

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE SERVICIO
SOCIAL
SANTIAGO

Estudio de las relaciones entre el estado
nutritivo del lactante y las condiciones
de vida del grupo familiar

MEMORIA DE PRUEBA
PARA OPTAR AL TITULO
DE ASISTENTE SOCIAL

NELLY WYSS GIBERT

1 9 4 9

ial

Trab. Social
W995
1949
c.1

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE SERVICIO
SOCIAL
SANTIAGO



Estudio de las relaciones entre el estado
nutritivo del lactante y las condiciones
de vida del grupo familiar

MEMORIA DE PRUEBA
PARA OPTAR AL TITULO
DE ASISTENTE SOCIAL

Esta Memoria fué calificada
con 17 puntos frente
un máximo de 21 puntos.



UTEMPL50047880

NELLY WYSS GIBERT

c.2

1 9 4 9

REGISTRO N°

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

S U M A R I O

ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE EL ESTADO NUTRITIVO DEL
LACTANTE Y LAS CONDICIONES DE VIDA DEL GRUPO FAMILIAR

INTRODUCCION

I.- LOS CENTROS MATERNO-INFANTILES

II.- LA DISTROFIA EN LOS LACTANTES INSCRITOS

- a) Consideraciones generales sobre la distrofia.
- b) Causas generales de la distrofia.
- c) Limitación de la acción médica en el tratamiento de las distrofias.

III.- IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN RELACION CON
LA DISTROFIA

IV.- SELECCION DE LOS CASOS Y PREPARACION DEL MATE-
RIAL

- a) Método comparativo.
- b) Herramienta de trabajo.

V.- RESULTADOS OBTENIDOS Y COMENTARIO SOBRE LOS
MISMOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INDICE

INTRODUCCION

Nuestra tesis es un trabajo de investigación.

Hemos tratado de determinar las causas no médicas de la distrofia en los lactantes, o sea, en niños menores de dos años.

El material utilizado está constituido por las familias inscritas en el Centro Materno-Infantil N° 22 de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, ubicado en la Avenida Méjico N° 623, en el barrio Recoleta de nuestra Capital.

Las condiciones generales de estas familias están descritas en uno de los capítulos de la presente tesis. Constituyen en conjunto un medio de características semejantes y homogéneas.

El trabajo, organización y objetivos del Centro

Materno-Infantil están descritos en detalle en otro capítulo. Naturalmente, en el mismo capítulo se encontrarán los pormenores de la labor que al Trabajo Social le corresponde desarrollar en este Servicio Asistencial, y que a nuestro cargo estuvo durante un año, período en el cual fué elaborada la presente tesis.

El instrumento de medida estuvo constituido por la Encuesta Social que también describimos en general en el lugar correspondiente y cuyos rubros explicamos en particular indicando las razones por las cuales nuestra pesquisa incidió en ellos.

Estimamos que los resultados serían más claros, comprensibles y lógicos utilizando el método comparativo. Por este motivo, la tesis representa, en resumen, una comparación entre dos grupos de familias, cada uno compuesto de cincuenta casos. En el primero hay lactantes distróficos y en el segundo hay lactantes eutróficos.

Este método comparativo nos exigió mayor tiempo, lo cual prolongó el período de nuestra estada en el Servicio. En compensación, hemos logrado dos grupos minuciosamente estudiados y susceptibles de compararse sin margen de error para llegar a conclusiones serias.

Hemos comparado nuestras conclusiones y las apreciaciones generales por nosotros encontradas con lo escrito en bibliografía Médica y de Trabajo Social. Debemos decir, desde luego, que los alcances de orden social encontrados en la literatura médica son más completos y exactos

que las referencias halladas en bibliografía de Trabajo Social.

Suponemos que ello se deba al hecho de que los trastornos de la nutrición del niño constituyen un problema de primera magnitud en la práctica médica pediátrica.

Los resultados por nosotros obtenidos, después de medirlos y compararlos, coinciden con los enunciados, sugeridos o supuestos en la bibliografía consultada. Tienen pues, por lo menos, el mérito de haber sido logrados por métodos matemáticos.

Siendo nuestra tesis de investigación, su límite quedaba determinado con la obtención de los resultados estadísticos y su interpretación. Sin embargo, hemos tratado de ir más allá con la aplicación de la Técnica del Caso Individual que las familias requerían, como también, de algunas formas sencillas, de Trabajo de Grupo.

Consideramos que este otro aspecto del problema de las causas no médicas de la distrofia es un campo de importancia y podría, incluso, constituir materia de una Tesis importante.

Al respecto, debemos decir, sobre la base de lo que en estas actividades pudimos hacer, que se trata de algo difícil e ingrato si la Asistente Social no dispone de recursos suficientes, oportunos y de fácil manejo. Sin estos recursos, no es posible reintegrar la familia a la vida regular y crear de este modo las condiciones necesarias para que el niño se desarrolle normalmente.

Agradecemos al personal de Médicos, Matronas, Enfermeras y Auxiliares del Centro Materno-Infantil N° 22 la buena voluntad con que siempre cooperó a nuestra labor. Agradecemos también la cooperación de la Jefatura del Departamento de Acción Social, a cuya dirección está sujeto el Trabajo Social en los Centros Materno-Infantiles. Por último, agradecemos a las madres de familia, la paciencia con que sostuvieron nuestra pesquisa.

N.W.

CAPITULO 1°.-

LOS CENTROS MATERNOINFANTILES

La protección al lactante, o sea, al niño menor de dos años, tiene como objetivo fundamental asegurar su desarrollo normal. Para lograr este fin, se moviliza un dispositivo técnico, ya standard, destinado

a) a atacar todos los factores que afecten o puedan afectar el desarrollo normal del niño, y

b) a tratar la enfermedad y los factores predisponentes o determinantes que producen su aparición.

La protección al lactante, o sea, al niño menor tiene como objetivo fundamental asegurarle un normal desarrollo.

Experiencias de largos años en muchos países, observaciones cuidadosas practicadas en el campo de la Fisiología, de la Medicina, de la Sociología, y de la Asistencia Social, han permitido llegar a conclusiones serias y definitivas en lo que se refiere comprensión exacta del problema de la protección al lactante.

Se admite que el desarrollo normal del niño es la resultante de la acción conjugada de dos factores primordiales.

a) Factores familiares, de orden económico, cultural y moral, que determinan un clima doméstico estable, y que favorezcan la existencia de una vida familiar normal. El niño es el miembro del grupo familiar más sensible a las alternativas adversas de la vida doméstica, y esta sensibilidad es tanto mayor, cuanto más pequeño es el niño.

b) Factores ambientales que implican la existencia de medios que protejan a la comunidad, contra los eventos de la enfermedad, la miseria y la incultura. Estos factores, evidentemente, están ligados a las características de todo orden que prevalecen y que distinguen la vida de la población en su conjunto.

El aspecto médico de la protección al lactante se desarrolla en nuestro país siguiendo algunas normas técnicas generales, aceptadas y aplicadas por las principales instituciones y servicios destinados a tal fin. (Servicio Madre y Niño de la Caja de Seguro Obligatorio,

con 80 mil lactantes inscritos; Servicio de Lactantes de la Dirección General de Protección a la Infancia, con 12 mil niños inscritos; Gotas de Leche del Patronato Nacional de la Infancia, con 9 mil niños inscritos en Santiago). En los Hospitales pediátricos de la Beneficencia y en los servicios pediátricos de los Hospitales Generales, los Policlínicos de Niños, suelen desarrollarse algunas actividades semejantes.

Las normas técnicas generales incluyen los siguientes puntos:

- 1.- Examen médico periódico del lactante. Este control está destinado principalmente a apreciar el desarrollo del niño, y a establecer con precocidad la aparición de signos de distrofia.
- 2.- Favorecer la lactancia al pecho materno. Si esta no es posible, suministro de alimentos, supervigilando estrechamente esta forma de alimentación.
- 3.- Pesquisa de la tuberculosis, por medio de la aplicación periódica de tests tuberculínicos. Aislamiento del lactante hijo de tuberculosa. Desde 1948, vacunación B.C.G.
- 4.- Pesquisa y tratamiento de la lúes y del raquitismo. Suministro sistemático a todos los lactantes de vitamina D2 en dosis standard.

- 5.- Tratamiento de las afecciones que pueda presentar el lactante incluyendo el suministro de medicamentos, y si es necesaria, la visita domiciliaria de la Enfermera. Si las condiciones del hogar no facilitan el tratamiento o si la gravedad o naturaleza de la afección aconsejan cuidados o investigaciones especiales, se trata de internar al niño en hospitales pediátricos.
- 6.- Inmunizaciones. Anticoqueluche, diftérica, antivariólica, eventualmente en el lactante mayor, antitífica.
- 7.- Educación de la madre, a la que se enseña los elementos generales de puericultura, y, en especial, lo que se refiere a la alimentación. Esta educación la imparten el médico durante la consulta, la enfermera en sus visitas domiciliarias, y, además, eventualmente, la Asistente Social. Conferencias, proyecciones de cine, afiches fijados en las salas de espera.

En lo que se refiere a la aplicación de estas normas técnicas, debemos decir que se ajusta a los siguientes puntos:

- 1.- Un Médico Pediatra, con 300 fichas cada uno, con trabajo diario de dos horas. Promedio de 20 a 25 consultas, de las cuales

la mitad, más o menos, se otorga a niños sanos que vienen a control, y la otra mitad se otorga a niños enfermos.

- 2.- Una Enfermera Sanitaria que asiste al médico, pesa y mide a los niños, practica los tests y vacunaciones, las visitas domiciliarias de citación, de control, de tratamiento y alimentación, de enseñanza de puericultura. Además, le corresponde facilitar las gestiones de hospitalización de aquellos lactantes que lo requieran.
- 3.- Una Visitadora Social. Su trabajo es materia de un párrafo aparte.
- 4.- Farmacia, para la entrega de medicamentos, alimentos, vacunas y material.
- 5.- Servicio administrativo y estadístico.

En la práctica, este equipo para la atención del lactante, se complementa con otro, integrado por el Médico Tocólogo y la Matrona, y destinado a la atención de la embarazada. De esta manera, se aprovechan mejor las instalaciones de local y el ciclo proteccional queda más efectivo. El conjunto recibe el nombre de " Centro Materno-Infantil" en los servicios de la Dirección General de Protección a la Infancia, de " Oficina Madre y Niño" en los servicios de la Caja de Seguro Obligatorio, y de "Gota de Leche" en los del Patronato Nacional de la Infancia. Así

son también, en sus líneas generales, los servicios creados por varias Cajas de Previsión existentes en el país y de muchas instituciones particulares que actúan en escala menor.

En lo que se refiere a costos, deben ser considerados los siguientes rubros:

a) Costos de Instalación:

- 1.- Arreglos previos del local (si no ha sido construido ex-profeso)
- 2.- Material clínico.
- 3.- Material administrativo.

b) Costos de Mantenimiento

- 1.- Salarios del personal: Médico
pediatra.

Médico Tocólogo.

Enfermera Sanitaria.

Matrona.

Asistente Social.

Secretaria Estadística

Portero.

Pharmacéutica.

- 2.- Gastos de Alimentación:

Leche condensada.

Babeurre.

Leche fresca.

3.-Gastos de Medicamentos:

Recetario standard.

4.-Gastos Generales:

Luz.

Calefacción.

Arriendos

Teléfono.

Agua.

Laboratorio.

Movilización del personal domiciliario.

Material de escritos.

5.-Gastos Especiales:

Trabajo Social.

CAPITULO 2°.-

LA DISTROFIA EN LOS LACTAN-
TES INSCRITOSa) Consideraciones generales sobre la distrofia.

Un lactante alimentado adecuadamente y objeto de los cuidados higiénicos que le corresponden, progresa en buenas condiciones. Todo el complejo proceso de su desarrollo normal se desenvuelve regularmente. Su peso y su estatura se ajustan a curvas ascendentes; la evolución psicológica y neuro-motora es característica y está ligada directamente a la maduración y perfeccionamiento de los substratos anatómicos correspondientes; su inmunidad cubre con eficiencia la defensa de las infecciones que lleguen a afectarle, en tal forma que puede sobrellevarlas sin complicaciones graves; su tolerancia alimenticia permite el in-

crecimiento gradual y necesario de la dieta, conforme van transcurriendo los meses. Su aspecto general es saludable y su disposición, apacible y alegre. Se habla, en estas condiciones de un niño eutrófico.

Alimentación y cuidados higiénicos son, pues, las necesidades más importantes que deben ser atendidas para asegurar la conservación de la salud y el desarrollo normal del niño menor de dos años.

Todos los signos descritos anteriormente son susceptibles de apreciación objetiva y de mensura, a través de las medidas antropométricas y del examen físico y funcional periódicamente practicados por el Médico pediatra y sus asistentes. Observaciones estadísticas meticulosamente llevadas y estrictamente revisadas desde hace muchos años en diversos países permiten disponer de referencias comparativas que facilitan el examen de cada niño y permiten además, diagnosticar en un mínimo de tiempo, hechos que son de importancia tratándose de grandes grupos de lactantes por controlar. La práctica prolongada de este tipo de trabajo, aumenta el rendimiento de los técnicos que puede ser excepcionalmente grande y eficaz en pediatras experimentados y en sus asistentes inmediatos.

Facilitar la maduración y el perfeccionamiento de los substratos anatómicos equivale a crear las condiciones necesarias para que todos los sistemas, aparatos

y mecanismos empiecen a funcionar a su debido tiempo adecuadamente. En otras palabras, equivale a facilitar el crecimiento normal. En el momento mismo en que las distintas piezas de un dispositivo se constituyen y se engranan, una nueva forma funcional aparece. Su aparición repercute en las ya existentes y condiciona las que están madurando. Incluso aquellas funciones aparentemente más disímiles y diversas son solidarias, se complementan a distancia o indirectamente en una armonía admirable y exacta. Cuando por alguna razón cualquiera forma funcional se atrasa o se adelanta, o trabaja en un ritmo débil o prepondera sobre las otras, prevaleciendo sin freno, el equilibrio y la armonía general se rompen y ello implica el estado patológico.

Por otro lado, cuando el aporte alimenticio es irregular, cualitativa o cuantitativamente y cuando los cuidados higiénicos no le son ofrecidos al niño, todo el complejo vital de su crecimiento se altera, y cada una de sus formas funcionales se altera: se atrasan, son insuficientes, se manifiestan irregularmente, no cubren con eficacia su destino, interfieren unas con otras, y las interrelaciones se desvían, son defectuosas y anárquicas. En estas circunstancias los exámenes periódicos a que aludimos más arriba permiten apreciar un cuadro patológico general conocido con el nombre de distrofia, concepto que involucra dos acepciones fundamentales: déficit de for-

ma y miseria funcional.

En la distrofia, peso y estatura son inferiores en mayor o menor grado; las funciones, precarias; la inmunidad, mínima. El niño distrófico está en una condición de vulnerabilidad excepcionalmente grave. La agresión ambiental, que el eutrófico afronta y vence con buen éxito, sorprende al distrófico desamparado, y el niño sucumbe al impacto de cualquier evento adverso.

b) Causas generales de la distrofia.

En el párrafo anterior han sido ya globalmente esbozadas. Nos interesa ahora esquematizarlas sistemáticamente, a fin de hacer comprender mejor el alcance y naturaleza de nuestra investigación.

Alimentación.- Factor importante de distrofia cuando es cuantitativa y cualitativamente insuficiente. La dieta puede ser suministrada en cantidades inferiores a los requerimientos del niño, que en este caso no pueden ser servidos adecuadamente iniciándose así el proceso de desnutrición. En otros casos, una preparación inadecuada de la dieta le resta al niño el aporte de alguna o varias sustancias alimenticias indispensables al crecimiento del niño. Por lo general el equilibrio entre las albúminas, hidratos de carbono y grasas se rompe en favor de los segundos, provocan-

cando ciertos tipos de distrofia bien caracterizados. Un suministro insuficiente de vitaminas conduce a estados carenciales que pueden llegar a extremos graves. Un exceso de agua produce la eliminación innecesaria y perjudicial de sales que son indispensables para un correcto proceso nutritivo/. La preparación de los alimentos puede no sujetarse a normas higiénicas que deben ser rigurosamente seguidas y cuya omisión promueve la aparición de infecciones intestinales. Siendo la alimentación del lactante un proceso que requiere particulares cuidados, cualquiera falla acarrea dificultades y desórdenes en la nutrición del niño.

Las condiciones de abrigo por exceso o falta es un factor que también contribuye a la aparición de la distrofia. La luz, la calefacción y la ventilación del ambiente en que el niño permanece requieren una permanente atención en orden a mantenerlos dentro de límites permanentes y satisfactorios.

Debemos señalar, además, otro factor que tiene singular importancia. Nos referimos a los cuidados afectivos de que el niño debe ser objeto de parte de su madre y familiares. Aún cuando se provean satisfactoriamente los cuidados que hemos señalados anteriormente, la falta de afecto tiene resultados desfavorables. Hemos podido apreciar esto en los hijos de empleadas domésticas, a las

cuales por razones de trabajo de la madre se confinan dentro de un cajón y que llegan a la condición de distróficos a pesar de disponer de una dieta adecuada.

Una de las secuelas más graves de la distrofia es el descenso de la inmunidad del lactante. La defensa individual contra los procesos infecciosos se reduce a un mínimo, y aún puede desaparecer. El distrófico es así, presa fácil de toda clase de infecciones a la piel, del tubo intestinal, del aparato urinario, de los oídos y, si es víctima de las enfermedades infecto-contagiosas, las sufre con mayor gravedad, desarrollándose aquellas con todas las complicaciones que el lactante eutrófico puede eludir.

El factor cultural no es ajeno a la aparición de la distrofia, ya que es muy frecuente observar que por ignorancia la madre incurre en omisiones o errores graves en el cuidado del niño.

Las condiciones de saneamiento del hogar y de la comunidad en que éste se encuentra, el clima extremo a que puede estar sometido, sus variaciones estacionales, la humedad y otros factores climatéricos tienen también su rol mayor o menor en la aparición de la distrofia si no son adecuadamente atenuados por la acción protectora de la madre.

De todo lo dicho hasta este momento, puede inferirse, que las causas generales de la distrofia gravitan

en los aspectos económicos y culturales del grupo familiar. En efecto, la acción nociva de todos ellos puede ser frenada o anulada si se dispone de recursos y de conocimientos necesarios. Este hecho es apreciable al comparar familias de bajo y alto nivel económico y cultural. En las segundas, la incidencia de mortalidad y morbilidad infantiles, es ciertamente, menor.

Las crisis del grupo familiar provocan serios trastornos en la vida doméstica, sean ellas de carácter económico, médico, moral, jurídico, del trabajo, de la habitación, etc. El estado de crisis provoca una relajación de todos los lazos que unen entre sí a todos los miembros de la familia, lesionan el espíritu de supervivencia y suele dañar profundamente todo lo que implique aspiración de progreso y superación. De esta manera, las condiciones que promueven el bienestar doméstico quedan inhibidas. Si la crisis se prolonga y se hace crónica e irreversible al tratamiento social, la destrucción de la familia es un evento fatalmente irremediable. En un clima doméstico de esta naturaleza, los primeros que sucumben son los niños de menor edad, vale decir, los lactantes, de quienes podría decirse con propiedad que su estado nutritivo es un espejo más o menos fiel de las condiciones de vida de su grupo familiar.

3.- Limitación de la acción médica en el tratamiento de las distrofias.-

Descritas, como lo hemos hecho, las causas del estado de distrofia en el lactante, es fácil comprender que la acción del Médico queda circuncrita al terreno educativo. En efect, enseña a la madre a preparar la dieta que corresponde a su niño, a suministrarle los medicamentos en su oportunidad, a rodearlo de todos los cuidados que sean necesarios para sacar al niño de su gravedad inmediata y ponerlo en camino de la reparación hacia la normalidad. Esta acción educativa del Médico que se imparte dentro del recinto del Servicio debe ser asegurada dentro del hogar por la Enfermera Sanitaria, que supervigila el tratamiento inmediato y enseña a la madre en el terreno mismo la mejor manera de atender al pequeño enfermo. Pero bien podemos comprender que la contingencia de enfermar persistirá como una amenaza constante si la atinada atención de la Asistente Social no se orienta a la supresión de las causas generales de la distrofia. La experiencia enseña que una vez logrado un éxito promisorio por la acción inmediata de Médico y Enfermera a corto plazo puede interrumpirse la reparación del niño bajo la influencia de factores desfavorables que persisten en el seno del grupo familiar.

Esto nos demuestra que la acción médica se enfrenta con serias limitaciones y que el tratamiento integral de las distrofias solo es posible por la acción conjugada del Médico, la Enfermera y la Asistente Social.

En el capítulo siguiente nos referiremos específicamente al rol de la Asistente Social en esta materia.

CAPITULO 3°.-

IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN RELACION
CON LA DISTROFIA

Como lo veremos más adelante, del resultado de la revisión de los cuadros estadísticos podemos inferir que tanto el trabajo del Médico como el de la Asistente Social, se enfrentan con serias dificultades en el momento de abordar simultáneamente el tratamiento de las distrofias en el lactante.

Es fácil comprender que la modificación de las condiciones de vida del grupo familiar, en el sentido de levantar su nivel, es la primera tarea que se impone, considerando que un buen desarrollo del niño requiere de la

existencia de un nivel confortable.

Tres son los aspectos que particularmente interesan a la Asistente Social en esta tarea y ellos son los siguientes:

- a) En primer lugar, mejorar la situación económica, en orden a que las disponibilidades por individuo sean satisfactorias.
- b) En segundo lugar, levantar el nivel cultural, con el fin primordial de que la madre, principalmente, comprenda las necesidades del niño y pueda servir las adecuadamente.
- c) En tercer lugar, lograr un clima de cooperación al Servicio, para asegurar de esta manera que las indicaciones del Médico, de la Asistente Social y de la Enfermera sean debidamente atendidas y cumplidas.

Este plan de trabajo, que a primera vista pudiera considerarse muy sencillo y simple, tropieza en la práctica con serias dificultades, principalmente cuando se trata de elevar las disponibilidades económicas de la familia y de regular racionalmente los egresos. No siempre coinciden una capacidad económica satisfactoria con un presupuesto razonable, ya que a menudo hemos podido ver en este caso, a mayores entradas, corresponde un presupuesto fami-

liar recargado de gastos suntuarios o superfluos. Estas inversiones van, como puede suponerse, en desmedro de aquellas realmente útiles que benefician la salud y bienestar del grupo familiar.

El incremento de las entradas es difícil hacerlo si no hay otras personas en condiciones y estado de trabajar y si el hogar no es propicio para la instalación de alguna actividad lucrativa o industria doméstica que contribuya a aumentar los ingresos. Estas entradas complementarias no tienen mayor arraigo y son difíciles de establecer, por cuanto el nivel cultural, por lo general, es bajo y casi siempre requieren de un capital inicial para ponerlas en marcha. Es necesario, además, perseverancia y espíritu de iniciativa, sin contar con el conocimiento exacto de las posibilidades de venta y distribución de los productos obtenidos.

El trabajo de otros miembros del grupo familiar debe ser planeado en tal forma que no reste a las necesidades domésticas la presencia y participación de personas que no pueden ser substituídas. Hemos podido observar con relativa frecuencia que en aquellos hogares en que la madre se ve obligada a trabajar, ausentándose de la casa, el estado de salud de los niños se relaja por la falta de cuidados maternos directos y este inconveniente afecta tanto

a los lactantes como a los pre-escolares y se agrava porque no es habitual disponer en los barrios de guarderías infantiles que son los servicios específicamente indicados para estos casos.

Un factor que contribuye poderosamente a dificultar la estabilidad económica es el alza que ha experimentado el costo de la vida cuyo crecimiento neutraliza desfavorablemente cuantos esfuerzos se hagan para incrementar los aportes económicos del presupuesto familiar.

Puede inferirse, de lo dicho, los graves inconvenientes con que la Asistente Social se enfrenta en su empeño de tonificar e incrementar los recursos familiares.

Subsidiariamente, debe tratar de levantarse el nivel cultural, particularmente de la madre, en aquellos conocimientos que son de imprescindible necesidad en la supervisión y dirección de la vida familiar. En consecuencia, conviène premunirla de todos aquellos conocimientos para que cumpla debidamente este importante cometido.

Una herramienta eficaz para conseguir una divulgación adecuada de estos conocimientos está constituida por la organización de los Centros de Madres, una de cuyas actividades de mayor importancia es precisamente la educación familiar, que incluye en su programa todas las

materias que deben ser del conocimiento de una dueña de casa para dirigir adecuadamente la vida doméstica, mediante cursos colectivos, en los cuales se enseñan teóricamente estos asuntos por la Asistente Social o la Enfermera. La aplicación práctica de estos conocimientos es supervigilada mediante visitas domiciliarias, en las cuales se comprueba el éxito obtenido o se rectifican aquellas omisiones en que pudiera haberse incurrido por mala comprensión. En nuestra práctica hemos podido apreciar los beneficios que se consiguen mediante este sistema de educación colectiva, que puede intensificarse por medio de estímulos y recompensas a aquellas madres que aprovechen mejor los conocimientos impartidos.

El tercer factor que indicamos al principio, está representado por el logro de una cooperación adecuada que la madre preste a las indicaciones del Médico, Asistente Social y Enfermera. En efecto, por diversas razones, en aquellas familias económicamente desvalidas y con un bajo nivel cultural, se observa a menudo una gran propensión a sub-estimar los consejos de aquellos Técnicos y a dar mayor importancia a las sugerencias de las vecinas o de la comadre. Con frecuencia estas sugerencias solo están inspiradas en un buen deseo, pero ca-

recen de un fundamento científico y concurren más a perjudicar al niño que a beneficiarlo. Debemos agregar, además, las supersticiones populares y algunos malos hábitos y vicios que están profundamente arraigados, factores que también contribuyen a neutralizar, e incluso, a anular, la acción del Servicio.

Una observación que cualquiera Asistente Social puede comprobar, estriba en el hecho de que, cuando un grupo familiar sufre las consecuencias de una grave crisis económica, se relajan insensiblemente todos los lazos de cohesión familiar, incluyendo aquellos que, como la auto-crítica y la tendencia a la superación y al progreso, permiten a la familia rectificar rumbos.

La cooperación puede lograrse con mayor seguridad por medio de la persuasión y del estímulo más que por medio de la coersión. De aquella manera es posible conseguir una incondicionalidad efectiva con todas las ventajas consiguientes.

Sobre la base del programa enunciado, orientamos nuestro trabajo en tal sentido durante nuestra Estada en el Servicio. El primer paso consistió en llegar a un conocimiento exacto de las condiciones generales de cada familia, estableciendo como corolario de esta investigación previa el correspondiente diagnóstico social.

Orientamos nuestro tratamiento hacia los tres objetivos principales que nos interesaban en orden a lograr una mejoría de la situación familiar, base fundamental para la reparación de la dástrofia. Los resultados que pudimos obtener serán analizados a continuación.

a) En lo que se refiere a la mejoría de las condiciones económicas, el trabajo fué difícil y de resultados poco halagadores. Solo en un margen relativamente escaso logramos buen éxito, mediante los siguientes recursos:

- Conseguir nuevas fuentes de ingresos haciendo trabajar a las personas aptas.
- Restituyendo al trabajo a aquellas que estaban cesantes.
- Rectificando las inversiones del presupuesto familiar. Las dificultades para balancear los ingresos con los gastos fueron siempre un serio obstáculo y debimos en primer lugar despertar el interés y la voluntad de nuestros clientes para descartar las inversiones suntuarias o superfluas.
- Estableciendo, cuando nos fué posible, algunas industrias o actividades lucrativas en el seno del hogar, objetivo cuya principal dificultad estribó en la falta de capital inicial. La capacidad de iniciativa y trabajo fué siempre buena.

Para contribuir a consolidar la situación económica de las familias, dispusimos de algunos recursos con que el Servicio cuenta para estos casos. Ellos son los siguientes:

- I.- Suministro de vestuario y calzado por intermedio del Ropero Infantil Nacional, dependencia de la Dirección General.
- II.- Cuotas mensuales en dinero, otorgadas con el nombre de Asignaciones Infantiles (\$ 250.- mensuales por niño y por mes)
- III.- Suministro de leche y otros alimentos.
- IV.- Suministro de medicamentos.

b) En lo que se refiere a levantar el nivel cultural del grupo familiar, nuestra labor ~~abarcó~~ abarcó en dos aspectos principales:

En primer lugar, la acción individual, tanto en el Consultorio como en el domicilio, y en segundo lugar, por medio de los Centros de Madres. No nos fué posible, por razones ajenas a nuestra influencia, conseguir un curso de alfabetización.

c) Mediante un trabajo de persuasión, logramos siempre conseguir la cooperación de la madre a las indicaciones del Servicio, logrando, de esta manera, facilitar la acción tanto del Médico, de la Enfermera como de nosotras mismas.

CAPITULO 4°.-

SELECCION DE LOS CASOS YPREPARACION DELMATERIAL

Para los efectos de reunir nuestro material de estudio, formamos los dos grupos tomando al azar cincuenta casos de lactantes distróficos y cincuenta de lactantes eutróficos. Las fichas médicas del Centro Materno-Infantil N° 22 de la Dirección General de Protección a la Infancia no difieren substancialmente de las utilizadas en los servicios de lactantes de la Caja de Seguro y en las Gotas de Leche del Patronato. En ellas el pediatra anota el diagnóstico en ocasión de cada examen periódico del niño, de tal manera que su condición de eutrófico o distrófico está siempre consignada al día.

Como hemos dicho, el objetivo fundamental de nuestra pesquisa consistía en comparar las condiciones domésticas de dos grupos de niños.

Para la anotación de los datos encontrados utilizamos un croquis en el cual se consignaron las referencias que describiremos en seguida.

Al revisar bibliografía de Servicio Social y literatura pediátrica sobre la materia, encontramos que se sugerían a menudo, al tratar el estado de distrofia, una serie de factores a los cuales se asignaba una relación de causa a efecto. En muchos casos, las presunciones de esta relación estaban formal y aún estadísticamente establecidas, de tal modo que era razonable aceptarlas. En otros casos, la sugerencia se planteaba sin otro fundamento que una apreciación empírica, lógicamente deducida.

De estas circunstancias derivó nuestro interés en medir aquellos factores cuantitativamente en un conjunto de casos representativos. Nuestra primera intención fué contabilizar un número apreciable de casos; pero, paralelo a nuestra pesquisa, era obligatorio el desarrollo de un plan de Trabajo Social en el curso de nuestra permanencia en el Servicio. Este motivo nos impidió abordar un margen más amplio de casos, que debimos circunscribir a cincuenta por grupo.

Los datos por pesquisar fueron sistematizados en la forma que anotamos a continuación:

1.- Referencias relativas a la constitución del grupo familiar

A) Número de personas que integran el grupo familiar.- Por grupo familiar entendemos una denominación genérica que abarca a todos los que conviven permanentemente en un hogar. Incluye, por consiguiente a los familiares, parientes, allegados, etc. Es importante el dato numérico, ya que la experiencia indica que a mayor número de personas, la disponibilidad presupuestaria "per cápita" disminuye proporcionalmente, y muy en especial, si el presupuesto constante y si no se crean nuevas fuentes de entradas.

b) Número de personas allegadas a la familia.- Una circunstancia peculiar entre nosotros es la facilidad con que se admiten, por razones de amistad, parentesco o conveniencia, nuevas personas que vienen a convivir bajo el techo doméstico.

c) Constitución legal de la familia.- Referencia encontrada a menudo, en nuestra pesquisa bibliográfica, como factor relacionado directamente con la aparición de la distrofia del lactante, en el sentido de que a un hogar ilegalmente constituido corresponde, por mecanismos indirectos de acción, un mayor margen de posibilidades de distrofia.

2.- Referencias sobre cultura y trabajo de los padres

a) Alfabetismo de los padres.- Referencia cuya importancia es indiscutible, ya que constituye un índice seguro acerca de la disposición de los padres para comprender, aceptar y adoptar todas las medidas que cohesionan la familia, la permiten progresar y contribuyen a la aplicación de cuidados adecuados para el niño.

b) Alcoholismo.- Este dato tenía para nosotros particular interés, ya que el hábito de la bebida, además de ser muy frecuente, implica un factor negativo que por numerosos mecanismos redundaba en perjuicio evidente para el correcto desarrollo del lactante.

c) Trabajo de los padres.- En el período en que ha sido preparada la presente encuesta las condiciones generales de la población se caracterizan por la inestabilidad ocupacional y la aparición frecuente de cesantía, con todas las consecuencias que de ella se derivan.

Por otra parte, el hecho de que la madre trabaje constituye un factor de abandono y peligro para el lactante, quien queda a menudo sin cuidados eficientes en las horas de trabajo de la madre.

3.- Referencias sobre la Habitación.-

- a) Tipo de habitación.- Se indican los siguientes tipos: casa, que constituye lo mejor, ya que por lo general son independientes y cuentan con servicios propios; cité, que ocupa un rango inferior, ya que suelen contar con algunos servicios comunes y mejora: construcción improvisada, de materiales ligeros, ubicada en un sitio eriazo y que dispone de cierta independencia, a cambio de lo rudimentario y primitivo de su arquitectura; conventillo, por lo general insalubre, con servicios comunes, y que ocupa el último rango en la jerarquía de las viviendas.
- b) Número de piezas.- Referencia importante al relacionarla con el número de habitantes.
- c) Agua de bebida.- Desde el punto de vista de la salubridad de la vivienda, es una referencia de primera importancia.
- d) Eliminación de excretas.- Igual consideración que la anterior.
- e) Iluminación de la vivienda.- Indicación acerca del tipo de alumbrado utilizado.
- f) Piso de las habitaciones.
- g) Canon de la vivienda.- Dato interesante en relación con

el cálculo del presupuesto doméstico y particularmente en lo que se refiere a aquellos casos que viven como "allegados".

- h) Número de camas.-
- i) Número de personas por pieza.-

4.- Referencias relativas a la Alimentación.-

- a) Presupuesto diario por personas.-
- b) Desayuno y once.- Este dato se orienta a investigar el consumo de leche en la familia ya que, por lo general, es a estas horas cuando se bebe este producto.
- c) Almuerzo y comida.- Dadas las dificultades para determinar la composición y la cantidad de los elementos utilizados en la dieta doméstica establecimos tres grandes grupos determinando así una clasificación un tanto grosera pero más o menos aproximada.

El primer grupo que denominamos satisfactorio, comprende aquellas familias que consumen una dieta en cuya composición figura de una manera más o menos equilibrada las albúminas, las grasa y los hidratos de carbono (carne, pescado, legumbres, verduras, frutas, cereales, pastas, etc.). Esta alimentación es más o menos constante y cubre de un modo aproximado los requerimientos alimenticios de la familia;

El segundo grupo, que denominamos deficiente, incluye aquellas familias en cuya alimentación escasean las carnes, las legumbres y el pescado, y prevalecen las pastas y los cereales, constituyendo esta dieta carencial la alimentación habitual;

El tercer grupo, lo denominamos totalmente inferior en cantidad y calidad, y comprende aquellas familias en las cuales su bajo nivel económico las imposibilita para alimentarse debidamente habiendo, incluso, días, en que pueden pasarlo sin comer.

5.- Referencias Económicas.-

- a) Entradas mensuales.- Comprende el total de ingresos de toda procedencia del presupuesto familiar.
- b) Gastos fijos mensuales:-
 - I.- Para alimentación.-
 - II.- Para arriendo.-
 - III.- Para combustible, luz y agua.-
 - IV.- Para vestuario.-
 - V.- Para movilización.-
 - VI.- Para varios e imprevistos.-
- c) Deudas y empeños.-

CAPITULO 5°.-

RESULTADOS OBTENIDOS Y COMENTARIO SOBRE
LOS MISMOS

En el presente capítulo analizamos los resultados obtenidos al contabilizar estadísticamente sus diversos rubros, comparando los correspondientes en los dos grupos estudiados.

Para facilitar este análisis, hemos tabulado las cifras en catorce cuadros que vamos a comentar, inscribiendo dos columnas: la de la izquierda corresponde a las familias cuyos lactantes son eutróficos, y la de la derecha

a las familias cuyos lactantes son distróficos.

La tabulación de las cifras nos hizo comprender cuanto más útil habría sido contar con grupos por comparar que constaran de mil o más casos cada uno. De esta manera, es evidente que los resultados hubieran tenido un mayor peso específico. Sin embargo, nuestra práctica nos permite intuir que, proporcionalmente, nuestros resultados son representativos y reflejan una realidad que, evaluada a través de un mayor número de casos, sería sensiblemente igual.

CUADRO N° 1

NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN EL GRUPO

FAMILIAR

EUTROFICOS

DISTROFICOS

3 personas.....	13.....	8.....
4 "	18.....	13.....
5 "	11.....	8.....
6 "	7.....	8.....
7 "	1.....	9.....
8 "	0.....	2.....
9 "	0.....	2.....

Puede apreciarse que el promedio de frecuencia es mayor en los eutróficos para las pequeñas familias y mayor en los distróficos para las familias numerosas.

En otras palabras la distrofia es más frecuente en las familias numerosas.

CUADRO N° 2

NUMERO DE PERSONAS ALLEGADAS AL GRUPOFAMILIAREUTROPICOSDISTROPICOS

1 persona.....	2.....	5.....
2 " 	2.....	0.....
3 " 	0.....	1.....
4 " 	0.....	0.....
5 " 	0.....	0.....
6 " 	0.....	1.....

Es más frecuente encontrar incrementada la población doméstica con personas allegadas en las familias que tienen lactantes distróficos.

En un caso, por ejemplo, la familia había aceptado como allegadas a seis personas.

CUADRO N° 3

CONSTITUCION DE LA FAMILIA

	<u>EUTROFICOS</u>	<u>DISTROFICOS</u>
CASADOS.....	34	36
UNION LIBRE.....	10	12
UNION ADULTERINA.....	6	2
		<u>6</u>
MADRE ABANDONADA.....	2	1

De las 50 familias con lactantes distróficos, sólo 36 estaban legítimamente constituidas, contra 34 entre los eutróficos.

12 casos de distróficos corresponden a uniones libres, contra 10 en los eutróficos.

En 2 casos de distróficos encontramos uniones adulterinas y 6 en los eutróficos.

La primera y la tercera referencia resultan paradójales si nos atenemos al concepto habitualmente aceptado de que la constitución legal puede afectar la salud del niño. Esta situación paradójal se ve repetida en los casos de madres abandonadas ya que hay un solo caso entre los distróficos y 2 entre los eutróficos.

CUADRO N° 4

ALFABETISMO DE LOS PADRES

	<u>EUTROFICOS</u>	<u>DISTROFICOS</u>
PADRE ALFABETO.....	49	47
MADRE ALFABETA.....	45	38
PADRE BEBEDOR HABITUAL.....	9.....	13
PADRE BEBEDOR OCASIONAL.....	31.....	42

Con respecto al alfabetismo de los padres, la situación desfavorable para los distróficos es clara.

En lo que se refiere al vicio de la bebida, encontramos la misma relación.

CUADRO N° 5

TRABAJO DE LOS PADRES

	<u>EUTROFICOS</u>	<u>DISTROFICOS</u>
PADRES CESANTES.....	0	7
MADRES QUE TRABAJAN.....	5	7

No encontramos padres cesantes en las familias con niños eutróficos, y hay más madres que trabajan entre las familias con distróficos que entre las otras.

CUADRO N° 6

HABITACION (I)

<u>I</u>	<u>EUTROPICOS</u>	<u>DISTROPICOS</u>
CASA.....	36	17
CITE.....	5	8
MEJORA.....	9	24
CONVENTILLO.....	0	1
 <u>II</u>		
UNA PIEZA.....	38	42
DOS PIEZAS.....	10	5
TRES PIEZAS.....	1	1
CUATRO PIEZAS.....	1	2
 <u>III</u>		
AGUA POTABLE.....	42	34
AGUA DE CANAL.....	1	7
AGUA DE NORIA.....	5	7
SIN AGUA.....	2	2
 <u>IV</u>		
ALCANTARILLADO.....	6.....	3
POZO NEGRO.....	33	32
ACEQUIA.....	11	15

El tipo de habitación demuestra que las mejores son habitadas por familias de eutróficos, y las peores o malas, por las de distróficos.

Estas últimas disponen de menos piezas y de peor calidad de agua de bebida e igual cosa puede decirse en lo que se refiere a la eliminación de excretas.

CUADRO N° 7

HABITACION (II)

V	<u>EUTROFICOS</u>	<u>DISTROPICOS</u>
LUZ ELECTRICA.....	43	29
VELA	7.....	21
VI		
PISO DE MADERA	38	16
PISO DE TIERRA	12	30
PISO DE CEMENTO	0	1
PISO DE LADRILLOS	0	3

29 distróficos disponen de luz eléctrica
contra 43 eutróficos en iguales condiciones.

21 distróficos deben alumbrarse a vela
contra 7 eutróficos.

La calidad de los pisos es evidentemen-
te superior en las familias eutróficas.

CUADRO N° 8

HABITACION (III)

VIII	<u>EUTROFICOS</u>	<u>DISTROFICOS</u>
UNA CAMA.....	2	13
DOS CAMAS.....	31	27
TRES CAMAS.....	8	4
CUATRO CAMAS	7	2
CINCO CAMAS.....	1	1
SEIS CAMAS.....	1	1
SIETE CAMAS.....	0	1
SIN CAMAS.....	0	1
IX		
DOS PERSONAS POR PIEZA.....	6	1
TRES PERSONAS POR PIEZA.....	13	10
CUATRO PERSONAS POR PIEZA.....	19	13
CINCO PERSONAS POR PIEZA.....	9	10
SEIS PERSONAS POR PIEZA.....	3	8
SIETE PERSONAS POR PIEZA.....	0	6
OCHO PERSONAS POR PIEZA.....	0	2

La escasez de camas afecta evidentemente más a los distróficos que a los eutróficos.

El número de personas por pieza hace más frecuente la aglomeración en el caso de las familias con distróficos.



CUADRO N° 9

ALIMENTACION

I

PRESUPUESTO DIARIO

POR PERSONA	<u>EUTROFICOS</u>	<u>DISTROFICOS</u>
DE 1,1 a 2 PESOS.....	0	1
DE 2,1 a 3 PESOS.....	0	0
DE 3,1 a 4 PESOS.....	0	2
DE 4,1 a 5 PESOS.....	0	4
DE 5,1 a 6 PESOS.....	0	3
DE 6,1 a 7 PESOS.....	1	7
DE 7,1 a 8 PESOS.....	1	11
DE 8,1 a 9 PESOS.....	0	4
DE 9,1 a 10 PESOS.....	5	8
DE 10,1 a 11 PESOS.....	3	0
DE 11,1 a 12 PESOS.....	2	3
DE 12,1 a 13 PESOS.....	0	0
DE 13,1 a 14 PESOS.....	6	3
DE 14,1 a 15 PESOS.....	8	3
DE 15,1 a 16 PESOS.....	4	0
DE 16,1 a 17 PESOS.....	3	1
DE 17,1 a 18 PESOS.....	2	0
DE 18,1 a 19 PESOS.....	2	0
DE 19,1 a 20 PESOS.....	10	0
DE 23,1 a 24 PESOS.....	1	0
DE 24,1 a 25 PESOS.....	2	0

En lo que se refiere al presupuesto diario para alimentación por persona es más alto en los eutróficos que en los distróficos.

CUADRO N° 10

ALIMENTACION

II

<u>DESAYUNO Y ONCE</u>	<u>EUTROPICOS</u>	<u>DISTROPICOS</u>
CON LECHE.....	38	22
SIN LECHE.....	12	28

III

ALMUERZO Y COMIDA.

SATISFACTORIO.....	37	10
DEFICIENTE.....	13	31
TOTALMENTE INFERIOR EN CALIDAD Y CANTIDAD.....	0	9

El consumo de leche es mayor entre los eutróficos que entre los distróficos, ya que en los últimos corresponde al 44 % y en los eutróficos al 76 %.

En lo que se refiere al almuerzo y a la comida el 20 % de las familias de distróficos las toma satisfactoriamente, correspondiendo el 74 % en las familias de eutróficos.

El 61 % de distróficos tienen alimentación deficiente, contra un 26 % de los eutróficos.

Mientras el 0 % de las familias de eutróficos toman una dieta totalmente inferior en calidad y cantidad, el 18 % de las familias de distróficos están sometidas a esta condición desfavorable.

CUADRO N° 11

ECONOMICOS

I

<u>ENTRADAS MENSUALES</u>	<u>EUTROFICOS</u>	<u>DISTROFICOS</u>
MENOS DE 200 PESOS.....	0	3
DE 201 a 400 PESOS	0	1
DE 401 a 600 PESOS.....	0	0
DE 601 a 800 PESOS.....	0	2
DE 801 a 1000 PESOS.....	0	3
DE 1001 a 1200 PESOS.....	1	6
DE 1201 a 1400 PESOS.....	0	2
DE 1401 a 1600 PESOS.....	5	10
DE 1601 a 1800 PESOS.....	1	9
DE 1801 a 2000 PESOS.....	6	0
DE 2001 a 2200 PESOS.....	8	4
DE 2201 a 2400 PESOS.....	11	4
DE 2401 a 2600 PESOS.....	2	1
DE 2601 a 2800 PESOS.....	4	2
DE 2801 a 3000 PESOS.....	6	2
DE 3201 a 3400 PESOS.....	1	0
DE 3401 a 3600 PESOS.....	2	0
DE 4001 a 4200 PESOS.....	3	1

En lo que se refiere a ingresos totales mensuales, son mayores las entradas en las familias de eutróficos.

CUADRO N° 12

ECONOMICOS

II

GASTOS FIJOS MENSUALES EUTROPICOS DISTROPICOS

a) Para Alimentación:

DE 201 a 300 PESOS.....	0	1
DE 501 a 600 PESOS.....	0	2
DE 701 a 1000 PESOS.....	1	15
DE 1001 a 1300 PESOS.....	4	13.....
DE 1301 a 1600 PESOS.....	10	12
DE 1601 a 1900 PESOS.....	14	6
DE 1901 a 2200 PESOS.....	8	0
DE 2201 a 2500 PESOS.....	7	0
DE 2501 a 2800 PESOS.....	2	0
DE 2801 a 3100 PESOS.....	3	1
DE 3101 a 3400 PESOS.....	1	0

b) Para Arriendo

NO PAGAN ARRIENDO.....	10	14
MENOS DE 100 PESOS.....	8	13
DE 101 a 200 PESOS.....	19	19
DE 201 a 300 PESOS.....	4	1
DE 301 a 400 PESOS.....	3	2
DE 401 a 500 PESOS.....	2	1
DE 501 a 600 PESOS.....	1	0
DE 701 a 1000 PESOS.....	2	0

Del presupuesto mensual familiar, los eutróficos disponen de mayores recursos para la alimentación que los distróficos, e iguales características tienen las inversiones destinadas al pago del arriendo.

CUADRO N° 13

EUTROFICOS DISTROFICOS

c) Para Combustible, Luz y agua:

MENOS DE 100 PESOS.....	50	47
NO PAGAN.....	0	2
DE 301 a 400 PESOS.....	0	1

d) Para Vestuario:

MENOS DE 100 PESOS.....	48	47
DE 101 a 200 PESOS.....	2	3

e) Para Movilización:

(Investigado antes del alza a \$ 1,60)

MENOS DE 100 PESOS.....	50	50
-------------------------	----------	----------

f) Para Varios e Imprevistos:

MENOS DE 100 PESOS.....	50	47
DE 101 a 200 PESOS.....	0	2
DE 301 a 400 PESOS.....	0	1

Las inversiones para combustible, luz y agua, y para imprevistos son mayores en las familias de eutróficos que en las familias de distróficos.

CUADRO N° 14

ECONOMICOS

III

EUTROFICOSDISTROFICOSDEUDAS Y EMPEÑOS

NO TIENEN.....	41	22
DE 101 a 200 PESOS.....	1	3
DE 201 a 300 PESOS.....	2	3
DE 301 a 400 PESOS.....	2	3
DE 401 a 500 PESOS.....	1	2
DE 501 a 600 PESOS.....	2	2
DE 601 a 700 PESOS.....	0	1
DE 701 a 800 PESOS.....	0	2
DE 801 a 900 PESOS.....	0	2
DE 1001 a 1100 PESOS.....	0	2
DE 1101 a 1200 PESOS.....	0	1
DE 1301 a 1400 PESOS.....	0	2
DE 1501 a 1600 PESOS.....	1	0
1800 PESOS O MAS.....	0	5

La contabilización de las cifras correspondientes a deudas y empeños indican que deben más las familias de distróficos.

CONCLUSIONES

Salvados los reparos relativos al escaso número de familias que integran los dos grupos comparados, las conclusiones siguientes deben considerarse como apreciaciones generales, cuyo verdadero valor incide en su utilización práctica, al inspirar un programa de protección al lactante.

- a) Uno de los problemas de mayor importancia en la protección al lactante es el que se refiere a la distrofia. Este estado de desnutrición pone al niño en peligro permanente, inhibe su desarrollo, disminuye sus defensas y es el factor más importante de mortalidad infantil.
- b) Existen causas predisponentes y determinantes de la distrofia, siendo las de carácter económico y cultural las que juegan el rol preponderante. La crisis económica del grupo familiar, si se hace crónica, y se agrava y desencadena toda clase de derivaciones desfavorables a la vida doméstica.
- c) El bajo nivel cultural en una familia es un factor que agrava la crisis económica, y si ésta no existe, imposibilita el goce de una economía suficiente.
- d) En el tratamiento de la distrofia, la acción médica debe afrontar serias limitaciones, cuya causa directa es la crisis del grupo familiar.
- e) La acción de la Asistente Social es el complemento indispensable que refuerza y respalda la acción médica. Sin ella esta última se hace aleatoria y

sin eficacia.

- f) La acción concertada y armónica de los Técnicos que trabajan en un servicio de lactantes, es en consecuencia, la condición sine qua non del éxito.
- g) La intervención del Trabajo Social en esta materia debe estar provista de todos los recursos necesarios para cubrir las demandas de un tratamiento social adecuado.
- h) En nuestro País, donde los índices de mortalidad infantil alcanzan cifras de singular gravedad debe propenderse a la multiplicación de los servicios protectores para el lactante.

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

BIBLIOGRAFIA

- "LA NUTRICION EN EL LACTANTE".....Prof. Anibal Ariztia.
Ed.Universitaria.1947.
- "LOS ESTADOS CARENCIALES EN LA INFANCIA".Prof.Arturo Scroggi.
Revista chilena de Pe-
diatría. 1945.
- " TRABAJO SOCIAL APLICADO A LA PROTEC-
CION DE LA MADRE, DEL NIÑO Y DEL
GRUPO FAMILIAR".....Dr. Alberto Duarte G.
Boletín N2 2 de la Dir.
Gral.de Prot.a la Infan-
cia y Adolescencia.1945.
- "SERVICIO SOCIAL DE GRUPO APLICADO
A LOS CENTROS MATERNO INFANTILES"..... Inés Mate de Luna.
Boletín de la Dirección
Gral. de Prot.a la In-
fancia y Adolescencia.
1946.
- "REGLAMENTO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL DE LOS CENTROS
MATERNO-INFANTILES". 1946.

I N D I C EESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE EL ESTADO NUTRITIVO DEL
LACTANTE Y LAS CONDICIONES DE VIDA DEL GRUPO FAMILIAR

SUMARIO	1.-
INTRODUCCION	2.-
LOS CENTROS MATERNO-INFANTILES	6.-
LA DISTROFIA EN LOS LACTANTES INSCRITOS.....	
a) Consideraciones generales sobre la distrofia..	13.-
b) Causas generales de la distrofia	16.-
c) Limitación de la acción médica en el trata- miento de las distrofias.....	20.-
IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN RELACION CON LA DISTROFIA.....	22.-
SELECCION DE LOS CASOS Y PREPARACION DEL MATR <small>Y</small> RIAL	31.-
a) Método comparativo.....	31.p
b) Herramienta de trabajo.....	35.-
RESULTADOS OBTENIDOS Y COMENTARIO SOBRE LOS MISMOS.....	38.-
CONCLUSIONES	68.-
BIBLIOGRAFIA.....	71.-
INDICE	72.-