

A

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

73

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

**FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIALES QUE  
MODIFICAN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE  
NIÑOS NACIDOS PREMATUROS**

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :  
DR. RODRIGO RAMIREZ VALDEZ**

1995 - 1998

ASESOR DE TESIS: DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ.



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON  
FALDA DE ORIGEN

2003



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 esta 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.

B

**CON AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL  
A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE  
COLABORARON EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS.**

**TESIS CON  
FUELLA DE ORIGEN**

C

A MI FAMILIA :

POR TODO EL APOYO QUE ME BRINDARON  
DURANTE ESTOS TRES AÑOS DE  
ESPECIALIZACION, Y ASI LOGRAR UN  
TRIUNFO MAS EN MI VIDA, CON  
MUCHO CARIÑO LES DEDICO ESTA TESIS.

CON DEDICACION MUY ESPECIAL :

A MI NOVIA

POR TODOS AQUELLOS MOMENTOS  
QUE NO PUDE ESTAR A TU LADO

M A R I B E L . . .

GRACIAS POR TU INVALUABLE AYUDA, APOYO Y COMPRESION  
A TI MI ETERNO AGRADECIMIENTO Y CARIÑO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

D

Vo. Bo.

ASESOR:

~~DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ.~~

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA U.M.F. 20  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR U.M.F. 20 "VALLEJO" DELEGACION  
I NOROESTE DEL D.F. I.M.S.S.

SUBDIRECCION DE INVESTIGACION  
DIVISION DE INVESTIGACION DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



U. M. F. No. 20  
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

E

Vo. Bo.

Yolanda A. Valencia

DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS.

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. 20 "VALLEJO"  
DELEGACION 1 NOROESTE DEL D.F. I.M.S.S.

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

F

Vo. Bo.



---

DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ.

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. 20 "VALLEJO"  
DELEGACION 1 NOROESTE DEL D.F. I.M.S.S.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

G

**"FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIALES  
QUE MODIFICAN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS"**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

4

INDICE

P A G I N A

I.	OBJETIVOS.....	1
II.	ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2 - 8
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
IV.	HIPOTESIS.....	10
V.	MATERIAL Y METODOS.....	11 - 13
VI.	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	14 - 21
VII.	CUADROS Y GRAFICOS.....	22 - 62
VIII.	ANALISIS ESTADISTICO.....	63 - 64
IX.	CONCLUSIONES.....	65 - 67
X.	COMENTARIOS.....	68 - 69
XI.	RESUMEN.....	70 - 75
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	76 - 77
XIII.	ANEXOS.....	78 - 89

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

### GENERAL:

Identificar el riesgo relativo de los factores biopsicosociales que modifican el crecimiento y desarrollo de niños nacidos prematuramente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Todo profesional de la salud responsable de la atención a los niños -- es el caso del **MEDICO FAMILIAR**, debe tener un amplio conocimiento acerca del crecimiento y desarrollo, a fin de detectar cualquier alteración -- manifiesta, lo más pronto posible para poder identificar la patología -- subyacente y prestar la atención adecuada. (25)

El término Crecimiento implica todo proceso por el cual se incrementa -- la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células -- , hiperplasia, el aumento en el volumen de las células, hipertrofia, -- y el incremento en la sustancia intercelular; igualmente implica un proceso -- que se inicia desde la transformación del óvulo fecundado y continúa hasta la edad adulta. (16). Denota cambios en las dimensiones del cuerpo -- en conjunto o de cada una de sus partes. (25)

El Desarrollo supone la diferenciación de las formas del cuerpo pero se -- refiere sobre todo a los cambios de sus funciones, incluyendo aquellas -- que dependen en gran parte de la interacción con el entorno psicosocial -- también es la diferenciación sucesiva de órganos y sistemas; de la misma -- manera hace referencia al desarrollo de funciones, adaptaciones, habilidades -- y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización. (10)

El grado de crecimiento y desarrollo depende de una gran cantidad de -- factores interrelacionados. A menudo se piensa que los factores genéticos -- son los que establecen en última instancia los límites de las posibilidades -- biológicas, pero estos también dependen de las circunstancias -- ambientales, las circunstancias ocurridas en el período prenatal, -- postnatal, así como los factores nutricionales, químicos e inmunológicos, -- infecciones, etc. (14)

Los factores nutricionales pueden reflejar la situación socioeconómica. -- Entre los factores sociales, psicológicos y afectivos que influyen en el -- crecimiento y desarrollo se se encuentran: la situación del niño en su -- núcleo familiar, el tipo de relaciones interpersonales entre hermanos, -- entre padres e hijos y entre los padres. Algunos factores culturales -- pueden limitar o potenciar de forma notable el Crecimiento y -- Desarrollo del niño. (17)

Ahora bien, tomando en cuenta que el proyecto de investigación presente -- está enfocado al niño prematuro, tenemos que delimitar a que conocemos -- como un niño prematuro.

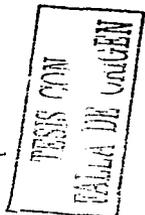
"Recién Nacido": Es todo aquel producto de la concepción a partir del -- nacimiento hasta los 28 días de vida extrauterina. Se clasifica de -- acuerdo a la edad gestacional en:

\*Pretérmino: va desde la 21 semanas de gestación hasta menor de 37 -- semanas, a su vez se subdivide en:

-Prematuro, va desde la semana 28 de gestación hasta menos de 37 semanas -- o un peso de 1000 gramos a menos o igual a 2500 gramos.

-Inmaduro, de 21 a 27 semanas de gestación o un peso de 500 gramos a -- menos de 1000 gramos. (15)

El recién nacido prematuro tiene problemas debido a la falta de madurez -- de sus mecanismos enzimáticos, respiratorios, renales, metabólicos, hematológicos, -- inmunológicos, etc. Los trastornos del desarrollo son más frecuentes -- en los niños prematuros que en los niños nacidos a término, y a menudo -- afectan sus funciones mentales, intelectuales o motoras, estas anomalías -- pueden ser consecuencia de secuelas de anoxia o infecciones.



El prematuro es especialmente vulnerable a los efectos de la deprivación sensorial o social durante el período neonatal. En estudios recientes se ha destacado la importancia de que las madres participen en algunos de los cuidados de los niños prematuros, tan pronto como sea posible, para favorecer sus relaciones afectivas. (1)

Generalmente los niños prematuros que pesan entre 2000 a 2500grs al nacer, tienen aspecto de niños a término de bajo peso al nacer, tienen llanto fuerte y tono muscular adecuado. Los recién nacidos prematuros, que pesan entre 1500-2000 gramos, tienen buen tono muscular cuando se estimula, un reflejo prensil y de moro. Se puede comprobar fácilmente, la existencia de una pauta de sueño-vigilia y la capacidad para fijar la mirada en algunos objetos. (15)

Para la evaluación del crecimiento, aunque existen múltiples tablas y gráficas de las distintas variables del crecimiento, deben preferirse aquellas que correspondan al sexo, grupo étnico, y las provengan de estudios longitudinales, hechos con seriedad, habitualmente se valoran en el crecimiento varios segmentos corporales. Games, Palacios y Nelson recomiendan valorar junto con la edad cronológica:

- A) El peso;
- B) La talla; y
- C) El perímetro cefálico.

Hay ya valores establecidos correspondientes al peso, la talla y el perímetro cefálico de acuerdo con la edad y el sexo, el Dr. Ramos Galván en un estudio longitudinal, realizado en 1975 en la Ciudad de México, registró las percentilas 3 y 97, tomándose como límite superior al percentil 97 y como límite inferior al percentil 3. (16)(19)(25)

Para realizar la valoración del Desarrollo se expresa exteriormente por las reacciones reflejas voluntarias, espontáneas y aprendidas como parpadear, asir un objeto, volver la cabeza, etc; que deben considerarse como "modos del comportamiento" o conducta, con lo anterior Gesell concluye que se puede examinar el desarrollo a través del examen de los modos de conducta. (3)

Para Gesell los modos de conducta son respuestas del sistema neuromuscular frente a una situación dada. Resultan del proceso de desarrollo integral que se realiza en ordenada progresión a través de sucesivas etapas. Considerando la conductal transversalmente, los modos de conducta pueden agruparse en cuatro principales campos de conducta, estos campos normalmente muestran desarrollos paralelos y son discrepantes en los casos atípicos:

1. Conducta motriz. Comprende desde los grandes movimientos corporales hasta las más finas coordinaciones motrices, entre ellas: reacciones posturales, sostenimiento de la cabeza, sentarse, pararse, gateo, marcha, forma de aproximarse a un objeto, de asirlo, de manejarlo, etc. (3)
2. Conducta adaptativa. Comprende los más delicados ajustes sensoriomotres frente a los objetos y situaciones: la coordinación de movimientos visomanuales para alcanzar y manipular objetos, la habilidad motriz para la solución de problemas prácticos, la capacidad de realizar nuevas adaptaciones frente a los problemas. (3)
3. Conducta del lenguaje. Abarca toda forma de comunicación visible y audible: mímica, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones; imitación y comprensión de expresiones ajenas. (3)
4. Conducta personal-social. Incluye un amplio número de habilidades y actitudes personales del niño frente a su medio social y cultural co-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

mo el control de la micción y defecación, capacidad para alimentarse, higienizarse, jugar; colaboración y reacción adecuadas frente a la enseñanza y a las conveniencias sociales.(3)

Gesell comenta, los modos de conducta presentan en cada nivel, variaciones individuales, pero el estudio de gran número de niños ha demostrado que los modos de conducta se adhieren estrechamente a un promedio central, y que su orden de aparición es significativamente uniforme. Estos estudios controlados del curso normal promedio del crecimiento de la conducta, han permitido establecer criterios de madurez: "normas tipificadas de conducta". Estos modos de conducta tipificados se emplean en el examen evolutivo para identificar y valorar, por comparación, la conducta que exhibe un cierto niño. Gesell ha denominado edades clave, a aquellos niveles de madurez que durante el curso longitudinal del desarrollo sirven mejor como muestras y puntos de referencia a los fines diagnósticos. Así se han determinado 8 edades clave:

1. "4 semanas"    2. "16 semanas"    3. "28 semanas"    4. "40 semanas"  
5. "52 semanas"    6. "18 meses"    7. "24 meses"    8. "36 meses".

Estas edades clave son fundamentales en el diagnóstico del desarrollo: son representativas y normativas; tipifican las reacciones provocadas por el examen evolutivo.

La escala de Gesell pertenece al dominio de la neurología evolutiva. Su principal finalidad es explorar la madurez y organización del sistema neuromotor, con vistas a suministrar al profesional de la salud, una información objetiva, en término de niveles de madurez que sirva de base para la interpretación del estado de desarrollo.

La escala de Gesell, tiene el mismo fundamento lógico y científico de toda prueba funcional de clínica neurológica. (3)

Para el diagnóstico del desarrollo, es necesario la traducción de -- los valores de conducta en valores de edad. Esto se logra mediante la observación discriminada de las formas de conducta de un niño y su estimación por comparación con las normas tipificadas. En otras palabras el diagnóstico del desarrollo, es la valoración de los modos de conducta normalizados; el resultado de una confrontación entre las observaciones hechas y las normas estandarizadas, dado que los modos de conducta constituyen síntomas, un diagnóstico del desarrollo es en esencia, la aparición de la madurez del sistema nervioso con la ayuda de normas de conducta. (3)

La finalidad del examen evolutivo de la Escala de Gesell sirve principalmente a dos objetivos, en la consulta del médico familiar, pedia tra o algún otro miembro del equipo de salud, ya sea nivel privado, - en hospitales, consultorios o centros asistenciales de la infancia, y estos dos objetivos son los siguientes:

1. Descubrir precisamente defectos y desviaciones del desarrollo, que de otra manera escaparían totalmente o demorarían en el diagnóstico, sirve para revelar lesiones, defectos y retardos en la organización del sistema nervioso central.

2. Facilitar un mejor consejo orientador en aspectos prácticos del conocimiento, del cuidado infantil y de las relaciones paternales, --

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pues brinda un mayor conocimiento de las características significativas de la personalidad del niño a tratar.(3)

Hay un sin fin de factores que pueden afectar de forma importante el crecimiento y desarrollo,ya sea para una adecuada evolución,o bien para una mala evolución.A continuación se describirán algunos factores de riesgo que algunos autores consideran importantes para el crecimiento y desarrollo.

Las condiciones en que se da el embarazo, estabilidad o inestabilidad de la unión de la pareja,madre soltera,hijo no deseado,desnutrición in fección,etc;son factores determinantes primero del embarazo y más tarde del desarrollo mismo de la personalidad.(12)(14)

Las condiciones que se dan así mismo durante el parto,serán indudablemente de mejor pronóstico no sólo para el parto, sino para el desarrollo mismo de la personalidad,que aque que cursa con embarazo de alto riesgo,parto atendido en condiciones inapropiadas con alto riesgo de distocia o hipoxia neonatal.Estas condiciones del embarazo y del parto están íntimamente ligadas al nivel sociocultural al que pertenece la familia.(12)(20)(7)(4)

Mientras en el munto intrauterino las constantes biológicas eran automáticamente satisfechas,a partir del momento del nacimiento,esta homeostasis se rompe por los cambios tan bruscos que se presentan: temperatura,humedad,presión atmosférica,etc.El nuevo ser percibe esta ruptura como tensión y lamanifiesta con su forma muy rudimentaria de comunicación llanto,inquietud.La conducta refleja que manifiesta es insuficiente y sólo la presencia de otro ser (madre principalmente) es capaz de protegerlo de este bombardeo precoz de estímulos.(14)

En el primer año de vida,la madre protege al niño de estímulos externos e internos aliviando la tensión que le provocan los cambios bruscos del medio ambiente(temperatura,ruido,hambre,etc.);esta estrecha relación entre madre e hijo, además de aliviar las tensiones,crea el ambiente emocional en que gradualmente se desarrolla el sentido de la realidad, que solamente se logra através de la experiencia con la madre.(21)(12)

Para Erikson, en este primer año de vida se alcanza un sentimiento de confianza y la sobreprotección extrema de lamadre o el rechazo darán lugar a sentimientos de inseguridad y desconfianza.(12)

Para Mahler,la etapa de simbiosis es quella en la que el niño percibe a la madre como parte de sí mismo,esta relación disminuye hacia los 6 meses,cuando el niño se va dando cuenta de que él y la madre no son lo mismo.Durante esta edad surgen las primeras manifestaciones de ansiedad del niño,cuando se desprende de su madre o ante la presencia de un extraño.(12)(11)(19)

Hay factores neuroendócrinos, ambientales,genéticos que influncian en forma importante el crecimiento y desarrollo,el medio ambiente puede potencializar,desviar o anular el patrón genético y neuroendócrino. La edad de los padres, la desnutrición materna,su grado de paridad,la drogadicción o alcoholismo,la anoxia intrauterina o perinatal,las infecciones virales y algunos agentes químicos,pueden originar trastornos que simulan alteraciones genéticas puras o modificar éstas en diversos grados.(14)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las patologías que pueden afectar el crecimiento son las anomalías con genitas o cromosómicas, enfermedades placentarias, toxemia gravídica, nefropatía hipertensión arterial etc. (4)

Especial mención merece el riesgo que para el desarrollo psicosocial del niño, representa la separación de la madre durante periodos prolongados por enfermedad o causas laborales y la alimentación al seno, -- que además de ofrecer su adecuado nivel de nutrientes, confiere al niño defensas en contra de algunos de los agentes biológicos ya mencionados como productores de enfermedad. (11) (4)

Thomas y cols. refieren que hay ciertas características temperamentales frecuentemente relacionadas con ciertos tipos de interacciones conflictivas entre madre e infante. Los trastornos pueden ocurrir cuando el ambiente de crianza interrumpa la cadena de secuencias conductuales que se encuentran enraizadas en las especies y que son cruciales para la supervivencia. (5) (12) (19)

El factor de buena disposición, aceptación o rechazo de un embarazo, estadísticamente no es significativo en nuestro país, en su influencia en el producto ya que la gran mayoría de las familias mexicanas, acostumbradas a privaciones crónicas, el hecho de tener un hijo más no parece perturbar en forma importante su vivir cotidiano. (8) (9)

Estudios comparativos de la conducta y reacciones a la separación o -- ruptura de la unidad entre el infante y su madre, han permitido la elaboración de modelos psicopatológicos. Dichos modelos subrayan la importancia de la preservación de una relación estable, entre el infante y la figura materna, y que, de no respetarse, traerá como consecuencia dificultades en la adaptación ulterior del adulto al medio ambiente. (12)

La separación temprana del infante de su madre, tiene efectos persistentes e irreversibles en la personalidad e inteligencia. Las consecuencias de dicha separación varían de acuerdo con la severidad y duración de la privación, la edad del niño cuando ocurre la separación, así como las medidas de restitución. (12) (19)

La madre desempeña un papel determinante en los primeros años de vida del niño; dentro del seno familiar, es la madre la que llena inicialmente sus necesidades más elementales, tanto físicas como psicológicas. -- Ella es quien le administra el alimento, le da abrigo y lo protege del medio ambiente; le brinda afecto y administra los estímulos que proporcionan al niño la madurez adecuada a su aparato perceptual (caricias, arrullo, etc.). (13) (14)

En las relaciones madre-niño se establecen los cimientos de las relaciones sociales del adulto. Por tal razón, la personalidad de la madre es importante en la formación de la personalidad del niño. (12) (18)

La satisfacción adecuada de las necesidades del hijo, un cuidado constante en la medida en que éste lo necesite, una separación gradual, -- creando sentimiento de independencia, confianza y seguridad, estimulando su capacidad de logro, fomentando su iniciativa, permitirán un crecimiento y desarrollo sano y armonioso. (14)

Cuando la infancia de la madre se encontró llena de frustraciones y de odios y sus necesidades a su vez no fueron satisfechas, o cuando presenta un cuadro de neurosis, las relaciones con sus hijos son inadecuadas y manifiestan conductas de rechazo, sobreprotección, indiferencia, se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

comporta autoritaria y transmite su ansiedad, lo cual da origen en el niño a una personalidad más estructurada y enfermiza. (12)

La familia, se está evolucionando de una familia numerosa hacia una familia nuclear formada por el padre, la madre y los hijos. Cuando las relaciones entre los padres son armoniosas, dentro de un clima de afecto y adecuada comunicación, cuando las metas son comunes y la autoridad compartida, se está en condiciones de crear hijos seguros de sí mismos, independientes, afectuosos, emprendedores, audaces, capaces de llevar a cabo las tareas más difíciles. Cuando no se dan estas circunstancias el desarrollo se verá seriamente afectado. (4) (6)

Otro factor que desempeña un papel importante en el desarrollo es la interacción de los hermanos entre sí, es importante para ellos el lugar que ocupan en la familia, la edad, el sexo. Sabemos que en nuestra sociedad el hombre y la mujer son educados en forma diferente; el primero debe ser fuerte, valiente, independiente; la segunda afectuosa, sensible, cariñosa, dependiente. Esto crea indudablemente conflicto en aquellos hijos que no aceptan el rol que les asignan. (14)

El primogénito manifiesta mayor aprovechamiento generalmente, así como los padres son más rigurosos con él; se vigilan con mayor atención las normas y los valores; crece en un mundo más ordenado y más de adultos. El segundo hijo no goza de estas preferencias; frecuentemente es introducido al mundo por el hijo mayor, en una forma más caótica; rápidamente aparecen la rivalidad y los celos; muchas veces al nacer éste, el primogénito inicia una enuresis como demanda a los padres. El hijo menor de una familia numerosa es tratado en ocasiones como el hijo único, mimado y sobreprotegido, con graves problemas en su desarrollo. (2)

Señalar que un buen medio familiar donde se desenvuelva el niño es determinante para el desarrollo psicológico adecuado; permitirá crear un sentimiento de seguridad, de iniciativa, de identidad, mediante el establecimiento de un rol sexual adecuado, un sentimiento de conciencia moral, una adecuada integración al mismo grupo familiar y, más tarde, al grupo social al cual pertenece. (12)

Los cuatro grandes mecanismos de acción familiar son: La alimentación la estimulación, ambiente materno familiar, las buenas condiciones de vivienda y el uso de servicios médicos. En la alimentación, la aceptación y período de uso de la lactancia materna son fundamentales ya que la leche materna sigue siendo el mejor alimento del lactante, en sus primeros meses. En relación con la estimulación y ambiente materno familiar, algunos estudios clásicos han demostrado que el estímulo psicológico es muy importante en el desarrollo, y aun en el crecimiento. Existe una relación entre alimentación y estimulación ya que los niños mejor alimentados tienden a ser más activos, por lo cual interactúan y responden mejor a los padres y familiares, y alcanzan coeficientes de inteligencia mayor. (5)

Las buenas condiciones de la vivienda actúan en forma favorable, al disminuir el riesgo de enfermar o las patologías que, como la diarrea reiterada, inhiben el apetito deterioran los mecanismos de absorción y derivan nutrientes para responder a la agresión patológica. Las condiciones comunitarias negativas, por el contrario, aumen-

TEMA CON  
FALLA DE ORIGEN

tan el riesgo familiar. El uso de servicios médicos en cuanto a asistencia a los controles prenatales, atención al parto por un profesional y el control postnatal son de gran importancia, pues esta comunicación permiten el nivel de conocimientos y reforzamientos mínimos, así como el aprendizaje de habilidades en el manejo del niño. (2)

La sociedad a través de la familia inicialmente y de sus diversas instituciones más tarde, desempeña un papel importante y determinante en la formación de la personalidad del niño. El niño progresivamente -- adopta la forma de vida de su familia y de los grupos sociales a los que pertenece; debe adoptar, por lo tanto, un patrón de conducta social de acuerdo con la situación que ocupa dentro del grupo familiar o social, de acuerdo con lo que quiere y con lo que los miembros de su familia o del grupo quieren o esperan de él. (2) (9)

Por lo que corresponde al estatus, sabemos que los niños educados en áreas rurales o en áreas marginadas, de estratos sociales económicamente bajos, se encuentran en desventaja con respecto a aquellos que crecen en áreas urbanas de un nivel medio superior. (8)

Los modelos a imitar no están localizados exclusivamente en la familia o en el grupo al que pertenece; los medios masivos de comunicación hoy en día ejercen una influencia determinante en las pautas de conducta de los niños y adolescentes, los padres, por lo tanto, corren el peligro de perder su influencia como modelos de conducta, de no establecer lazos sólidos con los niños. (14)

El hecho de pertenecer a una clase social teniendo en cuenta su posibilidades para el crecimiento y desarrollo. Así, se explica que los niños de clase media o alta de países subdesarrollados sobrepasan en peso, talla y coeficiente de inteligencia a los de clases bajas y que sus canales de crecimiento alcanzan los mismos valores que los de niños de clase media y alta de países desarrollados. En las clases sociales bajas se unen factores adversos en el ingreso, educación hábitos de crianza, ambiente, etc. (8) (14)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿ Cuáles son los factores de riesgo biopsicosociales, con mayor riesgo relativo que modifican el crecimiento y desarrollo de 34 niños nacidos prematuros que acuden a la consulta externa de la U.M.F. 20 "Vallejo" durante los meses septiembre de 1997 a febrero de 1998 ?

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN

### H I P O T E S I S .

En el presente proyecto no contamos con hipótesis concretas ya que se realizará la exploración simultánea de va - rios factores de riesgo para buscar asociaciones significativas entre los grupos de casos y controles que poste - riormente puedan ser verificados con otros estudios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### MATERIAL Y METODOS

Con la finalidad de determinar cuales son los factores de riesgo biopsicosociales con mayor riesgo relativo que modifican el crecimiento y desarrollo en niños nacidos prematuros, se realizó un estudio comparativo, observacional, transversal, retrospectivo, de casos y controles a 34 niños -- nacidos prematuros y sus respectivas familias, adscritas a la U.M.F. 20 -- "Vallejo". El tamaño de la muestra se obtuvo del total de nacidos vivos -- prematuros del H.G.P. 3-A en 1997 (409). El procedimiento para obtener la muestra se realizó inicialmente en el servicio de P.I.M.A.C. del H.G.P. 3-A, consultando los registros de los nacidos vivos prematuros del 24 de diciembre de 1996 al 23 de diciembre de 1997 y se seleccionó a aquellos adscritos a la U.M.F. 20, obteniéndose un total de 117 niños, posteriormente, en el archivo clínico de la U.M.F. 20 se verificó el registro de los pacientes, y se obtuvo un registro final de 34 niños que reunieron los criterios de inclusión correspondientes:

- Prematuros que hayan nacido entre la semana 28 y 37 de gestación.
- Prematuros con un peso entre 1000 y 2500 gramos al nacimiento.
- Niños infantes menores de 1 año nacidos prematuros.
- Derechohabientes del I.M.S.S.
- Adscripción a la U.M.F. 20 "Vallejo".
- Autorización de los padres del infante para ser incluidos en el estudio.

De igual manera los criterios de no inclusión fueron:

- Recién nacidos con anomalías congénitas o genéticas.
- Edad mayor de 1 año al momento del estudio.
- Pacientes con datos clínicos de parálisis cerebral infantil.

Los criterios de exclusión fueron:

- Expediente clínico incompleto.
- Cambio de domicilio.
- Fallecimiento en el primer año de vida.
- Niño(a) no registrado en la U.M.F.
- Terminación de vigencia de derechos.
- Llenado incompleto de los formularios.
- No acudir a la U.M.F. 20 el día de aplicación de formularios.

Los niños quedaron distribuidos en la U.M.F. 20 en forma azarosa de -- acuerdo al turno, módulo y consultorio correspondiente a su registro en el archivo de la unidad, de ésta manera se concluyó la primera fase del estudio. La segunda fase consistió en la elaboración de formularios, así como la coordinación con el servicio de trabajo social para la elaboración de telegramas, los cuales se enviaron a los domicilios de las familias previa autorización de la Dirección Médica de la U.M.F. 20. La fase tres se llevó a cabo en el auditorio de la U.M.F. 20 con la aplicación de formularios a las familias seleccionadas y asimismo se llevo a cabo la aplicación de la escala de Gesell a los niños, a los cuales también se les cuantificó su peso, talla y perímetro cefálico.

TESIS CON  
TALLA DE ORIGEN

Cabe mencionar que fueron 4 los formularios autorizados por el Comité de Investigación de la Unidad.

A continuación se mencionan los formularios utilizados.

- El primer formulario se destinó para la evaluación de las funciones familiares y el ciclo familiar conteniendo 25 preguntas, 3 a contestar en forma abierta y 22 en forma selectiva. En este se valoran las funciones de cuidado, socialización, reproducción, status y afecto, con el objeto de clasificar a las familias en funcional (34 - 50 puntos), moderadamente disfuncional (17 - 33 puntos) y disfuncionales (0 - 16 puntos). Cada pregunta obtenía una calificación de 2 puntos para funcional; 1 punto para moderadamente disfuncional, y 0 puntos para disfuncional. (Anexo 1)

- El segundo formulario se estructuró para evaluar la tipología familiar, constando de 11 preguntas, 2 abiertas y 9 selectivas las cuales orientaban para clasificar a las familias - en nuclear, extensa y compuesta; en base a la estructura, mediante una pregunta abierta; y geográficamente mediante una pregunta abierta se clasificaron en urbana, suburbana y rural. Referente a su dinámica fué por medio de 4 preguntas selectivas que clasificaban a las familias en integradas (6 - 8 puntos), semiintegradas (3 - 5 puntos) y desintegradas (0 - 2 puntos); cada pregunta puntuaba 2, 1 y 0 puntos respectivamente para un total de 8 puntos. En relación a su desarrollo se clasificó en moderna (6 - 8 puntos), tradicional (3 - 5 puntos) y primitiva (0 - 2 puntos), por medio de 4 preguntas selectivas puntuando cada una de 0 a 2 puntos en base a la respuesta; con respecto a su economía se calificó utilizando 2 preguntas cerradas tomando en cuenta el lugar que ocupaba en los medios de producción el principal proveedor al ingreso familiar, clasificándose en proletaria, clase media y acomodada. (Anexo 2).

- El tercer formulario se elaboró con la finalidad de evaluar la anomia familiar mediante 18 preguntas selectivas, cada una puntuando de 0 a 2 puntos, y en base a las respuestas se catalogaron como inadecuada, moderadamente adecuada y adecuada respectivamente, sumando un total de 36 puntos, y tomando en cuenta para ello escolaridad de los padres, acceso a escuelas, servicios de salud, recreación, trabajo, vivienda, alimentación, hábitos higiénicos, calificándose como sigue: adecuada de 25 - 36 puntos, moderadamente adecuada de 13 a 24 puntos e inadecuada de 0 a 12 puntos. (Anexo 3).

- El cuarto formulario se dedicó para recabar antecedentes biológicos, tomándose como base el formato MF-7 del I.M.S.S. sobre riesgo reproductivo y atención médica prenatal; preguntas positivas (sí) y negativas (no) y otras a desarrollar, para determinar el tipo de resolución del embarazo; y finalmente, por medio de 6 preguntas selectivas se recabaron datos del carácter de la madre y otros datos del producto. (Anexo 4).

Los formularios fueron aplicados de lunes a viernes de 09:00 a 13:00 horas, realizándose la exploración física de los niños en forma individual. La duración total del tiempo de aplicación de los formularios fué de 15 días hábiles.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La cuarta fase se dedicó a la recolección y calificación de los datos aportados por cada formulario. La quinta fase se planeó para la presentación y análisis de resultados, utilizándose para el proceso estadístico la desigualdad relativa, y la diferencia estadística entre los grupos control y casos fué realizada mediante Chi cuadrada y la Prueba exacta de Fisher.

La sexta y última fase se dedicó a las conclusiones e impresión del proyecto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

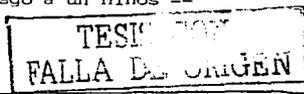
En total se evaluaron a 34 niños, de los cuales 12 (33.3%) presentaron crecimiento anormal y 22 niños (64.7%) crecimiento normal. Tomando en cuenta variables sociodemográficas, encontramos que no hubo diferencia entre la edad de los niños con crecimiento anormal y normal (X 8 meses - D.S. 3.5 meses V.S. X 7.7 meses D.S. 3.5 meses) ( $P=0.6$ ). De la misma forma no se encontró diferencia en cuanto a sexo ( $P=0.6$ ). Lo anterior concuerda con lo reportado en la literatura; en relación a no haber predominio de sexo. En cuanto a la edad no hay datos en la literatura que apoyen el predominio de algún grupo de edad para determinar la aparición del retraso en el crecimiento.

Con respecto a las variables, crecimiento y funcionalidad familiar, fue posible observar que 21 niños (32%) presentaron familias moderadamente disfuncionales; 3 (30%) familias funcionales y 0 familias con disfuncionalidad. Al hacer la asociación con crecimiento se encontró que 10 niños (83%) presentaron disfuncionalidad familiar moderada con crecimiento anormal, contra 11 niños (50%) con crecimiento normal, lo que representa un ODDS RATIO (O.R.) de 3.1 y  $P=0.05$ , lo cual hace la diferencia significativa y traduce que la disfuncionalidad familiar moderada aumenta la probabilidad de cursar con crecimiento anormal 3 veces más que las familias funcionales, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura, en relación a que los niños de una familia funcional tienen un mejor crecimiento que aquellos que provienen de familias moderadamente disfuncionales y disfuncionales propiamente dicho. (Vid infra cuadro No.1 y gráfico No. 1.A y 1.B.)

En relación con las variables crecimiento y tipología familiar se observó:

Desde el punto de vista geográfico, se halló que un niño (8%) presentó un crecimiento anormal y familia suburbana, contra un sólo caso (5%) con crecimiento normal y familia suburbana;  $P=0.6$  y un O.R.= 1.45, contrario a lo que reporta la literatura, en este proyecto no se encontró diferencia significativa, ya que incluso la mayoría de los casos con crecimiento anormal se dieron en la familias urbanas. Lo anterior probablemente se debió a que un 94% de las familias (32%) fueron clasificadas como urbanas y -- por lo tanto tenían mayor probabilidad por frecuencia de tener niños con crecimiento anormal.

Con respecto a la dinámica familiar se encontró que un 82.3% de las familias de los niños (28) fueron integradas, un 11.8% (4) familias desintegradas y un 5.9% (2) familias semiintegradas. Al asociar esta variable con el crecimiento, se observó que un 25% (3) de los niños tenían familias desintegradas y semiintegradas con crecimiento anormal, contra un 14% (3) de familias desintegradas y semiintegradas con crecimiento normal,  $P=0.4$  y O.R.= 1.56, lo que nos traduce un 56% mayor probabilidad de tener un crecimiento anormal con familias desintegradas y semiintegradas, lo que -- clínicamente es significativo, aunque bioestadísticamente no lo sea. Lo anterior concuerda con la literatura, que como sabemos tener familias desintegradas y semiintegradas expone a un mayor riesgo a un niño -- para tener un crecimiento deficiente.



Referente a la estructura familiar asociado al crecimiento se encontró que un 58% (7) de los niños con crecimiento anormal presentaban una familia extensa y compuesta, contra un 68% (15) de niños con crecimiento normal, con una  $P=0.4$  y un  $O.R.=0.76$ , lo cual no marcó una diferencia -- significativa para ser familias de mayor riesgo en relación con las familias nucleares, lo cual es discordante con la literatura.

En relación al desarrollo se encontró que 8(67%) de los niños con crecimiento anormal tenían familias tradicionales, contra 17(77%) con crecimiento normal y familia tradicional con una  $P=0.4$  y un  $O.R.=0.72$  interpretándose por lo tanto como la misma probabilidad de tener crecimiento anormal con ambos tipos de familias, considerando que por idiosincrasia la familia tradicional mexicana pudiera ser protectora de los niños y la familia moderna como factor de riesgo, sin embargo, tomando en base a la literatura, esto puede ser relativo.

Desde el punto de vista de economía no hubo una diferencia significativa ( $P=0.4$  y  $O.R.=0.64$ ) de los niños con crecimiento anormal y nivel proletario (9 (69%)) contra los niños con nivel proletario y crecimiento normal 19(86%) inclusive éstos últimos fueron mayores en número (19 v.s 9) en relación con los de crecimiento anormal.

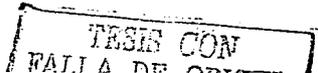
Estos tres últimos indicadores de la tipología familiar no tuvieron significancia como factores de riesgo atribuible para identificar el crecimiento en los niños muestra de este estudio, probablemente debido al tamaño de la muestra.

El ciclo familiar mostró el 67.7% de los niños con etapa de expansión (23) un 32.3% (11) familias en etapa de dispersión. Relacionando el ciclo familiar y crecimiento se observó que 10 niños con ciclo de expansión (83%) tuvieron crecimiento anormal contra 13 niños (59%) con crecimiento anormal con una  $P=0.14$  con un  $O.R.=0.42$ ; no teniendo significancia estadística. Sólo un 17% (2) de los niños con etapa de dispersión tuvieron crecimiento anormal contra un 41% con crecimiento normal y etapa de dispersión.

El ingreso mensual familiar valorado como 1 a 3 salarios mínimos, 3 a 5 salarios mínimos y más de 5 salarios mínimos, hubo asociado esta variable con el crecimiento, 7 niños (58%) con crecimiento anormal con 1 a 3 salarios mínimos y 10 niños (42%) con crecimiento normal, con 3 a 5 salarios mínimos y crecimiento anormal 5 niños (42%), con un 55% (12) de los niños con crecimiento normal, con una  $P=0.5$  y un  $O.R.=1.4$  lo cual nos mostró una mayor diferencia estadística de tener crecimiento anormal y salarios mínimos de 1 a 3 al mes con un 40% mayor probabilidad de ser un factor de riesgo aunque en este estudio no mostró una  $P$  igual o menor a 0.05.

La edad gestacional mostró una  $X=34.8$  D.S. 2, con crecimiento anormal y una  $X=35.5$  D.S. 1, con una  $P=0.1$ ; probablemente y como se refiere la literatura, a menor edad gestacional al nacimiento, mayor es la posibilidad de que afecte al crecimiento.

La edad materna que las madres menores de 20 años y mayores de 35 años tuvieron sólo tres casos con crecimiento anormal (25%) contra también tres casos (14%) de madres en estos grupos de edad con crecimiento normal lo cual nos da una  $P=0.4$  y un  $O.R.=1.56$ , traduciendo no significancia, observamos el mismo número de casos con crecimiento normal y anormal. Con lo anterior se concluye que la edad materna en este estudio no -- fue factor determinante en el crecimiento de los niños, incluso el grupo de edad de 20 a 35 años, tuvo más casos 9(75%) con crecimiento anormal, --



suponiéndose que éste grupo etario es el de menor riesgo. En relación a los antecedentes personales patológicos de las madres, se observó que presentaban crecimiento anormal. Cuatro madres (33%) con antecedentes personales patológicos (A.P.F.) positivos contra sólo 5 (23%) con A.P.F. positivos y crecimiento normal, el número de casos y porcentaje fueron mayores en las madres con A.P.F. negativos 8 (67%) para crecimiento anormal y 17 (77%) para crecimiento normal.

En este indicador la  $P=0.38$  y un  $O.R.=1.39$ , se concluye que la mayor probabilidad de tener crecimiento anormal en madres con antecedentes personales patológicos, sin embargo en éste estudio la probabilidad no mostró una significancia estadística, lo cual es contrario a lo referido por la literatura probablemente al tamaño de la muestra no fue posible validar éste indicador como lo marca la literatura.

Referente a la actividad laboral de las madres, como positiva o negativa y el crecimiento se halló que un 42% (5) de las madres que laboraban tenían crecimiento anormal contra un 23% (5) con actividad laboral y crecimiento normal, lo cual dió una  $P=0.2$  y un  $O.R.=1.71$ , lo cual se traduce como un 71% de mayor probabilidad de presentar crecimiento anormal en aquellos niños con madres trabajadoras; lo anterior concuerda con los referido por la literatura. El número de casos sin actividad laboral y crecimiento anormal fue de 7 (58%); representando éstos últimos un mayor número y porcentaje en comparación con los niños con crecimiento anormal y madres trabajadoras.

En relación al estado civil (casadas, solteras, unión libre) de las madres de los niños se observó que en las madres solteras y en unión libre (las de mayor riesgo según la literatura consultada) presentaron 5 casos (42%) con crecimiento anormal contra 8 casos (36%) con el mismo estado civil y crecimiento anormal con una  $P=0.5$  y un  $O.R.=1.15$ , lo que nos traduce una probabilidad sólo 15 veces mayor de haber crecimiento anormal en niños con madres en unión libre y solteras.

La escolaridad materna que según la literatura representa un factor de riesgo en la escolaridad básica (primaria y secundaria), en éste estudio se encontró que un 58% (7) de las madres tenían niños con crecimiento anormal y escolaridad básica, contra 11 casos (50%) con escolaridad básica y crecimiento normal. La escolaridad materna con menor riesgo fue aquella con nivel medio superior y superior y aunque presentaron -- casos con crecimiento anormal 5 (42%), y éste fue menor en relación a las madres con niños con crecimiento anormal y escolaridad básica. Lo anterior nos dió una  $P=0.6$  y un  $O.R.=1.24$ , lo cual nos concluye que hay una probabilidad de tener niños con crecimiento anormal y escolaridad materna básica de sólo 24 veces mayor en relación a las madres con escolaridad media superior y superior.

El apgar de los niños si tuvo diferencia estadísticamente significativa ya que 31 niños (91%) tuvieron un apgar inadecuado al nacimiento. Relaciónándolo con el crecimiento se halló que nueve niños (75%) tuvieron apgar inadecuado y crecimiento anormal contra 22 casos (100%) con apgar inadecuado y crecimiento normal, con lo que tuvimos una  $P=0.04$  y un  $O.R.$  de 3.4, lo que nos traduce que un apgar inadecuado al nacimiento si aumenta la probabilidad de tener un crecimiento anormal posteriormente. (Vid infra Cuadro No. 2 y Gráfico No. 2-A y 2-B)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con respecto al tiempo de lactancia al seno materno tuvimos que el grupo de mayor riesgo (seno materno menor de 1 mes y más de 4 meses) en relación a crecimiento se observó que el grupo de riesgo tuvo 4 casos (33%) con crecimiento anormal, contra 5 casos (23%) con crecimiento normal; con una  $P=0.4$  y un  $O.R.=1.4$ , lo que nos da una probabilidad de tener -- crecimiento anormal cuando el seno materno se brinda sólo durante el -- primer mes de vida o más del cuarto mes de vida. El grupo de menor riesgo (seno materno 2 a 4 meses) tuvo un mayor número de casos, 17 (77%) - con crecimiento normal.

La anomia familiar también mostró diferencia aunque estadísticamente no significativa, ya que sólo 3 casos (25%) presentaron anomia inadecuada y crecimiento anormal contra 2 casos (9%) con anomia inadecuada y crecimiento normal; lo cual arrojó una  $P=0.22$  y un  $O.R.=1.9$ .

En relación a los medios masivos de comunicación referente al hábito de ver televisión por tiempo prolongado, y esto según la literatura puede interferir con el crecimiento; se observó que sólo 6 casos (50%) tuvieron crecimiento anormal y los padres veían T.V. por tiempo prolongado - contra 10 casos (45%) en las mismas circunstancias y crecimiento normal lo que dió una  $P=0.8$  y un  $O.R.=1.13$ , lo que pudimos interpretar como una probabilidad de tener mayor crecimiento anormal en aquellos padres que habitúan ver televisión más de dos horas al día.

El cuidado del niño por otra persona distinta de la madre a edad temprana (igual o menor al primer mes de vida) puede ser considerado un factor de riesgo relacionado en el crecimiento. En este estudio se observó que sólo 5 casos (42%) presentaron crecimiento anormal con la característica arriba descrita, contra 4 casos (18%) con crecimiento normal y cuidado por persona distinta de la madre a edad temprana; con una  $P=0.1$  y un  $O.R.=2$  lo que nos traduce que la separación del niño(a) a edad temprana de vida extrauterina de la madre y su cuidado encargado a otra persona puede modificar su crecimiento. (Vid infra cuadro No. 3 y Gráfico No. 3.A y 3.B).

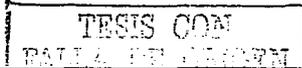
Con respecto a la hospitalización del niño al nacimiento, asociado a - crecimiento; se observó que la hospitalización aumenta la probabilidad de crecimiento anormal hasta 3.7 veces ( $O.R.=3.7$ ) más que aquellos niños no hospitalizados al nacimiento, con una  $P=0.007$ , lo que significó que esta condición estuvo dada por el azar en sólo 0.7%. Se observó que 8 casos (67%) tenían hospitalización al nacimiento y crecimiento anormal, contra 4 casos (18%) con hospitalización al nacimiento y crecimiento normal. (Vid infra cuadro No. 4 y Gráfico No. 4.A y 4.B)

Con respecto a desarrollo se encontró lo siguiente:

Se evaluó el desarrollo en 34 niños, reportándose 7 casos (21%) con anomalía, contra una 79 % (27) de los casos con desarrollo normal.

Respecto al factor de riesgo actividad laboral de la madre, éste mostró que 6 (86%) de los niños con desarrollo anormal, contaban con madres -- que trabajaban, contra sólo 4 casos (15%) de niños con desarrollo normal y madres trabajadoras, esto dió una  $P=0.0009$  y un  $O.R.=14$ , lo que nos traduce que las madres de los niños que trabajan, exponen a un mayor riesgo a sus hijos de tener un desarrollo anormal, lo anterior corresponde a lo referido por la literatura. (Vid infra Cuadro No. 5 y Gráfico no. 5.A y 5.B)

El anterior indicador se relaciona directamente con otro indicador evaluado, referente a depositar el cuidado del niño en otra persona distinta-



de la madre, el cual al relacionarlo con el desarrollo reportó que 5 de los niños (42%) cuidados por otra persona mostraron un desarrollo anormal contra sólo 4 niños (18%) con desarrollo normal y su cuidado fuera por otra persona, con una  $P=0.007$  y un  $O.R.=7.10$  que significó diferencia estadística que traduce que hay mayor riesgo de presentar un desarrollo anormal en aquellos niños que su cuidado es dejado a otra persona distinta de la madre. (Vid infra Cuadro No. 6 y Gráfico 6.A y 6.B)

Con respecto a las toxicomanías maternas en la madre asociadas a desarrollo, se observó que 57% (4 casos) de los niños con desarrollo anormal tenían madre con antecedentes de toxicomanías positivas, generalmente -- etilismo y tabaquismo, contra sólo 11% (3 casos) con desarrollo normal y toxicomanías positivas, lo cual representó una  $P=0.02$  y un  $O.R.=5.10$  que significó que aquellos niños que tengan el antecedente de madre con toxicomanías tienen 5 veces más la posibilidad de tener riesgo de desarrollo anormal, que aquellos casos con madre sin antecedentes de toxicomanías. (Vid infra Cuadro No.7 y Gráfico N.7.A y 7.B)

El apgar de los 34 niños evaluados reportó relacionándolo con el desarrollo, 2 casos (29%) con desarrollo anormal, contra un sólo caso con apgar inadecuado y desarrollo normal, con una  $P=0.01$  y un  $O.R.=4$ . Hay una diferencia significativa en éste indicándolo que nos hace inferir que éste riesgo para modificar el desarrollo, lo cual concuerda con los reportado en la literatura, que como ya sabemos la alteración en el desarrollo tiene mayor probabilidad de presentación, cuanto más temprana sea la edad gestacional al nacimiento, por lo tanto, el apgar es más alterado entre más temprana sea la edad gestacional del producto. (Vid infra Cuadro No. 8 y Gráfico No. 8.A y 8.B)

Con respecto a la convivencia en horas de la madre e hijo, evaluándose -- más de 8 hrs como adecuada, y menor o igual a 8 hrs como inadecuada. Se observó que 2 de los niños (29%) con desarrollo anormal, su madre sólo -- convivía 8 hrs o menos con ellos al día contra un caso (4%) con desarrollo normal y convivencia menor igual a 8 hrs; se encontró estadísticamente una  $P=0.1$  y un  $O.R.=4.10$  que representa una diferencia -- estadística, por lo tanto a menor convivencia entre madre - hijo, mayor -- es la probabilidad de afectar el desarrollo, esto está en relación con la actividad laboral de la madre y dejar el cuidado de su hijo a otra -- persona. (Vid infra Cuadro No.9 y Gráfico No.9.A y 9.B)

La funcionalidad familiar relacionándola con el desarrollo se observó -- que 6 casos (86%) con desarrollo anormal tenían familia moderadamente -- disfuncional contra 15 casos (56%) con desarrollo normal y familias moderadamente disfuncionales con una  $P=0.15$  y un  $O.R.=4.10$  anterior nos -- proporciona una diferencia estadística que nos traduce una mayor probabilidad de presentar desarrollo anormal al tener un núcleo familiar moderadamente disfuncional. (Vid infra Cuadro No.10 y Gráfico No. 10.A y 10.B)

Con respecto a la tipología familiar: se observó en relación a la estructura familiar que un 86% (6 casos) tenían desarrollo anormal y contaban -- con una familia extensa y compuesta, y sólo 59% (16 casos) contaban con desarrollo anormal y familias extensas y compuestas representando una --  $P=0.2$  y un  $O.R.=3$ . Las familias nucleares representaron un 14% (1 caso) y un 41% (11 casos) con desarrollo anormal y normal respectivamente, lo cual es similar a lo reportado en la literatura, por lo tanto en conclusión -- en el presente estudio se halló que las familias extensas y compuestas son de mayor riesgo para presentar desarrollo anormal. (Vid infra Cuadro No.11 y Gráfico 11.A y 11.B)

La hospitalización al nacimiento de los niños presentó una  $P=0.2$  y un  $O.R.$

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

por lo que representa ser un factor de riesgo, sin embargo bioestadísticamente no hay diferencia significativa, el número de casos con hospitalización al nacimiento y desarrollo anormal (4) fué de 57% contra desarrollo normal y hospitalización de 8 casos (30%). Se consideró este indicador un tanto subjetivo ya que una proporción elevada de niños nacidos antes de la semana 36 de gestación son hospitalizados, y aquí puede estar en relación estrecha con el apgar al nacimiento. (Véase infra Cuadro No. 12 y Gráfico No. 12.A y 12.B)

El número de casos con antecedentes personales patológicos positivos de la madre asociado con desarrollo anormal fueron 3 casos (43%) contra un 23% (6 casos) con desarrollo normal y antecedentes personales patológicos positivos de la madre y desarrollo anormal fueron tres casos (43%) contra un 23% (6 casos) con desarrollo normal y antecedentes personales patológicos positivos maternos. La  $P = 0.3$  y un O.R. de 2, esto concuerda con la literatura que refiere que la patología materna dependiente de su magnitud puede modificar el curso del desarrollo de un niño. Referente a la tipología familiar específicamente dinámica familiar, se observó una  $P = 0.4$  y un O.R. = 2 resultante de asociar familias desintegradas, semiintegradas con desarrollo anormal y normal, 5 casos (71%) y 23 (85%) respectivamente, con lo que se infiere que las familias semiintegradas y desintegradas tienen mayor probabilidad de cursar con un desarrollo anormal. La literatura reporta datos similares a los hallados en el presente estudio.

La edad de ablactación se consideró anormal antes de los 4 meses y normal a los cuatro meses, al asociarla con desarrollo se observaron 3 casos (43%) con ablactación inadecuada y desarrollo anormal; con 7 casos (26%) con desarrollo normal y ablactación inadecuada, se halló una  $P = 0.3$  y un O.R. = 1.8, lo cual concuerda parcialmente con lo referido por la literatura en relación con una ablactación a edad temprana afecta el desarrollo esto se relaciona probablemente con el hecho que el cuidado del niño queda a cargo de otra persona distinta de la madre a edad temprana.

El número de gestaciones para una madre se consideró como riesgo aquellas con un primer embarazo y aquellas con más de tres gestas, al asociarlas al desarrollo se observó que hubo 5 casos (71%); con el número de gestas mencionado y desarrollo anormal contra sólo 18 (67%) y desarrollo normal, lo anterior implicó una  $P = 0.6$  y un O.R. = 1.2, lo que estadísticamente no conlleva diferencia entre grupos control y casos, ya que existe sólo un 20% de presentar desarrollo anormal aquellas con más de 3 gestas y la primera; la literatura refiere un mayor riesgo para los niños productos de este número de gestaciones que para los niños producto del 2do y 3er embarazos.

Respecto al estado civil se observó que ésta variable al asociarla con el desarrollo, se encontró que las madres solteras y en unión libre representaron 4 casos (27%) con desarrollo anormal contra 33% (9 casos) de madres solteras y en unión libre con desarrollo normal, con una  $P = 0.5$  y un O.R. = 1.15, lo que significa una diferencia estadísticamente no importante. Estos resultados no acorde con la literatura, se esperaba en este rubro una mayor significancia estadística, probablemente teniendo que ver que un 71% (21 casos) fueron madres casadas del total de la muestra.

Con respecto al sexo de los 34 casos evaluados se halló un O.R. = 1.6 y una  $P = 0.3$ ; sin traducir una diferencia estadística, por lo que en el estudio no fué factor de riesgo importante.

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

Los indicadores que no representaron una diferencia estadística fueron los siguientes:

La anomia familiar reportó alteración en sólo un caso(14%) con desarrollo anormal contra un 15%(4) casos con anomia inadecuada y desarrollo normal con una  $P=0.7$  y un  $O.R.= 0.97$  lo cual traduce que no hubo diferencia estadística.

Desde el punto de vista de tipología familiar, específicamente desarrollo se observó que la familia tradicional tuvo 5 casos(71%) con desarrollo anormal contra 23 casos (85%) con desarrollo normal y familia tradicional esto nos traduce mayor riesgo para los niños con familia tradicional,  $P=0.6$  y  $O.R.=0.9$ .

El período intergenésico representó una  $P=0.6$  y un  $O.R.=0.84$ , al asociar esta variable con desarrollo se observó que el período intergenésico con riesgo(menos de 13 meses y mayor de 60 meses) presentó desarrollo anormal en dos casos(27%) contra el mismo indicador, período intergenésico, con desarrollo normal 9 casos(34%).

La edad materna tampoco representó diferencia significativa ya que tuvo una  $P=0.6$  y un  $O.R.=0.78$ ; ya que las pacientes con riesgo(menores de 20 años y mayores de 35 años) al asociarse con el desarrollo hubo un caso -- (14%) con anomalidad contra 5 casos (18%) con desarrollo normal.

El incremento de peso durante el embarazo asociado al desarrollo, se encontró que tuvieron incremento de peso anormal y desarrollo anormal un total de un caso(14%) y con desarrollo normal 5 casos(19%) con una  $P=0.64$  y un  $O.R.=0.78$ .

Referente al número de enfermedades del niño durante el primer año de vida se observó que al asociarse con desarrollo, se halló que sólo un caso (14%) tuvo desarrollo anormal y un número de enfermedades al año que representaban riesgo para el desarrollo, con una  $P=0.6$  y un  $O.R.=0.6$ .

La tipología familiar referente al nivel económico, se denominaron como nivel alto más de 5 salarios mínimos mensuales, nivel medio 3 a salarios mínimos y nivel bajo menos de 3 salarios mínimos, al asociarlo con el desarrollo, se observó que el 71%(5 casos) de las familias con un nivel económico bajo tenían desarrollo anormal contra un 85%(23 casos) con el mismo nivel económico y desarrollo normal, lo cual refleja una  $P=0.4$  y un  $O.R.=0.5$ .

Con respecto a la alimentación al seno materno y desarrollo, no se observó diferencia estadística ya que reportó un  $O.R.= 0.46$  y  $P= 0.4$ , lo cual no concuerda con la literatura.

El ciclo familiar mostró al asociarla con el desarrollo una  $P= 0.3$  y un  $O.R.= 0.4$ , mostrando desarrollo anormal en un caso(14%) con familias en fase de dispersión, contra 10 casos (37%) en esta misma fase con desarrollo normal, siendo esto compatible con lo referido en la literatura, sin embargo la muestra en este estudio no reveló significancia estadística para este indicador(ciclo familiar).

Con respecto al ingreso familiar, se halló una  $P= 0.4$  y un  $O.R.=2.10$  que significa que no hubo diferencia estadística ya que sólo un 28%(2) tenían ingresos de 3 salarios mínimos contra 15 casos(55%) con desarrollo normal y el mismo ingreso mensual, esto no concuerda con la literatura, ya que se reporta que a menor ingreso económico, puede haber modificaciones negativas en el desarrollo.

La escolaridad materna no tuvo significancia ya que se reportó una  $P= 0.1$  y un  $O.R.= 0.36$  por lo tanto en este estudio no represento un factor de riesgo, contrario a la literatura.

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

Desde un punto de vista demográfico (tipología) fué este uno de los indicadores con menor diferencia estadística que reportó un O.R. = 0 y  $P=0.6$  con lo que se asume que en este estudio el pertenecer a una familia urbana o suburbana no representó riesgo para cursar con desarrollo anormal. La edad materna, del niño y los medios masivos de comunicación: en este estudio no representaron diferencia estadística ya que presentaron una  $P=0.6, 0.9$  y  $0.06$  respectivamente, con lo que inferimos que no actuaron como factores de riesgo, sin embargo este último indicador se acercó a lo estadísticamente significativo.

TRABAJO CON  
FALLA DE ATENCIÓN

21-A

CUADROS  
Y  
GRAFICOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 1.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CRECIMIENTO  
ANORMAL Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20  
VALLEJO I.M.S.S.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	CRECIMIENTO ANORMAL.		CRECIMIENTO NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL.	10	83	11	50	21	62
FUNCIONAL.	3	17	11	50	13	38
TOTAL.	12	100	22	100	34	100

ODDS RATIO:3.1

P: 0.05.

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL  
ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).

SE OMITE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR POR FRECUENCIA DE CERO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 2.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN APGAR AL NACIMIENTO Y CRECIMIENTO ANORMAL  
Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20 VALLEJO  
I.M.S.S.

APGAR AL NACIMIENTO.	CRECIMIENTO ANORMAL.		CRECIMIENTO NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
ANORMAL.	9	75	22	100	31	91
NORMAL.	3	25	0	0	3	9
TOTAL.	12	100	22	100	34	100

ODDS RATIO:3.4

P: 0.04.

NOTA: POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL  
ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

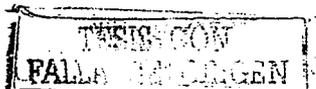
CUADRO No. 3.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN CUIDADO DEL RECIEN NACIDO POR OTRA PERSONA  
Y CRECIMIENTO ANORMAL Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998.  
U.M.F. 20 VALLEJO I.M.S.S.

CUIDADO DE EL RECIEN NACIDO POR OTRA PERSONA.	CRECIMIENTO ANORMAL.		CRECIMIENTO NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
POSITIVO.	5	42	4	18	9	26
NEGATIVO.	7	58	18	82	25	74
TOTAL.	12	100	22	100	34	100

ODDS RATIO:2.0

P: 0.1.

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL  
ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).



CUADRO No. 4.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO Y  
CRECIMIENTO ANORMAL Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998.  
U.M.F. 20 VALLEJO I.M.S.S.

HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO.	CRECIMIENTO ANORMAL.		CRECIMIENTO NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
POSITIVO.	8	67	4	18	12	35
NEGATIVO.	4	33	18	82	22	65
TOTAL.	12	100	22	100	34	100

ODDS RATIO:3.7

P: 0.007

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL  
ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

CUADRO No. 5.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN ACTIVIDAD LABORAL DE LA MADRE Y DESARROLLO  
ANORMAL Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20  
VALEJO I.M.S.S.

ACTIVIDAD LABORAL DE LA MADRE.	DESARROLLO. ANORMAL.		DESARROLLO. NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
POSITIVO.	6	86	4	15	10	30
NEGATIVO.	1	14	23	85	24	70
TOTAL.	7	100	27	100	34	100

ODDS RATIO:14

P: 0.0009

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL  
ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).

TESIS CON  
FALLA DE CALIDAD

CUADRO No. 6.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN CUIDADO DEL RECIEN NACIDO POR OTRA PERSONA  
Y DESARROLLO ANORMAL Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998.  
U.M.F. 20 VALLEJO I.M.S.S.

CUIDADO DEL RECIEN NACIDO POR OTRA PERSONA.	DESARROLLO. ANORMAL.		DESARROLLO. NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
POSITIVO.	5	42	4	18	9	26
NEGATIVO.	7	58	18	82	25	74
TOTAL.	7	100	27	100	34	100

ODDS RATIO:7

P: 0.007

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

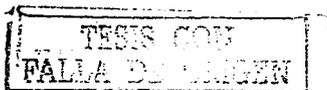
**CUADRO No. 7.**  
**NIÑOS PREMATUROS SEGUN TOXICOMANIAS MATERNAS Y DESARROLLO ANORMAL**  
**Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20 VALLEJO**  
**I.M.S.S.**

TOXICOMANIAS MATERNAS.	DESARROLLO. ANORMAL.		DESARROLLO. NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
POSITIVO.	4	57	3	11	7	21
NEGATIVO.	3	43	24	89	27	79
TOTAL.	7	100	27	100	34	100

ODDS RATIO:5

P: 0.02

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).



CUADRO No. 8.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN APGAR AL NACIMIENTO Y DESARROLLO ANORMAL  
Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20 VALLEJO  
I.M.S.S.

APGAR AL NACIMIENTO.	DESARROLLO. ANORMAL.		DESARROLLO. NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
ANORMAL.	2	29	1	4	3	9
NORMAL.	5	71	26	96	31	91
TOTAL.	7	100	27	100	34	100

ODDS RATIO:4

P: 0.01

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL  
ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

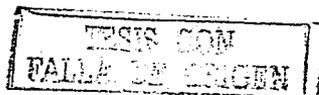
CUADRO No. 9.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN CONVIVENCIA EN HORAS MADRE - HIJO Y  
DESARROLLO ANORMAL Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998.  
U.M.F. 20 VALLEJO I.M.S.S.

CONVIVENCIA EN HORAS MADRE - HIJO.	DESARROLLO. ANORMAL.		DESARROLLO. NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
MENOS DE 8 HORAS.	2	29	1	4	3	9
MAS DE 8 HORAS.	5	71	26	96	31	91
TOTAL.	7	100	27	100	34	100

ODDS RATIO:4

P: 0.01

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL  
ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).



CUADRO No. 10.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DESARROLLO  
ANORMAL Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20  
VALLEJO I.M.S.S.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	DESARROLLO. ANORMAL.		DESARROLLO. NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL.	6	86	15	56	21	62
FUNCIONAL.	1	14	12	44	13	38
TOTAL.	7	100	27	100	34	100

ODDS RATIO: 4.0

P: 0.15.

NOTA: POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).  
SE OMITIÓ DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR POR FRECUENCIA DE CERO.

TESIS CON  
FALLA EN ORIGEN

CUADRO No. 11.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN ESTRUCTURA FAMILIAR Y DESARROLLO ANORMAL  
Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20 VALLEJO  
I.M.S.S.

ESTRUCTURA FAMILIAR.	DESARROLLO. ANORMAL.		DESARROLLO. NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
EXTENSA Y COMPUESTA	6	86	16	59	22	65
NUCLEAR.	1	14	11	41	12	35
TOTAL.	7	100	27	100	34	100

ODDS RATIO:3.0

P: 0.2.

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).

YESIS GON  
FALLA DE CARGEN

CUADRO No. 12.  
NIÑOS PREMATUROS SEGUN HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO Y DESARROLLO  
ANORMAL Y NORMAL SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20  
VALLEJO I.M.S.S.

HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO.	DESARROLLO ANORMAL.		DESARROLLO NORMAL.		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%
POSITIVO.	4	57	8	30	12	35
NEGATIVO.	3	43	19	70	22	65
TOTAL.	12	100	22	100	34	100

ODDS RATIO:2.4

P: 0.2

NOTA:POR CADA CUADRO SE REALIZARON DOS GRAFICAS, UNA PARA EL  
ASPECTO ANORMAL (A) Y OTRO PARA EL ASPECTO NORMAL (B).

TESIS: CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 13.  
FACTORES DE RIESGO PARA NIÑOS PREMATUROS SEGUN ODDS RATIO Y P  
PARA CRECIMIENTO SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20  
VALLEJO I.M.S.S.

FACTOR DE RIESGO.	ODDS RATIO.	P
1.- HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO.	3.7	0.007
2.- APGAR.	3.4	0.04
3.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	3.1	0.05
4.- CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO POR OTRA PERSONA.	2.0	0.1
5.- TOXICOMANIAS MATERNAS.	1.93	0.17
6.- ANOMIA FAMILIAR.	1.90	0.22
7.- ACTIVIDAD LABORAL MATERNA.	1.71	0.2
8.- EDAD MATERNA.	1.56	0.4
9.- DINAMICA FAMILIAR.	1.56	0.4
10.- DEMOGRAFIA FAMILIAR.	1.45	0.6
11.- INGRESO MENSUAL.	1.40	0.5
12.- SENO MATERNO.	1.40	0.4
13.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS MATERNOS.	1.39	0.38
14.- SEXO.	1.27	0.6
15.- ESCOLARIDAD MATERNA.	1.24	0.6
16.- NUMERO DE EMBARAZOS DE LA MADRE.	1.2	0.6
17.- ESTADO CIVIL.	1.15	0.5
18.- MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION.	1.13	0.8
19.- CONVIVENCIA EN HORAS MADRE - HIJO.	0.94	0.7
20.- INCREMENTO DE PESO EN EL EMBARAZO.	0.93	0.6
21.- ENFERMEDADES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.	0.77	0.5
22.- ESTRUCTURA FAMILIAR.	0.76	0.4
23.- DESARROLLO FAMILIAR.	0.72	0.4
24.- ECONOMIA FAMILIAR.	0.64	0.4
25.- EDAD DE ABLACTACION.	0.48	0.2
26.- INTERVALO INTERGENESICO.	0.42	0.14
27.- CICLO FAMILIAR.	0.42	0.14
28.- EDAD DE EL NIÑO (A).	0.00	0.82
29.- EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO.	0.00	0.01

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

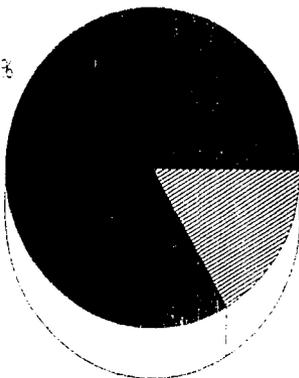
GRAFICA 14.  
FACTORES DE RIESGO PARA NIÑOS PREMATUROS SEGUN ODDS RATIO Y P  
PARA DESARROLLO SEPTIEMBRE 1997 - FEBRERO 1998. U.M.F. 20 VALLEJO  
I.M.S.S.

FACTOR DE RIESGO.	ODDS RATIO.	P
1.- ACTIVIDAD LABORAL DE LA MADRE.	14.0	0.0009
2.- CUIDADOS POR OTRA PERSONA.	7.0	0.007
3.- TOXICOMANIAS MATERNAS.	5.0	0.02
4.- APGAR.	4.0	0.01
5.- CONVIVENCIA EN HORAS MADRE - HIJO.	4.0	0.01
6.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	4.0	0.15
7.- ESTRUCTURA FAMILIAR.	3.0	0.2
8.- HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO.	2.4	0.2
9.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS MATERNOS.	2.0	0.3
10.- DINAMICA FAMILIAR.	2.0	0.4
11.- EDAD DE ABLACTACION.	1.8	0.3
12.- NUMERO DE EMBARAZOS DE LA MADRE.	1.2	0.6
13.- ESTADO CIVIL.	1.15	0.5
14.- SEXO.	1.06	0.3
15.- ANOMIA FAMILIAR.	0.97	0.7
16.- DESARROLLO FAMILIAR.	0.90	0.6
17.- INTERVALO INTERGENESICO.	0.84	0.6
18.- EDAD MATERNA.	0.78	0.6
19.- INCREMENTO DE PESO EN EL EMBARAZO.	0.78	0.64
20.- ENFERMEDADES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.	0.60	0.6
21.- ECONOMIA FAMILIAR.	0.50	0.4
22.- SENO MATERNO.	0.46	0.4
23.- CICLO FAMILIAR.	0.40	0.3
24.- INGRESO MENSUAL.	0.40	0.2
25.- ESCOLARIDAD MATERNA.	0.36	0.1
26.- MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION	0.19	0.06
27.- DEMOGRAFIA FAMILIAR.	0.00	0.6
28.- EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO.	0.00	0.6
29.- EDAD DE EL NIÑO (A).	0.00	0.9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR Y CRECIMIENTO ANORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

MOD. DISFUNCIONAL 83%  
10



FUNCIONAL 17%  
2

GRAFICO No. 1.A

NEEDY  
TESIS  
CON  
MIL  
NO  
SUGEN

NIÑOS PEMATUROS, SEGUN FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR Y CRECIMIENTO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

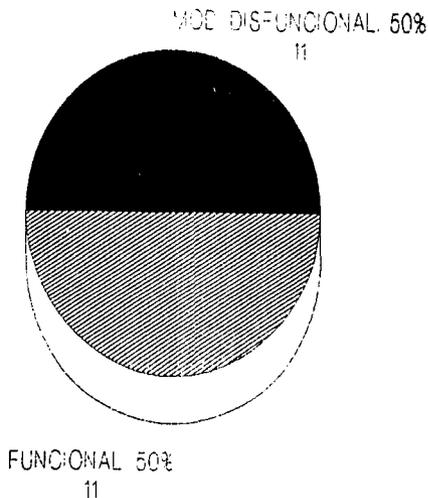
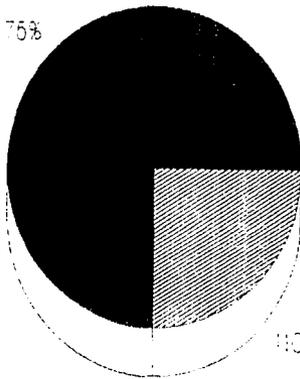


GRAFICO No. 1.B

MEMORIA DE LA FAMILIA  
FAMILIA NORMAL  
NO FUNCIONAL

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN APGAR AL  
NACIMIENTO Y CRECIMIENTO ANORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

ANORMAL. 75%  
9



NORMAL. 25%  
3

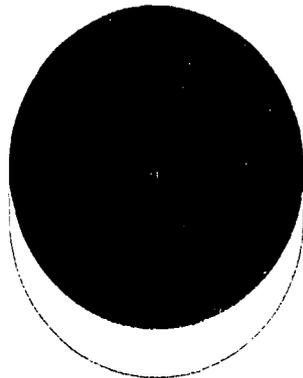
GRAFICO No. 2.A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN APGAR AL  
NACIMIENTO Y CRECIMIENTO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

TESIS CON  
VALIA DE ORIGEN

ANORMAL 100%  
22



NIÑOS PREMATUROS, SEGUN CUIDADO DEL RN.  
POR OTRA PERSONA Y CRECIMIENTO ANORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

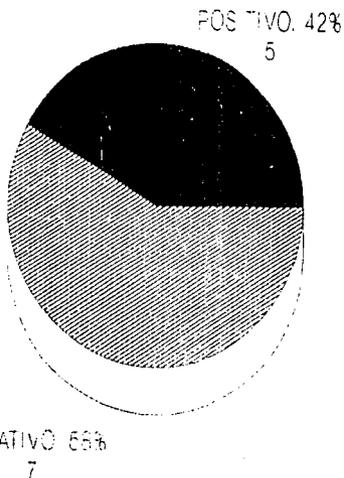


GRAFICO No. 3.A  
RN: SIGNIFICA RECIEN NACIDO.

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIMIENTO

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN CUIDADO DEL RN.  
POR OTRA PERSONA Y CRECIMIENTO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

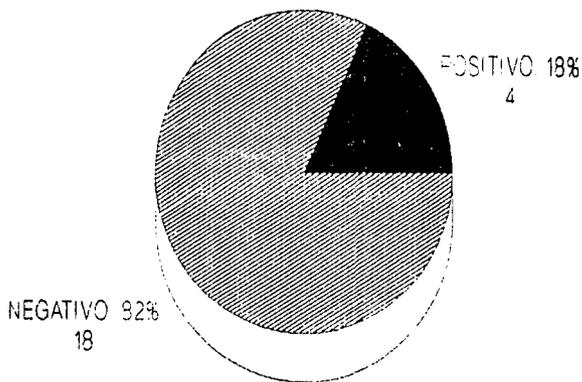
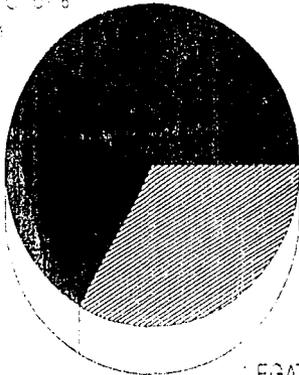


GRAFICO No. 3.B  
RN: SIGNIFICA RECIEN NACIDO.

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

# NIÑOS PREMATUROS, SEGUN HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO Y CRECIMIENTO ANORMAL. SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

POSITIVO 67%



NEGATIVO 33%

4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN HOSPITALIZACION  
AL NACIMIENTO Y CRECIMIENTO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

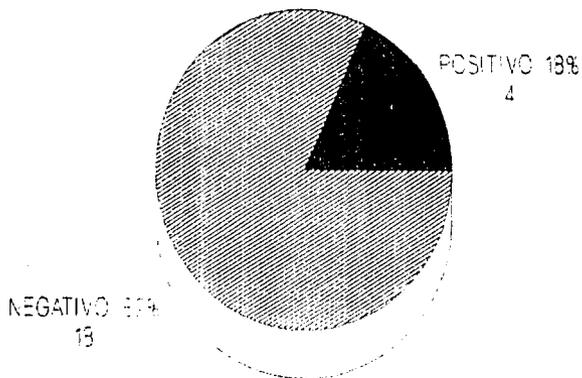


GRAFICO No. 4.B

TESIS CON  
FALLA DE COPIEN

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN ACTIVIDAD  
LABORAL DE LA MADRE Y DESARROLLO ANORMAL  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

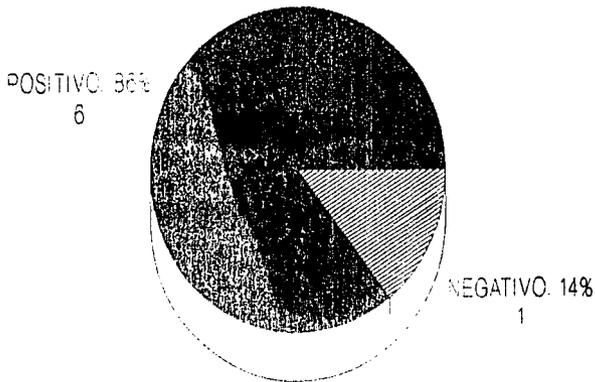


GRAFICO No. 5.A

TESIS CON  
FUENTE DE ORIGEN

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN ACTIVIDAD  
LABORAL DE LA MADRE Y DESARROLLO NORMAL  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

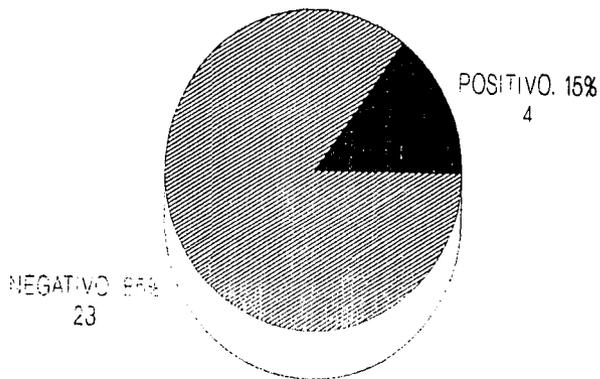


GRAFICO No. 5.B

TESIS CON  
VISTA DE OACEN

**FALTA  
PAGINA**

**46**

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN CUIDADO DEL RN.  
POR OTRA PERSONA Y DESARROLLO ANORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

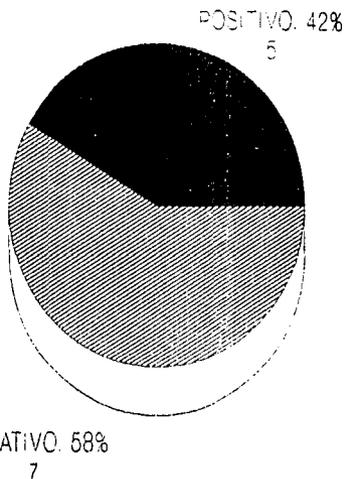


GRAFICO No. 6.A  
RN: SIGNIFICA RECEN NACIDO.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN CUIDADO DEL RN.  
POR OTRA PERSONA Y DESARROLLO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

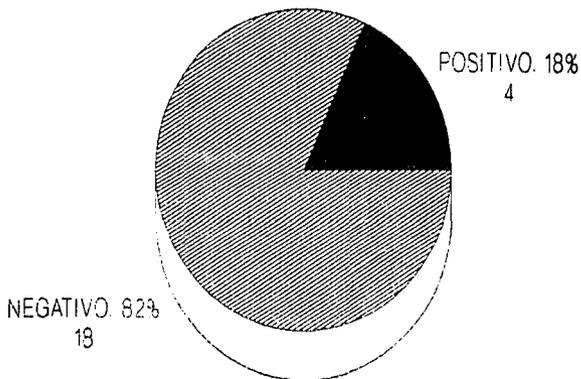


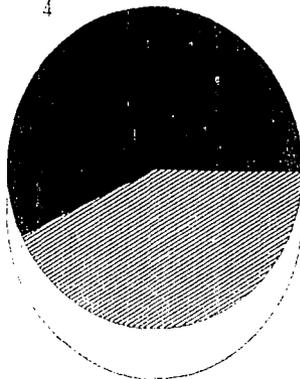
GRAFICO No. 6.B  
RN: SIGNIFICA REGIEN NACIDO.

TESIS CON  
FALTA DE VALORES

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN TOXICOMANIAS  
MATERNAS Y DESARROLLO ANORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

POS-TIVO. 57%

4

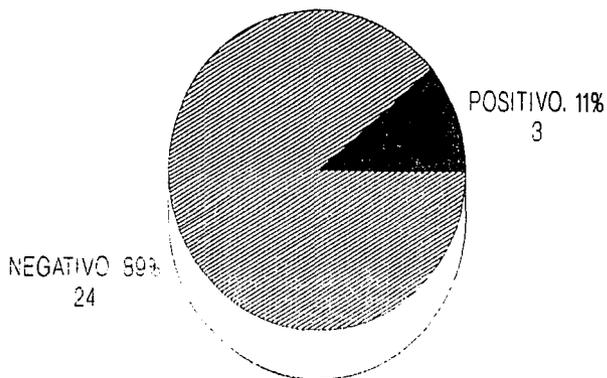


NEGATIVO. 43%

3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

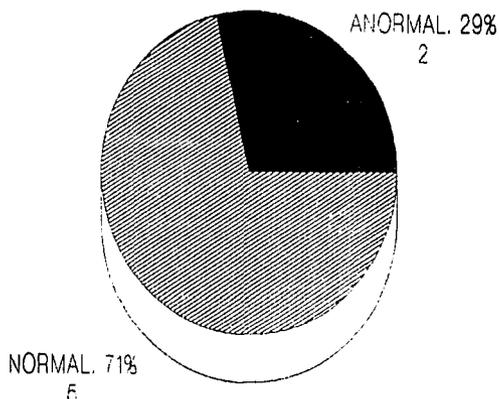
NIÑOS PREMATUROS, SEGUN TOXICOMANIAS  
MATERNAS Y DESARROLLO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.



TESIS CON  
FALLA DE CALIBRE

GRAFICO No. 7.B

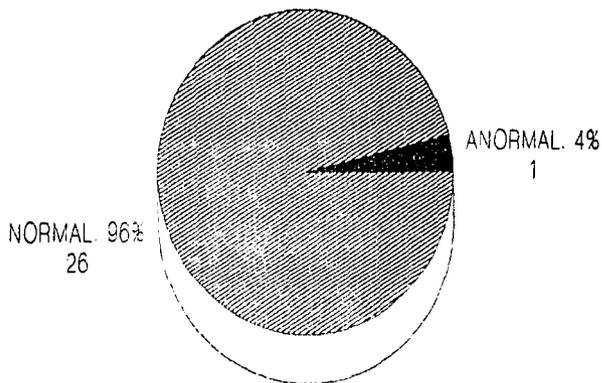
# NIÑOS PREMATUROS, SEGUN APGAR AL NACIMIENTO Y DESARROLLO ANORMAL. SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.



TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

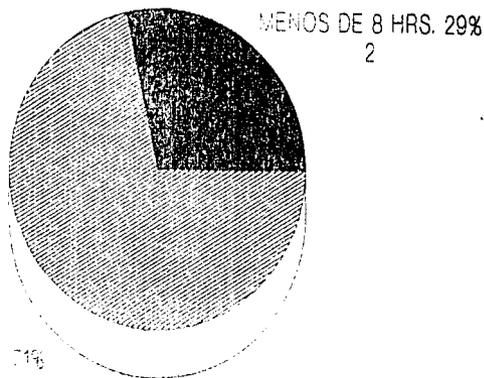
GRAFICO No. 8.A

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN APGAR AL  
NACIMIENTO Y DESARROLLO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.



TESIS CON  
VALOR DE CREDITO

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN CONVIVENCIA EN  
HRS. MADRE - HIJO Y DESARROLLO ANORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.



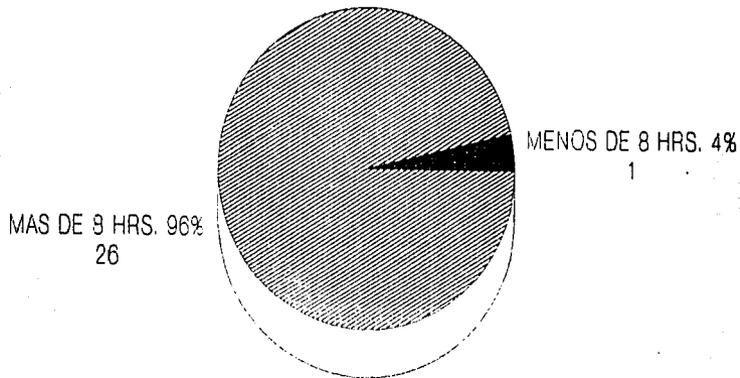
MAS DE 8 HRS. 71%  
5

MENOS DE 8 HRS. 29%  
2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO No. 9.A

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN CONVIVENCIA EN  
HRS. MADRE - HIJO Y DESARROLLO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

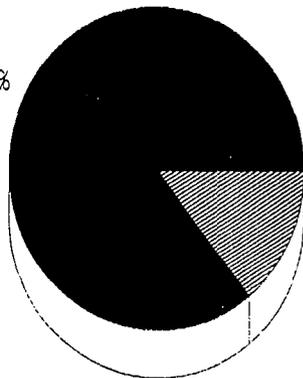


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO No. 9.B

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR Y DESARROLLO ANORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

OD. DISFUNCIONAL. 86%  
6



FUNCIONAL. 14%  
1

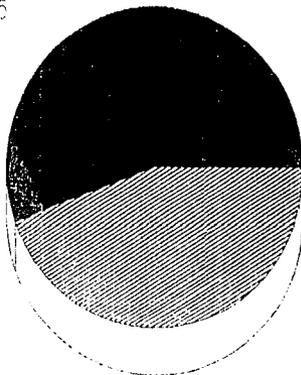
GRAFICO No. 10. A

RECIBO DE ENTREGA  
FAMILIA IMSS  
M.D. IMSS

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR Y DESARROLLO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

MOD. DISFUNCIONAL 56%

16



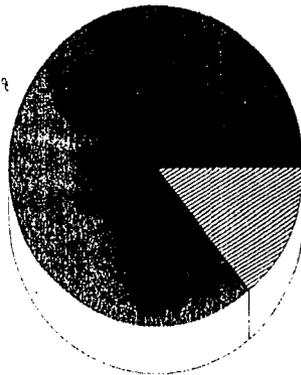
FUNCIONAL 44%

12

GRAFICO No. 10. B

# NIÑOS PREMATUROS, SEGUN ESTRUCTURA FAMILIAR Y DESARROLLO ANORMAL. SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

EXTENSA Y COMPUESTA 66%  
6



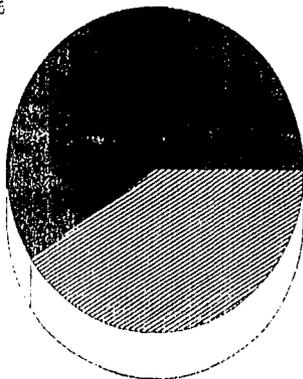
NUCLEAR 14%  
1

GRAFICO No. 11. A

TESIS CON  
NOMBRE EN LA CUBIERTA

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN ESTRUCTURA  
FAMILIAR Y DESARROLLO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

EXTENSA Y COMPUESTA 59%  
16



NUCLEAR 41%  
11

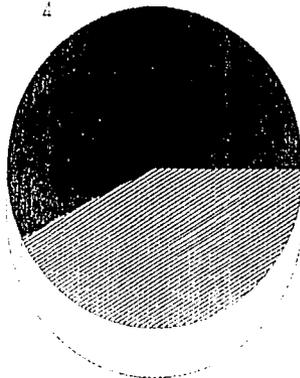
GRAFICO No. 11. B

TESIS CON  
BATA DE  
NOB NISEL

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN HOSPITALIZACION  
AL NACIMIENTO Y DESARROLLO ANORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

POSITIVO 57%

4



NEGATIVO 43%

3

GRAFICO No. 12.A

TESIS CON  
TAVIA DE UMF 20

NIÑOS PREMATUROS, SEGUN HOSPITALIZACION  
AL NACIMIENTO Y DESARROLLO NORMAL.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20. IMSS.

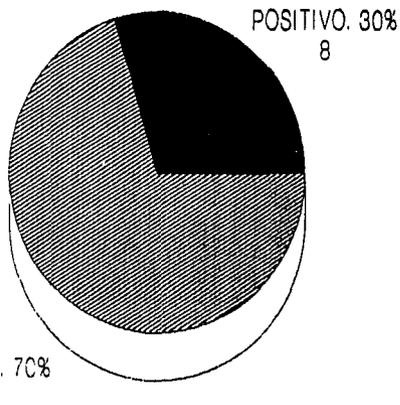


GRAFICO No. 12. B

TESIS EN  
ZALYA DE CAMERON

NIÑOS PREMATUROS SEGUN FACTORES DE  
RIESGO Y CRECIMIENTO.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20.IMSS

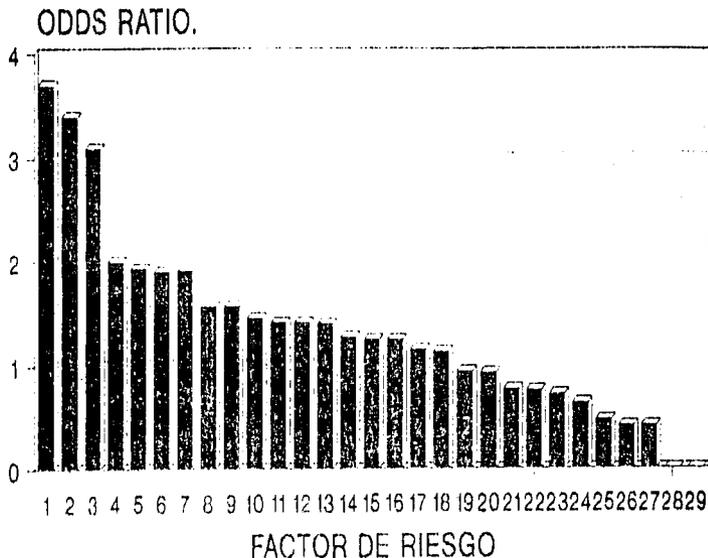


GRAFICO 13. NOTA : LOS VALORES ESTAN EN  
FUNCION DE SU ODDS RATIO. SE ANEXA LISTA  
DE LOS FACTORES DE RIESGO SEGUN NUMERO.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
 EN SALUD PUBLICA Y EPIDEMIOLOGIA  
 SECRETARIA DE SALUD FEDERAL

NIÑOS PREMATUROS SEGUN FACTORES DE RIESGO Y DESARROLLO.  
SEPTIEMBRE 97 - FEBRERO 98 UMF 20.IMSS

ODDS RATIO.

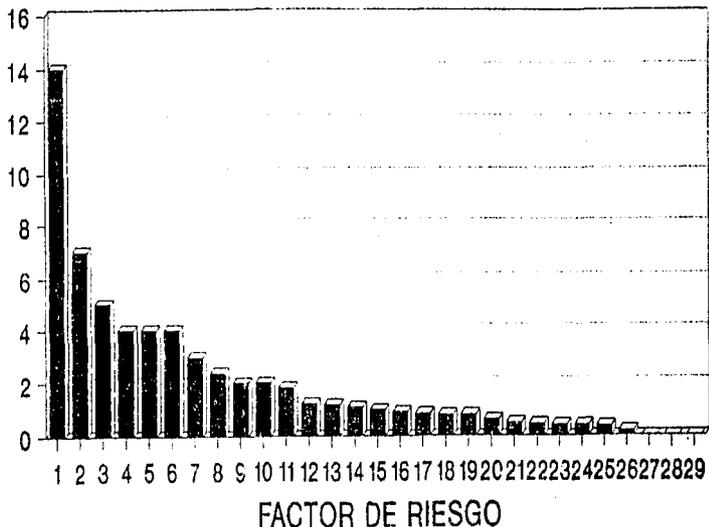


GRAFICO 14. NOTA : LOS VALORES ESTAN EN FUNCION DE SU ODDS RATIO. SE ANEXA LISTA DE LOS FACTORES DE RIESGO SEGUN NUMERO.

CENTRO DE ATENCION  
 MATERNO INFANTIL  
 UMF 20 IMSS

### ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico se realizó mediante prueba de chic cuadrada, así -- como prueba exacta de fisher; para que mediante Odds Ratio (O.R.), se valga para el reiso relativo de los factores de riesgo biopsicosociales para modificar crecimiento y desarrollo.

Se observó un mayor número de indicadores (18) con diferencia estadística para crecimiento en comparación con aquellos con diferencia estadística para desarrollo (14).

Se observó que la hospitalización al nacimiento de los niños asociado al crecimiento tuvo un O.R.=3.7 y una diferencia de  $P=0.007$ , lo que significa que la posibilidad de curar con un crecimiento anormal con hospitalización al nacimiento es de 3.7 veces más que la población que no fue hospitalizada al nacimiento, lo que es explicado por el azar en sólo un 0.7%.

Referente al apgar al nacimiento se observó al asociarlo con el crecimiento un O.R.= 3.4 y una diferencia  $P= 0.04$ ; lo que significó que la probabilidad de curar con crecimiento anormal con un apgar inadecuado al nacimiento es de 3.4 veces más que la población con un apgar adecuado al nacimiento, lo que es explicado por el azar en un 4%.

La funcionalidad familiar es éste estudio también representó un factor de riesgo; los niños con familias disfuncionales y con crecimiento anormal tuvo un O.R.= 3.1 y una  $P= 0.05$ , lo que significó que la probabilidad de tener crecimiento anormal cuando el núcleo familiar es moderadamente disfuncional es 3.1 más alto que aquellos con familias funcionales, lo -- que es explicado por el azar en un 5%.

Estos tres indicadores fueron aquellos que mostraron diferencia estadística para ser considerados como factor de riesgo, el resto de los factores o variables no mostraron ser en éste estudio un factor de riesgo -- atribuible para modificar el crecimiento. (Vid supra cuadro No. 13 y gráfico No. 13)

En relación al desarrollo, se halló que los factores de riesgo evaluados tuvieron en comparación con crecimiento, en general un menor O.R.; sin embargo a diferencia de crecimiento en el desarrollo se observó que fueron cuatro los factores que influyeron en la modificación del desarrollo principalmente y fueron los siguientes:

La actividad laboral de la madre en relación con desarrollo, obtuvo un O.R.= 14 y una diferencia  $P= 0.0009$ , lo que significó en éste estudio que la probabilidad de curar con un desarrollo alterado cuando la madre tiene actividad laboral es 14 veces más alto que cuando la madre no labora, éste es explicado por el azar en un sólo 0.09%.

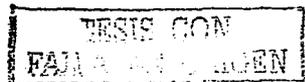
Con respecto al cuidado del recién nacido por otra persona distinta de la madre (hermana, tía, abuela, vecina, etc.) y desarrollo anormal; se obtuvo un O.R.=7, y una diferencia  $P=0.007$ ; lo que explica que para un desarrollo anormal, en éste estudio, tuvo un papel importante que el cuidado del recién nacido fuera llevado a cabo por otra persona distinta de la madre, cuando ocurre ésta situación la probabilidad de curar con desarrollo anormal es 7 veces más alto, que en aquellos niños que son cuidados por su madre desde el inicio de la vida neonatal, el azar sólo puede explicar ésta situación en sólo un 0.7%.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para toxicomanías maternas positivas asociadas a desarrollo el riesgo -- fué de O.R.= 5 y una diferencia  $P= 0.02$ , lo que significa que la probabilidad de cursar con desarrollo anormal cuando las madres tienen toxicomanías es de 5 veces más que la población que no tuvo toxicomanías maternas, lo que es explicado sólo por el azar en un 2%.

El apgar inadecuado al nacimiento de los niños, asociado al desarrollo, -- presentó un O.R.= 4 y una  $P= 0.01$ ; lo que significa que los niños que presentan un apgar inadecuado al nacimiento tienen una probabilidad de 4 -- veces más de presentar desarrollo anormal y es explicado en forma azarosa sólo por un 1%.

El resto de los factores evaluados no mostraron en éste estudio, diferencia estadística para ser tomados como factores de riesgo para modificar el desarrollo. (Vid supra cuadro no. 14 y gráfico no.14)



### CONCLUSIONES

Los factores biológicos con mayor riesgo relativo para modificar el --  
crecimiento de los niños nacidos prematuros son:

1. Hospitalización al nacimiento.
2. Apgar al nacimiento.
3. Toxicomanías maternas.
4. Edad materna.
5. Antecedentes personales patológicos.
6. Sexo.
7. Número de embarazos de la madre.
8. Incremento de peso en el embarazo.
9. Enfermedades en el 1er año de vida.
10. Edad de ablactación.
11. Intervalo intergenésico.
12. Edad del niño.
13. Edad gestacional al nacimiento.

Los factores psicológicos con mayor riesgo relativo para modificar el -  
crecimiento de los niños nacidos prematuros son:

1. Cuidados del recién nacido por otra persona.
2. Actividad laboral materna.
3. Dinámica familiar.
4. Convivencia en horas madre - hijo.
5. Estructura familiar.
6. Desarrollo familiar.
7. Ciclo familiar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los factores sociales con mayor riesgo relativo para modificar el ---  
crecimiento de los niños nacidos prematuros son:

1. Funcionalidad familiar.
2. Anomía familiar.
3. Demografía familiar.
4. Ingreso mensual.
5. Escolaridad materna.
6. Estado civil.
7. Medios masivos de comunicación.
8. Economía familiar.

Los factores biológicos con mayor riesgo relativo para el modificar el  
desarrollo de los niños nacidos prematuros son:

1. Toxicomanías maternas.
2. Apgar.
3. Hospitalización al nacimiento.
4. Antecedentes personales patológicos maternos.
5. Edad de ablactación.
6. Número de embarazos de la madre.
7. Sexo.
8. Intervalo intergenésico.
9. Edad materna.
10. Incremento de peso en el embarazo.
11. Enfermedades en el primer año de vida.
12. Seno materno.
13. Edad gestacional al nacimiento.
14. Edad del niño.

Los factores psicológicos con mayor riesgo relativo para modificar el -  
desarrollo de los niños nacidos prematuros son:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1. Actividad laboral de la madre.
2. Cuidados del recién nacido por otra persona.
3. Convivencia en horas madre - hijo.
4. Estructura familiar.
5. Dinámica familiar.
6. Desarrollo familiar.
7. Ciclo familiar.

Los factores sociales con mayor riesgo relativo para modificar el desarrollo de los niños nacidos prematuros son:

1. Funcionalidad familiar.
2. Estado civil.
3. Anomia familiar.
4. Economía familiar.
5. Ingreso mensual.
6. Escolaridad materna.
7. Medios masivos de comunicación.
8. Demografía familiar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### COMENTARIOS

A través de la realización del presente estudio se pudo comprobar que en las bibliotecas de nuestras instituciones de salud hay acceso a los medios técnicos que permitieron la identificación de bibliografía sobre desarrollo y crecimiento, sin embargo, la literatura en un 90% no se halló en las bibliotecas aun en aquellos que contienen en un archivo un gran acervo bibliográfico tipo revista, tal vez debido a que éste ámbito no es muy estudiado en México y no se solicitan revistas encaminadas, sobre todo a desarrollo, hubo que acudir a revisión de libros para recabar el marco teórico.

Las autoridades correspondientes al H.G.P. 3-A y U.M.F. 20 del I.M.S.S. siempre mostraron interés y permitieron el fácil acceso a los registros de los pacientes para así poder llevar a cabo el proyecto; el personal médico, así como de trabajo social, asistentes médicas, jefes de departamento clínico y incluso personal de "Telecom" siempre mostraron disposición para participar en la realización de ésta tesis.

Las familias de los niños participantes hay que comentar que fué difícil que acudieran a la U.M.F. 20 cuando a través del correo se solicitó su presencia; la respuesta fué mala por lo que hubo necesidad para tratar de completar la muestra de visitar a los niños en sus domicilios para aplicar los formularios y realizar la somatometría y aplicación de la Escala de Gesell, hubo poco interés en la valoración de sus niños prematuros por parte de sus familiares.

Finalmente en la terminación del estudio se observó que fueron varios factores los que modificaron el crecimiento y desarrollo predominando factores biológicos, tales como el apgar al nacimiento que conllevó a la hospitalización del niño, factores psicológicos que repercutieron tanto en su crecimiento como desarrollo, y el cual fué el factor de riesgo evaluado cuidadosamente del niño(a) por otra persona distinta de la madre; también con repercusión en la tres esferas fué el factor "toxicomanías maternas" que principalmente se observó que modificó al desarrollo ya que mostró un  $O.R. = 5$  y  $P = 0.02$ ; desde un punto de vista social se observó que para crecimiento la funcionalidad familiar modificó dicha variable, ya que mostró una significancia estadística, y la actividad laboral de la madre mostró para desarrollo una significancia estadística importante, el resto de los factores evaluados mostraron, algunos de ellos diferencia, aunque no significativa estadísticamente; y otros factores no mostraron significancia, contrario a lo que la literatura reporta, tales como: demografía familiar-escolaridad materna, edad gestacional al nacimiento, entre otros.

Se debe mencionar que el tamaño de la muestra fué pequeño y debido a esto se consideró que varios factores no mostraron significancia estadística para modificar el crecimiento y desarrollo. Hubo criterios de inclusión que nos llevaron a una disminución importante en el número inicial de casos por lo que se sugiere que la revisión de los registros para estudios posteriores debieran ser por lo menos de 18 meses.

Considero que el presente estudio nos aporta datos interesantes que pudieran ser evaluados en estudios posteriores para detectar a los niños con modificaciones del crecimiento y desarrollo y someterlos a ellos y -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

a sus familias al Modelo de Atención Integral de la Salud Familiar, para hallar aquellos factores susceptibles de ser modificados y, consiguientemente repercutir de manera favorable en el crecimiento y desarrollo. Igualmente se observó, al acudir al expediente clínico del niño prematuro, en el primer nivel de atención, que a pesar de tener varias consultas, algunos no cuentan con Historia Clínica y mucho menos con una valoración de su desarrollo, mientras que en cuanto a su crecimiento, la mayoría contaba con peso y talla, no así con perímetro cefálico, por lo que sugerimos que los encargados de la vigilancia de los programas dirigidos al menor de un año deben hacerlo con mayor hincapié y tomando en cuenta sobre todo, aquello que pueda alterar un crecimiento y desarrollo normal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## R E S U M E N

### INTRODUCCION.

Todo profesional de la salud responsable de la atención médica a los niños, como es el caso del **MEDICO FAMILIAR** debe tener un amplio conocimiento acerca del crecimiento y desarrollo a fin de detectar cualquier alteración manifiesta lo más tempranamente posible para poder identificar del mismo modo la patología subyacente y brindar la atención adecuada.

Son cada día más los factores que pueden modificar el crecimiento y desarrollo tanto en niños de término como en niños pretermino, por lo que la identificación de éstos, y sobre todo aquellos que más alteren el crecimiento y desarrollo, será de utilidad para implementar medidas -- destinadas a detectar y/o prevenir las posibles secuelas que alteren la calidad de vida de estos niños.

Los recién nacidos prematuros, debido a su inmadurez, son los más fuertemente afectados ya que sus órganos y sistemas los hacen más susceptibles de que se presenten factores que alteren el crecimiento y desarrollo; por lo anterior, el presente estudio se encaminó a identificar a aquellos factores biopsicosociales que pueden interferir con el crecimiento y desarrollo de niños(as) adscritos a la consulta externa de la U.M.F. 20 "Vallejo" de la Delegación 1 noroeste del Distrito Federal -- del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### MATERIAL Y METODOS.

Con la finalidad de determinar cuales son los factores de riesgo biopsicosociales con mayor riesgo relativo y atribuibles que modifican el crecimiento y desarrollo en niños nacidos prematuros, se realizó un estudio comparativo, observacional, transversal, retrospectivo, de casos y controles a 34 niños prematuros y a sus respectivas familias adscritos a la U.M.F. No. 20 "Vallejo" del I.M.S.S. de la Delegación 1 noroeste del Distrito Federal.

El tamaño de la muestra se obtuvo del total de nacidos vivos prematuros del H.G.P. 3-A durante 1997 (409). El procedimiento para obtener la muestra se realizó en el servicio de D.I.M.A.C. del H.G.P. 3-A y se seleccionó a aquellos adscritos a la U.M.F. 20, obteniéndose un total de 117 niños; posteriormente se verificó su adscripción en la U.M.F. 20 -- en el archivo clínico de dicha unidad y se obtuvo un registro final de 34 niños que reunieron los criterios de inclusión correspondientes. Los niños quedaron distribuidos en la U.M.F. 20 en forma azarosa de acuerdo al turno, módulo y consultorio correspondiente a su registro -- en el archivo de la unidad. Se elaboraron cuatro formularios los cuales fueron aplicados a las familias de los 34 niños. Dichos formularios -- fueron aprobados por el Comité de Investigación de la Unidad; de la misma forma se evaluó peso, talla y perímetro cefálico, así como la Escala de Gesell, llevándose a cabo dicha evaluación en el Auditorio de la U.M.F. 20. Posteriormente se realizó la recolección y calificación de los datos aportados por cada formulario, somatometría y --

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Escala de Gesell, para posteriormente pasar al proceso de análisis estadístico mediante Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher.

#### RESULTADOS.

En total se evaluaron 34 niños de los cuales 12 (35.3%) presentaron -- crecimiento anormal y 22 (64.7%) crecimiento normal. No hubo diferencia entre la edad de los niños con crecimiento normal y anormal (media 8 meses, desviación estándar 3.5 meses vs. media 7.7 meses, desviación estándar 3.5 meses) ( $P=0.6$ ). Con respecto a funcionalidad familiar fué posible observar que 21 niños (61.8%) presentaron familias -- moderadamente disfuncionales, 13 (38.2%) familias funcionales y 0 familias con disfuncionalidad. Al asociarse este indicador con crecimiento se halló que 10 niños (83%) presentaron disfuncionalidad familiar y crecimiento anormal contra 11 niños (50%) con crecimiento normal con un Odds Ratio (OR) = 3.1 y  $P=0.05$ .

La hospitalización al nacimiento del recién nacido se halló con un OR de 3.7 y  $P=0.007$ , por lo que en este estudio resulta ser un factor de riesgo atribuible al asociarse con el crecimiento, asimismo, en relación directa se halló el apgar del recién nacido a su nacimiento con un OR = 3.4 y  $P=0.04$  lo que también traduce significancia.

El indicador "cuidado del recién nacido por otra persona distinta de la madre" mostró en el proceso estadístico un OR= 2 y  $P=0.11$  lo que traduce mínima diferencia estadística; de la misma manera, las toxicomanías positivas en la madre reportaron un OR= 1.93 y una  $P=0.17$ . La anemia familiar reportó asociada a crecimiento, como factor de riesgo, un OR= 1.9 y  $P=0.22$  que no representó diferencia estadística.

La actividad laboral de la madre asociada a crecimiento representó como factor de riesgo un OR= 1.71 y una  $P=0.2$ , la edad materna y crecimiento reportaron un OR=1.56 y  $P=0.1$ .

La tipología familiar (demografía) mostró un OR=1.45 y  $P=0.6$  lo cual traduce que no se halló diferencia estadística. El ingreso mensual asociado a crecimiento representó un OR= 1.4 y una  $P=0.5$ ; la alimentación al seno materno no reportó diferencia estadística para ser tomada como factor de riesgo, ya que mostró un OR=1.4 y  $P=0.4$ .

Para antecedentes personales patológicos maternos positivos y crecimiento no se halló diferencia estadística ya que mostró un OR= 1.39 y  $P=0.38$ ; respecto a sexo y crecimiento, éste mostró un OR= 1.27 y  $P=0.6$ . La escolaridad materna reportó OR 1.24 y  $P=0.6$ ; referente al número de embarazos de la madre se halló OR= 1.2 y  $P=0.6$ . Estado civil y medios de comunicación asociados con crecimiento reportaron respectivamente un OR = 1.15 y  $P=0.5$ , OR= 1.13 y  $P=0.8$ , lo cual significa que para ambos factores no hubo diferencia estadística. Asimismo, referente a la convivencia en horas madre-hijo, incremento de peso durante el embarazo y enfermedades durante el primer año de vida del niño(a), se halló respectivamente un OR= 0.94, OR= 0.93, OR= 0.77 con una  $P=0.7$ ,  $P=0.6$  y  $P=0.5$ , respectivamente, lo que significa una diferencia no significativa.

El resto de los parámetros de la tipología familiar tales como estructura, desarrollo y economía, tampoco reportaron ser un factor de riesgo para modificar el crecimiento ya que reportaron respectivamente OR=0.76 y  $P=0.4$ ; OR= 0.72 y  $P=0.4$  y OR= 0.64 y  $P= 0.4$ .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La edad de ablactación asociada a crecimiento mostró un ---  
OR=0.48 y una P=0.2;el intervalo intergenésico y crecimiento  
reportó un OR=0.42 y una P=0.14;misma cifras halladas para---  
el ciclo familiar,con un OR de 0 y una P=0.82 y P.1 se en---  
contró para la asociación respectivamente para edad del niño  
y edad gestacional al nacimiento.

Los resultados de los factores de riesgo asociados al desarrollo fueron  
los siguientes:

La actividad laboral de la madre asociada al desarrollo normal,mostró --  
una diferencia estadística significativa con un O.R.=14 y una P=0.0009 --  
lo que nos traduce que la actividad laboral en el presente estudio fue --  
un factor de riesgo para presentar un desarrollo anormal. El cuidado --  
del recién nacido por otra persona distinta de la madre asociada con el --  
desarrollo se observó un O.R.=7 y una P= 0.007,lo que traduce significan-  
cia de este factor para modificar el desarrollo en los niños de este es-  
tudio;de igual manera la presencia de toxicomanías maternas asociadas --  
al desarrollo reportó un O.R.=5 y una P=0.02 que igualmente nos traduce --  
significancia estadística.

El apar al nacimiento del recién nacido en este estudio resultó ser --  
un factor de riesgo para modificar el desarrollo en niños que tuvieron --  
un apar al nacimiento inkomoda. Al igual que el apar,la convivencia --  
entre la madre e hijo,al como la funcionalidad familiar reportaron am-  
bos un O.R.=3 con una P, respectivamente, de P=0.1;P=0.13, no teniendo --  
significancia estadística como factores de riesgo para modificar el de-  
sarrollo. La tipología familiar(estructural)mostró un O.R.=3 y una P=0.2  
lo que significó que no hubo diferencia estadística.

La hospitalización del niño(a) al nacimiento no tuvo relevancia estadí-  
tica, ya que mostró un O.P.=2.4 y una P=0.1.

Los antecedentes personales patológicos maternos y la tipología familiar  
genómica reportaron un O.R.=2 con una P, respectivamente, de P=0.1;P=0.4  
lo que significó que estos factores en este estudio no tuvieron riesgo  
atribuible para modificar el desarrollo. La edad de ablactación, el núm-  
ro de embarazos de la madre y el estado civil, no representaron un factor  
de riesgo para este estudio para modificar el desarrollo, ya que se halló  
respectivamente un O.R.=1.8, una P=0.2, un O.R.=1.2, P=0.09, P=0.15 y P=0.2.  
El sexo de igual manera que la anomia familiar, tipología familiar(desar-  
rollo) no tuvieron diferencia estadística, ya que reportaron respecti-  
vamente un O.R.=1.06, P=0.3; O.R.=0.97, P=0.7; O.R.=0.9 y P=0.6.

El intervalo intergenésico asociado a desarrollo reportó un O.R.=0.84---  
y una P=0.6, esto significó que el intervalo intergenésico no fue un fac-  
tor de riesgo para modificar el desarrollo en los niños de este estudio.  
La edad materna y el incremento de peso durante el embarazo tampoco re-  
presentaron diferencia para ser tomados como factores que modificarán el  
desarrollo en los niños de este estudio, se halló un O.R. para ambos de --  
O.R.=0.78 y una P respectivamente de P=0.6 y P=0.64. La tipología fami-  
liar en su apartado de economía, reportó un O.R.=0.5 y una P=0.4, asociada  
con el desarrollo de los niños de este estudio, lo que se interpretó fi-  
nalmente como factores que no representaron un riesgo atribuible. El --  
tiempo de alimentación al seno materno, el ciclo familiar y el ingreso --  
familiar mensual asociados con desarrollo tampoco mostraron una diferen-  
cia estadística como factores de riesgo atribuibles para modificar el --  
desarrollo.

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

La escolaridad materna sólo representó un O.R.=0.36 y una P=0.1. Los medios masivos de comunicación O.R.=0.19 y P=0.06; éstos últimos probablemente tengan que ser nuevamente evaluados ya que la significancia estadística no está lejos de ser un factor de riesgo atribuible para modificar el desarrollo, la edad gestacional al nacimiento, la edad del niño y la tipología familiar (demografía) marcaron un O.R.=0 y P=0.6, P=0.9 y P=0.6 respectivamente.

#### INTERPRETACION

Se observó un mayor número de indicadores (18) con diferencia estadística para crecimiento en comparación con aquellos con diferencia estadística para desarrollo (19); esto sugiere que los factores evaluados tuvieron mayor relevancia para modificar el crecimiento.

Se encontró para crecimiento que la hospitalización al nacimiento de los niños fué un factor de riesgo para modificarlo con un Odds Ratio (O.R.) de 3.7 y una P=0.007, lo que significa que los niños hospitalizados a su nacimiento y que presentan modificación del crecimiento es explicado por el azar en un 0.7% y que la hospitalización incrementó la probabilidad de tener crecimiento anormal en 3.7 veces.

Respecto al apgar al nacimiento, se observó al asociarlo con el crecimiento un O.R.=3.4 y P=0.04, lo que significa que la probabilidad de cursar con crecimiento anormal con un apgar inadecuado al nacimiento, lo de 3.4 veces más que la población con un apgar normal al nacimiento, lo que es explicado por el azar en un 4%.

La funcionalidad familiar en este estudio también representó un factor de riesgo. Los niños con familias disfuncionales o moderadamente disfuncionales y con crecimiento anormal fué explicado por el azar en sólo un 5% (P=0.05) significando que la probabilidad de tener crecimiento anormal cuando el núcleo familiar es moderadamente disfuncional es 3.1 veces más alto que aquellos niños con familias funcionales.

Estos tres indicadores fueron los que mostraron una diferencia estadística para ser tomados como factores de riesgo para modificar el crecimiento, el resto de los factores evaluados no mostraron ser, en este estudio, factores de riesgo para modificar el crecimiento.

En relación al desarrollo, se halló que los factores de riesgo evaluados tuvieron en comparación con crecimiento, en general, un O.R. menor; sin embargo, a diferencia de crecimiento, en el desarrollo se observó que fueron 4 los factores que influyeron en la modificación del desarrollo y son los que a continuación se mencionan:

La actividad laboral de la madre al relacionarla con el desarrollo, se obtuvo un O.R.= 14 y una P= 0.0009, lo que significó en este estudio que la actividad laboral de la madre y un desarrollo alterado es explicado por el azar en sólo un 0.09% y que la actividad materna incrementa la probabilidad de cursar con desarrollo anormal en 14 veces más que aquellos niños con madre sin actividad laboral.

Con respecto al cuidado del niño por otra persona distinta de la madre (hermana, tía, abuela, vecina) y desarrollo anormal, se obtuvo un O.R.=7 y una P= 0.007, lo que explica que para un desarrollo anormal, en este estudio, tuvo un papel importante que el cuidado fuera llevado a cabo por otra persona distinta de la madre, explicado sólo por el azar sólo en un 0.7%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

lo que incrementa la probabilidad hasta en 7 veces de cursar con desarrollo anormal en comparación con aquellos niños cuyo cuidado está a cargo de su madre.

Para toxicomanías maternas positivas y desarrollo anormal, el O.R. = 5 y  $P=0.02$ , lo que significa que las madres con toxicomanías y niños con desarrollo anormal es explicada por el azar en sólo un 2% y que las toxicomanías maternas incrementan la posibilidad de tener un desarrollo anormal en 5 veces.

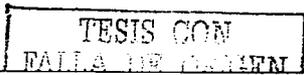
El apgar al nacimiento asociado a desarrollo presentó un O.R. = 4 con una  $P=0.01$ , lo que significa que los niños que presentan un apgar inadecuado al nacimiento tienen una probabilidad de 4 veces más de presentar desarrollo anormal y es explicado en forma azarosa sólo por un 1%. El resto de los factores evaluados no mostraron en este estudio diferencia estadística para ser tomados como factores de riesgo para modificar el desarrollo.

#### DISCUSION

En el presente estudio se observó que la hospitalización al nacimiento representó un factor de riesgo para modificar el crecimiento, no así el desarrollo; éste factor se halló en relación directa con el apgar al nacimiento, ya que los casos que presentaron un apgar inadecuado fueron hospitalizados, por lo que en orden de frecuencia el apgar ocupó el segundo lugar en significancia para la modificación del crecimiento. El apgar influyó de manera importante para modificar el desarrollo, ocupando como factor de riesgo el cuarto lugar en importancia, lo cual concuerda con la literatura.

La actividad laboral de la madre, que conlleva a que el cuidado del niño sea depositado en otra persona, representaron para el desarrollo anormal un factor de riesgo, ya que ocuparon el primer y segundo lugar en significancia, lo cual concuerda con la literatura en donde se refiere que la separación de la madre e hijo durante períodos prolongados y con una repercusión inversamente proporcional entre la edad de separación y la afección al desarrollo, esto ocasiona repercusión en el desarrollo psicológico del niño; sin embargo, no se refiere en la misma literatura la misma significancia para el crecimiento, situación que en este estudio se confirmó y sólo para actividad laboral de la madre ya que ocupó el séptimo lugar en importancia, no así para el cuidado del niño por otra persona que ocupó el cuarto lugar en significancia. Lo anterior según la literatura, también se va a reflejar en la alimentación al seno materno convirtiéndose éste en un factor de riesgo ya que de no presentarse el nivel adecuado de nutrientes y elementos inmunológicos repercutirá en el crecimiento y desarrollo; sin embargo, la ausencia del seno materno en este estudio no representó ser un factor de riesgo.

Las toxicomanías positivas en la madre tuvieron significancia estadística para desarrollo y crecimiento, sin embargo no en la misma significancia reportada por la literatura, en donde se refiere que el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción pueden originar alteraciones genéticas y modificaciones en diversos grados, tanto en el período prenatal, como ya en su vida extrauterina. En este estudio tuvieron importancia las toxicomanías maternas para modificar el desarrollo, ocupando el tercer lugar



en significancia y el quinto lugar para crecimiento, sin embargo, estadísticamente no se halló diferencia.

La funcionalidad tuvo un papel importante ya que se observó que modificó en forma relativamente atribuible al crecimiento y desarrollo, tal como - la literatura lo reporta, en relación a que una familia integrada por -- padre, madre e hijos y cuando sus relaciones son armoniosas, hay un clima de afecto y buena comunicación, se está en condiciones de criar hijos con adecuado crecimiento y desarrollo. Las familias de éste estudio que presentaban disfuncionalidad moderada tenían un porcentaje mínimo a su favor, comparado con las familias funcionales.

Contrario a lo referido por la literatura, el resto de los factores evaluados en éste estudio no tuvieron significancia estadística por lo que representaron un factor de riesgo para modificar el crecimiento y desarrollo. Consideramos lo anterior debido probablemente a la muestra reducida de éste estudio, por lo que dichos factores fueron la escolaridad materna, tipología familiar, anomia familiar, ingreso mensual familiar, ciclo-familiar, estado civil, edad de ablactación, convivencia madre - hijo, indicador que se contrapone a otro factor que sí representó riesgo y que -- está íntimamente ligado, como lo es el cuidado del bebé por otra persona. Otros factores con poca relevancia fueron: incremento de peso durante el embarazo, enfermedades del niño en el 1er año de vida, período intergenésico, número de embarazos de la madre. Vale la pena mencionar que, si -- bien, la convivencia madre-hijo no representó significancia para modificar el crecimiento, sí representó significancia para modificar el desarrollo, consolidando la relación de dejar el cuidado del niño(a) a otra persona por situaciones diversas, entre ellas las laborales, y alterando finalmente su desarrollo teniendo mayor repercusión si ésta separación es a más temprana edad. La anomia familiar jugó un papel más importante - para modificar el crecimiento que para modificar el desarrollo, tal vez por que un niño con peso, talla y perímetro cefálico deficiente no siempre verá afectadas sus capacidades motriz, conducta adaptativa, lenguaje y personal social.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## B I B L I O G R A F I A

1. Baker P. Basic child psychiatry; 5a edición, Editorial Blackwell Scientific Publicatios, 1988: 2-5.
2. Beltrán HJ. Dieter GK. et al. Indicadores sociales de anomia y desintegración social relacionados con el alcoholismo en el Estado de Tabasco, México: Rev. Invest. Clin. 1985, 37, julio-septiembre: 207-217.
3. Bernstein J. Guía para la aplicación de la Escala del Desarrollo de Gesell, Editorial Paidós.
4. Díaz CE. Repercusiones de la condición al nacimiento en el crecimiento y desarrollo del niño. En: Temas selectos sobre el recién nacido prematuro. 5a edición, Distribuidora y editorial mexicana, 1990: 364-384.
5. Eicher PG. Parálisis Cerebral. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, -- vol. 3 1993: 571-585.
6. Gómez CF. Ciclo vital de la familia. En: Fundamentos de medicina familiar 3a edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995: 3-8.
7. Hueston J.W. The effectiveness of preterm birth prevention educational programs for high-risk women. A meta-analysis. Obstetrics and gynecology, 1995 86(4): 705-12.
8. Irigoyen CA. Funciones de la Familia. En: Fundamentos de medicina familiar, 3a edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995: 32-38.
9. Irigoyen CA. Fernández O. Hernández RC. et al. La Familia. En: Fundamentos de medicina familiar, 3a edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995: 3-8.
10. Kempe CH. Crecimiento y Desarrollo. En: Diagnóstico y tratamiento pediátricos, 7a edición, Editorial Manual Moderno, 1990: 645-650.
11. Martín PH. Problemas del desarrollo en la niñez. En: Diagnóstico y tratamiento pediátricos, 7a edición, Editorial Manual Moderno, 1990: 632-664.
12. Martínez MR. El crecimiento y desarrollo. En: La salud del niño y del adolescente, 2da edición, Editorial salvat 1995: 50-62.
13. Mazón KJ. Irigoyen CA et al. Ciclo vital de la familia. En: Fundamentos de medicina familiar, 3a edición, Editorial Medicina familiar mexicana 1995: 25-30.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

14. Nájera MM.El crecimiento y desarrollo.En:La salud del niño y del adolescente,2da edición,Editorial salvat,1995:363-372.
15. Norma técnica del I.M.S.S. cuidado materno infantil.
16. Palacios JL.Games J.El cuidado del niño sano.En:Introducción a la pediatría,5a edición,Editorial Francisco Mendez Oteo,1995:1-9.
17. Pérez PL.Barrón UC. Crecimiento y desarrollo I.EN: Introducción a la pediatría,5a edición,Editorial Francisco Mendez Oteo,1995:24-35.
18. Ponce de león CE.Evolución histórica de la familia.En:Fundamentos de medicina familiar,3a edición,Editorial Medicina familiar mexicana, -- 1995:10-24.
19. Ramos G.Perfiles somatométricos en el sexo femenino y masculino.En:-- Manual de procedimientos médico-quirúrgicos hospital de pediatría --- Centro Médico Nacional siglo XXI,4a edición,Editorial Mendez editores 1997:726- 754.
20. Sánchez RJ. Atención del parto pretérmino.En:Temas selectos sobre el recién nacido prematuro.5a edición,distribuidora y editorial mexicana 1990: 121-150.
21. Saucedo GJ.Psicología de la vida en familia:una visión estructural. Rev.Med. I.M.S.S. 1991,24(1) 61-67.
22. U.M.F. 20 "Vallejo" I.M.S.S. Bioestadística,Mecanograma no publicado.
23. U.M.F. 20 "Vallejo" I.M.S.S. Metodología de la ciencia,mecanograma -- no publicado.
24. U.M.F. 20 "Vallejo" I.M.S.S. el enfoque de riesgo,mecanograma no publicado.
25. Vaughn VC.Crecimiento y desarrollo.En: Nelson tratado de pediatría, tomo I,15a edición,Editorial Interamericana McGraw Hill,1995,6-20.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



11. Sus hijos acostumbran depositar la basura en su lugar.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
12. Sus hijos acostumbran dar el asiento a una mujer embarazada o a un--  
anciano.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
13. Acostumbra su familia a acudir a centros recreativos por lo menos --  
una vez al mes.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
14. Cuando su familia es invitada a un evento social acuden.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
15. Indique la edad de sus hijos y el grado escolar hasta el cual estu--  
dian o estudiaron.

	EDAD	GRADO ESCOLAR
1er hijo	_____	_____
2do hijo	_____	_____
3er hijo	_____	_____
4to hijo	_____	_____
5to hijo	_____	_____

16. Usted y su cónyuge desearon tener cada uno de los hijos que ahora --  
tienen.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
17. Usted y su cónyuge han utilizado algún método de planificación fam.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
18. Se siente gratificado(a) sexualmente por su cónyuge.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
19. Su cónyuge alguna vez le ha manifestado insatisfacción sexual.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
20. Alguna vez usted y su cónyuge platican sobre sexualidad.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
21. Usted ha platicado de sexualidad con sus hijos.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
22. Cuando sus hijos le preguntan sobre sexualidad,ha logrado aclarar  
sus dudas.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
23. Su familia participa en actividades de su comunidad.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca
24. Su familia es reconocida por sus vecinos por las actividades que hacen en -  
su colonia.  
A)Casi siempre B)Ocasionalmente C)Casi nunca

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

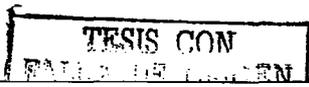
25. Sus vecinos le han manifestado un mal concepto de su familia.  
A) Casi siempre                      B) Ocasionalmente                      C) Casi nunca

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FORMULARIO PARA LA EVALUACION DE  
LA TIPOLOGIA FAMILIAR  
U.M.F. NO. 20 I.M.S.S.  
ANEXO DOS

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas, conteste la respuesta que -- considere más adecuada con una "X", o anote con letra de molde los datos que se solicitan.

1. De la siguiente lista señale las personas que viven con usted bajo el mismo techo:  
A) Esposo  
D) Padres  
G) Tíos  
B) Esposa  
E) Suegros  
H) Otros (especifique) \_\_\_\_\_  
C) Hijos  
F) Cuñados
2. Anote el domicilio completo donde vive. \_\_\_\_\_
3. Quien aporta principalmente al ingreso familiar.  
A) Esposo  
B) Esposa  
C) Otros
4. Alguno de sus hijos trabaja para aportar económicamente a su familia.  
A) Si  
B) Ocasionalmente  
C) NO
5. Su cónyuge lo(a) gratifica sexualmente.  
A) Casi siempre  
B) Ocasionalmente  
C) Casi nunca
6. El hombre es quien sólo debe trabajar.  
A) Casi siempre  
B) Ocasionalmente  
C) Casi nunca
7. Las decisiones en la familia deben ser tomadas por la pareja.  
A) Casi siempre  
B) Ocasionalmente  
C) Casi nunca
8. Las decisiones las debe tomar el hombre.  
A) Casi siempre  
B) Ocasionalmente  
C) Casi nunca
9. Los trabajos domésticos son labores de la mujer.  
A) Casi siempre  
B) Ocasionalmente  
C) Casi nunca
10. Los hombres deben ayudar en las labores domésticas.  
A) Casi siempre  
B) Ocasionalmente  
C) Casi nunca
11. Que salario percibe al mes. \$ \_\_\_\_\_  
Especifique



FORMULARIO PARA LA EVALUACION DE  
LA ANOMIA FAMILIAR  
U.M.F. No. 20 I.M.S.S.  
ANEXO TRES.

1. Su grado de escolaridad es;  
A) Básico (primaria y secundaria) B) bachillerato C) profesional
2. El grado de escolaridad de su cónyuge es:  
A) Básico (primaria y secundaria) B) bachillerato C) profesional
3. El acceso a la escuela en su colonia es:  
A) Menor de 30 minutos B) 30-60 minutos C) Más de 60 mins.
4. El trabajo de la persona que sostiene a su familias es:  
A) Permanente B) Temporal C) Desempleado
5. El techo de su vivienda es de:  
A) Cemento B) Lámina de asbesto C) L. de cartón
6. El piso de su vivienda es de:  
A) Cemento B) Madera C) Tierra
7. Cuantas recámaras tiene su vivienda:  
A) 1-2 B) 2-3 C) 4 o más
8. Su vivienda cuenta con agua potable intradomiciliaria:  
A) Casi siempre B) Ocasionalmente C) Casi nunca
9. El acceso a la unidad de medicina familia no.20 es:  
A) Menor 30 minutos B) 30-60 minutos C) Más de 60 mins
10. Encuentra transporte hacia unidad de medicina familiar no.20:  
A) Casi siempre B) Ocasionalmente C) Casi nunca
11. Hay fácil acceso a centros recreativos en su colonia (cine, parques, etc)  
A) Casi siempre B) Ocasionalmente C) Casi nunca
12. Acostumbran sus hijos ver televisión por más de 2 hrs al día:  
A) Casi siempre B) Ocasionalmente C) Casi nunca
13. Usted y su cónyuge acostumbran ver T.V. más de 2 hrs al día:  
A) Casi siempre B) Ocasionalmente C) Casi nunca
14. Su esposa trabaja:  
A) Casi siempre B) Ocasionalmente C) Casi nunca
15. Cuantas horas al día trabaja su esposa:  
A) 4-8 hrs B) 8-12 hrs C) 12-24 hrs
16. Baña diario a su bebé:  
A) Casi siempre B) Ocasionalmente C) Casi nunca

TESIS CON  
FALLA DE

17. Su esposa al trabajar tuvo que dejar el cuidado de su bebé a otra --  
persona, que edad tenía su bebé cuando sucedió lo anterior:  
A) Durante 1er mes                      B) 1er-3er mes                      C) más 4to mes
18. Cuantas horas al día dedica a la convivencia con su bebé:  
A) 1-8 horas                      B) 9-16 horas                      C) 16-24 horas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FORMULARIO PARA EVALUAR FACTORES BIOLÓGICOS  
DE LA MADRE Y DEL RECIEN NACIDO  
U.M.F. No. 20 I.M.S.S.  
ANEXO CUATRO.

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
EDAD DE GESTACION AL NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_  
DATOS DE LA MADRE (NOMBRE) \_\_\_\_\_  
EDAD DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ PESO AL INICIO EMBARAZO \_\_\_\_\_  
PESO AL FINAL EMBARAZO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_

No. EMBARAZOS \_\_\_\_\_ No. PARTOS \_\_\_\_\_ No. ABORTOS \_\_\_\_\_  
No. CESAREAS \_\_\_\_\_

A. PERSONALES PATOLOGICOS MATERNOS \_\_\_\_\_

A. GINECOOBSTETRICOS \_\_\_\_\_

INTERVALO INTERGENESICO \_\_\_\_\_  
TOXICOMANIAS \_\_\_\_\_  
OCUPACION \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

DATOS DEL PADRE  
EDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ A. PERSONALES PATOLOGICOS \_\_\_\_\_  
TOXICOMANIAS \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

DATOS DE PARTO Y DEL NIÑO(A)  
EUTOCICO \_\_\_\_\_ DISTOCICO \_\_\_\_\_  
(FORCEPS, TRABAJO PARTO PROLONGADO, PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO, S.F.A., ETC)  
CESAREA \_\_\_\_\_ PESO AL NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
TALLA AL NACIMIENTO \_\_\_\_\_ PERIMETRO CEFALICO \_\_\_\_\_  
APGAR 1' - 5' \_\_\_\_\_ SEMANAS DE Gestacion por clinica \_\_\_\_\_  
SEMANAS DE GESTACION POR F.U.M. \_\_\_\_\_ HOSPITALIZACION \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE HOSPITALIZACION \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES DEL NIÑO(A) AGREGADAS DÚRANTE SU HOSPITALIZACION \_\_\_\_\_

TIEMPO TOTAL DE HOSPITALIZACION \_\_\_\_\_

- A. Baña usted a su bebé diario:  
a) casi siempre                      b) Ocasionalmente                      c) Casi nunca
- B. Brindó(brinda) seno materno a su hijo(a):  
a) Casi siempre                      b) Ocasionalmente                      c) Casi nunca

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



ESQUEMA EVOLUTIVO DE GESELL

Exp. N°.....

Información Inicial		EDAD CLAVE: 4 SEMANAS		8 SEMANAS	
		<p><b>Motricidad</b></p> <p>Mo: predomina posición lateral de la cabeza (*12 a.)</p> <p>Pa: predomina posición anterior, reflexo-involuntario (*12 a.)</p> <p>Me: predominante hacia el medio (*12 a.)</p> <p>Ma: lateralización, cabeza hacia afuera de cabeza (*12 a.)</p> <p>Mo: nivel de la cabeza (*12 a.)</p> <p>Pa: en posición ventral, la cabeza contra pecho (*12 a.)</p> <p>Me: levantar la cabeza a 90°, horizontalmente (*12 a.)</p> <p>Ma: cuello mismo fuertemente contraído y apretado (*12 a.)</p> <p>Mo: la mano se cierre al contacto (*12 a.)</p>		<p><b>Motricidad</b></p> <p>Mo: cabeza predominantemente erecta siempre (*12 a.)</p> <p>Pa: cabeza predominantemente ventral (*12 a.)</p> <p>Me: cabeza en línea media (*12 a.)</p> <p>Ma: lateralización, levanta la cabeza a 90° (*12 a.)</p>	
		<p><b>Adaptación</b></p> <p>Am: lleva cabeza fuertemente unida con el pecho a las 4 semanas (*12 a.)</p> <p>Am: la mano con la cabeza hacia la línea media (*12 a.)</p> <p>Am: una, voluntariamente de la mano (*12 a.)</p> <p>Am: postura, actividad diaspánica (*12 a.)</p>		<p><b>Adaptación</b></p> <p>Am: la mirada siempre en línea media (*12 a.)</p> <p>Am: mira la mano del examinador (*12 a.)</p> <p>Am: le dirige más allá de línea media (*12 a.)</p> <p>Am: postura horizontal (*12 a.)</p>	
		<p><b>Lenguaje</b></p> <p>Espr: son burbujas (*12 a.)</p> <p>Espr: muestra voz gutural (*12 a.)</p> <p>Voz: muestra ruidos guturales (*12 a.)</p>		<p><b>Lenguaje</b></p> <p>Espr: muestra vocalizaciones (*12 a.)</p> <p>Espr: actividad diaspánica (*12 a.)</p> <p>Voz: muestra (*12 a.)</p>	
		<p><b>Personalidad</b></p> <p>So: mira de 45° actividad diaspánica (*12 a.)</p> <p>So: mira lateralmente a su izquierda (*12 a.)</p> <p>Al: 2 meses durante la noche (*12 a.)</p>		<p><b>Personalidad</b></p> <p>So: respuesta facial social (*12 a.)</p> <p>So: mira y mira en movimiento (*12 a.)</p> <p>Al: solamente una comida en la noche (*12 a.)</p>	
<p>C. D. Específicas</p> <p>Motricidad..... Lengua.....</p> <p>Adaptativa..... Post. Soc.....</p>		<p>G. D. General</p> <p>E. D. ( ) X 100 = C. D.</p> <p>E. C. ( )</p>		<p>Diagnóstico</p>	

BILOGÍA DE FIZIOLOGÍA

ESQUEMA EVOLUTIVO DE GESELL

Exp. N°.....

12 semanas		EDAD CLAVE: 16 SEMANAS		20 semanas	
		<p><b>Motricidad</b></p> <p>Mo: cabeza predominantemente a la izquierda (*14 a.) (*16 a.)</p> <p>Pa: cabeza en posición ventral; en línea media posición simétrica</p> <p>Me: cabeza dirigida adelante, horizontal (*14 a.)</p> <p>Ma: horizontal, pequeña flexión del cuello (*14 a.)</p> <p>Pa: levantar al pie (*14 a.)</p> <p>Me: cabeza contra el pecho a 90° (*14 a.)</p> <p>Pa: cabeza hacia el pecho (*14 a.)</p> <p>Pa: cabeza hacia el pecho (*14 a.)</p> <p>Ma: cabeza abducta e horizontal en línea media (*14 a.)</p> <p>Ma: posición activamente</p>		<p><b>Motricidad</b></p> <p>Mo: predomina posición vertical de la cabeza (*14 a.)</p> <p>Pa: cabeza predominantemente ventral (*14 a.)</p> <p>Me: la mano se contrae (*14 a.)</p> <p>Ma: cabeza hacia afuera de cabeza (*14 a.)</p> <p>Pa: cabeza contraída a 90° (*14 a.)</p> <p>Pa: cabeza contraída a 90° (*14 a.)</p> <p>Pa: la cabeza (*14 a.)</p> <p>Ma: postura erecta, etc (*14 a.)</p>	
		<p><b>Adaptación</b></p> <p>Am: mira al examinador (*16 a.)</p> <p>Am: mira el pie (*16 a.)</p> <p>Am: la mira, voluntariamente de la mano (*16 a.)</p> <p>Am: la mira, más que voluntariamente</p>		<p><b>Adaptación</b></p> <p>Am: mira al examinador (*16 a.)</p> <p>Am: mira el pie (*16 a.)</p> <p>Am: la mira, voluntariamente de la mano (*16 a.)</p> <p>Am: la mira, más que voluntariamente</p>	
		<p><b>Lenguaje</b></p> <p>Voz: muestra (*16 a.)</p> <p>Voz: muestra voluntariamente</p>		<p><b>Lenguaje</b></p> <p>Espr: actividad diaspánica, respiración fuertemente (*16 a.)</p> <p>Voz: muestra voluntariamente</p>	
		<p><b>Personalidad</b></p> <p>So: respuesta vocal-social (*16 a.)</p> <p>So: cabeza predominantemente a la izquierda (*16 a.)</p> <p>So: cabeza hacia la mano (*16 a.)</p> <p>So: mira de la voz (*16 a.)</p>		<p><b>Personalidad</b></p> <p>So: mirada predominantemente social (*16 a.)</p> <p>So: mirada hacia actividad pasiva o social (*16 a.)</p> <p>Al: lateralización a la vista de ella (*16 a.)</p> <p>So: mira la actividad voluntaria (*16 a.)</p> <p>So: mira la actividad voluntaria (*16 a.)</p> <p>So: mira la voz (*16 a.)</p>	

BILOGÍA DE FIZIOLOGÍA

TESIS CON FALLA DE GESELL







