijo; esta expresión es de origen relativamente reciente en educación. El primero en utilizarla en escritos parece haber sido Kenworthy en 1926; el rechazo puede entenderse como sentimiento y como comportamiento; en cuanto a sentimiento, se refiere al odio y hostilidad que un padre siente hacia su hijo; como comportamiento, dicese que un padre rechaza a su hijo, cuando se muestra agresivo y hostil hacia éste y no le brinda los cuidados y protección adecuados. (24)

El término rechazo tiene en educación una comprensión más amplia que en el uso ordinario, pues significa mucho más que el mero hecho de que el nacimiento de un niño no había sido deseado. Es el vocablo general que se aplica a todas las actitudes negativas o nocivas que los padres pueden adoptar respecto a sus hijos. Los padres evidencian estas actitudes, descuidando al niño, no ministrándole la alimentación, ropa y educación adecuadas o desatendiendo su desarrollo. También puede manifestarse negando al ni

ño la satisfacción de sus exigencias, como sería la interrupción de la lactancia. (24)

Sobre este último punto cabe hacer mención a un aspecto importante desde el punto de vista fisiológico, de la alimentación al seno materno: existen dos reflejos participantes en el éxito de la lactancia. En primer lugar el reflejo de la prolactina, considerado el principal factor hormonal en la producción de la leche. El segundo es conocido como el reflejo de descenso, de succión, o de expulsión de la leche; es importante señalar que se le considera un reflejo psicosomático; el estímulo ejercido por la succión del niño sobre el pezón, estimula la areola, y ésta al nervio vago, el cual lleva el impulso a la hipófisis posterior en donde se libera occitocina, ésta llega a la glándula mamaria actuando sobre las células musculares de los alveolos, extrayendo la leche de ellos e impulsándola hacia los conductos terminales, en donde es fácilmente accesible al niño; al parecer este último reflejo puede ser inhibido bajo estado de stress o angustia. (25)

También constituyen formas de rechazo, humillar al niño mediante críticas, ridiculizaciones, reproches, comparaciones desfavorables con los hermanos, el acoger sus iniciativas con frialdad y desdén. En algunos casos las actitudes de rechazo son tan notables que pueden observarse fácilmente; sin embargo de ordinario los padres experimentan ciertos sentimientos de culpabilidad por abrigar sentimientos hostiles hacia sus hijos y cuidan de no exhibirlos abiertamente. (24)

Entonces la madre por motivos conscientes e inconscientes, dará al niño mayor o menor dosis de afecto, y podemos señalar que así como se habla tradicionalmente de madres incapaces de dar la

cantidad de leche que se requiere por insuficiencia de secreción láctea, sí es exacto hablar de madres incapaces de dar al niño la atención emocional, que para un óptimo desarrollo necesita. (26)

Un punto muy importante es el de considerar la forma o el medio por el cual la madre y el grupo familiar, van a transmitir al niño el rechazo oculto o inconsciente, y como éste lo va a captar.

Para lo anterior haremos una descripción de lo que algunos autores llaman teoría del doble vínculo, dobles ataduras, o doble mensaje y son los siguientes ingredientes, los necesarios para esta situación:

a).- Dos o más personas. A una de ellas, la asignamos como la "víctima", en la cual se va a depositar el doble mensaje. Este doble vínculo, no necesariamente va a ser dado por la madre, sino que puede hacerlo la madre sola o alguna combinación de la madre, del padre y/o los hermanos.

b).- Una experiencia repetida. Convirtiendo a la estructura del doble vínculo en una expectativa habitual.

c).- Una orden negativa primaria (puede tener una de dos formas) "no hagas eso o te castigaré" ó "si no haces eso te castigaré". - Comunmente se elige esto basandose en un contexto que implica la evitación del castigo.

d).- Una orden secundaria que choca con la primera, puesta en rigor por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia. Esta orden secundaria es más difícil de describir que la primaria debido a que por lo general es comunicada al niño por medios no verbales, la postura, el gesto, el tono de la voz; por lo tanto - este mensaje suele ser más abstracto.

Podemos resumir lo anterior con lo siguiente: una persona comu

nica a otra que debe hacer una cosa y al mismo tiempo, pero en otro nivel que no debe hacerla, o que debe hacer otra cosa incompatible con la primera. (27,28)

Un ejemplo de lo anterior se encuentra descrito por Spitz; se trataba de una madre soltera, en donde posterior al parto, en el primer intento de darle de mamar a su hijo a las 24 hrs. no tuvo éxito y así ocurrió con los siguientes días. La madre pretendía no tener leche. No se encontró dificultad para obtener leche de ella por presión manual, tampoco la hubo en alimentar al infante con esa leche mediante un biberón. Durante el amamantamiento, la madre se comportó como si su bebé fuera completamente ajeno a ella y ni siquiera se trataba de un ser viviente; se retiraba del infante con el cuerpo, las manos y el rostro rígidos y tensos. Los pezones aunque no invertidos no eran salientes y el amamantamiento no parecía provocar turgencia. Debido a lo anterior el bebé entró en un estado de estupor semicomatoso, descrito por Rible. A pesar de que se le alimentaba con la leche exprimida del pezón de la madre; hubo que emplear métodos enérgicos, que incluían la alimentación con sonda y clisis salina, para sacarlo de este estado. (21) Como se debe observar en el ejemplo anterior, el rechazo oculto o inconsciente que la madre transmitía a su hijo, en el momento del amamantamiento, fué captado por el hijo, debido a la comunicación no verbal (postura, gesto, etc.) y éste responde al rechazo de la madre mediante un estado de depresión anaclítica.

Ahora pasemos a otro cuadro descrito como privación social, que se observa principalmente en el preescolar. Su origen se encuentra en la familia y la comunidad en conjunto, y no solo se re

fiere a desnutrición en sus componentes, sino a una distorción emocional muy propia de los países en donde existe una guerra entre los sexos, que hace que a la mujer se le considere débil desde el punto de vista social y vive constantemente frustrada, proyectando esta frustración sobre la niña. Estas malas relaciones se traducen necesariamente en la niña por alteraciones emocionales y desnutrición.

Un tercer grupo muy importante es el de privación emocional -- descrito por Powell, entre otros; el adolescente con este tipo de privación no secreta hormona de crecimiento, ya que no recibe el estímulo emocional para ello. (2,29)

Aspectos socioeconómicos.- No puede haber desacuerdo acerca de que la desnutrición está estrechamente relacionada con la pobreza, ignorancia, mala salud y falta de poder político en los grupos de alto riesgo. O sea que no solo es enfermedad de la pobreza sino sobre todo de la desigualdad, interviniendo factores sociales como marginación y explotación. (2,14) No hay relación entre crecimiento demográfico (densidad de población) y desnutrición. (2,30)

Un problema que tenemos en México, es la tenencia de la tierra la cual favorece la desnutrición. Esta se determina por los tipos de agricultura, dando por un lado agricultura de subsistencia, con el cultivo de productos básicos de autoconsumo llevada a cabo en minifundios (con la característica de ser tierras erosionadas de mala calidad); dando alimentos deficientes. Otro es la agricultura neolatifundista, orientada al cultivo de productos básicos; destinados en gran parte a la exportación y manejada por agroempresas; en su mayoría de origen transnacional, con la carac-

terística de ser altamente tecnificada y desplazar la mano de obra, dando desempleo en el campo y el fenómeno de migración; o bien obrero agrícola asalariado y mano de obra barata. (2,31)

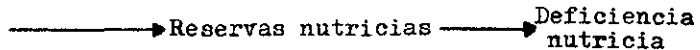
Aspectos culturales.- Es claro que una madre con una buena orientación nutricional cuidará de la alimentación de su hijo; esto es debido al papel que juegan los hábitos alimenticios transmitidos de generación en generación. También muchas familias muestran tabús alimentarios muy primitivos, el más común es atribuir a la leche ser causa directa de la diarrea, y no aceptar la idea de que ésta depende de las bacterias que la contaminan. (2,32,33)

En México hasta hace dos generaciones, tanto en áreas urbanas como en áreas rurales, la norma era alimentación ad libitum al seno materno, durante dos a dos y medio años, con la administración de pocos alimentos complementarios en los primeros 6 meses. En cambio las prácticas actuales de alimentación infantil han sufrido una modificación importante en las zonas urbanas, entre la élite y la clase media; hoy en día, en las ciudades, existe una tendencia creciente hacia el destete precóz del seno materno, con preferencia marcada a las leches preparadas, con horarios fijos y por la administración de poca cantidad de alimentos complementarios desde las primeras semanas. En el presente; las mexicanas pobres, así como la clase acomodada, tiene la opción de ofrecer a sus hijos la lactancia artificial. En un estudio reciente se reportó que a la edad de 6 meses, el 40% de lactantes mexicanos recibían la alimentación al seno materno. Otra encuesta realizada por el IMSS, señaló que el 78% de las madres que acuden a las clínicas del Distrito Federal, amamantaban en el primer mes, pero la mitad de éste grupo ya habían destetado a sus hijos antes de los

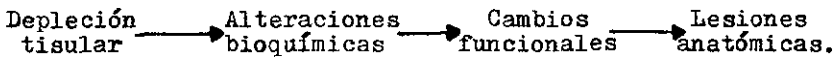
tres meses. Por último cabe señalar que somos un país que da poca importancia a la alimentación. (34,35)

Patogenia.- Cualquiera que sea la causa; la nutrición inadecuada conduce a la depleción tisular y de las reservas, fundamentalmente grasa y músculo. Entre la instalación de la inadecuada nutrición y la aparición de las manifestaciones clínicas de carencia, transcurre un tiempo variable, que puede ser corto o largo - según la intensidad del déficit alimentario y el monto de las reservas nutrientes de cada organismo. Si la causa persiste se llega a cambios bioquímicos y después a alteraciones funcionales y finalmente a lesiones de las estructuras anatómicas. A veces esta sucesión es de tal manera intensa y rápida, que tales trastornos y alteraciones se entrelazan simultáneamente. Joliffe la representa en el siguiente esquema:

Deficiencia dietética
(primaria)



Deficiencia condicionada
(secundaria)



En la desnutrición hay baja ingestión de calorías, proteínas, vitaminas y en general todos los nutrientes; estos intervienen en actividades metabólicas y funcionales importantes que llegan a afectar seriamente toda la economía o algunos de sus órganos. Dependientes de la carencia de uno o varios nutrientes, el denominador común en la desnutrición del niño; es la disminución del crecimiento y desarrollo, lo que somáticamente es fácil de comprobar en la báscula y con la cinta métrica. (1,3,4,6,7)

De acuerdo a como evoluciona la desnutrición, puede clasificarse así:

a).- La desnutrición aguda; aparece bruscamente, evoluciona con rapidez y generalmente es de primer grado. Se debe a la supresión brusca del alimento. Se expresa por balance negativo de agua y electrolitos, a veces seguidos de pérdida proteica y de grasa; su curación es rápida.

b).- La desnutrición subaguda; se instala más lentamente, afecta el crecimiento del sujeto y requiere mayor tiempo para su curación. Puede ser de primero o segundo grado y generalmente es reversible.

c).- La desnutrición crónica; aparece lentamente, las alteraciones son de mayor intensidad, muchas de ellas irreversibles. Puede ser de primero, segundo y tercer grado. Su tratamiento debe ser muy largo y sostenido. (4,7)

En estos casos de desnutrición crónica existen ciertos aspectos clínicos de "adaptación" del organismo afectado, tanto en lo somático como en lo biológico, que se puede relacionar con el síndrome de adaptación u homeorresis. (1)

Clasificación de la desnutrición.- Teniendo como base el peso corporal y a la pérdida del mismo, F. Gómez estableció una clasificación de la severidad de la desnutrición, que es clásica en nuestro país, con las características siguientes:

a).- 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.

b).- Desnutrición de segundo grado; corresponde a niños que pesan del 26 al 40% menos de lo normal. Equivale a la hipotrepisia o hi-

potrofia de segundo grado.

c).- Desnutrición de tercer grado; es la condición en que se encuentra un déficit de más del 40% del peso normal. Corresponde a la atrofia, atrepsia y marasmo.

Por supuesto que al valorar las condiciones de un caso dado, no solamente debe tomarse en cuenta el dato fundamental que acusa la báscula, sino igualmente las otras medidas antropométricas, esencialmente la talla, y así mismo las condiciones clínicas integrales, en las que predomina el estado y proporción del panículo adiposo. (1,7,36)

Otro tipo de clasificación, considerando también el déficit en el peso corporal, es el siguiente; desnutrición de primer grado, cuando el déficit de peso está situado entre menos de una desviación estandar, por debajo del promedio y menos 2.5 desviaciones, para cualquier edad y sexo. La desnutrición de segundo grado, sería entre menos de 2.5 desviaciones estandar y menos 4 desviaciones estandar del promedio aceptado, para el grupo de edad y sexo. El déficit de tercer grado corresponde a una reducción del peso corporal, por debajo de menos 4 desviaciones estandar. Esta clasificación aunque parece complicada, es la más lógica, porque considera la posibilidad de pertenecer al grupo normal de la población. (37)

Cuadro clínico.- Ha sido muy útil agrupar la multifacética expresión de la desnutrición en sus tres apartados, tomando en cuenta los signos y síntomas presentes:

a).- Los signos universales; son manifestaciones siempre presentes, al margen de la causa o intensidad del padecimiento. Estos traducen básicamente las siguientes alteraciones: dilución, hipo-

función y atrofia. Su naturaleza es bioquímica y funcional; identifican el padecimiento y establecen su unidad. Se exhiben en la clínica por la detención del crecimiento y desarrollo, captada a través de la antropometría.

La dilución comprende aumento relativo de los líquidos extra e intracelulares, es decir, aumento del volumen sanguíneo, el líquido intersticial y relativamente del agua intracelular, dilución de las proteínas plasmáticas, anemia, hipovolemia y edema; este último puede ser aparente o subclínico.

La hipofunción se manifiesta por disminución de la capacidad amilítica, trípica y lipolítica de los jugos pancreáticos e intestinal, deficiencia de disacaridasas; así como Ph, acidez libre y acidez total menos acentuados del jugo gástrico; por disminución del metabolismo basal, por la hipotonía muscular y por la disminución de la actividad mental e inhibición afectivo emocional. En la función renal puede haber alargamiento de los tiempos de secreción y excreción, así como del índice del tiempo medio de excreción, valorados en el renograma.

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.

b).- Signos circunstanciales. Manifestaciones presentes solo en algunas ocasiones, las cuales son inducidas por situaciones ambientales o ecológicas. Según Joliffe se pueden agrupar así; alteraciones de la piel, la cual puede estar seca, fría, con xerosis, seborrea, pelagra, púrpura, perifoliculitis y edema. Otras alteraciones también presentes son las piodermitis, cabello escaso y quebradizo, uñas distróficas, ojos con prexerosis, xerosis, quera

tomalacia, edema conjuntival y pterigión; lengua de color rojo intenso, con edema, dando primero hipertrofia de las papilas y después atrofia; a nivel muscular y ligamentoso hay disminución o abolición de los reflejos osteotendinosos; puede haber polineuritis; en el hígado suele presentarse crecimiento por esteatosis y edema. También se puede presentar hipotermia.

c).- Signos agregados; son aquellos que se asocian a la desnutrición sin que sean determinados por ella, pero que sí la modifican en su expresión clínica. Como ejemplos pueden citarse la diarrea determinada por una infección enteral, repercutiendo ésta aún más sobre los trastornos electrolíticos. Trastornos respiratorios en enfermos desnutridos; mucovisidosis, etc.; anemia severa, anorexia y alteraciones en la temperatura corporal. (1,3,4,5,6,7,37,38,39)

la semblanza clínica de este padecimiento es en realidad bien distinta en el lactante que en el preescolar, en el escolar o en el adolescente. Así por ejemplo en el primer año de vida, el 80% de los niños que llegan a sufrir desnutrición grave presentan el cuadro que se ha descrito como marasmo ó atrofia, en ellos no existe panículo adiposo y por lo tanto no muestran edema y la piel evidentemente distrófica, no reviste los aspectos dramáticos que presenta el preescolar. Por otra parte en situación de desequilibrio hidroelectrolítico agudo, el lactante desnutrido presentará deshidratación hipertónica, con mucho mayor frecuencia que la hipotónica, característica del preescolar.

En los preescolares el cuadro clínico puede considerarse opuesto al anterior, de modo que en los niños desnutridos de 3 a 4 años de edad, puede observarse que el panículo adiposo se conserva en grado variable, de modo que en 80 casos de cada 100 es posible

demostrar la presencia clínica de edema, dando el cuadro conocido como "kwashiorkor"; mientras que en solo 20, se observa el aspecto de niños marasmáticos. En la mayoría de ellos la piel es que--ratósica e hiperocrómica, presentando aspecto pelagroide; la deshi--drtación hipotónica se encuentra en su más acentuada expresión en tre los preescolares desnutridos que caen en desequilibrio hidro--electrolítico agudo. La desnutrición en los escolares, tiene otros aspectos clínicos, en estos se afecta sobre todo el crecimiento - en talla y en el rendimiento intelectual. (19,40)

Datos de laboratorio.- En la biometria hemática podemos en -contrar presencia de anemia hipocrómica y habrá también plaqueto--penia. Las proteínas plasmáticas pueden tener, baja de albúmina y elevación de la gammaglobulina. También habrá alteraciones de los electrolitos séricos; en la osmolaridad, Ph y CO2 bajos, y otros datos como hipostenuria e isostenuria (densidad urinaria baja per--sistente). (1,4,6)

Diagnóstico.- En la historia clínica deben prestarse aten --ción a algunos puntos importantes:

- a).- Peso al nacimiento.
- b).- Edad del niño.
- c).- Evaluación de la alimentación; en este aspecto debe interro--garse si se dió seno materno, cuanto tiempo, satisfacción del ham--bre, edad y forma de destete (brusco o progresivo), ablactación, forma de preparar alimentos suplementarios; así como su calidad y cantidad, horario y tabús.
- d).- Frecuencia, severidad, y gravedad de las infecciones previas, si estas han sido motivo de internamientos y tiempo de estancia -hospitalaria.

e).- Restricción de alimentos durante la enfermedad y la convalecencia; uso de tés, fórmulas diluidas, atoles y harinas.

f).- Cambios en la conducta del niño, detención o progresión en los patrones del desarrollo psicomotor, irritabilidad, rechazo al alimento, indiferencia y apatía.

g).- Evaluación del estado físico actual.

La inspección puede hacer el diagnóstico cuando la desnutrición es muy severa. También un punto de gran importancia es el de realizar una somatometría adecuada, tomándose las medidas siguientes - en orden de interés; peso y talla, circunferencia cefálica y de tórax, diámetro biacromial y bicrestal, segmento superior e inferior; grasa de los pliegues cutáneos del brazo, la escapula y el tórax; además de estudios radiológicos de puño y mano. (4,6)

Tratamiento.- Desde hace muchos años se ha dicho que el tratamiento de la desnutrición es etiológico, y que consiste en proporcionar comida. Este concepto se resumió diciendo que el niño debe recibir "una dieta normal", consumida a libre demanda, rica en proteínas de alto valor biológico, agradable y de fácil digestión e ingestión. (6)

Recientemente se ha descrito que asociada a la desnutrición de tercer grado, se encuentra un bajo nivel de estimulación en el hogar, una relación madre hijo distorsionada, y que la alimentación tiene tres dimensiones que son fuente de estímulos sensoriales, - como portador de conocimiento y adaptación social. (6)

Entonces se puede decir que a nivel individual, el tratamiento de la desnutrición es una dieta normal consumida ad libitum. Y en el aspecto colectivo, ello requiere medidas culturales y sociales, que garanticen el derecho humano a recibir una alimentación sufi-

ciente y balanceada durante toda la vida. (37)

En lo que respecta a la dieta, éste debe ser completa, es decir, que aporte cada uno de los elementos nutricios: agua, energéticos y proteínas. Se acepta que los requerimientos de agua varían entre 100 y 150 ml. por kg. de peso (1,500 a 2,500 ml. por metro cuadrado de superficie corporal). Los requerimientos de proteínas deben ser de 3 g. por kg. en el lactante y 2.5 g. por kg. en el preescolar, pero procurarse que sean de alto valor biológico. Es importante mencionar que el uso de leche modificada en proteínas al 12.5%, con 1.6 g de proteínas en 100 ml.; demostró en un estudio realizado con lactantes, mejores resultados en la recuperación nutricional; que con el uso de leche con una concentración proteica elevada. (41) En cuanto a las grasas, su absorción es más defectuosa conforme es más severa la desnutrición, de manera que los desnutridos de tercer grado, pueden desperdiciar en las excretas más del 50% de las grasas ingeridas, que pueden apreciarse en las evacuaciones (esteatorrea). Sin embargo de ello, a mayor cantidad de grasas ingeridas, mayor cantidad de grasa absoluta absorbida. Para la ingestión de los hidrocarbonados no existe obstáculo serio, ni se les maneja en forma moderada; debe tomarse en cuenta que puede haber cierto déficit de disacaridasas en el desnutrido severo y con ello propiciar la diarrea, ante la administración de lactosa y también en un exceso de materiales vegetales "ingeribles" los que pueden interferir en la absorción y dar origen a la formación excesiva de gases, por la ingestión de la celulosa que se efectúa por las bacterias y la aceleración del tránsito intestinal. (3,4,5,7)

El aspecto psicológico de la administración de nutrientes a es

tos pacientes no debe soslayarse. Son niños que en gran parte pro-
 vienen de medios en donde la ignorancia y la miseria propician ac-
 titudes en los adultos, que producen en los niños grandes y gra-
 ves frustraciones, incapacidad para establecer relaciones con o-
 tras personas y de ahí pasividad e indiferencia. Una actitud en-
 tonces de interés y afecto por el paciente, producirá un avance -
 valioso en su tratamiento. De esto deriva que el niño no esté - -
 prácticamente acostumbrado a comer, por lo que debe seguirse todo
 un proceso de capacitación, y es aconsejable esta secuencia en la
 que primero se administrarán alimentos líquidos y de sabor dulce-
 para después introducir algunos salados. En segundo paso se ofrez-
 can papillas muy finas, después purés y vegetales molidos. Así el
 niño va recibiendo nuevos estímulos visuales, gustativos y olfato-
 rios con el alimento. Más tarde se incluyen alimentos sólidos de
 fácil masticación y digestión, finalmente alimentos con mayor con-
 tenido de celulosa y carne en pequeños trozos. Aspecto trascenden-
 te también, sobre todo en los preescolares es respetar su patrón-
 cultural y ofrecerle los alimentos que conoce. (1,3,6,7)

La realimentación del niño desnutrido, tiene una etapa inicial
 en la que rechaza la comida y come mal, es difícil sortearla aún-
 con condimentos y cuidados muy especializados, requiere el dar a-
 limentos más habituales o conocidos para el paciente y después me-
 jorando la calidad y cantidad, mediante la lenta y progresiva adi-
 ción de otros nutrientes.

Es de gran utilidad en esta etapa el cariño, afecto y pacien-
 cia que pueden dar algunas personas dedicadas y muy entregadas en
 la abnegada labor de niñeras o enfermeras, y es excepcional encon-
 trarlo en las madres de niños desnutridos, que generalmente tie-

nen cierto rechazo consciente o subconsciente. El requerimiento afectivo es de gran importancia para la nutrición y por ello debe procurarse, que los niños reciban los estímulos normales de caricias, mimos, hablarle suave y cariñosamente, sonajas, juguetes, etc. Un poco después de esta etapa se pasa a otra que puede ser muy breve o muy prolongada, en la cual los niños comen en cantidades adecuadas y suficientes, pero aún no incrementan de peso, ya que aumentan el número de evacuaciones o bien que estas sean voluminosas; este problema es explicado parcialmente por defecto de absorción y de insuficiente digestión que es consecutiva a la hipofunción y atrofia, como signos universales de desnutrición que tienen los casos avanzados. (29)

Existe un cuadro descrito por primera vez en el Hospital Infantil de México, llamado síndrome de recuperación nutricional; expresa el curso clínico peculiar del niño desnutrido que recibe tratamiento dietético adecuado y en el cual además del aumento de peso, se pueden identificar condiciones favorables de recuperación, muchas veces en lapsos cortos y en forma notoria; las infecciones desaparecen, las deyecciones se normalizan, presentan hirsutismo discreto generalizado, más notorio en la cara, la piel se va haciendo suave, sedosa, sudorosa; la actividad neuromuscular y las respuestas psicológicas se tornan normales; de la apatía y la adinamia pasa a la motilidad fisiológica y al buen humor. Además existe intumescencia abdominal con hepatomegalia, notándose el hígado blando y generalmente más crecido en su lóbulo izquierdo; aparece una red venosa colateral en la piel de el abdomen y buena tonicidad en los músculos abdominales, de manera que el niño en decubito dorsal no tiene el vientre blando y deprimido, como se -

observa en el desnutrido que no está en fase de recuperación. Al mismo tiempo las proteínas plasmáticas se elevan, la anemia desaparece y todas las alteraciones enzimáticas y funcionales, muestran regreso a la normalidad. (1)

Debemos señalar que la orientación higiénica nutricional familiar en forma práctica, ha logrado mejorar la distribución del --gasto familiar, la higiene de los alimentos, cambiar hábitos alimentarios y así recuperar una gran cantidad de niños desnutridos. Este tipo de educación nutricional se basa en los siguientes puntos principalmente: promover la alimentación materna, ablactación temprana y adecuada; mostrar menús de menor costo en la alimentación familiar; informar la forma de ahorrar en la compra de alimentos; mostrar formas prácticas de manejo y preparación de alimentos, así como procurar la mejor utilización del gasto familiar. (32)

Durante la recuperación del niño con desnutrición proteico-calórica, es necesario hacer una evaluación clínico dietaria, para lo cual se han propuesto 7 índices clínico dietarios, que son los siguientes: incremento ponderal total, incremento ponderal diario, ingesta calórica por kg. de peso corporal, relación gramos de proteínas ingeridas por kilocalorías, índice de eficiencia calórica e índice de eficiencia proteica. (40)

Pronóstico y mortalidad.- El pronóstico de la desnutrición --no solo depende de su grado, sino también de su patogenia. En términos generales, puede afirmarse que la desnutrición de primer --grado no es letal por sí misma, pero, a medida que se hace más intensa empeora el pronóstico. El pronóstico de la desnutrición aguda es peor que el de la crónica. El desnutrido no puede llegar al tercer grado de desnutrición, si ésta es sobre todo aguda (por lo

general, por pérdidas de agua con balance negativo de otros nutrientes); con mucha frecuencia, puede morir al perder el 15% de su peso por balance negativo de agua. El desnutrido subagudo resiste un poco más. En cuanto al desnutrido crónico, puede llegar a ser desnutrido de tercer grado. Se estima que no más del 3% de los desnutridos de tercer grado mueren por desnutrición; generalmente fallecen por un padecimiento agregado de tipo infeccioso.

Conviene señalar que el pronóstico es peor en el kwashiorkor que en el marasmo. También es más grave mientras más joven es el sujeto, si hay infección y desequilibrio hidroelectrolítico, y -- mientras más rápidamente haya evolucionado la desnutrición. (37)

Se ha informado que después del período perinatal, el 33% de las defunciones entre los lactantes y preescolares, están relacionadas indudablemente con la desnutrición y que si a ésta cifra se agregan todos los demás casos en que la desnutrición fué un factor coadyuvante, aunque no la causa inmediata de la defunción, se podría fácilmente llegar a la conclusión de que esta afección desempeña un papel fundamental en no menos del 50% del total de las defunciones ocurridas en niños de edad preescolar en el llamado tercer mundo. (6)

Prevención.- La prevención de la desnutrición pertenece a -- las instituciones oficiales, en lo referente a producción, distribución y disponibilidad de alimentos; en lo referente a inmunizaciones y otras medidas para prevención de padecimientos infecciosos que ocasionan desnutrición; así como mejorar las condiciones de sanidad comunitaria por medio de la instalación de drenaje, -- servicio de alcantarillado, introducción de agua potable; además de dar educación audiovisual en escuelas, radio y televisión.

No obstante todo mexicano, principalmente si es educador o pertenece al sector salud, por ser médico o tener actividades paramédicas, puede hacer una gran labor en la prevención de la desnutrición; atendiendo oportunamente los casos incipientes, pero más, - difundiendo conceptos de higiene, de la necesidad de la alimentación complementaria desde los primeros meses de edad, ayudando a que la población adquiera conceptos de salud, enfermedad y conozcan sus causas, además de los procedimientos preventivos que están a su alcance. (32)

Para finalizar mencionaremos lo siguiente; ya que la tarea fundamental de la familia en la generación y formación de los hijos, es que cada individuo adquiera progresivamente la madurez biológica, psicológica y social que le permita ser, actuar y comportarse adecuadamente consigo, en la familia y en el ambiente social, es decir, en sus relaciones con los otros individuos de su medio íntimo y de su medio amplio, esto significa crecer y desarrollarse correctamente.

La familia desempeña un papel fundamental, ya que es el medio inmediato al niño, al contacto primario e íntimo y su "campo experimental", la que tamiza la influencia del ambiente social y cultural, también la que regula, por lo tanto, sus efectos en el niño en desarrollo. Su influencia, por supuesto es máxima en los primeros años de la vida, cuando la dependencia del niño hacia otras personas es forzosamente mayor. (42)

Ackerman, hace referencia sobre la importancia que tiene la familia en el desarrollo mental del niño y su conducta social. Es de vital importancia como los padres demuestren su amor a los hijos; sostiene que el niño nunca deberá estudiarse como un ser ais

lado, sino que deberá tomarse en cuenta la influencia que sobre -
él ejercen sus familiares. "El niño al nacer inicia su vida junto
a una familia, crece bajo la dependencia emocional de sus padres".

(43)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La desnutrición a nivel mundial y especialmente en nuestro país, se encuentra afectando a una gran parte de la población. Actualmente se estima que quince y medio millones de niños pequeños mueren anualmente entre su nacimiento y los cinco años de edad; - casi quince millones de éstas muertes ocurren en países de menor desarrollo. Se acepta en general que es la desnutrición y las enfermedades diarreicas y respiratorias que se le asocian, las causas principales de estos padecimientos. (14)

En la República Mexicana la frecuencia de este padecimiento, - es de aproximadamente el 53% de la población en general; cabe reconocer que el 28% de la cifra antes señalada, desde el punto de vista socioeconómico corresponde a la población de marginados, la cual consume una dieta a base fundamentalmente de maíz y frijoles. Debido a esa mala dieta, los niños en crecimiento suelen sufrir - alteraciones metabólicas condicionadas por la deficiente alimentación; su mortalidad es muy elevada y su salud precaria. El 25% de la población restante, aunque cuente con mejores recursos socioeconómicos, tampoco se alimentan bien y sufren problemas nutricionales. (2)

Lo anterior permite hacer un análisis importante, ya que la población que se encuentra marginada con recursos socioeconómicos - realmente deficientes, no puede cubrir la demanda de alimentos para satisfacer sus necesidades; por otra parte, considerando al otro grupo que casi corresponde a la mitad de la población desnutrida, y en la cual los recursos socioeconómicos no se encuentran alterados de manera importante, como para pensar que la causa económica sea la condicionante de la desnutrición. Esto nos permite-

plantear, que el nivel socioeconómico es un factor importante en el origen de la desnutrición, pero necesita de otros factores para desencadenarla.

Lo antes señalado nos lleva a pensar en la diversidad de causas que están originando la desnutrición; cabe mencionar que se han efectuado un número considerable de estudios encaminados a relacionar el origen de éste padecimiento, así tenemos que se habla de etiología multifactorial, mencionando como agentes causales: - el nivel socioeconómico bajo; las infecciones, parasitosis y estados fisiopatológicos muy frecuentes en los niños; aspectos psicológicos relacionados con la interacción madre-hijo, dando algunos tipos de síndromes, como son, el de privación materna, social y emocional; en los que se toma en cuenta la relación que existe entre este subsistema y la participación de la sociedad. (2,29) Un factor de gran trascendencia y que se debe tomar en consideración, es el de no ver solamente la diada madre-hijo en forma aislada, sino como parte integral de un sistema que es la familia; ya que desconocemos como influyen las relaciones familiares en la problemática de la desnutrición. Debido a esto, nos planteamos lo siguiente: ¿ Qué tanto influyen las relaciones familiares hacia el niño, como origen de la desnutrición ?

¿ Qué tan frecuente sería encontrar en estos niños, el antecedente de un embarazo no deseado y tampoco aceptado por sus padres ?

El tratamiento actual contra la desnutrición esta encaminado a la etiología multifactorial, como es, el combatir los estados infecciosos, parasitarios y fisiopatológicos (deficiencia de vitaminas, muy frecuente en nuestra población lactante), por otro lado elevando el nivel sociocultural, con pláticas de promoción

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de la salud y estudios médicos sociales, además de tratamientos -
nutricionales adecuados para su edad.

De reciente utilización tenemos, la educación nutricional teó-
rico-práctica, en la que se promueve la alimentación materna, a--
blactación temprana y adecuada; mostrar menús de menos costo en -
la alimentación familiar, informar la forma de ahorrar en la com-
pra de alimentos, mostrar formas prácticas de manejo y preparación
de alimentos, así como procurar la mejor utilización del gasto fa-
miliar. (32)

Todo este tipo de medidas tiene como consecuencia, que una ci-
fra considerable de niños desnutridos logren salir de este proble-
ma, pero desafortunadamente no es el 100%; entonces tenemos que -
una proporción de niños desnutridos, a pesar de las medidas antes
mencionadas, persisten con este padecimiento. Por lo tanto cabe -
señalar la siguiente interrogante: ¿ Qué papel juega el rechazo -
oculto del grupo familiar en estos niños y con qué frecuencia se
puede encontrar este tipo de rechazo, en la relación madre-hijo ?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPOTESIS.

Consideramos que el origen y persistencia de la desnutrición, no solo va a estar dada por los recursos socioeconómicos deficientes y las alteraciones biológicas; sino que también las alteraciones en la dinámica familiar van a jugar un papel muy importante, en donde lo principal va a ser el rechazo oculto hacia el niño desnutrido, por los integrantes de la familia.

Pensamos que el rechazo a través del proceso grupal, se puede elaborar y esto permitirá una recuperación más rápida de la desnutrición.

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer la dinámica familiar de las familias en estudio.
- 2.- Demostrar que las alteraciones en la dinámica familiar, juegan un papel importante en el origen y persistencia de la desnutrición.
- 3.- Reconocer los principales tipos de alteraciones de la dinámica familiar, en las familias en donde hay desnutrición.
- 4.- Identificar la frecuencia del rechazo en el grupo familiar, hacia el niño desnutrido.
- 5.- Observar la importancia de modificar el rechazo oculto en el ambiente familiar, para una mejor recuperación del niño desnutrido.

PROGRAMA DE TRABAJO.

El estudio se realizará en el H.G.Z. 24 "Insurgentes"; con la colaboración del Servicio de Nutrición del Hospital de Pediatría, C.M.N.

La muestra sometida al estudio, será proporcionada por el Servicio de Nutrición (Sala de Rehabilitación Nutricional), del Hospital de Pediatría C.M.N.

Se emplearán los siguientes criterios para la selección de la muestra :

- 1.- La muestra sometida al estudio será derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- Las familias en estudio podrán ser del Distrito Federal y del Estado de México.
- 3.- Se seleccionará a familias en las que se encuentre uno o varios miembros con desnutrición; siendo ésta de segundo y tercer grado, según criterios establecidos en la clasificación de F. Gómez.
- 4.- Se descartarán aquellos casos en que la desnutrición, haya sido condicionada por una causa primaria, ejem. endocrinopatías; y también aquellos que presenten malformaciones congénitas.
- 5.- Se descartarán aquellos pacientes que presenten desnutrición aguda.
- 6.- La población desnutrida a estudiar, será la comprendida entre el primer mes a los dos años de edad.
- 7.- Se estudiarán ambos sexos.
- 8.- Las familias en estudio serán de cualquier nivel socioeconómico.
- 9.- Solo entrarán al estudio aquellos pacientes que no están pro-

gresando adecuadamente, también los que asisten en forma irregular y los que abandonan el programa de Rehabilitación Nutricional teórico-práctica, del Hospital de Pediatría C.M.N.

Método.- Con los criterios antes señalados, se seleccionarán de 15 a 30 familias, de las cuales se formarán 2 grupos por medio del método de números aleatorios; los grupos estarán formados por la misma cantidad de familias, a uno llamaremos grupo A y al otro grupo B. El estudio quedará comprendido del 9 de Junio al 31 de Octubre de 1980.

En ambos grupos se visitará el lugar de residencia, y continuarán con el programa de rehabilitación nutricional. A las familias que comprendan el grupo A, solo se les hará un estudio de dinámica exploratoria; el cual consiste en una o dos entrevistas al grupo familiar; para conocer la estructura familiar, evolución histórica, roles y vínculos; así como poder identificar los problemas principales. A las familias que comprendan el grupo B; se les hará dinámica familiar, efectuándose ésta mediante entrevistas familiares, con un mínimo de 10 entrevistas por familia, la duración de cada entrevista será de una hora como promedio; las entrevistas familiares se realizarán por dos médicos residentes de II año de Medicina Familiar, en donde uno fungirá como entrevistador y el otro como observador, cada entrevista será grabada y analizada posteriormente por el equipo de trabajo. Para realizar las entrevistas se contará con varios consultorios, ubicados en el H.G.Z. 24 "Insurgentes", Hospital de Pediatría C.M.N., Hospital General de Zona 25 y 76, así como la U.M.F. # 19; esto debido al domicilio de las familias, con el propósito de facilitarles el acceso a

las entrevistas a todo el grupo familiar.

Al finalizar el estudio se compararán ambos grupos, identificándose las principales alteraciones de la dinámica familiar y la posible relación de éstas con el origen y persistencia de la desnutrición.

R E S U L T A D O S



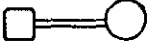

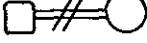





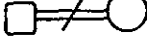
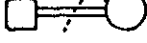
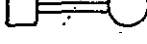
FAMILIOGRAMAS ESTRUCTURALES

SINTESIS DE LAS FAMILIAS



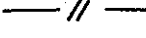
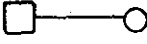

FAMILIOGRAMAS PSICOSOCIODINAMICOS.

SIMBOLOGIA

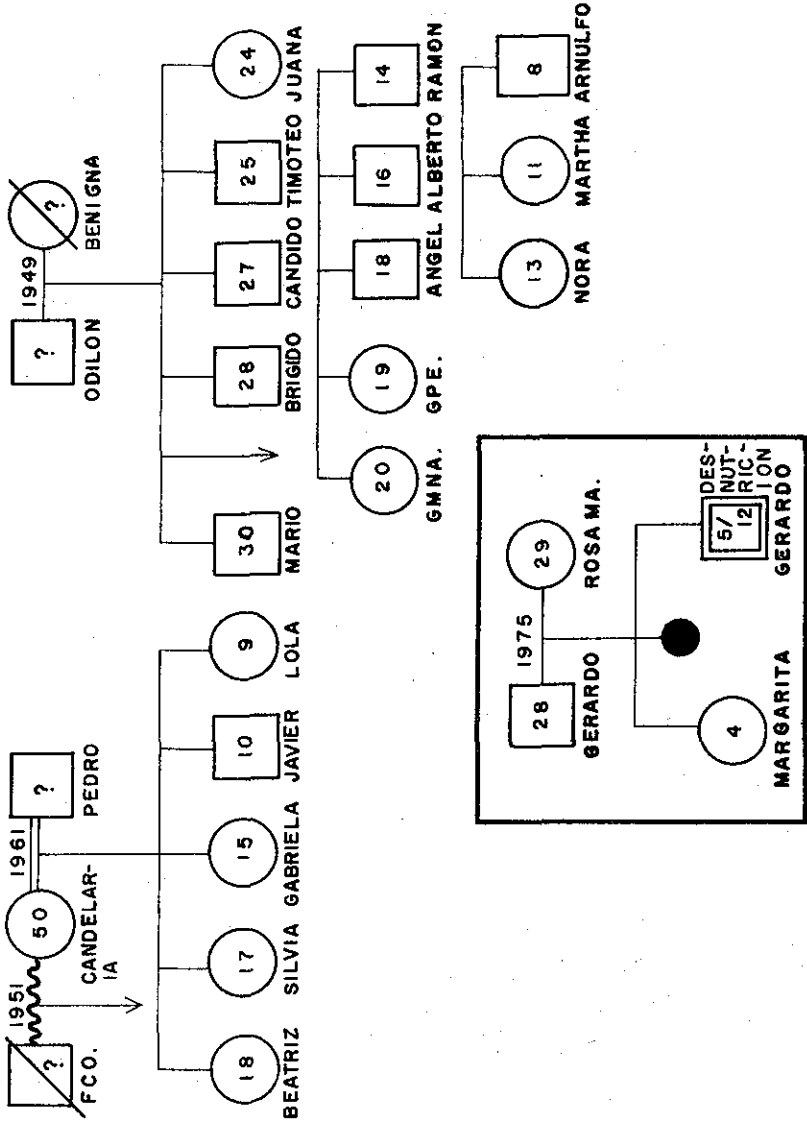
FAMILIOGRAMAS ESTRUCTURALES

	HOMBRE
	MUJER
	CASAMIENTO
	UNION LIBRE
	DIVORCIO - SEPARACION
	PACIENTE IDENTIFICADO
	EMBARAZO
	ABORTO
	MUERTE
	GEMELOS
	VINCULO RIGIDO
	VINCULO CLARO
	VINCULO DIFUSO

FAMILIOGRAMAS SOCIODINAMICOS

	ACEPTACION
	ACEPTACION-RECHAZO
	RECHAZO
	RELACION DOMINANTE -DOMINADO
	SOBRE PROTECCION Y-O DEPENDENCIA

FAMILIOGRAMA
FAMILIA AYALA CASTRO





FAMILIA AYALA CASTRO

Dinámica Exploratoria
No. entrevistas (1)

Paciente identificado.- Ayala Castro Gerardo, edad 5/12 con -- desnutrición de II grado y un déficit del 26%. Fecha de inicio de estudio 21/X/80.

Antecedentes Familiares.- Padre de 28 años de edad originario de México, D. F., estudió hasta técnico de electricista y actualmente es obrero. Madre de 27 años de edad originaria del estado de Veracruz, radica en México, D. F. desde hace 6 años; se dedica al hogar.

Antecedentes Personales no Patológicos y Patológicos.- Es originario de México, D. F.; proviene de la gesta: 3 para: 2, cuando la madre tenía 27 años. El curso del embarazo fué normal a pesar de ser producto de pretérmino de 8 meses; nacido de parto eutócico sin complicaciones, atendido en medio hospitalario; peso al nacer 3,100 kg. Alimentación al seno materno hasta el mes de edad, posteriormente leche modificada en proteínas por tres meses y actualmente leche entera y thé. El destete se llevó a cabo por cuadros diarreicos de repetición, achacandosele la causa a la leche materna. Ablactación a los 2 meses de edad a base de frutas cocidas. Habitación con una recámara y sanitario, no hay agua potable; viven en hacinamiento y malas condiciones de higiene. Inmunizaciones, la BCG. Ha estado hospitalizado en dos ocasiones por cuadros gastroenterales, deshidratación y acidosis metabólica comprobada.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde el mes de edad con la presencia de cuadros gastroenterales de repetición que al parecer se exacerbaban con la administración de leche materna; acompañándose de disminución de peso.

Familia.- Nuclear, urbana, obrera, moderna e integrada. Se encuentra en fase de expansión y las funciones que ameritan atención son las de socialización, cuidado y reproducción. Ingreso mensual de 5,000 pesos y per cápita 1,250 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Los padres de Gerardo se conocieron dos años antes del matrimonio; en éste tiempo se llevó a cabo el noviazgo, comentándonos Rosa haber sido muy celosa, ya que Gerardo era muy solicitado por las muchachas. El motivo de casamiento fué por mejoría de Gerardo en el trabajo; él proviene de una unión libre, ignorando la causa de la misma; desde chico tubo que cuidar a sus medios hermanos sin llegar a tenerles demasiado afecto. Rosa proviene de familia extensa, quedando "huerfana" de madre a los 17 años; se casó con Gerardo para vivir independiente de su familia y formar la propia; no está de acuerdo con tener muchos niños, a diferencia de su esposo y se controla con anticonceptivos orales. La causa del último embarazo ocurrió por falla del anticonceptivo.

Crisis Anteriores.- A causa de la falla de los anticonceptivos ha quedado embarazada Rosa éstas dos últimas ocasiones, sin desearlo; además de tener conflictos con Gerardo por que él si los desea.

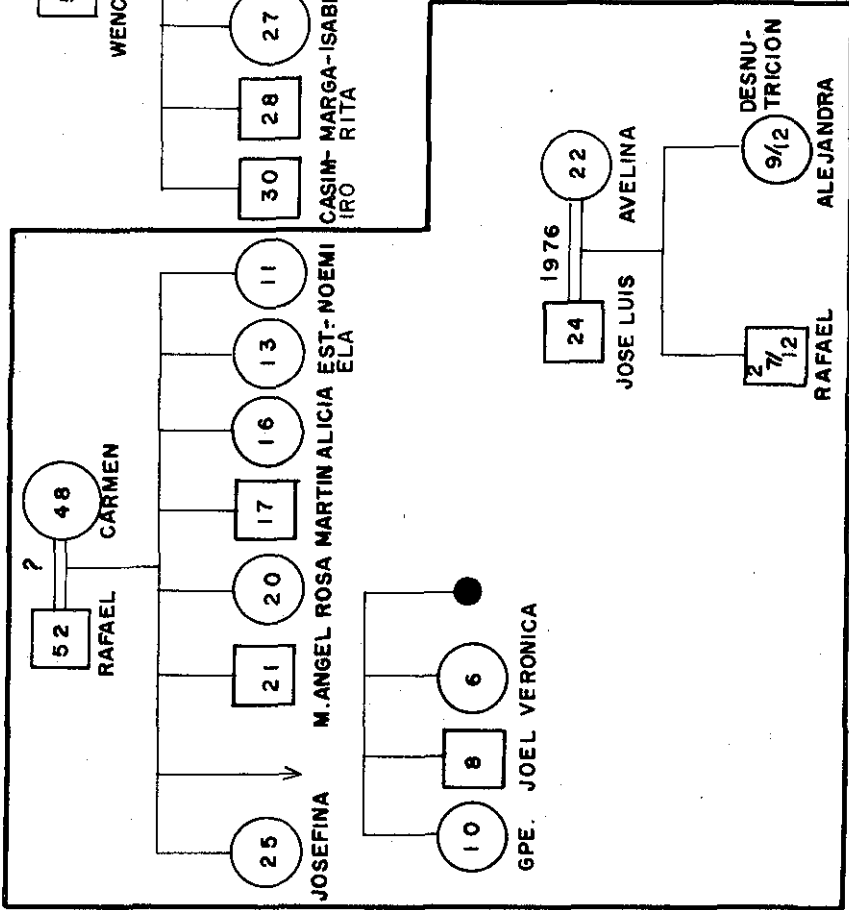
Subsistema Conyugal.- Hay defectos en la comunicación, la esposa tiende a ser pasivo-dependiente, el esposo dominante (vínculo rígido).

Subsistema Parental.- Hay vínculos claros hacia Margarita ya que fué planeada y deseada; hay vínculo claro del padre hacia Gerardo por su depósito de expectativas, con la madre es difuso -- por no ser deseado.

Subsistema Fraterno.- Se observa aceptación de Margarita hacia Gerardo ya que se acerca y le habla.

Problemas Identificados.- El pronóstico aparentemente es bueno ya que hay flexibilidad en la familia y poca resistencia al cambio. Gerardo continúa en la sala de rehabilitación nutricional con incremento del peso y talla.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA ANGUIANO RAMIREZ



AS

46

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA ANGUIANO RAMIREZ

Dinámica Exploratoria
No. entrevistas (1)

Paciente Identificado.- Alejandra Anguiano Ramírez, de 9 meses de edad; con desnutrición de II grado, déficit de 35% ; fecha de estudio 2 de julio de 1980.

Antecedentes Familiares.- Padre de 24 años de edad, originario de Michoacán; obrero, con tabaquismo y alcoholismo ocasional. Madre de 22 años, originaria de Michoacán, dedicada al hogar.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de México, D. F. proveniente de la gesta: 2 para: 2, cuando la madre tenía 21 años de edad; embarazo de curso normal, parto eutócico, atendido en medio hospitalario. Peso al nacimiento de 2,900 kg. Período neonatal normal; desarrollo psicomotor retrasado levemente. Alimentación materna hasta los 4 meses de edad; ablactación a los 5 meses con jugos y purés. Hábitos higiénicos adecuados. Casa habitación rentada de 1 cuarto y cocina, - piso de cemento, paredes de ladrillo, techo de lámina y baño colectivo; habitan 4 personas. Una vez a sido hospitalizada por cuadro gastroenteral con deshidratación; hace 5 meses.

Padecimiento Actual.- Lo inicia a la edad de 4 meses, con disminución de peso; refiere cuadro gastroenteral de repetición.

Familia.- Extensa, rural, obrera, tradicional e integrada. En fase de expansión; funciones que ameritan atención son las de reproducción, cuidado y afecto. Ingreso familiar mensual de 6,000-

pesos. Ingreso per cápita de 1,500 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Las familias de origen, ya se conocían desde que vivían en Pátzcuaro, Michoacán. Desde hace 4 años vienen a residir a México, D.F. en donde se hacen novios y un año después contraen matrimonio. Lléndose a vivir a la casa de los padres de José Luis, en donde actualmente residen. Los embarazos fueron planeados, actualmente control con DIU.

Crisis Anteriores.- Al casarse y tener que vivir con los padres de José Luis y la hospitalización de Alejandra, hace 5 meses.

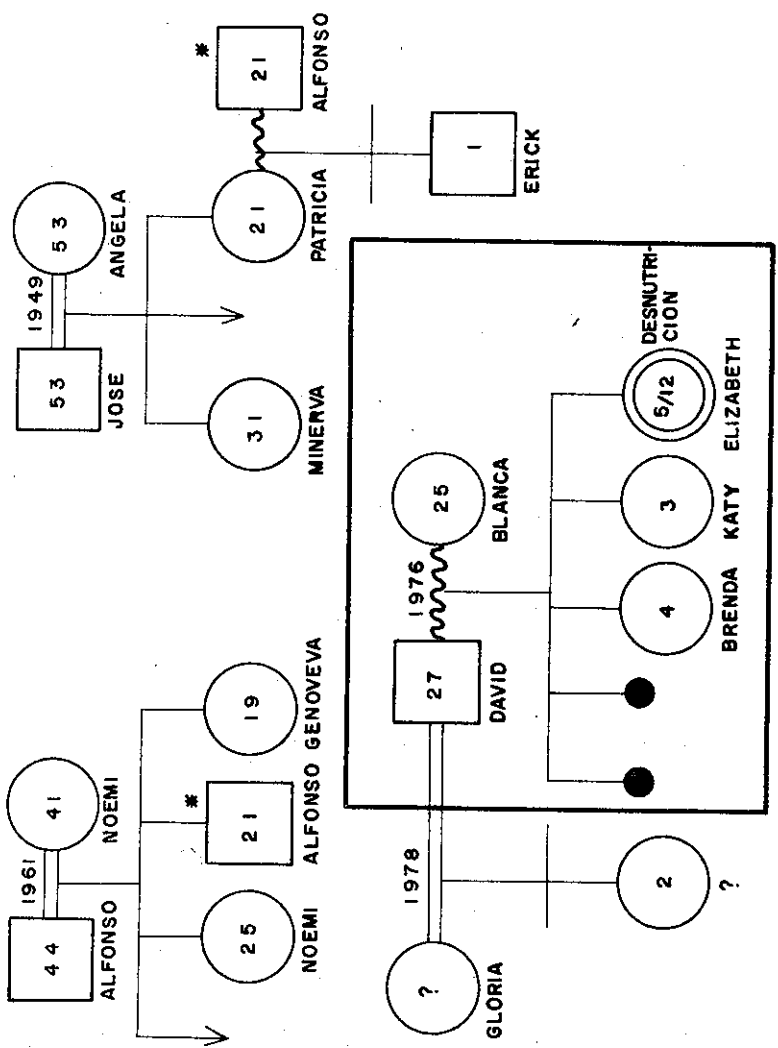
Subsistema Conyugal.- Las relaciones entre los padres aparentemente son buenas; con comunicación aceptable; aunque hay cierta dominancia por parte de Avelina y pasividad de José.

Subsistema Parental.- Vínculo claro con aceptación de Rafael y Alejandra.

Problemas Identificados.- Incomformidad de Avelina por no tener casa propia; y cierta relación rígida con sus suegros.

Pronóstico.- Bueno, ya que la familia parece tener flexibilidad y buena comunicación.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA HERNANDEZ LOMELI



FAMILIA HERNANDEZ LOMELI

Dinámica Familiar
No. de entrevistas (6)

Paciente Identificado.- Elizabeth Hernández Lomeli, de 5 meses de edad; con desnutrición de II grado, déficit de 30%; inicio del estudio el 23 de junio de 1980.

Antecedentes Familiares.- Padre de 27 años de edad, estudió la carrera de derecho sin terminarla, es ayudante de un diputado y vende joyas de fantasía; tabaquismo y alcoholismo moderados. - Madre de 25 años, estudió ciencias políticas la cual no terminó, se dedica al hogar, tabaquismo positivo ocasional. Ambos de México, D. F.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria de México, D. F. proveniente de la gesta:5 para:3 cuando la madre tenía 24 años de edad, embarazo de curso normal, parto-eutócico; período neonatal normal. Peso al nacer de 3,430 kg. de desarrollo psicomotor adecuado. Alimentación : materna hasta los 2 meses (debido a que tuvo que trabajar y dejarla en guardería), - iniciándose también la ablactación. Hábitos higiénicos deficientes. Inmunizaciones incompletas. Casa habitación rentada, 3 cuartos y cocina, construcción moderna; la habitación donde duerme - Elizabeth es bastante húmeda; habitan 5 personas. Hospitalizada en varias ocasiones por cuadros gastroenterales y bronconeumónicos.

Padecimiento Actual.- Lo inicia aproximadamente a los 2 meses

de edad, al notar la madre disminución de peso e hiporexia muy importante, lo relaciona a que tuvo que trabajar por problemas económicos, y tener que dejarla en una guardería. Desde entonces se ha mantenido en una forma irregular y últimamente la disminución de peso se ha hecho más ostensible.

Familia.- Nuclear, urbana, moderna, obrera (sub-empleada) y semi-integrada; en fase de expansión. Las funciones que ameritan atención son las de reproducción, cuidado, afecto y socialización. Ingreso familiar mensual de 3,000 a 5,000 pesos muy inestable. Ingreso per cápita 600 a 900 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Se conocieron en 1973, al estar estudiando la preparatoria; dos años después iniciaron relaciones sexuales, presentando 2 embarazos no planeados ni aceptados (sobre todo por David) por lo cual se practica legrados; en el transcurso de 1 año. Posteriormente vuelve Blanca a embarazarse, no aceptandolo David y hay separación momentánea, durante la cual tiene Blanca conflictos con sus padres, pero si la aceptan; al nacimiento de Brenda (la primera hija) David propone a Blanca realizar unión libre, la cual acepta, llenose a vivir con los padres de David. En donde surgen varias conflictivas; la más importante es la duda de que Brenda sea hija de David; por lo cual se separan durante 2 meses, volviendo posteriormente a unirse; mediante promesa de matrimonio por parte de David. Posteriormente vienen el 4° y 5° embarazo, con bastantes conflictivas en ambos; llegando incluso a las agresiones físicas por parte de David. Nunca a llevado control anticoncepcional Blanca.

Crisis Anteriores.- Han sido bastantes; empezando por los dos

abortos provocados; la separación por la no aceptación del 3 embarazo y posteriormente unión libre; la duda de que Brenda sea hija de David iniciada por la familia de éste, aún no resuelta.

Subsistema Conyugal.- Existe un vínculo bastante rígido, con falta de comunicación muy importante. Dando dominancia por parte del padre y dependencia de la madre.

Subsistema Parental.- Notamos un vínculo bastante rígido de David hacia Brenda y Elizabeth, con rechazo manifiesto y vínculo difuso con Katy por sobreprotección. De la madre hacia ellas es claro.

Dinámica Familiar.- La demanda real es la falta de comunicación importante entre los padres y la duda con respecto al parentesco de Brenda con David. El portavoz es Elizabeth, el emergente Blanca y el chivo expiatorio David. La problemática se inicia desde la unión que establecieron, ya que no se plantearon las expectativas. El rol padre por parte de David nunca se ha cumplido siendo solo escasamente el de proveedor. David se encuentra casado con otra mujer (Gloria) desde 1978 y tiene una hija de 2 años, Blanca lo sabe y lo acepta; por lo que pensamos que se establece una complementaridad de roles siendo por una parte dominante (David) y por otra pasivo-dependiente (Blanca). Han tenido varias separaciones parciales y una coincidió con el inicio de la destrucción en Elizabeth por lo que Blanca tuvo que trabajar, pero solo 2 meses por el problema antes señalado. Hay dependencia excesiva de David hacia su madre. Las relaciones sexuales son insatisfactorias, debido al rechazo de Blanca.

Relación Médico Familia.- Nunca fue buena, ya que David siem-

pre se opusó a las entrevistas, también notamos poca congruencia en lo mencionado por Blanca, cambiando constantemente la información.

Problemas Identificados.- La comunicación está bastante alterada en todos los niveles entre los padres; rechazo de David hacia Brenda y Elizabeth; también la no aceptación del rol padre.- Dependencia excesiva de Blanca hacia David; transmisión de la -- frustración del padre a la familia. Dependencia de David hacia su Madre; y la inestabilidad económica.

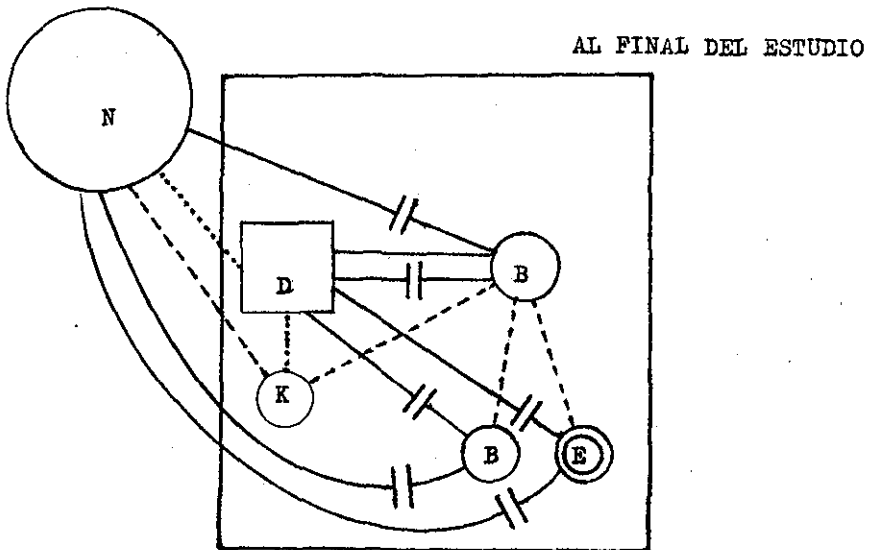
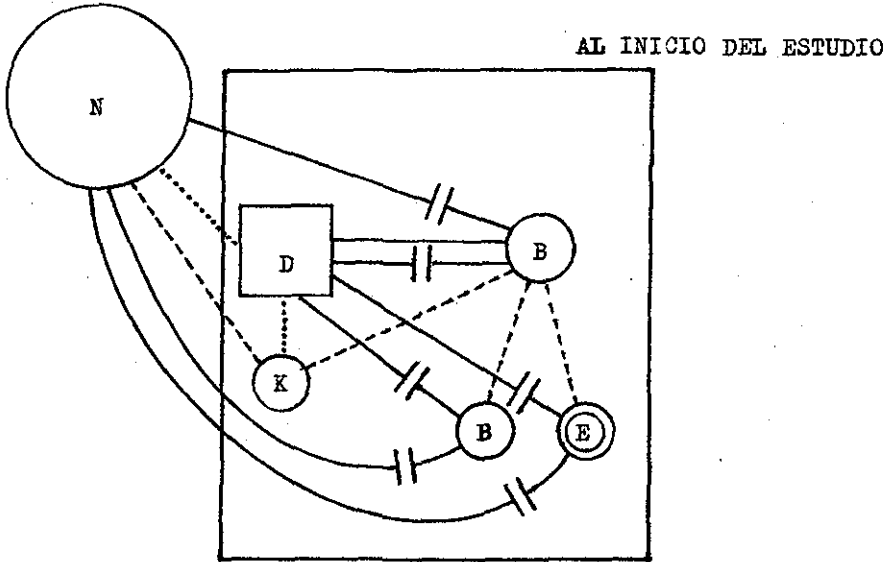
Pronóstico.- Malo; debido a la poca flexibilidad en los padres

Cambios en la Familia.- Hubo disminución de la ansiedad en -- Blanca al destapar la conflictiva. Elizabeth persiste con la desnutrición pero ahora de I grado.

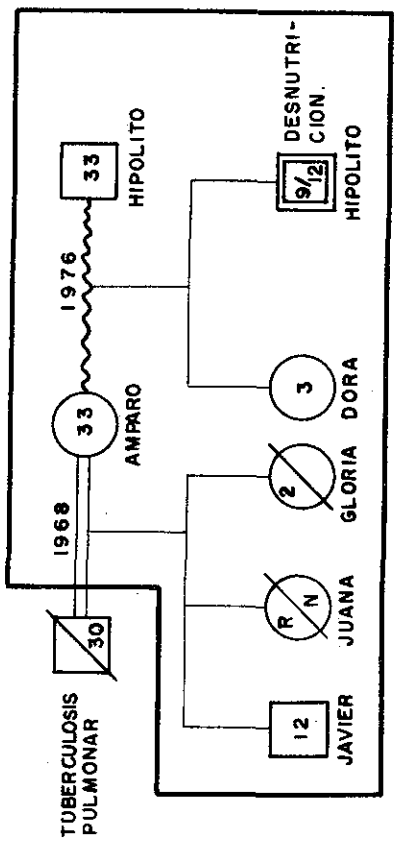
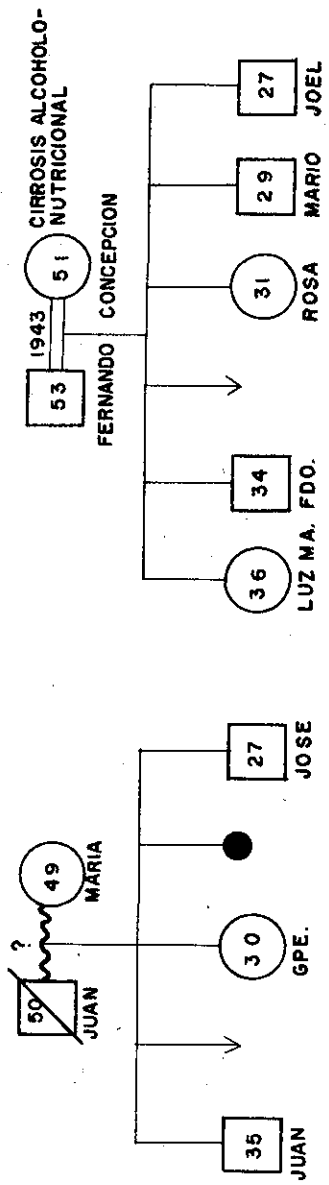
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIOGRAMA PSICOSOCIODINAMICO

FAMILIA HERNANDEZ LOMELI



FAMILIOGRAMA
FAMILIA MATEOS ACEVEDO



FAMILIA MATEOS ACEVEDO

Dinámica Exploratoria
 No. entrevistas (2)

Paciente Identificado.- Hipólito Mateos Acevedo, de 9 meses de edad; con desnutrición de II grado, déficit de 30%; captado para el estudio, el 3 de Octubre de 1980.

Antecedentes Familiares.- Abuelo materno de 53 años de edad - con problema renal; abuela materna de 51 años con cirrosis alcohol-nutricional. Al esposo anterior lo menciona la madre como tuberculoso. Padre de 33 años, originario de Toluca, Edo. de México obrero eventual, con tabaquismo y alcoholismo moderado. Madre de 33 años, originaria de Oaxaca; se dedica al hogar.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de México, D. F. proveniente de la gesta: 5 para: 5; cuando la madre tenía 32 años de edad; embarazo de curso normal, de término, con parto eutócico atendido en medio hospitalario. Peso al nacer de 3 kg. Período neonatal sin complicaciones. Desarrollo psicomotor al parecer normal. Alimentación al seno materno hasta los 2 meses de edad; cambiándose posteriormente a leche modificada en proteínas, ablactación desde esa edad a base de jugos y yema de huevo. Hábitos higiénicos bastante deficientes; Inmunizaciones incompletas. Casa habitación en vecindad rentada, con un cuarto y una cocina; piso de cemento, techo de lámina, habitan 5 personas. Ha estado hospitalizado en 2 ocasiones con cuadro gastroenteral y bronconeumónico.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde el mes de edad, al presentar cuadro gastroenteral y posteriormente notar la madre dismi nución en el peso en forma progresiva.

Familia.- Nuclear, rural, moderna, obrera y semi-integrada; és ta última porque Hipólito a causa del trabajo, se tiene que ausen tar en varias ocasiones y por largos períodos de tiempo; a veces sin comunicación con su familia. Se encuentra en fase de expan sión; las funciones que ameritan atención son las de reproducción, cuidado, afecto y socialización. Ingreso familiar mensual de 4,000 pesos (muy irregular), ingreso per cápita de 800 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- El primer matrimonio de Amparo fué hace aproximadamente 12 años, en el cual tuvo varios conflictos; se embarazo en 3 ocasiones y de los hijos solo vive Javier el mayor de 12 años. Enviudo hace 7 años; conoció a Hipólito y decidieron vivir en unión libre desde 1976. En su nueva unión se embaraza 2 veces, siendo éstos planeados.

Crisis Anteriores.- Por parte de Amparo cuando se quedo viuda y su conflictiva con el antiguo esposo, también al unirse libremente con Hipólito, ya que Javier el hijo mayor se oponía.

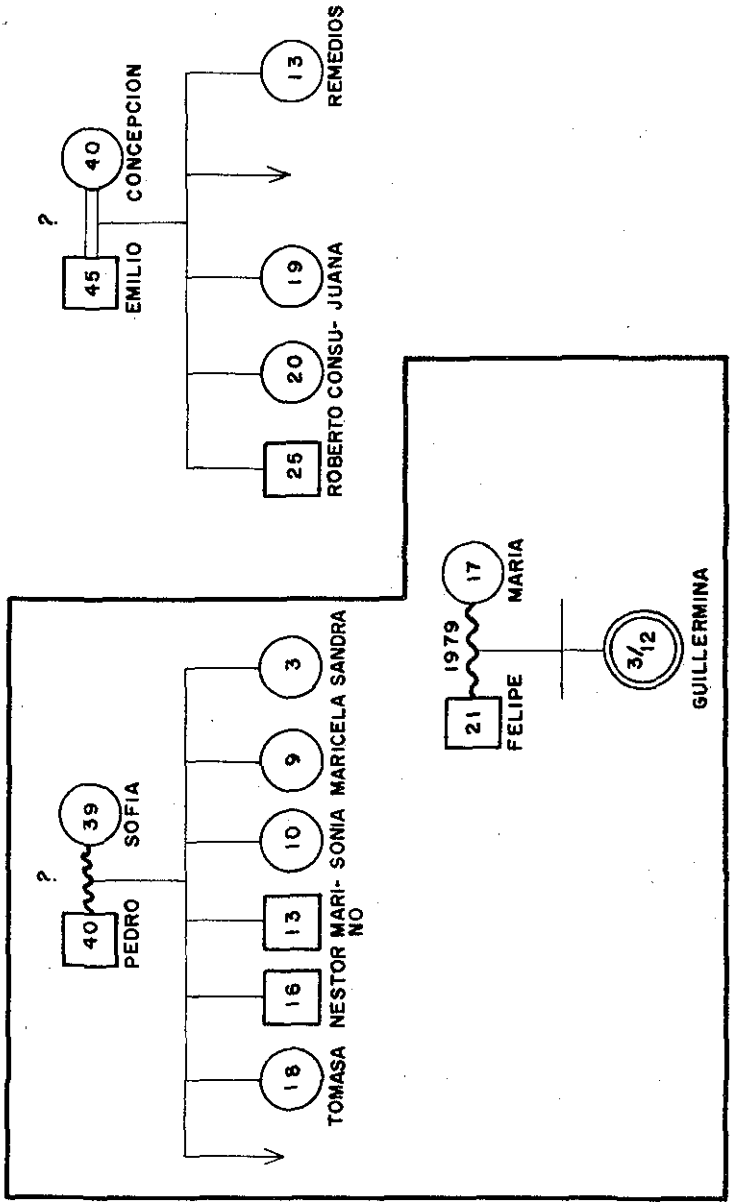
Subsistema Conyugal.- La relación entre los padres es mala, ya que hay un vínculo rígido, con falta de comunicación; Hipólito no efectua el rol padre, siendo solo proveedor y escasamente lo anterior, ya que en algunas ocasiones ha dejado a la familia; siendo el sostén económico Amparo y Javier.

Subsistema Parental.- Existe rechazo marcado de Hipólito hacia Javier y viceversa, ya que Javier siempre se a opuesto a la unión de Amparo con Hipólito. Javier trabaja como ayudante de albañil y él, es el que parcialmente sostiene a la familia.

Problemas Identificados.- Falta de comunicación entre los padres, Hipólito no efectúa el rol padre, solo el de proveedor pero escasamente. Rechazo bilateral entre Hipólito y Javier; rol pasivo en Amparo y dependencia hacia Hipólito.

Pronóstico.- Malo, debido a la falta de comunicación y el tipo de rechazos que hay en la familia.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA MARTINEZ PANES



FAMILIA MARTINEZ PANES

Dinámica Exploratoria
No. de entrevistas (2)

Paciente Identificado.- Guillermina Martínez Panes, con desnutrición de III grado, un déficit de 43 %; inicio del estudio el 15 de Octubre de 1980.

Antecedentes Familiares.- Abuela materna diabética e hipertensa. Padre de 21 años de edad; originario de Pachuca; con alcoholismo y tabaquismo moderados, trabaja como obrero. Madre de 17 años de edad; originaria de Veracruz; se dedica al hogar.

Antecedentes Personales no Patológicos y Patológicos.- Originaria de México, D.F. proviene de la gesta: 1 para:1; con embarazo de aprox. 37 semanas, culminando en parto prematuro eutócico; peso al nacer se ignora; período neonatal; curso con hipoxia de aprox. 2 minutos. Desarrollo psicomotor normal; alimentación al seno materno durante 1 mes, posteriormente con atole y harina de arroz sin leche; ablactación a los 3 meses de edad con jugos y colados. Inmunizaciones: una dosis de Sabin y DPT. Casa habitación, la cual consta de un cuarto, con piso de tierra; no tienen agua potable y con fosa séptica. Hábitos higienicos deficientes. Ha estado hospitalizada en una ocasión, a los 2 meses de edad, por cuadro de gastroenteritis y deshidratación.

Padecimiento actual.- Lo inicia al parecer a los 2 meses de edad, con el cuadro que ameritó la hospitalización y disminución en el peso.

Familia.- Extensa, rural, obrera, tradicional e integrada; en

fase de expansión; las funciones que ameritan atención son las de reproducción, cuidado y afecto. Ingreso familiar mensual de 5,000 pesos, ingreso per cápita de 700 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Se conocieron hace aprox. 2 años, durando como novios 6 meses; inician con relaciones sexuales y María se embaraza; por lo cual deciden vivir en unión libre, refieren que el embarazo de Guillermina fué aceptado; actualmente no se controla.

Crisis Anteriores.- Al decidir vivir en unión libre y tener - que residir con los padres de Felipe; María no estaba de acuerdo. También la hospitalización de Guillermina.

Subsistema Conyugal.- La relación entre los padres es rígida, con problemas en la comunicación. Hay dominancia por parte de Felipe y pasividad en María.

Subsistema Parental.- Hay vínculos claros de los padres hacia Guillermina.

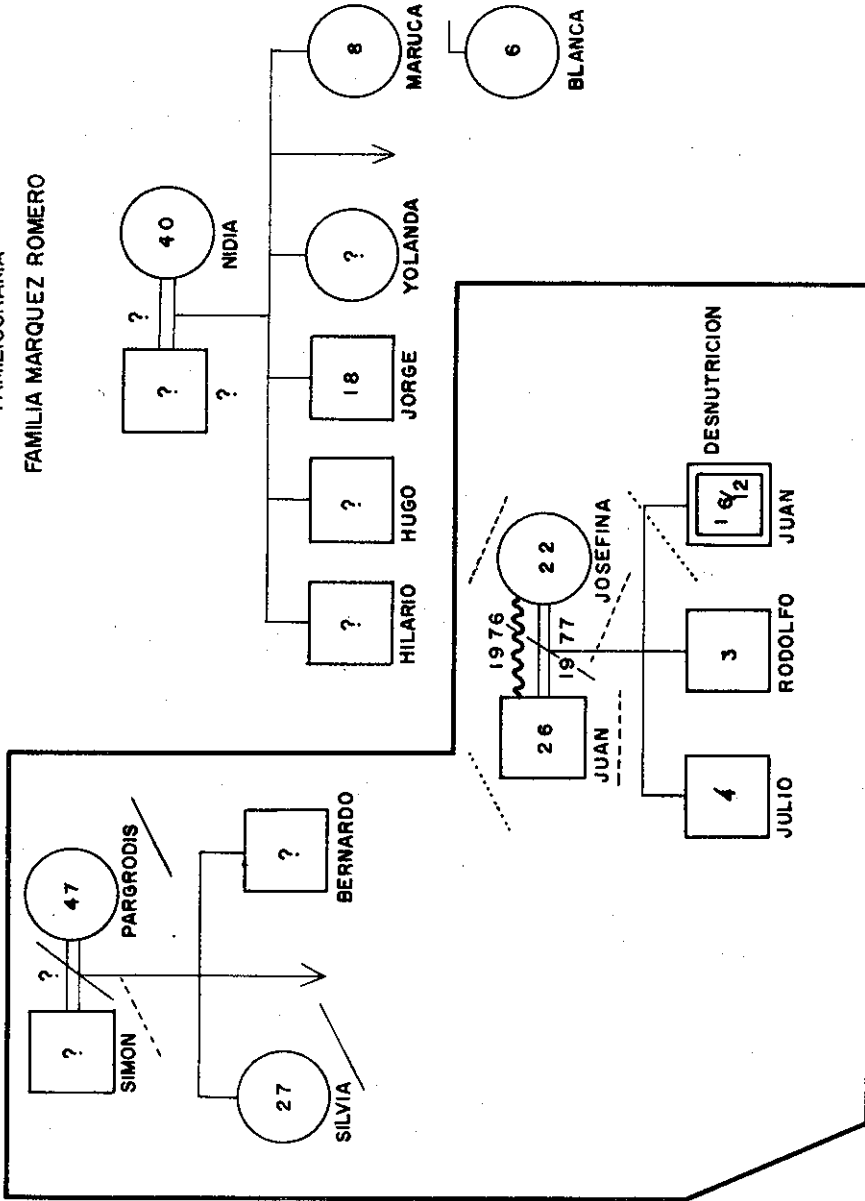
Problemas Identificados.- Falta de comunicación en los padres; dominancia de Felipe y dependencia de María; analfabetismo en ambos.

Pronóstico.- A nivel familiar es bueno, ya que no hay mucha rigidez en los padres.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cel

FAMILIOGRAMA
FAMILIA MARQUEZ ROMERO



FAMILIA MARQUEZ ROMERO

Dinámica Familiar
No. entrevistas (5)

Paciente Identificado.- Juan Márquez Romero, de 1 año 6 meses de edad; con desnutrición de II grado, un déficit de 30 % ; inicio de estudio el 10 de Julio de 1980.

Antecedentes Familiares.- Abuelo materno fallecido por Ca. laríngeo. Padre de 26 años de edad, obrero, con tabaquismo y alcoholismo intensos. Madre de 22 años de edad, se dedica al hogar; ambos de México, D.F.

Antecedentes Personales no Patológicos y Patológicos.- Origenario de México, D.F. proveniente de la gesta: 3 para: 3 , cuando la madre tenía 21 años de edad; embarazo de curso normal, de término; parto eutócico atendido en medio hospitalario. Peso al nacer de 3,000 Kg. En el período neonatal curso con ictericia fisiológica. Desarrollo psicomotor retrasado, ya que actualmente no camina, la bipedestación solo ayudado y monosílabos. No recibió alimentación materna, debido a falta de leche en la madre; se inició con artificial a base de leche entera; a los 3 meses se le suspende por presentar cuadros diarreicos frecuentes. Ablactación a partir del 5 mes de edad; actualmente está con leche evaporada y buena aceptación de ésta. Hábitos higiénicos deficientes; inmunizaciones DPT (3) Sabin (2). Casa habitación rentada, consta de 2 cuartos y una cocina; construcción moderna, en esa vecindad viven los padres de Juan; tienen agua potable y letrina. Ha sido hospitalizado en varias ocasiones, con diagnóstico de gastroenteritis,

deshidratación, septicemia por Klebsiella y anemia hipocrómica.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde los 3 meses de edad, al notar la madre cuadro diarreico, con baja de peso; la cual se agrava posteriormente, ya que presentó varias complicaciones que ameritaron hospitalizaciones, la anorexia ha sido importante, actualmente refiere la madre que come bien.

Familia.- Extensa, suburbana, obrera, tradicional e integrada. En fase de expansión y entrando a la de dispersión; las funciones que ameritan atención son las de reproducción, cuidado, afecto y socialización. Ingreso familiar mensual de 4,800 pesos; ingreso per cápita de 960 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Se conocieron en 1975, durante de novios 1 año, pensaban en casarse; pero se presentó embarazo no deseado, pero sí aceptado; por lo cual tuvieron que vivir en unión libre, ya que la familia de Juan (en especial su madre) se oponían a que se casaran. Duran 1 año en unión libre y posteriormente deciden casarse en 1977; aún con la oposición de la familia de Juan. Los embarazos posteriores sí son planeados. Actualmente se controla con DIU.

Crisis Anteriores.- La primera al presentar el embarazo no planeado y la oposición de la familia de Juan para que se casaran; se resuelve la aceptación del embarazo; pero la oposición de la familia de Juan persiste. La hospitalización de Juan (hijo) a los 4 meses de edad.

Subsistema Conyugal.- La relación entre los padres es rígida, con dominancia por parte de Juan y pasividad de Josefina; la comunicación esta bastante alterada.

Subsistema Parental.- La relación de Juan con su padre es difu

sa, ya que existe sobreprotección hacia él.

Dinámica Familiar.- La demanda aparente es el proceso de desnutrición en Juan; siendo el portavoz de la problemática familiar; la madre es el emergente y el papel de chivo expiatorio es compartido entre Juan y su madre. La problemática existe desde que Juan tiene el rol de pasivo dependiente hacia su madre; la cual en ocasiones aumenta y en otras disminuye, casi llegando a rebelarse. - Juan en su familia es dominante y su esposa dominanda y pasiva. - Existe alianza entre Silvia la hermana mayor de Juan y su madre, para desbaratar el matrimonio; también se identifica rechazo de éstas hacia los hijos menores (Rodolfo y Juan), algunas veces tomando alianza Juan con ellas; pero al parecer con sentimientos de culpa y posterior sobreprotección hacia Juan. El rol de padre no es jugado por Juan, siendo solo el de proveedor. Josefina se encuentra bastante decepcionada, pero con gran miedo a la pérdida de su matrimonio. Silvia y la madre de Juan, sobreprotegen a Julio el hijo mayor. El alcoholismo de Juan también juega papel importante y éste se ha incrementado desde que Juan (hijo) tenía 2 meses; con aumento en la conflictiva familiar muy importante.

Relación Médico Familia.- Siempre fué mala, ya que Juan no se prestaba para las entrevistas, tomando la decisión de no seguir con ellas (ya que no veía relación de la desnutrición con su problemática).

Problemas Identificados.- Falta de comunicación entre los padres, no aceptación del rol padre siendo solo proveedor; alianza entre Silvia y Pargrodis y a veces Juan, con rechazo hacia Rodolfo y Juan; dependencia de Juan hacia su madre y dominancia de éste con su esposa, con rol pasivo por parte de ella y alcoholismo de

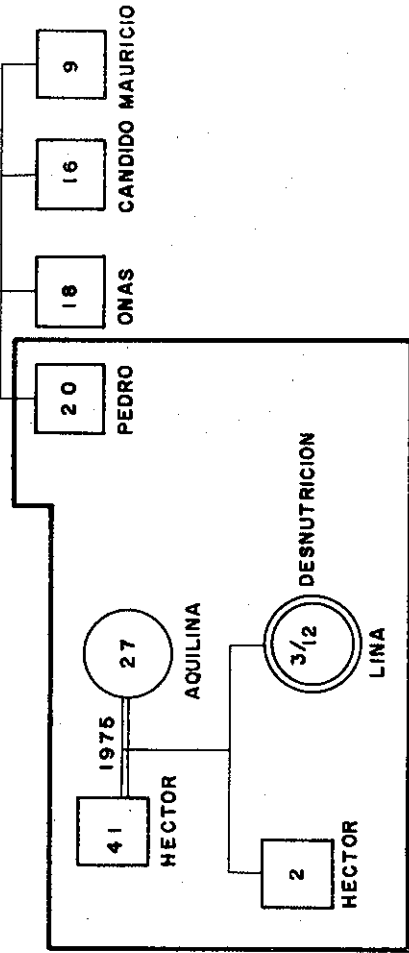
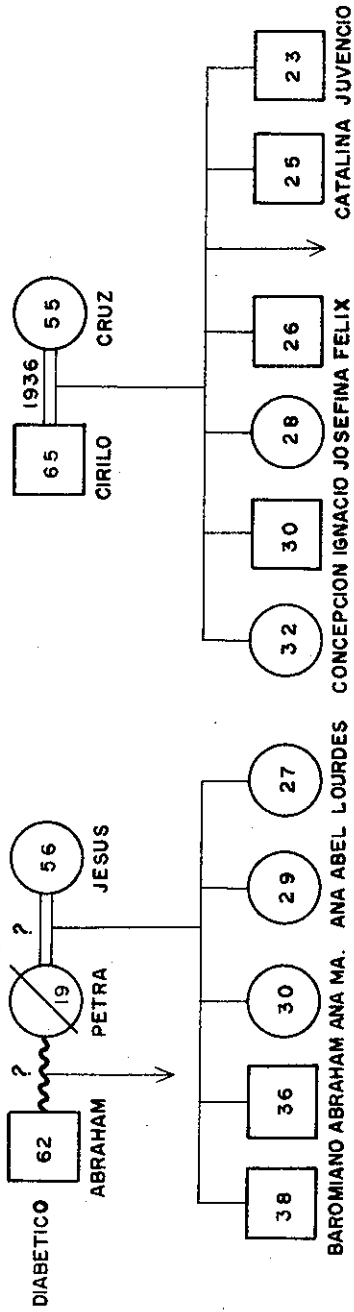
Juan.

Pronóstico.- Bastante malo, ya que la familia es bastante rígida.

Cambios en la Familia.- Hubo disminución de la ansiedad en Josefina al destapar la conflictiva, sintiéndose también apoyada. - Juan persiste con la desnutrición, pero ahora de I grado.

FAMILIOGRAMA

FAMILIA MONTAÑEZ SANCHEZ



FAMILIA MONTAÑEZ SANCHEZ

Dinámica Familiar
No. entrevistas (3)

Paciente Identificado.- Montañez Sánchez Lina, edad 3 meses - con desnutrición de III grado y un déficit del 41%. Fecha de inicio de estudio el 13 de octubre de 1980.

Antecedentes Familiares.- Padre de 41 años de edad originario de México, D. F., obrero con antecedentes tabaquicos moderados. Madre de 27 años de edad originaria de México, D. F., se dedica al hogar. Abuelo paterno diabético.

Antecedente Personales no Patológicos y Patológicos.- Es originaria de México, D. F., proviene de la gesta:2 para:2 cuando - la madre tenía 27 años de edad; curso del embarazo normal, con atención prenatal; parto eutócico con peso al nacer de 2,200kg. atendido en medio hospitalario. Alimentación al seno materno hasta el mes de edad por cuadros diarreicos de repetición, ablactación a los 2 meses. Hábitos higienicos buenos. Habitación con -- dos recámaras, cocina y baño; no hay agua potable. Ha estado hospitalizado por cuadros gastroenterales y pérdida de peso.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde los 2 meses de edad con la presencia de disminución de peso y anorexia.

Familia.- Extensa, urbana, obrera, moderna e integrada; se encuentra en fase de expansión y las funciones que ameritan atención son las de reproducción, cuidado y afecto.

Ingreso mensual 4,800 pesos y per cápita 2,200 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Hace 9 años se conocieron

Héctor y Aquilina por medio de unos amigos; el noviazgo duró 4 años; durante éste tiempo Aquilina pensaba encontrar un esposo -- que la hiciera feliz y formar un hogar, hacía corajes cuando lo veía con otra muchacha ya que fué su primer y único novio. Durante los primeros tres años de casados tuvieron conflictivas conyugales a causa de la carencia de hijos, a tal grado que el esposo planteó el divorcio ya que él los deseaba; Aquilina comenta que fué curada por su abuela (curandera) y pudo embarazarse, no menciona complicaciones durante el embarazo de Héctor; sin embargo con Lina a los 2 meses presentó mucho sangrado y nos dice "yo tuve la culpa, no comía, no me daba hambre, a los 8 meses caí a una pileta y dí a luz a los 15 días". Continúa mencionando que -- desde que se embarazó, Héctor ha cambiado, ya no la regaña y la trata con cariño. Héctor comenta que desde chico fué un estorbo para con su padre ya que su madre falleció cuando él tenía 9/12 y desde esa edad fué a vivir con su abuelita. "Cuando todavía estaba chico mi padre se casó con Jesús, ella me llevó a vivir con ellos; a Jesús si la quiero". Siempre he querido tener un hogar y a mis hijos.

Crisis Anteriores.- Durante el tiempo en el cual no se pudo embarazarse Aquilina hubo conflictiva conyugal. Sentimiento de culpa por la desnutrición de Lina.

Subsistema Conyugal.- El padre no asume el rol de esposo, los límites son difusos, la comunicación aparentemente es buena (vínculo difuso).

Subsistema Parental.- Hay aceptación con Héctor, los vínculos son claros; con Lina es claro con el padre y difuso con la madre

Subsistema Fraternal.- Hay buena relación entre los hermanos.

Dinámica Familiar.- La demanda aparente es la desnutrición de Lina; la demanda real es la falta de aceptación al rol esposo y el sentimiento de culpabilidad de la esposa; el chivo expiatorio es el esposo que no asume su rol. No hay conciencia de enfermedad y se nota cierto rechazo de la madre hacia Lina por sentirse desplazada, al amor del esposo.

Relación Médico Familia.- Se notó desde el principio la resistencia del grupo, ya que durante las primeras entrevistas aparentemente no se identificó problemática familiar; fué en la última entrevista cuando se destaparon los problemas, saliendo en forma forzada. A la siguiente entrevista no asitió el grupo.

Problemas Identificados.- Rechazo de la madre hacia Lina; la falta del rol esposo y la negación del problema.

Pronóstico.- El pronóstico es reservado. No se continuó con las entrevistas.

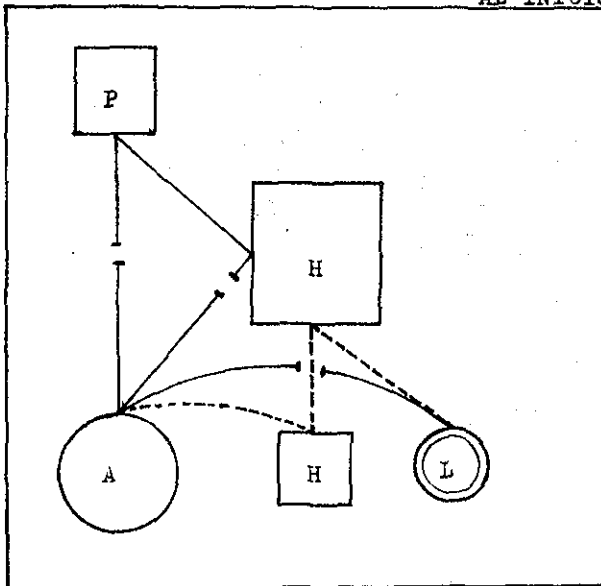
Cambios en la Familia.- Se hizo el señalamiento de la falta de asumir el rol esposo, sin observar cambios; se hizo consciente el rechazo hacia Lina por la madre, ligando una actitud protectora (formación reactiva), notando poco cambio. Actualmente Lina continúa en la sala de rehabilitación nutricional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

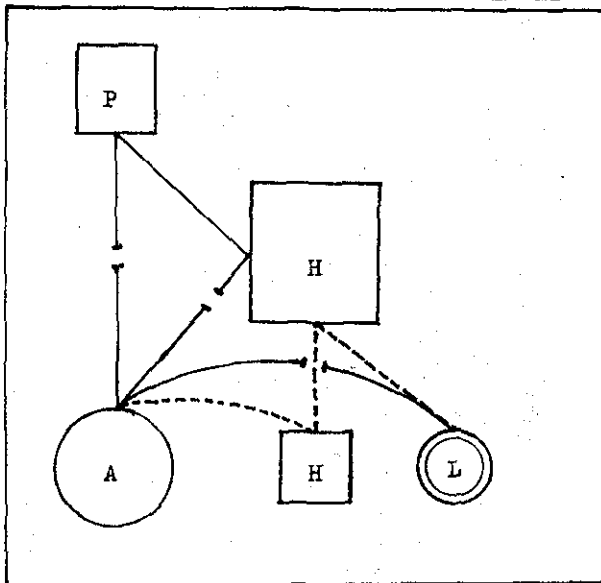
FAMILIOGRAMA PSICOSOCIODINAMICO

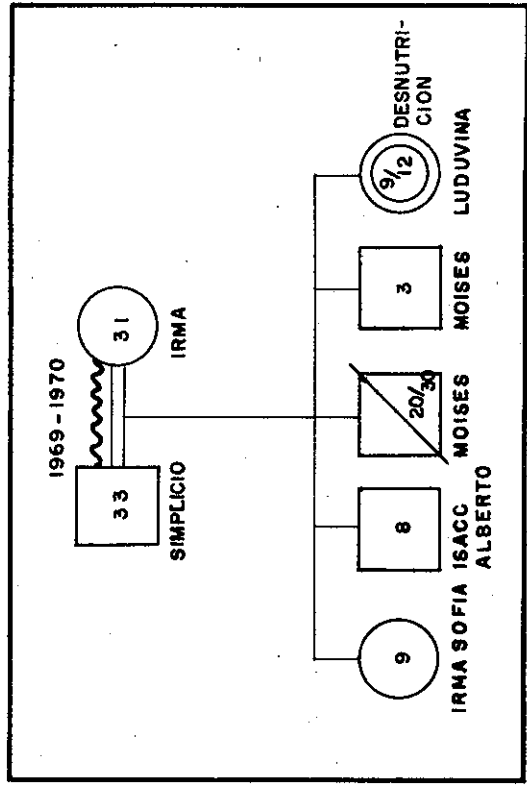
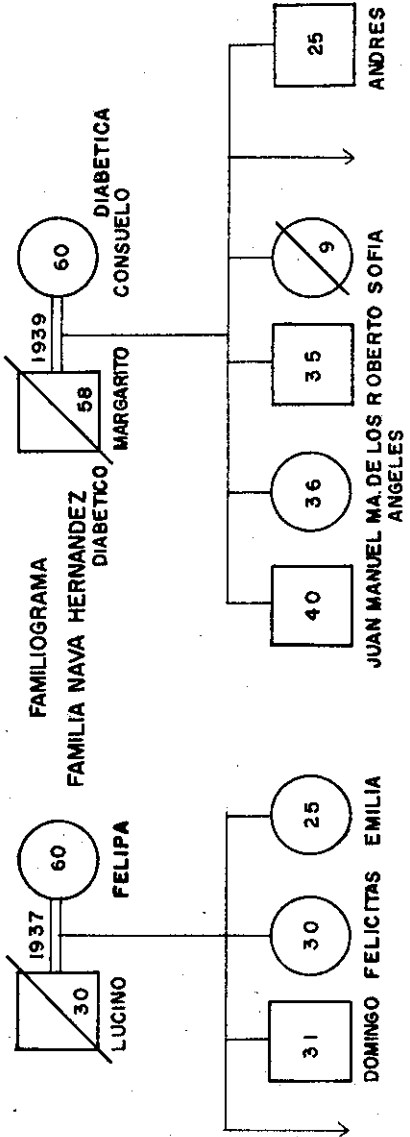
FAMILIA MONTAÑEZ SANCHEZ

AL INICIO DEL ESTUDIO



AL FINALIZAR EL ESTUDIO





FAMILIA NAVA HERNANDEZ

Dinámica Familiar
No. entrevistas (4)

Paciente Identificado.- Nava Hernández Luduvina, edad 6/12 -- con desnutrición de III grado y un déficit de 44%. Fecha de inicio del estudio 22/VI/ 80.

Antecedentes Familiares.- Padre de 33 años de edad originario de Guerrero, radica en México, D. F. desde hace 15 años, escolaridad primaria, ocupación reportero(fígaro). Madre de 30 años de edad, originaria de México, D. F., ocupación hogar. Abuelos Maternos con antecedentes diabéticos.

Antecedentes Personales no Patológicos y Patológicos.- Es originaria de México, D. F., proveniente de la gesta:5 para:4, cuando la madre tenía 29 años. Durante todo el embarazo cursó con hiperemesis gravídica; llevó control prenatal, el parto fué eutócico con doble circular de cordón "sin complicaciones", atendido en medio hospitalario. Estuvo internada por 10 días por fractura de clavícula en el curso del parto. Desarrollo psicomotor: aún no sostenía la cabeza al inicio del estudio ni se sentaba. Alimentación: desde su nacimiento ha sido alimentada con leche maternizada, suspendida por iniciativa de la madre a consecuencia de los cuadros diarreicos de repetición; desde los 3/12 inició la ablactación con manzana cocida y plátano. Hábitos higienicos malos. Habitación: casa de manpostería con dos cuartos y cocina; no hay drenaje, agua potable y usan fosa séptica. Inmunizaciones negativas. Ha estado hospitalizada en tres ocasiones por cuadros

diarreicos, moniliasis e intolerancia a la lactosa.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde el nacimiento con cuadros diarreicos de repetición que se presentan en forma esporádica. Desde el mes de edad ha notado disminución de peso, irritabilidad y anorexia.

Familia.- Nuclear, suburbana, profesionista, moderna e integrada. Se encuentra en fase de expansión y las funciones principales que ameritan atención son las de socialización, cuidado y afecto.

Ingreso mensual de 5,000 pesos y per cápita de 830 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Los padres se conocieron tres meses antes de su unión, viviendo en unión libre durante un año; casándose durante el embarazo de su primer hijo. No se mencionan expectativas. El proviene de familia desintegrada ya que la mamá abandonó al esposo cuando Simplisio tenía 10 años de edad, emigrando a la U. de México; desde ese tiempo Simplisio ha notado la gran problemática que se tiene cuando se es pobre. Tiene sentido de minusvalía. Refiere que los embarazos de su esposa no han sido planeados ni deseados; sólo platica con sus hijos cuando no está Irma; se nota cierto rechazo hacia ellos ya que en ocasiones cuando se toca el punto de la problemática nutricional comenta: "mire, ellos no saben, pobrecitos, tienen hambre". Irma nos menciona que su noviazgo fué demasiado rápido, desde que se casaron Simplisio la golpea y no la quiere a ella ni a sus hijos; ; que como se pone a pensar en otros cuando a ellos les faltan muchas cosas!; ella quisiera vivir en otro lugar en donde no tenga que subir cerros. De sus hijos si ha deseado los dos primeros, aunque no han sido planeados, los otros no los esperaba.

Desde hace 3 años se está controlando con anticonceptivos parenterales; a pesar de ello nació Luduvina, no se explica por qué.

Crisis Anteriores.- Al embarazarse de Luduvina hubo una crisis familiar por la no aceptación; se recrudecen cuando la niña enferma. (al parecer enferma al aumentar la conflictiva familiar).

Subsistema Conyugal.- La comunicación en el núcleo familiar es deficiente y distorsionada (vínculo rígido), el padre es dominante y la madre pasivo-dependiente.

Subsistema Parental.- Hay poca comunicación del padre hacia los hijos (vínculo rígido) y de la madre hacia ellos es distorsionada en especial con Luduvina que es sobreprotegida (vínculo claro-difuso). En Moises la relación con el padre es buena.

Subsistema Fraternal.- La relación es buena entre los hermanos.

Dinámica Familiar.- La demanda aparente es la desnutrición; la demanda real es como mejorar las relaciones conyugales o parentales; portavoz es Luduvina con su desnutrición; emergente - la madre que expone y destapa la conflictiva familiar de las inadecuadas relaciones en el subsistema conyugal. El chivo expiatorio es el padre, el que tiene la culpa de que no haya una buena comunicación. Hay conciencia de la problemática familiar; Irma piensa que el único culpable es Simplisio. Cuando se exagera la conflictiva, los cuadros diarreicos de Luduvina se acentúan junto con su desnutrición. Hay un rechazo por parte del padre puesto que le ha causado pérdida de tiempo la enfermedad de Luduvina; desplaza el rechazo hacia la esposa achacándole toda

la culpa de los que ocurre. Relaciones sexuales insatisfactorias.

Relación Médico Familia.- Desde el inicio se notó un rechazo del padre con el médico y viceversa, hubo transferencias y contratransferencias; siendo motivo para que no se continuaran con las entrevistas.

Problemas Identificados.- No se plantearon las expectativas del grupo; sentido de minusvalía del esposo; falta de planeación de los hijos; sobreprotección hacia el paciente identificado por parte de la madre. Inconformidad de la esposa a la situación económica actual y al mal trato de su esposo con ella y con sus hijos.

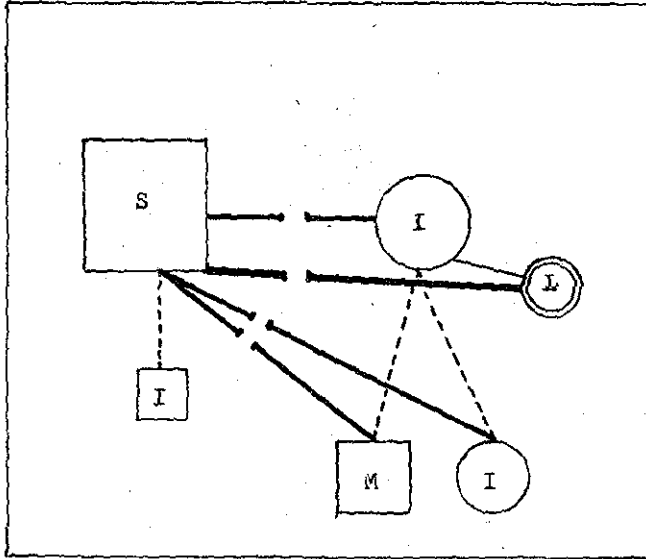
Pronóstico.- Es reservado ya que el grupo abandonó la asistencia a las entrevistas.

Cambios en la Familia.- Se hizo conciente la falta de expectativas del grupo; se hizo ver a la madre el poder vivir y bastarse por sí misma para romper la dependencia (sin cambios). Se hizo ver al esposo que si realmente quería hacer algo por la problemática nacional comenzare con su familia, notando en éste hecho el desplazamiento hacia su esposa ya que le recriminó su falta y descuido para con él y de las labores domésticas a consecuencia del demasiado tiempo dedicado a Luduvina. Actualmente Luduvina continúa en la sala de rehabilitación nutricional sin notar cambios de interés para su padecimiento actual.

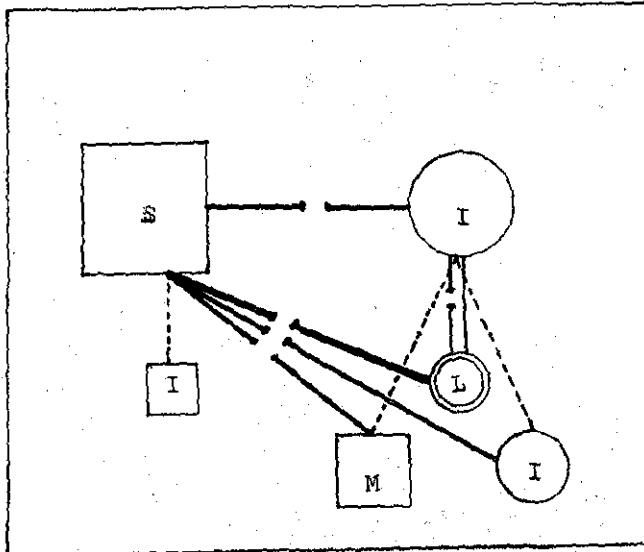
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIOGRAMA PSICOSOCIODINAMICO
 FAMILIA NAVA HERNANDEZ

AL INICIO DEL ESTUDIO

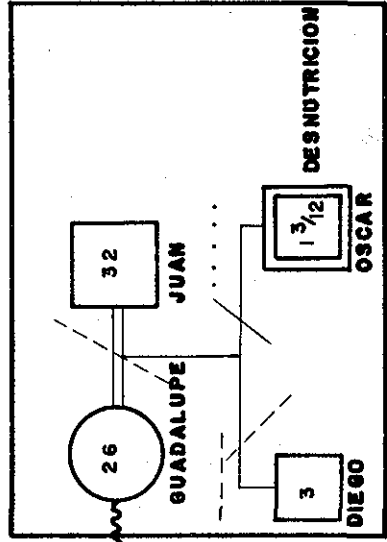
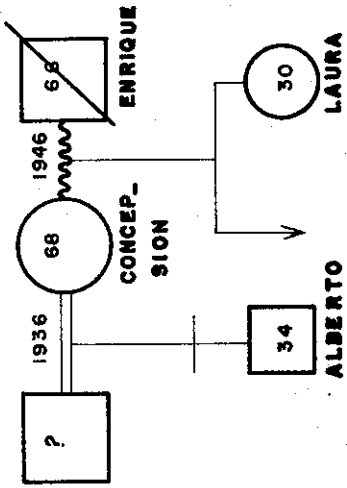
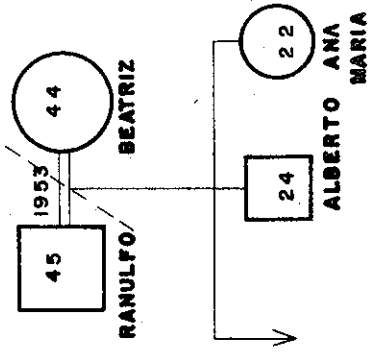


AL FINAL DEL ESTUDIO



FAMILIOGRAMA
FAMILIA OCARANZA ARZATE

78



79

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA OCHARANZA ARZATE

Dinámica Familiar
No. entrevistas (5)

Paciente Identificado.- Ocaranza Arzate Oscar, edad 1 año 3 - meses, con desnutrición de II grado y un déficit del 27%. Fecha de inicio de estudio el 14 de junio de 1980.

Antecedentes Familiares.- Padre de 32 años de edad, originario de Oaxaca; radica en México, D. F. desde los 10 años de edad, ocupación oficinista. Madre de 26 años de edad originaria de México, D. F., ocupación hogar.

Antecedentes Personales no Patológicos y Patológicos.- Es originario de México, D. F., proviene de la gesta:3 para:2 de madre de 25 años de edad. En el último trimestre del embarazo la madre cursó con datos de preeclampsia, el parto fué eutócico atendido en medio hospitalario; peso al nacer 2,800kg. Alimentación al seno materno con destete a los 5 meses por indicación médica, a -- blactación desde el mes de edad a base de huevo, fruta y verdura. Hábitos higienicos adecuados. Habitación; condominio con 2 recámaras, cocina y baño.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde hace 6 meses con la presencia de disminución de peso a pesar de una dieta adecuada y -- desde hace 2 meses se agregan cuadros faringoamigdalinos frecuentes.

Familia.- Nuclear, urbana, profesionista, moderna e integrada; se encuentra en fase de expansión y las funciones que ameritan atención son las de reproducción, cuidado y afecto.

Ingreso mensual, 9,600 pesos y per cápita de 2,400 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Se conocieron en el lugar de trabajo un año antes del matrimonio. Guadalupe era secretaria y nos comenta que a los 8 años de edad recibió tratamiento psiquiátrico por probable autismo, "me gustaba jugar, pero veía que mis hermanos lo hacían de otro modo; por lo que fui creando rivalidad con ellos y me fui separando, mi hermano Alberto es demasiado egoísta, sólo piensa en él; mis padres nunca me han dado su apoyo; a la falta de apoyo y demasiada confianza de mis padres, cometí un error dejándome llevar por la primera experiencia sexual de lo que se aprovechó mi primer novio; esto hizo que rechazara a todo aquel que se me acercara". "Estudí una carrera corta para dar paso a mi hermano Alberto, ya que él iba a ser el sostén de un hogar y mi padre no contaba con recursos económicos para todos. De mis hijos a Diego si lo esperábamos; no así a Oscar; ya que sentí que Juan lo rechazaba, mi depresión fue tal que lo notó mi madre comunicandoselo a Juan, al saberlo me sacó de mi error, mencionandome que lo que pasaba es de que tenía mucho trabajo y problemas en el mismo". Juan nos comenta que desde los 10 años ha tenido que trabajar bastante para poder lograr algo; se enamoró de su esposa por lo seria que ha sido siempre, le costó mucho trabajo que lo aceptara; antes del noviazgo le contó el error que había cometido, aceptandola. Quiere seguir estudiando y que su esposa salga de su autismo, a Diego si lo esperaba no así a Oscar. Piensan tener sólo a dos niños. y Guadalupe se controla con anticonceptivos.

Crisis Anteriores.- Desde el nacimiento de Oscar, Juan ha tenido conflictos con Beatriz ya que menciona que lo sobreprotege.

Guadalupe durante todo el embarazo sintió el rechazo de Juan, aclarándose hasta después del nacimiento de Oscar.

Subsistema Conyugal.- El padre es dominante, la madre pasivo-dependiente, hay dificultad en la comunicación.

Subsistema Parental.- Con Diego el vínculo es claro ya que es el hijo deseado; con Oscar es difuso por parte de la madre, pues to que los sobreprotege de la rigidez del padre.

Subsistema Fraternal.- La relación es clara ya que los dos entran en los mismos juegos.

Dinámica Familiar.- La demanda aparente es la desnutrición de Oscar; la demanda real es la necesidad de apoyo y aumento en la comunicación en el subsistema conyugal; el rechazo del padre hacia Oscar y sobreprotección de la madre. La emergente es la suegra que llega hacia nosotros mencionando que en el hogar hay conFLICTOS, que Juan no acepta a Oscar, que cómo ese barbaján se casó con su hija. El chivo expiatorio es Juan por su rechazo hacia Oscar.

Relación Médico Familia.- Desde el inicio la aceptación a las entrevistas fueron con relativa facilidad; sobretodo por la necesidad de la pareja de exponer su problemática.

Problemas Identificados.- Rechazo del padre hacia Oscar; poca comunicación entre los padres; sobreprotección de Beatriz y Guadalupe hacia Oscar y la invasión del rol madre por parte de Beatriz.

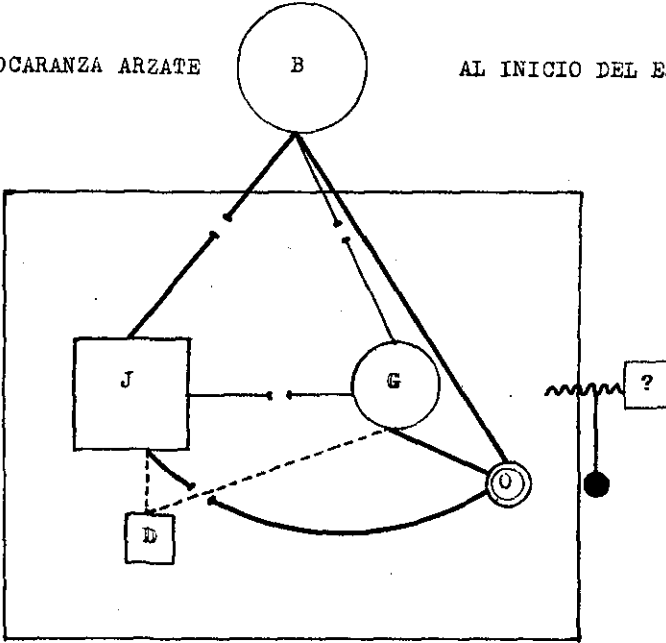
Pronóstico.- Los padres estuvieron de acuerdo en que tenían - que mejorar sus relaciones, incrementando su comunicación y comenzando la aceptación de Oscar, por lo que pensamos que el pronóstico es bueno.

Cambios en la familia.- Al comentarse y elaborarse la unión libre de Guadalupe hubo relajación de la pareja. Posteriormente se hizo consciente la no aceptación de Oscar, notando mejoría en la relación. Por parte de Beatriz se hizo notar la necesidad de no interferir en las relaciones familiares, habiendo aceptación por parte de ella. Se mejoró la comunicación; el peso de Oscar se normalizó.

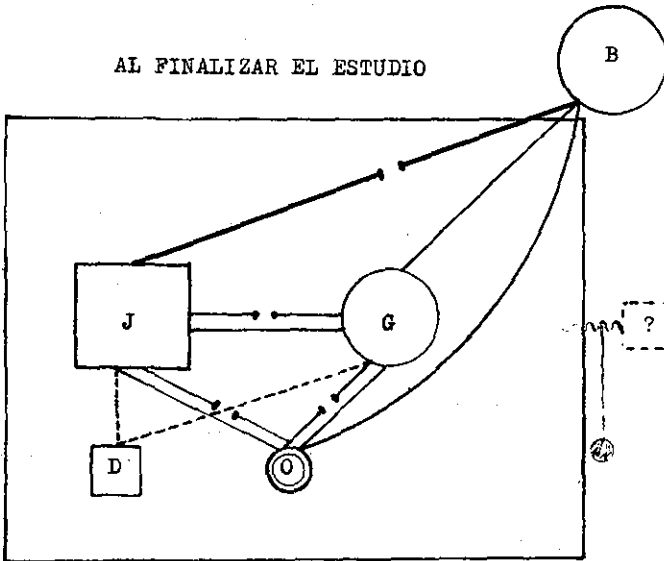
FAMILIOGRAMA PSICOSOCIODINAMICO

FAMILIA OCARANZA ARZATE

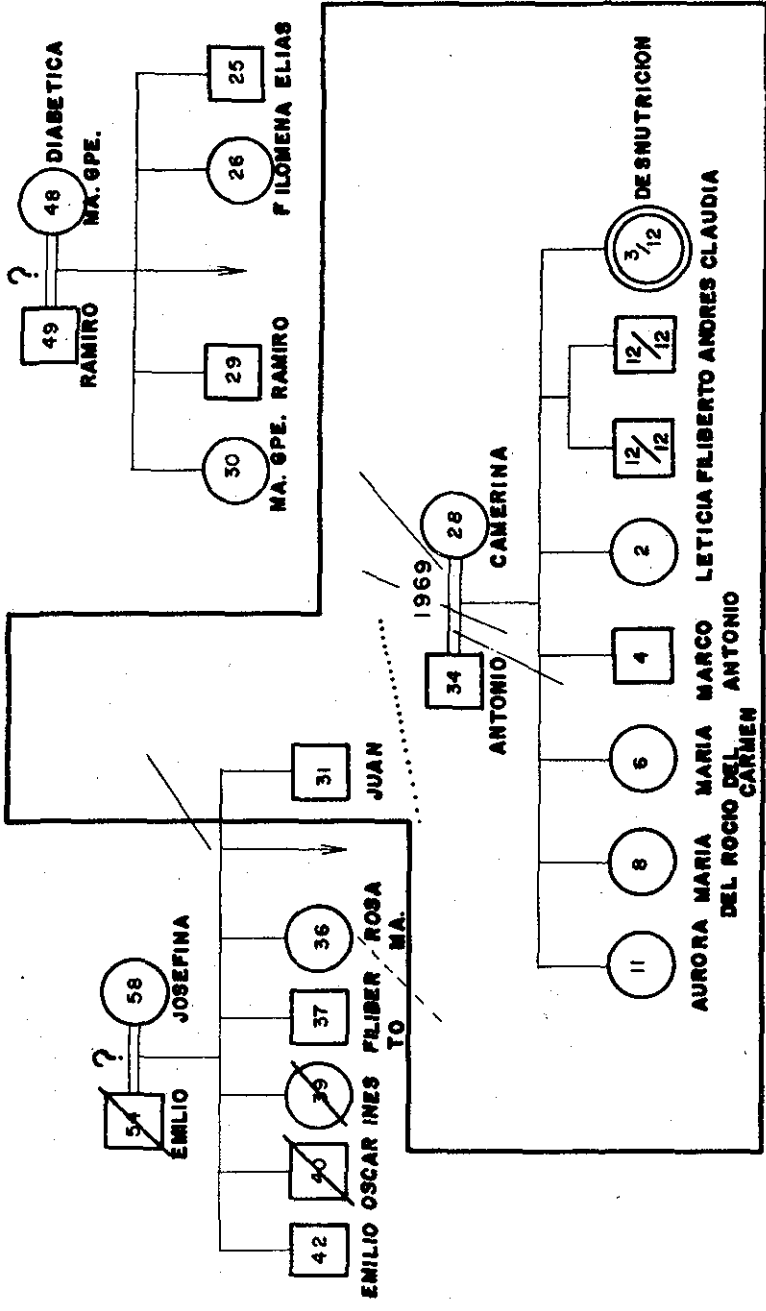
AL INICIO DEL ESTUDIO



AL FINALIZAR EL ESTUDIO



FAMILIOGRAMA
FAMILIA PEREZ CORTAZAR



FAMILIA PEREZ CORTAZAR

Dinámica Exploratoria
No. entrevistas (1)

Paciente Identificado.- Claudia Pérez Cortazar, de 3 meses de edad; con desnutrición de II grado, déficit de 36%. Fecha del estudio 2 de Julio de 1980.

Antecedentes Familiares.- Abuela materna de 48 años, al parecer padece de Diabetes Mellitus. Padre de 34 años de edad; trabaja como pintor, con alcoholismo y tabaquismo moderados. Madre de 28 años de edad, se dedica al hogar; ambos de México, D. F.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria de México, D. F. proveniente de la gesta: 7 para: 8 (parto gemelar anterior). Cuando la madre tenía 28 años de edad; cursando con embarazo de 8 meses, desencadenándose trabajo de parto en forma espontánea; parto eutócico en medio hospitalario. Peso al nacer de 2,200 kg. Período neonatal sin complicaciones; alimentación materna hasta los 2 meses de edad, ablactación a los 3 meses. Desarrollo psicomotor adecuado. Casa habitación rentada, consta de 2 cuartos y una cocina; piso de tierra, paredes de block y letrina; la habitan 12 personas. Inmunizaciones aún no inicia. Ha estado hospitalizada en una ocasión por cuadro gastroenteral y -- deshidratación.

Padecimiento Actual.- Lo inicia a los 2 meses de edad, con disminución de peso y agravándose con la complicación posterior que amerita hospitalización.

Familia.- Extensa, suburbana, obrera, tradicional e integrada. En fase de dispersión, las funciones que ameritan atención son -- las de socialización, cuidado, afecto. Ingreso familiar mensual - de 4,500 pesos. Ingreso per cápita 375 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Se conocen desde 1965, iniciaron el noviazgo en 1968, aún no habían planeado las expectativas para el matrimonio, pero decidieron casarse debido a que Camerina presenta embarazo no planeado, pero sí aceptado; los embarazos siguientes son deseados hasta el gemelar (penúltimo); en donde deciden llevar control anticoncepcional, fallando éste y embarazandose. Refieren que Claudia no fué deseada pero sí aceptada.- Hace aproximadamente 8 meses, van a vivir con ellos la madre de - Antonio y su hermano menor Juan.

Crisis Anteriores.- Al presentar embarazo no planeado y tener que casarse, sin haber planeado esto. El embarazo de Claudia, ya que no lo deseaban. Menciona Camerina también, cuando su suegra y cuñado van a vivir a su casa, debido a que ésta es muy chica y no caben todos.

Subsistema Conyugal.- El vínculo se encuentra rígido, con falta de comunicación. Hay dominancia por parte de Antonio y dependencia en Camerina.

Subsistema Parental.- Vínculo difuso de Camerina hacia Claudia, y rígido de Antonio a ésta. Ya que Camerina la sobreprotege y Antonio la rechaza; esto es bastante manifiesto.

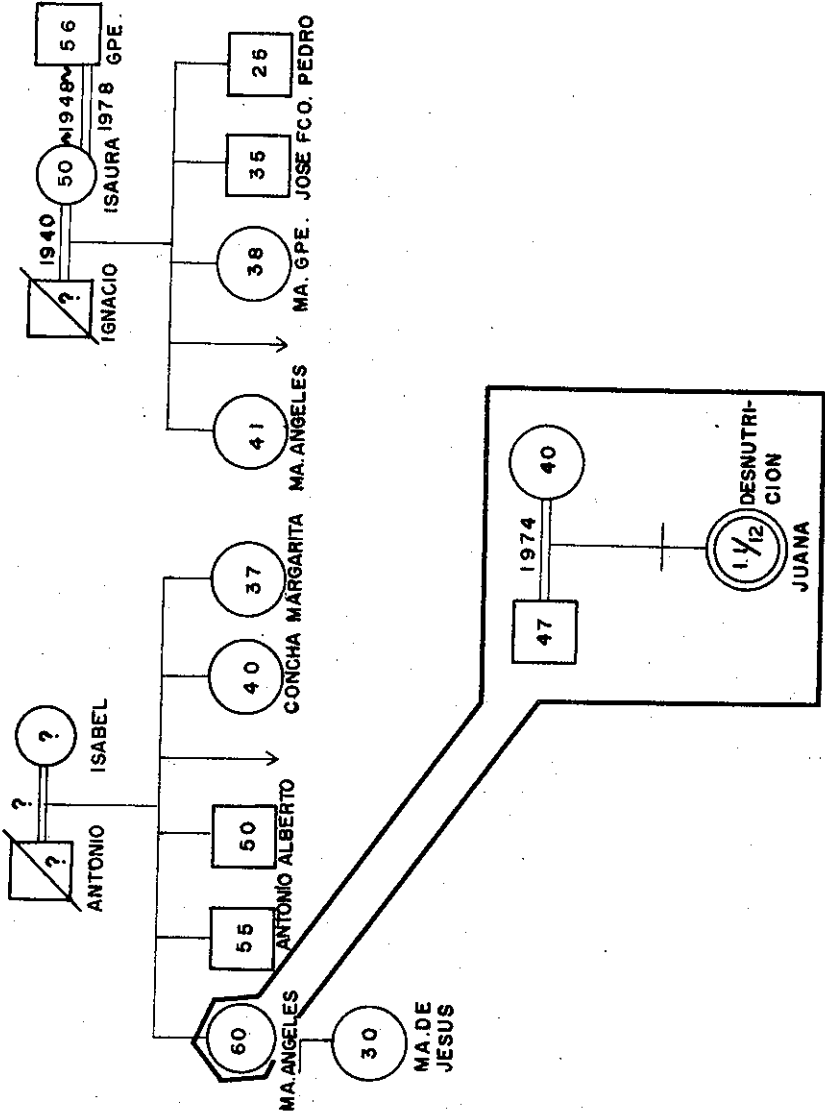
Subsistema Fraternal.- Al parecer hay aceptación de los hermanos hacia Claudia.

Problemas Identificados.- Falta de comunicación entre los pa -

dres, con complementaridad negativa siendo Antonio dominante y Camerina dependiente; también se identificó rechazo de Antonio - hacia Claudia y sobreprotección de la madre hacia ésta (también - esto último puede interpretarse como rechazo); hay relación rígida entre Camerina y su suegra.

Cambios en la Familia.- Solo se hizo consciente el rechazo hacia Claudia y se explicitó la rigidez que existe entre Camerina y su suegra. Claudia continua con la desnutrición, aunque ahora es de I grado.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA RIVERA GONZALEZ



FAMILIA RIVERA GONZALEZ

Dinámica Exploratoria
No. entrevistas (2)

Paciente Identificado.- Rivera González Juana, edad 1/12 15/30 con desnutrición de II grado y un déficit del 31%. Fecha de estudio 20/X/80.

Antecedentes Familiares.- Padre de 47 años de edad, originario del estado de Hidalgo, reside en México, D. F. desde hace 32 años; es albañil. Madre de 41 años de edad originaria de Michoacán, reside en México, D. F. desde hace 10 años; dedicada al hogar. Hace 10 años fué intervenida por fibroma uterino.

Antecedentes Personales no Patológicos y Patológicos.- Es originaria de México, D. F., proviene de la gesta:3 para:1 cuando la madre tenía 41 años. Durante el curso del embarazo la madre cursó con hiperemesis gravídica hasta el final del embarazo; recibió control prenatal desde su inicio; el producto se obtuvo -- por cesárea, por considerarse producto de alto riesgo, atendido en el HG2 sin complicaciones; peso al nacer 2,700kg. Alimentación desde su nacimiento con leche modificada en proteínas y thá. Habitación: una cocina y recámara, baño común; en donde viven 3 personas. Hay hacinamiento y las medidas higienicas son malas. Inmunizaciones negativas. Ha estado hospitalizada en una ocasión durante 5 días por cuadro gastroenteral, deshidratación, anemia hipocrómica, e ileo metabólico.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde el mes de edad con la presencia de evacuaciones diarreicas y disminución de peso.

Familia.- Extensa, suburbana, obrera, tradicional e integrada; se encuentra en fase de expansión y las funciones que ameritan a tención son las de reproducción cuidado y afecto.

Ingreso mensual variable (3-5,000 pesos, per cápita de 1-1,500 pesos).

Evolución Histórica de la familia.- Se conocieron hace 7 años al ser presentados en una fiesta, el noviazgo duró un año en el cual se trataron bien y "respetaron"; siendo éste el motivo de casamiento. Alvaro menciona que a causa de su horfandad y falta de guía tomaba bebidas alcoholicas frecuentemente; viendo en el casamiento un motivo para formar una familia y dejar de beber; actualmente se lleva bien con Socorro a la que quiere y los problemas que menciona son de tipo económico. Socorro desde los 9 años de edad fué adoptada por los familiares del cura de su pueblo a causa de la pobreza de sus padres, dedicandose desde entonces al trabajo doméstico; se casó por el respeto que le guardó su esposo. Desde el inicio del matrimonio han vivido con diferentes familiares por su inestabilidad económica, lo que ha traído constantemente una serie de problemáticas con los mismos, en especial con José F. a quien lo considera Socorro como acomplejado desde la separación se sus padres. Actualmente viven con María (hermana del esposo). Socorro refiere que les costó mucho tener a su niña, por su problema uterino y por eso la cuida mucho; llora cuando la vé enferma.

Crisis Anteriores.- Las crisis que han tenido son de tipo económico y en especial los conflictos que surgen al ser corridos de casa de sus hermanos.

Subsistema Conyugal.- Hay complementariedad positiva, siendo

dominante el esposo y pasivo-dependiente la esposa (vínculo claro).

Subsistema Parental.- Hay límites claros con Juana ya que es hija esperada y deseada

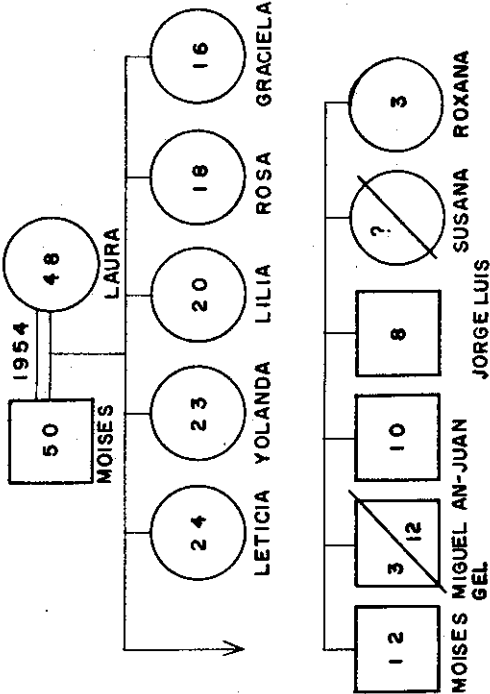
Problemas Identificados.- Inestabilidad económica de la pareja.

Pronóstico.- Por la edad de los padres y la inestabilidad económica el pronóstico es reservado; con tendencia a ser bueno.

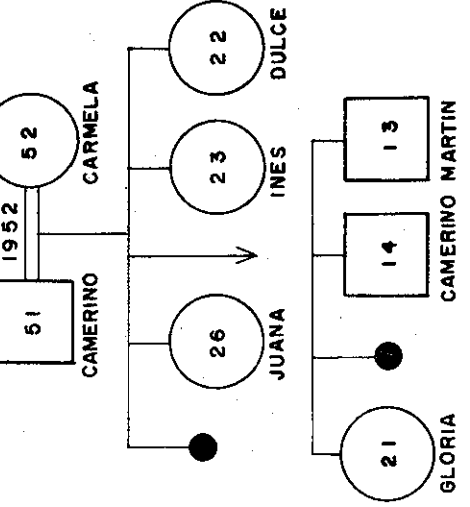
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIOGRAMA

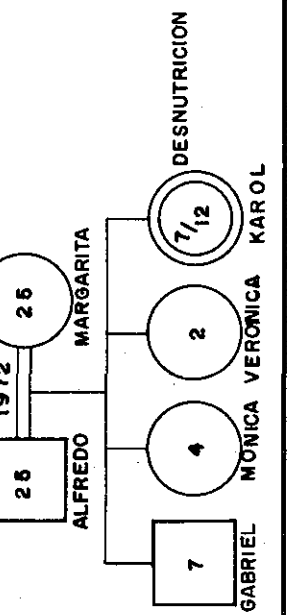
FAMILIA SARMIENTO GARCIA



CIVIL 1952



1972



FAMILIA SARMIENTO GARCIA

Dinámica Familiar
No. de entrevistas (7)

Paciente Identificado.- Karol Sarmiento García, de 7 meses de edad; con desnutrición de III grado, un déficit de 43%; inicio del estudio el 2 de Septiembre de 1980.

Antecedentes Familiares.- Padre de 25 años de edad, originario de México, D. F. operador de camiones, alcoholismo con embriaguez cada 15 días, tabaquismo moderado. Madre de 25 años, originaria de Villahermosa, Tabasco. dedicada al hogar.

Antecedentes No Patológicos y Patológicos.- Originaria de México, D. F. proveniente de la gesta: 4 para: 4, cuando la madre tenía 25 años de edad; embarazo de 8 meses, culminando en parto prematuro eutócico en medio hospitalario; peso al nacer de 2,300 kg. Período neonatal sin complicaciones; desarrollo psicomotor retrasado. Alimentación materna hasta el mes de edad, ablactación a los 3 meses con puré de frutas y colado de pollo, al 4º mes verduras y caldo de frijol. Hábitos higienicos deficientes.- Inmunizaciones incompletas. Casa Habitación: consta solamente de 1 cuarto, piso de cemento, paredes de block, techo de concreto y fosa séptica; tienen cerdos en el patio. Ha estado hospitalizada en 4 ocasiones por cuadros de gastroenteritis, deshidratación y cuadros bronconeumónicos. También ha cursado con distensión abdominal.

Padecimiento Actual.- Desde el mes de edad, se empieza a no--

tar que no hay aumento ponderal adecuado, acompañándose de distensión abdominal moderada.

Familia.- Extensa, rural, obrera, tradicional e integrada. En fase de dispersión; las funciones que ameritan atención son las de cuidado, afecto y socialización. Ingreso mensual familiar de 6,600 pesos. Ingreso per cápita de 1,100 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Alfredo conoció a Margarita, hace aproximadamente 10 años, cuando ésta trabajaba en un almacén de ropa, siendo amigos y medio año después novios; al año de conocerse se casaron; Alfredo esperaba tener una casa y ahorrar, Margarita "porque lo quería" "lo quiero". Hubo poca aceptación por parte de los padres de Alfredo. Todos los embarazos han sido deseados; se ha controlado con DIU durante 2 ocasiones, actualmente piensa utilizarlo. Desde que se casaron viven con los padres de Alfredo.

Crisis Anteriores.- Al casarse y tener que vivir con los padres de Alfredo, Margarita se oponía pero accede por motivos económicos, aún no se resuelve esta conflictiva, y en las hospitalizaciones de Karol.

Subsistema Conyugal.- La relación entre los padres es rígida, ya que la comunicación no es buena. Hay cierta dominancia por parte de Alfredo, aunque Margarita lucha por no ser dominada, pero continua con su carácter pasivo y bastante defraudada.

Subsistema Parental.- Los vínculos de los padres con los hijos son claros, pero solo con Karol es difuso por sobreprotección.

Subsistema Fraternal.- La relación entre los hermanos es bue-

na.

Dinámica Familiar.- La demanda aparente es el proceso de desnutrición en Karol, actuando ésta como portavoz de la familia, - el emergente es Margarita, la cual hace manifiesto la dominancia de Alfredo, y su dependencia con el padre; la frustración en Margarita es importante, sobretodo por no tener su casa y la relación bastante tensa con su suegro. Margarita expresa el no encontrar en Alfredo lo que esperaba y tampoco poder ahorrar. Al parecer la frustración de Margarita es transferida a Karol, por lo íntimo de su relación. El líder formal es Camerino. Hay relación mala con Inés la hermana de Alfredo, ya que ésta es caprichosa y altanera; y por lo general siempre interfiere en la relación Margarita-Alfredo. Lo que más altera en esta relación es el no poder tener intimidad; ya que aunque tienen un cuarto aparte, la familia de Alfredo interviene siempre en los conflictos. Las relaciones sexuales son espaciadas debido a que no hay privacidad, pero con satisfacción en ambos. Alfredo asume bien el rol padre, pero el de esposo no.

Relación Médico Familia.- La relación es buena en las primeras entrevistas; pero posteriormente decae y la dinámica ya no se puede continuar, por problemas de trabajo en Alfredo.

Problemas Identificados.- La comunicación es deficiente entre Alfredo y Margarita; él actúa como dominante y ella como dominada, aunque tratando de rebelarse; frustración importante de Margarita en cuanto a lo que esperaba de Alfredo, al no poder establecer su familia nuclear. Invasión de las relaciones conyugales por Inés; conflictiva en la relación Inés-Alfredo. Dependencia de Alfredo hacia su familia de origen, sobretodo a su padre. So-

breprotección hacia Karol y negación del problema.

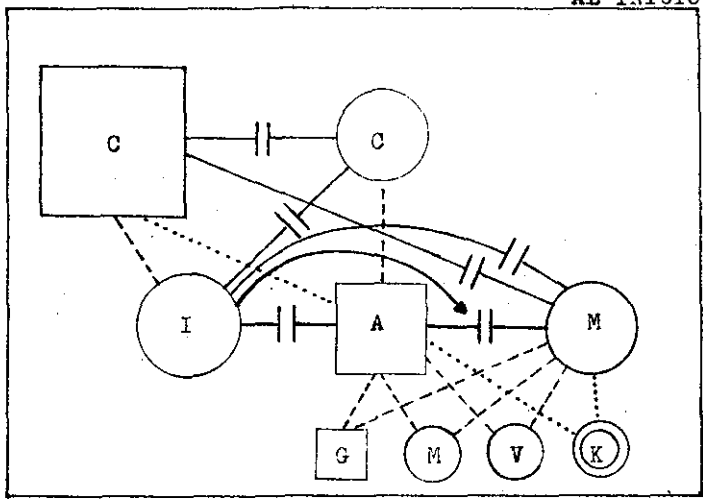
Cambios en la Familia.- Se hizo explicito la frustración de Margarita hacia lo que esperaba de Alfredo. También se hizo consciente la necesidad de formar una familia nuclear por ambos, -- aunque existe el problema económico. Se tomó en consideración -- por ambos, la importancia de que Inés no interfiera en sus relaciones. Hubo disminución de la ansiedad en Margarita al destapar la conflictiva. Karol continua con su desnutrición, pero ahora -- es de II grado; se encuentra en estudio su problema de distensión abdominal.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

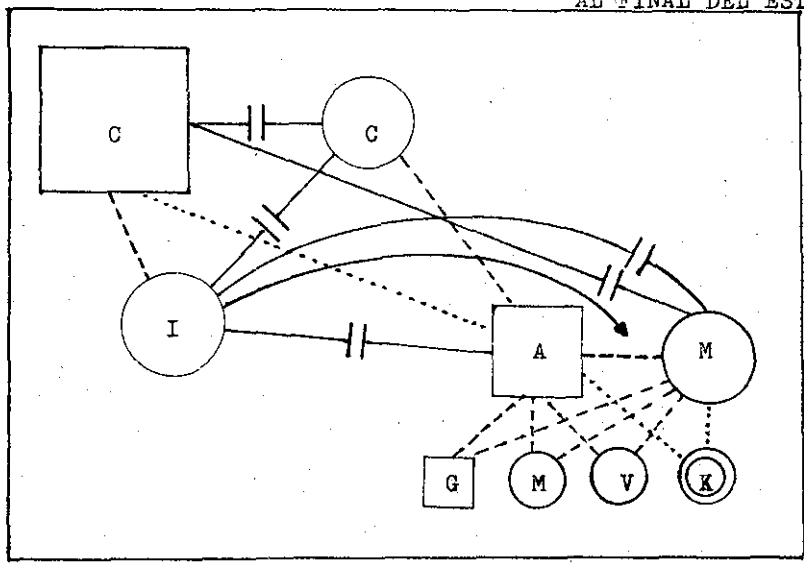
FAMILIOGRAMA PSICOSOCIODINAMICO

-FAMILIA SARMIENTO GARCIA-

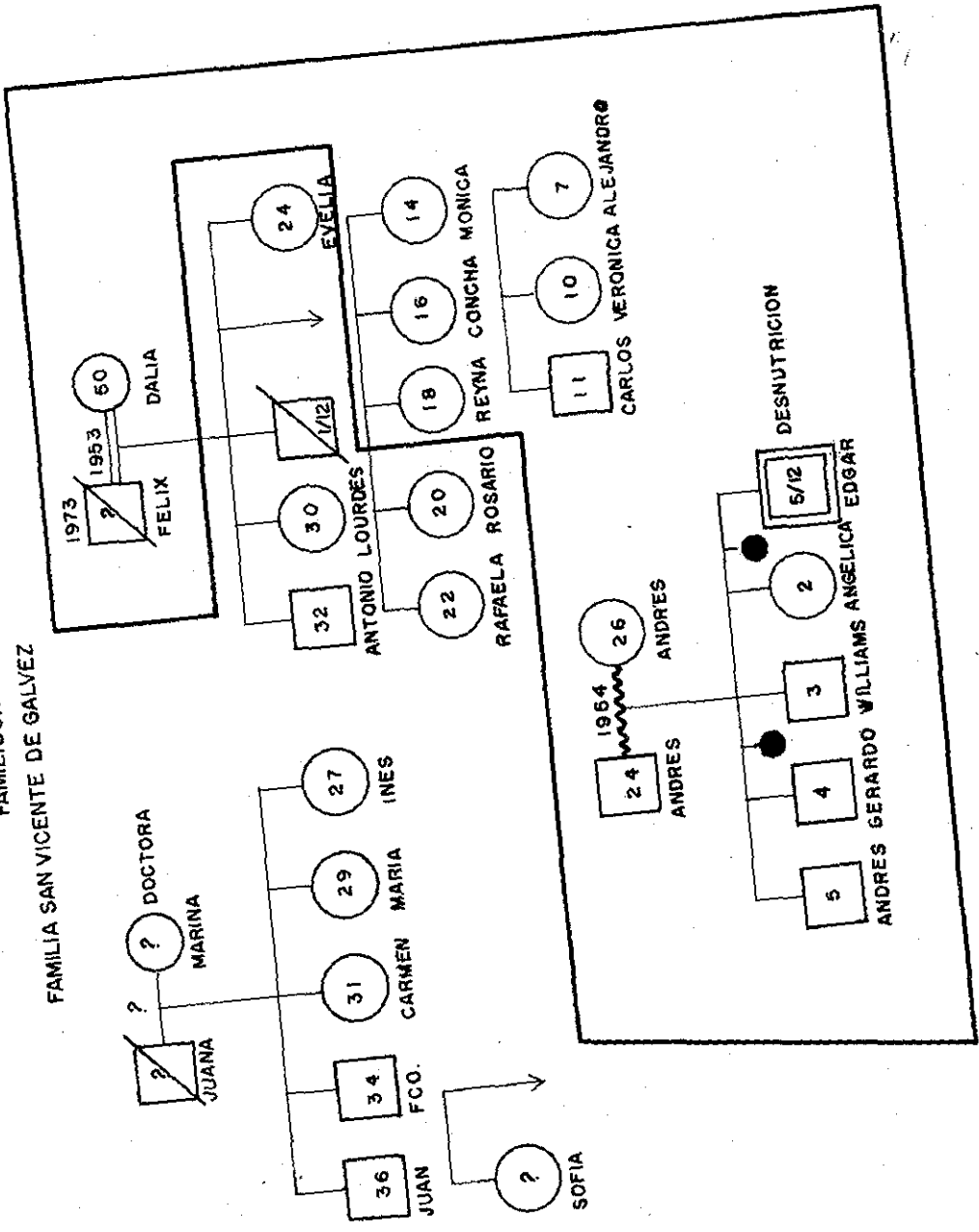
AL INICIO DEL ESTUDIO



AL FINAL DEL ESTUDIO



FAMILIOGRAMA
FAMILIA SAN VICENTE DE GALVEZ



FAMILIA SAN VICENTE DE GALVEZ

Dinámica Exploratoria
No. entrevistas (2)

Paciente Identificado.- San Vicente de Gálvez Edgar, edad 5 - meses con desnutrición de II grado y un déficit del 34%. Fecha - de estudio el 16 de julio de 1980.

Antecedentes Familiares.- Padre de 25 años de edad originario de Veracruz, actualmente sin ocupación; alcoholismo y tabaquismo +++, inhala cemento y fuma marihuana ignorandose la cantidad. Madre de 27 años de edad originaria de México, D. F., ocupación obrera.

Antecedentes Familiares no Patológicos y Patológicos.- Es originario de México D. F., proviene de la gesta:7 para:5 de madre de 27 años de edad. Curso del embarazo sin control prenatal, nacido en parto eutócico, atendido en medio hospitalario. Alimentación con leche artificial desde el nacimiento por trabajar la madre. Inmunizaciones se ignoran. Habitación con 3 recámaras, cocina y sanitario; en donde viven 13 personas. No se refieren hospitalizaciones.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde su nacimiento con cuadros diarreicos de repetición. Desde hace 2 meses se agrega anorexia y pérdida de peso.

Familia.- Extensa, suburbana, obrera, moderna, semi-integrada se encuentra en fase de dispersión; las funciones que ameritan atención son las de socialización, cuidado y afecto.

Ingreso mensual variable (entre 3-5,000 pesos, per cápita 1-1,--

500 pesos).

Evolución Histórica de la Familia.- Se conocieron hace 7 años cuando Araceli tenía 18 años. El noviazgo duró 3 años, ignorando se la causa de la unión. Durante el primer año vivieron en la casa de la madre de Andrés, posteriormente con la madre de Araceli. La madre de Araceli nos comenta que Andrés nunca tuvo un trabajo fijo y que siempre golpeaba a su hija, "nunca se ha preocupado por sus hijos y desde hace más de un año anda en malas compañías" Araceli desde hace 6 meses fué abandonada, por lo que se ha visto obligada a tener diferentes trabajos; el último lo abandonó por tener un sueldo inferior al mínimo y trabajar doce horas continuas. Actualmente Araceli y su madre son las que sostienen a los 11 integrantes de la familia a base de lavar ropa ajena y los trabajos esporádicos que llega a tener Araceli.

Subsistema Conyugal.- El padre se refiere como dominante; la madre pasivo-dependiente, el vínculo es rígido.

Subsistema Parental.- La comunicación del padre para con los hijos se menciona como distorsionada, actualmente está interrumpida (vínculo rígido); de la madre para con los hijos a consecuencia de su trabajo, generalmente no tiene tiempo para ellos (vínculo difuso). De la abuela para con los nietos los vínculos son difusos por la invasión del rol madre, ya que generalmente ella se hace cargo de ellos.

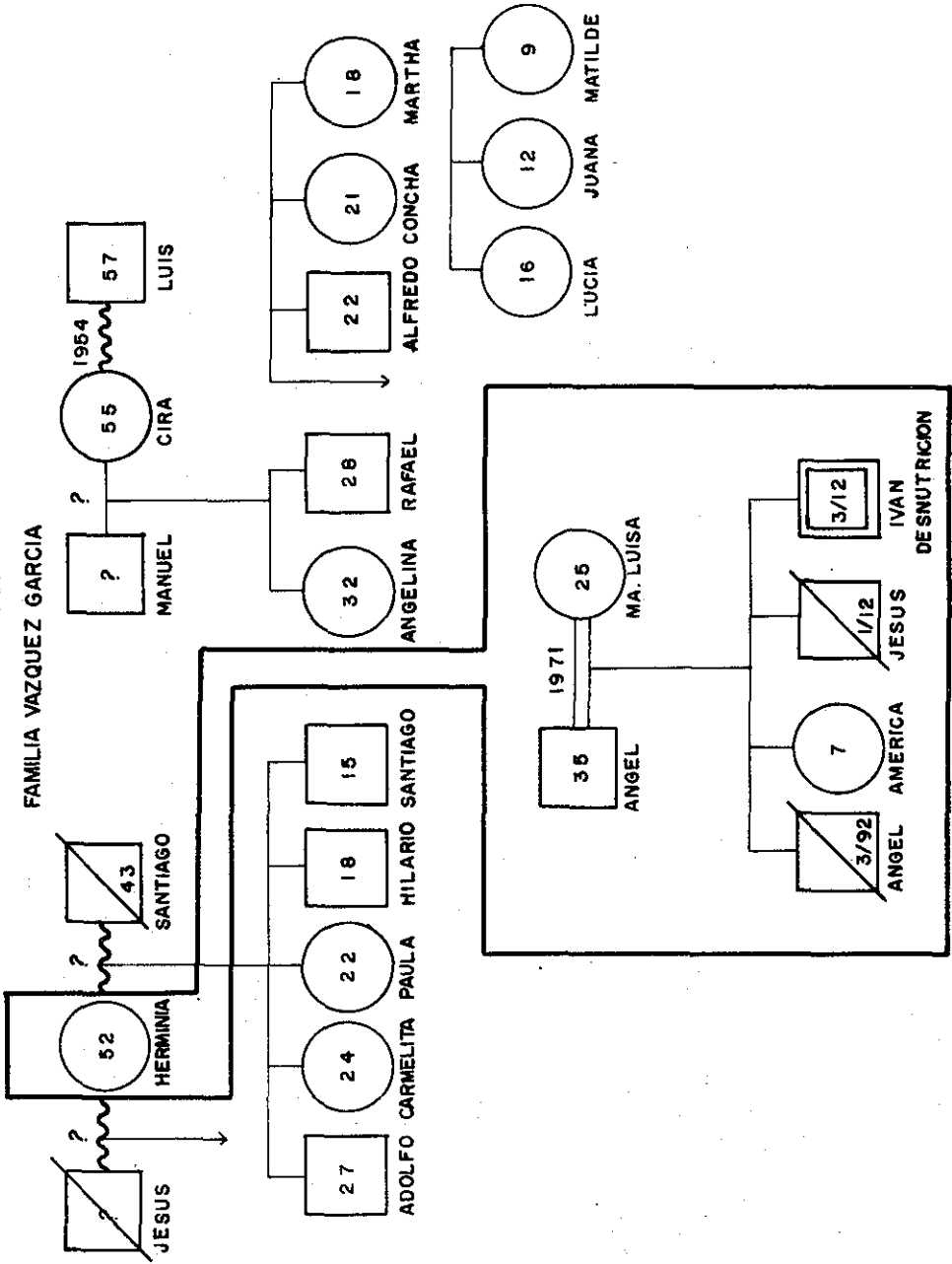
Subsistema Fraternal.- La relación entre los hermanos es buena.

Problemas Identificados.- Drogadicción del padre, abandono para con la familia, el rechazo para con los hijos. De la madre, el abandono de Edgar y el desplazamiento de funciones hacia la abuela (invasión de rol). Por último la problemática económica en que vive la familia.

Pronóstico.- El pronóstico es malo ya que la familia se desen
vuelve en un ambiente inadecuado en donde de hecho no hay figu-
ra paterna.

FAMILIOGRAMA

FAMILIA VAZQUEZ GARCIA



DE SNUTRICION

LUCIA JUANA MATILDE

ALFREDO CONCHA MARTHA

FAMILIA VAZQUEZ GARCIA

Dinámica Familiar
No. entrevistas (4)

Paciente Identificado.- Vázquez García Ivan, edad 3 meses con desnutrición de III grado y un deficit del 42%. Fecha de inicio de estudio el 20 de octubre de 1980.

Antecedentes Familiares.- Padre de 25 años de edad originario del estado de México, radica desde los 12 años en la C. de México; ocupación obrero con antecedentes tabaquicos ++, alcoholismo +. Madre de 25 años de edad originaria de México, D. F., se dedica al hogar. Dos hermanos fallecidos por bronconeumonía de 3 y 6 meses de edad.

Antecedentes Personales no Patológicos y Patológicos.- Es originario de México, D. F., proviene de la gesta:4 para:2 de madre de 25 años de edad; durante el último trimestre del embarazo curso con datos de preeclampsia, nació de parto eutócico sin complicaciones con peso de 2,200kg.; atendido en medio hospitalario. - Desarrollo psicomotor lento. No se llevó a cabo la alimentación al seno materno por haber estado durante 10 días en incubadora a causa de su bajo peso, iniciando con leche nesbrún. Ablactación a los dos meses y medio con frutas y verduras, actualmente se administra fórmula de pollo. Los hábitos higienicos son -- buenos. Habitación con dos recámaras, sanitario y agua corriente Ha estado hospitalizado en dos ocasiones, una en incubadora por bajo peso y otra por cuadros diarreicos y deshidratación.

Padecimiento Actual.- Lo inicia desde los 15 días después del nacimiento con la presencia de hipertermias, vómitos y cuadros -diarreicos; desde hace un mes se agrega disminución de peso.

Familia.- Extensa, suburbana, profesionista, moderna e integrada. Se encuentra en fase de expansión y las funciones que ameritan atención son las de socialización cuidado y status.

Ingreso mensual de 8,000 pesos y per cápita de 2,000 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Angel y María se conocieron por medio de una amiga, durando el noviazgo un año. María nos relata que durante el noviazgo Angel era celoso a causa de la irrupción de Carmela en el mismo, llegando a casar para formar una familia ya que los dos desde un principio se han llevado bien; después del casamiento se incrementó la comunicación conyugal, continuando la intervención de Carmela. Angel de acuerdo con su esposa reafirma el cariño que se tienen y la adecuada comunicación que llevan; con respecto a Carmela nos refiere que es difícil que cambie y optan por intervenir sólo lo necesario, ya que ella abandono a su esposo por su carácter. Viven temporalmente en casa de su madre mientras mejora su situación económica, ya que tienen planes de prosperar; anteriormente vivían en vecindad notando que no era el lugar apropiado para sus hijos, por lo cual optaron por vivir con la madre. Nos comenta que su único problema es fumar debido al trabajo; los hijos han sido planeados ya que María se controla con anticonceptivos desde hace 6 años, interrumpiendolos para que naciera Ivan.

Crisis Anteriores.- La muerte del primer hijo les causó angustia y dolor, por el depósito de las expectativas del padre.

Subsistema Conyugal.- Los límites son claros ya que existe una complementaridad de roles y el vínculo es claro.

Subsistema Parental.- Los vínculos son claros, ya que hay aceptación y comunicación para con los hijos.

Subsistema Fraterno.- Hay buena relación entre los hermanos.

Dinámica Familiar.- La demanda aparente es la desnutrición de Ivan; la demanda real es la necesidad de tener un mejor status y la no intervención de Carmela. El portavoz es Ivan con su desnutrición; la emergente es la esposa y el chivo es Carmela. La enfermedad para la familia se relaciona con una inadecuada preparación de los alimentos; el problema lo toman como pasajero.

Problemas Identificados.- Invasión de Carmela en el subsistema conyugal, pérdida del depósito de expectativas puestas en Angel e inseguridad de depositarias en Ivan.

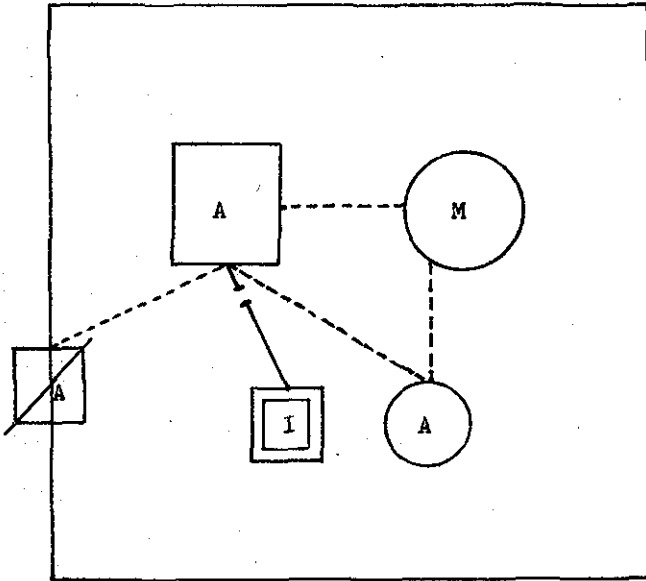
Pronóstico.- Debido a que se encontró adecuada comunicación y hay recuperación en Ivan, el pronóstico es bueno.

Cambios en la Familia.- Se reforzaron los objetivos de mejorar el status familiar y la adecuada nutrición de Ivan.

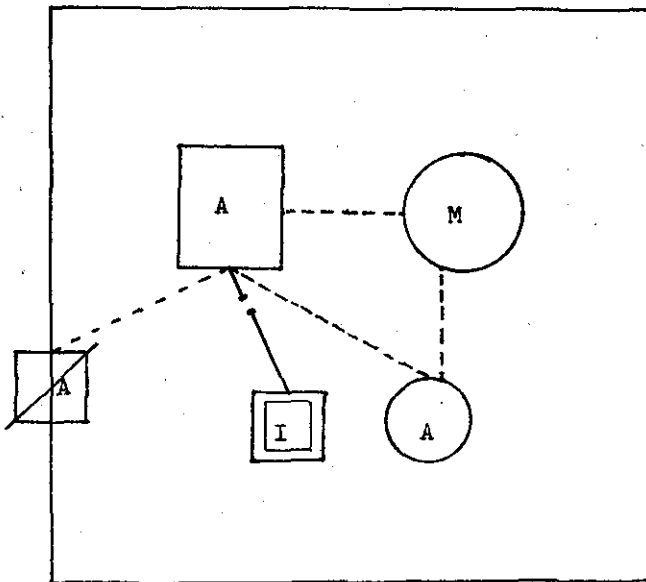
FAMILIOGRAMA PSICOSOCIODINAMICO

FAMILIA VAZQUEZ GARCIA

AL INICIO DEL ESTUDIO

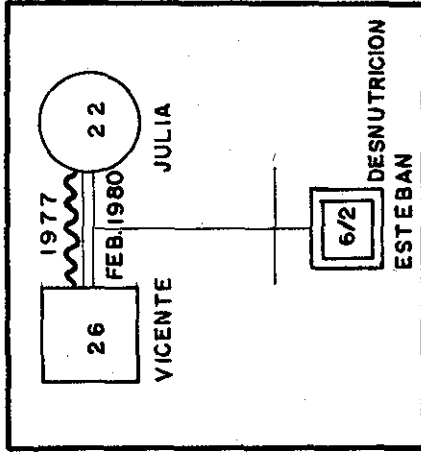
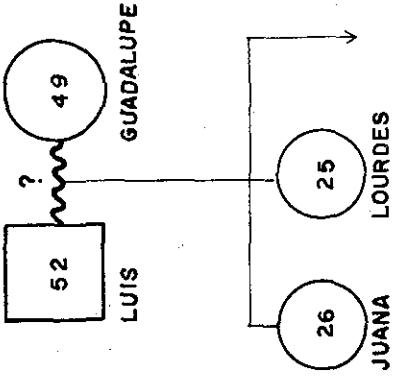
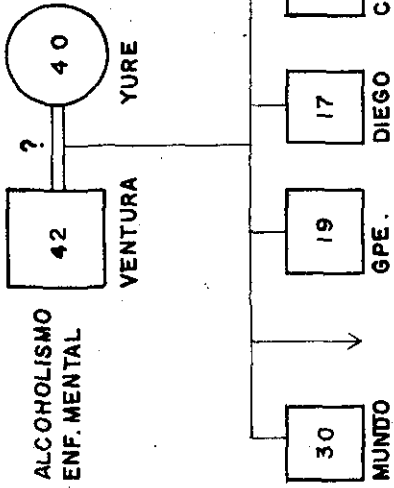


AL FINAL DEL ESTUDIO



FAMILIOGRAMA

FAMILIA VELAZQUEZ-GONZALEZ



FAMILIA VELAZQUEZ GONZALEZ

Dinamica Exploratoria
No. entrevistas (2)

Paciente Identificado.- Esteban Velázquez González, de 6 meses de edad, hijo único; cursa con desnutrición de II grado, un déficit de 34%; se captó el 30 de Junio de 1980.

Antecedentes Personales.- Abuelo paterno de 42 años de edad, - con alcoholismo intenso y enfermedad mental; tía materna sordomuda. Padre de 28 años de edad, panadero; originario de México D. F. con alcoholismo moderado y tabaquismo. Hace 2 años se le efectuó corrección de estrabismo. Madre de 23 años de edad, analfabeta, - con bradipsiquia y llanto fácil; cursa con hipoacusia bilateral.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Origen rio de México D. F. proveniente de la gesta: 1 para: 1, cuando la madre tenía 21 años; embarazo de curso normal, parto eutócico en medio hospitalario; pesó al nacer 2.750 kg. Período neonatal normal; desarrollo psicomotor adecuado; la alimentación desde el inicio fué artificial (debido a que no tenía leche); ablactación a los 3 meses de edad con jugos, puré y manzana. Hábitos higienicos deficientes; inmunizaciones: Sabin (2) DPT (2). Casa habitación- rentada en vivienda, con 1 cuarto y una cocina pequeña, piso de cemento, paredes de ladrillo, techo con láminas de cartón, agua potable y baño colectivo; habitan 3 personas. Hospitalización en una ocasión por cuadro gastroenteral y deshidratación; cursando también con bronconeumonía.

Padecimiento Actual.- Lo inicia al parecer a los 3 meses de edad, posterior a cuadro gastroenteral. Aunque al ser hospitalizado ya presentaba desnutrición de II grado.

Familia.- Nuclear, suburbana, tradicional, obrera e integrada; en fase de expansión, las funciones que ameritan atención son las de reproducción, cuidado y afecto. Ingreso familiar mensual de -- 4,000 pesos; ingreso per cápita de 1,333 pesos.

Evolución Histórica de la Familia.- Se conocieron por medio de la hermana de Julia, hace aprox. 6 años. Duraron 3 años de novios y posteriormente decidieron vivir en unión libre, controlandose - Julia con anticonceptivos parenterales. La madre de Vicente se oponía a que se casaran; a los 2 años y medio de la unión, Julia se embaraza siendo éste no planeado pero sí aceptado. A los 2 meses de nacido Esteban, contraen matrimonio, el cual al aparecer coincide con el inicio de la desnutrición.

Crisis Anteriores.- La primera al establecer la unión libre, - con la oposición de la madre de Vicente; la segunda con el embarazo no planeado, ésta última sí se resolvió.

Subsistema Conyugal.- Existe una relación rígida entre los padres, ya que no hay comunicación adecuada; a Julia le molesta el alcoholismo de Vicente y la falta de un trabajo estable, aunque - no le dice nada "debido a que él es el que manda". Rol dominante por parte de Vicente y pasivo en Julia, esto se ha venido incrementando desde que se casaron.

Subsistema Parental.- Al parecer vínculo claro (aceptación) - de los padres hacia Esteban.

Problemas Identificados.- Falta de comunicación entre los pa -

dres; rechazo de la madre de Vicente hacia Julia y Esteban; falta de un trabajo estable en Vicente y el alcoholismo de éste.

Pronóstico.- Malo, debido a la rigidez de Vicente y la aparente conformidad de Julia, también por el rechazo de la madre de Vicente hacia Julia y Esteban.

ANALISIS DE LOS
RESULTADOS.

Las familias que se estudiaron son: 15

Grupo A:- Familias con dinámica exploratoria: 8

Grupo B:- Familias con dinámica familiar: 7

A).- Pacientes Identificados: Encontramos un total de 15 pacientes, con un promedio de edad de 6 meses; el rango de edad osciló entre el mes y el año y medio. Con respecto al sexo predominó el femenino (8 casos), en relación al masculino (7 casos).

B).- Antecedentes Familiares: La edad promedio encontrada en el padre es de 29 años; con un rango de edad que osciló entre los 21 y 47 años. La edad promedio de la madre es de 26 años; con un rango de edad de 17 a 41 años. La ocupación predominante en el padre es la de obrero y en la madre el hogar. Con respecto a las sociopatías, se observó una elevada frecuencia en el padre; dandonos un 73 % de tabaquismo y un 60 % de alcoholismo. En una familia se encontró el dato de drogadicción. (ver esquema 1)

C).- Antecedentes Personales no Patológicos y Patológicos: El promedio de la edad materna durante el embarazo del paciente identificado fué de 25 años, con un rango de edad de los 17 a 41 años. Los pacientes provienen por lo general de la gesta: 4 para: 3 ; con parto eutócico y período neonatal normal. Encontra -

ANTECEDENTES FAMILIARES (esquema 1)

FAMILIAS	EDAD		OCUPACION		TABAQUISMO		ALCOHOLISMO		DROGADICCION	
	PADRE	MADRE	PADRE	MADRE	PADRE	MADRE	PADRE	MADRE	PADRE	MADRE
A.C.	28	27	OBRERO	HOGAR	-	-	-	-	-	-
A.R.	24	22	OBRERO	HOGAR	+	-	+	-	-	-
H.L.	27	25	VENDE- DOR	HOGAR	++	+	++	-	-	-
M.A.	33	33	OBRERO	HOGAR	++	-	++	-	-	-
M.P.	21	17	OBRERO	HOGAR	++	-	+	-	-	-
M.R.	26	22	OBRERO	HOGAR	+++	-	+++	-	-	-
M.S.	41	27	OBRERO	HOGAR	++	-	-	-	-	-
N.H.	33	30	REFOR- TERO	HOGAR	-	-	-	-	-	-
O.A.	32	26	EMPLEA- DO	HOGAR	-	-	-	-	-	-
P.C.	34	28	PINTOR	HOGAR	++	-	++	-	-	-
R.G.	47	41	ALBANIL	HOGAR	-	-	-	-	-	-
S.G.	25	25	OPERA- DOR	HOGAR	+++	-	-	-	-	-
V.G.	25	27	DESEM- PLEADO	OBRERA	+++	-	+++	-	MARI- HUANA	-
V.G.	25	25	OBRERO	HOGAR	++	-	+	-	-	-
V.G.	26	22	PANADE- RO	HOGAR	++	-	++	-	-	-

mos que 9 niños recibieron alimentación al seno materno (60 %) - y en 6 se inicio con leche artificial (40 %); el promedio de edad en que se efectuó el destete fué a los 2 meses, y el inicio de la ablactación fué a los 3 meses de edad. En la mayoría de los casos hay cuadros de inmunizaciones incompletos. Todos han cursado con infecciones gastrointestinales y respiratorias; las que han propiciado varias hospitalizaciones.

D).- Padecimiento Actual: En 10 casos la desnutrición es de segundo grado y en 5 de tercero, dandonos una relación de 2:1. El inicio del padecimiento fluctuó entre los 2 a 3 meses de edad.

E).- Familias.

LA ESTRUCTURA DE LAS FAMILIAS ES LA SIGUIENTE:

EN BASE A SU:	TIPO	FRECUENCIA	POR CIENTO
COMPOSICION	NUCLEAR	7	46.6 %
	EXTENSA	8	53.3 %
	COMPUESTA	-	-
ORIGEN	RURAL	3	20 %
	SUBURBANA	9	60 %
	URBANA	3	20 %
OCUPACION	CAMPESINA	-	-
	OBRERA	12	80 %
	PROFESIONISTA	3	20 %
DESARROLLO	PRIMITIVA	-	-
	TRADICIONAL	7	46.6 %
	MODERNA	8	53.3 %
INTEGRACION	INTEGRADA	12	80 %
	SEMI-INTEGRADA	3	20 %
	DESINTEGRADA	-	-

(esquema 2)

CICLO DE VIDA FAMILIAR

FASES	FRECUENCIA	POR CIENTO
MATRIMONIO	NINGUNA	-
EXPANSION	11	73.3 %
DISPERSION	4	26.6 %
INDEPENDENCIA	NINGUNA	-
RETIRO O MUERTE	NINGUNA	-

(esquema 3)

FUNCIONES QUE AMERITAN ATENCION

FUNCIONES	FRECUENCIA	POR CIENTO
REPRODUCCION	9	60 %
CUIDADO	15	100 %
AFECTO	13	86 %
SOCIALIZACION	9	60 %
STATUS	1	6 %

(esquema 4)

Es importante señalar que 3 familias se encuentran semi-integradas, de éstas, en 2 hay separaciones temporales del esposo y en la otra la separación es definitiva.

El ingreso familiar mensual promedio es de 5,220 pesos; con una oscilación de 3,000 a 9,600 pesos. El ingreso per cápita con una media de 1,276 pesos, variando de 500 a 2,400 pesos. El promedio de hijos en las familias es de 3, con una oscilación de 1 a 8. La vivienda es predominantemente en vecindad; con una renta promedio de 341 pesos, el rango se encuentra entre 125 a 1,700 pesos (8 familias no pagan renta). El número de cuartos promedio es de 2 por familia; habitandolos un promedio de 5 personas.

F).- Evolución Histórica de la Familia: Tenemos que en 4 familias, la unión se estableció por medio de un embarazo no deseado y en 7 familias el paciente identificado no fué deseado; en éstas últimas, tres familias corresponden a las que establecieron su unión mediante un embarazo no deseado (ver esquema 5). Encontramos en 8 familias unión legalizada, en 4 unión libre y en 3 unión libre inicialmente y luego legalizada.(ver esquema 6).

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

CICLO DE VIDA FAMILIAR	FRECUENCIA	POR CIENTO
UNION ESTABLECIDA DEBIDO A UN EMBARAZO NO DESEADO	4	26.6 %
EMBARAZO NO DESEADO EN PACIENTES IDENTIFICADOS	7	46.6 %

(esquema 5)

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

TIPOS DE UNION	FRECUENCIA	POR CIENTO
UNION LIBRE	4	26.6 %
UNION LIBRE Y POSTERIORMENTE LEGALIZADA	3	20.0 %
UNION LEGALIZADA DESDE EL PRINCIPIO	8	53.3 %

(esquema 6)

G).- Subsistemas Conyugal y Parental. Las relaciones entre los padres y de estos con el paciente identificado, se observan en los siguientes esquemas (7,8,9).

RELACIONES ENTRE LOS PADRES

VINCULOS	FRECUENCIA	POR CIENTO
CLARO	4	26.6 %
DIFUSO	2	13.3 %
RIGIDO	9	60.0 %

(esquema 7)

RELACION ENTRE EL PADRE Y EL PACIENTE IDENTIFICADO

VINCULO	FRECUENCIA	POR CIENTO
CLARO	7	46.6 %
DIFUSO	3	20.0 %
RIGIDO	5	33.3 %

(esquema 8)

RELACION ENTRE LA MADRE Y EL PACIENTE IDENTIFICADO

VINCULO	FRECUENCIA	POR CIENTO
CLARO	4	26.6 %
DIFUSO	11	73.3 %
RIGIDO	-	-

(esquema 9)

El Subsistema Fraternal (relación entre los hermanos), no -
aportó datos de interés.

Los datos obtenidos del rechazo ya sea consciente o incon --
sciente, en el grupo familiar hacia el paciente identificado; -
se describen en el esquema No. 10.

RECHAZO EN LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO

MIEMBRO FAMILIAR QUE RECHAZA	FRECUENCIA	POR CIENTO
PADRE	6	40 %
MADRE	2	13 %
ABUELA PATERNA	2	13 %
TIA PATERNA	1	6.6 %

(esquema 10)

H).- Dinámica Familiar: Los datos que se incluyen en este inciso, son los obtenidos de las 7 familias que corresponden al -- grupo B. En el 100 % de las familias la demanda aparente es la desnutrición en el paciente identificado, siendo éste el portavoz; a la madre le tocó el papel de emergente en 6 familias y - en una a la abuela materna; se identificó al padre como chivo - expiatorio en el 100 % de las familias, sumandose a éste la a-- buela paterna en 2 familias y la tía paterna en 2. Por lo que - respecta al padre en 4 familias cumple con su rol y en 3 solo - es proveedor. En la complementaridad de los roles, tenemos los - siguientes datos: Padre dominante--Madre pasivo dependiente en el 100 % de las familias; Abuela paterna dominante--Padre de-- pendiente, en un 42 %; Abuelo paterno dominante--Padre depen -- diente en un 14 %. Hay invasión de la relación conyugal, por, -

la tía paterna en tres familias; correspondiendo éstas al tipo de familia extensa. Coincidió en tres familias el inicio de la desnución, con una acentuación en la problemática familiar.

1).- Problemas Identificados: Los diez principales tipos de alteraciones en la relación familiar, se encuentran en el esquema 11, por orden de frecuencia.

PRINCIPALES ALTERACIONES EN LA RELACION FAMILIAR

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	FRECUENCIA	POR CIENTO
1.- PROBLEMAS DE LA COMUNICACION EN LA RELACION CONYUGAL	11	73%
2.- SOBREPOTECCION DE LA MADRE HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO	11	73%
3.- DEPENDENCIA EXCESIVA DE LA MADRE HACIA EL ESPOSO	8	53%
4.- RECHAZO DEL PADRE HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO	6	40%
5.- INESTABILIDAD ECONOMICA	5	33%
6.- NEGACION DEL PROBLEMA	4	26%
7.- FALTA DEL ROL PADRE SIENDO SOLO PROVEDOR	3	20%
8.- RELACIONES SEXUALES INSATISFACTORIAS	3	20%
9.- FRUSTRACION DE LA MADRE ACERCA DE LO QUE ESPERABA EN EL ESPOSO	3	20%
10.-RECHAZO DE LA MADRE Y ABUELA PATERNA HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO	2	13%

(esquema 11)

Otros problemas identificados, correspondientes, también a un 13 % son los siguientes: dependencia del padre hacia la -- abuela paterna; alcoholismo en el padre; interferencia de la abuela paterna en la relación conyugal; separaciones temporales del esposo por conflictiva familiar. Los correspondientes a un 6 % son: alianza entre abuela paterna y tía paterna, para interferir en la relación conyugal; rechazo de la tía paterna a el paciente identificado; no aceptación del rol esposo; transmisión de la frustración del esposo a la familia; - drogadicción del padre; invasión del rol madre por la abuela materna y por último sentimiento de minusvalía en el padre.

J).- Relación médico familia: En las familias del grupo B, - hubo 4 rechazos a la continuidad de las entrevistas; en 2 familias el padre se negó a continuar con éstas y en las otras 2 se suspendieron, por problemas de trabajo del padre. De estas 4 familias, 2 corresponden a familias que habían dejado - de asistir a la sala de rehabilitación nutricional.

K).- Cambios en la Familia: En las familias del grupo B encontramos lo siguiente; hubo disminución de la ansiedad en la madre al destapar la conflictiva, en 5 familias 71 % ; se mejoró la comunicación entre los conyuges en 3 familias 42 %; se hizo consciente la sobreprotección hacia el paciente identificado en 2 familias 28 %; se esclareció la importancia de que no interfieran en las relaciones conyugales, otras personas 28 %. Se hizo consciente en los conyuges la necesidad de

formar una familia nuclear; se reforzó la necesidad de mejorar el estado económico de la familia; se hizo consciente el rechazo del padre hacia el paciente identificado; en un 14 %.

En 3 pacientes se observó cambios en el estado nutricional, en 2 de ellos se pasó del II grado de desnutrición al primero y en otro se pasó al peso normal.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Las familias estudiadas corresponden principalmente a familias de origen suburbano, en las cuales las condiciones de saneamiento no son adecuadas; la ocupación del padre es por lo general la de obrero, la madre se dedica al hogar, y por consiguiente un bajo ingreso familiar. Un elevado porcentaje de familias convive con algún familiar consanguíneo, correspondiendo a los abuelos paternos. Las familias son jóvenes, en etapa de expansión; con gran necesidad de orientación en las funciones de reproducción, cuidado y afecto.

Juega un papel muy importante el embarazo no deseado, como causa de unión en cuatro familias; dándose ésta como unión libre. Es conveniente señalar que estos hijos no se encuentran desnutridos, ya que al parecer fueron aceptados. Tenemos el antecedente de embarazo no deseado en 7 pacientes identificados; los padres refieren que hubo aceptación posterior de éstos; pero nosotros identificamos en estas familias, rechazo del padre hacia el paciente identificado en seis, rechazo de la madre y abuela paterna en dos y rechazo de la tía paterna en una familia. El inicio de la desnutrición en los pacientes, fué aproximadamente a los 3 meses de edad; desde el punto de vista biológico, ésta es la edad propicia para iniciar con el proceso de la desnutrición y a nivel psicológico, en esta edad se rompe la simbiosis madre-hijo en donde el hijo empieza a identificarse, a discriminar el mundo exterior y a relacionarse con éste. Ya que encontramos en tres -

pacientes, que el inicio de la desnutrición coincidió con un incremento de la problemática familiar; pensamos que el paciente - identifica e internaliza la ansiedad del grupo familiar; en cuyo caso podríamos pensar que ésta situación es un factor coadyuvante en el origen de la desnutrición. Pero a su vez el proceso mismo de la desnutrición, aumenta la ansiedad del grupo familiar y esto la conflictiva.

Las relaciones entre los padres están bastante afectadas, encontrando una falta de comunicación en un porcentaje alto; en donde el bloqueo, en éste caso del esposo, condiciona poco aprendizaje y resistencia al cambio; dandonos por un lado padre dominante y por el otro madre dominada con gran temor a la pérdida. Esta rigidez hace que en algunas familias, la negación del problema sea importante y por lo tanto la capacidad de cambio se encuentre limitada.

Otro factor de importancia, es la falta de aceptación del rol padre, dedicandose exclusivamente a ser proveedor; repercutiendo ésto en las expectativas que la madre depositó en él, con gran frustración de ella y probable transmisión de ésta al hijo, debido a lo íntimo de su relación.

La dependencia del padre hacia su madre, determina en algunas ocasiones un tipo de alianza en contra de la relación conyugal, - y otras veces la interferencia de la hermana paterna. Debemos -- mencionar que la sobreprotección que da el grupo familiar al paciente identificado, y en especial la madre; condiciona una elevación en la ansiedad de él y dependiendo de la respuesta del paciente, aumento de la ansiedad en el grupo familiar.

La elaboración del rechazo solo se realizó en una familia, haciéndose consciente ésta situación. Observando que la recuperación nutricional del paciente fué hacia el peso normal. Notamos también disminución de la ansiedad de la madre, al destapar la conflictiva.

Y por último, tomando en cuenta que la desnutrición es un proceso multifactorial en el cual participan factores sociales, biológicos y psicológicos. Debemos comprender que dentro del aspecto psicosocial, la familia juega un papel importante desde el punto de vista sociodinámico en las interrelaciones familiares, en donde cualquier desajuste dentro del mecanismo homeostático familiar, generará ansiedad en cada uno de los integrantes y en su conjunto; depositándose ésta generalmente en algún miembro de la familia. Pensamos que es necesario en los pacientes con desnutrición y cualquier otra patología multifactorial, conocer la dinámica familiar y esclarecer las pautas transaccionales, mediante el proceso grupal, para una mejor recuperación nutricional. Basándonos en el pronóstico, conocer la capacidad de la familia para adaptarse al desequilibrio que por sí solo implica el hacer consciente la situación en el aquí y ahora; ya que en algunas familias los estereotipos son muy intensos y la imagen interna que el grupo tiene sobre el paciente es bastante rígida; es necesario conocer lo antes señalado, para tener una visión amplia y adecuada de lo que podríamos esperar de cada familia en particular.



BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Valenzuela, R.- Luengas, J. "Desnutrición-Marasmo-Kwashiorkor" Manual de Pediatría. Cap. XXI Ed. Interamericana, 9 edición. México, 1975. pags. 233-251.
- 2.- Bourges, H.-Chavez, A.- Ramos, R.- Segura, J.-Ysunza, A. "Desnutrición 1 parte" (mesa redonda). Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXI México, 1978 No. 8 pags. 5-29.
- 3.- Kempe, H.-Silver, H. "Trastornos de la nutrición" Diagnóstico y Tratamientos Pediátricos. Cap. XXV Ed. Manual Moderno, 2 ed. U.S.A. 1974 pags. 713-715.
- 4.- Torroella, J. "Desnutrición" Libro de Pediatría. Cap. II Ed. Fco. Mendez Oteo, 1 edición. México, 1977 pags. 117-125
- 5.- Nelson, M. "Desnutrición" Tratado de Pediatría. Cap. III Ed. Salvat Editores S.A. 6 edición U.S.A. 1974 pags. 169-171.
- 6.- Arrieta, R.- Cravioto, J. "Desnutrición proteico-calórica en el niño" Nueva guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico. Ed. Mendez Cervantes Cap. XIV 2 edición - México, 1979 pags. 149-182.
- 7.- Diaz, E.-Jano, L. "Guía para el estudio de la clínica VIII" - Pediatría. Cap. VI Ed. Mendez Ateneo. 2 edición. México, 1978 No. 2 pags. 185-196.
- 8.- Vasconcelos, R. "El hambre" Mundo Médico. Vol. II 1975 No. - 16 pags. 16-20
- 9.- Recalde, F. "La alimentación humana, piedra angular del desarrollo" Política Alimentaria y Nutricional. Cap. I Ed. Fondo de la Cultura Económica. 1 edición. 1970 pags. 19-20.

- 10.- Peregrinas, L. "Población, Salud y Alimentación" Salud Pública de México Vol. XV. Nov-Dic. 1973 No. 6 pags. 873-879.
- 11.- Gonzalez, B.- Guevara, R. "Síntesis de Historia de México" - Libro de Texto. Cap. I-II 1961 pags. 23-139.
- 12.- Montaña, J. "Panorama Histórico" Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos. Cap. I Ed. Siglo XXI 1 edición. 1976. pags. 9-17.
- 13.- Aguirre, B. "Panorama de la salud en la situación intercultural" Instituto Indigenista Interamericano. Cap. III 1 edición. Vol. 1 1955 pags. 56-57.
- 14.- Frenk, S. "La conquista de la desnutrición" Revista Mexicana de Pediatría. Vol. XLVI. Marzo-Abril, 1979 No. 2 pags. 7-8.
- 15.- Discusiones técnicas de la XXIII reunión del consejo directivo de la OPS (Naciones Unidas 1972). "Situación Nutricional y alimentaria en los países de America Latina y el Caribe" - Demographyc Yearbook. Vol. XXVI Enero, 1974.
- 16.- Vega, L. "Magnitud y Naturaleza de la desnutrición infantil en México" Salud Pública. Vol. XV Nov-Dic. 1973 No. 6 - pags. 891-895.
- 17.- Heredia, A. "Desnutrición infantil, aspectos epidemiológicos" Salud Pública. Vol. XV Nov-Dic. 1973. No. 6 pags. 881-887.
- 18.- Abdijan, I. "Desnutrición proteico-calórica en relación con la urbanización" J. Trop. Pediatric. Environ Child Hlth. -- England, 1975. 21/1b. pags. 10-11
- 19.- Ramos, R.- Cravioto, J. "Nutriología Pediátrica" Boletín Médico del Hospital Infantil. Vol. XVIII, 1961 No. 1 pags. 406-410.

- 20.- Calderon, G. "Aspectos Psíquicos" (Alimentación y Nutrición) Sesión Ordinaria de la Academia Nacional de Medicina; Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional. 14-Mayo-1980.
- 21.- Spitz, R. "El papel de las relaciones entre hijo y madre en el desarrollo del infante" y "Perturbaciones psicotóxicas" El primer año de vida del niño. Cap. VII-XIII. 1969 Ed. Fondo de la Cultura Económica. pags. 99-117 y 158.
- 22.- Pérez, J. "Necesidades Afectivas" Etapas del desarrollo y -- trastornos emocionales en el niño. Ed. Técnica-científica. - 1 edición. La Habana, 1975 pags. 29-30.
- 23.- Lara, T.- Velazco, M. "Psiquiatría Infantil" Atención Médica (mesa redonda). Marzo, 1978.
- 24.- Symonds, P. "El rechazo del hijo" Las relaciones familiares. Ed. Paidós. 1 edición 1965 pags. 47-50.
- 25.- Cuellar, A. "Seminario sobre alimentación en el niño" Cuadernos de Nutrición. Vol. 1 Enero-Feb. 1976 No. 1 pags. 22-24.
- 26.- Tocaven, R. "Niños Normales" Higiene Mental. Ed. Edicol 1 e dición. 1979 pags. 31-34.
- 27.- Laing, R. "Posiciones falsas e insostenibles" El Yo y los Otros. Ed. Fondo de la Cultura Económica. 2 edición. 1974 -- pags. 137-141.
- 28.- Jackson, D.- Watzlawick, P. "Exámen teoría del doble vínculo" Comunicación, Familia y Matrimonio. Ed. Nueva Visión Psicología Contemporánea. 1977 pags. 89-91.
- 29.- Luengas, J. "Alimentación" Nuevos aspectos sobre viejos conceptos de la desnutrición. Academia Mexicana de Pediatría. Ed. Nestlé. 1 edición. 1973. pags. 137-141.
- 30.- Ramos, R. "Nutrición" Boletín Médico del Hospital Infantil -

de México. Vol. XXVII Mayo-Junio, 1970 No. 3

- 31.- Behar, M. "Desnutrición" La desnutrición un problema social, trabajo presentado en el 13 congreso de Ciencias del Pacífico. Vancouver Canada. Enero, 1975 No. 35 pags. 533.
- 32.- Luengas, J. "Los hábitos alimentarios y la educación nutricional como causa y prevención de trastornos nutritivos" Cuadernos de Nutrición. Vol. IV 1979. No. 1 pags. 93-106.
- 33.- Robson, R. "Caprichos en la alimentación" Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Nutrición en Pediatría. Ed. Interamericana. 1 edición. 1977 pags. 195-207.
- 34.- Rawson, I- Valveroe, V. "The etiology of malnutrition among preschool. Children in rural Costa Rica" Trop. Pediat. Environ child hlth. England, 1976 22/1 pags. 12-17.
- 35.- Vandale, S. "Factores sociales y culturales que influyen en la alimentación del lactante menor en el medio urbano" Salud Pública de México. Vol. XX Marzo-Abril, 1978 No. 2 pags. 215-229.
- 36.- Gómez, F. "Desnutrición" Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1946.
- 37.- Chávez, A.- Segura, J.- Bourges, H.- Ramos, R.- Ysunza, A. "Desnutrición 2 parte" (mesa redonda) Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXI 1978. No. 9 pags. 6-20.
- 38.- Gómez, F.- Ramos, R.- Cravioto, J.- Frenk, S. "Estudio sobre la alimentación en el niño" Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. XV. No. 6 .
- 39.- Vega, L. "Consecuencias de la desnutrición en la Infancia". Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. XXX Julio-Agosto, 1973. No. 4 pags. 627-639.

- 40.- Cuellar, A.- Luengas, J. "Evaluación clínico dietaria en la recuperación del niño con desnutrición proteico-calórica - (DPC) con una dieta tipo" Cuadernos de Nutrición. Vol. II - Enero-Febrero-Marzo, 1977 pags. 5-16.
- 41.- Luengas, J.- Cuellar, A. "El efecto de la concentración proteica de dos fórmulas lácteas en la recuperación del lactante desnutrido" Cuadernos de Nutrición Vol. I Oct-Nov-Dic. - 1976 pags. 329-338.
- 42.- Diaz, E. "Salud Orgánica del niño" Gaceta Médica de México. Vol. CXIV Abril, 1978 No. 4 pags. 168-171.
- 43.- Ackerman, N. "Psiquiatría del niño" Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. XXVIII Abril, 1971 No. 2

El estudio de la dinámica familiar, se basó en la siguiente - Bibliografía:

- 1.- Ackerman, N. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Paidós 6 edición. Buenos Aires, 1978.
- 2.- Bleger, J. Psicología de la Conducta. Ed. Paidós 7 edición Buenos Aires, 1977.
- 3.- Fromm, E. Horkheimer, M. Parsons, T. La Familia. Ed. Península 5 edición USA, 1978.
- 4.- Leñero, L. La Familia. Ed. Edicol 1 edición México, 1976.
- 5.- Minuchin, S. Familias y Terapia Familiar. Granica Editor 1 edición USA, 1977.
- 6.- Pichon-Riviere, E. El Proceso Grupal. Ed. Nueva Visión 4 edición Buenos Aires, 1978.
- 7.- Pichon-Riviere, E. Teoría del Vínculo. Ed. Nueva Visión 1

- edición Buenos Aires, 1979.
- 8.- Sánchez, J. Familia y Sociedad. Cuadernos de Joaquín Mórtiz
3 edición México, 1980.
- 9.- Satir, V. Psicoterapia Familiar Conjunta. La Prensa Médica
Mexicana 1 edición USA, 1980.
- 10.- Satir, V. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Ed. -
Pax-México 1 edición USA, 1980.