

1122628
2Ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
EL ROSARIO

" INCENTIVOS MATERNOS PARA EL
CONTROL DEL NIÑO SANO "

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE

**MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. REYNA RODRIGUEZ BERNAL



IMSS

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

A la memoria de mi
tía Lala, fallecida
en la víspera de con-
cluir el presente
trabajo.

Doy gracias:


A mis padres, hermanos y familiares,
por el amor que en mí han depositado.

A la Dra. Lilia Rivera Jiménez
por sus atenciones como asesora y maestra.

A mis amigos,
por el tesoro que es su amistad.


A mis maestros, por
contribuir a mi
formación.

Vo.Bo.




DR. RODOLFO GOMEZ PANTOJA.
Jefe de Enseñanza e Investigación. U.M.F. # 33.

Vo.Bo.




DR. ANTONIO REYES HERNANDEZ.
Profesor Titular de la especialidad
de Medicina Familiar. U.M.F. # 33.

Vo.Bo.



DRA. LILIA RIVERA JIMENEZ.
Asesora de Tesis.
Médico Familiar. U.M.F. # 33.

Presenta:



~~DR. REYNA RODRIGUEZ BERNAL~~
DRA. REYNA RODRIGUEZ BERNAL.
Residente de la especialidad de
Medicina Familiar. U.M.F. # 33

INDICE.

	página
Justificación	1
Identificación del problema.	2
Marco teórico:	
Salud para todos en el año 2,000.	3
Plan Nacional de Desarrollo.	5
Subprograma de atención al niño	7
Algunas consideraciones sobre el crecimiento y desarrollo del lactante	12
Generalidades sobre la leche materna. Ventajas y desventajas de la lactancia artificial. Dotación láctea.	16
Motivación	23
Hipótesis	25
Objetivo.	25
Diseño de la investigación.	26
Material y métodos	27
Ruta crítica	28
Resultados y análisis	29
Contrastación de hipótesis.	50
Conclusiones.	51
Sugerencias	53
Bibliografía	54
Anexos:	
1.- Encuesta.	55
2.- Calificación de la encuesta.	56

JUSTIFICACION.

Estamos enfermos de muchos errores y de otras tantas culpas; pero nuestro peor delito se llama abandono de la infancia. Descuido de la fuente de vida.

Muchas de las cosas que necesitamos pueden esperar:

el Niño, no

El está haciendo ahora mismo sus huesos,

criando su sangre

y ensayando sus sentidos.

A él no se le puede responder: "Mañana".

El se llama "Ahora".

Gabriela Mistral.

Dentro de la meta fijada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de obtener la "Salud para todos en el año 2.000", y de acuerdo con la Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia a seguir para conseguirlo. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) acepta el compromiso y define dentro de sus prioridades a los grupos de mujeres embarazadas y niños menores de 5 años, como los de mayor riesgo de enfermar; dirigiendo hacia su atención varios programas, uno de los cuales es el de Atención al niño. Una de las actividades que lo constituye es el Control del niño sano que se ofrece en las UMF. Por otra parte, uno de los logros obtenidos por los trabajadores, es la dotación láctea como ayuda de lactancia a los niños que lo requieran, sin embargo su obtención se ha convertido en el incentivo materno para acudir con sus niños al CNS y no, la vigilancia del crecimiento y desarrollo (CyD) del niño. El presente estudio se hace con la finalidad de demostrar lo antes expuesto.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Durante la rotación por la consulta externa de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar # 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social, observé que casi todos los niños que son llevados a CNS, fluctúan entre las edades de 0-6 meses, que generalmente reciben dotación láctea (DL), y que las madres de los mismos asumen una actitud pasiva durante la consulta; frecuentemente preguntan "¿Cómo está de peso?" reduciendo el CNS a una actividad consistente en pesarlo y medirlo; pocas veces solicitan información sobre los cuidados que sus hijos requieren y en escasas ocasiones inquietan sobre el significado y la importancia de la exploración que se les practica a los pequeños y cómo pueden ellas favorecer el crecimiento y desarrollo de su bebé.

De estas observaciones surge la inquietud de saber si es la dotación láctea (DL) el incentivo para que las madres acudan con sus hijos al CNS.

MARCO TEORICO.

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000.

En 1977 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fija la meta de "Salud para todos en el año 2.000", siendo el reto aceptado por todos los países del mundo. Al año siguiente en la reunión celebrada en "Alma Ata (entonces Unión Soviética) se define la estrategia para lograr el objetivo, la cual es denominada "Atención Primaria en Salud" (APS) (3), haciéndose un llamado internacional para su aplicación bajo el principio de "Podemos triunfar, debemos triunfar" en lograr la salud para todos.

La declaración de Alma Ata dice "La salud es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo. El pueblo tiene derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención a la salud. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplir mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los primeros objetivos.....debe ser el que todos los pueblos de el mundo alcancen en el año 2.000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". Señala también "La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación; y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu

tu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud (SNS), llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".(7)

Como observamos, el núcleo conceptual y operacional de la APS es obtener el impacto deseado con un máximo de eficiencia social y de productividad de los recursos asignados al sector, para lo cual es necesaria su readecuación y reorganización. El éxito de la estrategia requiere de una política nacional bien definida, su aplicación a través de un proceso de participación capacitante y evaluación sistemática; y el desarrollo de acuerdo a las características socioeconómicas de cada país.

Dentro de las áreas prioritarias, se dará énfasis a las actividades de promoción de la salud y prevención, cuyos elementos bases son los "programas", estos programas se orientarán a los grupos humanos siguiendo el criterio de la distinta intensidad de exposición de los mismos a diversos factores de riesgo. Dentro de las áreas prioritarias para la APS se encuentra la salud materno-infantil, que se centrará en la atención integral de la familia, el desarrollo integral del niño; a través de programas de control del niño, inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas, control de enfermedades respiratorias agudas, salud mental y dental, entre otras.

Los indicadores de salud contribuyen a la determinación de prioridades en cuanto a problemas y acciones de salud, así como, los grupos humanos objetivos a los que

se dirigirán. De los indicadores más importantes y usados se encuentra la Tasa de Mortalidad de niños de 1-4 años (TM_{1-4}) y la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), que no sólo se relacionan con la eficacia de los servicios de salud, sino que están influenciados por factores económicos, sociales y del medio ambiente. En América Latina durante el quinquenio de 1965-70, la TMI tenía valores situados alrededor de 105.5 defunciones x 1,000 nacidos vivos (nv), descendiendo a 66.8 x 1,000 nv. de 1975-1980. De igual manera la TM_{1-4} descendió de niveles de 8.5 x 1,000 a 4.3 x 1,000, durante los mismos periodos. Sin embargo, a pesar de que la tendencia a la disminución de la mortalidad continúa, y que es reflejo de la mejoría de las condiciones ambientales de América Latina y el impacto de los programas de inmunizaciones y la proliferación de las acciones encaminadas al mejoramiento nutricional; aún falta hacer más para llegar a las metas fijadas por la Asamblea de la OMS, para la región de América Latina para el año 2,000, las cuales son las siguientes para el área infantil:

TMI no mayor de 30 x 1,000 nv.

TM_{1-4} no mayor de 2.4 x 1,000 niños de 1-4a

Inmunizaciones: A todos los menores de 1 año contra difteria, tosferina, tétanos, sarampión, polio y en algunos casos, tuberculosis.

- Cobertura de salud a todos los habitantes con niveles apropiados de los mismos.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989-1994.

En México, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) para el período 1989 a 1994, se propone alcanzar cuatro obje-

tivos fundamentales:

- 1o. Defender la soberanía y los intereses de todos los mexicanos.
- 2o. Ampliar la vida democrática.
- 3o. Recuperar el crecimiento económico.
- 4o. Elevar productivamente el nivel de vida de los mexicanos.

El PND prevé atender las demandas prioritarias del bienestar social, aquellas que afectan directamente el nivel de vida de las mayorías: La educación, la asistencia social, la seguridad pública, alimentación, salud, vivienda, etc. En materia de salud, el PND define las líneas de acción, que nos permitan elevar la calidad de la AP y la prevención, pero sobre todo, responder a la demanda generalizada para mayor atención y mayor amabilidad en el trato; particularmente cuando se trata de quienes carecen de recursos (9).

La Salud, elemento imprescindible del desarrollo, es derecho esencial de todos. La asistencia social persigue incorporar a los individuos que lo requieren a una vida digna y equilibrada en lo económico y social. La Seguridad social atiende el bienestar del trabajador y de su familia en necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación. El objetivo más amplio de la Política de salud, Asistencia y Seguridad social persigue impulsar la protección a todos los mexicanos; brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias, con la participación de las comunidades y del gobierno como medio para asegurar los recursos necesarios.

Las estrategias generales que regirán las acciones del Sector Salud, son: Atenuar las desigualdades sociales mejorar la calidad del servicio, modernizar el Sistema de Salud, descentralización y consolidar la coordinación de los servicios de salud. Se impulsará una cultura de la

prevención y del autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva, que se hará a través de educación para la salud y el desarrollo de acciones de fomento y protección. Serán objeto de atención prioritaria, las acciones dirigidas a incrementar la sobrevivencia infantil.

Es dentro de este contexto internacional y nacional, que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) acepta el compromiso adquirido por nuestro país, con el firme propósito de mantener el fin de la Seguridad Social como regulador de la riqueza social, sostén de la dignidad humana y desarrollo comunitario a través de la APS; mediante la cual es posible ampliar la cobertura de atención sin mayor costo social, generando conductas encaminadas al autocuidado de la salud y que propicien la autogestión. Favorece el mejorar la calidad de los servicios y sostener como premisa, el manejo de riesgo en las acciones asistenciales, curativas y preventivas.

SUBPROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO.

La Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha diseñado una serie de programas en los que se funden las estrategias para mejorar la calidad de atención en las unidades médicas; uno de esos programas es el dirigido a la atención materno-infantil (14).

Dentro de un marco de ampliación de cobertura y de optimización de recursos, nace como necesidad técnica la ón del personal paramédico, que tiene bajo su cuidado la vigilancia de casos de baja complejidad; transformándose, junto con el médico familiar, la asistente médica y la trabajadora social, en un equipo multidisciplinario de la Medicina Familiar. El Jefe de Departamento Clínico representa el primer nivel de supervisión y evaluación.

El Subprograma de Atención al Niño, se ubica dentro del Programa Materno-Infantil. su objetivo es contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad neonatal, infantil y preescolar; por lo que su límites de población son los niños de 0-4 años 11 meses de edad. Es un subprograma de carácter permanente.

Como sabemos en nuestro país, la TMI en 1988 se encontraba en 48 x 1,000 n.v. y la TM_{1-4} en 7.1 x 1,000 niños de 0-4 años (8); en la mayoría de los casos, los niños sucumben ante el ataque de enfermedades infecciosas, principalmente respiratorias, las cuales son generalmente prevenibles. Durante el período de 1982-85 también contamos con un 15% de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Por esta razón, y por ser la mujer la encargada de los cuidados del niño, es necesario sensibilizarla y educarla para su asistencia oportuna al médico (en forma continua a su vigilancia y/o al notar los primeros signos de alarma en el niño), así como, para generar conductas favorables hacia el autocuidado de su salud y la de su bebé.

Es importante tener presente que la población derechohabiente demanda los servicios médicos cuando ha agotado otros recursos (automedicación, remedios caseros, etc.) y ante la presencia de enfermedad; pero cuando no se siente enfermo, no se explica la importancia de acudir a consulta, ni identifica que es un medio para evitar enfermedad y/o complicaciones. Por lo que es necesario que la actividad educativa en salud (14) esté bien orientada, esté de acuerdo al perfil del grupo al que va dirigido, que se integre con grupos mínimos de 20 y máximo de 25 personas. Los contenidos educativos para los grupos de madres de niños de 0-4 años, deben contener, entre otros: Concepto de atención materno-infantil, fisiología del crecimiento y desarrollo del niño de 0-4 años de edad, factores de riesgo en el CyD. del niño, orientación sobre inmunizaciones, sig

nos y síntomas de alarma, aspectos afectivos y socializantes del niño, etc.

Las actividades del Programa de Atención al Niño, se desarrollan en 3 etapas:

- Neonatal.
- Infantil.
- Preescolar.

y en 2 niveles:

- 1er. nivel: Unidad de Medicina Familiar.
- 2o. nivel: Hospital General de Zona.

La atención del niño de 0-4 años, se integra en los siguientes aspectos:

- 1.- Atención médica: Vigilancia del crecimiento y desarrollo. Se inicia en las unidades en distintos periodos que van de 1982 a 1984.
- 2.- Protección de la salud: Aplicación de inmunizaciones: Sabin, DPT, antisarampión y BCG.
- 3.- Detección de la salud: Acciones de odontología preventiva; prevención y control de deshidratación aguda, vigilancia del estado nutricional, detección y control de fiebre reumática.
- 4.- Promoción de la salud: Orientación higiénico-dietética, alimentación al seno materno, promociones específicas de programas preventivos.

FLUJO DE ATENCION AL NINO SANO. (Ver siguiente página)

En las Unidades de Medicina Familiar (UMF), el Médico Familiar (MF) otorga atención médica al recién nacido en el primer mes de edad, ya sea ante demanda espontánea o captado mediante el sistema de vigilancia de crecimiento y desarrollo. En esta primera consulta busca intencionadamente signos de alarma, identifica y valora factores de riesgo tomando en cuenta: Antecedentes perinatales, condiciones del medio ambiente, estilo de vida familiar y

FLUJO DE ATENCION AL NINO SANO.

Médico Familiar capta niños de 0-4 años 11 m.

Jefe de depto. clínico da visto bueno

Enfermera materno-infantil Detecta niños
de alto riesgo

Trabajo social Medicina Preventiva Vigila alimentación
crec. y desarrollo

Fuente: Programa materno-infantil. Subdirección
General Médica, 1988.

y condiciones actuales del niño (a través de interrogatorio indirecto, exploración física con énfasis en somatometría y búsqueda intensional de malformaciones congénitas). Todos estos datos los registra en la forma MF8-82.

Los niños de bajo riesgo continúan su atención con el MF con periodicidad mensual, derivándose a partir de los 3 meses de edad a E.M.I. Los casos de alto riesgo se analizan conjuntamente con el jefe de depto. clínico y se determina si son, o no, derivados a 2o. nivel.

En las consultas subsecuentes, el M.F. entre otras actividades, vigila el crecimiento y desarrollo del lactante, con especial interés en el estado nutricional, indica esquemas de inmunizaciones, otorga dotación láctea en caso necesario, investiga causas de inasistencia de niños remisos y realiza acciones de reconquista. Indica a la asistente médica, elabore o actualice tarjetas de

vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño, derive a Medicina Preventiva y otorgue cita. La asistente médica elabora un informe diario dirigido a Trabajo Social, sobre aquellos niños que no acudieron a su cita.

Trabajo Social integra grupos de madres de niños de 0-4 años 11 meses de edad, con el fin de realizar educación en salud; informa a la madre sobre el riesgo de tener sustancias tóxicas en el hogar, prevención de accidentes, actividades recreativas que necesita el niño e importancia de la convivencia con otros niños, importancia de completar esquemas de inmunizaciones, informa sobre el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud, vigila la aparición de parasitosis intestinal y aplicación completa de tratamientos; deriva a odontología a niños mayores de 3 años de edad, para tratamiento preventivo y en su caso, restaurativo.

ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL. Sus funciones son, entre otras, las siguientes: Recibe niños de bajo riesgo de 3 meses a 4 años 11 meses de edad con expediente, que proviene de su M.F., cumpliendo sus indicaciones; registra datos aportados por la madre en relación a la evolución del crecimiento y desarrollo. Educa a las madres de los niños, ya sea individualmente o en grupos organizados por Trabajo Social, en aspectos tales como la nutrición de los menores de 1 año, verifica la técnica para alimentación al seno materno, medidas higiénicas, enseña a la madre a preparar papillas de frutas y verduras, ablactación crecimiento y desarrollo, importancia de acciones médico-preventivas. Alimentación y vigilancia de niños de 1-4 años, enviándolos a odontología preventiva para aplicación de flúor. Deriva al MF con visto bueno del JDC, a niños con signos o/y síntomas de alto riesgo. Realiza atención bimestral durante el primer año de vida y cada 4 meses hasta los 4 años 11 meses; en niños con dotación láctea

la cita será mensual.

El subprograma depende de sus aspectos normativos, de la Subdirección General Médica y se apoya en los siguientes documentos normativos:

- MF-8/82 (Hoja de Control del Niño Sano).
- Instructivo técnico administrativo para registro y valoración de datos en la forma MF-8/82.
- Instructivo técnico administrativo para la supervisión y evaluación del proceso de atención médico integral al niño de 0-4 años de edad.
- Manual de procedimientos clínicos en Pediatría, 1981
- Lineamiento generales sobre factores de riesgo del niño y sus acciones correspondientes por niveles de prevención.
- Programa binomio madre-hijo.
- Programa de Medicina Preventiva.

La supervisión y evaluación del programa, se lleva a cabo de acuerdo a las metas fijadas para la unidad, en relación a los recursos disponibles y a las bases de programación para atención materno-infantil..Es realizada a nivel de UMF, por el JDC, el epidemiólogo y el director de cada unidad. A nivel zona, por el director del HGZ. A nivel regional, por el jefe delegacional de servicios médicos, el coordinador delegacional de programas de medicina preventiva; y a nivel central, por las jefaturas normativas de materno-infantil.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LACTANTE.

El crecimiento y desarrollo son 2 procesos paralelos en su evolución e interrelacionados entre sí. El crecimiento se define como un aumento en el número y tamaño de

las células, lo que da lugar a un incremento en el tamaño corporal y en el de sus segmentos, órganos y tejidos. El desarrollo se define como la adquisición de funciones con aumento de complejidad de las mismas, a través del tiempo; ésto permite la diferenciación de tejidos y órganos que van a permitir una función eficiente. También comprende los procesos de maduración (se refiere a cambios físicos y funcionales que ocurren a partir de la concepción, y llegan a su máxima expresión en la vida adulta, siendo regulado por factores genéticos, neuroendocrinos y ambientales) y de adaptación (ajuste a las condiciones del medio ambiente) (4).

Las características generales del crecimiento y desarrollo, y que son comunes a todos los seres vivos, son:

- Dirección.- Es en sentido céfalo-caudal y próximo-distal.
- Velocidad.- Es el incremento por unidad de tiempo. En etapas tempranas de la vida, tien su máxima rapidez y disminuye gradualmente, hasta su estabilización en la vida adulta.
- Ritmo y Secuencia.- Se refiere al patrón particular de crecimiento que tiene cada tejido u órgano a través del tiempo; por lo que el nivel de madurez de cada uno de ellos se alcanza en diferentes épocas de la vida.
- Momento u Oportunidad. Cada tejido tiene un momento particular, en el que se obtienen los máximos logros, en cuanto al crecimiento, desarrollo y madurez.

Etapas en que se divide el crecimiento y desarrollo:

- 1a. Infancia. Se divide a su vez en. Recién nacido que abarca de 0-28 días de edad; y lactante que va de los 28 días a los 15±3 meses de edad.
- 2a. Infancia. Preescolar, va de los 15±3 meses a los 6 años ±6 meses de edad.
- 3a. Infancia. Escolar, va de los 6 años ±6 meses a los 10 años en la mujer y los 12 en el varón.

- Adolescencia. De los 10±1 años a los 16±2 años en la mujer; y de los 12±1 años a los 18±2 años en el varón.

Factores que determinan el crecimiento y desarrollo:

- Genéticos. Determina el potencial que cada ser humano crecer y desarrollarse.
- neuroendocrinos. Existen diversas hormonas que influyen en el C y D.
- Ambientales. Determinan lo que en realidad somos. Gordon los clasifica en fisicoquímicos, biológicos y psicoculturales.

Factores de riesgo para el crecimiento y desarrollo - infantil (3):

En relación a la comunidad: Carencia de servicios de salud y educativos, carencia de servicios públicos, desastre ecológicos, condiciones climatológicas difíciles, etc.

En la familia: Recursos económicos insuficientes, vivienda inadecuada, numerosos hijos a intervalos cortos, inestabilidad familiar, clima emocional adverso., etc.

En la madre: Desnutrición, estado y hábitos de salud deficientes, edad (muy joven o mayor), baja escolaridad, problemas psicológicos, entre otros.

En el niño: Anomalías genéticas, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, hipoxia neonatal, trauma en el parto, enfermedades, accidentes, etc.

La vigilancia y evaluación del CyD en el niño, nos permite evitar la aparición de enfermedades (prevención primaria); impedir la progresión de la misma (prevención secundaria) y prevenir o bloquear las complicaciones o secuelas incapacitantes (prevención terciaria).

Aunque existen múltiples tablas y gráficas, deben preferirse aquellas que corresponden al sexo y grupo étnico al que pertenece el niño. Estas tablas nos informan de la posición que tiene la medida del niño en relación a la población considerada como normal. Están divididas en per -

centilas, que indican el grado en que la medida, se desvía del valor promedio. Las tablas de un estudio antropométrico semilongitudinal de niños en la Cd. de México, elaborada por Ramos Galván, son las más usadas; en ellas se recomienda usar como límite superior normal el percentil 97, y el inferior el 3 (4). Es necesario considerar el patrón de crecimiento del niño, por lo que las mediciones secuenciales son más útiles que las aisladas. Constan de las medidas de peso y talla, sin embargo, para una valoración más completa pueden usarse las mediciones de los perímetros de brazo y pierna; diámetros biacromial y bicrestal, rel.peso/talla, centros de osificación, entre otros.

Algunas reglas prácticas necesarias de conocer, son:
Peso. Aumenta durante los primeros 4 meses, 750 gr. por mes de los 4-8 meses, 500 grs; y de los 8-12 meses, 250 grs. por mes. El peso al nacimiento se duplica a los 4 meses y se triplica al año de edad.

Talla. De 1-3 meses se incrementa 3 cms. por mes; de los 4-8 meses, 2 cms. por mes; y entre los 9-12 m. 1 cm./mes.

Perímetro cefálico. Al nacer mide entre 34 y 35 cms.; al 6o mes mide 44 cms. y a los 12 meses, 47 cms.

La fontanela anterior se cierra entre los 9-18 meses de edad.

Para evaluar el desarrollo psicomotor durante el primer año de vida, se utiliza el Diagrama de Aldrich:

1-4 meses. Sonríe y sigue objetos con la mirada.

2-4m. Sostiene la cabeza y trata de alcanzar objetos.

3-4m. Balbucea, reconoce a su madre, le gusta la música.

4-6m. Se rueda por sí mismo.

6-8m. Se mantiene sentado sin ayuda, lleva objetos a la boca.

7-10m. Gatea y transfiere objetos de una mano a otra.

8-10. Primeras sílabas, se sienta y voltea sólo.

9-11. Prehensión digital con el pulgar y el índice.

10-12. Se incorpora, ayudándole.

12-14. Se mantiene de pie sin ayuda, camina, repite algunas palabras y obedece órdenes sencillas.

Dentición. Inicia de los 6-8 meses con la erupción de los incisivos medios inferiores; de los 8-10 m. los 2 incisivos medios superiores; 10-12 m. los 2 incisivos laterales superiores; de los 12-15 m. los incisivos laterales inferiores. La primera dentición se completa alrededor de los 30 meses y consta de 20 piezas.

El lactante en términos generales no posee inmunidad natural, sino que debe desarrollarla a medida que se pone en contacto con los agentes adversos, por lo que la lactancia es un periodo de elevada morbilidad por enf. infecciosas

Junto con el desarrollo motor, va paralelo el intelectual y afectivo:

4-7 meses. Reconoce a la madre y responde de acuerdo al tono emocional de las personas con quien trata.

6 m. Preferencia por la madre.

8 m. Disgusto al salir la madre de la habitación.

9-10 m. Es más independiente de la presencia de la madre.

12 m. Dice NO con un sentido semántico.

Al término de la lactancia, el niño inicia la capacidad de discriminar distancias, volúmenes y colores, es capaz de imitar, entiende gran parte del lenguaje, maneja la cuchara, es capaz de tomar iniciativas y percibe el YO y el NO YO. (4)

GENERALIDADES SOBRE LA LECHE MATERNA. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL.

Durante el primer año de vida, la alimentación del niño tiene como base la leche, preferentemente, materna. Según datos de la Clínica de lactancia de la SSA, existe mortalidad 25 veces menor en niños alimentados al seno materno, en relación a los alimentados con fórmulas, en estos últimos se presentan mayor número de infecciones. En el D.F. el 20% de los niños recién nacidos no inician su alimentación con le-

che materna y el 69% de los niños son destetados a los 3 meses de edad, siendo las causas más frecuentes: Temor a la leche "rala" y el CONSEJO DE PERSONAL EN SALUD.

Algunas de las ventajas de la alimentación al seno materno, son las siguientes:

1. El estrecho contacto físico que se produce durante el amamantamiento, favorece la relación de afecto y seguridad entre la madre y su hijo.
2. La leche materna es el alimento de mayor valor biológico, y el más apropiado para el CyD. del bebé.
3. La leche materna aporta al niño, protección antiinfecciosa específica, a través de elementos humorales y celulares que posee.
4. No implica derogación económica.
5. Siempre está a temperatura adecuada.

Etapas de la lactancia:

Mamogénesis.- Comprende desde la vida fetal de la mujer, hasta inmediatamente después de dar a luz. Poco antes del parto se inicia la producción de leche, en el postparto inmediato el estímulo fundamental para inducir la lactancia, es la succión del pezón.

II Lactogénesis o lactopoyesis.- Comprende desde el postparto inmediato hasta el momento del destete del niño. Durante esta etapa se efectúa la síntesis, producción y secreción de leche en cantidad suficiente para mantener el crecimiento de el niño. Durante los primeros 5 días postparto, la producción láctea es el calostro; entre los 6 y 30 días la leche transicional y posteriormente la leche madura. Durante esta etapa, la succión del pezón por el niño, produce en la glándula mamaria 2 efectos: 1. Cada succión produce un ciclo de ascenso y descenso de los niveles de prolactina (que van de 25 ng/ml a 250 ng/ml - 25 ng/ml y que dura aproximadamente 3 horas. 2. Sobre el vaciamiento, por aumento en la síntesis de oxitocina que produce contracción de las células mioepi-

teliales y aumento en la presión dentro de la glándula, lo que aunado al vacío que ejerce la succión, favorece el vaciamiento.

III Involución.- Comprende desde el destete hasta que la glándula deja de producir leche. La producción láctea decae progresivamente y esta leche es rica en proteínas, Na, Cl, IgA y lactoferrina, pobre en lactosa, K y citrato. Durante este período cabe siempre la posibilidad de que la glándula pueda volver a producir leche, por el fenómeno conocido como **RELACTANCIA**.

Composición.- La leche materna tiene un PH de 6.8-6.9; osmolaridad de 290 y .77 cels/dl. El calostro es un líquido espeso, amarillento (por riqueza de caroteno), rico en células y proteínas, principalmente inmunoglobulinas. La leche madura es azulosa y delgada. Los componentes principales son 87% de agua; proteínas (lactoferrina, lactoalbúmina, lactoglobulinas, etc.) la rel. entre caseína y proteínas es de 20:80, por lo que es rápidamente digerida y se absorben en más del 90% de la cantidad ingerida.

Grasas. Más absorbibles que la leche de vaca, ya que se compone principalmente de monoglicéridos; es rica en ácidos grasos esenciales (especialmente linoleico y araquidónico) que pudieran participar en el desarrollo del sistema nervioso.

Lactosa. Es el azúcar de la leche, fácil de digerir, fuente de galactosa necesaria para el desarrollo del SNC; en parte se transforma en ácido láctico que ayuda a la absorción de calcio y otros minerales. Vitaminas y minerales se encuentran en la leche materna, en cantidades suficientes para el crecimiento del niño. En cuanto a componentes inmunológicos, la leche materna posee IgA e IgM, además de anticuerpos específicos (previa sensibilización materna) contra rotavirus, virus de la poliomielitis, coxackie, sincicial respiratorio, citomegalovirus, influenza, Hemophilus I., E. Coli, Campilobacter, salmonellas, shigellas, bacteroides, B. Pertussis,

C. Tetani, V. Cholerae, Giardia L. y Cándida Albicans, que son los gérmenes que más frecuentemente causan enfermedades a los niños de esta edad. Además dichos factores favorecen la colonización el intestino por lactobacilos bífidos a diferencia de la leche de vaca, que favorece la colonización por otras bacterias, entre las que se encuentran E. Coli.

CONSERVACION DE LA LECHE MATERNA.-

Medio ambiente	duración en horas
templado	8
refrigerador	48
congelador casero	3 meses
menos de 20°C	1 año

TECNICA DE AMAMANTAMIENTO. En el neonato inmediato, la mejor forma de amamantar al niño será acostada, posteriormente es sentada sosteniendo con una mano la cabeza y cuello del bebé, y con la otra exprimiendo la leche. El tiempo de alimentación del niño durante los primeros días, será de 5 minutos en cada pecho, cada 3 hrs. Iniciando cada vez con el pecho que se terminó la vez anterior. A los 3 días de edad se aumentará a 10 mins. de cada lado y de la 3a. semana en adelante, a 15 mins. de cada lado. Hay que tener presente el baño diario y lavado de manos previo al amamantamiento, como medidas de higiene importantísimas para evitar la contaminación de la leche.

La alimentación de la madre que amamanta debe ser lo más completa y variada posible, se ha visto que cuando ésta no llena los requerimientos nutricionales, la cantidad de leche disminuye sin alterarse significativamente la calidad de la composición de la misma. La duración de la lactancia en nuestro país varía, en algunos casos se prolonga más allá del año ya que para muchos niños es la única fuente de proteínas, dadas las condiciones económicas en las que viven. Sin embargo, a partir del 4o. mes, y por razones de estimulación psicomotora, deben iniciarse otros alimentos, a fin de ir inte-

grando al niño a la dieta familiar(4).

PROBLEMAS PARA LA LACTANCIA. Se relacionan con el medio ambiente que rodea al binomio madre-hijo; uno de los que más impacto tiene, es con respecto a algunos reglamentos institucionales, en que las circunstancias de atención del parto imponen la separación de la madre y el hijo en el período neonatal inmediato, haciendo falta la succión necesaria para desencadenar la lactogénesis. Por otra parte, las condiciones laborales han logrado para las madres derechohabientes de los institutos de seguridad social, la dotación de leche en polvo como ayuda de lactancia, lo que cuando se otorga tempranamente, desalienta el amamantamiento y acaba por sustituirlo. otros problemas que se presentan son, las ideas y prejuicios, que sobre el amamantamiento tenga el grupo social al que pertenece la madre. Enfermedades maternas pezones umbilicados ó grietas en los mismos. Hipogalactia, la que se debe frecuentemente a la falta de estímulo de succión. Malformaciones de la boca, labio y paladar hendido en el niño y el aparente rechazo al seno materno, que se relaciona principalmente con temor o ansiedad materna.

LACTANCIA ARTIFICIAL. Existen en el mercado diferentes tipos de leche para la alimentación infantil derivadas la mayoría, de la leche de vaca. Las hay maternizadas (maternizadas), en teras, semidescremadas, con adición de he. o hidrocarbonados, condensadas, evaporadas y la leche derivada de soya.

En la leche de vaca llega al 20% (comparado con 6.7% de la leche materna) y la rel. caseína/proteínas es de 80/20, lo que la hace difícilmente digerible; por lo que la industria alimentaria modifica la proporción de nutrientes, tratándola de que pueda diluirse al 13%, aumentando carbohidratos reduciendo el Na y P y adicionando vitaminas que se pierde en el proceso de industrialización.

Para la administración adecuada de las leches industria-

lizadas es necesario conocer los requerimientos calóricos y proteicos del niño, además de su peso; la cantidad de los principales nutrimentos contenidos en la leche, el volumen de las medidas usadas, la dilución a la que se presenta la fórmula y el aporte calórico que brinda por 100 mls. de leche ya preparada. Además de conocer el número de biberones en que repartiremos la cantidad de leche total requerida por el niño durante el día (de 0-30 días, 8 biberones en el día; de 30-90 días, 6; de 90-180 días, 5; de 180-360 días, 4 y al año de edad, 3)

Reglas prácticas para administrar fórmulas lácteas: Para los niños menores de 4 meses se administrarán fórmulas maternizadas y a partir de esa edad, enteras.

Leche modificada en proteínas: 21.5 gr/Kg de peso/día en dilución 1 medida de 4.4 gr. por onza de agua. Esta dilución queda a 14.6%, por lo que se les debe dar agua extra.

Leche entera: 13 gr/Kg/día más 10 grs. de azúcar/Kg/día más 150 ml./Kg/día de agua.

VENTAJAS DEL USO DE FORMULAS LACTEAS.

- Son alimentos de composición uniforme y constante.
- Durante el proceso de industrialización, la leche es homogeneizada, por lo que es más fácil de digerir que la leche de vaca no industrializada.
- Se conserva inalterable mientras no se abra la lata.
- Por la variedad existente, el médico puede escoger el tipo más adecuado de acuerdo a las condiciones digestivas, nutrición y de salud de cada niño.
- Técnica de manejo, sencilla.

DESVENTAJAS.

- Costo elevado.
- Puede contaminarse con la manipulación.
- No todas garantizan pureza bacteriológica.
- Contacto físico menor, con disminución de rel.afectiva.

DOTACION LACTEA.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, uno de los logros obtenidos por las luchas laborales, ha sido la obtención de una dotación láctea como ayuda para la lactancia en los hijos de madres derechohabientes. En un inicio, dicha dotación consistía en otorgar 1 bote de leche mensual, a partir de la primera asistencia a CNS y hasta por 6 ocasiones, sin embargo, esta práctica se ha modificado, y actualmente se otorga en general: 2 dotaciones de 4 botes, 1 de 5, 1 de 6 y 2 de 7; con intervalo de 1 mes y siendo la máxima cantidad que se puede otorgar, 7 botes de leche. Se otorga a los niños que así lo requieran, a partir del primer mes de edad en que acuden a su primer CNS y hasta por 6 dotaciones como máximo para la población general, y 10 en el caso de que se trate de hijos de madres trabajadoras del instituto.

MOTIVACION.

Un principio fundamental del desarrollo científico, en todos los campos, es el que asegura que todos los fenómenos responden a una causalidad. Freud estudió y demostró el carácter causal de los fenómenos psicológicos.

El estudio de la motivación de la conducta es el estudio del por qué alguien se comporta de determinada manera frente a una situación. La motivación es entonces, la causalidad operante sobre el nivel psicológico, ya que la motivación es también conducta y no algo distinto de la conducta misma. La motivación es algo muy complejo, a ella concurren 3 vertientes: Biológico (incluyendo los instintos), psicológico (inteligencia, aprendizaje, elementos inconscientes) y culturales (valores, normas, etc). Nacemos con un bagaje instintivo con un equipo orgánico, pero además, el aprendizaje social va modelando nuestro comportamiento, modificando la intensidad de nuestras necesidades fisiológicas y con más razón las psicológicas (5).

Una necesidad es esencialmente, algo que es vital e importante para el organismo, un déficit; no sólo designa metas y conductas, sino que implica también que una meta o conducta determinada es vital, y que sin tal objetivo la vida se extinguiría o el desarrollo normal se comprometería. Abraham Maslow (1954) colocó a las necesidades en una jerarquía de 5 niveles, que van desde las necesidades fisiológicas, hasta las que llevan a la realización personal. El proceso de motivación, podemos plantearlo como sigue:

Necesidad + Incentivo = Acción

Un incentivo son todos aquellos factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta de un individuo hacia un objetivo. La jerarquía de necesidades planteada por Maslow, es la siguiente:

1. Necesidades fisiológicas. Están relacionadas con el man-

tenimiento de los procesos somáticos.

2. Necesidades de seguridad. Es la necesidad de evitar los peligros externos (ambientales) o agresiones de otro individuo o grupo. La necesidad física fundamental es mantener la homeostasis. La importancia de satisfacer esta necesidad, es que proporciona seguridad.
3. Necesidad de pertenencia. Es la necesidad de recibir cariño, afecto y calor de 1 ó varias personas y produce un estado de agitación emocional en el individuo; al satisfacer esta necesidad se reduce la tensión y sigue un período de calma emocional.
4. Necesidad de estimulación. Necesidad de ser apreciado, y aceptado como persona, de alcanzar logros, reconocimiento y atención dentro de un grupo. A través de nuestra pertenencia a un grupo adquirimos el sentido de nuestra identidad y significancia.
5. Necesidad de autorealización.

En esta jerarquización se parte de las que tienen un desarrollo biológico inferior hasta las más elevadas; ése orden representa prioridades y es necesario que el individuo haya satisfecho sus necesidades fisiológicas, antes de poder atender las superiores; además aunque éstas últimas pueden posponerse y no son tan apremiantes como las primeras, el hecho de vivir a nivel de ellas da lugar a mayor eficiencia biológica.

HIPOTESIS.

"La obtención de la dotación láctea es el incentivo para que las madres traigan a sus niños a Control del Niño Sano".

HIPOTESIS ESTADISTICA.

H_1 = "La obtención de la dotación láctea es el incentivo para que las madres traigan a sus niños a Control del Niño Sano".

H_0 = "La obtención de la dotación láctea no es incentivo para que las madres traigan a sus niños a Control del Niño Sano".

OBJETIVO.

Determinar si la dotación láctea es un incentivo para que las madres acudan con sus hijos a Control del Niño Sano.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

El presente estudio es de tipo prospectivo, transversal, observacional y descriptivo; para llevarlo a cabo, se tomó como universo de trabajo a las mujeres que acuden con sus hijos a C.N.S. en la Unidad de Medicina Familiar # 33 del I.M.S.S.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Madres con niños de 0 a 12 meses de edad.
- Que sean derechohabientes
- Que pertenezcan a la UMF # 33.
- Madres cuyos hijos reciban lactancia o artificial.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Madres con niños mayores de 12 meses de edad.
- Que no sean derechohabientes
- Que no pertenezcan a la UMF # 33.
- Madres cuyos hijos reciban exclusivamente alimentación al seno materno.

Tamaño de la muestra.- La determinación estadística del tamaño de la muestra, se realizó aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{e}$$

Donde:

- Z es el nivel de confianza = 95%
- p es el porcentaje estimado = 0.9
- q = 1-p = 0.1
- e es el nivel de significancia = 0.5

n = 138 pacientes. Redondeamos la muestra a 140.

Para la contrastación de hipótesis, se aplicó la Prueba de Chi Cuadrada:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

Criterios para rechazar Ho:

Se rechaza Ho si:

$$\chi_r^2 > \chi_t^2 \quad \text{cuando } \chi_t^2 = 2.71$$

- Donde: χ_r^2 = a Chi Cuadrada real.
 χ_t^2 = a Chi Cuadrada teórica.

MATERIAL Y METODOS.

Recursos humanos: Un residente de 2o. año de la especialidad de Medicina familiar; una asesora de la investigación.

Recursos materiales: 140 encuestas, hojas de papel bond, lapices, plumas, máquina de escribir.

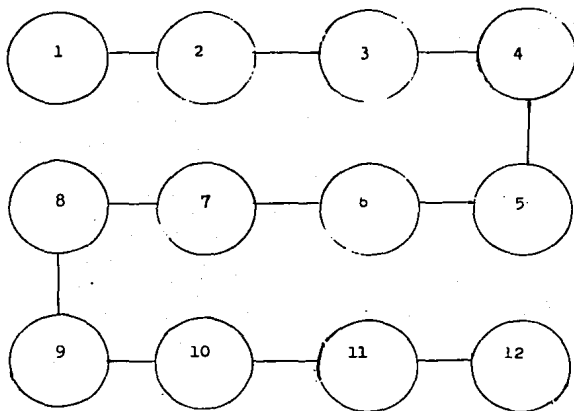
Recursos físicos: Archivo de la Unidad de Medicina Familiar # 33.

Del archivo de la UMF # 33, obtuvimos los datos del número de niños menores de 1 año, de primera vez y subsecuentes; que acudieron a CNS con su Médico Familiar (MF) o con la Enfermera Materno-infantil (EMI), durante el periodo comprendido de Octubre de 1991 a Septiembre de 1992. En la consulta externa de medicina familiar de la unidad, observamos cómo es llevada a cabo la consulta de CNS por el MF; por otra parte, conversé con personal de enfermería y asistentes médicas del servicio de EMI con la finalidad de conocer cómo se lleva a cabo la atención cuando un niño es llevado a su control.

Se tomó una muestra de 140 mujeres que acudían con sus hijos a consulta y que reunían los criterios de inclusión descritos. A cada una de ellas se le aplicó un cuestionario (Anexo # 1), que constó de ficha de identificación y 18 preguntas; de las cuales 2 funcionarón como distractoras (preguntas 1 y 17), 6 (2,3,9,11,15 y 16) encaminadas a conocer la motivación materna para acudir con sus hijos a CNS, 1 (pregunta 18) para identificar si reciben dotación láctea cada vez que acuden al control, y el resto para identificar otros factores que pueden actuar como incentivos para acudir al CNS.

Este cuestionario se calificó, otorgando a cada pregunta dirigida a conocer la motivación materna, un puntaje de 0, 1 ó 2 de acuerdo a la respuesta obtenida; pudiéndose obtener un valor total máximo de 10; considerando que de 7-10 puntos, la mujer se encuentra motivada para acudir con su hijo a Control del Niño Sano. Con respecto a la dotación láctea como incentivo, la consideramos positiva cuando en el 75% ó más de las veces que acuden a CNS, la reciben independientemente de si la solicitan o no.

RUTA CRITICA.



1. Observación del problema.
2. Revisión de la bibliografía existente.
3. Presentación del protocolo al asesor.
4. Recolección de datos del departamento de Tabulación,UMF #33
5. Prueba de campo
6. Aplicación de la encuesta
7. Tabulación de los datos
8. Análisis de los datos obtenidos
9. Conclusiones y sugerencias
10. Revisión del trabajo por el asesor
11. Impresión del trabajo
12. Entrega del trabajo final.

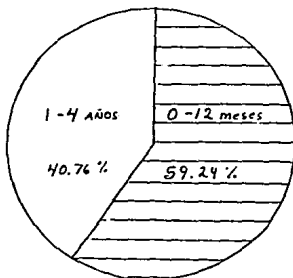
ANALISIS DE RESULTADOS.

A) RESULTADOS OBTENIDOS DEL DEPTO. DE TABULACION. UMF # 33.

En el presente estudio observamos la motivación materna para acudir con los niños a CNS, en madres con hijos de 0-12 meses, ya que como se mencionó anteriormente es en estos pequeños donde encontramos mayor riesgo de enfermar y de morir.

En los registros obtenidos del Departamento de Tabulación de la UMF # 33, obtuvimos que de 28,520 niños que acudieron a CNS en esta unidad durante el periodo comprendido entre oct./91 a sept./92; el 59.24% corresponden a lactantes de 0-12 meses de edad y el 40.76% restante, de niños de 1-4 años (Gráf. 1). Platicando con las asistentes médicas del servicio de EMI nos referían que en general, son los niños comprendidos en esta edad los que acuden más a sus citas, y sobre todo los menores de 6 meses.

GRÁFICA # 1. EDADES DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A C.N.S. U.M.F.# 33.OCTUBRE/92



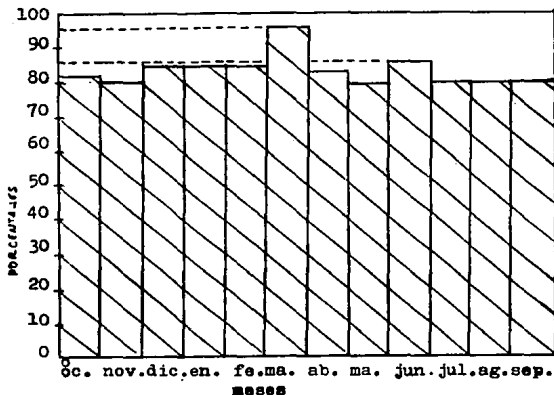
Fuente: Investigación personal.

CUADRO # 1 CONTROL DEL NIÑO SANO 1ª. VEZ Y SUBSECUENTES; ATENDIDOS POR MEDICO FAMILIAR Y E.M.I. EN LA U.F.P. # 33
 OCTUBRE/91 a SEPTIEMBRE/92.

Mes	médico familiar			Enferm. materno-infantil			total No. absal
	1ª. vez	subsec.	total %	1ª. vez	subsec.	total %	
oct-91	15.29	67.58	82.87	0	17.11	17.11	1484
nov.-91	15.72	64.68	80.4	0.28	19.31	19.59	1393
dic.-91	15.48	69.43	84.91	?	15.07	15.07	1214
enero-92	13.63	71.15	84.78	?	15.21	15.21	1078
feb.-92	18.97	65.31	84.28	0.31	15.39	15.7	1254
mar./92	20.71	77.24	97.95	0	2.03	2.03	1178
abr.-92	15.91	66.31	82.22	0.24	17.52	17.76	1244
may./92	22.29	56.65	78.94	0.99	20.04	21.03	2005
jun./92	13.09	66.55	84.64	?	15.42	15.42	1495
jul./92	17.64	62.08	79.72	?	20.26	20.26	1411
agos./92	16.65	62.53	79.18	0.25	20.54	20.79	1567
ser./92	16.16	64.29	80.45	0.06	19.47	19.53	1571

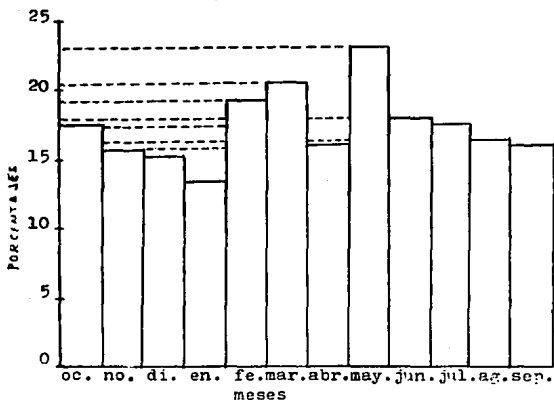
Fuente: Tabulación, C.M.P. # 33

GRAFICA # 2. NIÑOS DE 0-12 MESES QUE ACUDEN A C.N.S CON MEDICO FAMILIAR. U.M.F. #33 OCT/91 A SEPT/92



Fuente: Tabulación, U.M.F. #33

GRAFICA # 3. NIÑOS DE 0-12 MESES QUE ACUDEN A C.N.S. En VEZ, U.M.F. # 33 OCT./91 A SEPT./92.



Fuente: Tabulación, U.M.F. # 33

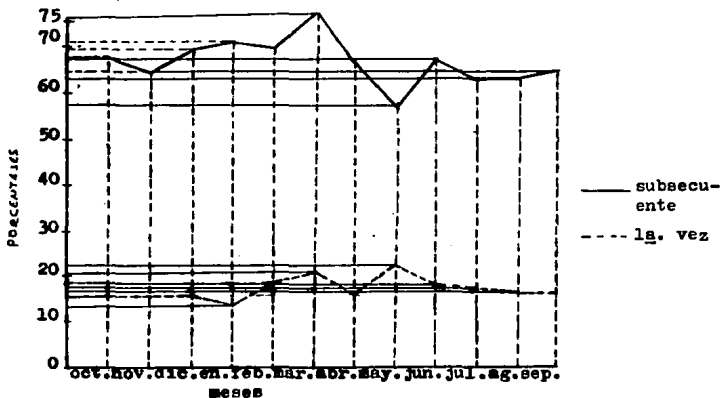
En el Cuadro # 1 y Gráf. # 2, observamos que el mayor porcentaje de niños que acuden a CNS son atendidos por el MF a pesar, de que como establece el Programa Materno-infantil, si el niño es de bajo riesgo, a partir del 3er. mes de edad debe pasar a su control al servicio de EMI. Aunque con variaciones, se observa una discreta tendencia a disminuir el número de niños subsecuentes atendidos por MF, con porcentajes que van de 67.58% en oct./91 a 64.29% en sept./92; ésto probablemente debido a mayor canalización de niños a EMI, ya que las cifras mencionadas coinciden con un aumento discreto en el porcentaje de niños atendidos por este servicio, de 17.11% en oct./91 a 19.53% en sept./92.

En la Gráf. # 33, se observa que aproximadamente una quinta parte de los niños que acuden a CNS, lo hacen por la vez, lo cual coincide con los datos obtenidos en la Gráf. #4 que muestra los porcentajes de niños de la vez y subsecuentes atendidos por MF. En la Gráf. # 5 encontramos el porcentaje de niños subsecuentes atendidos por EMI; los datos de primera vez no se registran, ya que como se observa en el Cuadro # 1, no se encuentran codificados en algunos meses.

B) RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

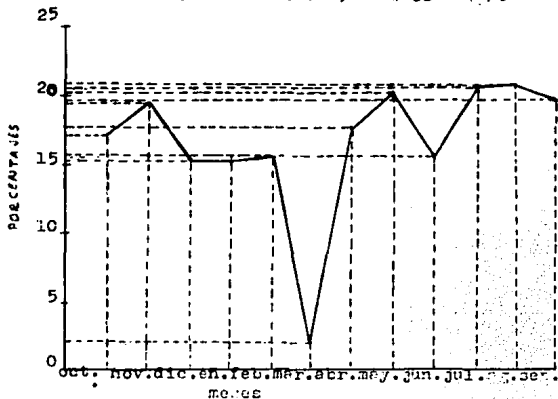
De la muestra tomada de 140 madres de niños de 0-12 meses de edad, encontramos que el rango de edades fluctúa entre los 17 y 42 años de edad, siendo la más frecuente (Mo.) de 24.5 años con una desviación estándar de 4.63 (Cuadros 2, 3 y Gráf. # 6) lo que ubica a nuestra población estudiada, como una población joven y dentro de las edades reproductivas más recomendables, siendo pocas las mujeres que se ubican en edades extremas; tal vez ésto sea reflejo de programas como el de PF y Control prenatal. Esta situación además de abatir la mortalidad materna, nos hace pensar que las mujeres que se encuentran dentro de estas edades, están en las mejores

GRAFICA # 4. CONTROL NIÑO SANO 1a. VEZ Y SUBSECUENTES ATENDIDOS POR MEDICO FAMILIAR, UMF #33. OCT/91-SEPT/92



Fuente: Tabulación U.M.P. # 33

GRAFICA #5. CONTROL DEL NIÑO SANO 1a. VEZ ATENDIDOS POR E.M.I., UMF # 33 OCT./91-SEPT/92



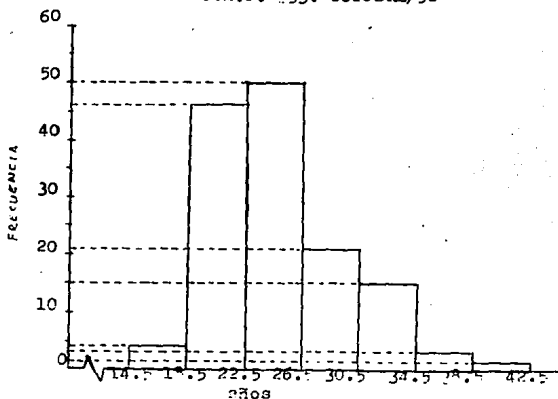
Fuente: Tabulación U.M.P. # 33

CUADRO #2. EDAD MATERNA.
U.M.F. # 33. OCTUBRE/92

Interv.	F	Fa	L.Reales	x	Fx
39-42	1	140	38.5 42.5	40.5	40.5
35-38	3	139	34.5 38.5	36.5	109.5
31-34	15	136	30.5 34.5	32.5	487.5
27-30	21	121	26.5 30.5	28.5	598.5
23-26	50	100	22.5 26.5	24.5	1225
19-22	46	50	18.5 22.5	20.5	943
15-18	4	4	14.5 18.5	16.5	66
Total	140	690			3470

Fuente: Investigación personal.

GRAFICA #6. EDAD MATERNA
U.M.F. #33. OCTUBRE/92



Fuente: Investigación personal.

CUADRO # 3. EDAD MATERNA. MEDIDAS

Medida	Valor
Rango	27
Media arit.	24.78
Moda	24.5
Mediana	24.1
Desv. Media	3.49
Desv. stánd.	4.63
Varianza	21.39
Sesgo	0.78
Curtosis	3.25

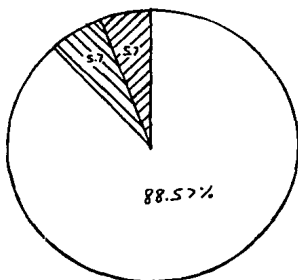
condiciones de salud posibles para la atención física, mental y emocional, que el niño necesita para su adecuado CyD.

El 88.57% son mujeres casadas y 5.71% viven en unión libre, lo que nos da un 94.28% de mujeres que tienen una familia procreación y que por este hecho pueden estar más motivadas e incentivadas por el compañero, a que sus hijos gozen del mayor bienestar posible y ésto repercute en la asistencia al CNS, a la vez, de que probablemente brinde mayor posibilidad de atender y cuidar a su niño y compartir esta tarea.

En cuanto a la escolaridad (Gráf. # 8) tenemos que el 35.71% tiene secundaria, en la mayoría de los casos (28.57%) completa; 21.42% tiene primaria y el mismo porcentaje de carrera técnica; lo que muestra la tendencia de que a la mujer se le ofrezca más frecuentemente la posibilidad de realizar este tipo de estudios de nivel medio, que los de nivel superior, el cual se presentó en 7.15% de los casos, sin embargo en sólo 2, se trató de licenciatura completa. Esta situación se debe a que a la mujer se le prepara más para su rol de madre, lo que la vincula con mayor fuerza al hijo, repercutiendo en los cuidados que le prodigue al mismo.

En la Gráf. # 9 observamos la ocupación de la madre, nos damos cuenta que 1 de cada 4 mujeres además de ser ama de casa, desempeña una actividad productiva, en la mayor de los casos como obreras en diversas empresas. Esta situación repercute en el niño, ya que existen menores posibilidades de alimentación al seno materno (sobre todo si la madre tiene poca información o facilidades con respecto a la conservación de la leche materna) y necesariamente aumenta el empleo de leche industrializada, que obliga a la madre a acudir a su cita de CNS, más por la dotación láctea, que por el control mismo, ya que "la leche comprada está muy cara". Por otra parte, el cuidado del niño queda a cargo de la abuelita o hermanos mayores exponiendo al niño a menos cuidados y vigilancia, que sumados al poco tiempo de convivencia entre ma

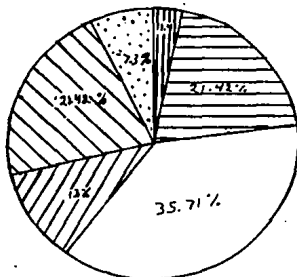
GRAFICA # 7. ESTADO CIVIL
 U.M.F. # 33, OCTUBRE/92



casada
 unión libre
 soltera

Fuente: Investigación personal

GRAFICA # 8. ESCOLARIDAD
 U.M.F. # 33, OCTUBRE/92

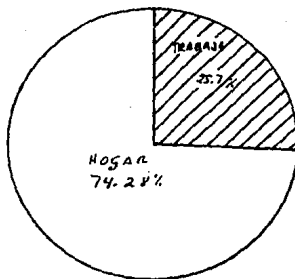


ninguna
 primaria
 secundaria
 bachillerato
 carrera técnica
 licenciatura

Fuente: Investigación personal

GRAFICA # 9. OCUPACION

U.M.F. # 33, OCTUBRE/92



Fuente: Investigación personal

dre-hijo y a la nula o escasa lactancia materna, repercuten física, mental y emocionalmente tanto en la madre, como en el niño, aumentando en este último el riesgo de enfermar.

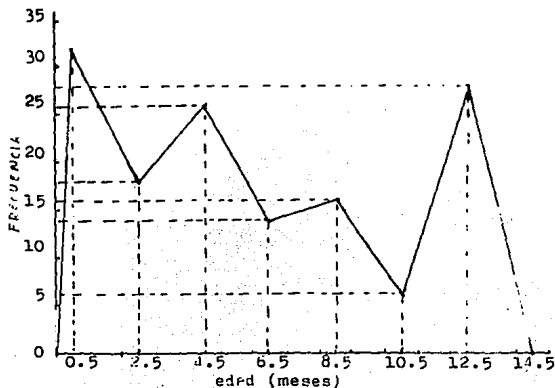
Con respecto a la edad del bebé, el rango observado es de 0-12 meses de edad, con una media aritmética de 5.84 meses, siendo la edad más frecuente de 0.5 m. (Mo) y encontrando a la mitad de los niños por debajo de los 3.87 meses de edad con una desviación estándar de 4.35 (Cuadro # 5), lo que significa que a partir de los 8 meses, son menos la cantidad de niños que acuden a CNS; llama también la atención que la edad más frecuente sea de 0.5 meses (Cuadro # 4 y - Gráf. # 10) lo que deja ver la necesidad (motivación) materna por conocer la situación de salud de su recién nacido, - que en parte es resultado, tal vez, del incentivo que representan las pláticas prenatales y el control prenatal en sí.

CUADRO # 4. EDAD DEL NIÑO. U.N.F. # 33, OCTUBRE/92

Interv.	F	Fa	L. Reales	x	ƒx
12-13	28	140	11.5 13.5	12.5	350
10-11	6	112	9.5 11.5	10.5	63
8-9	16	106	7.5 9.5	8.5	136
6-7	14	90	5.5 7.5	6.5	91
4-5	26	76	3.5 5.5	4.5	117
2-3	18	50	1.5 3.5	2.5	45
0-1	32	32	-0.5 1.5	0.5	16
Total	140	606			818

Fuente: Investigación personal

GRAFICA #10. EDAD DEL NIÑO. U.M.F. # 33, OCTUBRE/92



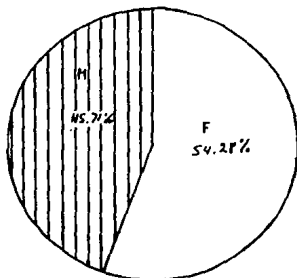
Fuente: Investigación personal.

CUADRO # 5. EDAD DEL NIÑO. MEDIDAS

Medida	Valor
Rango	12
Media arit	5.84
Moda	0.5
Mediana	3.87
Desv. Media	3.8
Desv. Stand	4.35
Varianza	18.92
Sesgo	0.31
Curtois	1.74

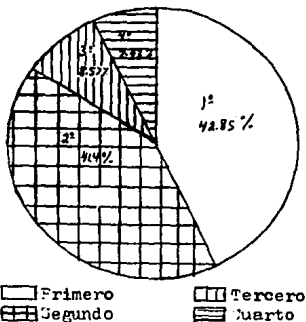
En la Gráf. # 11 observamos, que en el 54.28% de los casos, el niño es del sexo femenino y el 45.71%, masculino de los cuales en la mayoría de los casos (84.28%) se trata de el primer o segundo hijo, por lo que tiene más posibilidades de ser cuidado adecuadamente. Sólo una de cada 10 mujeres tiene 3 ó 4 hijos, probablemente sea debido a que mayoría de las mujeres encuestadas, como vimos anteriormente son muy jóvenes y aún no concluyen su vida reproductiva, sin embargo, puede ser también reflejo del programa de PF.

GRAFICA # 11. SEXO DEL NIÑO
 U.M.F. # 33, OCTUBRE/92



Fuente: Investigación personal

GRAFICA # 12. No. DE HIJO
 U.M.F. # 33, OCTUBRE/92



Primero Tercero
 Segundo Cuarto

Fuente: Investigación personal

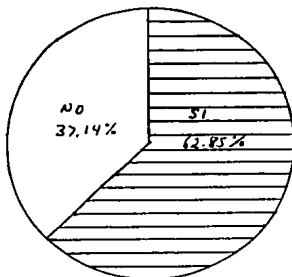
En relación a las preguntas encaminadas a descubrir la motivación que pueden tener las madres para acudir con sus hijos a CNS, encontramos lo siguiente:

En el 62.85% de los casos, el embarazo fué planeado, es decir, se trata en la gran mayoría de niños deseados - (Gráf. # 13).

De todas las mujeres, 70% acudieron a control prenatal en más de 5 ocasiones, que consideramos se trata de un buen control (Gráf. # 14), sin embargo, 8.57% tuvieron sólo 3-5 revisiones, que pueden corresponder a mujeres que trabajan y que tienen dificultades laborales para acudir a su control. Es preocupante un 21.42% que tienen hasta 2 revisiones únicamente, ello quiere decir que acuden prácticamente "por su pase a la maternidad"; y que no ven en el control prenatal los beneficios que representa para ellas y sus -

Pregunta # 2 ¿Planeó su embarazo?

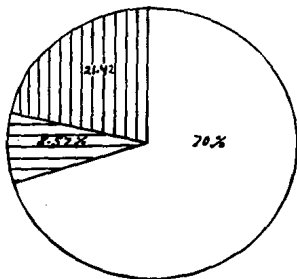
GRAFICA # 13. EMBARAZO DESEADO
U.M.F. # 33, OCTUBRE/92



Fuente: Investigación personal

Pregunta # 3. ¿Cuántas veces acudió a control prenatal?

GRAFICA # 14. ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL
U.M.F. # 33, OCTUBRE/92.

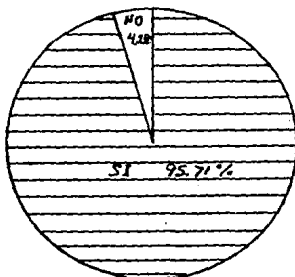


▨ 0 a 2
▨ 3 a 5
▨ más de 5

Fuente: Investigación personal

Pregunta # 9 ¿Le dió leche materna?

GRAFICA # 15. LACTANCIA MATERNA
U.M.F. # 33 OCTUBRE/92



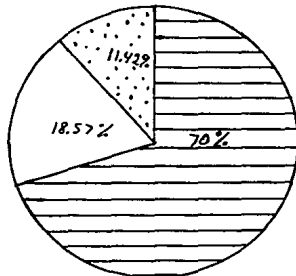
Fuente: Investigación personal.

bebés.

En la Gráf. # 15 tenemos que el 95.71%, alimentó al seno materno a su hijo, y sólo un 4.29% no lo hizo. Esto parece indicar que las campañas en favor de alimentar al bebé al seno materno, han tenido adecuado impacto, y que los beneficios y bondades que otorga este tipo de lactancia, han sido asimilados por la mayoría de las mujeres; quienes consideran la leche materna "como el mejor alimento" "el más completo" para sus hijos. De las mujeres que no amamantaron a sus hijos, mencionaron como causas: "tener poca leche", "enfermedad materna" y en 3 casos por "indicación médica" sin causa aparente, lo cual es muy preocupante.

Pregunta # 11 ¿Cuántas veces ha traído a su bebé a control del niño sano?

GRAFICA # 16. ASISTENCIA A CNS DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO. U.M.F.# 33, OCT./92



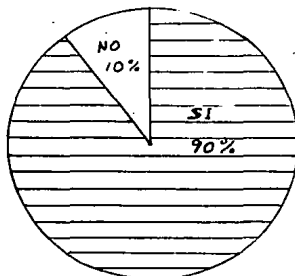
75-100%
50-75%
Menos del 50%

Fuente: Investigación personal

En relación a la asistencia a CNS, de acuerdo a la edad del niño, encontramos que el 70% de los casos acuden a su control entre el 75-100% de las veces correspondientes a su edad (Gráf. # 16); un 11.92% acuden a menos de la mitad de veces correspondientes.

Pregunta # 15 ¿Le plantea usted al médico sus dudas e inquietudes con respecto al bebé?

GRAFICA # 17 PLANTEAMIENTO DE DUDAS AL MEDICO
U.M.F. # 33, OCTUBRE/92

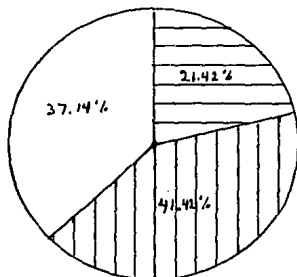


Fuente: Investigación personal

En la Gráf. # 17 observamos, que el 90% de las mujeres encuestadas refiere plantear sus dudas e inquietudes a su médico familiar ó a la enfermera materno-infantil; comentando que en la mayoría de los casos, éstas les son resueltas de manera adecuada y comprensible; y en sólo 2 casos manifestaron que su médico familiar "no se presta para ninguna pregunta ó comentario". Lo anterior de alguna manera nos a una visión de la relación médico-paciente, que al parecer en general es buena, a pesar del poco tiempo que se le dedica a una consulta de este tipo, que en promedio mencionaron esde aproximadamente 10 minutos. El que la relación médico-paciente sea adecuada, es un incentivo más para que la mujer decida acudir con sus hijos a CNS.

Pregunta # 16 ¿Por qué trae a su bebé a C.N.S.?

GRAFICA # 18. RAZONES MATEERNAS PARA ACUDIR CON SU HIJO A C.N.S. UMF # 33, OCTUBRE/92



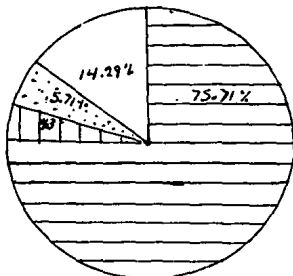
▨ revisión del edo. de salud, + solicitar información + aprender a evaluar su crec. y desarrollo
▤ a revisión del edo. de salud
□ porque la citaron, por la dotación láctea

Fuente: Investigación personal

En la Gráf. # 18, vemos las razones que las mujeres - ofrecen para acudir con sus hijos a CNS, observamos que solamente un 21.42% acuden a revisión del estado de salud de el niño, pero también solicitan información sobre los cuidados que deben ofrecer al pequeño más frecuentemente en relación a su nutrición; y además, muestran inquietud por conocer lo que significan los reflejos y habilidades que se buscan en el bebé. Un 41.42% acuden a "revisión del estado de salud", cuyo concepto en la mayoría de los casos se ubica en relación al peso, talla y descartar la presencia de patología infecciosa. Un 37.14% de las mujeres, manifestaron acudir a CNS porque las citaron, ó por la leche del niño.

Pregunta # 18 ¿Cuántas dotaciones de leche ha recibido?

GRAFICA # 19 DOTACION LACTEA/CONTROL NIÑO SANO
U.M.F. # 33, OCTUBRE/92

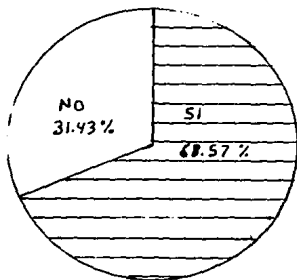


75-100% de las veces que acudieron, recibieron D.L.
50-75%
25-50%
menos del 50%

Fuente: Investigación personal

En la Gráf. # 19 observamos el porcentaje de ocasiones que las mujeres reciben dotación láctea al acudir a CNS. El 75.71% de las mujeres que acuden reciben DL entre 75-100% de las veces; en sólo 14.29% se otorgó la DL en menos del 50% de las veces que se acudió a CNS, esto probablemente sea en los casos de los niños que ya han completado sus 6 dotaciones correspondientes. Al interrogar a las madres sobre si solicitaron la dotación, la mayoría contestaron negativamente, sin embargo, al recibirla sí le es proporcionada al bebé. Al estar realizando la encuesta, no encontramos ninguna mujer que alimente a su hijo con leche materna exclusivamente, aún y que como vimos anteriormente, en cuanto a la edad del bebé, la Mo. fué de 0.5 meses.

GRAFICA # 20 MADRES MOTIVADAS A ACUDIR CON SU NIÑO
A C.N.S. U.N.F. # 33, OCTUBRE/92



Fuente: Investigación personal.

Es curioso que la mujer a pesar de conocer los beneficios de la leche materna, accede al "complemento" que representa la leche en polvo, relacionado en parte, probablemente con la publicidad que se hace de estos productos.

En la Gráf. # 20 observamos que de acuerdo a la puntuación obtenida en las preguntas encaminadas a conocer la motivación materna, podemos considerar que 68.57% de las mujeres reflejan en su conducta, estar motivadas para llevar a sus hijos al CNS, al margen de recibir DL, sin embargo, a pesar de dicha motivación, se reciben DL se la proporcionan al niño, es deducible pensar que cuando estas mujeres dejan de recibir la DL, disminuirá el porcentaje de la asistencia al CNS.

ESTA TESTIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

DOTACION LACTEA (como incentivo)

	SI	NO	
MADRES MOTIVADAS	SI	72.68	23.31
	NO	33.31	10.68
	78	18	96
	28	16	44
	106	34	140

$$g1 = (r-1)(k-1) = 1 \times 1 = 1$$

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$A = \frac{(78-72.68)^2}{72.68} = 0.3894$$

$$B = \frac{(18-23.31)^2}{23.31} = 1.2095$$

$$C = \frac{(28-33.31)^2}{33.31} = .8464$$

$$D = \frac{(16-10.68)^2}{10.68} = 2.65$$

$$\chi^2 = (A+B+C+D) = .3894+1.2095+.8464+2.65 = 5.08$$

Se rechaza H_0 si: $\chi_r^2 > \chi_t^2$
 $5.08 > 2.71$

Por lo tanto, se acepta H_1 : "La obtención de la dotación láctea es el incentivo para que las madres traigan a sus niños a Control del Niño Sano".

CONCLUSIONES.

El presente estudio se realizó con la finalidad, de conocer si la dotación láctea es el incentivo materno para acudir con sus hijos a CNS.

La mayoría de las mujeres de la población estudiada, se encuentra dentro de las edades reproductivas más recomendables; con un promedio de escolaridad de secundaria completa y un gran porcentaje de carrera técnica, reflejo del rol para el que se prepara a la mujer...casarse y ser madre. La mayoría de ellas tiene una familia de procreación, por lo que uno de los aspectos para lograr el fortalecimiento del yo, es precisamente, aprender a ser madre. Una cuarta parte de las mujeres encuestadas, además de ser amas de casa, trabajan, con las consecuencias que esto conlleva para el niño, ya que se dificulta la lactancia materna, disminuye el contacto madre-hijo, disminuye los cuidados proporcionados al bebé y lo expone a mayor riesgo de enfermar.

Más de la mitad de los hijos de las madres estudiadas, son menores de 4 meses. Son niños producto de embarazos, en su mayoría deseados, planeados y con un buen control prenatal.

A excepción de 6, todos fueron alimentados al seno materno, lo que es importante y refleja el impacto de las campañas que se han hecho al respecto; sin embargo, de los 6 que no la recibieron, en 3 casos fue por indicación médica sin causa aparente. Según se observó, la duración de la lactancia fue, en promedio, de 4 meses.

7 de cada 10 niños fue llevado a su CNS de una manera adecuada (entre 75-100% de las veces correspondientes a su edad), dicha asistencia debida, según refieren las mujeres, en la mayoría de los casos a que se les dió cita, por la dotación láctea o para conocer el estado de salud del niño, refiriéndose con este concepto, a pesar, medir y descartar

la presencia de patología, infecciosa principalmente. En muy bajo porcentaje, refieren que acuden a CNS para conocer el estado de salud del niño, solicitar información sobre el cuidado de los mismos y aprender a evaluar el CyD del bebé

Durante el desarrollo de la investigación, se observó, que las mujeres que saben la diferencia entre crecimiento y desarrollo así como, la importancia de los mismos, son las que acuden a EMI, lo que refleja probablemente una mejor relación entre enfermera-madre, mayor información proporcionada en forma individual, mayor disponibilidad de tiempo para la consulta por menor demanda del servicio, ó finalmente puede ser una conjunción de todos estos factores.

En la mayoría de los casos la dotación láctea no fue solicitada por la mujer, sino otorgada por el MF, por ser "complemento de la leche materna" ó "por tener la madre poca leche", sin tomar en consideración que la producción de la leche va incrementándose conforme el niño aumenta sus requerimientos alimenticios y que dicha dotación es desmotivante para la lactancia al seno materno y acaba por sustituirla (tiempo promedio de lactancia al seno materno 3.5 meses) exponiendo al bebé a la adquisición de enfermedades, contra las que la leche materna les concede protección.

Al contrastar la hipótesis observamos que efectivamente la DL otorgada es incentivo para que las madres acudan con su niño a CNS. La DL al otorgarse sistemáticamente, sin valorar si realmente el niño la necesita, causa problemas a la relación afectiva entre madre-hijo; además de crear dependencia de la leche de "bote", haciendo que al terminarse las dotaciones correspondientes, se adquiera la leche en los comercios, a precios elevados "porque el niño ya se acostumbró a la leche de bote", representando una derogación económica importante para la familia.

Observamos también que el control prenatal, al parecer, incentiva a la madre a que, al nacer el bebé, acudan a CNS.

SUGERENCIAS.

1. Es necesaria una mejor implementación del Subprograma de on al niño sano, a fin de que cada elemento del equipo multidisciplinario de Medicina Familiar, lleve a cabo su papel correspondiente en el momento oportuno, con el objetivo de lograr eficiencia en el servicio.
2. Las actividades educativas en salud que se otorgan a las madres deben ser rprogramadas y llevadas a cabo de la mejor maneras fin de elevar, realmente el nivel de conocimientos de éstas, y que repercutirá en la mejor vigilancia del CyD del bebé.
3. La dotación láctea debe ser, como está planteado, una "ayuda para la lactancia", en los niños que realmente lo requieran, y no otorgarse de manera sistemática.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- La Atención Primaria en Salud en el esquema de la Seguridad Social. Fotocopia. Fomento a la Salud.. UMF # 33.
- 2.- Atención Primaria en Salud. Principios y métodos. Axel Kroeger y Ronaldo Luna (compiladores). OPS 1a. edición, agosto/1987.
- 3.- Paso a paso. ¿Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. Lucille Atkin, T. Superville, R. Sawyer, P. Cantón. UNICEF. Ed. Pax México 1a. edición, 1987.
- 4.- Introducción a la Pediatría. Jaime L. Palacios Trevino y Juan Gamez. Ed. Francisco Méndez Oteo. 4a. edición, 1990.
- 5.- Introducción a la Psicología Social. Henry Clay Lindepen. Ed. Trillas. 6a. reimpresión, 1985.
- 6.- Manual de Pediatría. R.H. Valenzuela, L. Luengas y L. Marquet. Ed. Interamericana. 9a. edición, 1975.
- 7.- Salud para todos en el año 2,000. Estrategias. Documento oficial # 173 OPS. 1a. impresión, 1983.
- 8.- Estado Mundial de la Infancia. UNICEF 1986 y 1988.
- 9.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. Secretaría de Programación y Presupuesto. 1a. ed. mayo/1989.
- 10.- Primer nivel de atención materno-infantil # 1. UAM Xochimilco, Junio 1981.
- 11.- Salud comunitaria. Teoría y técnicas. Francisco Gómez Jara, Rogelio Avila J. y Martha Morales. Ediciones Nueva Sociología, 1983.
- 12.- Psicología de la conducta. José Bleger. Ed. Paidós. 5a. reimpresión, 1986.
- 13.- Salud y enfermedad. Hernán San Martín. Ed. Prensa Médica Mexicana. 3a. ed. reimpresión, 1980.
- 14.- Programa Materno-infantil. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1988.

ANEXO # 2.**CALIFICACION DE LA ENCUESTA.**

MOTIVACION MATERNA.	Respuesta	Puntos
-Pregunta # 2 ¿Planeó su embarazo?	Si	1
	No	0
-Pregunta # 3 ¿Cuántas veces acudió a control prenatal?	más de 5	2
	3-5	1
	0-1	0
-Pregunta # 9 ¿Le dió leche materna?	Si	2
	No	0
-Pregunta # 11 ¿Cuántas veces ha traído a su bebé a CNS?	75-100%	2
	50-75%	1
	- del 50%	0
-Pregunta # 15 ¿Le plantea usted al médico sus dudas e inquietudes con respecto a su bebé?	Si	1
	No	0
-Pregunta # 16 ¿Por qué trae a su bebé a CNS?		
	Revisión del edo. de salud más solicitud de información más interés en su crecimiento y desarrollo	2
	Revisión del edo. de salud	1
	Porque la citaron o por la leche	0

Madres motivadas: Puntuación 7- 10**Madres no motivadas: Puntuación menor de 7****DOTACION LACTEA.**

-Recibieron dotación láctea del 75 al 100% de las veces que acudieron a CNS

Si Es un incentivo

ANEXO # 1.**ENCUESTA.****ENCUESTA**

Nombre de la madre	Edo. civil	Edad
Ocupación	Edad	Escolaridad
Sexo del bebé		Número de hijo

- 1.- ¿Quiere mucho a su bebé?
- 2.- ¿Planeó su embarazo? Si No
- 3.- ¿Cuántas veces acudió a control prenatal?
- 4.- ¿A cuántas pláticas prenatales acudió?
- 5.- ¿En cuántas le hablaron del crecimiento y desarrollo del bebé?
- 6.- ¿Qué entiende por crecimiento?
¿Qué entiende por desarrollo?
- 7.- ¿Tuvo algún problema de salud durante su embarazo y parto?
- 8.- ¿Tuvo alguna enfermedad el bebé al nacimiento o durante el primer mes de edad?
- 9.- ¿Le dió leche materna? Si No ¿Por qué?
- 10.- ¿Cuánto tiempo?
- 11.- ¿Cuántas veces ha traído a su bebé a Control del Niño Sano (CNS).
- 12.- ¿Con qué frecuencia?
- 13.- ¿Quién lleva el control de su bebé?
- 14.- ¿Cuánto tiempo dura la consulta?
- 15.- ¿Le plantea usted al médico sus dudas e inquietudes con respecto a su bebé? Si No ¿Le responde de manera entendible?
- 16.- ¿Por qué trae a su bebé a CNS?
- 17.- ¿Cuánto pesa su bebé?
- 18.- ¿Cuántas dotaciones de leche ha recibido? ¿Usted las solicitó?