

11226
4
205



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
DELEGACION 1 NOROESTE D. F.**

ABORDAJE INTEGRAL DE LA FAMILIA DESNUTRIDA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. REYNA LYDIA ARROYO BARRERA

GENERACION 1988-1990



IMSS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

FEBRE 1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

TITULO	
OBJETIVOS.....	1
MARCO TEORICO.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
HIPOTESIS.....	13
MATERIAL Y METODO.....	14
DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	22
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	27
GRAFICOS Y CUADROS.....	30
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS...	46
CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	50
TABLAS	
ANEXOS	
CUESTIONARIOS	
SESIONES	

OBJETIVOS

GENERAL:

Demostrar que el Abordaje Integral de la Salud -- Familiar es útil en el Tratamiento, Control y Prevención de la desnutrición.

PARTICULARES

1.- Fomentar la participación Social de las Familias con éste proceso de Salud-Enfermedad.

2.- Demostrar que un grupo con la misma problemática genera alternativas de solución propias y congruentes para solucionar su problema.

3.- Dar a conocer las ventajas que se obtienen al abordar el caso dentro de su Núcleo Familiar en un proceso de Enseñanza-Aprendizaje en relación a su enfermedad.

MARCO TEORICO

La deficiente incorporación de nutrimentos a nivel celular se traduce en una condición caracterizada por muy variadas manifestaciones clínicas de diversa severidad, que se conoce como Desnutrición. (7)

Bajo la restricción de los compuestos químicos del complejo nutricio, las células desarrollan deficientemente su función, alterando como consecuencia el funcionamiento de órganos y sistemas que integran al organismo, antes de dar lugar a la aparición de lesiones anatómicas que caracterizan a ésta enfermedad. En los organismos que atraviesan por los procesos de crecimiento y desarrollo, las carencias bioquímicas en las células de los tejidos hacen que se manifiesten de manera más ostensible las alteraciones en las estructuras anatómicas y en el funcionamiento de los órganos por lo cual ésta entidad tiene particular importancia en el primer año de vida. (7)

ANTECEDENTES HISTORICOS:

Desde el nacimiento de la civilización egipcia hasta la primera mitad del presente siglo prevaleció el criterio de introducir los alimentos sólidos en la dieta de los niños cuando aparecían los dientes. Hipócrates (450 A.C) Galeno y Sorano (Siglo - 11 D.C) señalan al sexto mes de vida como el más conveniente para dar al niño migajas de pan humedecidas con vino, cerveza o consomé, ésto dió grandes cambios al finalizar la 2a. guerra mundial y a partir de la década de los 40. Pero aún en nuestros días, en algunas partes del país y en la misma ciudad se tienen costumbres de ablactar al niño después del 6o. mes de vida, siendo éste un factor importante de la multicausalidad de la desnutrición que como es posible observar existe desde hace muchos años (5)

DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

La desnutrición es uno de los principales problemas de salud pública en los países en vías de desarrollo. Se considera que aproximadamente la mitad de la población mundial ha sobrevivido a un período de desnutrición moderada o avanzada durante la infancia. Las enfermedades perinatales y las infecciones ya sean únicas o más frecuentemente en combinación con la desnutrición constituyen las principales causas de muerte en los países subdesarrollados. Se ha informado que después del período perinatal el 33% de las defunciones entre los lactantes y preescolares están relacionados con la desnutrición y si agregamos todos los demás casos en que la desnutrición fué un factor coadyuvante, aún que no la causa inmediata de la defunción, se llegaría a la conclusión que éste padecimiento desempeña un papel fundamental en el 50% del total de las defunciones ocurridas en niños de edad preescolar en el llamado tercer mundo.

No se conoce con exactitud el número de casos de la desnutrición, sin embargo se estima en diferentes regiones preindustrializadas de 0.5 al 7% en los niños por abajo de los 5a. de edad.

(6)

PATOGENIA

Etiología Primaria: Por ingestión deficiente de nutrientes, - poco aporte en la dieta.

Etiología Secundaria: Causada por el defecto en la absorción, transporte de los compuestos químicos absorbidos en el intestino o por tener trastornos en el metabolismo.

Mixta: Se dan ambos casos primario y secundario.

La enfermedad se establece de acuerdo a una secuencia ordenada de eventos. La disminución progresiva de los nutrientes de re

serva, constituye la fase inicial en el desarrollo de ésta entidad, una vez que la reserva se agota, se inician a nivel celular cambios bioquímicos que alteran el funcionamiento de los órganos y sistemas, posteriormente estas alteraciones metabólicas y funcionales que se traducen en los signos clínicos que identifican a la enfermedad.

La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento de ésta medida somática precede a la detención en el crecimiento en la talla. Por medio de estos dos parámetros situamos a la enfermedad en el tiempo, si la talla es normal o se aproxima a la medida estandar para niños de la misma edad cronológica y el peso esta por debajo del valor establecido como normal cabe suponer que la desnutrición ha sido de corta evolución y si esta deteriorado significativamente el peso y la talla nos indica que el proceso ha sido prolongado.

La edad ósea, obtenida mediante una radiografía de mano-muñeca permite integrar de manera aún más firme el juicio de la cronicidad de la enfermedad. (7)

CLASIFICACION DE LA DESNUTRICION

A continuación mencionamos los criterios de Gómez que son de acuerdo a tres grados de gravedad.

A) Primer grado o leve: Cuando la pérdida de peso en el niño corresponde a una magnitud entre 10 y 25% de lo establecido para la edad cronológica.

B) Segundo grado: Comprende una pérdida de peso del 25 al 40% de lo establecido para la edad cronológica.

C) Tercer grado o Severa: El deterioro ponderal sobrepasa el 40% del peso corporal. La presencia de edema de origen nutricional es un dato para clasificar a un niño desnutrido de tercer grado independientemente del peso (6).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Estas se clasifican según la frecuencia con que se encuentran en : Universales, Circunstanciales y Agregadas.

Signos Universales: Se presentan invariablemente en los niños afectados, su intensidad dependerá de la magnitud del déficit de nutrimentos, de la etapa del crecimiento y desarrollo del niño y del lapso en que las células han estado restringidas de nutrientes, se subdivide en tres grandes grupos: Atrofia, Dilición y Disfunción.

Atrofia: Se presenta inicialmente en la mucosa intestinal, - páncreas e hígado, a mediano plazo en músculo y piel y a largo- plazo en tejido conectivo y sistema nervioso además disminución de la osmolaridad plasmática.

Dilición: Anemia, disminución de las proteínas del líquido ce faloraquídeo, espacio intersticial y en el intracelular.

Disfunción: Digestión alterada, absorción deficiente, crecimiento retrasado y disarmónico, menor capacidad para el trabajo, respuesta inmunológica anormal, alteraciones cromosómicas (2).

Signos Circunstanciales: Pueden no encontrarse entre las mani festaciones clínicas de la enfermedad y algunos son parte de la- semblanza que adoptan los tipos de desnutrición: Kwashiorkor, Ma rasmo ó Kwashiorkor marasmático.

El edema caracteriza al Kwashiorkor que suele presentarse en- forma generalizada, es más marcado en los brazos, piernas, pene, escroto, parte baja de la cara si el niño camina y tiene la par- ticularidad de migrar de un lado a otro cuando el niño permanece en una posición por un tiempo prolongado.

La ausencia del panículo adiposo es un signo sobresaliente en el marasmático.

Las lesiones dérmicas consiste en la despigmentación de la --

piel y ocurre especialmente en las áreas que quedan descubiertas por desprendimiento de la epidermis. Antes de descamarse la piel se aprecia con hiperpigmentación, adelgazada y con cambios exfoliativos especialmente en los sitios de flexión. El pelo es opaco, despigmentado y fácilmente desprendible, las uñas son - delgadas quebradizas y opacas, pueden estar presentes también algunos signos asociados a deficiencias específicas de algunas vitaminas la queratitis, la queilosis, las lesiones angulares en las comisuras de los párpados, la xerosis en la piel y en las conjuntivas y la queratomalasia.

La anemia se manifiesta por la palidez de la piel y las mucosas y muchas veces es de origen nutricional (8).

SINTOMATOLOGIA

Lo más importante y notorio son los trastornos psicológicos que caracterizan a esta enfermedad. La apatía al medio que rodea al niño y la fácil respuesta irascible al entrar en contacto con una persona extraña son manifestaciones comúnmente observadas, la anorexia y la somnolencia son también parte de la conducta del desnutrido.

DATOS DE LABORATORIO

Exista una inversión de la relación albúmina/globulina, disminución de la concentración de proteínas séricas principalmente la albúmina, hay dilución por disminución en la osmolaridad plasmática, el potasio, calcio y fósforo disminuyen importante mente. Los niveles de hormona de crecimiento son anormales, - existe una baja concentración de somatomedinas, a nivel gástrico tenemos limitación en la acidez gástrica, la mucosa se encuentra atrófica, esto origina alteraciones en la absorción, - atrofia de las vellosidades, disminución de la superficie de -

absorción que trae como consecuencia una reducción en la actividad de las enzimas que hidrolizan a los disacaridos y a los dipéptidos.

DIAGNOSTICO

Se establece en base a los signos y los síntomas ya descritos los cuales se manifiestan asociados al curso prolongado de una dieta deficiente en proteínas y alimentos energéticos.

TRATAMIENTO

Cuando la desnutrición se manifiesta en forma moderada se puede realizar en tratamiento ambulatorio con medidas orientadas a la corrección de los errores dietéticos, una alimentación que asegure un aporte de 2 a 3 grs. de proteínas por Kg. de peso y de 100 a 150 calorías por Kg de peso y el control periódico nos permitirá valorar los cambios sobre el paciente sobre su condición de nutrición. La atención de los niños gravemente desnutridos deberá hacerse a nivel hospitalario con el propósito de reestablecer la hidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico, corregir la anemia, resolver el proceso infeccioso gastroenteral o brocopulmonar. Hasta éste momento no hemos mencionado la restitución de la carencia afectivo-emocional la cual deberá ser llevada a cabo simultaneamente al tratamiento dietético, pero en realidad en la mayoría de los casos ésta parte es tan importante y no se lleva a cabo porque el enfoque terapéutico se enfoca únicamente al dietético.

CONSECUENCIAS

La trascendencia biológica de la desnutrición depende de-

la reversibilidad de las alteraciones anatómicas y funcionales que la caracterizan. La irreversibilidad de las lesiones están condicionadas a la edad en que se presenta la enfermedad, la severidad con que ésta se hace manifiesta y al lapso de tiempo en que afecta al niño. Así pues a medida que la desnutrición incide con cierta gravedad a una edad más temprana y por un tiempo prolongado, se espera un mayor riesgo de consecuencias inmediatas dando lugar a niños con menor talla y cierta limitación en el desarrollo de funciones mentales, aunado a la escasa estimulación cognositiva, afectiva, emocional y social que tienen estos niños.

Es de suma importancia establecer el diagnóstico social de cada uno de los casos para conocer y tratar los aspectos de la problemática familiar. En el transcurso del tiempo se ha incrementado la investigación de la trascendencia de la desnutrición tanto biológica como social, principalmente en el primer año de vida en función de la reversibilidad prácticamente parcial o total de las alteraciones originadas ya que a edad más temprana de aparición, gravedad y tiempo de evolución la repercusión será más severa (5).

Dentro de las consecuencias de la desnutrición tenemos las inmediatas que son las que se presentan en el estado agudo de la enfermedad y las mediatas que son cuando la repercusión nutricional ya ha tenido efecto.

La desnutrición trae implicaciones socioeconómicas que se traducen en un limitado desarrollo integral del país, la productividad de la población se ve notablemente afectada como consecuencia de la expresión restringida de sus potenciales genéticas tanto intelectuales como somáticas (4).

Cravioto realizó un estudio longitudinal tomando a un grupo

de niños desde el nacimiento que llegaron a ser desnutridos - antes de los dos años de vida, demostró que el grado de estimulación cognositiva emocional y social a una edad temprana - como a los 6 meses era ya significativamente menor en comparación con niños de la misma edad en iguales condiciones socio-culturales, por lo que a la vez que se trata el problema de desnutrición el paciente tiene una mejor recuperación en su desarrollo neurológico cuando es estimulado en el hogar con palabras, actitudes, afecto y cuidado (1).

Son escasas las publicaciones en que se comunican resultados de intervenciones dirigidas a contrarrestar las secuelas psicológicas de la desnutrición, existe un programa de rehabilitación en Chile dirigido a la Corporación para la Nutrición infantil (CONIN) y ha creado 33 centros de recuperación nutricional (CCRN), cada uno atendido por un equipo multiprofesional formado por un Médico Pediatra, una enfermera, un nutricionista, una educadora y una asistente social con acciones enmarcadas en tres objetivos principales:

- 1.- Recuperación nutricional rápida, completa y permanente.
- 2.- Recuperación psicomotriz basada en la estimulación psicosensorial y afectiva.
- 3.- Rehabilitación social del grupo familiar a través de la educación, mejorar las condiciones de vida y saneamiento ambiental.

Pero se han tenido graves trastornos emocionales en los pacientes por la separación de la madre y grupo familiar.

Por su frecuencia y por sus consecuencias, pocos asuntos merecen tanta atención como la desnutrición infantil y no es arriesgado asegurar que es uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país.

Además del profundo e innecesario sufrimiento humano causado por la desnutrición ésta tiene consecuencias muy graves como una mayor morbilidad a las infecciones, mayor mortalidad trastornos en el desarrollo físico, intelectual y social, que afecta el aprendizaje, disminuye la capacidad de trabajo, origina trastornos genéticos e inmunológicos, todos estos factores alteran la dinámica biopsicosocial de las poblaciones que se percibe por el pobre dominio que los habitantes ejercen sobre el ambiente en que viven. La desnutrición es la manifestación de la inadecuada integración del hombre en sus aspectos-económico, político, cultural y psicosocial. Por lo que considero que debemos abordar éste proceso patológico en una forma integral y en la unidad de abordaje indicada que es la familia.

Existe un modelo de abordaje llamado AISFA (Abordaje Integral de la Salud Familiar) utilizado y creado en la UMF No.20 el cual ya se aplicó a familias obesas y diabéticas con resultados favorables.

La integralidad de éste abordaje se da en tres ejes y en 3 momentos, cada momento y cada eje es el producto de la interacción dialéctica de sus componentes y de toda ésta red de interacción obtenemos un momento de diagnóstico integral, resultado de la indagación diagnóstica en el campo de la Salud-Enfermedad y en los 3 ejes (Esferas, Ambitos y Funciones); Un pronóstico Integral con el que podemos predecir la evolución del proceso salud enfermedad en cada uno de los tres ejes y Un Momento de Manejo Integral que consiste en el abordaje de la Salud-Enfermedad mediante la integración de los 3 ejes con un fin terapéutico y profiláctico.

El eje de las Esferas tiene tres componentes: El Biológico

Psicológico y Social. El eje de los Ambitos: Psicosocial (individuo), Sociodinámico (grupo) y el Institucional (Situaciones), El Eje de las Funciones: Asistencial o de Servicio, Docente o Educativo y la Función Investigativa.

Los elementos para poder hacer ésto posible son: La "Historia Clínica, Exploración Física, Aplicación de Formularios , Entrevistas, APGAR, FIDA. Todos con la finalidad de mejorar la funcionalidad familiar, favorecer la realización de roles y modificar conductas (3).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como es sabido la desnutrición es un problema de etiología múltiple muy compleja, en donde se ha puesto mayor interés para resolver las alteraciones biológicas que se producen, es cierto que se tienen programas para el tratamiento y la prevención de esta patología los cuales aún no han tenido el resultado deseado por lo que tenemos población infantil desnutrida y a individuos adultos con secuelas de esta enfermedad, ésta es y será la fuerza de trabajo con la que se cuenta en nuestro país y considerando lo anterior nos preguntamos:

¿Es útil el AISFA en las Familias Desnutridas para el tratamiento, control y prevención de la desnutrición infantil?

HIPOTESIS

Hi (ALTERNATIVA): La Metodología del Abordaje Integral de la Salud Familiar aplicada a familias desnutridas de una de las áreas de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social es útil en el Tratamiento, Control y Prevención de la Desnutrición.

Ho.(DE NULIDAD): La Metodología del Abordaje Integral de la Salud Familiar aplicada a familias desnutridas de una de las Areas de Influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social no es útil en el Tratamiento, Control y Prevención de la Desnutrición.

MATERIAL Y METODO

Recursos Humanos:

- Familias desnutridas con niños de 0-5 años de edad.
- Dos Medicos Residentes de Medicina Familiar (Primero y Segundo año)

Recursos Físicos:

- Báscula.
- Cinta métrica.
- Pizarrón.
- Hojas blancas.
- Gises.
- Borrador.
- Material de apoyo: Sesiones mimeografiadas, Cuestionario de evaluaciones, dibujos para colorear.

Para reunir nuestras familias se realizó el siguiente procedimiento:

PROCEDIMIENTOS DE SELECCION DE MUESTRA

Se formó un grupo con un total de 30 familias cumpliendo con el requisito de muestra (n) mayor o igual a treinta. Todas con las características de tener uno o más miembros desnutridos, de la Colonia Santiago Atepetlac de acuerdo a los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Familias con niños desnutridos de ambos sexos de 0 a 5 años de edad en cualquier grado de desnutrición.
- Familias que viven en la Colonia Santiago Atepetlac.
- Que no presenten patología secundaria o defecto congénito que cause desnutrición.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Familias con niños desnutridos mayores de 5 años de edad.
- Familias con niños sanos.
- Familias que no vivan en la Colonia Santiago Atepetlac.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Niños:

- Que durante el estudio rebasen la edad límite.
- Que durante el estudio desarrolle un proceso secundario que agudice o incremente el grado de desnutrición.

Familia:

- Cambio de domicilio.
- Que se presente divorcio, muerte o abandono de alguno de sus miembros.
- Que su participación en el estudio sea irregular.

SELECCION DE LA MUESTRA

Mediante un censo de la Colonia Santiago Atepetlac se conoció el número de niños de 0 a 5 años, posteriormente se invitó a las familias a que acudieran a nuestro centro de reunión para pesar y medir a los niños y así detectar familias con niños desnutridos, de las familias que presentaran desnutrición se sometieron a la selección de muestra por el método combinado para ser seleccionadas además de llenar los criterios de inclusión.

CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

- Prospectivo: se fué capturando la información.
- Longitudinal: por la evolución del fenómeno estudiado.
- Experimental: por el manejo que se realizó sobre la variable independiente, contiene un proceso Enseñanza-Aprendizaje.
- Comparativo: Proceso Antes-Después del grupo experimental consigo mismo.

METODO

Se inicia el Abordaje Integral de la Salud familiar con:

1.- Diagnostico Integral: PRIMER MOMENTO

a) Esfera Biológica: La exploraremos a través de: Historia - Clínica de cada desnutrido en la familia por medio de preguntas de respuesta breve y, a cada caso se le pesará y medirá - además de la observación (Cuestionario No.1).

b) Esfera Psicológica: Utilizaremos como instrumento de indagación el cuestionario sobre Conductas Psicológicas y Defensivas Familiares (Negación, Segregación, Aglutinación, Depresión), también será importante las observaciones que realice el investigador (Cuestionario No. 2).

Se utilizará también el APGAR Familiar que sirve para evaluar la funcionalidad familiar, el ambiente emocional, que rodea al individuo y la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las crisis presentes o probables, son 5 componentes básicos:

- 1.- Adaptabilidad: Capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis.
- 2.- Participación: Capacidad de compartir los problemas y comunicarse para explorar maneras de resolverlos.
- 3.- Gradiente de Crecimiento: Capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- 4.- Afecto: Capacidad de expresarse cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones - como: Afecto, Amor, Pena o Rabia.

5.- Resolución: capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo el tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

El APGAR familiar consta de 5 preguntas cuya calificación es: 2 puntos si la respuesta es "casi siempre" 1 punto si la respuesta es "algunas veces" y 0 puntos si la respuesta es difícilmente, considerando como funcional a la familia que obtenga de 7 a 10 puntos, moderadamente disfuncional si logra entre 4 a 6 puntos y severamente disfuncional si únicamente obtiene de 0 a 3 puntos. (Anexo No. 1)

Contamos también con las U. de Hollms que constan de 36 puntos los cuales tienen asignado un valor, al que posteriormente se integra al área correspondiente (laboral, economía ciclo de vida familiar y proceso S-E) Según la puntuación se seleccionará a la familia para su abordaje. (Anexo No. 4).

c) Esfera Social: Se exploran las repercusiones sociales, son 9 preguntas dicotómicas, se califica con 10 puntos si la respuesta es "sí" y 0 si es "no". Se considera familia sin afectación con 0 puntos, afectación moderada con 40-60 puntos y afectación severa entre 90-100 puntos. (Anexo No. 2).

Para evaluar el nivel que ocupan dentro de la escala social las familias en estudio se someten a la Ficha de identificación y Detección de Anomía (FIDA) explore aspectos de la vivienda, educación, ingresos, uso de tiempo libre, satisfactores. (Anexo No. 3)

El anexo No. 2 explora afectación por la enfermedad en la actividad laboral, interés por las actividades de los hijos, de la vida conyugal, de la forma de esparcimiento y de la interacción social tomadas todas ellas como instituciones sociales en relación con la familia desnutrida.

La anomia a sido definida teóricamente por la Sociología como una situación de deficiencias relacionadas con las estructuras culturales y normativas que permiten reconocer, según la norma social, si la conducta es verdadera o falsa. Una situación de anomia es probable cuando existen características en una colectividad social que obstaculizan la duración y estabilidad de las relaciones sociales.

La desintegración social se entiende como el debilitamiento del soporte efectivo que el grupo podría otorgar a sus integrantes y orilla a que el individuo se aleje de la vida social del grupo, aislándose.

Tanto la anomia como la desintegración social son variables teóricas, siendo necesario encontrar indicadores ecológicos que sean capaces de medirlas. (Ver tabla 3)

Considerando las definiciones de anomia y desintegración social así como sus indicadores respectivos, cuando se habla de anomia, existen o están altamente extendidas en un área social las características de aquellas variables que miden la limitación o entorpecimiento de la duración y la estabilidad de las relaciones sociales.

Para obtener el Diagnóstico de Salud Integral de cada una de las familias de estudio se elaborará su Familiograma, explorando familias de origen, Estructura familiar, Límites, Vínculos, etc. en los siguientes puntos:

1.- Resumen Histórico de los datos significativos de la familia.

2.- El Familiograma que incluirá datos estructurales de la familia en estudio y de las familias de origen incluyendo símbolos estructural y dinámicos.

3.- Diagnóstico Estructural de la familia (Tipología fa-

miliar y fase del ciclo de la familia).

4.- Diagnóstico funcional: Incluyendo la evaluación de las siguientes funciones de la familia:

- a) Socialización, Cuidados, Afecto, reproducción y Estatus.
- b) Evaluación de los subsistemas a través de sus funciones específicas: Conyugal, Parental y Fraternal.
- c) Exploración de los vínculos familiares.
- d) Modalidad de reacción de la familia.

5.- Crisis anteriores de la familia y su resolución.

6.- Identificación de la demanda aparente y de la real.

7.- Enlistar los problemas psicosociales jerarquizandolos.

8.- Objetivos de la tarea correctora: Inmediatos y Mediatos.

9.- Estrategias de ayuda profesional.

10- Ingresos familiares.

11- Visita domiciliaria ver características y condiciones de vida.

12- Problemas sanitarios.

13.- Diagnóstico Nutricional.

14.- Participación en programas de Inmunizaciones y de Detección masiva.

15.- Actividades recreativas de la familia individuales y grupales.

16.- Higiene general.

17.- Ocupación laboral y escolar de los integrantes de la familia.

18.- Toxicomanías (Alcoholismo, Tabaquismo, Drogadicción).

SEGUNDO MOMENTO

Pronostico Integral: cuando tengamos agotados los recursos y efectuado el diagnostico Integral de las familias desnutridas se elevará un pronostico que funcionará como una hipótesis de trabajo sobre la cual se realizarán las acciones necesarias para resolver los problemas de cada familia aplicandose también las medidas profilácticas o preventivas necesarias.

Según los datos obtenidos en el Diagnostico Integral trataremos de proponer metas de corto, mediano y largo plazo.

TERCER MOMENTO

Manejo Integral: al igual que en el momento diagnóstico, para el manejo integral debemos tomar en cuenta los ejes de las funciones, ámbitos y esferas.

Fase Intensiva: se realizará con un grupo de 30 familias desnutridas que se llevará a cabo con apoyo de la metodología del aprendizaje grupal, consta de 5 sesiones cada una con una duración de 45 min diarios. En ésta instancia se pretende que las familias reciban conocimientos de tipo informativo sobre lo más importante y de utilidad acerca de la desnutrición, antes de iniciar las sesiones se les aplicará un cuestionario (Cuestionario No. 3) para explorar el grado de conocimientos que cada familia tiene sobre ésta patología también se aplicará un cuestionario posterior a cada sesión.

Fase Intermitente: Se realizará con el mismo grupo de familias que participaron en la fase intensiva para reunirnos una vez a la semana durante 4 semanas, después cada 15 días -

durante 2 meses y posteriormente una vez cada mes durante 2 meses. En esta fase se otorga mayor importancia al aspecto afectivo, se propicia una mayor interacción entre los participantes en función con el problema que se comparte y sobre todo en la reflexión conjunta de como utilizar los contenidos aprendidos.

Al termino del tiempo y número de sesiones se hace una sesión de finalización para evaluar el cumplimiento de los objetivos.

INSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA

La instancia biológica se maneja mediante dieta de acuerdo a la edad del paciente y grado de desnutrición.

El manejo a nivel psicológico y social se realiza con el apoyo de las U. de Hollms, Respuesta Psicológica y AFGAR - con los cuales integramos el Dx Psicológico y Social.

Con el Dx Psicológico y Social establecido seleccionamos las familias para entrevistarla según el grado de afectación.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

El presente trabajo se realizó en la Colonia Santiago Atepetlac, que es por primera vez trabajada por residentes de Medicina Familiar, para el desarrollo del Programa de Fomento a la Salud.

Para poder realizar este trabajo fué necesario utilizar la Metodología de la Investigación Participativa de Gómez Jara, - la cual consta de 6 fases establecidas.

I FASE SENSORIAL

Se inició con la visita de los operadores a la Colonia Santiago Atepetlac y se realizó un recorrido con el propósito de conocer las características Sociales y Económicas predominantes que a continuación mencionemos:

Situación geográfica: la Colonia Santiago Atepetlac colinda al Norte con el Estado de México, al Sur con la colonia Progreso-Nacional, al Este con la calzada Vallejo y al Oeste también con el Estado de México. Pertenecer a la Delegación Gustavo A. Madero y se encuentra a una distancia de la UMP No. 20 de 20 min. en automóvil.

Topografía: el terreno donde se ubica la Colonia es plano en toda su extensión.

Flora y Fauna: No existe flora específica del lugar, hay poca forestación, la fauna existente es doméstica y fauna nociva - como ratas, moscas, cucarachas.

Clima: Semejante al de la ciudad de México.

Vías de Comunicación: Aprox. el 5% de la comunidad tiene auto propio, existe el servicio de la ruta 100 de camiones y dos líneas de colectivos.

Poblamiento: En general es un lugar con población permanente existen terrenos baldíos.

ECONOMIA

Propiedad: existen algunos establecimientos de pequeños comerciantes como son tiendas de abarrotes, panaderías, papelerías, existen dos consultorios médicos particulares, un dentista, una paletería, dos pequeñas fábricas.

Consumo: se obtienen los productos por intermediarios y son de consumo popular.

Trabajo: La gran mayoría de los pobladores son obreros y vendedores, las mujeres se dedican al trabajo doméstico.

DEMOGRAFIA

En el censo realizado en el año de 1988 se contó con una población total de la comunidad de 768 habitantes.

NIVEL DE VIDA

Salud: no se cuenta en la comunidad con una unidad de servicios médicos o centro de salud, la mayoría de la población obtiene servicios de SSA e INSS (UMP No. 20).

Vivienda: La gran mayoría son viviendas con paredes de ladrillo y piso de cemento, son pequeñas, algunas con techo de lámina, tienen muy poca área para patio o jardín.

Vestido: el típico del capitalino.

Educación: Existe en la comunidad un kinder oficial, uno privado y una escuela primaria oficial.

Alimentación: en el área no se producen alimentos su obtención es en mercado de la colonia Progreso Nacional.

Recreación : cuentan con un jardín comunitario que lleva el nombre de Miguel Angel de Quevedo el cual fué inaugurado en el año de 1987 por el delegado de ese entonces.

SERVICIOS PUBLICOS

Se cuenta con agua potable, luz, drenaje (muy malas condiciones) pavimentación (no en todas las calles), teléfonos públicos.

Servicio de limpia: cuentan con el paso del servicio del camión de limpia cada 3-4 días, no hay basureros públicos pero las calles en general tienen basura.

INSTITUCIONES SOCIALES

Familias: son familias que no tienen grandes con las del resto del valle de México, en las cuales el rol de la mujer es de madre, colabora a la economía familiar y cuida a los hijos, el padre es el abastecedor.

Partidos políticos: el partido predominante es el PRI, se tiene una junta de vecinos y jefes de manzana que son fácilmente identificados, el presidente de colonos es el Sr. Jesús Hdez Hdez, el primer vocal el Sr Elizeo Neri Morales, el segundo-vocal el Sr Simón Moreles Arias el cual además funciona como Tesorero.

Iglesia: Una católica y un templo Mormón.

Grupos sociales: H y un grupo de Alcohólicos Anónimos, Asociación de padres de familia de la escuela que participan sólo en aspectos relacionados con el área escolar.

ESTRUCTURA SOCIAL

La clase social determinada de acuerdo a las características generales es de obreros con bajos recursos económicos.

COSTUMBRES Y VALORES

Religión: la religión predominante es la católica.

Lenguaje: es el español con los modismos típicos del capitalismo.

Prejuicios: se trata de una localidad con familias típicas tradicionales, en donde los roles femeninos y masculinos es-

tan perfectamente delimitados, existe gran apego a los valores y normas morales.

Costumbres: festejan en forma especial las Fiestas Patrias, la Fiesta tradicional del Pueblo es en Abril donde además se hace un torneo de Fut. Bol.

DAÑOS A LA SALUD

Alcoholismo: el alcoholismo es un problema importante ya que es frecuente ver grupos de diferentes edades en la calle ingiriendo alcohol.

Drogadicción: es común la presencia de drogadictos principalmente fumadores de marihuana y el uso de inhalantes.

Prostitución: no existe centro de prostitución en la colonia.

II FASE DE INFORMACION TECNICA

Los datos obtenidos fueron de la Delegación Política correspondiente y directamente con la Junta de Colonos. En la Escuela primaria Francisco Zarco centro importante de esta localidad es donde nos reunimos para llevar a cabo nuestras actividades y contamos con la aceptación y apoyo del director y del Comité Escolar por medio de los cuales se organizó una asamblea general para invitar a los habitantes a participar. La invitación se realizó por medio de volantes y carteles, en la primera reunión los asistentes fueron muy pocos, pero se continuo haciendo promoción y se logro formar un grupo base el cual hizo de manifiesto sus necesidades por lo que iniciamos la fase siguiente.

III FASE DE INVESTIGACION DIRECTA Y PARTICIPATIVA

Con la colaboración de la Junta de Vecinos se cuenta con un censo poblacional de 1988, Planilla de antecedentes históricos de la comunidad, croquis de localización con lo que fué

posible elaborar un expediente comunitario.

IV FASE DE DETERMINACION

En esta fase con la ayuda del comite escolar de salud y el director de la escuela fué posible determinar las necesidades prioritarias y en base a esto y por concenso se realizó un listado de temas específicos.

V FASE DE MODELOS

En esta fase se estableció un grupo de autoayuda con el cual se lleva a cabo actividades para mejorar la calidad de vida las cuales son :

- Asistencial: Pláticas sobre Alcoholismo, drogadicción, parasitosis, inmunizaciones, diabetes, hipertensión etc).
- Capacitación: Primeros Auxilios, Sexualidad, Desnutrición.
- Organización.
- Organización y Movilización Social.

PRESENTACION DE RESULTADOS:

El estudio se llevó a cabo con un total de 30 familias desnutridas, se formó un solo grupo para realizar una investigación comparativa Antes-Después durante un tiempo de 4 meses. Se subdividió en 4 subgrupos quedando de la siguiente manera:

Subgrupo No. 1 De: 0 a 11 meses de edad con un rango de 6 meses con amplitud de clase de 12 meses, con una Moda de 10 meses, Promedio de 7.25 y una desviación estandar de \pm 2.79, con una distribución por sexo de 3 mujeres por un hombre, representado el 13.3% del total de la población.

Subgrupo No. 2 De 12 meses a 23 meses de edad, Rango de 12, con amplitud de clase de 12 meses, Moda de 12 meses, Promedio de 16.6 y a una desviación estandar de 10.25, con predominio de 3 mujeres por 2 hombres y representa el 16.6% de la población total.

Subgrupo No. 3 De 24 a 35 meses de edad, Rango de 8, Moda 30, - Promedio de 29, con una desviación estandar de 7.87 con predominio de 5 mujeres por 3 hombres, representa el 26.6% del total de la población.

Subgrupo No. 4 De 36 a 47 meses de edad, Rango de 11, Amplitud de clase de 12, Moda 41 meses, Promedio de 40.66, con una desviación estandar de 8.64, Este grupo representa a la mayor parte del total de las familias que corresponde al 30% integrado por 5 hombres y 4 mujeres.

Subgrupo No. 5 De 48 a 59 meses de edad, Rango 11 meses, Amplitud de clase de 12 meses, Moda 50, Promedio 49.5 meses, con una desviación estandar de 0.86 meses, Este grupo representa el 13.3% del total de las familias con predominio del sexo femenino 3:1.

Tomando en cuenta el peso corporal de cada niño desnutrido las familias se clasificaron en 5 subgrupos los cuales quedaron de la siguiente manera:

Subgrupo A con rango de 0.8 grs, sin moda, Promedio de 6,650 grs, una desviación estándar de 2.65Kgs.

Subgrupo B Con Rango de 7900grs, sin Moda, Promedio 9.2grs, -- DE 2.34Kgs.

Subgrupo C Con rango de peso de 2.6grs, Moda de 11Kgs, Promedio 10.98grs D.E de 2.04Kgs.

Subgrupo D Con rango de peso de 1.3, Moda 13 Kgs, Promedio 12.72, DE 1.62 Kgs.

Subgrupo E Con Rango de peso de 1.4, Moda 14Kgs, Promedio 13.9 DE de 1.009.

Por lo que respecta al conocimiento sobre Desnutrición los grupos fueron clasificados en 3 subgrupos de acuerdo a la calificación obtenida :

De 0-3 puntos=Conocimientos nulos, De 4-6 puntos= Pocos conocimientos y de 7-10 puntos= Conocimientos adecuados.

Al inicio del estudio el Subgrupo con conocimientos nulos fue el que mayor número de familias aportó con un 53.33% del total de las familias: El subgrupo con pocos conocimientos aportó el 43.33 % y solamente una persona que corresponde al 3.33% del total de las familias tenía conocimientos adecuados.

Al final del estudio el 100% de las familias obtuvo de 7 a 10 puntos, es decir conocimientos adecuados sobre la desnutrición, considerando como límite inferior aprobatorio la puntuación de 7.

El Rango al inicio del estudio fue de 0-3 puntos con Moda de 4 promedio de 3.9 puntos y una desviación estándar de 50.92 puntos.

También analizamos la funcionalidad familiar, considerando como funcional a las familias con puntuación total en el Apgar Familiar de 7 a 10 puntos, Moderadamente disfuncional de 4 a 6 puntos y severamente disfuncionales de 0 a 3 puntos.

En el grupo al inicio del estudio, la mayoría de las familias (70%) eran funcionales, con un rango de 7 a 10 puntos, Moda de 8,

Promedio de 7.33 a a una DE de ± 15.44 . Al final del estudio - tambien el mayor número de familias (8%) estuvo en el subgrupo de familias funcionales. La puntación total al final del estudio tuvo un rango de 8 a 10 puntos, Moda de 3, Promedio de 8.02 y a una Desviación Estandar de ± 14.21 .

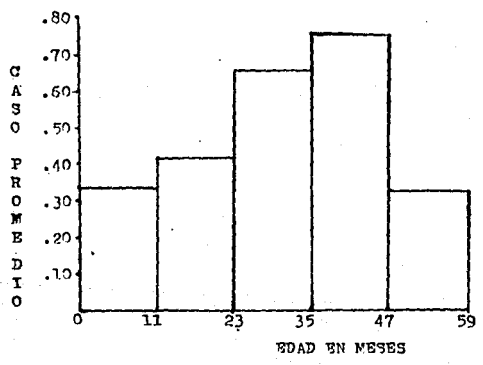
CUADRO No. 1

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGUN EDAD Y SEXO
 DE LA COLONIA SANTIAGO ATEPETLAC
 MEXICO SHP. 1989 UMF # 20 IMSS.

EDAD EN MESES	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-11 meses	1	3.33	3	10	4	13.3
12-23 meses	3	10	2	2.66	5	16.6
24-35 meses	3	10	5	16.6	8	26.6
36-47 meses	5	16.6	4	13.3	9	30
48-59 meses	1	3.33	3	10	4	13.3
TOTAL	13	43.33	17	56.6	30	99.8

GRAFICO No. 1

NIÑOS DESNUTRIDOS POR NUMERO DE CASOS
EN LA COLONIA SANTIAGO ATEPETLAC
MEXICO SEPT. 1989 UMF # 20 IMSS.

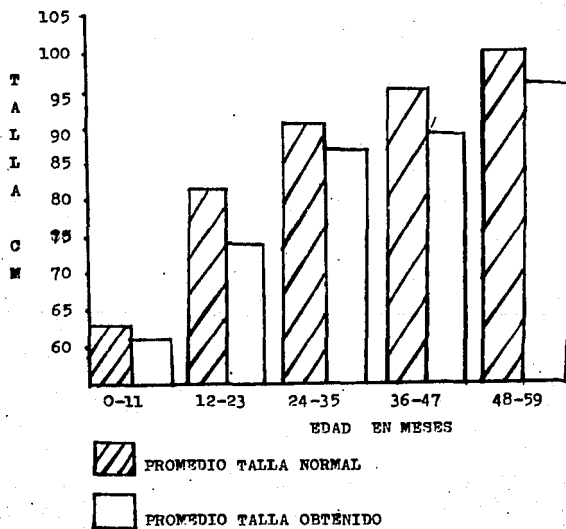


NIÑOS DESNUTRIDOS AL INICIO DEL ESTUDIO SEGUN
TALLA, EDAD Y SEXO EN SANTIAGO ATEPFTLAC
MEXICO SEPT. 1989 UMF # 20 IMSJ

EDAD EN MESES	TALLA EN CM	TALLA EN CM	SEXO		TOTAL
	\bar{x} NORMAL	\bar{x} OBTENIDO	H	M	
0-11 meses	63.22	61.25	1	3	4
12-23 meses	80.6	74.8	3	2	5
24-35 meses	90.0	87.0	3	5	8
36-47 meses	95.0	88.5	5	4	9
48-59 meses	100	95.75	1	3	4

GRAFICO No. 2

ESTATURAS OBTENIDAS EN COMPARACION CON LA TALLA
NORMAL EN NIÑOS DESNUTRIDOS DE SANTIAGO A.
MEXICO SEPT. 1989 UMF # 20 INSS.



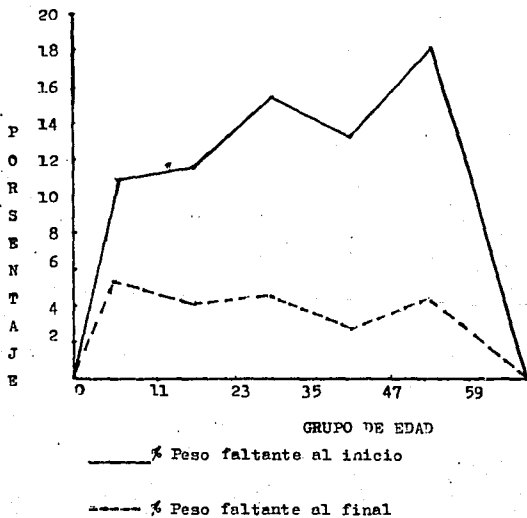
CUADRO No. 3

NIÑOS DESNUTRIDOS SEGUN GRADO DE DESNUTRICION
 EN SANTIAGO ATEPETLAC ANTES Y DESPUES
 DEL ESTUDIO MEXICO SEPT-DIC 1989
 UMF # 20 IMSS.

EDAD EN MESES	PESO Kg. \bar{x} NI.	PESO Kg. \bar{x} ORT.	% FALTANTE	PESO Kg. FINAL	% FALTANTE
0-11 meses	8.750	7.800	10.85	8.300	5.14
12-23 meses	12.0	10.600	11.66	11.530	3.91
24-35 meses	14.0	11.900	15.0	13.420	4.14
36-47 meses	16.0	13.920	13.0	15.600	2.50
48-59 meses	18.0	14.760	18.0	17.200	4.44

GRAFICO No. 3

PORCENTAJE FALTANTE DE PESO AL INICIO Y AL FINAL
 DEL ESTUDIO EN NIÑOS DESNUTRIDOS DE SANTIAGO
 ATEPETIAC MEXICO SEPT-DIC 1989 UMP #20 IMSS.



CUADRO No. 4

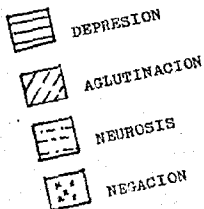
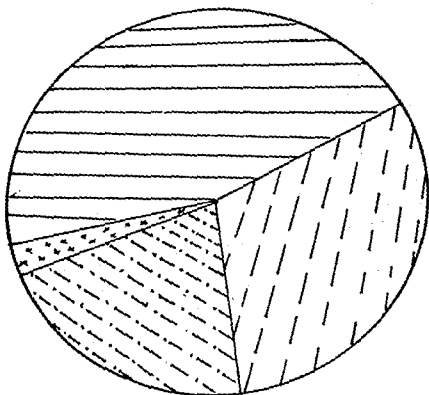
FAMILIAS DESTRUCTURADAS DE ACUERDO AL TIPO DE CONDUCTA
DEFENSIVA INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN SANTIAGO A.
MEXICO SEPT. 1982 UNF # 20 INSS.

CONDUCTA DEFENSIVA	No. DE FAMILIAS				TOTAL
	SI PRESENTAN		NO PRESENTAN		
DEPRESION	19	63%	11	37%	30
NEUROSIS DE ANGUSTIA	9	30%	21	70%	30
AGLUTINACION	13	43.3%	17	56.7%	30
NEGACION	1	3.3%	29	96.7%	30
SEGREGACION	0	0%	0	0%	00

+ Una familia puede presentar una o más conductas defensivas.

GRAFICO No. 4

FAMILIAS DESNUTRIDAS PARTICIPANTES DE LA COLONIA
SANTIAGO ATEPETLAC DE ACUERDO AL
TIPO DE CONDUCTAS DEFENSIVAS
MEXICO SEP. 1989
UMF No. 20 IMSS



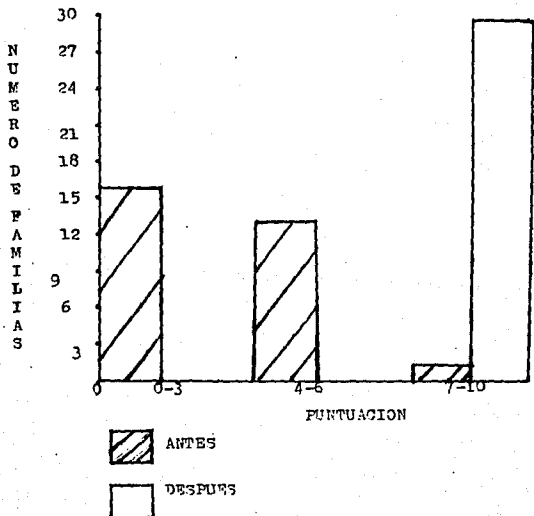
CUADRO No. 5

FAMILIAS DE ACUERDO AL CONCEPTO O CONOCIMIENTO ACERCA
DE LA DESNUTRICION ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO EN
SANTIAGO ATEPETLAC MEXICO SEP-DIC UMF # 20 IMSS.

GRADO DE CONOCIMIENTOS	No. PERSONAS ANTES		No. PERSONAS DESPUES	
0-3 PUNTOS CONOCIMIENTOS NULOS	16	53%	0	0%
4-6 PUNTOS POCOS CONOCIMIENTOS	13	43%	0	0%
7-10 PUNTOS CONOCIMIENTOS ADECUADOS	1	3.3%	30	100%
TOTAL	30	100%	30	100%

GRAFICO No. 5

FAMILIAS DE ACUERDO AL GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE
DESNUTRICION ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO EN SEP-
DIG. SANTIAGO ATEPETLAC MEXICO UMF # 20 IMSS.

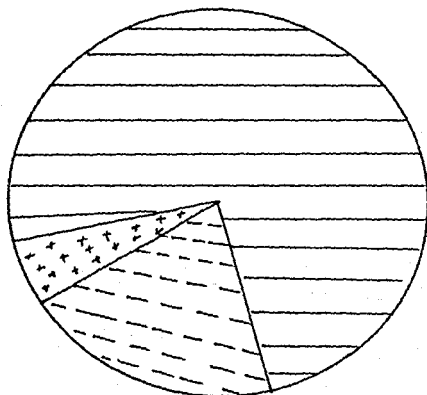


CUADRO No. 6

FAMILIAS DESNUTRIDAS DE ACUERDO AL APGAR FAMILIAR AL
 INICIO DEL ESTUDIO EN SANTIAGO ATEPETLAC MEXICO
 SEPT. 1989 UMF # 20 IMSS.

TÍPO DE FAMILIA	No. FAMILIAS	%
FUNCIONAL 7-10 PUNTOS	21	70
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL 4-6 PUNTOS	6	20
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL 0-3 PUNTOS	3	10
TOTAL	30	100%

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES DE LA
COLONIA SANTIAGO ATEPETLAC DE ACUERDO AL
APGAR FAMILIAR AL INICIO DEL ESTUDIO
MEXICO SEP 1989
U.M.P. No. 20 H'35



FUNCIONAL



MODERADAMENTE DISFUNCIONAL



SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

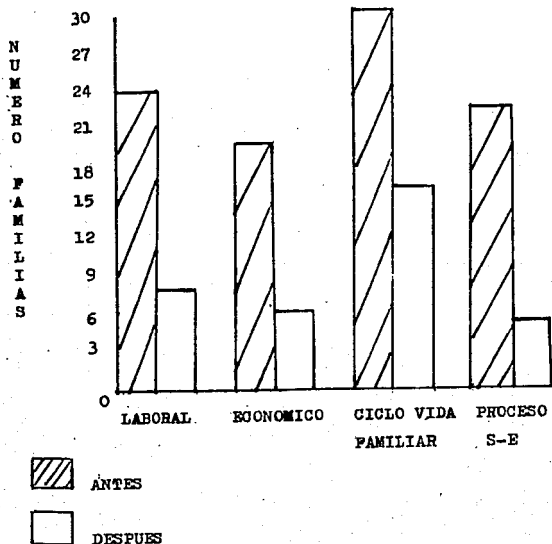
TABLA No. 7

FAMILIAS DESNUTRIDAS DE LA COLONIA SANTIAGO ATEPETLAC
 DE ACUERDO AL AMBITO AFECTADO EN RELACION A LAS U.
 DE HOMBRES ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO SEPT-DIC
 1989 UNF # 20 IM35.

AREA	ANTES			DESPUES		
	TOTAL UNIDADES	No. FAM	\bar{x}	TOTAL UNIDADES	No. FAM.	\bar{x}
LABORAL	890	24	37.12	104	8	13.10
ECONOMICO	7707	20	35.35	106	6	17.72
CICLO VIDA FAMILIAR	5383	30	179.46	698	16	43.59
PROCESO S-E	1049	22	47.72	124	5	24.68
TOTAL		96	299.65		35	99.09

GRAFICO No. 7

FAMILIAS DESNUTRIDAS PARTICIPANTES DE LA COLONIA
SANTIAGO ATEPETLAC DE ACUERDO AL AMBITO AFECTADO
EN RELACION A LAS UNIDADES DE HOMBRES
ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO 1989
U.M.F. No. 20 I.M.S.S.



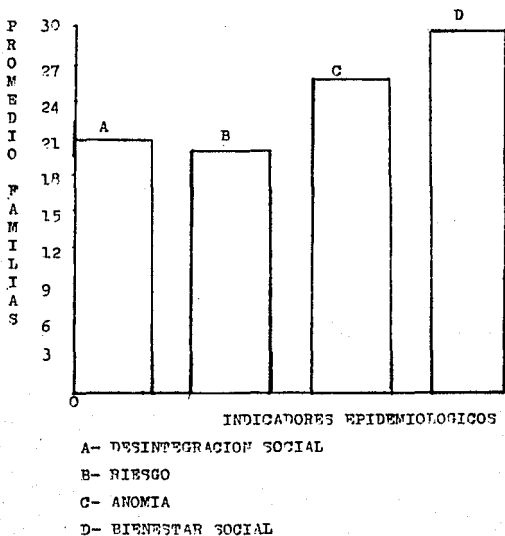
CUADRO No. 8

CONDICIONANTES SOCIALES SEGUN INDICADORES ECOLOGICOS
 PRESENTES EN FAMILIAS DESNUTRIDAS EN SANTIAGO ATE-
 PETLAC MEXICO UMF # 20 IMSS.

INDICADORES ECOLOGICOS	\bar{X} FAMILIAS	%
DESINTEGRACION SOCIAL	21	70
RIESGO	20	66
ANOMIA	26	86
BIENESTAR SOCIAL	30	100

GRAFICO No. 8

FAMILIAS DESMORTRIDAS SEGUN INDICADORES ECOLOGICOS
EN SANTIAGO ATEPETLAC MEXICO UNF #20 IMSS



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

En el grupo hubo diferencia en el número de familias por sexo predominó el sexo femenino 17 (56.6%) agrupadas entre 0 y 5 años de edad encontrando en el comportamiento general del grupo, que el 30% de las familias están situadas entre los 3 y 51 meses de edad. (Cuadro No. 1)

Al inicio del estudio las 30 familias tuvieron un grado de denutrición de Primer grado (10-20%) sin predominio de sexo, y al final del estudio las 30 familias alcanzaron el peso normal de acuerdo a la edad y el sexo, ninguno sobrepasó el límite superior normal. (Cuadro No. 3)

Con lo que respecta a la talla el 100% de las familias presento talla baja con un predominio de déficit del 4.8% y que a pesar que se recuperó el déficit del peso, la talla no se modificó durante el estudio. El grupo con mayor déficit (7.19%) fué el de 12 a 23 meses. (Cuadro No. 2)

En el grupo se presentaron cambios importantes en la calificación sobre los conocimientos sobre desnutrición ya que al inicio el 53.33% tenía n los conocimientos sobre esta patología y al final del estudio el 100% del grupo obtuvo la calificación aprovatoria en las evaluaciones(5). (Cuadro No. 5)

Se observó que no hubo cambios importantes en la distribución de la funcionalidad familiar al inicio y al final del estudio y que el porcentaje de familias funcionales aumentó en un 20% al final del estudio. (Cuadro No. 6)

En lo que respecta a la conducta defensiva familiar observamos que la mayoría (63%) de las familias presentaban Depresión y en el 43.33%, Aglutinación. Estas conductas no se modificaron al final del estudio en forma importante. (Cuadro No. 4)

En este estudio obtuvimos datos muy importantes al utilizar indicadores ecológicos para determinar condicionantes sociales presentes de la desnutrición teniendo: Desintegración Social en un promedio de 21 familias que corresponde al 70% del total de las familias, un promedio de 20 familias con Riesgo que representa el 66% del total de las familias, Anomia en un promedio de 26 familias siendo el 86% del total de las familias y en un 100% Bienestar Social dado característicamente por la tenencia de TV. (Cuadro No. 8)

En la distribución de las familias por U. de Hollms predominó la afección a Nivel de Ciclo de vida familiar y del proceso Salud-Enfermedad antes y después del estudio. Se observa una disminución importante en el total de la puntuación antes y después del estudio. (Cuadro No. 7)

ANALISIS COMPARATIVO

El presente estudio fué analizado estadísticamente con la prueba de comparación de dos muestras no independientes obteniendo los siguientes resultados:

Las variaciones de peso tuvieron un valor de significancia estadística de 18.40 con una p. de 0.001 interpretándose que los cambios obtenidos se debieron al manejo integral pero principalmente de la instancia educativa en las familias desnutridas.

CONCLUSIONES:

1.- Cuando las familias desnutridas son manejadas en forma integral mejoran en las tres esferas: Biológica, Psicológica y Social.

2.- El que las madres estén bien informadas sobre la causa, repercusiones, forma de evitar la desnutrición constituyen armas para evitar, mejorar y tratar la desnutrición.

3.- En las familias desnutridas no existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el grado de desnutrición, sin embargo las familias que aparecen como disfuncionales mejoraron en su funcionalidad familiar al mejorar el estado de nutrición del miembro afectado.

4.- A pesar de que no en todas las familias alcanzamos a aplicar el AISP, se observa que con tan solo aplicando la fase intermedia los resultados obtenidos fueron favorables en las 3 esferas por lo que el médico familiar con un tiempo razonable de práctica médica puede intentar el manejo integral con resultados a corto plazo en familias desnutridas.

5.- El aplicar las Ude Hollms antes del inicio del estudio nos da un punto de referencia muy importante para seleccionar a las familias que tengan mayor puntuación para ser las primeras en abordar dándonos tiempo para la concientización y dar la oportunidad de crear alternativas de solución a corto plazo y mediano plazo. Estas familias a las cuales se les entrevistó fueron las que al 100% de las secciones acudieron y tuvieron mayor interés. También un importante avance en cuanto al grado de conocimientos sobre el nacimiento y lo más importante es que como las demás lograron el objetivo que fue el de recuperar el peso normal del niño.

6.- En relación al Medio Socioeconómico todas las familias son de escasos recursos con un ingreso mensual de uno y dos salarios mínimos, el 56.6% son obreros y el 50% de las mujeres dedicadas a trabajos domésticos, tienen la necesidad de rentar una habitación (96.6%) en donde viven en hacinamiento y promiscuidad que como se sabe todos factores condicionantes de la desnutrición, - pero algo muy importante es que a pesar de que no hubo cambios en el status económico los niños desnutridos se recuperaron al tener conocimientos sobre los factores que ocasionan este padecimiento.

7.- Durante el presente estudio el 100% de la participación fue de las madres lo que nos indica que ella es la que se ocupa de resolver los problemas familiares.

8.- A pesar del bajo ingreso familiar per cápita, se observa que todas las familias cuenta con radio y TV que les sirve como medio de distracción o de escape de sus problemas, por lo que al hacer un manejo integral se dan cuenta de su realidad.

9.- La investigación participativa es muy importante para realizar estudios en la comunidad sin ella no podríamos abordar una comunidad y lo que se a deseado siempre no se daría ya que es imprescindible la participación de la comunidad para que ellos mismos en grupo determinen sus problemas reales y sentidos y den alternativas de solución congruentes con sus medios para realizar cualquier cambio que les de beneficios en su salud.

10.- Los objetivos planteados de este estudio no se cumplieron en su totalidad y los resultados obtenidos no los podemos medir en su totalidad ya que algunos son a mediano plazo, pero con lo obtenido confirmamos nuestra hipótesis.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- APRIETA M.R. Influencia de la estimulación sistemática en la recuperación mental del lactante desnutridos. Hospital Infantil de México vol:28-47. 1961
- 2.- BOURGUEZ HECTOR. Desnutrición infantil UNAM unidad 2 - febrero op 49-62.
- 3.- CERDA A.O. Marco teorico metodologico del abordaje integral de la salud familiar en: Memorias del XVII simposium - Nacional de Medicina Familiar UNF No. 20 IMSS Mexico 1986.
- 4.- JURADO E. et-al. Actualizaciones y progresos en pediatria Ed. Gema México, pp 25-31.
- 5.- LOPEZ DE ANDREA. Malnutrición Anales nestlé vol 43 No.- 1 nov. 1985.
- 6.- RCMEO S.R. Nueva guía para el dx y tx del paciente pediatrico. Ed. Méndez Cervantes 7a. ed. pp 149-183 y 93-105.
- 7.- VEGA F.L. Alimentación y nutrición en la infancia, ed.-- Fco Méndez, México pp 139-165.
- 8.- WALDC E.N. Tratado de pediatria salvat ed. tomo 1, 6a.- ed. Barcelona 1970 pp 15-27.

TABLA No. 1

PARAMETROS SOMATICOS EN EL SEXO FEMENINO DE RAMOS GALVAN.

EDAD	PESO				
Al nacer	2.42	2.80	3.22	3.85	4.12
1 mes	3.12	3.46	3.90	4.60	4.88
3 meses	4.76	5.00	5.58	6.22	6.60
6 meses	6.32	6.62	7.34	8.22	8.68
9 meses	7.40	7.77	8.60	9.52	10.20
1 año	8.25	8.69	9.60	10.73	11.48
1 1/2a.	9.50	10.00	11.80	12.28	13.08
2 años	10.50	11.13	12.28	13.58	14.50
3 años	12.38	13.00	14.25	16.19	17.50
4 años	14.02	14.74	16.24	18.80	20.20
5 años	15.63	16.40	18.25	21.20	22.95
	3	10	50	90	97

TABLA No. 1

PARAMETROS SOMATICOS EN EL SEXO FEMENINO DE RAMOS GALVAN.

EDAD	TALLA				
	3	10	50	90	97
Al nacer	44.5	46.4	49.5	51.6	52.8
1 mes	48.6	50.4	53.3	55.8	57.0
3 meses	54.4	57.0	59.4	60.2	63.4
6 meses	62.0	63.5	66.0	69.0	70.6
9 meses	66.5	68.0	70.7	73.9	75.6
1 año	70.1	71.6	74.4	77.8	79.8
1 1/2a.	75.6	77.4	80.6	84.1	86.3
2 años	80.2	82.0	85.7	89.6	91.8
3 años	88.0	89.8	94.1	98.8	101.6
4 años	94.5	96.6	101.2	106.2	109.1
5 años	100.1	102.3	107.3	112.8	115.8
	3	10	50	90	97

TABLA No. 2

PARAMETROS SOMATICOS EN EL SEXO MASCULINO DE RAMOS GALVAN.

EDAD	PESO				
Al nacer	2.70	2.96	3.40	3.95	4.29
1 mes	3.34	3.66	4.20	4.89	5.19
3 meses	4.90	5.20	5.97	6.80	7.13
6 meses	6.54	6.90	7.75	8.67	9.17
9 meses	7.68	8.12	9.00	10.13	10.60
1 año	8.69	9.04	10.00	11.20	11.82
1 1/2a.	9.95	10.38	11.40	12.77	13.37
2 años	10.90	11.36	12.55	14.04	14.71
3 años	12.42	13.11	14.56	16.36	17.20
4 años	13.94	14.76	16.49	18.62	19.76
5 años	15.56	16.41	18.46	21.00	23.30
	3	10	50	90	97

TABLA No. 2

PARAMETROS SOMATICOS EN EL SEXO MASCULINO DE RAMOS GALVAN.

EDAD	TALLA				
	3	10	50	90	97
Al nacer	45.5	47.6	50.7	53.7	55.4
1 mes	50.2	51.8	54.2	57.3	59.4
3 meses	50.7	58.1	60.8	63.2	65.3
6 meses	63.6	65.2	67.9	70.3	71.8
9 meses	68.1	69.4	72.1	74.8	76.2
1 año	71.5	73.0	76.0	78.5	80.2
1 1/2a.	77.1	78.8	82.1	85.4	86.9
2 años	81.8	83.7	87.0	90.8	92.3
3 años	89.4	91.1	95.1	98.8	100.3
4 años	95.5	97.5	101.6	105.5	107.4
5 años	101.1	103.1	107.5	112.3	114.4
	3	10	50	90	97

TABLA No. 3

INDICADORES DE ANOMIA (A), DESINTEGRACION (DS), BIENESTAR SOCIAL (BS) Y RIESGO (R)

INDICADORES ECOLOGICOS	ALTERACION
Mujeres que trabajan	DS
Vivienda en mal estado	DS
Alto componente de hacinamiento	DS
Vivienda con un cuarto para 6 - personas o menos	DS
Viviendas con un dormitorio pa- ra 6 personas o menos	DS
Bajo ingreso económico	DS
Población con primaria	R
Población de obreros y artesanos	R
Vendedores ambulantes	R
Trabajos domesticos	R
Mujeres de 25 a 29 años con 1 a 5 hijos	R
Vivienda rentada	A
Tenencia de TV	BS

Anexo No. 1

APGAR FAMILIAR

Casi Siempre	Algunas veces	Dificil mente
-----------------	------------------	------------------

A) ¿ Esta satisfecho con la ayuda que recibe de sus familiares cuando ud. tiene un problema?

_____	_____	_____
-------	-------	-------

B) ¿ Conversan entre uds. - los problemas que tienen en la casa ?

_____	_____	_____
-------	-------	-------

C) ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa ?

_____	_____	_____
-------	-------	-------

D) ¿ Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa ?

_____	_____	_____
-------	-------	-------

E) ¿ Siente que su familia - lo quiere ?

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Ambito laboral

- 1.- ¿ Por la enfermedad de su niño (a) ha tenido que dejar de trabajar ?: _____
- 2.- ¿ Por la enfermedad del niño ha cambiado de trabajo ?: _____
- 3.- ¿ Desde que su hijo (a) esta enfermo las relaciones en su trabajo han cambiado ?: _____
- 4.- ¿ Cree ud. que la enfermedad de su niño (a) tiene relación con su trabajo ?: _____

Ambito Familiar

- 5.- ¿ Desde la enfermedad de su hijo (a) han cambiado las relaciones con su suegra ?: _____
- 6.- ¿ Desde que sabe que su hijo (a) esta enfermo (a) ha perdido interes por el desarrollo escolar de sus otros hijos? _____
- 7.- ¿ A disminuido el número de relaciones sexuales desde que esta enfermo el niño (a)?: _____

Ambito Social

- 8.- ¿ Desde el padecimiento de su hijo (a) se dejado de asistir a lugares de diversión ?: _____
- 9.- ¿ Desde que el niño (a) esta enfermo se le dificultan las relaciones con sus vecinos ?: _____
- 10.- ¿ Por su enfermedad ha tenido que faltar a la escuela el niño ?: _____

ANEXO No. 3

FICHA DE IDENTIFICACION Y DETECCION DE ANOMIA (PIDA)

Nombre _____ Fecha _____

EDAD: _____ Escolaridad _____ Sexo _____

Domicilio _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Tipo de vivienda: Casa Sola () Departamento ()

Vecindad () Otros ()

Tenencia: Propia () Rentada () Otros ()

Número de personas que viven en la casa: _____

Número de cuartos para dormir: _____

Número de personas que duermen en un solo cuarto: _____

Animales que habitan en la casa: _____

¿ Sabe leer y escribir ? : _____

¿ Tiene radio y TV ? : _____

¿ Ve diariamente la TV ? _____

¿ Que religión practica ud. ? : _____

Sueldo mensual total por familia: _____

¿ Cuanto destina para los alimentos ? : _____

ANEXO No. 4

1.- Violaciones menores a la ley	11
2.- Navidades	12
3.- Vacaciones	13
4.- Cambios de recreación	20
5.- Cambios de escuela	20
6.- Cambios de residencia	20
7.- Problemas con el jefe	20
8.- Cambios en el horario de trabajo	20
9.- Cambios en las condiciones de vida	25
10.- Comienzo o termino en la escuela	26
11.- La esposa comienza o deja de trabajar	26
12.- Juicio por una hipoteca	30
13.- Logro personal notable	28
14.- Problemas con parientes políticos	29
15.- Un hijo (a) abandona el hogar	29
16.- Cambio de responsabilidad de trabajo	29
17.- Hipoteca	31
18.- Cambio en número de discusiones esposa	35
19.- Cambio a una línea diferente de trabajo	36
20.- Muerte de un amigo íntimo	37
21.- Reajuste de negocios	38
22.- Cambios de estado financiero	38
23.- Introducción de un nuevo miembro	39
24.- Problemas sexuales	39
25.- Embarazo	40
26.- Cambios de salud en algún familiar	44
27.- Jubilación	45
28.- Reconciliación matrimonial	45
29.- Ser despedido del trabajo	47
30.- Matrimonio	50
31.- Lesión o enfermedad personal	53
32.- Muerte de un familiar cercano	63
33.- Salida de la cárcel	63
34.- Separación matrimonial	65
35.- Divorcio	73
36.- Muerte del conyuge	100

NOMBRE _____

TESTIONARIO No. 1

- 1.- Nombre completo del niño (a): _____
- 2.- Fecha de Nacimiento: _____ Edad actual _____
- 3.- Peso al Nacimiento: _____ Talla al Nacimiento: _____
- 4.- Peso actual: _____ Talla actual: _____
- 5.- Producto del: _____ embarazo, _____ parto, _____ desares
- 6.- Producto de ternino: Si ___ No __, Lloró y respiro: Si ___ No ___
- 7.- Edad en que fija la mirada: _____
- 8.- Edad en que sostiene la cabeza: _____
- 9.- Sonrisa social a los: _____
10. Se rueda sobre si a los: _____
11. Se sienta con ayuda a los: _____
12. Edad en que aparecen los primeros dientes: _____
13. Se sostiene solo a los: _____
14. Edad en que emite las primeras sílabas: _____
15. Se incorpora solo a los: _____
16. Camina con ayuda a los: _____
17. Gatea a los: _____
18. Camina solo a los: _____
19. Intenta comer solo a los: _____
20. Edad en que come solo: _____
21. Edad a la que habla algunas palabras: _____
22. Se viste solo a los: _____
23. Corre a los: _____
24. Controla esfinteres a los: _____
25. Dice oraciones sencillas a los: _____
26. Se pone y quita los zapatos solo a los: _____
27. Brinca con uno o ambos pies: _____
28. Grado de escolaridad actual: _____
29. Edad en que come frutas y verduras: _____

CUESTIONARIO No. 2

- 1.- ¿Le cambió el caracter al saber que su hijo (a) es desnudado?: _____
- 2.- ¿Se siente triste?: _____
- 3.- ¿ Se siente inútil ? : _____
- 4.- ¿ Le da verguenza ? : _____
- 5.- ¿ Cree ud. ser culpable ? : _____
- 6.- ¿ Le interesa la enfermedad de su hijo (a) ? : _____
- 7.- ¿ Desde que supo la enfermedad de su hijo (a) es más enojón (a) ? : _____
- 8.- ¿ A partir de ésto se enferma ud. más seguido ? : _____
- 9.- ¿ Presenta dolor de cabeza más seguido ? : _____
10. ¿ Ha notado cambios de actitud en su familia desde que saben que el niño (a) esta enfermo (a) ? : _____
11. ¿ Le estan ayudando sus familiares en la atención y cuidado del niño (a) ? : _____
- 12.- ¿ Sus familiares o amigos lo visitan con la misma frecuencia ? : _____
- 13.- ¿ Niega la enfermedad de su niño (a) ? : _____
- 14.- ¿ Ha notado que sus familiares matran al niño (a) ? : _____
- 15.- ¿ Procuran sus familiares no jugar o atender al niño (a) ? : _____

QUESTIONARIO No. 3

Ficha de identificación:

Nombre _____ Edad _____ Sexo: _____
Fecha: _____ Escolaridad: _____ Domicilio: _____
Telefono _____ Consultorio de adscripción _____ No. Afiliación _____

Instrucciones:

Ponga usted la letra en el parentesis () que responda correctamente la pregunta.

- 1.- ¿Qué piensa usted que sea la desnutrición? ()
 - a) Una enfermedad causada por mala alimentación.
 - b) Enfermedad que tiene complicaciones irreversibles y puede ocasionar la muerte.
 - c) Padecimiento normal de la infancia.
 - d) Constitución del cuerpo que se hereda.
 - e) a y b son correctas.
- 2.- ¿Un niño desnutrido se enferma con más facilidad porque? ()
 - a) Sus mecanismos de defensa están disminuidos.
 - b) Le faltan vitaminas
 - c) Porque tiene lombrices.
 - d) No se enferma seguido.
 - e) Los niños por su edad son enfermisos.
- 3.- ¿De los siguientes alimentos cual es más rico en proteínas? ()
 - a) Tortillas y sopas.
 - b) Carne y soya
 - c) Verduras y frutas.
 - d) Leche y huevo.
 - e) b y d son correctas.
- 4.- ¿El niño es desnutrido porque? ()
 - a) La comida que se le da no le gusta.
 - b) Porque nació delgadito

c) Los alimentos proporcionados no son adecuados para su edad en calidad, cantidad, higiene, además es un niño con pocos cuidos.

d) Porque come poco en comparación con un adulto.

e) Toda la familia es delgada.

5.- ¿A que edad el niño debe comer otros alimentos aparte de la leche? ()

a) Cuando salen los dientes.

b) Al año de edad.

c) A partir del segundo mes de vida.

d) A los 6 meses de edad.

e) A los 10 meses de edad.

6.- ¿Para que un niño crezca sano y se desarrolle adecuadamente se debe? ()

a) Alimentarlo de acuerdo a su edad.

b) Tener medidas higienicas y dieteticas.

c) Brindarle afecto cuidado y estimulación.

d) Todas las anteriores.

e) Dejar que cumpla un año de edad.

7.- ¿A que edad el niño puede comer alimentos picados ()

a) A los 6 meses de edad.

b) A los 2 años de edad.

c) A los 2 meses de edad.

d) Al año de edad.

e) a cualquier edad.

8.-¿Considera usted que la desnutrición es frecuente en nuestro país?

a) Es muy frecuente.

b) Es poco frecuente.

c) Solo son desnutridos los niños del medio rural

d) Solo son desnutridos los niños al nacer.

e) No hay niños desnutridos.

9.- ¿La dieta normal, bien valanceada debe tener los siguientes-
elementos?

a) Vitaminas y minerales.

d) Dulces y pan.

c) Carbohidratos, Grasas, Proteínas, vitaminas y minerales.

d) Todas son correctas.

e) Agua y vitaminas.

10.-¿ Considera usted que el Medico Familiar esta capacitado para
que su hijo se mantenga sano bajo sus recomendaciones? ()

a) No, el pediatra es el que debe controlar al niño.

b) Si el medico familiar puede manejar bien al niño.

f) No se.

d) Nunca lo visito.

e) Solo algunos son buenos.

Conteste brevemente en el renglón lo que se le solicita:

1) Tiempo que tiene el niño de ser desnutrido: _____

2) ¿A tenido otros hijos con la misma enfermedad? _____ ¿Cuantos? _____

3) ¿A recibido tratamiento medico por su enfermedad _____

4) ¿ Sabia ud. que el niño esta desnutrido?

Este formulario consta de 10 preguntas cada una vale un punto y-
se calificará de acuerdo a la siguiente escala;

De 10 a 7 puntos: Conocimientos adecuados.

de 6 a 4 puntos: Pocos conocimientos.

de 3 a 0 puntos: Conceptos nulos.

SESION No. 1

GENERALIDADES SOBRE DESNUTRICION.

Definición: La desnutrición es el conjunto de Síntomas (lo que el paciente siente en relación a su enfermedad) y Signos (lo que el médico y otras personas ven con relación a la enfermedad en el paciente) que presenta una persona cuando es sometido en cualquier etapa de su vida a una alimentación pobre en todos los nutrientes ocasionandole retraso en el crecimiento (peso y talla- y desarrollo (aprendizaje de actividades) que puede llegar a -- ser permanente (para toda la vida) y/o causarle la muerte.

Existen ya medidas establecidas para saber el peso y la talla que los niños deben tener de acuerdo a su edad.

Debemos saber que el peso promedio del niño al nacer es de 3Kg. y que durante los 4 primeros meses de vida el bebe aumenta 750grs. cada mes.

Entonces tenemos que hacer una suma sencilla para saber el peso que debe tener el niño en los primeros cuatro meses:

Al nacimiento: 3 Kgs.

Al mes: 3Kgs + 750grs. = 3.750 grs.

Al 2o. mes: 3.750grs + 750grs = 4,500grs.

3er. mes: 4.500grs + 750grs = 5.250 grs.

4o. mes: 5.250grs + 750grs. = 6 Kgs.

Si observamos bien el bebe al 4o. mes de vida duplica el peso que tenia al nacimiento: 3Kgs + 3Kgs = 6 Kgs.

Del 4o. mes al 8vo. mes aumenta 500 grs cada mes o medio kilo.

4o. mes pesa 6 Kgs.

5o. mes 6+500grs = 6.500grs.

6o. mes: 6.500grs + 500grs = 7 Kgs.

7mo. mes: 7 Kg + 500grs.= 7.500grs.

8vo. mes: 7.500grs + 500 grs = 8 Kgs.

Del 8vo mes al año de vida aumenta 250 grs por mes.

Realicemos las sumas:

8 mes pesa: 8 Kgs.

9 meses: $8 + 250 \text{ grs} = 8.250\text{grs}$.

10 meses: $8.250\text{grs} + 250\text{grs} = 8.500\text{grs}$.

11 meses: $8.500\text{grs} + 250\text{grs} = 8.750\text{grs}$.

Al año: $8.750\text{grs} + 250\text{grs} = 9 \text{ Kgs}$.

Como podemos observar al año de edad el niño triplica el peso que tenía al nacimiento: $3+3+3=9$.

Durante el segundo año de vida el niño aumenta de peso más lentamente, aumenta 2.5 Kg de peso al año y 12 cm. de talla, se observa que el apetito disminuye de los 10 a los 18 meses (año y medio) por lo que la mayoría de los niños se ve delgado y un poco pansoncito.

Existe una fórmula sencilla para calcular el peso de los niños a partir de los 2 años de edad y nos puede servir hasta para los de 7 años:

Peso: $\text{Edad} \times 2 + 8$.

Ejemplo : Calcular el peso de un niño de 3 años:

$$3 \times 2 = 6 + 8 = 14 \text{ Kgs.}$$

TALLA: Al nacer tenemos como promedio una talla de 50cm.

El niño aumenta durante los primeros 6 meses 2.5 cm por mes.

Ejercicio: Calcular la talla de un niño de 5 meses:

$$2.5 \times 5 = 7.5 \text{ cm.}$$

Tenemos: $50\text{cm.} + 7.5\text{cm}$ (que se aumentaron en 5 meses) = 57.5cm será la talla del niño de 5 meses de edad.

Del 6to. al 12vo. mes aumenta 1.3cm por mes.

Al año como promedio medirá 74cm.

Tenemos también una pequeña fórmula para calcular la talla del niño a partir del 2o. año. $\text{Edad} \times 5 + 80$.

Ejemplo: Talla de un niño de 5 años: $5 \times 5 = 25 + 80 = 105\text{cm}$ (1.5mt)

También es importante conocer el desarrollo psicomotor que tiene un niño de acuerdo a la edad, pero lo revisaremos en otra sección.
Clasificación de la desnutrición:

Se clasifica de acuerdo al porcentaje perdido ó que hace falta - para tener el peso ideal.

De Primer grado si la falta de peso va del 10 al 25% de lo esperado en lo normal para su edad. (También llamada leve)

De segundo grado cuando es del 25 al 40% la pérdida. (Moderada)

De tercer grado; cuando el decremento es mayor del 40% (Severa)

Ejemplo: Pesa un niño de 8 meses de edad 6 Kg. Calcular el grado de desnutrición que tiene.

1) Un niño de 8 meses deba de pesar 8 Kg. (¿recuerda?)

2) 8 Kgs corresponde al 100% Usaremos una regla de 3
6 Kgs. = X

$$\text{Despejando } x = \frac{8 \cdot 6}{8} = .75 \times 100 = 75\%$$

3) $100 - 75 = 25$. El 25% corresponde a una desnutrición de primer grado.

La desnutrición se clasifica también de acuerdo a su causa en :
Desnutrición Primaria: Cuando la alimentación es deficiente y se debe a que no se dispone de los alimentos o se dispone y no se consumen o no se proporcionan. (Esta es la más frecuente)

Desnutrición secundaria: Cuando hay una alteración en el estómago, intestino (obstrucción), eliminación (no se aproveche el alimento), la diabetes, las infecciones.

La mixta: Es cuando la alimentación es insuficiente en calidad y cantidad y además el niño tiene una obstrucción intestinal.

CUESTIONARIO No. 4

Conteste usted en la hoja poniendo una X en la respuesta que crea correcta.

1.-¿La desnutrición es ?

- a) La falta de peso en comparación con el normal.
- b) El conjunto de síntomas y signos que presenta el niño cuando tiene una alimentación deficiente ocasionando retraso en el peso, talla y desarrollo.
- c) Cuando un niño mide menos que lo normal.
- d) La falta de apetito.
- e) Cuando le falta el 10% del peso normal.

2.-¿Cuál es el peso y la talla que se considera como promedio normal en el recién nacido?

- a) 2 Kg y 40 cm.
- b) 3 Kg y 50cm.
- c) 4Kg y 60 cm.
- d) 5 Kg y 50cm.
- e) 2.5Kg y 40cm.

3.- En promedio un niño al año de edad cuánto debe de pesar?

- a) 8 Kgs.
- b) 6 Kgs
- c) 9 Kgs.
- d) 12 Kgs.
- e) 10 Kgs.

4.- ¿Se clasifica a la desnutrición en?

- a) Aguda y Crónica
- b) Primaria, Secundaria y Mixta.
- c) De la infancia y del adulto.
- d) Leve, Moderada y Severa.
- e) b y d son correctas.

5.- Calcule Ud el peso de un niño de 4 meses de edad

SESION No. 2

CONTINUA GENERALIDADES SOBRE DESNUTRICION.

Cuadro Clínico: Cuando la desnutrición apenas comienza o es leve podemos ver que el niño no aumenta de peso, la talla se detiene, la "grasita" que esta debajo de la piel disminuye principalmente en los brazos y las piernas por lo que el niño se ve delgado de estas partes del cuerpo, si lo tocamos sus musculos estan flácidos, tienen poca fuerza, y no es tan activo como otros niños de la misma edad.

Cuando ya la desnutrición es Moderada, además de la detención de la talla y el peso el niño se vuelve triste, no realiza las actividades propias de su edad, se enferma con mucha frecuencia de gripe, diarrea principalmente y tarda más tiempo que el normal en recuperarse e incluso se puede complicar con Bronconeumonia y deshidratación por lo que se tiene que hospitalizar, su piel es seca, su pelo pierde el brillo y se hace escaso, quebradizo y delgado, puede presentar grietas en las orillas de los labios. Y si la enfermedad progresa más en tiempo y de intensidad tenemos a desnutrición de tercer grado o severa, en este grado se reportan muertes, el niño se ve completamente sin ganas de hacer nada, todo el tiempo quiere estar dormido y cuando esta despierto llora mucho y se le nota muy inquieto, puede hincharse principalmente de la cara y de los pies, la piel se despelleja, se pone ésta de color café en algunas partes del cuerpo, las encías sangran, los dientes pierden su esmalte, las uñas de manos y de pies se rompen con mucha facilidad, podemos ver tambien al niño muy delgado, se le notan las costillas, se le curvan los huesos de las piernas.

Como podemos ver mientras mas severa y más tiempo tenga el niño con esta enfermedad las alteraciones son más graves, pasamos-

Analizar las complicaciones más frecuentes.

El niño desnutrido tiene sus defensas bajas por lo que un catarro sin importancia se puede convertir en una bronconeumonía-- (infección severa de los bronquios) que pone en peligro la vida del niño, una diarrea como ya lo mencionamos se complica al deshidratar al niño causa también muy frecuente de muerte a esta edad, otras complicaciones de las cuales pasamos muy frecuentemente por alto son las del desarrollo psicomotor, mencionaremos únicamente las más importantes:

Retraso de los niños cuando ingresan a la escuela, son niños que les cuesta mucho trabajo comprender y retener conocimientos nuevos.

Niños que son apáticos es decir no tienen la facilidad para relacionarse con los demás de una manera adecuada.

Niños con dificultad para realizar actividades creativas en comparación con otros.

Como podemos observar son complicaciones escolares muy serias -- las cuales nos deben inquietar para poner más atención a este problema ¿No le parece?.

Esta enfermedad es uno de los principales problemas de salud que tiene nuestro país, se dice que aproximadamente la mitad de la población mundial en su infancia padeció de desnutrición -- y si recordamos las complicaciones tenemos que esa mitad de la población tendrá limitación en el desarrollo normal de sus funciones como son el aprendizaje, la capacidad para relacionarse con los demás, alteraciones afectivas y emocionales. Si nos detenemos a pensar en lo serio que es esto y en la frase común de "Los niños son el futuro de México" es muy necesario que principalmente nosotros que ya conocemos las causas de la enfermedad y sus consecuencias tomemos medidas para evitar este padecimiento y las complicaciones.



CUESTIONARIO No. 5

Ponga usted la letra de la respuesta que crea correcta en el ()

1.- ¿De las siguientes opciones cual encontramos en un niño desnutrido de segundo grado? ()

- a) Pelo quebradizo y opaco.
- b) Se detiene el peso y la talla.
- c) Se enferma con frecuencia de diarrea y gripa.
- d) La piel se le pone seca.
- e) Todas las anteriores.

2.- ¿Mientras más tiempo tenga el niño con esta enfermedad es? ()

- a) Más grave.
- b) Es más fácil curarla.
- c) Causa de muerte por las complicaciones.
- d) Menos posible que se complique
- e) a y c son correctas.

3.- ¿De las siguientes todas excepto una se presentan en el niño () desnutrido señale cual es?

- a) Retrazo en el desarrollo psicomotriz.
- b) Detención del peso y la talla.
- c) Se vuelve muy inquieto y travieso.
- d) Se ve delgado de piernas y brazos.
- e) Se puede hinchar de su cara y pies.

4.- ¿De las siguientes cuales son las complicaciones más frecuentes de la desnutrición? ()

- a) Problemas del corazón y estómago.
- b) Alteraciones de la sangre.
- c) Diarreas con deshidratación y Bronconeumonías.
- d) Lesiones de la piel.
- e) Ulceras en la boca.

5.- ¿En México la desnutrición es? ()

- a) El principal problema de salud.

SESION No. 3

DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL POR EDAD

El Recien Nacido mantiene las manos empuñadas, se sobresalta al oír ruidos fuertes y súbitos, llora cuando tiene hambre o está molesto, tiene muy presente el "reflejo" de la succión y búsqueda del alimento.

A los 2 meses: Inicia a sostener la cabeza al levantarlo, muestra preferencia por el sabor dulce, puede seguir un objeto con la mirada, puede sonreír en respuesta a una caricia.

4o. y 6o. mes: Mantiene ya la cabeza firme, se sienta con ayuda, empuña un juguete, voltea la cabeza hacia donde proviene el sonido sus dos ojos siguen el movimiento de una persona cercana, se lleva los juguetes a la boca, sonríe espontáneamente, vocaliza sonidos. Aparecen primeros dientes.

7mo y 8vo mes. Gatea y comienza a arrastrarse, se sienta sin ayuda, trata de pararse brevemente, reconoce las voces familiares, sostiene su membra, quiere que lo atiendan en todo momento.

9 y 10 meses: Es hábil para gatear, señala los objetos con un dedo, tiene preferencia por algunos alimentos, puede tomar una taza pronuncia claramente ma-ma, da-da etc.

11 y 12 meses: Camina con ayuda, juega muy bien solo, intenta ayudar a ponerse la ropa, intenta comer solo, pronuncia de una a 3 palabras, entiende ordenes sencillas.

13-15 meses: Camina con pasos desiguales, con ayuda sube escaleras, tiene deseos específicos y pide las cosas señalándolas, abraza a sus muñecos, pronuncia de 3-6 palabras, desaparecen los reflejos de búsqueda y succión.

16-18 meses: Aparecen los caninos, puede correr rápido, trepa a una silla, empuja y jala un juguete, se alimenta parcialmente solo, puede entrenarse parcialmente para el control de esfínteres

obedece ordenes sencillas, se quita y pone los zapatos.

2 años: Aparecen los segundos molares, puede patear una pelota, abre la puerta, sube y baja escaleras solo, Usa oraciones de 2 a 3 palabras, define sus pertenencias, juega no juega con otros niños, realiza instrucciones sencillas.

4 años: Camina o corre solo subiendo y bajando escaleras, puede trepar árboles, puede pararse, caminar y correr sobre las puntas de los pies, se sienta con las piernas cruzadas, salta sobre un pie, nombre colores primarios, habla correctamente, puede decir su nombre y edad, escucha una historia, eternamente pregunta:-- ¿porqué? , ¿cuándo? , ¿dónde? , canta, se viste y desviste solo, dramatiza sus juegos, en compañía con otros niños juega y pelea.

5 años: No hay gran cambio o adelanto con el de 4 años.

CUESTIONARIO No. 6

Ponga usted la letra en el parentesis que esta junto a cada edad segun la actividad que el niño debe realizar a esa edad.

- 1.- 3 meses ()
- 2.- 4 años. ()
- 3.- 13-15 meses. ()
- 4.- 7 y 8 meses. ()
- 5.- 2 años. ()
- a) Camina con pasos desiguales, -
pronuncia 3-6 palabras.
- b) Gatea, se sienta solo, desea que
lo atiendan.
- c) Puede sostener la cabeza, le -
gusta lo dulce, sonrie cuando
se le acaricia.
- d) Abre la puerta, usa oraciones de
2-3 palabras, no juega con otros
niños.
- e) Salta sobre un pie, pregunta mu-
cho, canta, se viste solo.

SESION No. 4

CARACTERISTICAS DE LA ALIMENTACION ADECUADA

La desnutrición que se presenta con mayor frecuencia es la de primer grado y la causa como sabemos es por una inadecuada alimentación ya se por falta de alimentos o por que no se ofrecen - por lo que a continuación describimos las características más importantes que debe tener la dieta:

Leyes fundamentales de la alimentación:

- 1.- Ser suficiente es decir, que cubra las necesidades energéticas como son la actividad física y el crecimiento corporal.
- 2.- Ser completa y variada, tomando alimentos de origen animal - (res, pollo, carnero etc), Vegetal (legumbres y hortalizas) y - frutas.
- 3.- Equilibrada: Los componentes de la dieta tienen que ser con un aporte proporcionado, se recomienda que el 50 a 55% de las calorías deben ser proporcionadas por los Hidratos de Carbono, - de 30 a 35% por las grasas y alrededor del 15% restante las --- proteínas.
- 4.- Requiere también ser adecuada de acuerdo a la edad para que - e pueda digerir y absorber.
- 5.- Bacteriológicamente pura: Estar preparada con la higiene adecuada, que se mantenga en esas condiciones, sin que los alimentos sean manejados por diferentes personas, estar trastes limpios y - con tapa.

El Instituto Nacional de la Nutrición recomienda el uso de 3- grandes grupos de alimentos de acuerdo a las posibilidades económicas:

- Grupo I Alimentos de origen animal.
- Grupo II Vegetales y frutas.
- Grupo III Cereales y Leguminosas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grupo I: Carne de diversos animales, incluye mariscos, huevo, leche y sus derivados, los cuales aportan proteínas, hierro y algunas vitaminas.

Grupo II: Alimentos obtenidos de diversas partes de las plantas como raíces, tallos, hojas, flores y frutas, todas aportan vitaminas y minerales.

Grupo III: Son todas las semillas de fácil conservación; entre los cereales están el maíz, el arroz, el trigo que lo encontramos en forma de tortilla pan y sopas de pasta. Las leguminosas incluyen frijol, garbanzo, soya, lenteja, haba, chicharo, todos muy ricos en proteínas.

Ya revisamos los diferentes alimentos que le podemos ofrecer a la familia en la dieta, pero no es lo único que debemos realizar, es de suma importancia también brindar cariño, estimular al niño con la voz, las manos, con material adecuado para que desarrolle su actividad intelectual. (Música, juguetes, papel, colores, juegos de construcción, para empujar o jalar con un cordón, revistas, libros, plastilina, abaco, figuras para insertar, juguetes con rosca, rompecabezas etc).

QUESTIONARIO No. 7

Marque con una X la respuesta que usted crea que es la correcta

1.- ¿La desnutrición que con mayor frecuencia se presenta es?

- a) La de tercer grado.
- b) La secundaria.
- c) La mixta.
- d) La de segundo grado.
- e) La de primer grado.

2.- ¿Para que la dieta sea suficiente debe?

- a) Tener la misma cantidad de Carbohidratos, grasas y proteínas.
- b) Estar preparada con higiene adecuada.
- c) Cubrir las necesidades físicas y de crecimiento.
- d) Ser adecuada para la edad.
- e) Ser variada y completa.

3.- Una dieta equilibrada contiene?

- a) 50-55% de Carbohidratos, 30-35% grasas y 15% proteínas.
- b) 35% de Carbohidratos, 35% grasas y 30 % proteínas .
- c) 15% de Carbohidratos, 50% proteínas y 35% de grasas.
- d) 70% de proteínas, 10% grasas y 20% de Carbohidratos.
- e) 20% de Carbohidratos, 60% de grasas y 20% proteínas.

4.- ¿Cuál de los siguientes alimentos son ricos en proteínas?

- a) Pan y las sopas de pasta.
- b) Tortilla y frutas.
- c) Verduras y flores.
- d) Leche y frijol.
- e) Cereales.

5.- ¿Para que una dieta sea adecuada debe ser?

- a) Suficiente y equilibrada.
- b) Completa y variada.
- c) Adecuada para la edad.
- d) Bacteriológicamente pura
- e) Todas las anteriores.

SESION No. 5

RECOMENDACIONES SOBRE LA ALIMENTACION DURANTE EL CRECIMIENTO

La cantidad mínima de substancias nutritivas para mantener la salud y promover el crecimiento de niños de unamisma edad, varía en cantidad de acuerdo a la actividad física que realiza cada niño, la rapidez con que crece y su tamaño corporal.

Creemos necesario mencionar las ventajas y la forma adecuada de proporcionar la alimentación al seno materno.

En primer lugar la alimentación al seno materno da lugar al - intercambio de estímulos gratificantes entre la madre y el hijo, existe un contacto físico entre ambos fomentando la conducta maternal y asegurando el primer contacto con el medio ambiente para el niño el cual se convierte en compañero inseparable de la - madre, lo que facilita que se refuerse los estímulos auditivos, táctiles, visuales en forma constante provocando un desarrollo-- psicomotor armonioso. Los niños alimentados al seno materno se - enferman con menor frecuencia porque la leche humana contiene - anticuerpos que le van a proteger contra las infecciones. Esta leche esta libre de microorganismos patógenos, tiene una adecuada temperatura y es una leche rica en proteínas.

La alimentación al seno materno es indispensable en los primeros 3 meses de vida, necesaria hasta los 4 meses y complementaria hasta los 6 meses, posteriormente ya no es de gran utilidad, por lo que se recomienda que se inicie la ablactación (incluir en la alimentación del niño otros alimentos aparte de la leche) a partir del segundo mes de vida con frutas y vegetales ya que su -- aparato digestivo esta preparado con enzimas para que estos alimentos sea aprovechados.

La ablactación se realizará bajo los siguientes lineamientos:

- 1.- No ofrecer al bebe dos alimentos nuevos a la vez porque no permitimos el conocer la respuesta al alimento.
- 2.- No forzar al pequeño a que coma los alimentos.
- 3.- La primera vez que damos el alimento al niño lo rechaza, es necesario tener paciencia hasta lograr que se acostumbre a la consistencia y sabor del alimento.
- 4.- La cantidad de alimento que se come el bebe va a variar dia con dia y semana con semana.
- 5.- Los alimentos deben ser preparados en casa y sin adicionarles sal.
- 6.- Permitir que se den los pasos paulatinamente sobre la consistencia de los alimentos es decir de líquido a puré, papilla, - colado, picado, se integre a la consistencia normal.
- 7.- A medida que el niño comé alimentos sólidos se tiene que reducir la cantidad de leche y número de tomas.
- 8.- El horario de sus alimentos se debe de ir ajustando al de la familia.
- 9.- Al año de edad ya debe de estar integrado a la dieta familiar.

CUESTIONARIO No. 8

Marque con una X la respuesta que usted crea que es la correcta.

1.- ¿Ablactación es?

- a) Dar leche al niño diferente a la humana.
- b) Quitarle el pecho.
- c) Darle otro alimento diferente a la leche.
- d) Aumentar la onzas de leche.
- e) Todas las anteriores.

2.- La alimentación al seno materno a los 2 meses primeros de vida?

- a) Es necesaria.
- b) Indispensable.
- c) Complementaria.
- d) Se puede o no dar.
- e) Todas las anteriores.

3.- Se debe ablactar al niño a los?

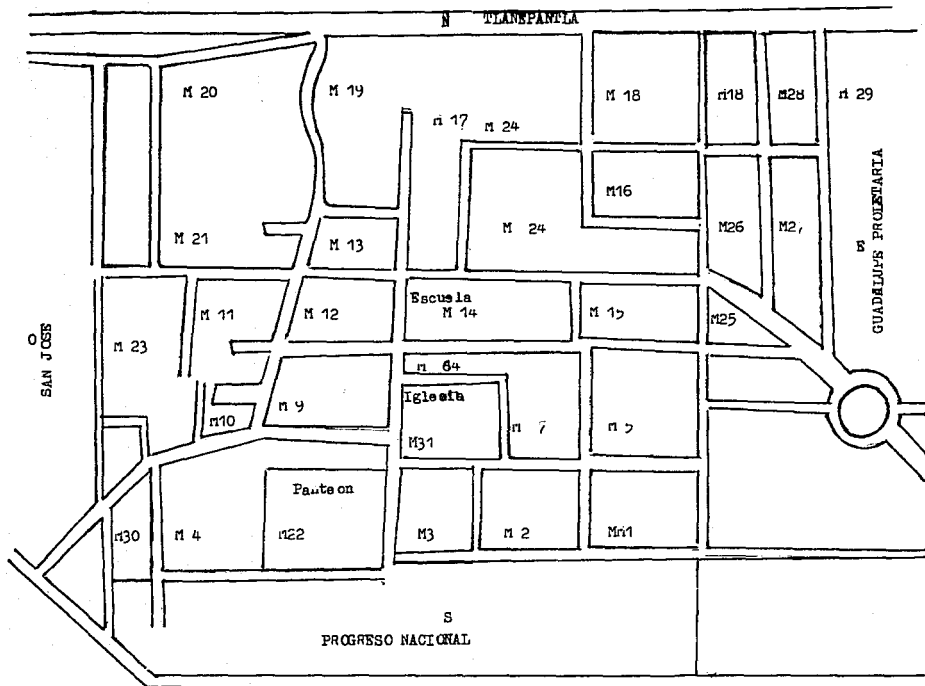
- a) 2 meses de edad.
- b) Cuando aparecen los dientes.
- c) Al año de edad.
- d) A los 8 meses de edad.
- e) A los 2 años.

4.- ¿Cuando el niño rechaza por primera vez el alimento se debe?

- a) Ya no dárselo porque no le gustó.
- b) Dárselo con otro alimento.
- c) Forzarlo a que lo coma.
- d) Ponerle azúcar.
- e) Dárselo en otra boccia con paciencia

5.- ¿Un niño alimentado al seno materno?

- a) Recibe cariño.
- b) Estimula su tacto ,
- c) Se le proporciona anticuerpos.
- d) Se desarrolla armoniosamente.
- e) Todas las anteriores.



SANTIAGO ATTEPETLAC DELEGACION GUSTAVO A. MADERO