

# **Estudios sobre la recuperación de niños desnutridos en comunidades rurales**

## **II.—La importancia de una auxiliar adiestrada.**

**ADOLFO CHÁVEZ V.\* Y GUADALUPE IÑÍGUEZ\*\***

### **RESUMEN**

Para evaluar los resultados de un programa educativo realizado a nivel del hogar por una auxiliar adiestrada sobre técnicas de alimentación infantil, se vigilaron durante 6 meses los 26 niños desnutridos encontrados en la comunidad de Tepetlixpa. Primero se les dio atención médica y dos y medio meses después se inició la educación.

La atención médica fue pobre en sus resultados, pues sólo la cuarta parte mejoró y los restantes se mantuvieron más o menos en la misma situación. Cuando se agregó la educación a nivel del hogar el cambio fue notable: un 76.9% mejoró ostensiblemente y los demás, con excepción de un caso, también modificaron positivamente su estado de nutrición.

Se comenta que, a pesar de la serie de problemas socioeconómicos de las familias, la desnutrición infantil es bastante susceptible de ser combatida por la educación, sobre todo cuando ésta se realiza directamente en el seno del hogar mismo.

Se concluye sobre la gran importancia que pueden tener las auxiliares de enfermería adiestradas especialmente sobre el problema, las que al poderse comunicar mejor con las madres y darle un sentido práctico a la educación, pueden ser elementos valiosos para la prevención y el tratamiento de la desnutrición infantil.

Debido a que la primera investigación de esta serie (1) mostró que el médico que trabaja en su consultorio en el tratamiento de niños desnutridos tiene muchas dificultades para

---

\* Jefe de la División de Nutrición del I.N.N., México, D. F.

\*\* Asociado en Investigación, I.N.N., México, D. F.

Recibido: 5-6-1967

hacerlos progresar hasta recuperaciones más o menos completas, se pensó en evaluar la ayuda que en este sentido pudiera prestar una auxiliar adiestrada específicamente para el efecto.

La idea de que la educación en el hogar puede ser eficaz para complementar positivamente la labor del médico surge del conocimiento de que no solamente la falta de recursos económicos es limitante en el cumplimiento de las órdenes médicas, sino que quizá son factores más importantes aún la actitud de inercia e incomprensión de la madre y su falta de recursos intelectuales y culturales para resolver sobre la marcha el problema de la nutrición de su niño. Es precisamente en este aspecto en donde una educación directa sobre la forma de preparar y administrar los alimentos al niño puede ser decisiva.

### MATERIAL Y METODOS

La comunidad escogida para la investigación fue Tepetlixpa, que tiene una población total de 5.240 habitantes que viven en su gran mayoría de la agricultura.

La economía de la comunidad es bastante precaria; la mayoría de las familias tienen entre una y 4 hectáreas de terreno en donde siembran maíz y frijol para su consumo, pero como no les alcanza para todo el año tienen huertos familiares en donde producen frutas, flores y algunos animales que venden en los mercados vecinos. De todas maneras, los hombres frecuentemente tienen que emigrar por períodos cortos de tiempo a zonas vecinas más desarrolladas o aun a la Ciudad de México para trabajar como jornaleros y así obtener ingresos extras.

La población es de predominio indígena con escaso mestizaje, pero el idioma predominante es el español; el analfabetismo es ligeramente superior al 50% y desde 1955 existen algunos servicios comunales como escuela, luz eléctrica y agua entubada, que son insuficientes para la comunidad.

El material estuvo constituido fundamentalmente por los 26 niños desnutridos que se encontraron en la comunidad mediante una búsqueda intensiva realizada durante dos meses, tanto por visitas casa por casa como por referencia a través de voluntarios organizados para el efecto.

El criterio para calificar a los niños desnutridos se basó esencialmente en el peso, puesto que se juzgó como tal a aquellos que tuvieron menos del 60% de su peso teórico para su edad, de acuerdo a las tablas de Meredith y Stuart (2), o que, a pesar de tenerlo ligeramente superior, tenían signos y síntomas inequívocos de desnutrición.

En los 26 niños se realizó: 1) Investigación del ambiente familiar; 2) Historia clínica y dietética; 3) Exploración física especializada, y 4) Evaluación de los resultados del tratamiento.

A todos ellos se les dieron dos consultas médicas sucesivas en las que se prescribieron líquidos por vía oral o intravenosa, antibióticos y leche en polvo; además se dieron consejos sobre alimentación infantil. A los 15 días se les dio otra consulta en la que se insistió en el mismo tratamiento y en la necesidad de administrar una dieta, que fue igual a la mencionada en el primer estudio de la serie. Se les dejó de ver dos meses y medio y se evaluaron los resultados de este "tratamiento de consultorio".

Al mismo tiempo que el médico realizó la evaluación, hizo la prescripción dietética enfrente a una auxiliar especialmente adiestrada. En seguida la auxiliar acompañó a la madre a su casa y conjuntamente con ella preparó y administró los alimentos aconsejados por el médico. Posteriormente regresó al día siguiente y a las 2 semanas realizó el mismo trabajo. Se dejó sin visitar a la madre durante 2 meses y medio y se evaluó el resultado de este "tratamiento educativo".

La auxiliar escogida era una persona con educación secundaria únicamente, que fue adiestrada en forma personal e intensiva durante 3 semanas sobre los métodos de educación a nivel del hogar sobre la preparación y la administración de los alimentos infantiles que rutinariamente prescribiría el médico (1).

## RESULTADOS

### *Datos epidemiológicos*

La prevalencia de la desnutrición fue de 3.9% del total de niños menores de 5 años, lo que implica la gran importancia del padecimiento.

En el Cuadro 1 se presenta la frecuencia de desnutrición por edades y sexos. En él se observa que la enfermedad es 2 veces más común en las niñas que en los niños y que la frecuencia máxima corresponde a los de 2 años cumplidos, edad en la que más del 10% del total de niños de esa edad tuvo desnutrición.

CUADRO 1

## FRECUENCIA DE DESNUTRICION POR EDAD Y SEXO

EDADES (años cumplidos)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Menos de 1 año	1	1.4%	1	1.4%	2	2.8%
de 1 año	0	0.0%	5	8.9%	5	4.0%
de 2 años	4	8.5%	7	13.2%	11	11.0%
de 3 años	1	1.8%	2	2.7%	3	2.3%
de 4 años	2	2.3%	3	3.9%	5	3.1%
TOTAL	8	2.4%	18	5.4%	26	3.9%

Los datos del registro civil no fueron congruentes con estas observaciones, ya que los certificados de defunción únicamente mencionan a la desnutrición en el 4.5% de las muertes acaecidas en menores de un año y en el 8.6% de las acaecidas en preescolares. Esto seguramente es causado por la falta de reconocimiento de la enfermedad y al registro poco cuidadoso del padecimiento.

*Datos de ambiente familiar*

Las familias de los niños desnutridos fueron en general grandes, ya que sólo una tuvo menos de 5 miembros y 11, o sea el 42.4%, tuvieron más de 9.

El tamaño de las familias permite considerar mejor los niveles de ingreso. En el Cuadro 2 se muestra que la mayoría de ellas dispone de un equivalente de aproximadamente 10 pesos para sus gastos diarios.

CUADRO 2

## INGRESO SEMANAL POR FAMILIA

Pesos a la semana	Familias	Distribución porcentual
Menos de \$60.00	3	11.5
de \$60.00 a \$80.00	15	57.7
de \$80.00 a \$100.00	6	23.1
más de \$100.00	2	7.7
TOTAL	26	100.00

Notas: Incluye ingreso en especie.

Un peso es igual a 8 cents. de dólar.

A pesar de que la mayoría de las familias de la comunidad dispone de tierras ejidales para cultivo, las de la muestra, con excepción de 2 (7.7%), no la tenían. De las restantes, en 20 casos (76.9%) el padre trabajaba como jornalero y en 4 (15.4%) la madre mantenía a la familia trabajando como sirviente.

Con la excepción de 3 familias (11.4%), ambos padres eran analfabetos o habían asistido a lo más 2 años a la escuela.

El alcoholismo del padre también fue frecuente, aunque sólo en 3 (11.5%) este factor se consideró importante en la dinámica familiar.

Cinco de los niños (19.0%) tuvieron uno o ambos padres enfermos de algún padecimiento crónico; las enfermedades más comunes fueron tuberculosis y epilepsia.

En la mitad de las familias previamente había habido hijos muertos, en el 34.8% con 2 ó más por familia. La causa de la muerte de los hermanos fue en la mitad clasificada como desconocida o mal especificada, y en las restantes, proporciones semejantes se atribuyeron a diarrea y a padecimientos broncopulmonares. No se mencionó a la desnutrición en ningún certificado.

En el 65.2% de los casos el niño desnutrido fue el último de la familia y en los restantes 34.8% fue el penúltimo.

La actitud de las madres hacia el padecimiento del niño fue, en general, muy negativa; en 19 casos (73.1%) no se ha-

bían dado cuenta de que el niño estaba desnutrido, y aun después de la primera consulta 17 madres (61.5%) siguieron insistiendo que la falta de alimentos no tenía nada que ver con la enfermedad de su hijo.

Los factores que las madres mencionaron como causantes de la situación del niño en orden de frecuencia fueron: 1) a que ellas mismas, durante el embarazo, parto o lactancia, tuvieron enfermedades, problemas emocionales o que no se alimentaron bien; 2) a que algunos alimentos le hicieron daño al niño, sobre todo frutas como el melón, la sandía y el capulín; 3) a accidentes o enfermedades del niño, sobre todo "sustos", caídas y a "debilidad congénita del niño", y 4) únicamente 2 madres consideraron a la falta de alimentos como factor causal.

En el fondo una gran parte de las madres atribuyen la enfermedad a causas mágicas o a acción del ambiente, ya que los nombres dados de la condición que sufría el niño fueron: "mal de ojo", "susto", "tiricia y "perlecia", que se sabe están relacionados a esos factores (3).

El proceso que siguieron las madres de estos niños fue primero tratarlos con remedios caseros a base de tés y supresión de la mayoría de los alimentos; posteriormente compran diversas medicinas de patente que recomiendan los vecinos, sobre todo jarabes, suspensiones o inyecciones que casi siempre tienen antibióticos, y por último los llevan con el curandero o con el médico. El 19.2% de los niños habían sido llevados previamente con el curandero, el que administró diferentes tipos de infusiones a base de hierbas u hojas locales y hace una "limpia" que consiste en una ceremonia de tipo mágico que intenta quitar maleficios o influencias ambientales.

Existe la creencia de que el médico puede hacer daño a los niños y en 2 casos este efecto fue atribuido específicamente al estetoscopio.

#### *Antecedentes de los niños*

De los 26 niños, 18 nacieron en parto eutócico y normal; de los restantes, 4 posiblemente fueron prematuros y otros 4 nacieron en parto distócico. No se tuvieron los pesos de los niños al nacer.

Todos tuvieron antecedentes de haber sufrido diarrea en más de una ocasión; 20 (76.7%) la tuvieron en forma impor-

tante y relacionada estrechamente con el cuadro nutricional.

También todos los niños tuvieron antecedentes de infecciones respiratorias, pero en menor grado que en lo referente a diarreas, ya que únicamente en 8 (30.8%) éstas tuvieron cierta importancia.

En lo relativo a enfermedades infecto-contagiosas de la infancia (sarampión, tosferina, varicela y otras) solamente 11 (42.3%) habían tenido cuadros clínicos intensos y de posibles consecuencias para la nutrición del niño.

En cuanto a parasitosis, 3 (11.5%) habían tenido el antecedente de haber observado ascaris u otros parásitos en la materia fecal; sin embargo, a 8 (30.7%) les habían purgado con una frecuencia excesiva y con el menor motivo. Los purgantes son preparados por algunas señoras de edad o por los curanderos a base de diversas plantas locales.

A 5 de los niños (19.2%) se les dio algo de comer como suplemento de la lactancia durante el primer semestre, a 10 (38.5%) se les inició durante el segundo y a los 11 restantes (42.3%) se les comenzó a dar algo hasta el segundo año de vida.

Los alimentos usados para esta suplementación, en orden de frecuencia, fueron: 1) caldo de frijol, que en esta comunidad, como en toda la parte central y sur del país, se da sin el grano; 2) tortillas y pan que se dan en poca cantidad para que los chupe el niño; 3) sopa de pasta, y 4) ocasionalmente gelatinas y frutas.

El 30.8% utilizaba con frecuencia atole de maíz, la mitad de ellas le agrega leche. Este último alimento, además de usarse en los atoles, también se utiliza solo o con café. En una u otra forma únicamente el 23% de las madres les habían dado leche de vaca a los niños, pero en todos los casos se administró en forma intermitente e irregular. Los otros alimentos de origen animal se utilizaron poco, pues únicamente 4 niños habían recibido alguna vez carne o huevo durante este período.

Cuando los niños fueron estudiados, todos habían sido destetados; en general, éste fue tardío, ya que a la gran mayoría de los niños se les retiró el pecho materno alrededor de los 2 años de edad.

La alimentación que recibieron los niños después del destete fue muy constante y es característica en la comunidad. En nuestros casos fue la siguiente:

**CUADRO 3**  
**EDAD DE DESTETE DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS**

Edad en meses	Número	%
Menos de 6	0	0.0
de 6 a 12	4	15.4
de 12 a 18	5	19.2
de 18 a 24	8	30.8
de 24 a 30	8	30.8
de 30 a 36	1	3.8
más de 36	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

Desayuno: a) café o té con azúcar (50%), atole sin leche (33%) o atole o café con leche (12%); b) pan o tortillas (igual proporción consumió uno u otro); c) el 73% consumió además frijoles; d) rara vez otro alimento, por ejemplo, un niño tomaba huevo algunas veces y otro fruta.

Comida: toman sopa de pasta (80%), frijoles (88.5%) y tortillas. La mitad come también fruta y 2 ó 3 veces a la semana carne o huevo. Más rara vez se les dan verduras.

Cena: por lo general, no se ofrece nada al niño por la tarde o por la noche (61.5%); cuando esto se hace se les da atole o té con tortillas o pan.

En relación a los antecedentes sobre evolución psicomotora del niño, de acuerdo a las tablas de Gesell (4), se obtuvieron los siguientes datos: 1) durante el primer trimestre la evolución de los niños fue normal, sólo 4 presentaron retraso y un número igual se adelantó durante el 2º semestre; un 46.2% tuvo un franco retraso. Posteriormente, la evolución de los niños fue muy variable y dependió de la edad y la forma de aparición de la desnutrición. Se encontraron, en general, 3 tipos diferentes de evolución: a) evolución más o menos normal hasta los 8 meses y posteriormente un retraso progresivo hasta ser visto en la consulta; b) evolución variable con altas y bajas sucesivas, y c) retraso marcado desde edades tempranas y bastante constante.

### *Cuadro clínico*

Los 26 casos se caracterizaron por un comienzo insidioso y una evolución lentamente progresiva, cuyos principales síntomas fueron detención del crecimiento, enflaquecimiento, diarrea, apatía y anorexia. En ningún caso fue posible señalar una fecha más o menos precisa de la iniciación; pero siempre se juzgó que el niño tenía más de 2 meses en esa situación. En ningún caso se observó que los síntomas aparecieran en forma brusca o florida. Las madres, durante el interrogatorio, le dieron gran importancia a la diarrea.

En total, 8 (30.7%) tuvieron edema, 5 en forma notable; este signo se presentó entre 15 días y 2 meses antes de ser vistos por el médico.

Este cuadro clínico tan poco ostensible en parte se debió a que la mayoría de los niños no fueron llevados espontáneamente al médico, sino fueron vistos debido a la insistencia de las personas que participaron en la investigación.

El diagnóstico se hizo más bien por el examen físico. El trastorno de crecimiento indudablemente constituyó el dato cardinal, ya que, además de haber sido constante, fue importante criterio para la selección de los casos (Cuadro 4).

Indudablemente que un punto de gran importancia en la exploración física lo constituye el aspecto general del niño. En casi todos se observó que no caminan o no hablan a pesar de tener edad para ello; son indiferentes al medio, con gran apatía; tienen aspecto de tristeza y su actitud es hostil y no cooperan durante la exploración. También es fácil evidenciar la delgadez y la atrofia de las masas musculares.

En el Cuadro 5, en las primeras columnas, se presentan los principales datos de exploración física. Las alteraciones más constantes son las del pelo, piel y mucosas; las que en los casos positivos fueron siempre bien claras.

El edema no fue constante y cuando se encontró tampoco fue intenso; se localizó en maleolos, párpados y mejillas. Las lesiones cutáneas en la gran mayoría de los casos no fueron típicas, de acuerdo a las descripciones clásicas del Kwashiorkor, sino más bien la piel fue seca, pigmentada y con zonas de atrofia e hipertrofia.

### Resultados del tratamiento de "Consultorio"

#### (Primera evaluación)

1.—En general se observó una mejoría en el peso, pero ésta no fue muy marcada, ya que únicamente 9 de los niños (34.6%) recuperaron un 5% o más del peso previo (Cuadro 4).

2.—De acuerdo al criterio diagnóstico, o sea al porcentaje de su peso, es posible considerar que 7 mejoraron ostensiblemente de su desnutrición.

3.—En relación a la sintomatología, únicamente 6 mejoraron en forma notoria durante los 2 y medio meses de la observación, los 20 restantes continuaron con diarrea y con las manifestaciones clínicas de desnutrición.

4.—La frecuencia de los signos físicos de mala nutrición también disminuyó, aunque algunos de ellos, como las alteraciones del pelo y de la piel, persistieron con la misma intensidad (Cuadro 5).

### Resultados del tratamiento "Educativo"

#### (Segunda evaluación)

1.—En los 3 meses siguientes se observó que 23 de los 26 niños recuperaron un 5% o más de su peso previo y, lo que no pasó en ningún caso con el tratamiento de consultorio, 8 tuvieron recuperaciones de 15% o más, lo que es excelente, dado el corto tiempo de observación.

2.—Durante la segunda evaluación, de acuerdo al criterio de peso, 20 de los 26 (76.9%) se pudieron juzgar como curados.

3.—Después del tratamiento "educativo", 21 (80.7%) de los 26 no volvieron a tener diarreas ni ninguna otra manifestación asociada y la casi totalidad (25 de los 26) tuvieron una notable mejoría de los síntomas de desnutrición.

4.—Como se ve en el Cuadro 5, muchos signos de desnutrición desaparecieron o disminuyeron grandemente y sólo persistieron pocos casos con signos importantes. El signo de bandera aumentó de acuerdo a lo lógico y también la presencia de hepatomegalia, lo que es curioso dado a que se ha dicho que el síndrome de recuperación, situación en la que aparece en hepatomegalia, sólo se presenta cuando la recuperación es brusca y no lenta, como sucedió en estos casos.

CUADRO 4

CAMBIO EN LA DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE ACUERDO AL PORCIENTO DEL PESO TEORICO PARA SU EDAD

% DEL PESO TEORICO PARA LA EDAD	ESTUDIO INICIAL		PRIMERA EVALUACION (3 meses después)		SEGUNDA EVALUACION (6 meses después)	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Menos de 50%	2	7.7	1	3.8	0	0.0
55 a 50%	3	11.5	2	7.7	0	0.0
60 a 55%	14	53.9	4	15.4	0	0.0
65 a 60%	7	26.9	12	46.2	6	23.1
Más de 65%	0	0.0	7	26.9	20	76.9
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>

\* Patrones de las Tablas de Meredith-Stuarde (2).

CUADRO 5

**CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE LOS SIGNOS CLINICOS DE DEFICIENCIAS NUTRICIONALES**

Signos clínicos	Casos positivos	1ª evaluación (3 meses desp.)	2ª evaluación (6 meses desp.)
Pelo arrancable	22	15	1
Pelo delgado y depigmentado	26	26	13
Signo de bandera	6	6	10
Edema palpebral	8	3	0
Blefaritis	2	2	0
Lesiones comisura ocular	2	2	0
Queilosis	11	4	0
Encías escorbútcas	3	3	0
Glositis	4	2	0
Lengua lisa	17	17	2
Manchas hipocrómicas	23	20	4
Edema de mejillas	2	0	0
Hipertrofia parótidas	3	0	0
Bocio I	1	1	1
Palidez acentuada	19	11	1
Piel seca y pigmentada	18	13	1
Piel hipertrófica	8	2	0
Abdomen prominente	7	6	1
Hepatomegalia	4	5	15
Edema maleolar	5	2	0
Dolor en pantorrillas	1	0	0

**COMENTARIO Y CONCLUSIONES**

El estudio muestra la alta frecuencia de la desnutrición infantil en la comunidad, que resultó mayor de la esperada, pues uno de cada 25 niños la sufría. Los niños de 2 años de edad fueron los más susceptibles, y un 10% de ellos se encontró desnutrido. Esta edad corresponde con bastante precisión a la época inmediatamente posterior al destete, que se realiza aproximadamente a los 18 meses de edad. Muy posiblemente el hecho de que se encontrara el padecimiento más en las mujeres que en los hombres es un apoyo a la vieja obser-

vacación de que aquéllas tienen menos protección y cuidados en nuestro medio rural.

Aunque, desafortunadamente, no se estudió una muestra de niños sanos como control, fueron claros la serie de factores económicos, culturales y de salud de la familia, ligados estrechamente con la enfermedad infantil. Se observaron con alta frecuencia familias pobres, sin tierra, ignorantes y con muchas ideas erróneas sobre alimentación infantil, a los que se agregaron situaciones como ausencia de uno de los padres, padres con enfermedades crónicas o alcoholismo, hipogalactia de la madre, enfermedades infecciosas del niño, etc.

Es evidente que todos los factores mencionados están íntimamente relacionados entre sí, por lo que no es posible señalar a cualquiera de ellos como causante, ni aun siquiera en algún caso específico. Si únicamente se estudian los factores precipitantes directos, o sea la mala alimentación asociada a las enfermedades infecciosas, sobre todo la diarrea, puede pensarse que la ignorancia y los prejuicios sobre el cuidado del niño son los factores más importantes, pero es obvio que éstos forman parte del contexto socio-cultural y económico de la familia y la comunidad, por lo que muy probablemente, y en el sentido más amplio, la desnutrición infantil, como padecimiento endémico, sea consecuencia de la mala adaptación de un grupo humano a su ambiente ecológico, o sea a la falta de desarrollo socioeconómico.

A pesar de la complejidad del problema, la desnutrición infantil es bastante susceptible de atacarse por medio de la educación, la que es especialmente efectiva cuando, como en este estudio, se aplica a casos individuales. Los alimentos que consume la familia, usados en forma correcta, tienen gran valor como suplementos de la lactancia y su utilización temprana puede condicionar que en la época de destete el niño esté más preparado para la falta de alimentos de buena calidad.

En los desnutridos estudiados se mostró que la carencia nutricional causa un cuadro de evolución lenta y progresiva, y que no sólo es proteica, sino también faltan calorías y otros nutrimentos importantes. En el caso especial de esta y otras comunidades semejantes, la falta de "cantidad" de alimentos es indiscutible. A las 2/3 partes de los niños se les da un desayuno escaso, una comida de regular cantidad y después, en

la tarde o en la noche, no se les da absolutamente nada. Es difícil que un niño de 2 años pueda ser sano con este patrón de alimentación y si a esto se agregan las "dietas" que prescriben con cualquier motivo, como enfermedades, purgas, etc., la situación se vuelve más seria.

En todos los aspectos mencionados interviene en forma determinante la actitud de la madre, de la familia y de la comunidad en relación con la desnutrición. Para ellos no existe como enfermedad, cuando más la consideran como un incidente de la que creen que es la enfermedad principal, que habitualmente es de origen mágico, "humoral" o ambiental, en el sentido hipocrático de dichos conceptos. Además, esta situación interviene en forma decisiva en el tratamiento, ya que, de acuerdo a su manera de pensar, la alimentación prescrita como terapéutica no es tal y se piensa que por ello fueron tan diferentes los resultados del tratamiento "de consultorio" con el "educativo" en el hogar.

El cuadro clínico observado difiere en algunos aspectos del que comúnmente se informa como frecuente en los hospitales. No hubo casos agudos y floridos, sino se trató de un proceso lento, con alzas y bajas, pero progresivo, con pocos síntomas y signos, pero en los que el deterioro general fue manifiesto y en las que el aspecto general y la actitud del niño fueron de gran importancia diagnóstica. La diarrea fue, para la madre, el síntoma más importante y la que hizo que la madre automedicara al niño o lo llevara al curandero. Esta diarrea es, en general, intermitente; durante unos días el niño está mal, le retiran algunos alimentos, entre ellos la leche cuando la recibe, le dan diversas infusiones y le administran antidiarreicos de patente; habitualmente la diarrea disminuye y le vuelven a restaurar la alimentación sólo para que se vuelva a repetir el ciclo hasta que el niño se pone "triste", que es cuando lo llevan con el curandero o se le presenta una enfermedad intermitente y el niño muere.

De los signos físicos observados llama la atención como muy constante y hasta cierto punto característica la presencia de las lesiones del pelo; mientras por otra parte el edema clínico no fue de frecuente detección; esto puede ser importante para juzgarlos como índices sanitarios, pues por lo menos, para las condiciones de la comunidad, el primero puede ser mejor que el segundo.

Indudablemente que de la comparación de los resultados del tratamiento se puede obtener algunas conclusiones prácticas.

Con la prescripción médica en el consultorio se logró poco, mientras que la auxiliar adiestrada, que lo fue solamente por 3 semanas y sólo en el aspecto específico de alimentación infantil, logró éxito prácticamente total en el 76.9% de los casos y parcial en los restantes, con excepción de uno.

A pesar de las objeciones que pueden darse al efecto, por tratarse de un procedimiento experimental, parece innegable la importancia y el valor de la labor educativa de la auxiliar, y se piensa que aun ésta sólo puede lograr más, cuando trabaja correctamente, que un médico sentado en el consultorio; aunque lo ideal debe ser desde luego la acción coordinada de ambos.

La razón de la conclusión anterior parece ser que, por lo menos en un medio semejante al de la comunidad estudiada, el médico logra poca comunicación con las madres; la simple prescripción de la alimentación no establece una pauta de conducta en la madre, por lo que es seguida sólo cuando ésta toma la decisión y tiene los recursos sociales y culturales para ello. Por lo que lo más frecuente es que no encuentre cómo seleccionar los valores importantes e introducirlos a su medio económico, cultural y físico, por lo que los resultados del consultorio son transitorios.

Por otro lado, la auxiliar, enseñando en la cocina, con los medios y recursos de la madre, puede lograr una mejor modificación de los hábitos; puede sugerir técnicas de alimentación y cuidado de los niños, puede demostrar prácticamente la manera de hacerlo con los recursos familiares y también puede comunicarse mejor y darles un sentido más práctico a los consejos, y, por último, también puede vigilar más estrechamente al niño.

Puede concluirse de este estudio la gran importancia que debe dárseles a las auxiliares de enfermería en los centros materno-infantiles en el medio rural y la necesidad de adiestrarlas intensamente en los aspectos prácticos de alimentación infantil, ya que sus posibilidades son muy amplias como agentes de prevención y tratamiento de la desnutrición infantil y de mejoramiento en general del niño.

## SUMMARY

Studies on nutritional recuperation of children in rural communities.

II.—The importance of an auxiliary nutritionist.

The study was conducted on 26 malnourished children (less than 60% of the theoretical weight for their age) of a rural community of México. They first were seen twice by a physician who prescribed a proper treatment which included antibiotics and milk and a proper diet. After 2½ months only 25% of the children had improved. Then an educational program for the mothers was started by a person trained specially during 3 weeks for this work. The education consisted of home visits and demonstration of the preparation of the dishes prescribed by the physician during 2 weeks. After another 2½ months, 76.9% of the children had improved very significantly and the rest, with the exception of one case, had improved slightly.

It is concluded that malnutrition in children can be considerably improved by education of the mothers, especially if given at home, even in families with multiple socio-economic problems. The importance of auxiliary nurses for combatting and prevention of malnutrition through nutritional education is stressed.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Chávez, A., y Angeles, F. J.—Estudios sobre la recuperación de niños desnutridos. I.—Nopalucan de la Granja, Pue. El papel de la atención médica. Arch. Latinoamer. de Nutr. Vol. XVIII, N° 2, junio 1968.
- (2) Meredith, H. V., and Stuart H. C.—Tablas de crecimiento, reproducidas en Mitchell Nelson Textbook of Pediatrics. W. V. Saunders Co., 1950.
- (3) Aguirre Beltrán, G. —Medicina y magia. Publ. Inst. Nal. Indigenista, 1963.
- (4) Gesell, A.—Tablas de desarrollo motor, mental y social, reproducidas en Harvie F. H., Métodos y constantes biológicas en Pediatría. Ed. Toray, S. A., Barcelona, 1963.