



Red Científica Iberoamericana

La Red Científica Iberoamericana (RedCIbe) difunde los avances médicos y de la salud de América Latina, España y Portugal que contribuyen al progreso de las ciencias médicas de la región.

La RedCIbe, como parte integrante del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACISE), publica en esta sección de Salud(i)Ciencia entrevistas, artículos e informes territoriales o especializados de calificados profesionales comprometidos con la salud de Iberoamérica.

Estado nutricional de los hijos de los trabajadores de la salud en La Paz, México

Nutritional status of children of health workers in La Paz, Mexico

Eunice Aglae Cortéz Mascareño

Médica familiar, Hospital General de Zona No.1, Instituto Mexicano del Seguro Social, La Paz, Baja California Sur, México

Oswaldo García Torres, Profesor Titular, Residencia de Medicina Familiar, Hospital General de Zona No.1, Instituto Mexicano del Seguro Social, La Paz, Baja California Sur, México

Gloria Lara Labastida, Médica familiar, Hospital General de Zona No.1, Instituto Mexicano del Seguro Social, La Paz, Baja California Sur, México

Andrea Socorro Álvarez Villaseñor, Coordinadora Auxiliar, Médica de Investigación en Salud, Delegación Regional, Instituto Mexicano del Seguro Social, La Paz, Baja California Sur, México

Ruth García Valdez, Profesora de Medicina Familiar, Hospital General de Zona No.1, Instituto Mexicano del Seguro Social, La Paz, Baja California Sur, México

Gabriela Acosta Kelly, Coordinadora clínica, Educación e Investigación en Salud, Hospital General de Zona No.1, Instituto Mexicano del Seguro Social, La Paz, Baja California Sur, México

Acceda a este artículo en siicsalud



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.



www.dx.doi.org/10.21840/siic/159510



La alentadora detención en el aumento de las prevalencias de obesidad en escolares en México, coincide con observaciones en otros países. Como posibles hipótesis se contempla: existe un porcentaje poblacional con alta susceptibilidad genética para obesidad, que constituye el techo en la prevalencia, al que se está llegando ya en ciertas poblaciones; la modificación de los factores de riesgo como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o el aumento en la conciencia colectiva sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales como resultado de la socialización del problema.¹

En los niños escolares, las conductas alimentarias se desarrollan en el seno familiar en primer lugar, seguido del contexto social en el que están insertos. Existen datos sobre la relación de la obesidad infantil y la conducta alimentaria familiar, como también influyen factores familiares en el caso de la malnutrición.^{2,3}

Esta información parte del hecho de que, en la sociedad, la familia es considerada como el primer núcleo de solidaridad, donde ejerce influencia en la mejora de los diferentes comportamientos alimentarios y demás factores que pueden beneficiar o afectar la salud de los menores, tales como el cambio en la estructura familiar por la incorporación de la mujer al mundo laboral, que ha traído como consecuencia la reducción del tiempo dedicado al cuidado del niño y la falta de tiempo para cocinar.⁴ En la evolución de la historia de la familia, la familia tradicional perpetuaba las acciones y normas sociales integrando a sus miembros en un sistema específico de roles y patrones, que otorgaba la función de la familia solo a la madre, y donde el único proveedor era el padre de familia.⁵

Actualmente, en el contexto social en el que funciona la familia moderna, las decisiones sobre alimentación se discuten y negocian frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación. Se ha sugerido que esta forma democrática de funcionamiento familiar está determinada por el estatus laboral de los progenitores y el poco tiempo que están en casa.² Existe otro factor importante implicado en el empeoramiento del estado nutricional de los menores, que tiene que ver con quién es la persona encargada de elaborar el menú diario familiar. En ese sentido, otros factores presuntamente implicados en la aparición de sobrepeso y obesidad entre los menores sería el hecho de si la familia se reúne o no a la hora de los alimentos, y al tiempo que los padres pasan fuera del hogar por motivos de trabajo: Así pues, se ha propuesto que los chicos que comen sin la presencia de sus padres

poseen mayor riesgo de presentar sobrepeso u obesidad, frente a los que comen en compañía de sus familias.⁴

Además, el conocimiento en prácticas saludables que muestren los padres o tutores, encargados de realizar o supervisar el menú familiar, influye de manera directa en los hábitos alimentarios de los menores, con el consecuente impacto del estado nutricional, aunado a la actividad física.⁵ Cada vez hay menos familias tradicionales y ambos padres trabajan para apoyar la economía familiar; sin embargo, existe información de que cuando la madre elige los alimentos para el menú, un factor decisivo es el nivel académico, trabaje fuera de casa o no; se ha observado que, a mayor nivel educativo, los alimentos se eligen más por el valor nutricional que por la apariencia del envase o el atractivo sensorial.⁶ Incluso, existen estudios en adolescentes en los que el tipo de familia tradicional o moderna no influye en la presencia de mayor sobrepeso u obesidad.⁷

Los factores asociados con la presencia de bajo peso y malnutrición son el número de integrantes y el bajo nivel de ingreso de los padres, más allá del tipo de familia o la funcionalidad familiar.³ Tampoco hay diferencia si la madre trabaja o no.⁸

En el caso de los trabajadores de la salud, el estilo de vida o los hábitos alimentarios se pueden ver influenciados por la carga horaria y el turno laboral y, a la vez, influir en los hábitos de la familia. Cada vez es más difícil encontrar familias tradicionales dentro del ámbito laboral actual.⁹ Aun cuando el nivel de escolaridad de ambos padres sea alto, la dinámica de la familia, la presencia o ausencia de alguno, el tiempo que dedican a la organización del menú familiar y a fomentar hábitos saludables, son factores que modifican el estado nutricional de los menores. Se ha revisado la salud y los hábitos de médicos de atención primaria para identificar si practican las recomendaciones que les dan a los pacientes.¹⁰

Se realizó un estudio observacional comparativo en 85 menores, hijos de trabajadores del Hospital General de Zona #1, en La Paz, Baja California Sur, México, los cuales se dividieron en 2 grupos de acuerdo con el tipo de familia al que pertenecían: familia tradicional (45 menores) y familia moderna (40 menores).

El estado nutricional se clasificó de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC): bajo peso: IMC < 18 kg/m², peso normal: IMC 18.5 a 24.9 kg/m², sobrepeso: IMC 25 a 29.9 kg/m². Se agruparon según el tipo de familia (tradicional o moderna).^{11,12}

Para evaluar las actitudes hacia los hábitos alimentarios se utilizó la encuesta *Guidelines for Assessing Nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices* (FAO), traducida al español y utilizada en países de América Latina.¹³

Se respetaron los principios éticos de Belmont, la Declaración de Helsinki y las reglamentaciones de la ley general de salud en materia de investigación en seres humanos vigentes en México. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado por parte de los padres y el asentimiento de los menores.

La media de edad de los niños fue de 7.3 ± 2.7 años, 46 menores (53%) correspondieron al sexo masculino, 39 (52%) correspondieron a familias tradicionales; 59 menores (70%) cursaban educación primaria (Tablas 1, 2 y 3.)

En el 100% de los menores se informó actividad física aeróbica 2 a 5 veces por semana.

Predominó el bajo peso seguido del peso normal. Esto se diferencia de lo encontrado en los últimos años en la población abierta, ya que la obesidad infantil, en general, representa un problema de salud pública multifactorial en México. Es decir que existen factores, como la genética, la disponibilidad de alimentos altos en calorías y los aspectos socioeconómicos y culturales, que afectan la incidencia de obesidad.¹

A pesar de que predominó el bajo peso, este se encuentra limítrofe según la clasificación del IMC, incluso solo en 8 casos se identificó la necesidad urgente de modificar los hábitos alimentarios, sin que hubiera diferencias al asociarlo por tipo de familia.

Si existió diferencia significativa de la ocupación de los padres (predominando médicos especialistas.⁴ En el presente estudio se encontró que, a mayor nivel educativo de los padres, los menores presentan peso normal o bajo peso. En niños sanos de edades preescolares y escolar temprana se puede presentar dificultad para la alimentación, sin que esto signifique un trastorno alimentario; es decir, el niño sano come menos. Los factores dependientes de los alimentos que pueden determinar dificultades en la alimentación tienen relación con la cantidad, la frecuencia y el tipo de alimento ofrecido.¹⁴ Algunos alimen-

Tabla 1. Características generales de los pacientes (n = 85).

Variable		Frecuencia f	Porcentaje (%)	Media	DE
	Edad			7.3	2.7
	Peso			29.9	11.2
	Talla			1.29	0.44
	Horas de trabajo de los padres			10.1	2.9
	Días que comen fuera de casa			1.8	0.8
Sexo	Masculino	46	53.3		
	Femenino	39	40.6		
Tipo de familia	Tradicional	45	52.3		
	Moderna	40	47.7		
*Estado nutricional	Bajo peso	43	50.6		
	Peso normal	39	45.9		
	Sobrepeso	3	3.5		
Escolaridad del menor	Preescolar	18	21.2		
	Primaria	59	69.4		
	Secundaria	8	9.4		
Ocupación de los padres	Enfermero	3	3.5		
	Hogar	9	10.6		
	Médico familiar	4	4.7		
	Médico general	8	9.4		
	Médico no familiar	37	43.5		
	Médico residente	9	10.6		
	Otra categoría	3	3.5		
**Hábitos alimentarios	Trabajador	12	14.1		
	No es necesario	53	61.6		
	Debe considerarse urgente	25	29.1		
		8	9.3		

*Índice de masa corporal: bajo peso < 18, peso normal 18.5 a 24.9, sobrepeso 25 a 29.9.

***Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices.*

DE, desviación estándar.

tos resultan poco atractivos a los sentidos o inadecuados al grado de desarrollo del niño. Aunado a esto, las alteraciones en la dinámica familiar y la presencia de conflictos entre los integrantes de la familia pueden interferir en la conducta alimentaria.^{14,15} La familia sentada y reunida para comer es un buen ejemplo a seguir; sin embargo, si existen distractores (por ej., televisión), prisa y un horario familiar que impida tener certeza al niño cuál es la hora de comer, favorece que no exista una conducta alimentaria sana y disminuya la ingesta.^{16,17}

En el presente estudio predominó el bajo peso y el peso normal, situación que puede ser explicada por la persona que realiza el menú familiar y la supervisión de estos menores. En el contexto laboral donde se realizó este estudio, localizar a las familias tradicionales fue un trabajo arduo, a diferencia de lo que sucede con las familias modernas, ya que estas últimas predominan en cualquier ni-

vel social. En México¹⁷ existe la estrategia de la activación física obligatoria y fomentar alimentación correcta dentro del plantel escolar en las escuelas públicas y privadas, con la finalidad de disminuir los índices de sobrepeso y obesidad en escolares. Estos esfuerzos gubernamentales se refuerzan o se pueden perder dentro del seno familiar.

En el caso de las familias estudiadas, se considera que, al predominar los casos de peso normal y bajo peso, existieron otras variables que influyeron, como la actividad física de estos menores, ya que cuentan con padres con mayor nivel adquisitivo y mayor acceso a actividades deportivas, así como el tipo de colegio al que acuden de tiempo completo, con 8 horas de actividad escolar y actividad física, que incluye clases de educación física, fútbol, natación, tenis, entre otros. Las preferencias alimentarias de los niños están estrechamente vinculadas al contexto familiar y los sentimientos ligados a este. No obstante, en dichas preferencias influyen también la educación alimentaria recibida (escolar y extraescolar), así como la disponibilidad-restricción de alimentos dentro de la escuela.¹⁸

La actividad física estructurada de los escolares y cuando la familia, de manera activa, mejora el IMC y la calidad de vida, contrasta con los escolares que solo reciben educación nutricional, sin incrementar la actividad física.¹⁹

Esto se diferencia de las madres con bajo nivel socioeconómico y cultural quienes, a pesar de tener conocimientos teóricos como parte de las campañas de salud, mantienen una actitud frente a la alimentación deficiente.²⁰

Los integrantes de las familias del presente estudio tienen contacto directo y continuo con los servicios de salud, ya sea uno o ambos padres, debido al trabajo que desempeñan; además, cuentan con el nivel cultural y económico para procurar en sus hijos hábitos saludables de alimentación y estilo de vida, tal como lo expresaron durante las encuestas.²¹ En este caso, se reitera que las normas que rigen tanto en el colegio como en casa, influyen en el estado nutricional de los escolares estudiados, debido a que las horas de estancia en el colegio y las reglas para el tipo de alimentos permitidos son diferentes a los de las escuelas públicas, en las que el refrigerio enviado por los padres sobrepasa la ingesta recomendada de calorías.^{22,23} Sin embargo, reiteramos que los hábitos alimenticios y de hábitos saludables se consolidan en el seno de la familia.

En conclusión, el 43% de los niños evaluados presentó bajo peso, sin diferencias de acuerdo con el tipo de familia, el sexo o el nivel escolar. La ocupación predominante de uno o de ambos padres fue médico, ya sea general o especialista. Se consideró que el 9.3% de los niños analizados fueron referidos para tratamiento por su actitud hacia la alimentación y requerir intervención en los hábitos alimentarios. El contexto social influyó más en el estado nutricional que el tipo de familia.

Como limitaciones de esta investigación, se considera necesario realizar comparaciones con la población abierta para darle mayor fortaleza a los resultados encontrados, ya que el nivel socioeconómico y el tipo de educación que reciben los escolares pueden actuar como variables de confusión.

Como fortalezas de este trabajo se destacan que, aun cuando se trate de un estudio observacional, es el primer acercamiento para conocer la realidad nutricional de las familias de una población específica, como es la de los trabajadores de una unidad hospitalaria.

Tabla 2. Tabla de estadística inferencial, estado nutricional vs. variables en estudio (n = 85).

Variable	Tipo de familia		Valor de p (IC 95%)	
	Tradicional (n = 45)	Moderna (n = 40)		
Sexo	Masculino	21 (24.1%)	25 (29.1%)	0.07* (0.23-1.32)
	Femenino	24 (28.2%)	15 (17.6%)	
Escolaridad del menor	Preescolar	9 (10.5%)	9 (10.5%)	0.37** (0.27-0.47)
	Primaria	32 (32.7%)	27 (31.4%)	
	Secundaria	4 (4.7%)	4 (4.7%)	
▼ Estado nutricional	Bajo peso	22 (25.9%)	21 (24.7%)	0.130** (0.075-0.227)
	Peso normal	23 (26.7%)	16 (18.6%)	
	Sobrepeso	0 (0.0%)	3 (3.5%)	
Ocupación de los padres	Médico no familiar	18 (20.9%)	19 (22.1%)	0.0001** (0.000-0.034)
	Hogar	9 (10.5%)	0 (0.0%)	
	Médico residente	6 (7.0%)	3 (3.5%)	
	Médico familiar	4 (4.7%)	0 (0.0%)	
	Médico general	4 (4.7%)	4 (4.7%)	
	Enfermero	2 (2.3%)	1 (1.2%)	
	Otra categoría	1 (1.2%)	2 (2.3%)	
	Trabajador	1 (1.2%)	11 (12.8%)	
• Hábitos alimentarios	No es necesario	31 (36.0%)	22 (25.6%)	0.080* (0.016-.124)
	Debe considerarse	12 (14.1%)	12 (14.1%)	
	Urgente	2 (2.3%)	6 (7.0%)	

**chi* al cuadrado; **prueba exacta de Fisher; ▼ Mediante el índice de masa corporal; • Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices.
IC 95%, intervalo de confianza del 95%.

Tabla 3. Análisis de variables cuantitativas (n = 85).

Variables	Tipo de familia		Valor de p* (IC 95%)
	Tradicional (μ ± DE)	Moderna (μ ± DE)	
**Edad	7.53 ± 2.61	7.17 ± 2.84	0.4 -0.0711-1.6322
§Peso	29.40 ± 11.42	30.4 ± 15.77	0.54 -6.5500-5.1886
•Talla	1.25 ± 0.05	1.24 ± 0.20	0.32 -0.1043-0.2795
▲ Horas de trabajo de los padres	10.73 ± 2.93	9.56 ± 2.93	0.053 -0.0143-2.5054
Días que comen fuera de casa	1.57 ± 0.75	2.07 ± 0.93	0.008 -0.8616-0.1291

*Prueba de la *t* de Student; **años; §kilogramos; •metros; ▲media de horas de trabajo de uno de los padres que trabajan (familia tradicional) y de ambos padres en la familia moderna.
μ, media; DE, desviación estándar; IC 95%, intervalo de confianza del 95%.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2020
www.siic.salud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Shamah T, Cuevas L, Gaona EB, Gómez LM, Morales MC, Hernández M. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública Mex* 60:244-253, 2018.
2. Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 58(3):249-255, 2008.
3. González Y, Díaz C. Family characteristics associated with the nutritional status of schools children in the city of Cartagena. *Rev Salud Pública* 6:836-847, 2005.
4. González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, García García CJ, García López P, Álvarez Ferre J, Padilla López, et al. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutr Hosp* 27(1):177-184, 2012.
5. Lera L, Salinas J, Fretes G, Vio F. Validación de un instrumento para evaluar prácticas alimentarias en familias chilenas de escolares de 4 a 7 años. *Nutr Hosp* 28(6):1961-1970, 2013.
6. Vázquez M, Conti D, Hamicha N, Martínez G, Paez M, Zulez V, Elorriaga N. What factors do a group of women-mothers of Buenos Aires consider when choosing their food? *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* 74(3):263-270, 2017.
7. López-Morales Cruz M, López-Valenzuela A, González-Heredia R, Brito-Zurita OR, Rosales-Partida E, Palomares-Urbe GH. Family structure of obese/overweight and normal weight adolescents in México. *Rev Méd Chile* 144(2):181-187, 2016.
8. Eshete H, Abebe Y, Loha E, Gebru T, Tesheme T. Nutritional status and effect of maternal employment among children aged 6-59 months in Wolayta Sodo Town, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *Ethiop J Health Sci* 27(2):155-162, 2017.
9. Díaz E, López R, González M. Eating habits and physical activity in hospital shift workers. *Enfermería Clínica* 20(4):229-235, 2010.
10. Aguilar A, Vera M, Outomuro A, Cabrera R, Martín M, Bernardo T. La salud de los médicos de familia: ¿practicamos lo que predicamos? *Aten Primaria* 43(6):305-311, 2011.
11. Huerta González JL. Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1era edición, DF, México: Editorial Alfil; 2007.
12. Anzures Carro RL. Medicina familiar. Diagnostico estructural y funcional. 2da edición. DF, México: Editorial Corinter; 2013.
13. Fautsch- Macías Y, Glasauer P. Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices. FAO Nutrition Division Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome; 2014. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm>
14. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett R. How Do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences and growth? *Pediatric* 120:1069-1075, 2007
15. Vásquez E, González J, Romero E, Sánchez E, Navarro M, Nápoles F. Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos. *Gac Med Mex* 151:788-797, 2015.
16. Machado K, Denis N, Fernández N, Miguez C, Pérez C. Dificultades en la alimentación de niños sanos en Montevideo-Uruguay. *Rev Chil Nutr* 43(3):228-232, 2016.
17. Valencia Niño de Rivera AD, Mata Miranda C, de Lira García CD. Food preferences during lunch break: Elementary school children from 9 to 10 years. *Rev Mex Trastor Aliment* 9(2):250-263, 2018.
18. Prada GE, Gutiérrez MP, Sánchez XL, Rueda LP, Angarita A. Asociación entre factores ambientales y pautas de crianza con el Índice de Masa Corporal de preescolares de hogares infantiles de Floridablanca, Colombia. *Rev Chil Nutr* 41(3):284-291, 2014.
19. Aguilar M, Rodríguez R, Menor M, Guisado R, León X, Sánchez A. Influencia de la actividad física sobre la calidad de vida de los niños con sobrepeso u obesidad *Sal pub Mex* 61(4):550-551, 2019.
20. Arias Pérez S, Ramírez Soler Á, Valencia Burbano J, Villa Encizo L, Londoño Buritica D, Gómez Santos C. Actitudes, conocimientos y prácticas de madres de niños en edad preescolar frente a la alimentación de sus hijos, un acercamiento a la realidad de la Comuna 9 de Armenia (Quindío). *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío* 29(1):16-17, 2017.
21. Álvarez Muñoz JS, Hernández Prados MA. Percepción de los padres de los hábitos físico-deportivos, alimenticios y académicos del alumnado de Educación Primaria. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 19(3):209-217, 2016.
22. Alemán-Castillo S, Castillo-Ruiz O, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. Alimentos seleccionados por los padres para los refrigerios de sus hijos en etapa de educación básica en Reynosa, Tamaulipas. *CienciaUAT* 14(1):61-70, 2019.
23. Castillo V, Escalona J, Rodríguez C. Hábitos alimentarios en la población escolar chilena: Análisis comparativo por tipo de establecimiento educacional. *Rev Chil Nutr* 43(1):6-11, 2016.

Información relevante

Estado nutricional de los hijos de los trabajadores de la salud en La Paz, México

Respecto a la autora



Eunice Aglae Cortéz Mascareño. Médica cirujana y parto por la Universidad de Guadalajara; especialista en Cirugía general por la UNAM; Maestría y Doctorado en Ciencias por la Universidad de Colima. Coordinadora auxiliar de investigación, Instituto Mexicano del Seguro Social; Doctora en Ciencias Médicas. Autora y coautora de más de 8 artículos científicos, en tópicos de cirugía general y obesidad infantil. Tutora de especialistas en medicina: medicina interna, medicina familiar, cirugía. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Ha recibido el Premio a la Calidad de la Atención Médica (PRACMED) y el premio a la productividad científica en la institución.

Respecto al artículo

El 43% de los niños evaluados presentó bajo peso, sin diferencias significativas de acuerdo con el tipo de familia, el sexo o el nivel escolar. La ocupación predominante de uno o de ambos padres fue médico, ya sea general o especialista. Se consideró que el 9.3% de los niños fueran referidos para tratamiento por su actitud hacia la alimentación y por requerir intervención en los hábitos alimentarios. El contexto social influyó más en el estado nutricional que el tipo de familia.

La autora pregunta

En los niños escolares, las conductas alimentarias se desarrollan en el seno familiar en primer lugar, seguido del contexto social. Existe información sobre la relación de la obesidad infantil y la conducta alimentaria familiar, y también influyen factores familiares en el caso de la malnutrición. En la sociedad, la familia es considerada como el primer núcleo de solidaridad, donde ejerce influencia en la mejora de los diferentes comportamientos alimentarios y de los factores que benefician o afectan la salud.

¿Dónde se desarrollan las conductas alimentarias en los menores?

- A En la escuela.
- B En la comunidad.
- C En el seno familiar.
- D En su grupo de amigos..
- E En la guardería.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/159510

Palabras clave

tipología familiar, estado nutricional, escolares

Keywords

family typology, nutritional status, schoolchildren

Lista de abreviaturas y siglas

IMC, índice de masa corporal; IC, intervalo de confianza.

Cómo citar

Cortéz Mascareño EA, García Torres O, Labastida GL, Álvarez Villaseñor AS, García Valdez R, Acosta Kelly G. Estado nutricional de los hijos de los trabajadores de la salud en La Paz, México. *Salud i Ciencia* 23(8):673-7, Mar-Abr 2020.

How to cite

Cortéz Mascareño EA, García Torres O, Labastida GL, Álvarez Villaseñor AS, García Valdez R, Acosta Kelly G. Nutritional status of children of health workers in La Paz, Mexico. Salud i Ciencia 23(8):673-7, Mar-Abr 2020.

Orientación

Clínica

Conexiones temáticas

