

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

39

División de Estudios Superiores

Unidad de Medicina Familiar No. 20

201

Delegación 35 Noroeste D. F.



U.M.F No 20  
SEGURIDAD E INVESTIGACION

UTILIDAD DEL PROCESO DE ENSEÑANZA  
APRENDIZAJE EN EL ESTADO DE SALUD  
DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO

T E S I S

QUE SUSTENTA PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MA DE LOS ANGELES GARCIA MEDINA

GENERACION: 1986 - 1988

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1992



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

1.- OBJETIVOS .....	1
2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
4.- HIPOTESIS .....	24
5.- MATERIAL Y METODOS .....	25
6.- CUADROS Y GRAFICAS .....	30
7.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS .....	66
8.- CONCLUSIONES .....	73
9.- COMENTARIO .....	74
10.- RESUMEN .....	75
11.- BIBLIOGRAFIA .....	77
12.- ANEXOS	

## O B J E T I V O S

- I.- Demostrar la utilidad que tiene un proceso de Enseñanza/Aprendizaje de objetivos y tiempo limitado en la práctica del Médico Familiar.
- II.- Identificar el grado de funcionalidad de las familias -- con niños sanos menores de un año.
- III.- Comparar el grado de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un año cuya familia es sometida a un proceso de Enseñanza/Aprendizaje con niños menores de un -- año cuya familia recibió información de Trabajo Social.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El hombre ha tenido siempre la necesidad de aprender, lo cual le ha permitido en gran parte el desarrollo que tanto él como la sociedad han tenido, ya que al adquirir conocimientos trata de mejorar lo que lo rodea.

¿ Pero que es el aprendizaje ?

Es un cambio de conducta, observable.

"Todo aquel proceso de adquisición de conocimientos en función de la experiencia y sin la participación de factores innatos o hereditarios". (7)

En las escalas inferiores el aprendizaje es instintivo, no hubo necesidad de que fuera transmitido de una especie a otra, como por ejemplo: las abejas, hormigas, estos tienen poca necesidad de aprender.

En los vertebrados la capacidad de aprender esta incrementada debido a que su vida es más larga y con frecuencia en casa, el conocimiento es transmitido de padres a hijos, se desarrolla un método de comunicación el cual juega un papel importante, se ha visto que los mamíferos y aún las aves se comunican por medio de movimientos y sonidos.

Los antropoides en particular emiten sonidos que expresan sus estados emotivos, como por ejemplo en los monos.

En estos sus sonidos son semejantes a los del habla humana aunque solo expresan también su estado emocional.

En los mamíferos la conducta se encuentra dada por 3 elementos: la conducta instintiva, la conducta resultante de la experiencia individual y la aprendida de otros individuos.

Conforme a lo que se ha observado, se dice que la conducta de los animales se basa en los 2 primeros citados y la del humano en la 3a.

La facultad de poder pasar de generación a generación la

conducta aprendida dió a los mamíferos la ventaja de la lucha por la existencia.

El don del ser humano de poder aprender, comunicarse entre sí y transmitir de generación a generación, independiente mente de la carga genética, así como el tener una herencia biológica y social, son lo que distingue al humano del animal.

¿ Pero cómo es posible que el aprendizaje se dé ?

Se han escrito algunas teorías que tratan de explicar este fenómeno, veamos y tratemos de analizar las más estudiadas.

Watson en 1913 crea una corriente que es denominada CONDUCTISMO el cual se apoya sobre el paradigma estímulo-respuesta la cual es fuertemente respaldada por las Leyes de la Frecuencia y Resonancia:

"La Ley de la Resonancia señala que dada la aparición de relaciones estímulo-respuesta sucesiva, la conexión entre el último estímulo y la última respuesta fortalece dicha conexión". (7)

"La Ley de la Frecuencia afirma que cada vez que un estímulo provoca una respuesta, esta relación entre ellos se fortalece". (7)

Watson no tomaba en cuenta la existencia de factores internos de la conducta como por ejemplo: Motivación, impulso, sensación y percepción de las imágenes lo cual si es observado por Skinner lo cual se denomina conductismo metodológico.

Otra corriente que trata de explicar el cómo se da el aprendizaje es el COGNOCITIVISMO:

El cognocitivismo estudia el manejo y asimilación de la información de manera objetiva y analítica con la ayuda de una metodología que permita la comprobación experimental de las hipótesis apoyandose en una teoría de la medición que permita medir estos procesos ( 7 )

Se observa un ligero avance ya que aquí ya se trata de comprobar lo dicho; dentro del cognocitivismo se observa:

1.- Un modelo asociacionista:

Trata de explicar el aprendizaje por medio de un tipo - de ensamblaje, en el cual el individuo correlaciona una información con otras, para ir armando un total, se hacen asociaciones de la realidad y experiencias previas, hay almacenamiento de las copias, juega un papel importante la memoria.

2.- Modelo Cibernético: Para explicar este modelo se utiliza la computadora, en la cual existe un estado de información, un procesador de información, una memoria y la salida del producto.

El sujeto procesa, almacena y recupera la información, igual que en el anterior, la memoria juega un papel importante.

3.- Teoría de la Organización: Esta tiene su origen en la corriente Gestalt ya que el cognocitivismo es un todo, -- los elementos que lo componen están subordinados uno a otro y si se modifica uno por pequeño que sea, cambia la totalidad.

¿ Cómo se da el aprendizaje según Piaget ?

Para Piaget influyen:

- 1.- La dimensión biológica
- 2.- Interacción sujeto-objeto
- 3.- Constructivismo psicogenético

Para explicar el primer punto, se considera que mientras mayor sea la organización biológica existe mayor posibilidad de aprender.

En la interacción sujeto-objeto hay dos términos importantes.

"Asimilación: un proceso de incorporación de los objetos a un esquema" ( 7 )

"La acomodación permite la modificación de los modelos - internos para adecuarlos a las observaciones" ( 7 )

### El Aprendizaje visto como un Proceso Dialéctico:

Aquí la práctica social y el proceso de producción implican la transformación de la naturaleza y ésta a su vez transforma al hombre que realiza dicha actividad.

Para poder aprender el individuo no solo lo puede hacer para realizar una tarea, la cual es el líder que lo lleve a su formación, tiene objetivos que cumplir y debe conducir todas las acciones.

Debe existir un tema, que es lo que se está viendo, está directamente relacionado con la tarea grupal.

Se emplea una técnica que es como del trabajo grupal, como se debe organizar, que procedimientos, medios o maneras sistematizadas utiliza para lograr más eficazmente las metas propuestas.

En el proceso de aprender existen 3 elementos esenciales: Información, emoción y producción.

La información se puede dar a un sujeto que tiene que -- adoptar una actitud pasiva o activa.

Al sujeto pasivo se le obliga a memorizar y repetir la información con una negación total del contexto,

A un sujeto activo, se le obliga a participar en su formación.

Por emoción se entiende:

"La afectividad que se pone en movimiento frente a la información" ( 1 )

En la producción se crean nuevos elementos transformando lo dado.

El aprendizaje cuando es realizado por un grupo pasa por 3 momentos a los cuales Bauleo les ha denominado: Indiscriminación, discriminación y síntesis.

Indiscriminación: En este momento no está bien entendida la tarea, la participación de los integrantes es más individual que grupal.



**Discriminación:** Aquí quedan definidos el papel de coordinador e integrante, empieza a despuntar la tarea propuesta, - existen los llamados miedos básicos que son el miedo a la pérdida y el miedo al ataque.

La posibilidad de pertenencia al grupo ( uno se siente parte del grupo ) y pertinencia ( está uno abocado a cumplir la tarea ) se vislumbra en este momento.

**Síntesis:** Existe productividad, hay conjunción entre lo horizontal y lo vertical.

"Lo vertical permite ver a cada integrante el ajuste de su historicidad al presente, su movimiento actual y su participación en el grupo" ( 1 )

"Lo horizontal lo permite al grupo ir concientizando sus interacciones, su estructuración y desarrollo del tema" ( 1 )

Picnon Riviere los denomina con estos nombres:

**Pretarea:** Se observa resistencia a realizar la tarea, -- existe miedo al ataque y a la pérdida.

**Tarea:** El grupo realiza los objetivos trazados, pero hay que lograr también la realización de la tarea latente que es lo implícito, lo cual es observado por el coordinador y devuelto al grupo.

**Proyecto:** Se plantea al grupo objetivos que van más allá del aquí y del ahora.

Todo proceso de aprendizaje requiere un coordinador y es necesario emplear un método el cual es el camino para llegar a un fin.

Veamos la definición de Método de Enseñanza:

"Es el conjunto de momentos y técnicas lógicamente coordinadas para dirigir el aprendizaje del educando a determinados objetivos" ( 3 )

Tradicionalmente la educación siempre ha sido en un sólo sentido educador-educando, no permitiendo que el segundo intervenga en el proceso.

Paulo Freire lo señala como narrativa, discursiva ( 2 )

El educador se dedica a "narrar" los contenidos que están desvinculados de la totalidad, se dedica a tratar que el alumno retenga los conocimientos.

"De este modo la educación se transforma en un acto de depositar, en el cual los educandos son los depositarios y - el educador quien deposita" ( 2 )

Esta es la denominada concepción "Bancaria", en la cual el que sabe deposita el conocimiento al ignorante.

En este tipo de educación señala Paulo Freire:

- a) El educador es siempre quien educa, el educando es el educado.
- b) El educador es quien sabe, el educando quien no sabe.
- c) El educador es quien piensa, el sujeto del proceso, los educandos son los objetos pensados.
- d) El educador es quien habla, los educandos quienes escuchan débilmente.
- e) El educador es quien disciplina, los educandos los disciplinados.
- f) El educador es quien actúa, los educandos son aquellos que tienen la ilusión de que actúan, en la actuación del educador.
- g) El educador es quien escoge el contenido programático, los educandos a quienes jamás se escuchan se acomodan a él.
- h) El educador identifica la autoridad del saber con su autoridad funcional; la que opone antagónicamente a la libertad de los educandos, son estos quienes deben adaptarse a las determinaciones de aquel.
- i) Finalmente, el educador es el sujeto del proceso, los educandos meros objetos. ( 2 )

Se vuelve al alumno en un ser pasivo, sin poder de crítica ni reflexión, lo oprimen, el educando es domesticado.

No existe comunicación ni compañerismo entre educando y educador.

"Para la concepción bancaria, cuanto más adaptados están los hombres tanto más educados serán en tanto adecuados al mundo" ( 2 ).

Actualmente se trata de transformar el tipo de educación, la cual la denominaremos liberadora, humanística, problemática.

En este tipo de educación, la relación educador-educando pasa a ser de coordinación, permitiéndole al alumno que intervenga plenamente en su aprendizaje.

Permite un carácter reflexivo, es un acto de descubrimiento de la realidad, busca la emersión de las conciencias.

Cuanto más se problematizan los educandos, como seres en el mundo y con el mundo, se sentirán mayormente desafiados. Tanto más desafiados cuanto más obligados se van a responder al desafío, desafiados comprenden el desafío en la propia acción de captarlo ( 2 ).

Sin embargo, precisamente "porque captan el desafío como un problema en sus conexiones con otros en un plano de totalidad, y no como algo petrificado.

La comprensión resultante tiende a tornarse críticamente crítica y por esto cada vez mas desalienada.

Conforme va avanzando la reflexión tendrá mayor visión de fondo estableciéndose una forma de pensamiento y acción.

Este tipo de educación parte del carácter histórico y de la historicidad de los hombres.

En la educación humanística se les inculca a los hombres sometidos a la dominación a que luchen por su emancipación.

Como podemos observar estos dos tipos de educación son bastante contrarios, lo ideal sería que fuera adquiriendo fuerza la educación humanística, ya que el hombre dejaría de ser "Cosa" para pasar a ser un ser pensante con poder de crítica y reflexión. No debemos contentarnos con saber que 2+2 son 4 hay que tener capacidad de análisis, ver lo que conviene y lo que no

La función de docencia es importante que sea del dominio del Especialista en Medicina Familiar, ya que por medio de un proceso de enseñanza/aprendizaje de objetivos y tiempo limitados puede cambiar la conducta de su población adscrita.

En este trabajo pretendemos utilizarlo en familias que -- tengan un niño menor de un año sano, ya que se ha observado -- que los padres carecen de información con respecto al creci-- miento y desarrollo normal de su hijo, por lo que no pueden se licitar atención médica oportuna ante cualquier anomalía ya que se encuentran imposibilitados para detectarla.

El resto de este Marco Teórico lo dedicaremos a tratar as pectos relacionados con el crecimiento y desarrollo normal del lactante menor que serán las unidades de análisis de este estu dio.

En la U.M.F. 20 del I.M.S.S. D.F., la pirámide poblacio-- nal señala que en el mes de diciembre de 1986 se encuentran re gistrados como derechohabientes el siguiente número de niños - menores de un año.

MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
2148	2194	4343

En 1986 se otorgaron 3319 consultas de primera vez en niños menores de un año, lo que señala que el 1.8% del total de consultas de primera vez fue otorgada a este grupo de edad.

Los padecimientos más frecuentemente registrados fueron:

Rinofaringitis	937 consultas	467 h	470 m (&)
Faringitis	696	387	309
Inf.Intestinales	554	300	324
Amigdalitis	215	109	106
Amibiasis	38	19	19

Durante el primer año de vida es esencial que se vea al niño cada mes para poder detectar alguna patología.

( & ) h: Hombres m: Mujeres

Mencionaremos algunos datos acerca del recién nacido -- normal:

Este nace después de 9 meses de embarazo ó 40 semanas de gestación y con un peso promedio de 2,500 a 4000 gr y una talla de 50 cm, su piel es sonrosada y puede estar cubierta de un material grasoso que se denomina Vernix Caseoso.

Al principio el pequeño expresa su apetito a intervalos irregulares, pero durante las primeras semanas se adaptará -- perfectamente bien a unos intervalos de alimentación que -- oscila entre 3 a 4 horas.

"No existe ningún horario de alimentación que satisfaga plenamente las demandas ó necesidades de alimentación del niño" ( 5 )

El niño está constituido en gran parte por una buena cantidad de agua, la del compartimiento extracelular constituye -- aproximadamente el 35% del peso corporal. Durante los primeros días de vida se produce una pérdida de líquido que representa el 10% del peso corporal.

Los requerimientos de agua es de 120 a 150 ml por Kg. -- durante el 1er. año de vida.

Con respecto a la alimentación del niño haremos las siguientes consideraciones, ya que se cometen bastantes errores con respecto a como se le debe ir dando al niño.

Una alimentación al seno materno proporciona a la madre gran satisfacción al sentir la proximidad de su bebé.

Después de 24 horas de nacido, se le proporcionará al niño el pecho 3 a 4 veces al día y durante la noche los 3 primeros meses de vida, pasada esta edad se quitará la dotación -- nocturna.

Todos en favor de la alimentación al pecho, cierto, pero tan fácil que resulta para los adultos controlar a su bebé -- con la administración de fórmulas lácteas.

Al conseguir que una madre amamante a su bebé, estaremos proporcionando a esa madre y a su hijo una oportunidad extra -- ordinaria de estrechar un vínculo entre ellos que tendrá como

objetivo la felicidad y mutua satisfacción.

No serán las onzas ó  $6 \text{ cm}^3$  de leche que la madre otorgue a su hijo las que indiquen el afecto y amor que tenga para él.

Hablemos de las características de la leche materna:

Sus proteínas están constituidas por lactoalbumina, la - cual se encuentra en una proporción de 60% y caseína que constituye el 40%, a diferencia de la leche de vaca en la cual se encuentran en un 15% y 85% respectivamente.

Las grasas de la leche materna son grasas verdaderas del tipo ácido oleico, linoleico, palmítico.

Su principal carbohidrato es la lactosa.

El valor calórico de la leche materna es de 700 calorías por litro.

La posición que debe guardar el niño con respecto a la - madre es un ángulo de  $45^\circ$  y el pezón debe ser tomado entre los dedos índice y medio al mismo tiempo que se realizan movimientos rítmicos y de expresión de la glándula facilitando el vaciamiento de la misma y se evita la asfixia.

Posteriormente se debe colocar al niño sobre el hombro y dar golpes suaves en su espalda para lograr que expulse el - aire que haya ingerido.

Valenzuela menciona las siguientes contraindicaciones para la lactancia al seno materno:

- 1.- Enfermedades infecciosas de la madre como tifoidea, neumonía, meningitis.
- 2.- Que padezca la madre padecimientos renales, cardio- patía.
- 3.- Madre Diabética ó con Bocio
- 4.- Madre anémica o desnutrida
- 5.- Deformidad de los pezones
- 6.- Grietas
- 7.- Mastitis

Contraindicaciones por parte del niño está: labio lepori no, paladar hendido.

El tiempo de vaciamiento gástrico en un niño que recibe alimentación al seno materno es de aproximadamente 3 hrs. por lo que se recomienda dar este tiempo entre tetada y tetada, - con una duración de 10 a 15 minutos.

Si desgraciadamente no se puede dar leche materna, se -- puede emplear la leche de vaca o leches industrializadas.

La leche de vaca contiene una cantidad de grasa muy seme jante a la leche materna, pero son de más difícil degradación, las proteínas que contiene están en diferente proporción a -- las de la leche materna, lo que hace que sean difíciles de de gradar, con respecto a los carbohidratos, la leche de vaca -- tiene déficit por lo que hay que agregárselos al preparar la fórmula antes de ofrecerla al niño, veamos algunos ejemplos:

Si a 100 ml de leche que producen 60 calorías, se agre-- gan 10 gr de azúcar que producen 40 calorías, se obtiene una mezcla que proporciona 100 calorías.

Se deben tener las siguientes precauciones con este tipo de leche:

- 1.- Hervirla correctamente para eliminar las bacterias -- existentes.
- 2.- Endulzarla
- 3.- Diluirla, esto se lleva a cabo agregando 50 c.c. de agua por cada 100 ml. de leche.
- 4.- Acidificarla, ya que al hervirla se pierde Vitamina " c "

Al igual que la leche materna ésta tiene sus contraindi- caciones que son:

- 1.- Niños prematuros
- 2.- Niños con marcada incapacidad digestiva
- 3.- Niños alérgicos

Respecto a las leches industrializadas comentaremos lo -- siguiente:

Leche entera, se obtiene por desecación de la leche de -- vaca, dentro de éstas se encuentran "Nido, Nesbrum, Plenilac"

proporciona 5 calorías por gramo.

Para calcular la cantidad de leche necesaria se emplea la siguiente fórmula:

12 gr. de leche, 10 gr. de azúcar y 150 ml. de agua/Kg - día.

Este tipo de leche está indicada en niños mayores de 6 meses o con un peso de 7 kg.

Leche Maternizada: son lo más parecido a la leche materna de ahí su nombre, dentro de éstas están "Nan, Enfalac, Conlac", proporciona 5.2 cal. x gramo y para calcular la cantidad necesaria se emplea la fórmula 20 gr de leche/Kg./día.

Conforme va creciendo el bebé requerirá mayor cantidad de calorías, y no solo las obtendrá por medio de la leche, sino que en el transcurso del 1er. año de vida, hay que ir suministrando otro tipo de alimentos.

Veamos los siguientes conceptos, los cuales son clave en la alimentación del niño:

"Destete significa la sustitución de la lactancia materna por lactancia artificial" (10)

Los criterios para realizar el destete indican que debe ser de manera paulatina y progresiva nunca en forma brusca.

"El método óptimo es por lo tanto prescribir lactancia mixta, ó sea aquello que comprende alimentación con leche materna y al mismo tiempo leche industrializada" (10)

Puede ser mixta complementaria en la cual se proporciona el seno materno y enseguida el biberón.

Otra forma es la mixta substitutiva en la cual se proporciona en forma alternativa leche materna y en la siguiente leche industrializada.

Ablactación: Significa la introducción en la alimentación rutinaria del lactante de otros alimentos que no sean de origen lácteo (10)

La ablactación debe iniciarse en todo niño sano alimentado al seno ó artificialmente desde los primeros meses.



En el primer mes se dará principalmente leche y líquidos en ocasiones se agrega un complemento vitamínico.

En el 2o. mes se agregan papillas de fruta como manzana, pera.

En el 3er. mes se agregan cereales ya que contienen principalmente hierro, ya que en este mes se presenta la llamada anemia fisiológica.

En el 4o. mes se agregan vegetales, alrededor del 6o. mes se agregan alimentos picados.

Con respecto a la edad en la que se debe dar el huevo, - se ha visto que es más idóneo darlo a los 10 meses debido a - que contiene protefina de alto peso molecular y puede producir alergia.

El pescado se debe administrar alrededor del año de edad por la misma razón que el huevo.

La forma en que se van introduciendo los alimentos a la dieta del niño, muchas veces es desconocido por las madres, lo que en ocasiones trae como consecuencia trastornos gastrointestinales en el mismo.

Una buena alimentación nos dará niños sanos en los cuales se podrá advertir un crecimiento y desarrollo normal, por lo que hablaremos enseguida de estos términos.

El primer año de vida se caracteriza por presentar un importante crecimiento y porque se adquieren durante el mismo - habilidades que se utilizarán en la vida futura, esto es el - desarrollo.

Propiamente crecimiento significa aumento de la masa córporea, tanto en peso como en estatura, es un concepto somático de incremento de volumen.

Por desarrollo se entiende lo siguiente:

"Es la propiedad de la materia viva que lleva por evolución progresiva, al estado definitivo perfecto de sus funciones, ambos conceptos implican evolución, uno en el aspecto -- somático el otro en el funcional, siendo en condiciones normales armónico y paralelo (10)

En el crecimiento van a influir tanto factores intrínsecos como extrínsecos.

Los intrínsecos son del propio individuo y son de tipo genético.

Los extrínsecos comprenden alimentación, actividad neuromuscular, condiciones socioeconómicas.

Tanto el crecimiento como el desarrollo están supeditados a leyes, ya que sin ellas se llevarían a cabo estos procesos en un completo desorden que incluso podría dar lugar a seres sin una estructura determinada.

Estas leyes son:

- 1.- Viola: Cuanto más aumenta un organismo su masa vegetativa, se diferencia menos morfológicamente.
- 2.- Godin: El organismo aumenta en una sola dirección.
- 3.- Pende: Señala la influencia del sistema endocrino sobre el crecimiento.
4. Escudero: Los elementos nutritivos influyen sobre el crecimiento y desarrollo. (10)

Los parámetros más importantes para valorar la secuencia del crecimiento son: el peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, abdominal, braquial y de pierna, las mediciones secuenciales señalarán la dinámica normal ó anormal de proceso.

A fin de obtener datos exactos se recomienda el uso de balanzas que no tengan resortes y una cinta métrica.

Para la circunferencia cefálica se pasa la cinta métrica a nivel de la giba frontal media o glabella y por el occipucio.

La circunferencia torácica debe tomarse pasando la cinta métrica a nivel del apéndice xifoideo y cuando la inspiración se encuentra a la mitad.

La circunferencia se toma en el miembro izquierdo, a la distancia entre acromión y olecranon, se denomina braquial.

La circunferencia de la pierna se toma en la unión del tercio medio con el superior.

La circunferencia abdominal se toma a nivel del ombligo. Con respecto a la talla se tienen las siguientes reglas nemotécnicas:

Durante el 1er. cuatrimestre de vida el niño aumenta 750 mg. cada mes, el 2o. cuatrimestre el aumento es de 500 mg. - por mes y en el tercer cuatrimestre es de 250 mg. por mes.

El crecimiento progresa en sentido cefalocaudal de manera que un recién nacido tiene la cabeza grande, el tronco largo y las extremidades relativamente cortas sobre todo las inferiores, la mitad de la longitud total del cuerpo se encuentra unos 2 cm., abajo del ombligo. (10)

El aumento de la talla se da de la siguiente forma:

Durante los primeros cuatro meses se aumenta 3 cm. por mes, segundo cuatrimestre el aumento es de 2 cm., al mes y - en el último cuatrimestre se aumenta un cm. por mes.

En la evolución del físico, es útil disponer de tablas que señalen el rango de los pesos apropiados para las tallas de los niños.

La realización de un examen físico junto con una revisión de su historial médico, de sus hábitos higiénico-dietéticos, de los patrones familiares de crecimiento y de las circunstancias psicosociales del niño, indicarán la conveniencia de realizar estudios más detallados.

Las variantes que se tienen con respecto al peso es un aumento o disminución del mismo y tomando en cuenta la clasificación de Gómez:

Desnutrición GI déficit de peso del 11 al 25%

Desnutrición GII déficit del 26 al 40%

Desnutrición GIII déficit de más del 40%

Sobrepeso GI del 111 al 125%

Sobrepeso GII del 126 al 140 %

### Sobrepeso GILL 141% (10)

Así como es importante vigilar el crecimiento del niño - se debe cuidar el desarrollo del mismo, ya que desde RN se -- pueden detectar alteraciones que pueden modificar su conducta y persistir durante su vida.

En el transcurso de la primera ó segunda horas tras un -- parto normal, el niño permanece un buen rato despierto en un estado de alerta silenciosa, en el que parece que las condi-- ciones fisiológicas son mejores para el establecimiento de -- las más precoces relaciones con el entorno.

Así como el cuerpo crece, la conducta evoluciona, adque-- re su pensamiento por el mismo proceso de desarrollo. A medi-- da que el niño crece se modifica el sistema nervioso lo que -- trae como consecuencia un cambio de conducta.

Para conocer adecuadamente el desarrollo normal de un -- niño se tiene que tener conocimiento de los tipos de conducta existentes:

1.- Conducta Motriz: Aquí se toman en cuenta los grandes movimientos, y los más finos coordinados motrices, reacciones posturales, mantonimiento de la cabeza, sentarse, pararse, ga-- tea, marcha.

2.- Conducta Adaptativa: Se toman en cuenta las adapta-- ciones ante objetos y situaciones, coordinación de movimien-- tos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos, ca-- pacidad de realizar nuevas adaptaciones frente a los sencii-- llos problemas a que se someten.

3.- Conducta del Lenguaje: Se entiende por lenguaje, to-- da forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movi-- mientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u ora-- ciones.

4.- Conducta Personal-Social: Comprende las reacciones -- personales del niño ante la cultura social del medio en el -- cual vive.

El moldeamiento de la conducta está determinado fundamen-- talmente por factores intrínsecos del crecimiento, por ejem.

el control de la micción y defecación que dependen de la madurez neuromotriz.

"La conducta crece y asume formas características a medida que se desarrolla" (4)

El desarrollo es un proceso continuo relacionado con la maduración del cerebro y los acontecimientos aparecen en una forma ordenada.

Los límites de normalidad son enormes y la variabilidad de niño a niño de la edad, raza, nutrición, etc.

4 semanas

Motriz: La mano se cierra al contacto, predomina posición lateral de la cabeza.

Adaptativa: Mira únicamente cuando están en línea de visión los objetos.

Lenguaje: Paz inexpresiva.

Personal-Social: Mira inseludicamente a su contorno.

8 semanas

Motriz: Cabeza predominantemente erecta, aunque bamboleante.

Adaptativa: Sigue más a la línea media.

Lenguaje: Monosílabos.

Personal-Social: Mira al experimentador.

12 semanas

Motriz: Adepta una posición simétrica.

Adaptativa: Dirige la mirada a la línea media.

Lenguaje: Murmullo.

Personal-Social: Tira de la ropa.

16 semanas

Motriz: Predomina posición mediana de la cabeza.

Adaptativa: Se lleva a la boca objetos.

Lenguaje: Ríe fuertemente.

Personal-Social: Sonríe espontáneamente.

20 semanas

Motriz: Salta activamente.

Adaptativa: Intenta acercarse a los objetos.

Lenguaje: Sonidos vocales.

Personal-Social: Muerde, chupa los juguetes.

32 semanas

Motriz: Por un minuto permaneco erecto.

Adaptativa: Agarra un segundo cubo.

Lenguaje: Sílabas simples.

Personal-Social: Toca, acaricia imágenes.

35 semanas

Motriz: Presión dígito-radial

Adaptativa: Manipula.

Lenguaje: Ma-ma da-da

Personal-Social: Movimiento de adión y palmaditas.

44 semanas

Motriz: Agarra por la punta del mango los objetos.

Adaptativa: Saca el cubo de la taza.

Personal-Social: Extiende el juguete a otra persona.

48 semanas

Motriz: Gira 6 su tuercas

Adaptativa: Juego sucesivo

Personal-Social: Juguetea al lado del barandal.

52 semanas

Motriz: Necesita ser sostenido de una mano.

Adaptativa: Intenta construir una torre.

Lenguaje: Palabras simples.

Personal-Social: Coopera al vestirse.

Un aspecto muy importante son las inmunizaciones que se le deben aplicar al niño durante el primer año de vida, hablaremos acerca de las más importantes; pero primero veamos as-pectos generales de las mismas:

Los objetivos que se persiguen con las inmunizaciones -- son:

1.- Proteger oportunamente a la población susceptible -- con la aplicación del esquema rutinario de vacunación.

2.- Proporcionar protección específica a grupos y personas en alto riesgo.

3.- Contribuir a la disminución de las tasas de morbi-mortalidad de los padecimientos prevenibles por vacunación.

Las vacunas y toxoides son antígenos que al introducirse al organismo humano estimulan la producción de anticuerpos e inmunidad celular, confiriendo resistencia al individuo contra la enfermedad específica para la cual se vacunó (...)

Contraindicaciones generales de las vacunas:

**Inmunodeficiencia:** No se debe aplicar vacunas atenuadas en personas que tengan leucemia, linfomas, neoplasias, estén recibiendo esteroides, agentes alquilantes, antiácidos y radiaciones.

**Enfermedad febril severa:** Las infecciones del tracto respiratorio superior no son motivo para suspender las inmunizaciones.

**Embarazo:** No se deben aplicar vacunas a mujeres embarazadas.

**Administración reciente de gammaglobulina:** La aplicación tres meses antes de sangre o inmunoglobulina contraindica la aplicación de vacunas atenuadas.

Las vacunas que se aplican son:

**Antisarampión:** La vacunación masiva contra el sarampión se inició en México en 1972.

La vacuna empleada en México es una suspensión de virus sobretenidos cepa Schwarz ó Hilleman cultivadas en células de embrión de pollo y derivadas de la cepa Original - Edmonston B.

Está indicada en los niños susceptibles de uno a cuatro años de edad. Se aplica una dosis de 0.5 ml. por vía subcutánea en región deltoides izquierda.

Como efectos colaterales se pueden señalar: al 10. día de aplicada se puede presentar fiebre, exantema moderado, rinitis y conjuntivitis que no requieren cuidados especiales.

Esta vacuna no debe darse a niños alérgicos a productos del pollo, que padezcan tuberculosis activa o que hayan recibido sangre o inmunoglobulina en los 3 meses anteriores.

Vacuna Antipoliomielítica: En México se inició la inmunización contra este padecimiento con vacuna Salk inactivada en 1955 y con vacuna Sabin atenuada en 1961.

Se emplea la vacuna oral tipo Sabin trivalente. Cada dosis contiene 1,000 000 del virus tipo I, 100 000 tipo II y 300 000 tipo III.

Esta indicada en niños de dos meses a cuatro años, se administran 3 dosis de 0.2 ml cada una con intervalo de 2 meses entre una y otra. Si la interrupción entre las dosis es menor de 6 meses puede continuarse el esquema.

Esta contraindicada en procesos diarreicos.

Vacuna BCG.

Es una vacuna elaborada por Mycobacterium tuberculosis, variedad bovis de virulencia atenuada.

Se aplica por vía intradérmica en la inserción inferior del músculo deltoides del brazo derecho. En los menores de 3 meses la dosis es de 0.05 ml.

Evolución posterior a la aplicación de la vacuna: Aparece una mácula entre la 1a. y 2a. semana que evoluciona a pápula entre la 4a. y 6a. semana, a nódulo entre la 7a. y 8a. semana y a cicatriz entre la 10a. y 12a. semana.

Efectos colaterales: Cicatriz queloide, abscesos subcutáneos, adenitis regionales.

Contraindicaciones: No debe aplicarse en casos de desnutrición severa, dermatosis generalizada y tendencia a la formación de cicatrices queloides.

Vacuna DPT.

Es una combinación de toxoides tetánico y diftérico, -- precipitados con alumbre y adsorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio y una suspensión de Bordetella Pertusis.

Esta indicada en los niños de 2 meses a 4 años, se apli



ca por vía intramuscular profunda en la región glútea, tres dosis de 0.5 ml con intervalos de dos meses y últimos de 6.

Como efectos colaterales se pueden presentar dolor local, eventualmente fiebre y malestar general.

Esta está contraindicada en niños mayores de 6 años, y los que presenten antecedentes de convulsiones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aprendizaje siempre ha sido una necesidad del hombre y mediante los conocimientos que ha adquirido, se logran modificar ciertas actitudes.

Al hombre a diferencia de las escuelas inferiores no actúa solo por intuición, su conducta se debe a la información que pasada a través de los padres o los hijos, y también por las experiencias que va teniendo en la vida.

En la consulta del Médico Familiar muchas veces no se puede platicar con los pacientes debido al volumen de pacientes que requieren atención, por lo que en el caso del control del niño sano son canalizados a paramédicos o Trabajo Social para que puedan recibir información al respecto, pero a veces no es la madre quien la recibe, sino que se ha visto que es la abuelita, tía, etc., quien acude a estas pláticas.

Con esto la madre vuelve a quedar al margen de estos conocimientos, desconociendo aspectos normales del crecimiento y desarrollo de su hijo, por lo que cuando existe alguna enfermedad se encuentra incapacitada para detectarla y solicitar atención médica oportuna, además de que siempre el cuidado del niño casi siempre es responsabilidad de la madre, no participando la familia.

Consideramos que si la familia es sometida a un proceso de enseñanza/aprendizaje con el fin de lograr un cambio de conducta, se disminuirá en cierta medida las tasas de morbilidad, tendrán cuadros de inmunizaciones más completos, un crecimiento y desarrollo más adecuado a su edad.

Por lo que aquí surge la siguiente pregunta:

- ¿ El proceso de enseñanza/aprendizaje en familias con niños sanos menores de un año contribuye a un mejor estado de salud del mismo ?

## H I P O T E S I S

Hipótesis Alternativa: El proceso enseñanza/aprendizaje a familias con niños sanos menores de un año es de mayor utilidad que la información dada por Trabajo Social.

Hipótesis Nula: El proceso enseñanza/aprendizaje a familias con niños sanos menores de un año no es de mayor utilidad que la información dada por Trabajo Social.

## MATERIAL Y METODOS

Es un trabajo experimental dado por el manejo de la variable independiente.

Prospectivo: porque la observación de la evolución del fenómeno será a partir del inicio de la investigación.

Longitudinal: El fenómeno observado será estudiado en forma continúa en su evolución.

Comparativo: Existirá un grupo de constatación.

Unidad de Análisis:

Niños menores de un año que acuden a control del niño sano con distinto nivel socioeconómico de octubre de 1987 a enero 88.

Criterios de Inclusión:

- Familia con niños sanos menores de un año, derechohabientes, adscritos a la U.M.F. 20 I.M.S.S.

Criterios de No Inclusión:

- Familia con niños sanos menores de un año con patología agregada ( PCI, desnutrición, padecimientos congénitos ).

- Familia con niños sanos mayores de un año adscritos a la U.M.F. 20 I.N.S.S.

Criterios de Exclusión:

- Familias con niños sanos menores de un año que fallezcan durante el estudio.

- Familias con niños sanos que durante la elaboración del estudio se les detecte parálisis cerebral infantil, patología perinatal.

Se solicitó a los Médicos adscritos a la U.M.F. 20 que canalizaran pacientes menores de un año con diagnóstico de niño sano (que cumpla criterios de Inclusión), así mismo se invitó a familias que estaban en la sala de espera.

Se seleccionaron 17 familias con Dx. de niño sano que llenaron los criterios de inclusión.

Se acudió a Trabajo Social donde se solicitó la lista de niños menores de un año cuyas familias tuvieron entrevista con ellas y acudieron a las pláticas que organiza este servicio sobre control del niño sano, seleccionando 17 niños que tengan características similares al primer grupo como lugar de residencia, edad y que hayan recibido la información de Trabajo Social.

A ambos grupos se les aplicó los Anexos I, II, III.

Un grupo se denominó de estudio y otro de control.

Al grupo de estudio se le aplicó un cuestionario de conocimientos con 25 preguntas con un valor de 0.4 cada una -- ( Vid infra Anexo IV ),

Posteriormente se sometió a un proceso de enseñanza/aprendizaje el cual consistió en 5 sesiones con duración de 90 minutos empleando el método de laboratorio social consistente en la lectura en grupo del tema, discusión del mismo, propiciando la participación grupal.

Posterior a estas 5 sesiones iniciales, se les citará a las familias del grupo de estudio a una sesión de 60 minutos durante 4 sesiones con intervalo de una semana entre una y otra, tratando de intercambiar experiencias y de enriquecer los conocimientos obtenidos en las pláticas anteriores, posteriormente se reunirán cada 15 días por 3 sesiones más y por último cada mes por 2 sesiones.

Los temas que se trataron en las 5 primeras sesiones fueron:

- I.- Importancia del control prenatal
- II.- Crecimiento y desarrollo normal del niño
- III.- Alimentación durante el primer año de vida
- IV.- Enfermedades más frecuentes durante el primer año de vida
- V.- Inmunizaciones

Al término del total de sesiones se les volvió a aplicar el examen de conocimientos.

Durante el tiempo que duró el estudio los niños fueron vistos por el Residente De Medicina Familiar de 2o. año.

A los niños del grupo control además de aplicarseles - los anexos mencionados se procedió a realizarles somatome-  
tría, observar su desarrollo y ver la cartilla de vacunación además de investigó acerca de padecimientos concomitantes. Estos niños estuvieron bajo el control de su Médico Familiar

#### CLASIFICACION, COMPUTO Y ANALISIS

##### VARIABLE CUALITATIVA:

- 1.- Sexo
- 2.- Ocupación madre
- 3.- Ocupación padre
- 4.- Escolaridad padre
- 5.- Escolaridad madre
- 6.- Tipo vivienda
- 7.- Tipo tenencia
- 8.- Apgar familiar
- 9.- Apgar familiar
- 10.- Esquema de inmunizaciones completo o incompleto

##### VARIABLE CUANTITATIVA

- 1.- Edad niño
- 2.- Peso al nacer
- 3.- Edad padre
- 4.- Edad madre
- 5.- No. de hijos
- 6.- Cuestionario de conocimientos
- 7.- Ingreso mensual
- 8.- Peso actual del niño
- 9.- Peso al nacer
- 10.- Perímetro cefálico
- 11.- Talla
- 12.- No. de cuadros patológicos agregados

POR MEDIO DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS:

- 1.- Edad de los padres
- 2.- Estado civil
- 3.- No. de hijos
- 4.- Ingreso mensual
- 5.- Tipo de vivienda
- 6.- Tiempo de alimentación al seno materno
- 7.- Inicio de ablactación
- 8.- Escolaridad de los padres
- 9.- Ocupación de los padres
- 10.- Calificación obtenida antes y después del proceso de enseñanza/aprendizaje
- 11.- Esquemas de inmunizaciones

POR MEDIO DE ASOCIACION DE DATOS:

- 1.- Relación sexo, edad
- 2.- Sexo y tipo de parto
- 3.- Sexo con peso al nacimiento
- 7.- Edad, sexo, peso actual
- 8.- Edad, sexo PC actual
- 9.- Edad, sexo, talla
- 12.- Escolaridad con No. de hijos
- 13.- Ocupación con No. de hijos
- 14.- Escolaridad materna con inicio de ablactación
- 15.- Escolaridad materna con tiempo de alimentación al seno materno
- 16.- Ocupación materna con tiempo de alimentación al seno materno
- 17.- Escolaridad con calificación obtenida posteriormente al proceso enseñanza/aprendizaje
- 18.- Ocupación con calificación obtenida posterior al proceso enseñanza/aprendizaje
- 19.- Funcionalidad familiar con desarrollo psicomotor
- 20.- Cuadros patológicos con sexo

La computación se realizó por medio de palotes.

Para saber la significancia o no significancia, se empleará la Chi cuadrada.



CUADRO 1. LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A EDAD Y SEXO U.M.F. 30 D.F. Oct. 87 - Enero 88

EDAD EN MESES DEL LACTANTE	S E X O											
	GPO. ESTUDIO			GPO. CONTROL								
	FEM	% MASC	% TOTAL	FEM	% MASC	% TOTAL						
2 a 3 m	2	12	2	12	1	6	-	-	1			
4 a 5 m	7	41	6	35	13	76	10	59	6	35	16	9%
TOTAL	9	53	8	47	17	100	11	65	6	35	17	10%

CUADRO 2. LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A TIPO DE PARTO Y SEXO U.M.F. 30 D.F. Oct. 87 - Enero 88

S E X O	TIPO DE PARTO											
	GPO. ESTUDIO						GPO. CONTROL					
	E	% D	% TOTAL	%	E	% D	% TOTAL	%	E	% D	% TOTAL	
FEMENINO	8	47	2	12	10	59	6	35	4	24	10	5%
MASCULINO	6	35	1	6	7	41	5	30	2	11	7	4%
TOTAL	14	82	3	18	17	100	11	65	6	35	17	10%

E. EUTOSICO

D. DISTOSICO

CUADRO 3 Lactantes menores del Grupo de estudio y Control en relación a peso al nacer y sexo U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

PESO AL NACER	S E X O							
	GPO. ESTUDIO				GPO. CONTROL			
	FEM	MASC	TOTAL	%	FEM	MASC	TOTAL	%
2,250-2500	1	2	3	18	1	-	1	6
2,501-2751	3	1	4	23	-	2	2	12
2,752-3002	-	1	1	6	8	-	8	47
3,003-3,252	3	1	4	23	1	3	4	23
3,253-3503	2	1	3	18	1	-	1	6
3,504-3754	-	2	2	12	-	1	1	6
TOTAL	9	8	17	100	11	6	17	100

CUADRO 4 Lactantes menores del grupo de Estudio y control en relación a la edad de los padres U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

EDAD EN AÑOS	P A R E N T E S C O									
	GPO. ESTUDIO					GPO. CONTROL				
	P	P.A.	M	P.A.	T P.A.	P	P.A.	M	P.A.	T P.A.
15 a 19	-	-	2	6	2 6	-	-	1	3	1 3
20 a 24	9	26	8	30	17 56	2	6	6	20	8 26
25 a 29	4	38	3	38	7 76	11	38	7	41	18 79
30 a 34	1	41	3	47	4 88	2	44	2	47	4 91
de 35	3	50	1	50	34 100	2	50	1	50	3 100
TOTAL	17	50	17	50	34 100	17	50	17	50	34 100

P: PADRE M: MADRE P.A.: PORCENTAJE ACUMULADO T: TOTAL

CUADRO 5 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION AL TIEMPO DE ALIMENTACION AL SENO --- MATERNO U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

	GPO. ESTUDIO		GPO. CONTROL	
	No. NIÑOS	PORC. ACUM	No. NIÑOS	PORC. ACUM
No alimentado al seno materno	3	18	2	12
15 días	1	24	1	18
16 a 30 d	7	65	1	24
31 a 60 d	-	" -	2	36
61 a 90 d	1	71	6	71
91 a 120 d	5	100	5	100
T O T A L	17	100	17	100

CUADRO 3 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION  
 A ESTADO CIVIL, TENENCIA DE LA CASA Y No. DE HIJOS POR FAMILIA  
 U.S.H.F. 29 D.F. Oct. 87 - Enero 88

GRUPO	EST. CIVIL		TENENCIA DE LA CASA		No. DE HIJOS					
	C.	U.L.	TOTAL	PROPIA	TOTAL	1	2 a 3	4 a 5	TOTAL	
ESTUDIO	16	1	17	6	11	17	7	8	2	17
CONTROL	16	1	17	10	7	17	11	5	1	17
TOTAL	32	2	34	16	18	34	18	13	3	34

C.: CASADO

U.L.: UNION LIBRE

CUADRO 7 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A INGRESO MENSALE POR FAMILIA. U.I.P. Oct. 87 - Enero 88

INGRESO MENSUAL POR FAMILIA	FREQ. GPO. ESTUDIO	TOT. AGUJ.	FREQ. GPO. CONTROL	TOT. AGUJ.
00,000-150,000	4	55	3	13
151,000-200,000	6	70	4	11
201,000-250,000	2	32	3	53
251,000-300,000	1	33	1	39
301,000-350,000	-	-	2	71
351,000 6	2	100	5	103
TOTAL	17	100	17	103

CUADRO 8 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A EDAD DEL NIÑO EN QUE SE INICIA LA ADLACTACION U.I.P. 20 D.F. Oct. - Enero 88

EDAD DE INICIO DE ADLACTACION	F R E C U E N C I A			
	GPO. ESTUDIO	%	GPO. CONTROL	%
AL NAC	1	6	4	24
2 MESES	11	64	3	35
3 MESES	3	18	7	41
4 MESES	2	12	-	-
TOTAL	17	100	17	103

CUADRO 9 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL  
EN RELACION A ESCOLARIDAD DE LOS PADRES  
U.N.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

ESCOLARIDAD	P A R E N T E S C O							
	GPO. ESTUDIO				GPO. CONTROL			
	PADRE	MADRE	TOTAL	%	PADRE	MADRE	TOTAL	%
PRIMARIA INCOMPLETA	-	3	3	9	2	2	4	12
PRIMARIA COMPLETA	3	3	6	18	5	5	10	30
COMERCIO	-	5	5	15	1	2	3	9
C.O. INCOMPLETA	1	1	2	6	2	1	3	9
C.O. COMPLETA	5	1	6	18	5	7	12	35
BOGA O PREPA	6	2	8	24	1	-	1	3
PROFESIONISTA	2	2	4	11	1	1	1	2
T O T A L	17	17	34	100	17	17	34	100

CUADRO 10 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL  
EN RELACION A OCUPACION DE LOS PADRES U.N.F. 20  
D. F. Oct. 87 - Enero 88

OCUPACION	GPO. ESTUDIO				GPO. CONTROL			
	PADRE	MADRE	TOTAL	%	PADRE	MADRE	TOTAL	%
ALBAÑERO	4	2	6	18	9	-	9	26
EMPLEADO	6	2	8	24	1	3	4	12
OFICIO	5	-	5	14	7	-	7	21
COMERCIANTE	1	-	1	3	-	-	-	-
PROFESION.	1	1	2	6	-	-	-	-
AUX. EMP.	-	1	1	3	-	-	-	-
EN EL HOGAR	-	11	11	32	-	14	14	41
T O T A L	17	17	34	100	17	17	34	100

Oficio comprende: Radiotécnico, impresor herrero, chofer

CUADRO 11 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO EN RELACION A CALIFICACION OBTENIDA POR LOS PADRES EN EXAMEN PREVIO Y POSTERIOR AL PROCESO ENSEÑANZA/APRENDIZAJE U.H.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

CALIFICACION OBTENIDA	PREVIA			POSTERIOR			
	PADRE	MADRE	TOTAL	%	PADRE	MADRE	TOTAL
0 a 1	2	2	4	12	-	-	-
2 a 4	2	3	5	15	-	1	1
5 a 6	9	7	16	46	4	3	7
7 a 8	3	3	6	18	10	11	21
9 a 10	1	2	3	9	3	2	5
TOTAL	17	17	34	100	17	17	34

CUADRO 12 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A  
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES Y No. DE HIJOS POR FAMILIA U.H.F. 20  
 D.F. Oct. 87 - Enero 88

ESCOLARIDAD	GPO. ESTUDIO						GPO. CONTROL					
	1	2 a 3	4 a 5	TOTAL			1	2	3	TOTAL		
	P M	P M	P M P	% H	%	P M	P M	P M P	% H	%	P M	
FAMILIA INCOMPLETA	- 2	- 1	- - -	- 3	8.7	2 1	- 1	- - -	- 2	6	2 0	
FAMILIA COMPLETA	1 1	1 1	1 2 3	9 4	11.6	3 2	2 2	- - -	5 14	4 12		
SECUNDARIO	- 1	- 3	- - -	- 4	11.6	1 2	- - -	- 1 1	3 3	9		
SEC. INC.	1 1	- - -	- 1	3 1	2.9	1 1	1 - -	- 2 6	1 3	9		
SEC. COMP.	1 -	3 1	1 - 5	15 1	2.9	3 6	2 1 -	- 5 15	7 20	20		
SEC. G LIBRE	2 -	4 2	- - 6	18 2	5.8	1 -	- - -	- 1 3	- -	-		
PROFESIONAL	2 2	- - -	- 2	6 2	5.8	- -	- - 1	- 1 3	- -	-		
TOTAL	7 7	8 8	2 2 17	51 17	49.11	12 5	4 1 1 17	50 17	50	50		

P: MADRE M: MADRE SEC: SECUNDARIA INC: INCOMPLETA COMP: COMPLETA



CUADRO 13 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A OCUPACION Y No. DE HIJOS U.M.F. No. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

OCUPACION	GPO. ESTUDIO										GPO. CONTROL									
	1		2 a 3		4 a 5		TOTAL		1		2		3		TOTAL					
	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M				
ABRERO	2	2	1	-	1	-	4	12	2	6	6	-	3	-	-	9	26			
EMPLEADO	2	1	3	1	1	1	6	18	2	6	1	2	-	1	-	4	33			
COMERC.	-	-	1	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
PROFES.	1	1	-	-	-	-	1	3	1	3	-	-	-	-	-	-	-			
EX. ENF.	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-			
OFICIO	2	-	3	-	-	-	5	14	-	-	4	-	2	-	1	-	7			
EN BAR	-	3	-	6	-	2	-	-	11	32	-	9	-	4	-	-	14			
TOTAL	7	7	8	8	2	2	17	50	17	50	11	11	5	5	1	1	17			

1: MADRES

1: MADRES

CUADRO 14 LACTANTES MEJORES DEL GRUPO DE ESTUDIO EN RELACION A LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES Y CALIFICACION OBTENIDA POSTERIOR AL PROCESO DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE U.N.F. 20 D.F. Oct. 87-Enero 88

ESCOLARIDAD	CALIFICACION OBTENIDA POR LOS PADRES EN EXAMEN POSTERIOR AL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE											
	2 a 4		5 a 6		7 a 8		9 a 10		TOTAL			
	P	M	P	M	P	M	P	M	P	%	M	%
PRIMARIA INV.	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	3	3
PRIMARIA COMP.	-	-	2	1	1	1	-	-	3	9	2	9
COMERCIO	-	-	-	1	-	3	-	1	-	-	5	14
EX. INV.	-	-	-	-	1	1	-	-	1	3	1	3
SEC. COMP.	-	-	1	-	3	2	1	-	5	15	2	6
VOCA O PROFES.	-	-	1	-	3	2	2	-	6	18	2	6
PROFESIONAL	-	-	-	-	2	2	-	-	2	6	2	3
TOTAL	-	1	4	3	10	12	3	1	17	51	17	49

P: PADRE

M: MADRE

CONTEXTO: LACANTERIA DE LA...  
 CION A LA...  
 OBTENIDA POSTERIOR...  
 BEZAJE U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - LITRO 88

CATEGORIA	CALIFICACION OBTENIDA POSTERIOR AL PARALELO 2.										
	2 a 4		5 a 6		7 a 8		9 a 10		TOTAL		
	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	
BIENO	-	-	2	1	1	1	1	-	4	12	2
AMPLIADO	-	-	1	1	4	1	1	1	6	18	2
BIENEC.	-	-	-	-	1	-	-	-	1	3	-
PROBES.	-	-	-	-	1	-	-	-	1	3	1
AUX. ENF.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	3
SUSPENSO	-	-	1	-	3	-	1	-	5	15	-
REPARAR	4	1	-	2	1	5	-	2	-	11	35
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>51</b>	<b>17</b>

P: PADRES

M: MADRES

CUADRO 10. LACTANTES MEMBROS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A  
 ESCOLARIDAD MATERNA Y AÑO DEL NIÑO EN QUE SE INICIA LA ABLAC-  
 TACION U.M.F. 29 D.F. Oct. 87 - Enero 88

ESCOLARIDAD	EDAD DE INICIO DE ABLACTACION										
	GPO. ESTUDIO					GPO. CONTROL					
	AL MES	2 M	3 M	4 M	TOTAL	%	AL MES	2 M	3 M	TOTAL	
PRIMARIA INCOMPLETA	-	1	1	1	3	17	1	1	-	2	1
PRIMARIA COMPLETA	-	1	1	-	2	12	1	-	3	4	2
SECUNDARIO	1	2	1	1	5	29	-	2	1	3	1
UNIV. INCOMP.	-	-	1	-	1	6	1	-	-	1	
UNIV. COMPLETA	-	2	-	-	2	12	1	3	3	7	4
LIBRO O PREPA	-	2	-	-	2	12	-	-	-	-	-
PROFESIONAL	-	2	-	-	2	12	-	-	-	-	-
<b>T O T A L</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

N: MESES

42

TABLE 17. LICENSING STATISTICS FOR THE STATE OF CALIFORNIA  
 BY SEX AND AGE GROUP, 1957-1968  
 OCT. 31 - 1968

TABLE 17 CALIF.	STATES OF CALIFORNIA													
	GRO. SYSTEM							GRO. CONTROL						
	2	3	4	5	6	TOTAL	2	3	4	5	6	TOTAL		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
59	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-		
60	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	0	-		
61	-	-	1	1	0	1	-	-	1	1	0	1		
62	1	-	2	3	15	-	-	-	1	1	0	-		
63	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1		
64	-	-	1	2	0	2	-	-	3	-	15	-		
65	-	1	1	-	0	1	-	-	2	1	12	1		
66	-	1	2	1	12	15	-	-	-	1	-	1		
67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
68	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0	1		
69	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	0	-		
70	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0	1		
TOTAL	2	2	7	6	28	37	1	2	10	6	15	1		

F: FEMALE      M: MALE

CUADRO 11. INSTANTES MEMBRAS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL  
EN RELACION AL R.30, L.300 Y SEAD U.M.F. 20 D.F.  
Oct. 87 - Enero 88

GRUPO EN ESTU- DIO	EDAD EN MESES															
	GRUPO ESTUDIO							GRUPO CONTROL								
	2 a 3m		4 a 5 m		TOTAL			2 a 3		4 a 5		TOTAL				
	F	M	F	M	F	% M	% F	F	M	F	M	F	% M	% F		
70250	3	-	3	1	5	30	1	6	1	-	1	1	2	12	1	0
651-6501	-	-	-	1	-	-	1	6	-	-	4	1	4	23	1	0
672-6752	-	-	3	1	3	18	1	6	-	-	-	-	-	-	-	-
699-7009	-	-	1	1	1	5	1	5	-	-	1	-	1	6	-	-
7004-7254	-	2	-	-	-	-	2	12	-	-	-	1	-	-	1	0
7355-7505	-	-	-	2	-	-	2	12	-	-	4	3	4	33	3	10
TOTAL	2	2	7	6	9	52	8	47	1	-	10	6	11	65	6	25

F.: FEMENINO      M.: MASCULINO

CUADRO 19 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL  
EN RELACION A PERIMETRO CEFALICO, SEXO Y EDAD  
U.N.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

	PERIMETRO CEFALICO AL FINAL									EDAD EN MESES								
	GPO. ESTUDIO									GPO. CONTROL								
	2 a 3			4 a 5			TOTAL			2 a 3			4 a 5			TOTAL		
	F	M	F	M	F	%	M	%	F	M	F	M	F	%	M	%		
39	1	-	-	1	1	6	1	6	1	-	-	-	1	6	-	-		
40	1	-	2	2	3	18	2	12	-	-	1	1	1	6	1	6		
41	-	1	4	1	4	24	2	12	-	-	5	-	5	29	-	-		
42	-	1	1	2	1	6	3	18	-	-	1	1	1	6	1	6		
43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	6	2	12		
44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	6	1	6		
TOTAL	2	2	7	6	9	53	8	37	1	-	10	6	11	65	6	35		

F: FEMENINO

M: MASCULINO

CUADRO 21 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A ESCOLARIDAD MATERNA Y EDAD HASTA LA QUE ES ALIMENTADA AL SENO MATERNO EL NIÑO U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

EDAD HASTA LA QUE ES ALIMENTADO EL NIÑO SENO MATERNO	GPO. ESTUDIO							GPO. CONTROL								
	PI	PC	C	SI	SC	V	P	TOTAL	%	PI	PC	C	SI	SC	TOTAL	%
No alimentada al seno materno	1	1	-	1	-	-	-	3	17	1	1	-	-	-	2	12
15 días	-	-	1	-	-	-	-	1	6	-	-	1	-	-	1	6
16 a 30 días	1	1	1	-	1	1	2	7	42	-	-	-	-	1	1	6
31 a 60 días	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	3	18
61 a 90 días	-	-	1	-	-	-	-	1	6	-	2	1	-	3	6	35
91 a 120 días	1	1	1	1	1	1	-	5	29	-	1	1	-	2	4	23
TOTAL	3	3	4	1	2	2	2	17	100	2	4	3	1	7	17	100

PI: Primaria incompleta PC: Primaria completa C: Comercio SI: Secundaria incompleta  
 SC: Secundaria completa V: Voca p prepa P: Profesional



CUADRO 20 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL  
EN RELACION A OCUPACION MATERNA Y EDAD HASTA LA  
QUE ES ALIMENTADO AL SENO MATERNO EL NIÑO  
U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

EDAD HASTA LA QUE SE ALIMENTA AL NIÑO AL SENO MATERNO	GPO. ESTUDIO					GPO. CONTROL					
	O	E	P	A	H	TOTAL	%	H	E	TOTAL	%
% alimentado al seno materno	-	-	-	-	3	3	18	1	1	2	12
15 días	-	1	-	-	-	1	6	2	-	2	12
16 a 30 días	1	1	1	-	4	7	41	1	-	1	6
31 a 90 días	-	-	-	-	1	1	6	5	1	6	35
91 a 120 días	1	-	-	1	3	5	30	3	1	4	23
T O T A L	2	2	1	1	11	17	100	14	3	17	100

O: OBRERA E: EMPLEADA P: PROFESIONAL  
A: AUXILIAR DE ENFERMERIA H: HOGAR

CUADRO 22 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA, TIPO DE VIVIENDA Y TENENCIA DE LA CASA U.N.F. No. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

INGRESO MENSUAL EN MILES	TIPO DE VIVIENDA Y TENENCIA DE LA CASA																			
	GPO. ESTUDIO								GPO. CONTROL											
	VECIN		C.S.		DEPTO.		TOTAL		VECIND		C.S.		DEPTO.		TOTAL					
P	R	P	R	P	R	P	%	R	%	P	R	P	R	P	%	R	%			
100-150,000	-	2	4	-	-	-	4	23	2	11.7	-	-	1	2	-	-	1	6	2	11
151-200,000	-	-	5	-	-	-	5	29	1	5.8	-	2	1	-	-	1	1	6	3	18
201-250,000	-	-	1	1	-	-	1	6	1	6	-	-	2	-	-	-	2	12	-	-
251-300,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	12	-	-
301-350,000	-	-	1	-	-	-	1	6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	6	-	-
351,000 6	-	-	-	-	-	2	-	2	11.7	-	1	-	1	-	-	-	-	5	29	
TOTAL	-	2	11	1	-	3	11	65	6	35	-	3	7	3	-	4	7	42	10	58

VECIN: VECINDAD C.S.: CASA SOLA DEPTO: DEPARTAMENTO

P: PROPIA R: RENTADA

CUADRO 23 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DESARROLLO PSICOMOTOR U.M.F. No. 20 D.F. Oct.- 87 - Enero 88

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DESARROLLO PSICOMOTOR							
	GPO. ESTUDIO				GPO. CONTROL			
	A.D.P.	I.D.P.	TOTAL	%	A.D.P.	I.D.P.	TOTAL	%
FUNCIONAL	12	-	12	71	13	-	13	76
MODERADA FUNCIONAL	5	-	5	29	4	-	4	24
LEVISTA A FUNCIONAL	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	-	17	100	17	-	17	100

A.D.P.: ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR I.D.P.: INADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR

CUADRO 24 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACION A ESQUEMAS DE INMUNIZACIONES U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

ESQUEMAS DE INMUNIZACIONES	FRECUENCIA			
	GPO. DE ESTUDIO		GPO. CONTROL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ESQUEMAS COMPLETOS	11	65	8	47
ESQUEMAS INCOMPLETOS	6	35	9	53
T O T A L	17	100	17	100

CUADRO 25 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL  
EN RELACION AL ESTADO NUTRICIONAL QUE PRESENTAN  
AL FINAL DEL PROCESO DE ENSEÑANZA U.M.F. 20  
D.F. Oct. 87 - Enero 88

ESTADO NUTRICIONAL	F R E C U E N C I A			
	GPO. ESTUDIO		GPO. CONTROL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SOBREPESO	3	18	4	23
EUTROFICO	11	64	9	53
DESNUTRIDOS	3	18	4	23
T O T A L	17	100	17	100

CUADRO 26 LACTANTES MENORES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL  
EN RELACION A PADECIMIENTOS CONCOMITANTES  
U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

PADECIMIENTOS CONCOMITANTES	S E X O							
	GPO. ESTUDIO				GPO. CONTROL			
	FEMENINO	MASC.	TOTAL	%	FEM	MASC.	TOTAL	%
INF. RESP. SUP.	1	2	3	37.5	4	3	7	70
GASTROENTERITIS	1	1	2	25	2	-	2	20
INF. RESP. INF.	1	1	2	25	-	-	-	-
OTROS	-	1	1	12.5	1	-	1	10
T O T A L	3	5	8	100	7	3	10	100

Otros: En el grupo de estudio es estrabismo y en el grupo control se refiere a intoxicación medicamentosa

Gráfico 1: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a sexo y sexo U.M.F. 20 D.F. Octubre 87 a Enero 88

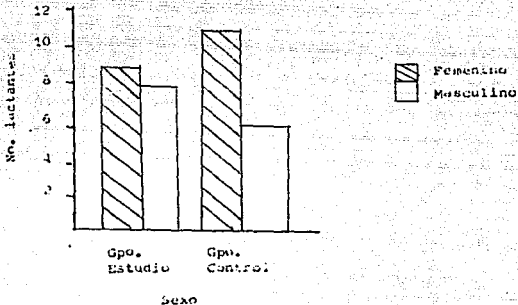


Gráfico 2: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a tipo de parto y sexo U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

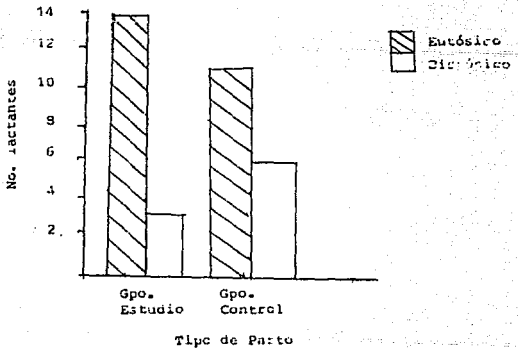


Gráfico 3: Lactantes menores del grupo de estudio y control  
 en relación a peso al nacer y sexo U.M.F. 20  
 D.F. Oct. 87 - Enero 89

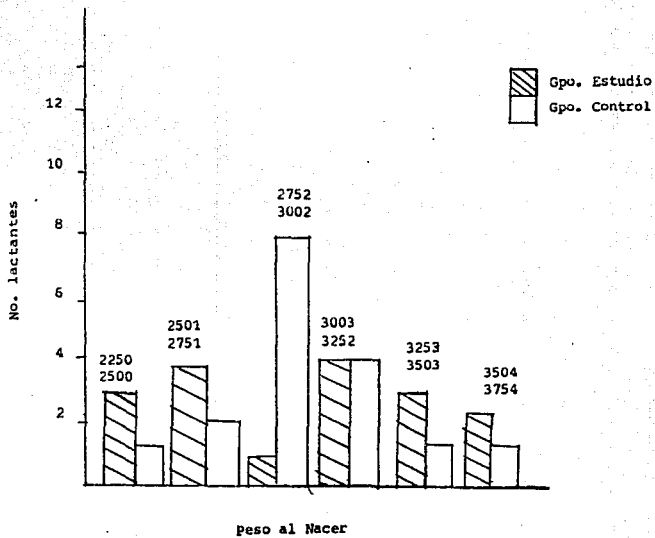


Gráfico 4: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a la edad de los padres U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

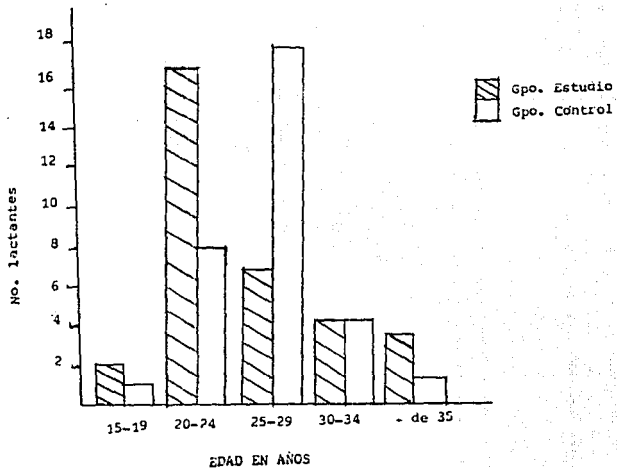


Gráfico 5: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a tiempo de alimentación al seno materno  
 U.M.F. 20 D.F. Oct. 67 - Enero 88

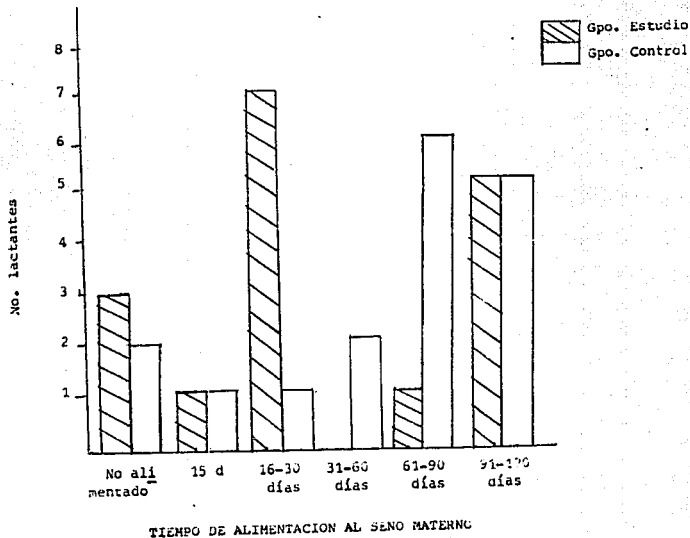




Gráfico 6: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a tenencia de la casa  
U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

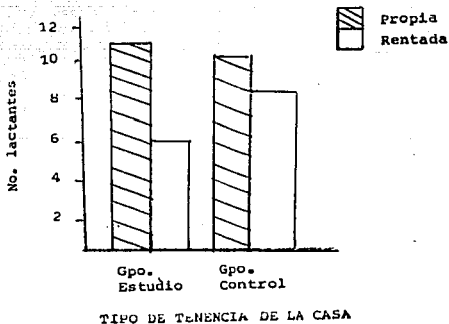


Gráfico 7: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a estado civil  
U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

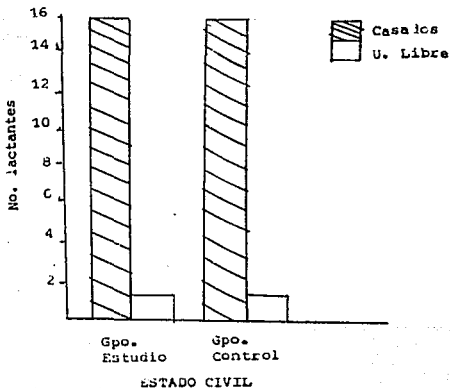


Gráfico de lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a NO. de hijos por familia U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

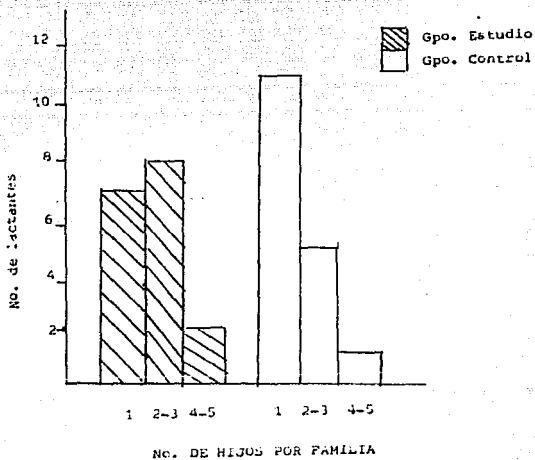
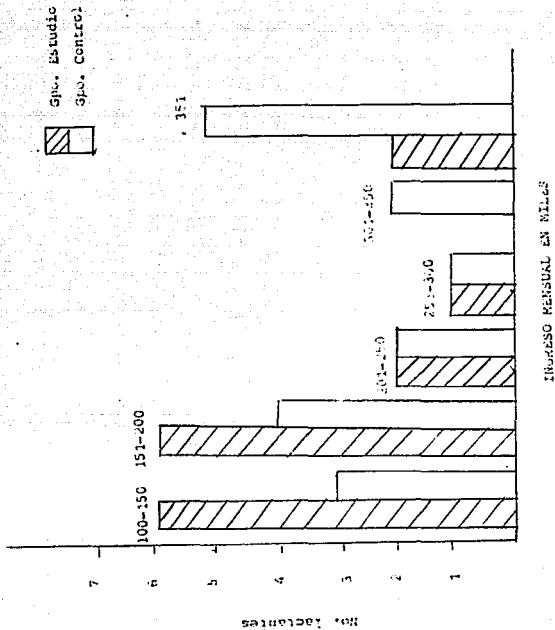


Gráfico 9: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a ingreso mensual por familia U.S.P. 20 U.P. Oct. 67 - Enero 68



Se muestran los hábitos de los menores del grupo de estudio en relación a la escolaridad de los padres U.M.F. 20 D.F.  
Oct. 87 - Enero 88

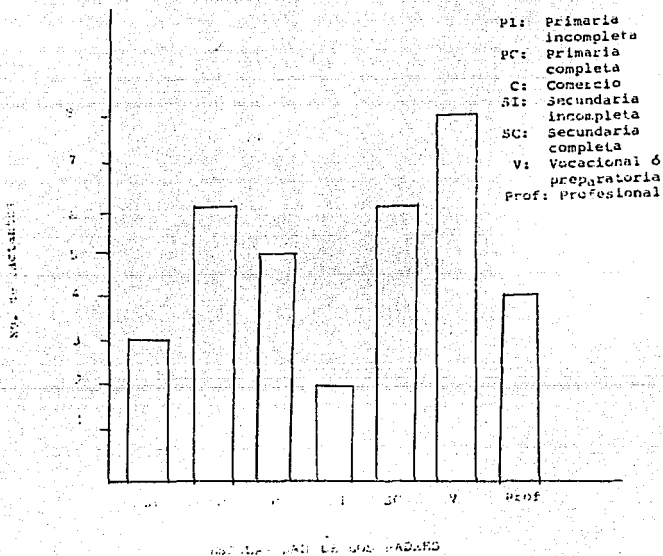
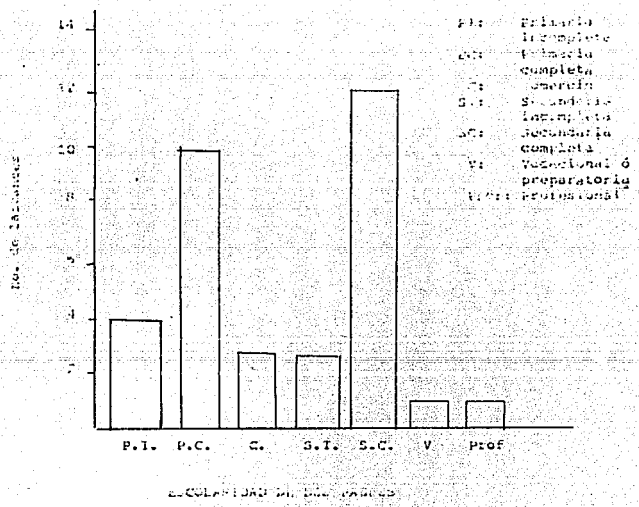


Gráfico 1: Evolución de la matrícula en las escuelas de la zona de estudio, 1970-1980.



ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

Gráfico 12: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a edad del niño en que se inicia la ablactación U.M.F. 20 D.P. Oct. 87 - Enero 88

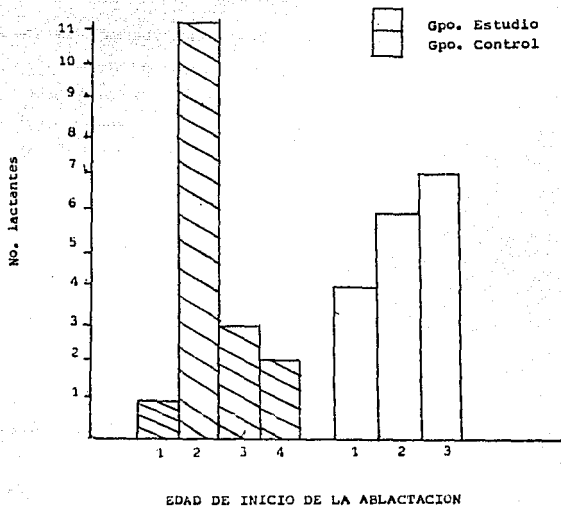
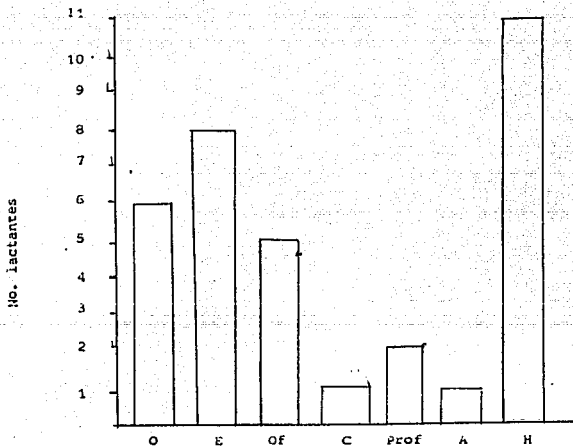


Gráfico 13: Lactantes menores del grupo de estudio en relación a ocupación de los padres  
U.R.F. 27 D.F. Oct. 67 - Área 48



O: Obrero E: Empleado Of: Oficio C: Comerciante  
Prof: Profesional A: Auxiliar Enfermería H: Hogar

OCUPACION DE LOS PADRES

Gráfico 14: Lactantes menores del grupo control en relación a ocupación de los padres  
U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

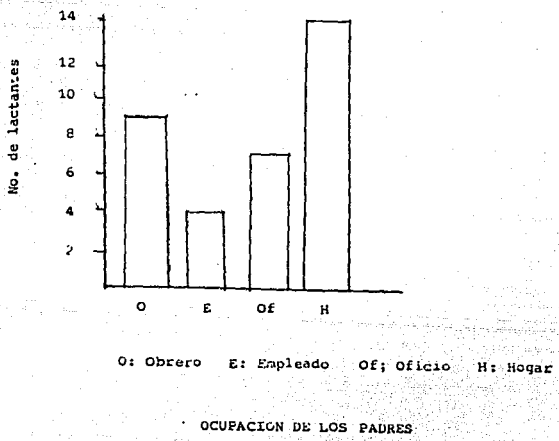




Gráfico 15: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación al tiempo de alimentación al seno materno U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

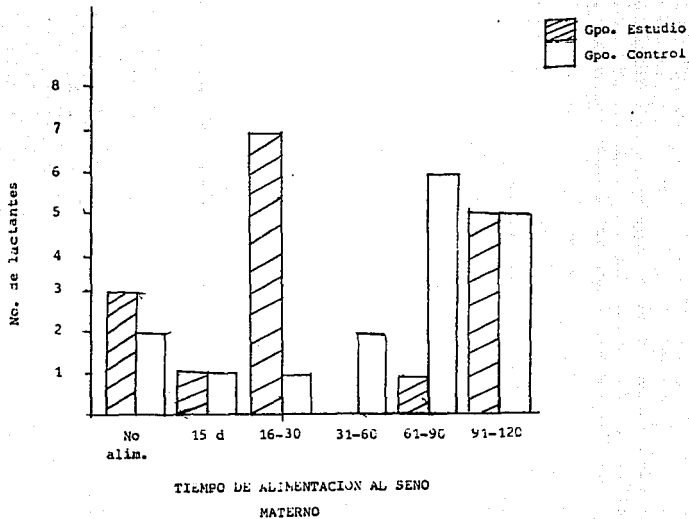


Gráfico 16: Lactantes menores del grupo de estudio en relación obtenida por los padres en examen previo al proceso enseñanza/aprendizaje U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

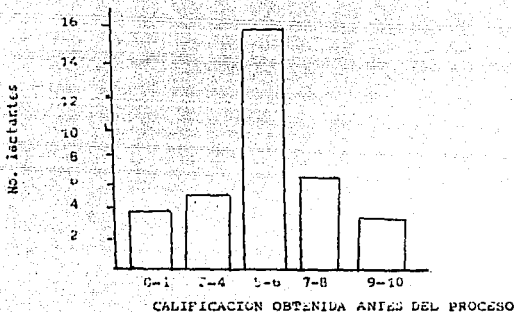


Gráfico 17: Lactantes menores del grupo de estudio en relación a calificación obtenida en examen posterior al proceso enseñanza/aprendizaje

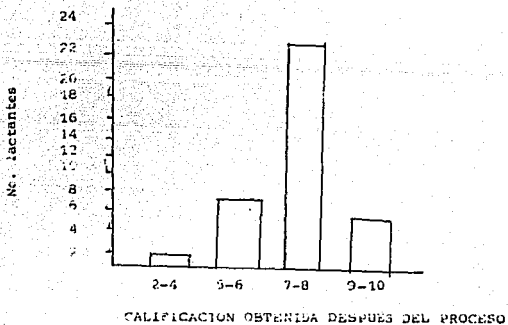
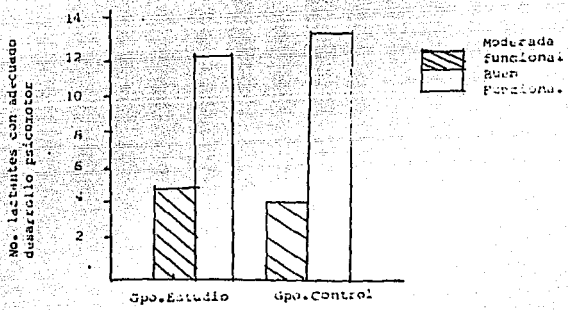
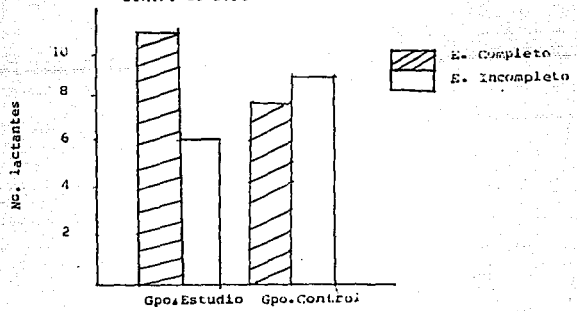


Gráfico 18: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a funcionalidad familiar y desarrollo psicomotor del niño U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88



FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Gráfico 19: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a esquemas de vacunación U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88



ESQUEMAS DE VACUNACION

Gráfico 20: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a estado nutricional del niño al final del estudio U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88

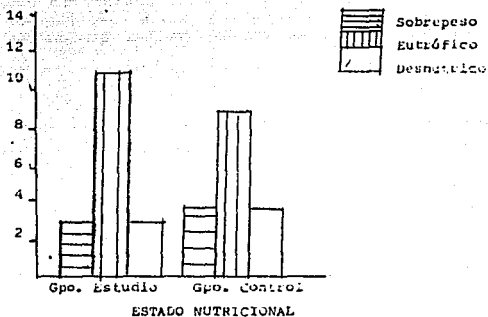
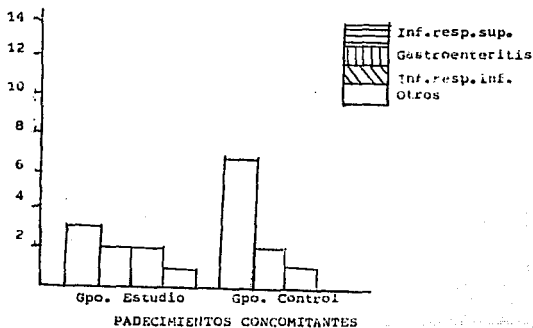


Gráfico 21: Lactantes menores del grupo de estudio y control en relación a padecimientos concomitantes U.M.F. 20 D.F. Oct. 87 - Enero 88



Otros: abarca un caso de estrabismo, intoxicación medicamentosa

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE  
LOS RESULTADOS.

Tanto el grupo de estudio como el de control, estuvieron compuestos por más mujeres que hombres, la razón fué de 1.1 a 1.1 respectivamente, esto se explica ya que según datos demográficos hacen en igual proporción hombres y mujeres, pero estas tienen mayor supervivencia (Vid. Supra cuadro 1).

La mayoría de los partos fueron de tipo outósico, siendo en un porcentaje de 82% en el grupo de estudio y 65% en el grupo control, los obstétricos fueron atendidos mediante cesárea, se corrobora que la mayoría de los partos son sin complicaciones (Vid. Supra cuadro 2).

El peso que tuvieron los niños al nacer en el grupo de estudio fue predominantemente en un 46% entre 2501 a 2751 y 3000 a 3252, en el grupo control el 47% de los niños está entre 2,752-3002, como se puede observar la mayoría de los niños pesan menos de 4 kilos, pero están dentro de los límites para comenzar cuadráticos, que fue uno de los criterios de inclusión para este trabajo (Vid. Supra cuadro 3).

La edad de los padres en el grupo de estudio el 88% tuvieron menos de 34 años y en el grupo control el 91% tiene menos de 34 años, como se puede observar la mayoría de los jóvenes y están en la edad reproductiva, se observa que en la edad de 15 a 19 años solo hay tres padres tanto del grupo de estudio como el de control, esto se puede explicar ya que las parejas de esta edad tienen un porcentaje grande que anteriormente (Vid. Supra cuadro 4).

En los dos grupos el 25% de los niños actualmente está alimentado al seno materno y hay que considerar que la edad de la lactancia entre los 3 a 5 meses, se recomienda prolongar la lactancia hasta los 6 meses, este pobre porcentaje lo podemos explicar por la tendencia materna de alimentar por un tiempo después con el retorno al bebé y hace falta información de las ventajas de la lactancia de este tipo de alimenta-

ción.

El 94.1% de las parejas son casadas por lo civil tanto en el grupo de estudio como en el de control, parece que la juventud está consciente que la base de la familia es el matrimonio y no está arraigada la costumbre en nuestro pueblo de unión libre lo cual es mal visto por la sociedad (Vid. -- Supra cuadro 6).

En el grupo de estudio el 64.7% tiene casa propia y el de control solo el 41% está en la misma situación, esto aparentemente no se puede explicar debido a lo pequeño de la muestra.

Observamos que las familias tienden a disminuir el número de niños, el 41% del grupo de estudio y el 64% del grupo control tienen un solo hijo, esto lo podemos explicar debido a que existe una adecuada información del Programa de Planificación Familiar y al parecer las parejas toman conciencia de esto y solicitan información al respecto.

Con respecto al salario que perciben las familias mensualmente, en grupo de estudio, el 88% percibe menos de \$300,000, en el de control el 71% gana menos de \$350,000 esto es aproximadamente una vez y media el salario mínimo lo cual concuerda con el tipo de población de hechoablemente la cual procede de medio socioeconómico medio (Vid Supra cuadro 7).

Esto concuerda con los datos obtenidos con respecto a la ocupación de los padres, se puede observar que el 24% de ellos son empleados en el grupo de estudio y el 29% obreros en el grupo control, además en total 8 mujeres de los 2 grupos contribuyen al ingreso familiar, con lo que se observa una mayor tendencia de la mujer a tener participación de la actividad económica (Vid. Supra cuadro 10).

En el grupo de estudio el 64% de los niños empezaron a trabajar antes de los 12 meses y en el de control el 41% empezaron a los 3 meses, esta evidencia la falta de información parental los padres que ya educan oportunamente a sus hijos

(Vid. supra cuadro 5).

En el grupo de estudio el 44% de los padres tienen un nivel medio superior (vocacional o preparatoria) y el de control el 35% tiene secundaria completa, se puede observar que existe la tendencia a estar mejor preparados para lograr un mejor empleo, las madres del grupo también a tener estudios a nivel comercial y el de control tienden a tener un nivel de secundaria completa, las mujeres prefieren estar mejor preparadas para el momento de poder contribuir al ingreso familiar; ya no se prepara únicamente para el papel de madre (Vid. supra cuadro 5).

La calificación obtenida por el grupo de estudio antes del proceso enseñanza/aprendizaje predominó entre 5 y 6 que es el 46%, el 9 y 10 sólo es alcanzado por el 9%.

Después del proceso ya el 61% obtiene entre 7 y 8, el 15% alcanza el 9 y 10, esto se explica a que los padres ya fueron sometidos a un proceso en el cual se les dio a conocer los datos que se les preguntaba en los reactivos (Vid. supra cuadro 11).

Con relación a la escolaridad de los padres con el número de hijos, podemos ver que con un nivel profesional se tiende a tener un número menor de hijos, solo tienen un hijo con primaria terminada tienen entre 4 a 5 hijos.

En el grupo control con un escolaridad de nivel medio tienen un solo hijo, aparentemente se puede decir que a mayor escolaridad menor número de hijos (Vid. supra cuadro 12).

Con una ocupación de obrero la mayoría solo tiene un hijo y como empleado tienen de 2 a 3 hijos tanto en el grupo de estudio como en el de control, esto aparentemente no tiene explicación (Vid. supra cuadro 13).

Los padres con vocacional o preparatoria son los que alcanzan la calificación predominante posterior al proceso de enseñanza/aprendizaje (7 y 8), la calificación más baja es alcanzada por una persona con primaria incompleta esto se puede explicar que a mayor escolaridad aparentemente mayor capaci-

dad de poder asimilar los conocimientos (Vid. supra cuadro - 14).

Las amas de casa son las que sacan la calificación que más predomina (7 y 8), seguida por los padres que son empleados, esto lo podemos deducir ya que son mujeres las que están en contacto más estrecho de los hijos y observan detenidamente sus cambios tanto en crecimiento como en desarrollo, aunque antes del proceso sus conocimientos eran empíricos (Vid. supra cuadro 15).

Como señalábamos la ablactación en el grupo de estudio se realiza a los 2 meses y las madres presentan una escolaridad de comercio en adelante.

En el grupo control se realiza más tardíamente y la escolaridad predominante es de primaria y secundaria completa, es lo aparentemente radica que a mayor escolaridad ablandan más adecuadamente, existiendo una relación directa.

Con relación a la talla alcanzada al final del estudio se observa que el grupo control tiene estatura más alta, el 24% del grupo control está en 66 cm. y el 36% del de estudio está en 64 y 65 cm. esto no se puede valorar ya que no contamos con la talla inicial, pudiendo influir la estatura de los padres, etc. (Vid. supra cuadro 17).

Al peso que tienen en el mes de enero los niños del grupo de estudio, el 35% está entre 6502 a 6752, el promedio de aumento fue de 3,644 desde que se inició el estudio hasta el final, en el grupo control el 41% se encuentra entre 7255 a 7505 y el 30% en 6251-6501, el promedio de aumento fue de 3,778 kg. en el tiempo que duró el estudio, estas cifras son concordantes con los aumentos que refieren la literatura de 750 gr. por mes durante los primeros 4 meses y 500 gr. por mes durante los segundos 4 meses (Vid. supra cuadro 18).

Con lo referente a datos del perímetro cefálico, el grupo de estudio presentó cifras más grandes, el grupo de estudio tiene 30% con 40 cm. y el 60 control 29% con 41 cm. esto se puede explicar ya que como informamos alcanzaron una ta-

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



lla más alta y al parecer existe una relación entre esta y M. no contamos con una medida para poder valorar (Vid. supra cuadro 19).

La ocupación materna tiene que ver con el tiempo que es alimentado al seno materno el niño, ya que se observa que tanto en el grupo de estudio como en el grupo control, la que está dedicada al hogar, alimenta por más tiempo a su hijo, esto se puede explicar ya que la que contribuye al ingreso familiar tiene solo 7 meses de incapacidad y se tiene que reintegrar a su trabajo al término de la misma tendiendo que dejar a su hijo al cuidado de familiares o guarderías por lo que se ve en la necesidad de recurrir a las fórmulas lácteas (Vid. supra cuadro 20).

Con relación a la escolaridad materna y tiempo de alimentación al seno materno podemos observar que ésta no influye, ya que con nivel medio superior o con primaria se comportan de la misma manera los dos grupos, esto demuestra que es determinante la información que se le da a los padres y en especial a la madre. (Vid. supra cuadro 21).

En relación a ingreso mensual con tenencia de la casa en el grupo de estudio con un salario de 151,000 a 200,000 el 29% tiene casa propia y el 11.7% con salario de 351,000 rentan en el grupo control el 24% tiene casa propia con un salario de 201,000 a 300,000 y el 22% con 351,000 al mes, renta, esto se puede explicar ya que los tienen poco salario por lo general se viven con sus familias para ayudarse en este aspecto, siendo dedicado su salario a cubrir otras necesidades (comida, ropa - recreación), por el contrario los que rentan, como su sueldo es un poco mayor pueden vivir separados de su familia y afrontar los gastos (Vid. supra cuadro 22).

Con lo referente al desarrollo psicomotor y la funcionalidad familiar, no podemos afirmar que ésta incluye ya que todos tuvieron buen desarrollo psicomotor a pesar de que la familia sea funcional o moderadamente funcional, lo cual más bien depende de los estímulos que se le da al niño (Vid. supra 23).

El grupo de estudio presenta el 65% de los niños con es-  
quemas completos en comparación con el 47% del grupo control -  
esto pone de manifiesto que mientras mayor informado estén los  
padres estarán más al pendiente de que el esquema se lleve ade-  
cuadamente se realiza prueba de significancia estadística, u-  
tilizando la Chi cuadrada respecto a esquemas completos o in-  
completos, la cual tuvo un  $p$  mayor de 0.05 lo cual no fué signi-  
ficante esto fué dado por el azar (Vid. supra cuadro 24).

Al término de estudio en el grupo de estudio el 64% de --  
los niños son eutróficos, 18% desnutridos, en el de control el  
53% fué eutrófico y el 23% presentó algún grado de desnutri-  
ción, lo cual pone una vez más la importancia de una buena ali-  
mentación que cumple las leyes de ésta, lo cual fué informado  
a los padres durante el proceso de enseñanza/aprendizaje (Vid.  
supra cuadro 25).

El grupo control tuvo 8 pacientes enfermos y el grupo con-  
trol 10, los principales padecimientos en los 2 grupos fueron  
de tipo infeccioso respiratorio, gastrointestinal, esto se pu-  
de explicar a que en el grupo de estudio aprendieron a prevenir  
las enfermedades y a detectarlas oportunamente.

Se realizó la prueba de significancia estadística, utili-  
zando la Chi cuadrada con respecto a niños sanos y enfermos, -  
obteniendo una  $P$  mayor de 0.05 la cual no fué significativa, es  
dado al azar. (Vid. supra cuadro 25).

Con los resultados obtenidos se comprueba la hipótesis --  
aunque la prueba de Chi cuadrada no fue significativa, ya que -  
el grupo de estudio alcanzó un mejor estado de salud que el -  
grupo control puesto que se logró modificar la conducta de las  
familias sometidas al proceso enseñanza/aprendizaje se logró  
cubrir parcialmente con los objetivos que se plantearon al in-  
icio del estudio, pues se vió la utilidad del proceso E/A en  
la práctica del Médico Familiar, se detectó la funcionalidad  
familiar, pero se requirió haber tenido las tallas perimetro

celfónico iniciales del grupo control, para que se hubieran podido comparar.

## CONCLUSIONES

- 1.- Existe menor desnutrición en los niños, cuya familia fué sometida a un proceso de enseñanza/aprendizaje, 18% del grupo de estudio, 23 del grupo control.
- 2.- Las familias que participan en un proceso de enseñanza/aprendizaje aprende a prevenir y a detectar oportunamente los padecimientos infecciosos más frecuentes en los niños 8 enfermos en el grupo de estudio, 10 en el de control.
- 3.- Si una familia participa en un proceso de enseñanza/aprendizaje, lo ablaeta a una edad adecuada (a los 2 meses), -- 64% del grupo de estudio contra 33% del grupo control.
- 4.- La escolaridad de la madre influye para que se ablaete al niño oportunamente (de un nivel medio en adelante) 47% del grupo de estudio, 23% del grupo control.
- 5.- Las familias sometidas a un proceso de enseñanza/aprendizaje, tienen esquemas de vacunación en sus hijos más completos 61% del grupo de estudio, 47% del grupo control.
- 6.- A mayor escolaridad de los padres mayor poder de asimilación de los conocimientos dados, 17.6% del grupo de estudio con escolaridad media superior saca entre 9 y 10.
- 7.- La funcionalidad familiar no influye en el desarrollo psicomotor del niño, buena funcionalidad en el 71% del grupo de estudio y 76% del grupo control.

## COMENTARIOS

La edad infantil se caracteriza por ser una etapa de grandes cambios, además de ser uno de los grupos que más solicita atención médica, debido a las altas tasas de morbi-mortalidad que presenta, por esto el Médico Familiar debe hacer saber a los padres la forma de prevenirlos, además de darles a conocer aspectos de crecimiento y desarrollo normal, ya que por lo general lo desconocen y cuando existe alguna anomalía se encuentran incapacitados para detectarlos y solicitar atención médica oportuna.

En la actualidad esta tarea se le recomienda al servicio de paramédicos y trabajo social. Los cuales imparten la información, pero se ha visto que en muchas ocasiones no es la madre la que la recibe, sino la abuelita, tía o algún otro familiar, quedando los padres al margen de los conocimientos.

Cuando los padres acuden conjuntamente a recibir la información y existe intercambio de ideas, al asistir conjuntamente a un proceso de enseñanza/aprendizaje de objetivos y tiempo limitados se logra elevar el estado de salud del niño a pesar de que en este estudio la prueba de Chi cuadrada no fué significativa, los datos que se obtuvieron fueron alentadores.

El programa de control del niño sano abarca desde recién nacido a la edad de 4 años, el tiempo que se empleó en este trabajo fué de 4 meses, lo cual es poco tiempo para poder observar más diferencias entre los grupos.

Sugiero que estos grupos pudieran seguirse para volver a realizar estudios comparativos, ya que en un futuro se vería la repercusión de someter a una familia a un proceso de enseñanza/aprendizaje.

## RESUMEN.

Los objetivos del presente trabajo fueron demostrar la utilidad del proceso de enseñanza/aprendizaje de objetivos y tiempo limitado en la práctica del Médico Familiar y observar las diferencias en el estado de salud de 2 grupos de niños, uno de los cuales, su familia fué sometida al proceso enseñanza/aprendizaje y el otro recibió información de Trabajo Social.

El ser humano tiene una gran capacidad de asimilar conocimientos, los cuales van a modificar la conducta.

La edad infantil es uno de los grupos que más solicita atención médica y que se encuentran en etapa de crecimiento y desarrollo, cuyos aspectos son desconocidos por los padres.

Aquí intentamos observar la utilidad que tiene someter a una familia a un proceso de enseñanza/aprendizaje, en comparación a la información dada por trabajo social, en relación al estado de salud del niño sano menor de un año.

Se trabajó con dos grupos de familias deochhabientes a la U.I.A., 20 constituida por 17 familias cada uno, uno se denominó de estudio y otro de control.

El de estudio fué sometido a un proceso de enseñanza/aprendizaje empleando la técnica de laboratorio social, en donde se trataron los siguientes temas: 1) Importancia del control prenatal. 2) Crecimiento y desarrollo normal del niño. 3) Alimentación durante el primer año de vida. 4) enfermedades más frecuentes en el niño. 5) Vacunas.

Se trató de intercambiar ideas entre las parejas asistentes que enriquecieron el conocimiento.

El grupo control recibió información por parte de trabajo social.

A ambos grupos se les aplicaron los anexos I, II, III con los cuales se determinó estado biológico, nivel socioeconómico y funcionalidad familiar.

El grupo de estudio fué seguido por un residente de 2o. año de Medicina Familiar y el de control fué visto por un Médico

Al final del estudio se compararon ambos grupos obteniendo los siguientes resultados: en los esquemas de vacunación el 61% del grupo de estudio estaba completo y en el de control el 47% tenía esquema de vacunación completo, en relación a estado nutricional, el 13% del grupo de estudio tuvieron algún grado de desnutrición, en el de control el 23% estaba en las mismas condiciones.

Ocho pacientes enfermaron en el grupo de estudio y en el de control 10.

Esto pone de manifiesto la importancia de que una familia reciba la información, ya que en el caso del grupo control no fue siempre la madre quien acudió a la plática, sino la abuelita, hermana, vecina, etc. con lo que la madre quedaba al margen de estos concimientos, además del hecho de que la familia acudía al proceso enseñanza/aprendizaje la involucra a toda y no delimita el cuidado del niño solo a la madre.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bauleo A., Aprendizaje Grupal: Ideología de grupos y familia. Impreso en Argentina, Ed. Folios 1974 p. 13-20
- 2.- Freire P., Pedagogía del oprimido, Impreso en México 1980 Ed. Siglo XXI.
- 3.- Gavilño et, al. Métodos, Técnicas, actividades, recursos y estrategias de aprendizaje 1983 p. 1-53
- 4.- Gessel A., Diagnóstico del desarrollo, Impreso en Cuba - Ed. Revolución 1971 p. 33
- 5.- Nelson et, al. Tratado de pediatría, Impreso en México Ed. Salvat tomo I 1983 p. 11,16,18,22,24.
- 6.- Palacios, Introducción a la Pediatría, Impreso en México 1983 Ed. Méndez Oteo 2a. Edición p. 357-64
- 7.- Ruiz Reflexiones en torno a las teorías del aprendizaje Perfiles educativos CIES-UNAM No. 2 Julio-agosto 1983 p. 32-47
- 8.- Julius Max, Síndromes Pediátricos, Impreso en México -- La Prensa Médica Mexicana 1977 p. 1-10
- 9.- Torroela J., Pediatría, Impreso en México 3a. reimpre-- sión Ed. Méndez Oteo p. 66-68, 89-95.
- 10.- Valenzuela H., Manual de Pediatría, Impreso en México 1ra. Edición Ed. Interamericana p. 78-88, 131-7, 138-43 152, 164-4
- 11.- Garzar Charur, La dinámica de los grupos de aprendizaje desde un enfoque operativo, Revista Perfiles educativos No. 9 México, 1983 CIES-UNAM, p-14-30





CONTINUA POR FAVOR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Ede. de la madre \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Sexo civil: \_\_\_\_\_  
 Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_ Ocupación del padre: \_\_\_\_\_  
 Edad del padre: \_\_\_\_\_ Escolaridad del padre: \_\_\_\_\_  
 Vivienda: Casa sola \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_  
 Tenencia: Propia: \_\_\_\_\_ Arrendada \_\_\_\_\_  
 Cuantas personas viven en su casa: \_\_\_\_\_  
 Tiene animales en su casa: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Tiene radio: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Escucha regularmente el radio: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Tiene televisión: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Acostumbra ver diariamente la T.V.: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Qué religión practica usted? \_\_\_\_\_  
 Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_  
 Ingreso mensual por toda la familia: \$ \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR

De las siguientes preguntas, conteste la opción que considere sea la más correcta.

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS OCASIONES	DIFÍCIL MENTE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia --- cuando tiene un problema?	_____	_____	_____
b) ¿Conversa entre ustedes los problemas que tienen en su casa?	_____	_____	_____
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	_____	_____	_____
d) ¿Los planes de semana son compartidos por todos los de la casa?	_____	_____	_____
e) ¿Siente que su familia lo quiere?	_____	_____	_____

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

3. - El primer signo de embarazo, la hinchazón de la vagina, se considera correcta.

1.- El signo prometuro es aquel que:

- a) No se ve más de las 12 semanas de embarazo
- b) El niño que nace con un peso superior a 4 kg
- c) El que tiene por aparición el color
- d) El hijo de una mujer que ha estado embarazada
- e) El niño que nace con un peso superior a 4 kg, pero antes de la semana 30 de embarazo

2.- La edad hasta la que se considera a un niño recién nacido es:

- a) Hasta el año de edad
- b) Hasta los 28 días de nacido
- c) Hasta llegar a los 7 kilos de peso
- d) El que solo recibe leche materna
- e) Hasta los 6 meses de vida

3.- Se entiende por crecimiento lo siguiente:

- a) El aumento en la edad del niño
- b) El cambio en la alimentación del niño
- c) El aumento en el peso y talla del bebé
- d) Modificaciones en la conducta del niño
- e) Introducción de nuevas alimantas en la dieta del niño

4.- El peso normal de un recién nacido a término al momento del nacimiento es:

- a) El que está entre 3 y 5 kilos de peso
- b) El que pesa menos de 2,5 kg
- c) Entre 1,500 g y 4 kilos
- d) Entre 2 y 3 kilos
- e) 5 kilos aproximadamente

5.- La talla al momento de nacer es normalmente:

- a) 50 cm
- b) 70 cm
- c) 1 metro
- d) 60 cm
- e) 80 cm

6.- Además del peso y la talla otros parámetros que se deben tomar en cuenta para evaluar el estado del niño son los siguientes a excepción de:

- a) Perímetro cardíaco
- b) Perímetro torácico
- c) Perímetro abdominal
- d) Perímetro del brazo
- e) Rodilla

7.- El signo de embarazo que se ve en la vagina es el de:

- 7.- El niño comienza a sonreír y seguir objetos con la mirada a la edad de:
- 9 a 11 meses
  - 1 año
  - 4 meses
  - 1 a 4 meses
  - 2 años
- 8.- El niño se sienta sin curso a la edad de:
- Un año
  - 3 a 4 meses
  - 5 meses
  - Un mes
  - Al nacimiento
- 9.- La dentición temporal consta del siguiente número de piezas dentarias:
- 2 dientes
  - 5 dientes
  - 32 piezas
  - 16 piezas
  - 20 piezas
- 10.- El niño a la edad entre 6 y 8 meses debe contar con el siguiente número de dientes:
- 2 dientes
  - 5 dientes
  - 20 dientes
  - 4 dientes
  - 6 dientes
- 11.- Para que un niño crezca sano hay que llevarlo cada mes a consulta donde se vigilará los siguientes aspectos:
- Promover la salud general del niño
  - Efectuar la protección de la salud por medio de vacunas
  - Detección de enfermedades antes de que se manifiesten
  - Atender enfermedades ya manifestadas
  - Todo lo anterior
- 12.- La leche materna se debe otorgar al niño a la edad de:
- 3 meses
  - 6 meses
  - Un año
  - 2 años
  - 6 meses

Pasa a la siguiente hoja ...

- 13.- Una característica importante de la leche materna que no tienen otros tipos de leche (de vaca, chivo) es:
- tiene anticuerpos
  - Es igual a todos los tipos de leche
  - su olor
  - Su color
  - Hay que prepararla para dársela al niño
- 14.- Se entiende por ablactación lo siguiente:
- quitar el seno materno al niño
  - darle otro tipo de leche diferente a la de la madre
  - darle otros alimentos que sean diferentes a la leche
  - Bañar al niño
  - Aplicarle sus vacunas
- 15.- Los alimentos picados se le dan al niño a la edad de:
- 7 meses
  - 2 meses
  - Al año de edad
  - 2 años
  - Al mes
- 16.- Uno de los alimentos que se le debe dar al niño a la edad de dos meses es:
- Carne molida
  - fruta en papillas
  - Huevo
  - Gelatina
  - Caldo de frijol
- 17.- Los siguientes datos nos permiten indicar que un niño está deshidratado:
- Ojos hundidos
  - Lengua seca
  - Falta de lágrimas
  - Fontanela anterior deprimida (mollera caída)
  - Todos los anteriores
- 18.- Ante un niño que presenta diarrea hay que:
- Suspender la alimentación
  - que sea igual la alimentación
  - Aumentar la cantidad de alimentos
  - dar abundantes líquidos
  - No darle líquidos
- 19.- Un catarro común debe desaparecer normalmente en:
- 3 días
  - Un mes
  - 7 días
  - 5 días
  - 2 semanas

Pasa a la siguiente hoja.

- 20.- Las vacunas que se deben aplicar al niño durante el primer año de vida son:
- a) Contra la poliomielitis
  - b) Contra la difteria, tosferina y tétanos
  - c) Tuberculosis
  - d) Sarampión
  - e) Todas las mencionadas
- 21.- La vacuna triple (DPT) se administra:
- a) Intramuscular
  - b) Oral
  - c) Venosa
  - d) Rectal
  - e) Subcutánea
- 22.- Cual es el número de dosis que se administran de la vacuna contra la polio:
- a) 3
  - b) 6
  - c) 8
  - d) Una
  - e) 2
- 23.- La vacuna del sarampión se aplica a la edad de:
- a) Un mes
  - b) 2 años
  - c) Un año
  - d) tres meses
  - e) 4 meses
- 24.- La complicación más importante de la diarrea es:
- a) Bronquitis
  - b) Deshidratación
  - c) Sangrado
  - d) Infección generalizada
  - e) Alteración de la piel
- 25.- En la desnutrición se afecta principalmente:
- a) Peso y talla
  - b) Dentición
  - c) Perímetro de la cabeza
  - d) Perímetro de brazo
  - e) Perímetro de pierna

## IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL PARA TENER UN BEBÉ SANO

Se entiende por control prenatal, la atención médica que la futura madre debe recibir durante el embarazo, para poder tener un niño sano. Este control debe ser desde que la mujer no presenta su regla para hacerle el diagnóstico de embarazo.

El médico debe de vigilar su estado general de salud y - solicitar exámenes para detectar anemia (disminución de glóbulos rojos en la sangre), infecciones en orina, diabetes (azúcar elevada en la sangre), sífilis (enfermedades adquiridas - por contacto sexual), de que tipo de sangre es, etc.

Se debe vigilar cómo va aumentando de peso la madre durante el embarazo debe aumentar normalmente de 9 a 11 kilos en total.

Si aumenta mucho de peso nos indicaría que está aumentando por retención de agua o que puede tener gemelos, e incluso -- que está comiendo en forma exagerada.

Siempre en cada consulta el médico checará la presión arterial ya que hay una enfermedad en que la presión arterial -- está elevada y que puede complicar el embarazo y el parto.

La toxemia del embarazo se puede manifestar por dolor de -- cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa, mareos, edema de -- piernas (hinchazón) y la presencia de proteínas en la orina -- (esto se descubre por medio de laboratorio).

Si esta toxemia no se detecta a tiempo se puede complicar con convulsiones e incluso la muerte de la madre y el niño, -- se ve con más frecuencia en mujeres menores de 20 años e -- mayores de 35, y se presenta generalmente en los últimos 3 -- meses de embarazo.

Otro aspecto que siempre se lleva a cabo en la consulta es la exploración física de la madre para ver cómo va creciendo el producto dentro de la matriz, esta crece aproximadamente -- 4 cm por cada mes en los últimos 6 meses, además de detectar



si viene bien acomodado (es decir de cabeza) . .

El médico investigará si existe sangrados vaginales, ya que si se presenta en los primeros 3 meses puede señalar el peligro de un aborto (muerte del producto dentro de la matriz) o si es en los últimos meses, puede indicar problemas de la placenta.

El objetivo del control prenatal no es sólo revisar a la madre y al producto sino también proporcionarles orientación sobre alimentación e higiene.

Con respecto a la alimentación, la madre debe tener una buena ingesta de proteínas, ya que durante los primeros 3 meses del embarazo se forma el bebé y después de estos meses el niño experimenta un crecimiento que requiere de muchas proteínas.

Los alimentos más recomendados son huevo, leche, carne y -- verduras (con alto contenido de proteínas).

La madre debe tomar aproximadamente un litro de leche diaria, esto le proporciona calcio necesario para la formación de los huesos del niño y para que los dientes de la madre y el futuro niño estén sanos.

Las verduras y vegetales proporcionan las vitaminas necesarias.

Con respecto a la higiene, se recomienda el baño diario, la lavado de los dientes después de cada alimento, en caso de caries acudir al dentista, ya que los dientes cariados son un foco de infección que puede afectar la salud de la madre y el niño.

Debe utilizar ropa holgada y no debe usar zapato de tacón, el ejercicio más recomendable en el embarazo es el caminar en lugares como jardines para favorecer la oxigenación de la madre y del niño.

Con respecto a las relaciones sexuales durante el embarazo estas no deben limitarse mientras no den problemas.

En los últimos meses del embarazo el séptimo u octavo mes hay que preparar los senos para dar de comer al niño, esto --

se realiza lavando suavemente el pezón diariamente aproximadamente 10 minutos con algodón o un trapo limpio, jabón y dándose se masaje.

El buen control prenatal, permitirá detectar complicaciones que en un momento dado pueden poner en peligro la vida de la madre o del niño, indicará el tipo de parto que tendrá la madre si se puede esperar un parto normal o cesárea.

Durante el embarazo se debe aplicar la vacuna contra el tétanos para evitar que el niño pueda adquirir esta enfermedad a través de contaminación del cordón umbilical, se aplica una dosis a los 7 meses de embarazo y otra a los 9.

CARACTERISTICAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
DE UN NIÑO

Un recién nacido es aquel que nace después de 9 meses ó 40 semanas de embarazo, que llora y respira al nacer y le late el corazón.

Pesa entre 2,500 y 4 Kg y con una estatura de 50 cm, con piel rosada, reflejo de succión (al acercarle objetos a la boca intenta chuparlos).

Si un niño nace antes de los 9 meses se dice que es prematuro y tendrá dificultades para sobrevivir ya que pesa menos de 2,500 gr, puede tener dificultades para respirar y no hay reflejo de la succión por lo que no puede comer por sí mismo, generalmente estos niños deben estar en incubadora ya que no regulan su temperatura y como nacen antes de tiempo sus órganos aún no están maduros.

Los cuidados que se le deben otorgar al recién nacido son los siguientes:

1.- Extraer las flemas de la nariz y garganta con una perilla.

2.- Limpiar el cordón umbilical diariamente con agua y jabón, hasta que se caiga, esto ocurre a los 7 u 8 días, no hay que cubrir con gasa, ni vendas ajustadas, ni poner remedios caseros.

3.- Recordar que la mayor parte del tiempo en niño está dormido (respetar el sueño del bebé).

4.- Evitar el contacto con personas adultas o niños durante la primera semana de vida.

5.- Bañarlo diario y limpiar su piel con un algodón con aceite.

6.- Que su cuarto tenga ventilación evitando corrientes de aire.

Durante el 1er. año de vida observamos un crecimiento importante entendiendo por crecimiento el aumento de peso y estatura, también observamos un desarrollo que es la adquisición

sición de habilidades que habremos de utilizar en nuestra vida futura.

El crecimiento se ve influenciado:

- 1.- Herencia, esto es propio de cada familia
- 2.- Las condiciones en que se haya encontrado la madre durante el embarazo.
- 3.- El tipo de alimentación que se le de al niño
- 4.- Si el niño practica o no ejercicio.
- 5.- Enfermedades que padezca el niño.

Con respecto al peso durante los primeros cuatro meses de vida un promedio de 750 mg. por mes.

De los 5 a los 8 meses aumenta 500 mg. cada mes.

De los 9 a los 12 meses aumenta 250 mg. cada mes.

Por ejemplo un bebé que al nacer pese 3 Kg, al año pesará 9 kilos.

Con respecto a la estatura mencionaremos lo siguientes:

Los primeros 4 meses aumenta un promedio de 3 cm. cada mes.

De los 5 a los 8 meses se aumenta alrededor de 2 cm. por mes.

De los 9 a los 12 meses se aumenta un cm. por mes.

Por ejemplo un bebé que al nacer tuvo una estatura de 50 cm, al año tendrá 75 cm.

Para poder tomar estos datos se requiere una cinta métrica y una báscula pesabebé.

Se debe medir también el perímetro de la cabeza, ya que es muy importante tomarlo en cuenta, ya que si este no aumenta adecuadamente habría compresión del cerebro y traer como consecuencia retraso mental.

Mencionamos al principio que el niño experimenta un desarrollo en el cual se adquieren habilidades que utilizaremos en nuestra vida, mencionaremos por meses esos cambios.

EDAD

1 a 4 meses

MANIFESTACION

Sonríe y sigue objetos --  
con la vista

EDAD	MANIFESTACION
2 a 4 meses	Sostiene la cabeza, trata de alcanzar los objetos
3 a 4 meses	Balbucea, reconoce a su madre
4 a 6 meses	Rueda sobre si mismo
6 a 8 meses	Se sienta, hace prehensión con la mano y se mete objetos a la boca
7 a 10 meses	Empieza a decir primeras - palabras ma-pa-da
8 a 10 meses	Comienza a gatear, transfiere objetos de una mano a otra
9 a 11 meses	Toma los objetos con los - dedos medio e indice
10 a 12 meses	Camina con ayuda

Durante el 1er. año de vida se inicia la dentición y ésta se inicia alrededor de los 6 meses y es la dentición temporal, consta de 20 dientes, los cuales aparecen de la siguiente manera;

- 6 a 8 meses debe tener 2 dientes
- 8 a 10 meses debe tener 4 dientes
- 10 a 12 meses debe tener 6 piezas
- 12 a 15 meses debe tener 8 piezas
- 15 a 18 meses debe tener 12 dientes
- 18 a 24 meses debe tener 12 dientes
- 24 a 30 meses existen 20 dientes

La dentición definitiva se inicia a los 6 años y consta de 32 dientes.

Así como en la madre es necesario llevar un adecuado control prenatal, en el niño se debe llevar un control médico, - el cual persigue los siguientes objetivos:

- 1.- Vigilar un adecuado crecimiento y desarrollo
- 2.- Prevenir y detectar enfermedades
- 3.- Dar indicaciones sobre alimentación e higiene.

4.- Vigilar que el esquema de inmunizaciones se vaya llevando de acuerdo a la edad que le corresponde.

El adecuado crecimiento y desarrollo de un niño debe vigilarse durante el 1er. año principalmente con un promedio de un mes entre consulta y otra, al parecer es una cosa sencilla, pero si la madre no conoce adecuadamente estos cambios puede alarmarse si no se presentan ó si se presentan de una manera inadecuada.

COMO DEBE SER LA ALIMENTACION EN EL  
PRIMER AÑO DE VIDA

Como mencionamos anteriormente, un buen crecimiento y desarrollo depende en gran parte de una buena alimentación, por lo que hablaremos acerca de ello.

No cabe duda que la leche materna es la más adecuada para el niño y es indiscutible su valor en los primeros 6 meses de vida.

Esta leche sufre variaciones conforme va creciendo el niño por lo que se le ha denominado de distintas maneras como:

**Calostro:** Es la leche de la madre que aparece en los últimos meses de embarazo y aumenta en los días que siguen al parto.

**Leche temprana** es la que se produce hasta 2 meses de edad del niño.

**Leche intermedia** es la que se produce de los 2 a los 6 meses de edad del niño.

**Leche tardía:** Se proporciona al niño a partir del séptimo mes.

Como hemos mencionado, la leche materna es un alimento de alta calidad, es en condiciones normales, suficiente en calorías, completa en nutrientes, equilibrada, estéril y adecuada a la edad del pequeño.

La composición de la leche dependerá de:

- 1.- La alimentación que reciba la madre y su estado de salud.
- 2.- La época en que se proporcione la lactancia, la leche tardía es de menor calidad que la temprana.
- 3.- La leche que se produce en la mañana es mejor que la que se produce en la tarde.
- 4.- Si se embaraza la madre antes del año.

La leche de la madre contiene unas sustancias llamadas

anticuerpos las cuales al ser recibidas por el niño de protegerán de enfermedades.

La leche materna debe ser de color blanco azulado, tibia opaca y de olor característico.

La técnica de darle la leche de la madre al niño es la siguiente:

Se debe proporcionar el pecho al niño cada 3 a 4 horas - aproximadamente y debe ser hasta que el niño quiera.

Las tetadas son de aproximadamente de 10 minutos aproximadamente en cada pecho.

El niño debe formar un ángulo de 45 grados en relación a la madre, colocando la madre el pezón entre sus dedos índice y medio, moviendo rítmicamente el pecho.

Después de que el niño ha quedado satisfecho es bien conocida la necesidad de colocar al niño en el hombro de la madre y golpearle suavemente la espalda para que expulse el aire que ingirió junto con la leche.

No se puede ofrecer el pecho al niño cuando:

- 1.- La madre tenga alguna infección gastrointestinal o respiratoria.
- 2.- Esté enferma del corazón, riñón, etc.
- 3.- Padezca diabetes
- 4.- Esté desnutrida
- 5.- El pezón este deforme
- 6.- Tenga infección o grietas en el seno
- 7.- El niño tenga labio leporino (labio incompleto)

La succión que ejerce el niño al tomar su alimento es el mejor estímulo para que se diga produciendo leche. Algunas madres dicen que no les dan pecho porque tienen poca leche.

En el caso de que exista contraindicación para la lactancia materna se le pueden ofrecer al niño las siguientes leches:

Leche de vaca, es un alimento popular, completo, de fácil adquisición.

La leche de vaca hierve a 96 grados y se debe dejar hervir 20 minutos.



Este tipo de leche contiene los mismos componentes que la leche de la madre pero presenta diferencias.

Las proteínas de la leche de vaca son de menor calidad.

Con respecto a los azúcares contienen menor cantidad que la de la madre por lo que hay que añadirsele.

Las grasas de la leche de vaca son menos digeribles que las de la leche de la madre.

La leche de vaca contiene todas las vitaminas, solo que al hervirla se pierde principalmente la Vitamina C.

Se le debe ofrecer el biberón cada 4 horas.

La leche de vaca debe tener estos requisitos:

- 1.- Provenir de animales sanos
- 2.- Ser pura, limpia de color y olor normal.
- 3.- No contener pus, sangre ni microbios

La leche de vaca se debe por lo tanto hervir y agregarle azúcar.

La leche de vaca no debe darsele a niños prematuros, ni con alergia a algún componente de la misma.

Otros tipos de leche son los siguientes:

Leche evaporada: este tipo de leche tiene poca agua, ya que se ha puesto a hervir para que se evapore.

Es estéril, se puede consumir en cualquier tipo de clima.

Se recomienda que antes de abrir la lata, se lave el bote con agua y jabón, una vez abierta se debe vaciar a un recipiente limpio y hervido, se debe guardar en el refrigerador.

De las leches en polvo mencionaremos lo siguiente:

Existen leches enteras y modificadas en protefanas:

La leche entera esta indicada en niños mayores de 6 meses ó a los 7 kilos de peso, de este tipo son Nido, Nesbrum, Plonilac.

La leche modificada en protefanas, los fabricantes se han preocupado por producir un tipo de leche parecida a la de la madre dentro de este tipo estan Enfalac, Nan, SMA.

Debe recomendarse que una vez abierta la lata se conserve bien tapada y en lugar fresco y seco.

Se debe utilizar una cuchara sopera y las medidas cuando tengan mango largo.

Las cucharas al igual que los biberones y las botellas - deben hervirse, se recomienda que después del primer hervor - del agua se deje 20 minutos hirviendo.

Hay dos términos muy importantes en la alimentación del niño, el destete y la ablactación.

Por destete se entiende la substitución de la lactancia materna por lactancia con leche de vaca, polvo, clavel.

Ablactación es la introducción de alimentos no de leche a la dieta del niño.

La ablactación debe iniciarse en todo niño sano alimentado al seno o artificialmente desde los primeros meses de vida ya que se le proporcionan vitaminas, proteínas y calorías -- por medio de estos alimentos y se puede empezar a disminuir la cantidad de leche que necesita.

A continuación mencionaremos un esquema de como se debe ir incrementando la alimentación en el niño y que alimentos se le pueden ir dando.

De recién nacido su alimentación consistirá en leche y líquidos como agua hervida, té, en esta edad toma aproximadamente 6 biberones al día, cada uno con una onza y media en promedio.

Al mes toma cinco biberones de 2 onzas, hie<sup>r</sup>ro en gotas.

A los dos meses toma 5 biberones de 4 onzas se agrega pa-  
pilla de fruta como manzana, pero, jugo de manzana.

A los 3 meses 5 biberones de 5 onzas e iniciar con cerea-  
les, puré plátano.

A los 4 meses 5 biberones de 6 onzas, caldo de frijol, pa-  
paya, papillas de chayote, espinacas, se le pueden dividir en -  
dos comidas.

A los 5 meses 5 biberones de 6 1/2 onzas, hígado de pollo.

A los 6 meses se le empieza a dar carne molida.

A los 7 meses damos 4 biberones de 7 onzas, se agregan --

jamón, pollo y se darán ya picados puesto que empieza la dentición.

A los 8 meses se daran 2 a 3 biberones de 8 onzas, alimentos picados, se agrega como postre gelatina, pan con mermelada.

De los 10 a 12 meses el niño puede tomar 2 biberones de 8 onzas, se agrega el huevo, este debe darse cocido nunca crudo.

## ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN LOS NIÑOS

Todos los padres deben conocer las enfermedades más frecuentes en los niños, ya que estas pueden ser graves y si se conocen desde un principio, se pueden evitar sus complicaciones.

Una adecuada vigilancia médica del niño sano ó aparentemente sano, requiere se realice cada mes durante el primer año de vida en la cual se detectaran estos padecimientos:

### Enfermedades diarréicas:

La diarrea es uno de los padecimientos más frecuentes que se registran en los niños, principalmente en los menores de 3 años.

La primera evacuación en el niño se presenta en el recién nacido normalmente a las pocas horas de nacido se le llama meconio y es de color obscuro y empieza a cambiar de color al iniciar la alimentación del bebé.

El número de evacuaciones del niño alimentado al pecho materno es de 3 a 5 al día, al llegar al año, se reducen de una a tres.

El aspecto de la evacuación en los niños alimentados al pecho son semilíquidas, color amarillo oro brillante sin moco con pequeños grumos de leche como coaguladas y olor agrio.

Si se toma leche en polvo, evaporada, las evacuaciones tienden a cambiar tanto su aspecto como olor y color, se tornan de café claro.

¿Pero que se entiende por diarrea? es un aumento en el número de evacuaciones y que disminuye su consistencia, esto es que de duras se vuelven líquidas.

Las diarreas se producen generalmente por tomar alimentos con microbios ó por:

1.- Que falte en el niño unas substancias que se hacen más digerible la leche, llamadas enzimas y que normalmente

están en los jugos gástricos e intestinales.

2.- No se le da la leche adecuada a su edad o la cantidad necesaria.

3.- Alérgia a sustancias de la leche

En México la causa más frecuente de diarrea es la producida por tomar alimentos con microbios por comer en la calle ó por estar mal preparados, estos pueden ser:

Bacterias, virus, parásitos y hongos.

La diarrea ha sido una de las causas más frecuentes de muerte en los niños.

En las infecciones del aparato digestivo, estas entran por la boca, estando contaminados los alimentos muchas veces por las manos de las personas que los preparan.

El cuadro de diarrea puede ser leve o grave.

En una diarrea leve existen hasta 3 a 4 evacuaciones líquidas o aguadas de color verde amarillento, pueden conservar el apetito y no pierde peso, no hay fiebre en ocasiones.

En una diarrea grave presentan más de 8 evacuaciones al día, vómito, fiebre, presencia de pus, sangre o moco en la evacuación.

La lengua está seca, ojos hundidos, fontanela anterior caída (la mollera), el abdomen inflamado.

Las complicaciones más importantes de la diarrea son la deshidratación y daño al riñón.

En la deshidratación se pueden encontrar los datos que señalamos en renglones anteriores, el daño al riñón se puede detectar porque el niño puede dejar de orinar.

El tratamiento de la diarrea comprende 2 aspectos:

1.- El manejo dietético      2.- El manejo médico

El manejo dietético: Si existe vómito persistente y abundantes evacuaciones en ocasiones se requiere ponerlo en ayuno este debe ser valorado por el médico.

2.- Administración de líquidos, deben ser mantenidos por 8 a 24 hrs para favorecer el reposo del intestino y reponer -

las pérdidas de agua que ocasiona la diarrea.

Una vez que el vómito empieza a desaparecer, se inicia la administración de pequeñas cantidades de leche, ésta en ocasiones requiere que se diluya hasta por dos días si es no cesario, debe iniciarse progresivamente la alimentación que ya tenía el niño.

El médico: se basa en la utilización de medicamentos -- adecuados al microbio que este causando la diarrea y debe ser recetados por un médico.

Generalmente el uso de antibióticos debe limitarse ya -- que la mayoría de las veces, la diarrea es causada por un -- virus y estos solo requieren tratamiento dietético y líqui-- dos.

También son muy útiles los sobres hidratantes (ya que -- se distribuyen gratuitamente en las instituciones de salud).

#### INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS

Estas enfermedades son frecuentemente padecidas por los niños y su incidencia aumenta en lugares con clima muy cambiante y en época de invierno.

Las infecciones de la nariz y la garganta son produci-- das frecuentemente por virus.

Un catarro común desaparece normalmente en 3 días y es favorecido por enfriamiento del niño, existe secreción por -- la nariz la cual al principio es transparente, y si cambia -- de color (amarillo o verde) esto indica que ya no sólo es -- por virus sino que estan involucradas bacterias, puede haber fiebre, y el niño se siente mal..

Faringitis: Es la inflamación de la garganta, puede ser favorecida por enfriamientos ó ser consecuencia de una infec-- ción en la nariz, la garganta se observa roja, si es por bac-- terias hay placas de color blanco puede haber fiebre, dolor al paso de los alimentos.

Amigdalitis: Son las que llamamos anginas, e igual que la anterior se puede deber a un catarro común o a un enfria-- miento, las anginas se observan rojas, en ocasiones con pun--

tos de pus, existe fiebre, dejan de comer, duran aproximadamente 3 días.

Una operación para quitar las anginas está indicada solo en ciertas circunstancias como por ejemplo que sean frecuentes las infecciones de las anginas (hasta 7 veces al año) ó que obstruyan la respiración debido a su tamaño.

Otitis: Es la infección del oído y puede ser consecuencia de un catarro común, faringitis, amigdalitis, existe llanto intenso, el pequeño mueve la cabeza hacia los lados, puede haber fiebre y supurar el oído.

El tratamiento de estas enfermedades al igual que en las diarreas debe ser médico y tener aspectos higiénicos.

Los aspectos higiénicos se basan en reposo, buena alimentación, limpiar su nariz, dar abundantes líquidos, evitar mucosidad, si existe fiebre se descubrirá al niño procurando que no existan corrientes de aire.

Con respecto al uso de antibióticos, estos no deben usarse sin ser indicados por el médico, la mayoría de estos padecimientos es por virus, lo que únicamente está indicado las medidas higiénicas.

Las neumonías y bronconeumonías son otro tipo de enfermedades respiratorias que por su gravedad deben manejarse en el hospital y que son generalmente complicaciones de cuadros respiratorios maltratados.

El niño se encuentra morado, con fiebre, dificultad para respirar esto lo podemos reconocer porque aumentan las respiraciones del niño, existe aleteo nasal, tiros intercostales (se sumen las costillas).

Desnutrición: Un buen crecimiento y desarrollo va a depender en gran parte de una buena nutrición.

La formación de tejidos y células requiere que haya buena alimentación.

La desnutrición en el niño es actualmente uno de los grandes problemas en el mundo.

La desnutrición se puede deber a:

- 1.- No se ingiera la cantidad necesaria de alimentos.
- 2.- Que el organismo se encuentre imposibilitado para asimilar los alimentos.

La desnutrición se debe ver desde un punto de vista de un solo individuo y en conjunto con la comunidad, ya que ésta influye grandemente en el estudio de salud del niño.

La desnutrición se puede observar en cualquier etapa del crecimiento del niño.

Una buena alimentación debe contener lo siguiente:

**Proteínas:** la cual tiene como función formar músculos, cálulas, estas sustancias se encuentran en la carne, leche, hugvo, pescado.

Los azúcares su función es dar energía, se encuentran en el pan, cereales.

Las grasas también proporcionan energía en mayor cantidad que los azúcares, se encuentran en chocolate, aceite, manteca.

En la desnutrición se afecta tanto al peso como la talla, por lo que basta una simple cinta métrica y una báscula para darse cuenta de ello.

El niño puede estar llorón, empieza a desaparecer su grasa, disminuye la fuerza muscular, su piel está seca, pálida -- se le hinchan los pies, dejan de comer.

Para evitar la desnutrición se debe proporcionar al niño una alimentación que sea suficiente, completa, pura, adecuada y equilibrada.

Un desnutrido en ocasiones llega a requerir manejo a ni-vel hospitalario, ya que también puede estar deshidratado, se le debe iniciar la alimentación que debe tener una mayor cantidad de proteínas, carbohidratos (azúcares) que la alimentación normal, lo que en ocasiones no es fácil, ya que como no comen -- se les olvida hacerle y se hace un círculo vicioso.

Las madres propician mucho la mala alimentación ya que en lugar de comprar alimentos que nutran, les compran golosinas a los niños como papitas, refrescos, charritos, chicharrones, -- etc.



## V A C U N A S

En épocas pasadas las epidemias eran el azote de la humanidad ya que morían gran número de adultos y niños a causa de enfermedades como la viruela, fué hasta que Eduardo Jenner -- descubrió las vacunas hace aproximadamente 200 años que disminuyó notablemente este problema.

Durante el embarazo la madre le pasa al pequeño através de la placenta unas substancias llamadas anticuerpos, las cuales hagamos de cuenta que si nos encontramos ante el ataque -- de unos enemigos que en este caso son los microbios y salen -- en defensa como soldados y protegerán contra las enfermedades

Los anticuerpos alrededor de los 2 meses empiezan a disminuir por lo que es necesario empezar a vacunar al niño a -- partir de esa edad.

Actualmente al registrar al niño le hacen entrega a la -- madre de la Cartilla Nacional de Vacunación en la cual se -- iran anotando las fechas en que se apliquen las vacunas.

Los objetivos que se persiguen con la vacunación son:

- 1.- Proteger a los niños de enfermedades
- 2.- Que disminuya el número de niños enfermos

Las vacunas al entrar al cuerpo estimulan también la producción de anticuerpos, los cuales hacen que el niño responda ante los microbios que producen la enfermedad.

Algunas requieren en ocasiones más de una dosis para lograr una protección , si el lapso entre una dosis y otra no es mayor de seis meses no es necesario volver a iniciar el esquema de vacunación.

Actualmente las vacunas que deben aplicarse a un niño son:  
Vacuna contra la Poliomiolitis

Esta enfermedad afecta principalmente niños menores de 5 años involucrando los nervios por lo que dificulta el movimiento de piernas e incluso de brazos;

La vacuna se da por medio de gotitas, son 3 dosis y el --

lapso entre una dosis y otra es de dos meses.

Se sugiere revacunar al año de haber terminado la última dosis y otra revacunación tres años después.

Esta vacuna no se le debe dar al niño cuando tenga diarrea, fiebre, catarro.

Vacuna contra la Tuberculosis:

Esta enfermedad afecta principalmente a los pulmones, se adquiere al estar en contacto con personas que padezcan esta enfermedad y se caracteriza por tos que en ocasiones puede ir acompañada de sangre, disminución de peso.

La vacuna es la llamada BCG, se aplica por medio de una inyección en el brazo derecho, se puede aplicar desde el nacimiento hasta los 14 años.

La evolución normal de la vacuna es la siguiente:

Aparece una mancha entre la 1a. y 3a. semana después de administrada la vacuna en el sitio donde se inyectó.

Se eleva la mancha formando una pequeña pápula entre la 4a. y 6a. semana.

Se aprecia una tumefacción entre la 7a. y 8a. semana.

Existe cicatriz entre la 7a. y 8a. semana.

Esta vacuna no se aplica en presencia de fiebre, ó que el niño tenga tuberculosis.

Vacuna DPT:

Esta vacuna va a proteger contra difteria, tosferina y tétanos.

En la difteria aparecen placas blancas en las amígdalas (anginas) las cuales le impiden la respiración.

La tosferina se caracteriza por accesos de tos las cuales dificultan la respiración.

El tétanos se adquiere por contacto con el microbio através del cordón umbilical, al pisar clavos, maderas y se caracteriza por contracciones musculares dolorosas.

Se aplica en la nalga intramuscularmente son tres dosis con un lapso de 2 meses entre una dosis y otra, se recomienda revacunar al niño al año y medio de edad y a los 3 años de --

habérselo puesto la primera revacunación.

Esta vacuna no se aplica en presencia de fiebre, catarro.

No se debe aplicar después de los 6 años de edad.

Vacuna contra el Sarampión:

Esta enfermedad se caracteriza por fiebre y puntitos rojos en la piel, así como decaimiento general.

Se puede aplicar desde los 6 meses hasta el año de edad.

Se aplica al año de edad por medio de una inyección en el hombro izquierdo.

Si se aplica a los 6 meses de edad es necesario volver a aplicarla al niño al año y medio de edad.

A los 6 días de aplicada puede haber fiebre y algunos puntos rojos en piel.

No se debe aplicar a niños con fiebre, catarro.