

00921  
3



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

“LA PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN  
ENFERMERIA EN UN CENTRO DE DESARROLLO  
INFANTIL: EL CASO DEL C.D.I. ZAPATA”

NO  
FALTA DE ORIGEN

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :  
**MARA PATRICIA AGUILAR GODINEZ**

No. CTA. 9302138-0

ASESOR DE TESIS: MAESTRA GLORINELLA PATRICIA CASASA GARCIA

BOLETA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



MEXICO, ABRIL DE 2003

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

R





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

Mi eterna gratitud a:

Mi madre, que siempre ha estado conmigo, me ha visto caer y ayudado a levantarme.

A Milton, que ha sido mi apoyo incondicional de pareja.

A mi padre y hermana que forman una parte indispensable en mi vida.

A mi querida maestra Paty, por su tiempo, comprensión y amistad.

Pero en especial a Dios (por que sea como cada cual lo concibe), sé que hay alguien que hace posible que exista la vida y ha puesto en mi camino a gente tan maravillosa... a todos ellos muchas gracias.

Autorizo a la Dirección General de Estudios de la UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Mara Patricia Aguilar

Godínez

FECHA: 23-10-03

FIRMA: [Firma]

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

|  |     |
|--|-----|
| INTRODUCCION.....  | 1   |
| 1. JUSTIFICACION.....  | 3   |
| 2. DELIMITACION DEL FENÓMENO DE ESTUDIO.....   | 5   |
| 3. OBJETIVOS.....  | 7   |
| 4. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN<br>RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES .....              | 8   |
| 5. FUNDAMENTOS HISTORICOS DE LA ATENCIÓN<br>PRIMARIA INFANTIL.....                     | 16  |
| 6. LOS CENTROS DE CUIDADO INFANTIL DEL DIF<br>EN MÉXICO.....                           | 24  |
| 6.1 HISTORIA.....  | 24  |
| 6.2 DESARROLLO.....  | 26  |
| 7. LA IMPORTANCIA DE UN CENTRO DE CUIDADO<br>INFANTIL EN MÉXICO.....                   | 29  |
| 8. EL CONTROL DEL NIÑO SANO.....   | 35  |
| 8.1 COMPONENTES DEL PROGRAMA PARA EL<br>CONTROL DEL NIÑO SANO.....                     | 35  |
| 8.1.1 PREVENCIÓN DE ALTERACIONES EN EL<br>CRECIMIENTO Y DESARROLLO OPTIMOS.....        | 37  |
| 8.1.2 PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENF.<br>DIARREICAS.....                                  | 40  |
| 8.1.3 PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES<br>RESPIRATORIAS AGUDAS.....                 | 44  |
| 8.1.4 PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN<br>Y VIGILANCIA DE LA ALIMENTACIÓN.....            | 48  |
| 8.1.5 VACUNACION UNIVESAL.....   | 57  |
| 8.1.6 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.....  | 64  |
| 8.1.7 VIGILANCIA DEL DESARROLLO DE LA<br>COMUNICACIÓN NORMAL.....                      | 74  |
| 8.1.8 VIGILANCIA DEL DESARROLLO<br>OSTEOMUSCULAR.....                                  | 80  |
| 8.1.9 EDUCACION PARA LA SALUD.....   | 86  |
| 9. LA INTEGRACIÓN DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO<br>PARA LA EXCELENCIA EN UN CDI..... | 89  |
| 10. ESTUDIO DE CASO. EL CDI ZAPATA.....  | 93  |
| 10.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CENTRO<br>DE DESARROLLO INFANTIL ZAPATA.....          | 93  |
| 10.2 MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN INFANTIL DEL   |     |
| 10.3 PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES EN LOS   |     |
| 10.3.1 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.....  | 99  |
| 10.3.2 ENFERMEDADES DIARREICAS.....  | 101 |
| 10.3.3 ESQUEMA DE VACUNACIÓN.....  | 103 |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 10.3.4 | DERMATITIS POR CONTACTO.....   | 105 |
| 10.3.5 | ACCIDENTES INFANTILES.....   | 107 |
| 10.3.6 | AGUDEZA VISUAL.....  | 109 |
| 10.3.7 | DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION.....  | 111 |
| 10.4   | ACCIONES REALIZADAS POR EL LIC. EN ENF.<br>COMO MIEMBRO DEL EQUIPO DE SALUD..... | 113 |
| 10.4.1 | EDUCACION PARA LA SALUD.....   | 114 |
| 11.    | CONCLUSIONES.....  | 128 |
| 12.    | PROPUESTAS DE SALUD.....   | 132 |
| 12.1   | PROPUESTAS PARA LAS ENF. Y EL CDI.....   | 133 |
| 12.2   | PROPUESTAS PARA LA ENEO.....   | 137 |
|        | BIBLIOGRAFIA.....  | 138 |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería tiene ingerencia en muchas áreas de nuestra vida cotidiana, cuya praxis no solo se desarrolla dentro de un sofisticado nosocomio o un modesto centro de salud; lugares donde el común de la gente cree que solo otros profesionales laboran, también son campos de trabajo que bien pueden ser abordados por los licenciados en enfermería con una mayor jerarquía, me refiero entre otros lugares a las fábricas, empresas, escuelas de todos los niveles, y muy particularmente a los centros de cuidado infantil.

En los primeros capítulos expongo la importancia y necesidad de involucrar a todos los profesionales del área de la salud en el trabajo de la atención primaria en particular las acciones dirigidas a la promoción de la niñez sana. También la historia sobre el surgimiento de la atención a la salud de la niñez y los centros de cuidado infantil así como la profunda necesidad de contar con estos y que brinden un servicio de calidad ocupan un lugar importante. Pues ello contribuye al desarrollo integral del niño en una sociedad de madres y padres que trabajan, desarrollo al que todo niño debe tener derecho.

Las actividades que el licenciado en enfermería debe realizar en un primer nivel atención como lo es este centro son muchas y muy benéficas; actividades que de ningún modo se alejan de la razón de ser de enfermería: el cuidado del ser humano o una comunidad. Dichas actividades se describen con detalle en el capítulo del Control del Niño Sano y cimientan el ejercicio de la enfermería profesional en cualquier lugar que pretenda el desarrollo integral de un preescolar.

Infortunadamente algunos factores influyen para limitar y no desarrollar al máximo la práctica y crecimiento de la enfermería profesional en esta área.

Cabe destacar, que estas acciones fueron limitadas en su mayoría por las propias autoridades y compañeros que trabajan en el servicio médico, por lo cual, el apartado en el que detallo las actividades que realicé fueron numéricamente escasas, pero significativas y de calidad.

En el presente trabajo tengo la intención de fundamentar solidamente la participación del licenciado en enfermería en el CDI Zapata, que por sus características tiene la fortuna de contar con una plantilla de personal muy amplia, entre los cuales destacan niñeras, educadoras, cocineras, un equipo de salud multidisciplinario y en especial un servicio médico conformado por enfermeras y médicos.

Sin embargo, los problemas de salud que presenta la población atendida son recurrentes y van en franco ascenso, dicha problemática es descrita y analizada en el capítulo correspondiente al estudio de caso del CDI Zapata.

En este trabajo presento las principales dificultades por las que atraviesa la enfermería en este centro y el planteamiento de propuestas que ambicionan dar soluciones reales a estas cuestiones.

Concibo la enfermería como una profesión indispensable para el cuidado en el desarrollo de cualquier ser humano y máxime en una etapa de la vida tan vulnerable como lo es la niñez. Ciertamente la transición de enfermería, producto de un sin número de factores interrelacionados que coadyuvan al devenir de ésta nos llevan a concebirla en un marco intrahospitalario, pero es una necesidad y mayor aún deber nuestro buscar nuevos campos de acción en aras del crecimiento y dignificación de la enfermería mexicana.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Los centros de cuidado infantil, conocidos como guarderías han tenido un crecimiento y desarrollo importante en nuestro país, pues el porcentaje de mujeres que labora también ha ido en aumento anualmente.

Es precisamente en uno de estos centros donde tuve la oportunidad de realizar el servicio social, el CDI Zapata y pude darme cuenta que estos son sitios excelentes para trabajar la Salud Primaria con la población infantil y donde la participación del licenciado en enfermería puede ser fructífera.

Me percaté de la necesidad de innovar el servicio médico pues éste prioritariamente atiende la enfermedad; es decir, médicos y enfermeras trabajan con una población aparentemente sana y su actuar generalmente es con base al modelo médico tradicional, el cual se ocupa en combatir únicamente la enfermedad una vez que se ha presentado.

Lo anterior influye en el proceso salud-enfermedad de los menores del CDI, claro, también lo son otras causas como lo biológico, ecológico, social, económico, etc. pero estos son factores externos, los cuales no serían tan fáciles de ser modificables y disminuir sus efectos sobre la población.

Por lo tanto, mi interés se centró en analizar los principales padecimientos que afectan a los niños del CDI, pues como lo mencioné antes, en este centro labora todo un equipo interdisciplinario de salud y lejos de haber una disminución de las principales patologías, éstas van en franco aumento año con año. Aún cuando las condiciones del CDI ahora son más privilegiadas con relación a épocas pasadas. Por lo tanto este es un problema en el que sí podemos actuar prontamente y con resultados visibles, así pues, la importancia de abordar las principales causas de morbilidad en este estudio de caso y sus soluciones.



Así también, mi inquietud fue creciendo por realizar las actividades encaminadas al cuidado y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, acciones que reitero, son las soluciones para disminuir importantemente los principales padecimientos de esta población. Pero muchas de estas acciones fueron frenadas por diversos factores y ya que es aquí donde entra mi participación, es indispensable hacer un análisis de las causas que interfieren para el crecimiento de la enfermería profesional en este CDI.

Así pues, surgió la inquietud por documentar esta experiencia que pese a vivirla y sentirla muchas veces frustrante, también es el caso de muchos compañeros egresados de la ENEO en otras instituciones, ante un modelo tan rígido como hegemónico, toda vez que ésta es un área que necesita del trabajo profesional de las enfermeras.

## 2. DELIMITACIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO O PROBLEMA

El Centro de Desarrollo Infantil Zapata atiende una población de 233 niños y niñas con edades que van desde los 6 meses hasta los 5 años 11 meses. Para brindar atención a estos pequeños se tienen contratados una plantilla de 89 trabajadores entre niñeras, educadoras, cocineras, personal de intendencia, administrativos, etc. así como el personal de la rama médica: psicólogo, nutrióloga, pedagoga, odontóloga, trabajadora social, médicos y enfermeras.

Siendo una extensa gama de trabajadores divididos por las áreas que les compete, existen desde luego problemas que afectan el desempeño de cada persona. Este es un estudio que aborda la problemática de aquellas situaciones internas dentro del CDI Zapata que causan conflicto en el área del servicio médico y muy particularmente con el personal de enfermería lo cual se refleja en la calidad de la atención brindada, manifestándose tal vez en la cronicidad de los diversos padecimientos de los niños del CDI.

El servicio médico del CDI Zapata cuenta con 3 médicos, 3 enfermeras y el apoyo de un pasante de servicio social para enfermería y medicina durante el año; gracias a ello pude conocer personalmente diversas situaciones que causan descontento en esta población tales como las siguientes:

- Conflictos con otros miembros del área de salud y el resto del personal
- Recurrencia en franco ascenso de las principales enfermedades infantiles

Este estudio de caso comprende el período del 1 de julio de 2001 al 31 de agosto de 2002, en el CDI Zapata. En ese año, el CDI contaba con una población de 233 niños, quienes presentaron durante todo el año

recurrentes enfermedades. Desde luego que éstas son las más comunes en la población infantil de México, pero precisamente también son las principales causas de morbi-mortalidad en nuestros niños, y ya que esta población es atendida por todo un equipo multidisciplinario, debiera ser que la incidencia de estos padecimientos no fuera tan alta, pues según las cifras de los reportes médicos del CDI en años anteriores, éstas se incrementan lejos de reducirse, aún cuando el número de niños desde hace años no ha aumentado.

Lo anterior nos ha llevado a considerar éste como un problema de salud en el CDI, reflejo de un modelo médico curativo, el cual cuenta con personal más que suficiente para atender a la población infantil.

Existen otros factores no menos importantes, además del Modelo de atención, que influyen en el aumento y prevalencia de las principales enfermedades y/o situaciones que ponen en riesgo la salud de los niños del CDI como los factores biológicos, ecológicos, sociales, económicos, etc.

Especialmente estudio al personal de enfermería que por razones heterogéneas presenta características que han influido en parte para esta problemática y prioritariamente las acciones que debe realizar la enfermera con una preparación profesional, es decir, la actuación del licenciado en enfermería en este CDI, lo cual fundamenta la importancia y necesidad de contar con la colaboración de este profesional en un centro de desarrollo infantil y vislumbrar esta opción como un campo de trabajo diferente.

### 3. OBJETIVOS

#### GENERALES:

- Fundamentar la participación del licenciado en enfermería en un Centro de Desarrollo Infantil para elevar la calidad de la atención.
- Motivar a otros alumnos de la ENEO para explorar este rubro como un campo de acción y mercado de trabajo para el licenciado en enfermería.
- Documentar la presente investigación como material de consulta para otros pasantes en servicio social y alumnos.
- Proponer la apertura laboral para el licenciado en enfermería en un Centro de Desarrollo Infantil como un colaborador indispensable para elevar la calidad de la atención a la población que utiliza los servicios de dichas instituciones.

#### ESPECÍFICOS:

- Analizar la situación de la enfermería en un CDI respondiendo a la estructura del mismo. Particularmente el caso del CDI Zapata.
- Especificar las acciones que forman parte de la práctica enfermera, las cuales, demuestran la necesidad de contar con un licenciado en enfermería dentro del equipo interdisciplinario del CDI Zapata.
- Documentar las principales patologías que ponen en riesgo la salud de la población infantil del CDI Zapata.

#### 4. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Nuestro país se encuentra en transición, tanto económica como políticamente, incluso en el área de la salud; atravesamos por una transición epidemiológica, la cual, afecta indiscutiblemente a los grupos más marginados y en las etapas cronológicas de la vida más vulnerables como la niñez y la vejez, en un país en el cual la desigualdad económica e incluso la de género son tan marcadas que se refleja en la salud de la población.

Aspectos como desnutrición, morbi-mortalidad de enfermedades altamente prevenibles como neumonía, tuberculosis, etc., las cuales son citadas por algunos como "propias de la pobreza", son indicadores de una deficiencia en nuestro sistema de salud, en el cual estamos involucrados y somos responsables todos los que formamos parte del área.

La salud se ha definido de un modo peculiar, pues la OMS la cita como *"la presencia de un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad."*<sup>1</sup>

Lo cual implica en un sentido realista, una discapacidad por parte del personal sanitario para el cumplimiento pleno de lo anterior, ya que intra hospitalariamente es común que enfermeras y médicos se ven limitados para responder a las necesidades de cada paciente; más allá de las físicas, incluyendo también a la familia.

En primer lugar no se da a la salud una categoría de fenómeno social e histórico; en segundo lugar la cuantificación de la salud, expresada en esos términos, es difícil, lo que provoca que los trabajadores de la salud utilicen esta definición declarativamente, pero vuelvan a lo anterior tan pronto se

---

<sup>1</sup> OMS-UNICEF, "Atención Primaria a la Salud, Informe sobre la APS".

realice un esfuerzo cuantitativo, ya que la enfermedad a pesar de los problemas indicados, es más fácilmente medible que el bienestar. Entonces seguimos midiendo el daño, la incapacidad y la muerte.<sup>2</sup>

El hombre es un ser dinámico en cualquier dimensión que lo analicemos: biológica, psicológica o socialmente. Esto lleva a considerar a la salud-enfermedad como un proceso dentro del cual se da una interacción continua de elementos contradictorios cuya resultante es el ser humano concreto, real e histórico. Este conjunto determinará en buena medida su estado salud-enfermedad y más aún su forma de comprenderlo. Superamos entonces al hombre como máquina biológica, y lo consideramos como ser social. Esto no niega su realidad biológica inobjetable, sino que la integra a un nivel superior: el social.<sup>3</sup>

Históricamente en 1978 la asamblea de la OMS aceptó la política de salud denominada: *Salud Para Todos en el Año 2000*.

En el mismo año en la reunión de Alma Ata se estableció que para llevar a cabo esta política, se requería de *una estrategia específica, diferente a las realizadas hasta entonces; así se definió una estrategia como Atención Primaria de Salud ó APS*.<sup>4</sup>

La región de las Américas tiene determinadas las metas mínimas de salud que deben alcanzarse a través de la atención primaria y dada la relevancia que tiene, a continuación se cita literalmente la declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud:

---

<sup>2</sup> Mora, "Salud-Enfermedad, Problemas Conceptuales", p. 36-37.

<sup>3</sup> Ibid. 37.

<sup>4</sup> OMS-UNICEF, "Atención Primaria a la Salud".

*La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar durante todas y cada una de las etapas del desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.*<sup>5</sup>

La Atención Primaria debe incluir funciones de promoción, prevención, alivio, curación y rehabilitación. Para llevar a cabo lo anterior, la atención primaria utiliza diversos métodos con la finalidad de disminuir riesgos y evitar daños a la población, cuando ésta ha cambiado sus estilos de vida negativos, por aquellos que le benefician individualmente se verán reflejados colectivamente; es decir, *"se busca el cambio de conducta de una población, ya que uno de los objetivos fundamentales de la salud pública consiste en modificar los estilos de vida que amenazan al bienestar individual para lograr entornos saludables"*.<sup>6</sup>

Es necesario conceptualizar la Atención Primaria, que habitualmente implica al trabajador al que primero se dirige la persona cuando enferma, o cuando solicita consejo sobre la forma de mantener su propia salud o la de otros miembros de la familia. Incluye la medicina general, la medicina *familiar*, la enfermería, la atención materno infantil, y otras formas de atención sanitaria de "primera línea". También se definió más ampliamente la Atención Primaria en la conferencia de Alma Ata:

---

<sup>5</sup> OMS-UNICEF, "Atención primaria a la Salud"

<sup>6</sup> McALISTER, "Behavior Modification in Public Health", p. 163.

*La atención primaria se dirige a los principales problemas sanitarios de la comunidad, proporcionando servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación; incluye como mínimo educación referente a problemas de salud prevalentes y a los métodos de prevenirlos y controlarlos, promoción de suministros alimentarios y de una nutrición correcta, suministros adecuados de agua potable y de saneamiento básico, atención materno infantil, incluyendo planificación familiar, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención y control de enfermedades localmente endémicas, tratamiento apropiado de enfermedades y lesiones comunes, y la provisión de fármacos esenciales.<sup>7</sup>*

Se reitera que la APS se identifica como una estrategia y por tanto comprende el primer nivel de atención y este primer nivel es sólo la organización de los recursos humanos y financieros en servicios básicos para la atención primaria, éstos parten de la comunidad misma y los apoyan otros niveles de mayor complejidad, así, pues el primer nivel de atención se refiere al tipo de establecimiento en que ésta se brinda.<sup>8</sup>

La Atención Primaria a la Salud, de acuerdo con la OMS cuenta con ocho **componentes estratégicos** para su funcionamiento en el primer nivel de atención:<sup>9</sup>

1. Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
2. Organización y participación de la comunidad.
3. Desarrollo de la articulación sectorial.
4. Desarrollo de la investigación y tecnologías apropiadas.
5. Disponibilidad de insumos y equipos críticos.
6. Formación y utilización de recursos humanos.
7. Financiamiento del sector.
8. Cooperación internacional.

<sup>7</sup> Kark, "Atención Primaria Orientada a la Comunidad", p.13.

<sup>8</sup> Loewe, "Atención Primaria a la Salud", p.667.

<sup>9</sup> Ibid. p. 669.



Indiscutiblemente, la OMS ha llevado a cabo otras reuniones posteriores a Alma Ata, en las cuales han habido avances teóricos trascendentales en materia de Salud Pública, pero, por ser ésta reunión un fundamento en el arranque de la APS a nivel mundial y para fines del presente trabajo sólo pretendo cimentar los inicios y algunas bases teóricas, razones por las que cito a la OMS/UNICEF en la primera reunión en Alma Ata y no las subsecuentes.

El imperativo social de la salud pública y de la medicina es extender su actividad hacia más campos; es decir tomando en cuenta las necesidades y que éstas difieren según grupos de edad, sexo y desarrollo se abarcan rubros como la pediatría, obstetricia, ginecología, geriatría, etc. Además Sidney Kark<sup>10</sup>, incluye las siguientes esferas de un ser humano:

1. Continuidad biológica y social con el apareamiento y la formación de familias.
2. Crianza y nutrición.
3. Ejercicio y relajación.
4. Abrigo y protección.
5. Educación, formación y ocupación.
6. Amor y vínculos.
7. Soporte y estimulación social.
8. Un sentimiento de pertenencia y funcionamiento en un entorno familiar.

A pesar de su relevancia es frecuente que estos aspectos no sean tratados por los médicos en una consulta de primer nivel de atención y/o solo se tratan una vez canalizados a otro profesional como suele ser un psicólogo,

---

<sup>10</sup> Kark, "Atención Primaria" p.15.

pedagogo, etc. Cada una de las esferas anteriores tiene implicaciones para la salud y la enfermedad de los individuos, la familia y la comunidad.<sup>11</sup>

También interesa citar que la medicina, como ciencia dominante, con su muy característico *modelo médico hegemónico*,<sup>12</sup> excluye de su ámbito la visualización del ser humano como un todo, restando validez a otras alternativas curativas con mayor antigüedad que la propia ciencia médica, donde sus practicantes cada vez han ido tomando mayor terreno de actividades desempeñadas por otros, como es el caso de las parteras, los yerberos, etcétera y como resultado los apetitos de abarcar mucho desmarcando a otros profesionales con la supremacía de un ejercicio donde a veces se demuestra el poder.

Interesa cuestionarnos por tanto, *¿a quiénes corresponde la atención para la salud?* Nuestra respuesta desde luego es que a todos los profesionales del área; pero específicamente ahora hablamos de la enfermería, la cual está inmersa en cualquier sistema de salud y a cualquier nivel de atención; desde las sofisticadas instalaciones de un hospital hasta las comunidades más marginadas.

Es trascendental el hecho de que este nivel a todos compete por las implicaciones que tiene como el impacto de los cambios sociales, económicos, políticos y culturales, reflejándose en alargar la esperanza de vida, cambio en las tasas de crecimiento físico, reducción de la incidencia de

---

<sup>11</sup> Kark, "Atención Primaria", p.17-18.

<sup>12</sup> Por *Modelo Médico Hegemónico* entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse con la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado y durante dicho proceso el MMH constituye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de otras posibilidades de atención. Este proceso opera en los países capitalistas metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente, así como en los denominados "Socialistas del Estado". Menéndez, "La Crisis de la Salud Pública", p.36.

muchas enfermedades e incapacidades o modificación de sus consecuencias, etc. pese a que la medicina preventiva y general han recibido mucho menos atención y financiación que la medicina hospitalaria con sus diversas especialidades.

La separación de la medicina curativa y la preventiva tiene implicaciones importantes que van desde economizar recursos materiales y humanos hasta el mejor aprovechamiento de estos.

Cabe hacer mención que la promoción de la salud (la cual forma parte de la Atención Primaria) se debe hacer en cualquier actividad de la vida cotidiana con el objetivo de minimizar o eliminar riesgos para la salud y para ello es preciso que quienes formamos parte de un sistema de salud a cualquier nivel tengamos plena conciencia de ello; toda vez que la información que manejemos con la población sea clara, precisa y acorde a cada grupo.

Por tal motivo es importante retomar este nivel de atención con mayor liderazgo, ya que la formación que el licenciado en enfermería tiene cuenta con los elementos para formar parte del equipo de salud en este nivel.

Se trata pues, de formar hábitos positivos y cambios de conducta en la escuela, el hogar, el trabajo, etc. incluyendo a cada integrante de la población y especialmente a la niñez; ya que muchos de los buenos hábitos se fomentan en esta etapa de la vida, como son: la higiene, practicar un deporte, comer adecuadamente, etc. y que indudablemente mejoran la calidad de vida de cada ser humano. Los rubros que se deben cubrir en la comunidad deben tener una orientación hacia la prevención y el fomento del auto cuidado, para evitar que un daño potencial se convierta en un daño real.

A manera de conclusión, la atención primaria se define como tal en varios sentidos:<sup>13</sup>

1. Es primaria en el sentido en que es básica para la salud y el bienestar de las personas.
2. Se centra en grupos primarios, concretamente aquellos grupos caracterizados por relaciones personales como la familia, la escuela, las guarderías, etc.
3. Está orientada hacia la salud y bienestar de la comunidad de vecinos como un todo, no sólo hacia los pacientes que utilizan el servicio. Utiliza métodos y habilidades adecuadas para las poblaciones, como epidemiología, organización de la comunidad y educación de salud comunitaria.
4. Por que es a la atención primaria a la que se dirige la persona cuando enferma, así como para solicitar consejo y guía.

Por lo anteriormente expuesto el Primer Nivel de Atención del cual forma parte la atención primaria es sin duda responsabilidad de todos los profesionales de salud, pero en este caso, nos vamos a referir especialmente al papel que tiene la enfermería en este rubro.

---

<sup>13</sup> Kark, "Atención Primaria" p.18.

## 5. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA E INFANTIL

El desarrollo independiente de la atención al enfermo en la comunidad, y de servicios de promoción de la salud personal, como los centros de salud materno infantil, comenzó en el siglo XIX, después de la revolución industrial, y ha continuado hasta nuestros días.<sup>14</sup>

Las características sobresalientes de las ciudades surgidas de los primeros años de la revolución industrial fueron la aparición de las fábricas, las minas y los barrios pobres. La inmigración de masas hacia las ciudades desde las áreas rurales y desde otros países resultó en unas condiciones de vida y de trabajo muy duras. Los trabajadores vivían entre la suciedad con alimentos y agua inadecuados e insanos, una forma de eliminación de excretas no higiénica, el hacinamiento en el alojamiento en habitaciones y camas, y un comportamiento personal muy antihigiénico. Las condiciones en las fábricas y minas eran deplorables: entornos extremadamente antihigiénicos y peligrosos, explotación de los obreros, los cuales trabajaban en exceso y se alimentaban en defecto, instalaciones superpobladas y sucias. La pobreza y la ignorancia completaban este cuadro de deterioro en el estilo de vida de esos tiempos. Estas condiciones todavía prevalecen en numerosas áreas del mundo.<sup>15</sup>

Dado que el trabajo es la actividad fundamental del hombre, el origen de su cultura y desarrollo social, también determina en grado sumo su modo de vida. Así pues, éste llega a convertirse en una bendición cuando los seres humanos se sienten útiles, productivos y han desarrollado sus capacidades y cualidades; o todo lo contrario, cuando el trabajo se vuelve una desgracia

<sup>14</sup> Kark, "Atención Primaria", p.15.

<sup>15</sup> Idem.

dependiendo de sus condiciones y de nuestra propia relación con él. Ya mencionaba Albert Camus que *el crimen de nuestra era había que buscarlo en las condiciones de trabajo de millones de seres en las fábricas.*<sup>16</sup>

No solo hombres sino también mujeres y niños a lo largo de la historia han sido explotados laboralmente. Charles Douglas, presidente de la Asociación de Nueva Inglaterra, denunció el sistema fabril en una convención nacional con los sindicatos del país que se reunió en Nueva York. El cuadro de las condiciones de las obreras en Lowell Inglaterra, señala que en las fábricas había 4000 mujeres de diversas edades *que llevan una vida de esclavitud y miseria.*<sup>17</sup>

*Es angustiante contemplar a estas mujeres degradadas cuando salen de las fábricas —observar sus pálidos semblantes, su aspecto desdichado. Estas instituciones son establecimientos de miseria, enfermedad y desdicha, e inevitablemente están calculados para perpetuarlas, ¡si es que no lo están para perpetuar la libertad misma! ... Es cierto que las hijas también ganan un poco más de dinero, ¡pero tan cierto como que pierde la salud cuando no su buen carácter y felicidad!*<sup>18</sup>

En 1833, en la 3ª Convención de la Asociación de Granjeros, Mecánicos y otros trabajadores, *“las condiciones de las mujeres y los niños en las fábricas”* atrajeron mucho la atención y la asociación declaró que este tema *“debía recibir particular cuidado de los respectivos departamentos de gobierno”*. Consecuente con esta política, se nombró un comité para estudiar la *“situación de las obreras de este país.”*<sup>19</sup>

El tema de las obreras industriales fue tocado nuevamente en las convenciones del Sindicato Nacional de 1835 y 1836, en las que el Dr. Douglas fue el vocero de las mujeres y los niños empleados en las fábricas

<sup>16</sup> Mora, *“La Salud y el Trabajo en Introducción a la Medicina Social”*, p.89-90.

<sup>17</sup> J.R. Commons, *“History of Labor in the United States”*, p.423.

<sup>18</sup> Idem.

<sup>19</sup> Ibid, p.119, 313, 320.



de algodón de Massachussets, Estados Unidos. En la convención de 1836 se presentó un extenso informe acerca del trabajo femenino y el comité lo declaró un daño físico y moral a la mujer y una amenaza de competencia para el hombre.<sup>20</sup>

Las condiciones laborales no cambiaron mucho para las mujeres y los niños. Se afirma que los cuartos de las fábricas eran calientes, mal ventilados, con un ambiente saturado de humedad y de linaza de algodón, a tal grado que al cabo de unos cuantos años los trabajadores se retiraban a su casa a morir.<sup>21</sup>

En varias ciudades y países surgieron respuestas humanitarias filantrópicas a estas situaciones. Los detalles de los diversos movimientos fueron diferentes en cada lugar; profesionales interesados y pequeños grupos de trabajadores voluntarios estuvieron a la cabeza de muchas de estas actividades.<sup>22</sup>

La práctica de la medicina siempre ha estado relacionada con las condiciones sociales y económicas de grupos específicos de personas, pero estas relaciones sólo rara vez eran objeto de discusión teórica, ya que no sólo la enfermedad tiene una relación causal con la situación económica y social de los miembros de una población dada, sino que la atención para la salud recibida refleja también la estructura de una sociedad, particularmente su estratificación y su división social.<sup>23</sup>

Observamos, sin embargo, en otras ciudades europeas una diferenciación para con los trabajadores, pero que no era lo habitual en las ciudades industriales; la cual se traduce en una larga lucha por medio de huelgas para conseguir **atención médica** y jornadas laborales de al menos 10 horas

---

<sup>20</sup> J. R. Commons, "History of Labor", p.423.

<sup>21</sup> *Ibid.* p.537.

<sup>22</sup> Kark, "Atención Primaria", p.15.

<sup>23</sup> Rosen, "A History of public Health", p. 57, 77.

diarias, así como condiciones más salubres dentro de las fábricas. Estas huelgas reflejaban las condiciones dinámicas de los movimientos obreros norteamericanos.<sup>24</sup>

Una tradición común a muchos países de Europa fue la de proporcionar al enfermo medios de pago de asistencia médica, compensándolo simultáneamente por la falta de ingresos. Conocidos como grupos de ayuda mutua, sociedades amistosas o fondos de ayuda, estos fondos eran el "*seguro de enfermedad*" durante los siglos XVIII y XIX. Los crecimientos de la población en las factorías y minas de las ciudades industriales superaron esta forma de cubrir las necesidades, siendo precisos programas más amplios de seguro social.<sup>25</sup>

La introducción, por parte de Bismarck, en Alemania del seguro social nacional en 1883-1889 fue uno de los principales puntos de referencia del avance hacia el seguro nacional. Este incluía el seguro contra la enfermedad, la incapacidad y ancianidad y los accidentes de trabajo y se basaban con experiencias previas con dicho seguro en el país. La idea se difundió por otros países y ha incluido seguros adicionales como el de desempleo; los empresarios, trabajadores y gobierno pueden contribuir a su financiación. Las empresas privadas que cubren el seguro de asistencia médica también se han desarrollado considerablemente en países con economía libre de mercado.<sup>26</sup>

La responsabilidad de la asistencia de los enfermos pobres en las nacientes ciudades industriales y entre las poblaciones agrícolas pobres también fue una creciente preocupación de los gobiernos. Progresivamente, la atención

---

<sup>24</sup> Rosen, "De la policía médica a la Medicina social", p.303.

<sup>25</sup> Rosen, "A History of Public Health", p.349.

<sup>26</sup> Kark, "Atención Primaria", p.15.



médica a los pobres se convirtió en una responsabilidad de las autoridades gubernamentales centrales y locales.<sup>27</sup>

Igualmente importante fue el desarrollo, en los países europeos y americanos, de la atención de enfermería domiciliaria a los enfermos. Fue en Inglaterra donde se desarrolló por primera vez la enfermería de distrito, según George Rosen, historiador de la medicina y la salud pública.<sup>28</sup> Este autor escribió:

*Entre 1854-1856, la Sociedad Epidemiológica de Londres proporcionó un plan para formar a mujeres pobres para que trabajaran para la comunidad y cuidaran de los enfermos pobres. Se creía que si la enfermera era de la misma clase social que el paciente, podría hacer su trabajo con más eficacia. Además tendería a aumentar el número de enfermeras formadas disponibles para la comunidad.*

Aunque este plan falló se inició un plan semejante en Liverpool, Inglaterra, en 1859 por William Rathbone, que "dividió la comunidad en 18 distritos, asignando una enfermera y una 'visitadora' a cada uno de ellos. Estas dos mujeres combinaron las funciones de enfermería, educación sanitaria y trabajo social".<sup>29</sup> Este sistema tuvo éxito y se adoptó a otras partes del país.

Este ejemplo del sistema de la enfermera de distrito, así como el visitante sanitario de Inglaterra, sirven para recordarnos los orígenes de los diversos sistemas de atención primaria. Modificaciones de dichas formas de satisfacer las necesidades de los cuidados de los enfermos, de hecho de la atención sanitaria en general, se siguen experimentando en extensas áreas del mundo.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Kark, "Atención Primaria", p. 15.

<sup>28</sup> Rosen, "De la Policía Médica a la Medicina Social", p.304.

<sup>29</sup> Idem.

<sup>30</sup> Kark, "Atención Primaria", p.16.

La historia de los diversos servicios de salud familiar también ilustra cómo se desarrollaron los servicios de promoción y prevención independientemente de la línea principal de la práctica médica. Uno de los primeros servicios de este tipo fue el de *bienestar infantil*. Tuvo su origen en el siglo XIX en Europa Occidental y en EE.UU., intentando prevenir muertes innecesarias durante la lactancia<sup>31</sup>.

La pérdida de vidas infantiles en estos países formaba parte de la explotación indebida de personas que fue característica de la revolución industrial.

Fue en estas circunstancias en que los servicios de promoción de salud personal, diferentes de la atención médica curativa y de la enfermería domiciliaria, surgió como función del recién iniciado movimiento de salud pública. La acción voluntaria precedió a la aceptación de la responsabilidad de los gobiernos locales y nacionales.<sup>32</sup>

El crecimiento de servicios específicos condujo a nuevos tipos de atención primaria y a nuevos trabajadores de salud primaria. Así, en la promoción del bienestar infantil, la actividad en un lugar podía centrarse principalmente en la visita domiciliaria de todos los hogares de un distrito, con el objetivo de enseñar a las madres de los niños pequeños las formas higiénicas de crianza del niño, para prevenir así muertes innecesarias.<sup>33</sup>

En la primera y segunda décadas del siglo XX se establecieron programas de salud materno-infantil como divisiones de los gobiernos nacionales y de las autoridades locales de diversos países europeos y americanos, y en esa parte de Palestina que posteriormente se convirtió en Israel.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> Rosen, "A History of Public Health", p. 354.

<sup>32</sup> Kark, "Atención Primaria", p. 16.

<sup>33</sup> Idem.

<sup>34</sup> Idem.

Las características del trabajo sanitario sobre el niño fueron: <sup>35</sup>

- o Supervisión de la salud, el crecimiento y el desarrollo infantiles.
- o Inmunización contra diversas enfermedades infecciosas.
- o Consejo y educación sobre higiene, nutrición y paternidad.

Esto se realizó mediante: <sup>36</sup>

1. Visitas domiciliarias llevadas a cabo originalmente por mujeres de la misma clase social y vecindad (empleadas por agencias de voluntarios) y posteriormente por la "enfermera visitadora o una enfermera de salud pública con una formación profesional especial.
2. Centros de salud especiales, conocidos como clínicas del bebé sano, clínicas materno infantiles o centros de salud materno infantil, que se establecieron en todo el mundo.

También se aceptó que gran parte del esfuerzo que se dirigía a promocionar la salud infantil se perdería si no se hacía una inversión en la atención sanitaria de los niños de 1 a 5 años de edad, con la posterior promoción de la salud durante sus años escolares. De esta forma también se desarrollaron servicios de salud pre-escolar y escolar. <sup>37</sup>

Con la ampliación de los servicios de promoción y prevención para incluir mayores sectores de la población y la mayor sofisticación de las técnicas profesionales requeridas, surgió un nuevo motivo para llevar a cabo la separación de los servicios preventivos y curativos, en concreto la preparación profesional y la especialización. <sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> Kark, "Atención Primaria", p. 16.

<sup>36</sup> *Idem.*

<sup>37</sup> *Ibid.* p.17.

<sup>38</sup> *Idem.*

La formación básica de médicos y enfermeras se centra en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de pacientes enfermos. Como ésta formación se centró cada vez más en los hospitales, no proporcionaba la preparación y la experiencia necesarias para la atención comunitaria y en las ciencias básicas de prevención y promoción de la salud. Estas requieren una formación especializada diferente o adicional.<sup>39</sup>

Cuando comenzó el movimiento de bienestar del niño, se dirigió hacia la prevención de la elevada tasa de mortalidad de los lactantes. En aquel momento se observó que se relacionaba con el estado de salud de las madres en general y, más específicamente, durante la gestación, parto y período pos-natal. En consecuencia los aspectos de atención maternal han adquirido una importancia creciente.<sup>40</sup>

Este movimiento, que proporciona la salud de madres y niños, coincide con el reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de una política de población en su relación con el bienestar económico y social creando un impacto profundo sobre la salud y la atención médica.

Impera aún la necesidad de continuar innovando en el terreno de la Atención Primaria, toda vez que cualquier avance en este nivel es pilar para el beneficio de las poblaciones, por que los niveles de pobreza, marginación e inaccesibilidad a servicios básicos superan por mucho la capacidad para aspirar a estilos de vida que brinden calidad a las mismas.

---

<sup>39</sup> Kark, "Atención Primaria", p. 17.

<sup>40</sup> Idem.

## 6. LOS CENTROS DE CUIDADO INFANTIL DEL DIF EN MÉXICO

### 6.1 HISTORIA Y DESARROLLO

Como es posible apreciar, preservar la salud infantil surge de una necesidad por disminuir las elevadas tasas de morbi-mortalidad y que incluye hoy en día a las madres. Dicho binomio ha sido sin duda aliciente para la exigencia de la sociedad por extender el derecho de ambos (madre e hijo) hacia un mayor y mejor bienestar y ello trasciende a medida que aumenta el número de mujeres que se integran al campo laboral fuera de casa.

Al incorporarse al área laboral, muchas mujeres lo hacen en empresas donde se ha logrado fundamentar la importancia de contar con guarderías para el mejor desempeño de sus actividades, siendo ésta una prestación en algunos centros para sus trabajadoras, pero muchos empleos otras mujeres no cuentan con esta ventaja.

A continuación resumo la historia de los **centros** que albergan a los niños de madres trabajadoras, cuyas necesidades requieren de un lugar que proporcione servicios de atención integrales para ambos, aclarando que existen también otras instituciones de tipo privado que no siempre cuentan con los requerimientos mínimos estipulados. Estos centros no dependen de ninguna institución gubernamental como la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud o el DIF que se encarguen de supervisar y asesorar el funcionamiento de estos centros.

Cabe mencionar por lo anterior que los centros privados, generalmente no tienen una plantilla de personal preparado ni certificado, ***mucho menos un profesional del área de la salud como puede ser un médico o una***

***enfermera, para prevenir riesgos que se traducen en muertes por accidentes dentro de los planteles.***

Los centros de atención infantil del DIF, integran los aspectos más relevantes para el óptimo desarrollo de los niños. El DIF es una institución que trabaja en coordinación con la UNICEF y por lo tanto, los programas tratan de apegarse lo más posible a la norma internacional. Por ello el CDI Zapata es considerado por el DIF como el centro modelo en su tipo y por ello es interesante estudiar este lugar y su problemática.

El programa de los Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC) es una respuesta institucional del DIF a tres corrientes de pensamiento sobre los niños, surgidas en este siglo y relacionada con:<sup>41</sup>

- o Los derechos de los niños y la obligación de toda sociedad de promoverlos y respetarlos.
- o El conocimiento científico del aprendizaje humano y de los procesos de formación de la personalidad de los niños, que ha permeado todos los sistemas tradicionales de educación, y
- o La rentabilidad social que representa para los Estados modernos invertir en el cuidado de su niñez más desprotegida para propiciar el desarrollo humano integral.

En 1929, Carmen Portes Gil funda la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, en lo que podría considerarse como el origen formal del Sistema Nacional DIF con varios programas, que a través del binomio alimentación-educación, constituyen el antecedente formal de las **Guarderías Infantiles**.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> DIF-SEP, "Programa CAIC", p. 8.

<sup>42</sup> Idem.

De acuerdo con los antecedentes históricos de nuestro país, tanto la asistencia social, como la educación inicial corresponden a un mismo origen; ambos conceptos están contenidos en las actividades que realizaban las instituciones de beneficencia para proteger a los menores en estado de indefensión.

## 6.2 DESARROLLO

La educación inicial, es decir la que se imparte desde edades tempranas, de 4 años en adelante, la SEP la conceptualiza de manera genérica como:

*Un proceso de intervención educativa que favorece cambios en los cuales el niño aprende a manejar niveles de movimiento, pensamiento, sentimiento, comunicación e interacción cada vez más complejos que modifican las pautas de relación con los demás. Y en lo particular, como un proceso de mejoramiento de las capacidades del infante, de sus hábitos de higiene, salud y alimentación; del desarrollo de las actividades para la convivencia y la participación social, y sobre todo, de la formación de valores y actividades de respeto y responsabilidad en los diferentes ámbitos de la vida social de los niños.<sup>43</sup>*

Como el lector puede apreciar, éste concepto considera aspectos relevantes de salud, medio ambiente y nutrición.

La creación de los CAIC's buscan "garantizar a los niños socialmente vulnerables el acceso a la formación y asistencia integral,<sup>44</sup> y reciban una

---

43 SEP, "Programa de Educación Inicial", p.42.

44 *Vulnerabilidad Social*: Es la situación de debilidad en la que se encuentran personas, familiares y grupos, por razones de su edad, género, origen étnico, carencia de nexos familiares, así como por limitaciones físicas, precariedad económica o debilidad jurídica, que implican la presencia de ciertos riesgos para la salud, su integridad física y moral, sus derechos y sus oportunidades de vida. Se consideran sujetos en condiciones de vulnerabilidad a los menores de edad en todas sus condiciones, a los discapacitados, a los hogares de un solo progenitor o en proceso de desintegración, a los adultos mayores en condiciones de abandono, a las mujeres de escasos recursos en proceso de gestación o lactancia y a las adolescentes.

educación de características semejantes a la que recibe el resto de la población, pero adaptada a su especial condición, tal como la SEP lo hace con otros grupos infantiles del país. Por la situación de adversidad, se consideró conveniente, mantener el rango de edad en el que viene operando el programa (de 2 a 5 años 11 meses). Los niños que padezcan algún tipo de discapacidad, que les impida llevar el curso cotidianamente son canalizados a otras instancias del DIF.

El programa opera en México conforme al ciclo escolar oficial y de acuerdo a las necesidades de cada comunidad, la cual provee los recursos humanos, materiales y financieros que se necesitan. La SEP aporta el diseño y la normatividad del modelo de educación inicial que se emplea, y avala la capacitación de orientadoras comunitarias, el DIF asiste, capacita, supervisa y coordina la operación del servicio.<sup>45</sup>

La selección de los niños se rige por un criterio a favor de los más vulnerables y de las comunidades que se organizan y que tienen interés de participar, así que los CAIC no son un "servicio" a la comunidad, sino una estrategia comunitaria, a partir de la cual las familias organizadas participan directamente en la asistencia y educación de sus hijos.<sup>46</sup>

Los niños desprotegidos, suelen correr riesgos de desnutrición, de pérdida de la salud, de abuso y maltrato sexual por parte de adultos, de abandono familiar y de desviación de la conducta. El CAIC busca protegerlos apoyándolos en su alimentación y atendiendo su salud, para lo cual es necesario contar con un equipo de salud.

El programa incluye los siguientes rubros de atención:

---

<sup>45</sup> SEP, "Programa de Educación Inicial", p.42.

<sup>46</sup> DIF-SEP, "Programa CAIC", p.8.



- **Asistencia alimentaria y orientación nutricional.**<sup>47</sup>

Los niños reciben dos comidas durante su estancia en los centros: el desayuno y la comida, con horarios bien establecidos.

El DIF cuenta con nutriólogos que diseñan y planean los menús para cada día, con base en la edad de los niños, procurando que sean lo más idónea posible. En otros centros no se cuenta con este servicio y la organización corre a cargo de voluntarias para preparar los alimentos; en estos casos la asistencia consiste en proporcionar la comida.

- **Asistencia médica y odontológica.**<sup>48</sup>

Los niños cuentan en algunos centros con el servicio médico y de no ser así, el servicio es gratuito, canalizándolos a la Unidad más próxima que el DIF tenga, ocurre de igual modo con el servicio odontológico, donde la labor de ambas áreas es la *Promoción de la Salud, la Prevención, y la Detección de las enfermedades comunes de la infancia.*

Es en estos dos rubros donde tiene ingerencia total el licenciado en enfermería, por varios motivos. Entre los más destacables se citan: el dominio y disposición para manejar el primer nivel de atención, así como la educación para la salud, la capacidad para diseñar e implementar programas de atención para la salud, la visión propia de enfermería, etcétera.

- **Asistencia jurídica.**<sup>49</sup>

Asesoría y/o canalización a las dependencias del DIF para brindar orientación y asistencia en casos como: divorcio, pensión alimenticia, patria potestad, violencia intra familiar, etc. de forma gratuita.

---

<sup>47</sup> Idem.

<sup>48</sup> Idem.

<sup>49</sup> Idem.

## 7. LA IMPORTANCIA DE UN CENTRO DE CUIDADO INFANTIL EN MÉXICO

En la República Mexicana existen 285 CADI's y 1921 CAIC's que trabajan para brindar espacios de protección a los niños menores de seis años, durante la jornada laboral de la madre de familia, prestando servicios de educación preescolar, alimentación, salud y desarrollo de las actividades recreativas.<sup>50</sup>

La atención a los niños de madres trabajadoras (que no sean derechohabientes y se encuentren en situaciones marginales) se lleva a cabo a través de los CADI's y de los CAIC's.

El Centro de Desarrollo Infantil (CDI Zapata), es el único centro que funge como prestación de las mujeres que trabajan para el Sistema DIF.

La demanda de servicios de guardería viene de tres sectores:<sup>51</sup>

- El sector familiar, en las que no hay padre y la madre tiene que trabajar, o está emocionalmente incapacitada para atender a sus hijos, los servicios de guardería son aspectos de servicio social, que permiten buscar trabajo a quienes lo utilizan.
  
- El sector laboral, que quiere que la mujer participe en el trabajo, y también aquéllas que deseen hacerlo. Los servicios de estos centros no solo se exigen por las mujeres que trabajan sino también por sindicatos y por algunas instituciones que contratan grandes cantidades de personal como universidades, hospitales y grandes fábricas.

<sup>50</sup> DF-SEP, "Programa de Educación Inicial", p.8.

<sup>51</sup> Newman, "Desarrollo del Niño", p. 574.

- o El sector educativo, porque implanta un nuevo patrón de socialización. En esta perspectiva, la crianza de los niños es una actividad en la que deben participar profesionales con conocimientos científicos de cómo cuidar a los niños. Esta tendencia ve el servicio de guardería como un medio de tener influencia sobre un número cada vez mayor de niños e impulsar así a la sociedad en una dirección diferente

Los CADI's y CAIC's tienen el objetivo de fungir como asistencia social a las mujeres, ya que son ellas en muchas ocasiones quienes sostienen económicamente los hogares. Basta mirar la siguiente tabla como un breve resumen de la participación femenina en el área laboral.

**Tasa de Participación Femenina con relación a la Población Económicamente Activa Nacional <sup>52</sup>**

| PORCENTAJE     | ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA   |
|----------------|--|
| Menos del 30 % | Tabasco, Zacatecas, Colima, Guerrero, Michoacán  |
| De 30 a 35 %   | Oaxaca, Guanajuato, San Luis Potosí, Hidalgo, Chiapas, Durango, Veracruz, Nayarit, Sinaloa, Tamaulipas, Aguas Calientes. |
| De 35 a 37 %   | Sonora, Puebla, Querétaro, Baja California Sur, Campeche.  |
| De 37 a 39 %   | Tlaxcala, Estado de México, Morelos, nuevos león, Yucatán, Jalisco.  |
| De 39 a 41 %   | Coahuila, Quintana Roo, Distrito Federal, Baja California, Chihuahua.  |

<sup>52</sup> DIF, "Una Propuesta para Continuar el Cambio", p.28.



En el Distrito Federal la población femenina de 12 años y menor de 65 años que se mantiene laboralmente activa con una tasa específica de participación económica es del 39.7 % para el 2000<sup>53</sup>, traducida en un importante sector laboral de la población total de nuestro país, lo cual se refleja en necesidades para que puedan desarrollarse lo mejor posible en un ámbito de trabajo.

La mayoría de la población específicamente la femenina, enfrenta empleos con bajos salarios, deficientes condiciones de trabajo y vidas cada vez más deterioradas, dificultades para obtener una dieta adecuada, viviendas con carencias de servicios básicos, inaccesibilidad a los servicios de educación (niveles medio y superior) así como a los servicios de salud.

Las madres, al ausentarse de casa por un período de trabajo largo, deben delegar el cuidado de los hijos a otras personas traduciéndose en riesgos potenciales para la salud y bienestar del menor, reflejo de diversos indicadores el más claro ejemplo es el de la mortalidad infantil en México.

Para 1990 se registraron 64,497 defunciones y para 1995 la cifra bajó a 48,023.<sup>54</sup>

Por ello es necesario observar la siguiente tabla de mortalidad infantil en México, donde claramente se evidencia lo anterior. Todas las causas de muerte tienen que ver con una deficiencia en nuestro sistema de salud.

---

<sup>53</sup> INEGI, "Tabulados Básicos. Distrito Federal. XII Censo General de Población y Vivienda 2000", p. 114.

<sup>54</sup> DIF-SEP, "Una Propuesta para Continuar el Cambio", p.28.

Las principales causas de mortalidad infantil en México registradas en 1997 son las siguientes:

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1997.

| No. De Orden | Causa   | Defunciones | Tasa 1/ |
|--------------|---|-------------|---------|
|              | Total   | 44,377      | 1644.6  |
| 1            | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal                           | 19,821      | 734.5   |
|              | -Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido | 11,740      | 435.1   |
| 2            | Anomalías congénitas  | 7,223       | 267.7   |
|              | Del corazón y del aparato circulatorio  | 2,755       | 102.1   |
| 3            | Neumonía e influenza  | 5,375       | 199.2   |
| 4            | Enfermedades infecciosas intestinales   | 2,819       | 97.1    |
| 5            | Deficiencias de la nutrición  | 1,202       | 44.5    |
| 6            | Accidentes  | 1,108       | 41.1    |
| 7            | Infecciones respiratorias agudas  | 843         | 31.2    |
|              | -Bronquitis y bronquiolitis agudas  | 549         | 20.3    |
| 8            | Septicemia  | 599         | 22.2    |
| 9            | Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma                        | 484         | 17.9    |
| 10           | Enfermedades del corazón  | 315         | 11.7    |
|              | -De la circulación pulmonar   | 271         | 10.0    |
| 11           | Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis   | 288         | 8.4     |
| 12           | Meningitis  | 222         | 8.2     |
| 13           | Anemias   | 169         | 6.3     |
| 14           | Enfermedad cerebrovascular  | 110         | 4.1     |
| 15           | Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona               | 109         | 4.0     |
| 16           | Obstrucción intestinal sin mención de hernia                                    | 99          | 3.7     |
| 17           | Tumores malignos  | 81          | 3.0     |
| 18           | Enfermedad del esófago  | 78          | 2.9     |
| 19           | Hernia de la cavidad abdominal  | 77          | 2.9     |
| 20           | Epilepsia   | 56          | 2.1     |

Fuente: INEGI en <http://www.ssa.gob.mx./dgei/vitales/cuadro5.html>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las condiciones de trabajo debieran ofrecer los mínimos requerimientos para explotar el potencial de cada mujer trabajadora, lo cual no ocurre así. Las mujeres deben dejar a sus hijos al cuidado de otra persona y comúnmente recurren a un familiar, vecino y posteriormente a alguna institución que brinde dicho servicio. Delegar el cuidado de un menor a quien que no tiene la experiencia y/o capacidad suficiente va desde los siguientes riesgos:

- o Sufrir algún accidente grave en el hogar del cuidador
- o Sufrir algún tipo de maltrato al menor
- o Retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas y locomotoras del niño
- o Recurrencia en las enfermedades más comunes (vías respiratorias y gastro intestinales, etc.)
- o Dieta deficiente
- o Riesgo de abuso sexual

Son muchas las ventajas que ofrece un centro de cuidado infantil que cuenta con un equipo interdisciplinario y un programa de alimentación para el desarrollo del niño, entre las más destacadas se citan:

- o Cuidado del menor en un centro destinado para dicho fin.
- o Cuidado de la salud por medio del **CONTROL DEL NIÑO SANO.**
- o Valoración por parte del resto del equipo interdisciplinario (sicología, pedagogía, odontología, trabajo social)
- o Mayor desarrollo social por parte del niño, al convivir con sus coetáneos.
- o Mayor desarrollo cognoscitivo, al involucrarse en un programa de aprendizaje.

Los años preescolares son un período significativo en el desarrollo de las relaciones interpersonales, así como para el crecimiento de las funciones

motoras, de lenguaje y cognoscitivas, adquisición de valores para la vida, del autoestima, mayor tolerancia al fracaso, etc. Estudios comparativos entre grupos de niños que han acudido a este tipo de centros de cuidado con aquellos que no lo han hecho, describen las diferencias y cambios favorables que desarrollan los primeros.<sup>55</sup>

En nuestro país se ha establecido que todo niño, previo a la educación primaria debe cursar un año de Kinder o pre- primaria, por los beneficios antes mencionados.

Pero no es suficiente, porque muchos de estos lugares no cuentan con las condiciones mínimas de seguridad para la población cautiva, menos aún garantizan un desarrollo integral de los pequeños; carecen de espacios adecuados para actividades físicas, salidas de emergencia y zonas de seguridad, personal calificado y certificado y un **servicio de salud con un enfoque preventivo**, etc. Es decir, no cuenta con un servicio de calidad que responda a las necesidades de la población.

---

<sup>55</sup> Rau, "Desarrollo de la Personalidad", p. 95.

## 8. EL CONTROL DEL NIÑO SANO

*El control del Niño sano forma parte estratégica de la APS, para atender a la población infantil. Las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud constituyen una parte medular del primer nivel de atención, lo cual es más importante en la edad de la infancia y adolescencia, pues es en estas etapas cuando los beneficios se prolongan a lo largo de la vida. Por lo tanto, la familia y la escuela son dos grupos vitales para formar hábitos y conductas a favor de la salud del niño.*

La actuación en este sentido debe estar orientada hacia la prevención mediante la educación familiar, puesto que las principales patologías del adulto se labran desde la infancia.

### 8.1 COMPONENTES DEL PROGRAMA PARA EL CONTROL DEL NIÑO SANO.

En México, desde hace varios años, instituciones gubernamentales como DIF, IMSS, ISSSTE, etc. incluyen en sus programas prioritarios el de la vigilancia periódica de la Salud del Niño, que abarca desde la etapa neonatal hasta el término de la adolescencia.

Todas las actividades preventivas realizadas sistemáticamente en la Atención primaria se integran en el programa de Atención a la Salud del Niño, con el propósito de mejorar los niveles actuales de salud de los niños, esperando *eleva el impacto de programas hasta ahora no integrados, hacer más eficiente el uso de los recursos y mejorar la coordinación interinstitucional e intersectorial*<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> CONAVA, "Programa de Atención a la Salud del Niño", p. 5.



Es necesario abrir éste capítulo, porque es un *programa de salud* que bien puede manejar el licenciado en enfermería en cualquier centro infantil, ya que éstas son actividades enfocadas al cuidado de la salud principalmente.

Este tipo de atención debe incluir los siguientes componentes como mínimo y necesariamente:<sup>57</sup>

- Promoción de un crecimiento y desarrollo óptimos.
- Prevención de la morbilidad ligada a los padecimientos infecciosos (infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas).
- Prevención de la desnutrición y vigilancia de la alimentación.
- Vacunación universal
- Prevención de accidentes.
- Vigilancia del desarrollo osteomuscular normal.
- Educación para la salud.

Con lo anterior se pretende disminuir las elevadas tasas de morbi-mortalidad en la población infantil que prevalece en las edades comprendidas de 0 a 14 años y principalmente en los menores de 5 años.<sup>58</sup>

Cabe citar que el Modelo de Atención a la Salud brindado en cada sitio o unidad tiene una norma ya establecida en nuestro país. La Norma Oficial Mexicana implica puntos de concordancia, unificación de criterios y respuesta para problemas comunes en la atención de salud, sustentada en las políticas nacionales y sus límites nacionales y sus líneas nacionales de acción. Para el personal de salud constituye además un instrumento de orientación, capacitación y apoyo técnico y para quien recibe la atención es una garantía de seguridad en el procedimiento que se le aplica.

<sup>57</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 214.

<sup>58</sup> Idem.



Las normas que sustentan la atención básica del programa de salud del niño son:

- ✓ Norma oficial Mexicana para el Control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación (NOM 023-SSA 2-1993).
- ✓ Norma Oficial mexicana para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente (NOM 008-SSA 2-1993).
- ✓ Norma Oficial mexicana para el control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud (NOM 024-SSA2-1994).
- ✓ Manual de Procedimiento Técnicos de Vacunación.
- ✓ Manual de Procedimientos Técnicos para Enfermedades Diarreicas.
- ✓ Manual de procedimientos Técnicos para Infecciones respiratorias Agudas.
- ✓ Manual de procedimientos Técnicos para Nutrición.

Para los fines del presente trabajo, incluyo cada componente de éste programa en una breve sinopsis, con la finalidad de exponer éstos rubros como un cuerpo de conocimientos y capacidades que hacen colaborador indispensable al licenciado en enfermería.

### **8.1.1 PREVENCIÓN DE ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO OPTIMOS.**

El seguimiento del crecimiento (*peso, talla y perímetro cefálico*) y del desarrollo motor (*motor, lingüístico, afectivo, psicosocial y sexual*) en el período de su máxima variación constituye una medida efectiva de prevención secundaria específica de problemas del área de nutrición, crecimiento y maduración, pero también representan un indicador global muy apreciable aunque inespecífico, de salud orgánica del niño, así como de la idoneidad de su entorno.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica", p. 309.

El *crecimiento* se define como aposición del material al protoplasma y se logra por el aumento de tamaño y por la multiplicación celular, es un proceso que da por resultado un aumento continuo, hasta determinado límite, por medio de fenómenos de dinámica, energética y cinemática.<sup>60</sup>

La vigilancia del crecimiento se lleva a cabo mediante el uso de curvas de peso, talla, perímetro cefálico y secuencia de dentición temporal y definitiva. Con base al estudio de niños normales y sanos, México tiene sus propias tablas por edad y sexo para:<sup>61</sup>

1. Edad.
2. Peso y talla.
3. Circunferencia cefálica o torácica.
4. Circunferencia del brazo o de la pierna (en México la más usada es la del brazo).
5. Diámetros biacromial y bicrestal.
6. Talla sentado (o segmento superior y segmento inferior).
7. Pliegues cutáneos del brazo, de la escápula y del tórax.
8. Placa radiográfica de mano y puño izquierdos.

El desarrollo es el conjunto de cambios y transformaciones que se efectúan en los seres vivos desde su nacimiento. Es un proceso que asegura la evolución progresiva hasta el perfeccionamiento y maduración funcionales de los órganos, aparatos y sistemas del organismo, y de cada uno de los tejidos y células que lo integran.<sup>62</sup>

De lo anterior se deduce que el concepto de *crecimiento* debe subordinarse al concepto de *desarrollo*, del cual es solo una manifestación. Los fenómenos de crecimiento y desarrollo cursan en forma paralela. Tanto el crecimiento

---

<sup>60</sup> La *dinámica* estudia las fuerzas genéticas, neuroendocrinas y ambientales que lo determina; la *energética* se refiere a los requerimientos de materia y energía que el fenómeno lleva implícito; por último la *cinemática* del crecimiento se preocupa por la forma en que este se realiza. Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 71.

<sup>61</sup> Idem.

<sup>62</sup> Ibid. p. 35.

como el desarrollo son procesos dinámicos que llevan implícito el concepto de cambio y de movimiento.<sup>63</sup>

La vigilancia del estado de salud y nutrición del niño, debe apoyarse en un estudio clínico minucioso y el uso de datos antropométricos tales como:

- ❖ Somatometría.
- ❖ Talla y Peso.
- ❖ Perímetro cefálico.

Según la norma, el menor de un año debe recibir cinco consultas como mínimo, durante los subsiguientes 11 meses, otorgadas a los dos, cuatro, seis, nueve y 12 meses de edad. El de uno a cuatro años debe recibir una consulta cada seis meses. El de cinco a nueve años y el de diez a diecinueve años, deben recibir como mínimo una consulta anual.<sup>64</sup>

La vigilancia del crecimiento y desarrollo se debe valorar utilizando la relación de los índices antropométricos señalados, relacionándolos con las tablas o gráficas de crecimiento y desarrollo, que permiten ubicar la condición actual y la posibilidad de vigilar la tendencia de los eventos. Para la valoración de peso/edad, talla/edad y peso/talla se utilizan las tablas mexicanas.

Para la evaluación del perímetro cefálico también existen tablas que nos orientan, y se realiza hasta los tres meses de edad como mínimo, comparando los valores obtenidos con las tablas mexicanas.

La vigilancia del desarrollo psicomotor se lleva a cabo usando esquemas simplificados que expresan la variación normal en la aparición de cada

---

<sup>63</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 35.

<sup>64</sup> SSA, "Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo", p. 5.

fenómeno dado, y que incluyen datos relativos al desarrollo motor grueso y fino, lenguaje y conducta social.<sup>65</sup>

### 8.1.2. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS

Los principales problemas de salud que tienen México y otros países, están estrechamente relacionados con la pobreza. Razón por la cual, la desnutrición y las enfermedades transmisibles infecciosas persisten debido al creciente número de personas que viven por debajo de los límites de pobreza en condiciones ambientales deterioradas.

Las enfermedades diarreicas siguen ocupando los primeros casos de morbi-mortalidad infantil en México, generando el 20.8% de la demanda de consulta en los servicios de salud y el 10% de las hospitalizaciones pediátricas. Los niños menores de cinco años presentan entre dos a cuatro episodios diarreicos por año.<sup>66</sup>

La diarrea aguda es la emisión de heces más líquidas o de menor consistencia de lo habitual en el lactante. La mayoría de las diarreas son benignas y autolimitadas. En el 70% de los casos la causa es infecciosa.<sup>67</sup>

Los agentes infecciosos que causan la diarrea, generalmente se transmiten por vía fecal-oral. En México, diferentes estudios han identificado, hasta en un 70 por ciento mediante el laboratorio, la etiología de las diarreas en los niños.<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 215.

<sup>66</sup> CONAVA, "Enfermedades Diarreicas. Control del Niño Sano", p. 9.

<sup>67</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica", p. 931.

<sup>68</sup> CONAVA, "Enfermedades Diarreicas", p.11.

## FACTORES PREDISPONENTES

En los niños los factores asociados a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas, son los siguientes:

- o Higiene personal deficiente.
- o Desnutrición.
- o Ausencia o práctica inapropiadas de lactancia materna.
- o Bajo peso al nacimiento.
- o Esquema de vacunación incompleto.
- o Falta de capacitación de la madre para la higiene familiar.
- o Contaminación fecal del agua y alimentos.
- o Deficiencia de vitamina "A".

## MEDIDAS PREVENTIVAS

Principalmente debemos realizar la promoción de hábitos higiénico dietéticos en el hogar enfocadas en abatir los factores predisponentes.

El mecanismo de transmisión de los agentes infecciosos causantes de diarreas es por contacto directo con alguna fuente contaminada.<sup>69</sup>

Entre estos casos es importante señalar la influencia que el nivel cultural tiene sobre los hábitos higiénicos y alimentarios, que perpetúan tradiciones, costumbres y tabúes que se transmiten a través de las generaciones. En México buena parte de la población aún es analfabeta.

El bajo nivel económico de la población, se traduce en un pobre ingreso familiar, distribución inadecuada del presupuesto familiar, alimentación insuficiente en calidad y cantidad, mala conservación y preparación de alimentos, y otros problemas que reflejan lo que sucede en la comunidad. El precario estado nutricional de la población infantil aumenta la susceptibilidad

---

<sup>69</sup> Kumate, "Manual de Infectología Clínica", p. 66.

a las infecciones, en general, y a las digestivas, en particular y prolonga y complica de forma grave los cuadros diarreicos.<sup>70</sup>

La madre y/o quien se encarga del cuidado de los niños deben saber que:

- o Una de las complicaciones en los procesos diarreicos es la **deshidratación**. El lactante y recién nacido requieren de mayores cantidades de agua, 100 a 150 ml / kg / día.
- o En los niños menores de tres años la deshidratación es provocada en la mayoría de los casos por la diarrea aguda grave pero además durante el invierno y el otoño las bronconeumonías y las infecciones del aparato respiratorio son más frecuentes y estas condiciones patológicas son causa de deshidrataciones.<sup>71</sup>

Para evitar que los niños lleguen a un estado de deshidratación es conveniente enseñar a los padres la forma de evitarlo y la terapia de hidratación.

La educación para la salud como componente de la atención en la prevención de las deshidrataciones se enfoca en la **Terapia de Hidratación Oral**.<sup>72</sup>

- ✓ Usar líquidos recomendados, seguros y efectivos, como el sobre de Vida Suero Oral (VSO), también los cocimientos de cereal, sopas, caldos, té, infusiones y agua de frutas frescas. Si esto no es posible, dar agua mientras se consigue el VSO.
- ✓ Dar tanto líquido como el niño pueda tomar.

---

<sup>70</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p.290.

<sup>71</sup> Ibid. p. 301, 302.

<sup>72</sup> *La terapia de Hidratación Oral (THO): Consiste en la administración de líquidos por vía oral para prevenir o tratar la deshidratación causada por diarrea. Los líquidos pueden ser los de uso común en el hogar o una solución apropiada, segura y efectiva, que permita corregir la deshidratación como lo es la fórmula actual para preparar con un litro de agua la solución recomendada por la OMS/UNICEF con el nombre de "Vida Suero Oral".* CONAVA, "Enfermedades Diarreicas", p. 25.

- ✓ Ofrecer los líquidos en taza, a cucharadas o a sorbos pero no con biberón, porque la fórmula de VSO por su alto contenido en sales minerales puede causar náuseas y vómito si se ingiere rápidamente, por ello es más efectivo darlo lentamente.
- ✓ Continuar administrando líquidos después de cada evacuación, hasta que la diarrea desaparezca.
- ✓ No se recomienda utilizar sueros orales con sabores, o refrescos embotellados, ya que estos tienen un alto contenido en azúcar, agravan la diarrea y provocan que el niño se deshidrate más rápido.

Las acciones educativas deben profundizar en los siguientes puntos:<sup>73</sup>

- ✓ Conocer las causas que provocan la diarrea, y establecer medidas que la eviten (como las anteriores)
- ✓ Identificar la pérdida excesiva de líquidos del cuerpo, producida por la diarrea, como deshidratación y ésta como causa de muerte.

En lactantes es frecuente la diarrea parenteral, entendiendo como tal, la diarrea reactiva por inmadurez del tracto digestivo ante un foco infeccioso no enteral, principalmente ótico, urinario, etc. Los gérmenes invasivos producen heces con moco y pus, mientras que los toxigénicos provocan diarrea muy acuosa. Los criterios de derivación al hospital son los siguientes:<sup>74</sup>

- Presencia de signos de deshidratación (sequedad de mucosas, signo del pliegue, etc.)
- Intolerancia a los líquidos por vía oral (vómitos incoercibles)
- Sospecha de bacteriemia

---

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>74</sup> ZURRO, "Atención primaria: Conceptos", p. 931.



### 8.1.3. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son responsables de la alta mortalidad infantil en países en subdesarrollados, al igual que las diarreicas. La problemática alrededor de las infecciones respiratorias es compleja, ya que su alta incidencia, rápida evolución y desconocimiento de los signos que indican gravedad, dificultan en gran medida su control.<sup>75</sup>

Las IRA son procesos infecciosos del aparato respiratorio ocasionado por gérmenes virales o bacterianos de menos de 15 días de evolución, caracterizado por la presencia de tos o dificultad para respirar, además de otros signos y síntomas catarrales. Los síndromes respiratorios de mayor incidencia son: resfriado común, faringitis, laringotraqueobronquitis, traqueobronquitis, bronquiolitis y neumonía.<sup>76</sup>

La susceptibilidad depende de la interrelación huésped – agente – medio ambiente.

Los factores de riesgo:<sup>77</sup>

- o El nivel de vida en las zonas rurales, semi-urbanas y urbanas.
- o Los cambios bruscos de temperatura, así como la época de invierno y las temporadas de lluvia, se relacionan directamente con el incremento de IRA viral.
- o Hacinamiento y micro-ambiente.
- o Vivienda con deficiencias sanitarias (falta de agua, drenaje, ventilación adecuada, etc.)
- o La aglomeración y polución.
- o Contacto con grupos de riesgo (guarderías, colegios y sitios de conglomeración).
- o Tabaquismo en los padres o con quienes convive directamente el niño.

<sup>75</sup> CORREA, "Fundamentos de Pediatría. Enfermedades Infecciosas", p. 944.

<sup>76</sup> Ibid. p. 945.

<sup>77</sup> Ibid. p. 947.

- Cocinas que utilizan combustible de biomasa (leña, paja, residuos de cosechas, etc.)
- Altas concentraciones de humo y sustancias gaseosas corrosivas.
- Desnutrición.
- Bajo peso al nacimiento.
- No haber sido alimentado al seno materno.
- Inmadurez inmunológica.
- Prematurez por el déficit surfactante.
- Exposición a personas enfermas.
- Carencias nutricionales específicas como el déficit de vitamina A.
- Enfermedades asociadas como cardiopatías y enfermedades crónicas.

Como sabemos, la gran mayoría de éstos factores son difíciles de erradicar o disminuir. Las medidas preventivas son en el sentido de mejorar los hábitos higiénicos y dietéticos, no fumar o permanecer cerca de quienes lo hacen y ejercitar el cuerpo por lo menos 3 veces por semana. Estas medidas lograrán tener una mejor calidad de vida.

#### **MEDIDAS PARA CUIDAR AL NIÑO EN EL HOGAR:**

El tratamiento ambulatorio recomendado para el niño que recibe una terapia antimicrobiana como para el que sólo presenta tos o resfriado, se orienta en los signos de alerta.

#### ***Manejo de la fiebre:***

Teniendo en cuenta que la fiebre sólo es un mecanismo de defensa ante la infección, debemos concientizar a la madre y al personal a cargo de los niños sobre la importancia de los beneficios que acarrea para el niño.

Cuando la temperatura es mayor de 38.5 °C y se asocia a malestar general, hipermetabolismo, convulsiones e incremento de las pérdidas insensibles. Las medidas son: manejo con antitérmicos del tipo Acetaminofén a dosis de 10 a 15 mg/kg de peso cada cuatro a seis horas, darle líquido en abundancia, para evitar la deshidratación. Después se evalúa la respuesta al

medicamento y si persisten temperaturas mayores de 38.5 °C iniciar medios físicos como ropa liviana, aireación y ventilación.

Con el fin de sostener la acción del antitérmico, evitar los cambios bruscos de temperatura ocasionados por el baño (agua fría) y desaconsejar las fricciones con alcohol por su alta toxicidad.<sup>78</sup>

### **Alimentación:**

Debe continuarse la alimentación habitual, a pesar de la disminución o pérdida del apetito. Si el paciente vomita, debe insistirse luego de presentado el episodio en comer.

Recomendar no suspender la lactancia materna y aumentar el número de tetadas. De igual modo en el niño mayor se deben aumentar los alimentos después de la enfermedad, es muy probable que la inapetencia le cause baja de peso.<sup>79</sup>

### **Líquidos:**

Debe administrarse suficiente cantidad de líquido para asegurar la hidratación del niño, un buen funcionamiento renal y secreciones respiratorias fluidas. Si el niño está vomitando se le deben ofrecer pequeñas cantidades a intervalos frecuentes tratando de llegar al mínimo recomendado de 80 cc/kg/día.<sup>80</sup>

### **Manejo de la tos:**

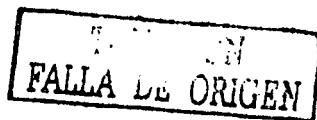
Los antitusivos son medicamentos poco efectivos y potencialmente tóxicos. Debemos convencer a la madre sobre la importancia de la tos para el niño, por ser un mecanismo de defensa que ayuda a la limpieza de los bronquios.

---

<sup>78</sup> Correa, "Fundamentos de Pediatría", p. 954.

<sup>79</sup> Idem.

<sup>80</sup> Idem.



Cuando la tos es seca e improductiva, se recomienda la hidratación y remedios caseros, que suavicen la faringe.<sup>81</sup>

***Desobstrucción de fosas nasales:***

El niño es un respirador nasal obligado, por esto se deben mantener las fosas nasales despejadas y quizás el mejor método es el lavado, utilizando solución salina preparada en casa con cuatro onzas de agua hervida (una onza equivale a 30 ml), agregándole media cucharadita de sal (1 g), instilando un gotero de esta solución en cada fosa nasal, cada tres o cuatro horas o según la cantidad de secreciones que tenga el niño. La solución no es solamente un sistema de limpieza sino que además cumple funciones antisépticas.<sup>82</sup>

***Palmopercusión:***

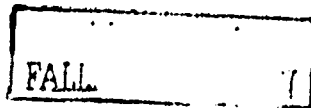
Para ayudar a desprender las secreciones, es conveniente enseñar a los padres a brindar esta terapia en casa

Enseñarle además a los padres y responsables del niño cuáles son los signos de alarma, que indican una complicación de una I.R.A.

- El aumento de la frecuencia respiratoria
- Respire con dificultad.
- Tiraje subcostal.
- Fiebre persistente y arriba de 38.5 °C.
- Que deje de comer o beber agua.
- Que el niño esté somnoliento y tarde en despertar.

<sup>81</sup> Correa, "Fundamentos de Pediatría", p. 954.

<sup>82</sup> Idem.



#### 8.1.4. PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN Y VIGILANCIA DE LA ALIMENTACIÓN

El crecimiento y la salud del niño dependen de la nutrición. La formación de células y tejidos, renovación constante de sus componentes y energía necesaria para la actividad y otras funciones orgánicas provienen de los nutrimentos.<sup>83</sup>

La desnutrición se define como un estado de múltiples carencias: alimentarias, económicas, culturales, sociales y sanitarias. La desnutrición o estado deficiente de nutrición expresa todas las condiciones patológicas en las que existe un déficit de ingestión, absorción o aprovechamiento de los elementos nutrientes (alimentos), o bien una situación de consumo o pérdidas exageradas de calorías.<sup>84</sup>

En la desnutrición, en general existe deficiente ingestión de grasas, vitaminas y algunos minerales, y el aporte calórico total es muy bajo; en los casos extremos, lleva progresivamente al organismo a la caquexia, lo que se designa como "hambre" crónica o desnutrición calórico protéica.<sup>85</sup>

En la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (1995) elaborada por el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ), se encontró que si bien la desnutrición en la ciudad capital estaba muy lejos de ser tan grave como en las zonas rurales marginadas, aun existían setenta mil niños desnutridos (uno de cada veinte), cifra que representa la mayor concentración de desnutridos por entidad federativa.<sup>86</sup>

<sup>83</sup> Valenzuela, *Manual de Pediatría*, p. 244.

<sup>84</sup> Ibid. p. 241.

<sup>85</sup> Ibid. p. 241, 242.

<sup>86</sup> Gutiérrez, "La desnutrición en México" en:  
<http://pp.terra.com.mx/fjpgutiérrez/sabores/desnut.htm#infantil>.

La desnutrición condiciona el posterior desarrollo del niño. El desarrollo neurológico de los niños desnutridos es deficiente. Los adultos que de niños fueron desnutridos presentan dificultades para desempeñar eficientemente sus labores, para establecer relaciones sociales porque les falta madurez intelectual.<sup>87</sup>

Así mismo la importancia de los alimentos radica en la experiencia que estos traen consigo, la exploración de sabores y sensaciones, para el sentido gustativo. Toda vez que otra experiencia positiva es el socializar con otros seres humanos durante la hora de los alimentos.

De igual modo en este problema cito la ignorancia, la pobreza y la enfermedad como una triada etiopatogénica principal.

Generalmente se desconoce cómo llevar a cabo una dieta adecuada; por otro lado, la falta de recursos económicos hace que los individuos consuman alimentos de menor costo o mayor accesibilidad, como la introducción de alimentos que carecen de valor nutricional, p. ejemplo las bebidas carbonatadas, pastelillos, frituras, dulces, etc.

Las enfermedades infecciosas generan pérdidas adicionales de energía, o bien, impiden la correcta utilización de alimentos, e inducen a dietas restrictivas, tabúes alimentarios o ambos. La diarrea, sarampión e infecciones respiratorias eliminan el apetito, inhiben la absorción de alimentos, consumen calorías y provocan pérdida de nutrimentos.<sup>88</sup>

Estos problemas se visualizan ya desde la gestación; la desnutrición de la madre embarazada induce bajo peso al nacer favoreciendo la mortalidad del recién nacido, así mismo, la desnutrición es menos frecuente en los lactantes

---

<sup>87</sup> *Idem.*

<sup>88</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 244.

alimentados al seno materno que en aquellos que son alimentados con sucedáneos de la leche o alimentación mixta, pero las madres mal alimentadas que amamantan, no satisfacen las necesidades de sus hijos después del cuarto o quinto mes de la lactancia si no gozan de buena salud y de alimentación adecuada. Así pues, los niños con una ablactación inadecuada son excelentes candidatos a padecer desnutrición.<sup>89</sup>

La labor debe comenzarse desde el inicio de la vida intrauterina con una alimentación adecuada para la madre y la promoción de la lactancia materna y continuar haciéndolo durante las visitas de seguimiento a la salud del niño.

#### *PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.*

El 30 % de los recién nacidos no reciben lactancia natural, sino sucedáneos. Ello tiende a disminuir en niveles socioculturales medio-altos, pero aumenta en los niveles bajos y en situaciones problemáticas de **madre trabajadora**, pese a las ventajas que tiene la lactancia materna contra la lactancia sucedánea como:<sup>90</sup>

1. Mejor inmunidad local digestiva y respiratoria del niño.
2. Ausencia de alergias homólogas
3. Disminución del riesgo de obesidad
4. Relación afectiva madre e hijo
5. Involución uterina post-parto más rápida.
6. Reducción de la tasa de neoplasia mamaria en las mujeres que dieron lactancia materna.
7. Razones económicas evidentes.

Sin embargo, la motivación positiva apoyada en la información sobre las ventajas nutricionales, inmunitarias, afectivas y económicas en ningún momento debe llegar a culpabilizar la opción por la lactancia mixta o sucedánea.

---

<sup>89</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 244.

<sup>90</sup> *Ibid.*, p. 114, 115.

Pocas madres trabajadoras que ingresan a sus hijos a algún centro de cuidado infantil a temprana edad, continúan con la lactancia materna; por diversas razones. entre las más importantes: la desinformación y la falta de tiempo o problemas en el trabajo; falta de apoyo familiar y social que en algunos de estos centros el personal involucrado no facilite la lactancia materna.<sup>91</sup>

El CDI Zapata tiene como antecedente que durante los primeros años de existencia, recibieron lactantes de 40 días de nacidos. A cuyas madres se les brindó la facilidad para continuar la lactancia materna, con buenos resultados por varios años.

Posteriormente se optó por reglamentar el ingreso de los niños a partir de los tres meses de edad y en la actualidad hasta los seis meses cumplidos. Es de llamar la atención, que uno de los requisitos de inscripción es que el niño haya iniciado ya la ablactación y dejado el seno materno. Motivo por el cual, se retrasa el ingreso este centro de algunos niños, aunque cumplan con la edad.

En 1989 la OMS y la UNICEF proclamaron como derechos de todos los recién nacidos y de sus madres hacer todos los esfuerzos posibles para promover y asegurar la iniciación y el mantenimiento de la lactancia materna, desde el momento del nacimiento.<sup>92</sup>

Esta declaración especifica que todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deben contar con una política, personal capacitado, áreas y todas las condiciones necesarias para fomentar la lactancia materna inmediatamente después del parto. Pero en México ninguna norma establece continuar con esta práctica dentro de las guarderías, por ende, la

---

<sup>91</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 316.

<sup>92</sup> OMS-UNICEF, "Declaración de Protección a la Lactancia Natural".



madre es susceptible de decidir continuar con los sucedáneos de la leche al incorporarse nuevamente a su trabajo y abandonar totalmente la lactancia materna.

Por lo tanto, es conveniente orientar adecuadamente a las madres y sensibilizar al personal que labora en los centros de cuidado infantil en este sentido, pues en gran parte, de ello depende que las madres continúen lactando a sus hijos. Lo ideal es que durante la atención prenatal se fomente la lactancia materna y al ingresar el niño a la guardería facilitarles la continuación de ésta, explicándoles:

- ✓ Que la leche materna se conserva en perfectas condiciones durante 24 horas en refrigeración.
- ✓ Que puede extraerse la leche por las noches y guardarla en un recipiente de vidrio previamente hervido y bien cerrado en refrigeración, para que el niño la beba al día siguiente durante su estancia en la guardería.
- ✓ Facilitarles a las madres un espacio para lactar a sus hijos.
- ✓ Corrección de la técnica para la lactancia materna, en caso de ser necesaria.
- ✓ Derivación a un grupo de apoyo a la lactancia materna.

### LACTANCIA SUCEDÁNEA.

La leche de vaca adaptada y humanizada utilizada como sustituto total o parcial de la leche humana proporciona un aporte adecuado de nutrientes para los requerimientos del lactante, siempre que sea supervisada por un profesional de la salud.

Dentro de los inconvenientes más importantes se hallan:<sup>93</sup>

1. La inadecuada técnica para preparar los biberones que provocan enfermedades gastrointestinales.
2. Biberones hiperconcentrados que pueden producir deshidrataciones por sobrecarga renal y/o diarreas.
3. Sobrealimentación por gran volumen de leche puede producir vómitos, diarreas, malestar, cólicos abdominales y obesidad.

<sup>93</sup> Zurro, "Atención primaria: Conceptos", p. 317.

4. Maloclusión de dientes por uso excesivo de biberones.
5. Utilización de tiempo suficiente para la preparación de biberones así como lavado y esterilizado de éstos.
6. Inconveniente económico al ser estas leches caras en comparación con la leche materna.

La técnica de alimentación con biberón y preparación, es una tarea que debemos brindar una vez que sepamos que la madre ya no amamantará al niño, pues de esto depende en gran medida la prevención de enfermedades diarreicas.

La orientación irá en función de la esterilización de los biberones, que se logra por ebullición con agua (5 min.) o por acción del vapor (ollas esterilizadoras).<sup>94</sup>

#### *LA ABLACTACIÓN.*

Es la introducción de alimentos ajenos a la leche materna o sucedáneos de ésta. Hacia los seis meses puede introducirse sin forzar otros alimentos, que complementan la leche, pero que no la sustituyen. Conviene introducir los alimentos uno a uno, no en mezclas, y con un intervalo de 15 días por lo menos, para detectar posibles intolerancias, además de no introducir sal a los purés de verduras. Actualmente se está proponiendo posponer la introducción de leche de vaca entera en la dieta hasta los 12 meses de edad, por el riesgo de anemia ferropénica debida a las hemorragias gastrointestinales ocultas que provoca.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 316.

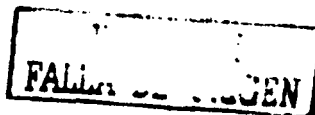
<sup>95</sup> Ibid, p. 317.

Un ejemplo del calendario de la alimentación del lactante sano, para orientar a los padres:

GUÍA PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO

| EDAD   | ALIMENTACIÓN   | FORMA DE PREPARACIÓN   | HORARIOS Y CANTIDADES   |
|--|--|--|---|
| DESDE EL NACIMIENTO HASTA EL 4º O 6º MES DE VIDA | Exclusivamente leche materna   | -----  | A libre demanda   |
| ENTRE EL 4º Y 6º MES                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar la lactancia materna</li> <li>• Iniciar la ab lactación con alimentos vegetales:</li> <li>• Frijol (puré)</li> <li>• Trigo (Sopas de pasta, pan)</li> <li>• Verduras (ejotes, chayote, calabacitas, papa, camote, etc.)</li> <li>• Frutas (plátano, manzana, pera, zapote, papaya, etc.)</li> </ul> <p>Cuando acepte los purés, ofrecer combinaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frijoles con tortillas</li> <li>• Arroz con papas</li> <li>• Arroz con frijoles</li> <li>• Sopas de pasta con verduras y pollo</li> <li>• Lentejas con tortilla.</li> </ul> | <p>Inicialmente, en forma de purés y papillas, mezclados con pequeñas cantidades de líquidos (caldos, jugos)</p> <p>Posteriormente molidos y pasados por un colador, ayudándose con el dorso de una cuchara.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una ración al día.</li> <li>• A media mañana: iniciar con una o dos cucharaditas y aumentar progresivamente hasta satisfacer el apetito del niño.</li> <li>• Posteriormente dos raciones al día, a media mañana y media tarde</li> </ul> |
| A PARTIR DE QUE BROTAN LOS PRIMEROS DIENTES      | Continuar la lactancia materna y alimentos vegetales. Introducir otros de origen animal, solos o combinados con verduras. huevo cocido, hígado de pollo cocido, frijoles con huevo, carne molida con verduras, sardinas con papa, tortilla con queso.  | Picar los alimentos en trocitos pequeños.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres o más raciones al día</li> <li>• Ofrecerlos de preferencia en el horario normal de comida familiar.</li> <li>• Las cantidades de cada alimento estarán determinadas por el apetito del niño.</li> </ul>                             |

NOTA: Se recomienda utilizar siempre alimentos disponibles en la región y de consumo familiar  
Fuente: CONAVA, Programa de Atención a la Salud del Niño 2000.



Recomendaciones para orientar a los padres sobre la Ablactación:

Al brindar asesoría debemos tomar en cuenta el medio sociocultural de la familia, hábitos, la actitud de los padres y la calidad de la relación madre e hijo. No es necesario dar una recomendación detallada respecto a la edad en que deben introducirse proteínas animales distintas a las lácteas, pero la inclusión de ciertos alimentos conocidos por su elevada alergenidad, como el huevo y el pescado, es preferible demorarla hasta los doce meses.<sup>96</sup>

Se debe fomentar la lactancia mixta hasta que hayan brotado los primeros dientes.

Considerar la ablactación en el caso de lactantes con historia familiar de atopía, evitar estrictamente durante el primer años los alimentos potencialmente muy alérgicos.<sup>97</sup>

Desde la edad de lactantes y escolares es una oportunidad para orientar respecto de otros factores que contribuyen a problemas de obesidad como: la tele adicción, que favorece al sedentarismo y el uso habitual de dulces entre comidas, que sobrecargan la dieta habitual con hidratos de carbono. Así mismo, conviene enseñar a los padres a dar una dieta adecuada al niño y cuáles son las características de ésta.

---

<sup>96</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 318.

<sup>97</sup> Idem.

## *LA ALIMENTACIÓN NORMAL PARA EL NIÑO DE DOS A TRES AÑOS DE EDAD.*

Generalmente a esta edad la alimentación esta constituida por el desayuno, comida (comida del medio día o almuerzo) y cena.

Es frecuente que en lactantes que han atravesado el primer semestre en condiciones normales o de nutrición por haber contado hasta entonces con la fuente nutricional materna, presentan condiciones de subnutrición, entre otras razones, porque la madre ya no se preocupa lo suficiente por la correcta alimentación que debe proporcionar a su hijo. Subalimentación y anarquía en el horario son errores frecuentes.

Shultz, desde hace varios años estipuló que la alimentación normal para un niño de cinco años debe comprender por día: leche (de vaca): .75 lt; un huevo; carne: 50 g; papas o vegetales amarillos o verdes: 65 g; una naranja o un tomate; una fruta; una cucharada de mantequilla; pan, cereales, grasas, azúcar, queso, frijoles, dulce o postre, en cantidad conveniente para complementar la comida.

Gómez Pagola esquematiza de manera concreta las dietas normales que deben recomendarse a los niños de dos a catorce años, según el criterio y la rutina de los principales hospitales de niños, y propone que en los menús cuando menos 75 % de las proteínas deben ser de procedencia animal y el resto ha de aprovecharse del trigo y otros cereales; las grasas están comprendidas en la mantequilla, aceites de ajonjolí o de oliva; las vitaminas, en frutas, cereales, carne, huevo y leche y el calcio, hierro y otros minerales en esos mismos alimentos y en la tortilla.

### 8.1.5. VACUNACIÓN UNIVERSAL

El panorama epidemiológico muestra una reducción importante en enfermedades evitables por vacunación tales como: poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos neonatal, sarampión y tuberculosis meningea. El programa para el desarrollo de vacunas se inicia en 1984, aunando esfuerzos de la OMS, con el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, etc. Todavía el suministro de vacunas es crítico por lo que se pretende una coordinación de diferentes organizaciones internacionales como la UNICEF, CVI (Child Vaccination Initiative), OMS, etc.<sup>98</sup>

Basta observar la siguiente tabla del panorama epidemiológico, para darnos cuenta del avance logrado, citando además el importante papel que la enfermería ha desarrollado en este rubro, pues son nuestras compañeras quienes ocupan el mayor número del personal de salud y han logrado el avance en la cobertura de vacunación en México y muchas otras partes del mundo.

**Enfermedades evitables por vacunación  
Número de casos  
Estados Unidos Mexicanos  
1990-1996**

| CAUSAS                 | 1990   | 1991  | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|------------------------|--------|-------|------|------|------|------|------|
| Poliomielitis          | 7      | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Sarampión              | 68,782 | 5,077 | 846  | 172  | 128  | 12   | 2    |
| Difteria               | 0      | 1     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Tos ferina             | 1,078  | 163   | 138  | 149  | 599  | 15   | 32   |
| Tétanos neonatal       | 145    | 146   | 137  | 98   | 83   | 67   | 64   |
| Tuberculosis meningea* | 102    | 72    | 48   | 38   | 61   | 45   | 42   |

\* En menores de cinco años.

Fuente: CONAVA, "Programa de Atención a la Salud del Niño", p. 14.

<sup>98</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud: su Educación y Promoción", p. 139.

Es pertinente destacar algunos hechos sobre las enfermedades antes mencionadas:

*Poliomielitis.* Es una enfermedad causada por poliovirus salvaje, está erradicada del continente americano. En México, el último caso se registró en octubre de 1990 y no hay evidencia de su circulación actualmente. Debido al intercambio comercial, turístico y migratorio con países de otros continentes, en los que el padecimiento aun es endémico, el riesgo de su reintroducción aún está presente.<sup>99</sup>

*Sarampión:* En 1985, ya no se registraron defunciones. Sin embargo, existe el riesgo de nuevas epidemias, ya que el crecimiento de grupos susceptibles es inevitable: por las fallas primarias y secundarias de la vacuna; y por que, aún con programas exitosos, es imposible vacunar al 100%, particularmente en poblaciones marginadas, formándose así los "bolsones de susceptibles".<sup>100</sup>

*Difteria.* La enfermedad se encuentra eliminada. El último caso se registró en octubre de 1991, pero no hay evidencia de que el agente causal esté erradicado, por lo que existe el riesgo de nuevas epidemias, tal como ha sucedido en países que habían logrado el control de la enfermedad y donde el perfil epidemiológico ha cambiado, al aumentar el número y la gravedad de los casos en los adultos.<sup>101</sup>

*Tos ferina.* El número de casos está en pleno descenso. En 1996, sólo se registraron 32. Se puede decir que el padecimiento se halla controlado. Sin embargo, también es importante señalar la experiencia de países con situación epidemiológica semejante, en la que se ha identificado un aumento

---

<sup>99</sup> CONAVA, "Programa de Atención a la Salud del Niño", p.16.

<sup>100</sup> Ibid. p.16.

<sup>101</sup> Ibid. p.17.

de formas clínicas no características, en adultos jóvenes que han perdido inmunidad y que constituyen fuentes de contagio potencialmente peligrosas.<sup>102</sup>

*Tétanos neonatal.* La morbilidad sigue descendiendo. La tasa de mortalidad está por abajo del límite que la OMS considera de "eliminación" (menos de un caso por mil nacidos vivos por distrito sanitario). Como el germen que lo causa es ubicuo y su eliminación es difícil, en sujetos susceptibles, o recién nacidos por partos atendidos en malas condiciones de higiene, persiste el riesgo de contraer la enfermedad.<sup>103</sup>

*Tuberculosis meningea.* Considerada como la forma más grave de tuberculosis, está en franco descenso. En 1990 se registraron 102 casos en menores de 5 años y, en 1996, sólo 42.<sup>104</sup>

La vacunación a la población y en particular a los niños, es de gran trascendencia. Por ello el personal de salud no debe dejar *oportunidades perdidas de vacunación*, pues esto es entrada para una nueva epidemia.

Estas oportunidades perdidas son atribuibles a tres factores: 1) Atribuibles a los servicios de salud, 2) Atribuibles a falsas contraindicaciones y 3) Atribuibles a la comunidad.

Dentro de los atribuibles a los servicios de salud:<sup>105</sup>

---

<sup>102</sup> CONAVA, "Programa de Atención a la Salud del Niño", p. 17.

<sup>103</sup> Idem.

<sup>104</sup> Idem.

<sup>105</sup> CONAVA, "Vacunación Universal. Manual", p. 59.



- Se establecen horarios o días específicos de vacunación en las unidades de salud.
- El personal de salud percibe como un "desperdicio", el usar un frasco multidosis para una sola aplicación.
- El personal de salud no pregunta sobre el esquema de vacunación ni solicita la Cartilla Nacional de Vacunación cuando los niños son llevados a las unidades por motivos diferentes (en el caso de las escuelas cuando no es requisito indispensable de inscripción).
- El personal de salud no promueve las vacunas en las unidades de salud.
- No se encuentra el personal de salud para aplicar las vacunas.
- Personal poco preparado que incurre en falsas contraindicaciones.

Dentro de las atribuibles a falsas contraindicaciones (en general para todas las vacunas) <sup>106</sup>

- Reacción local de leve a moderada (dolor, enrojecimiento, inflamación) después de una dosis de antígeno inyectable.
- Enfermedad leve con o sin fiebre.
- Tratamiento antimicrobiano actual.
- Fase de convalecencia de alguna enfermedad.
- Exposición reciente a enfermedades infecciosas.
- Historia de alergia a penicilina u otras alergias inespecíficas o el hecho de que sus familiares tengan dichas alergias.
- Historia de alergia a proteínas del huevo, a la Neomicina manifestada sólo por rash.

Dentro de las atribuibles a la comunidad: <sup>107</sup>

- Renuencia por parte de padres a aceptar las vacunas.

<sup>106</sup> CONAVA, "Vacunación Universal. Manual", p. 59.

<sup>107</sup> *Ibid.* p. 60.

- Factores de tipo religioso.
- Problemas sociales al interior de las comunidades.

Desde Jenner (1796), a las vacunas de genes se ha recorrido un largo camino. El resto de las enfermedades infecciosas, con las desigualdades ocasionadas por la pobreza, continúa aún patente. La desorganización de algunos servicios públicos, como ha ocurrido con la antigua URSS, ha ocasionado enfermedades antes controladas, como la difteria, con 15,000 casos y 700 muertes (1993),<sup>108</sup>

Lo anterior, nos hace reflexionar sobre la trascendencia de continuar con el programa de vacunación en nuestro país y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, pues todo niño de nuestro país debe completar el esquema de vacunación básico, el cual es un derecho y forma parte de un programa permanente del Consejo Nacional para la Vacunación (CONAVA).

Instituciones como el IMSS y el ISSSTE, que desde 1991 realizan una intensa labor de vacunación en todo el país, y gracias a los excelentes resultados esta campaña continuará protegiendo a los niños oportunamente contra las seis enfermedades de la infancia. Por lo tanto es conveniente que continúe siendo un servicio gratuito a la población en general.<sup>109</sup>

---

<sup>108</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 183.

<sup>109</sup> Álvarez, "Educación para la Salud", p. 86.

Actualmente en México, éste es el esquema básico de vacunación infantil.

**ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN EN MÉXICO 2003.**

| VACUNA                     | ENFERMEDAD QUE PREVIENE  | DOSES  | EDAD   |
|----------------------------|--|--|--|
| BCG                        | TUBERCULOSIS   | UNICA  | AL NACIMIENTO  |
| SABIN                      | POLIOMIELITIS  | PRELIMINAR<br>PRIMERA<br>SEGUNDA<br>TERCERA<br>ADICIONALES | AL NACIMIENTO<br>2 MESES<br>4 MESES<br>6 MESES<br>EN CAMPAÑAS NACIONALES |
| PENTAVALENTE<br>DPT+HB+HiB | DIFTERIA<br>TOSFERINA<br>TÉTANOS<br>HEPATITIS B<br>INFECCIONES GRAVES<br>Por H. Influenzae b | PRIMERA<br>SEGUNDA<br>TERCERA                              | 2 MESES<br>4 MESES<br>6 MESES  |
| DPT                        | DIFTERIA<br>TOSFERINA<br>TÉTANOS   | REFUERZO 1<br>REFUERZO 2                                   | 2 AÑOS<br>4 AÑOS   |
| TRIPLE VIRAL<br>SRP        | SARAMPION<br>RUBÉOLA<br>PAROTIDITIS  | PRIMERA<br>SEGUNDA   | 1 AÑO<br>6 AÑOS  |
| ANTISARAMPION              | SARAMPION  | ADICIONALES  |  |
| Td                         | TÉTANOS<br>DIFTERIA  | REFUERZO   | 12 AÑOS  |
|                            |  |  |  |

Fuente: CONAVA, "Vacunación Universal", P. 36.

**TESTS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Así mismo, es conveniente intensificar la capacitación para el personal de salud: médicos, enfermeras, vacunadores voluntarios, etc. para evitar que el niño no sea vacunado y promover la cultura de la vacunación = salud. La siguiente tabla es una rápida guía que orienta al personal de salud.

### GUÍA DE VACUNACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD<sup>110</sup>

| VACUNA Y ENFERMEDAD QUE PREVIENE   | VÍA DE ADMINISTRACIÓN  | DOSES Y REVACUNACIÓN  |
|--|--|---|
| BCG<br>TUBERCULOSIS  | Intradérmica en tercio superior del brazo derecho.                               | Dosis única de 0.1 ml. Al nacimiento.   |
| SABIN<br>POLIOMIELITIS   | Oral.  | Una dosis de dos gotas al nacimiento (preliminar), 2, 4 y 6 meses de edad. Dosis adicionales en fases intensivas en menores de cinco años.  |
| TRIPLE VIRAL<br>SARAMPIÓN<br>RUBÉOLA<br>PARITIDITIS  | Subcutánea<br>Región deltoidea del brazo izquierdo                               | Dos dosis de 0.5 ml. Al año y a los seis años de edad.  |
| Td<br>TÉTANOS<br>DIFTERIA  | Intramuscular profunda<br>Región glútea.   | Una dosis de 0.5 ml. A mujeres embarazadas - durante el primer contacto con los servicios de salud y la segunda dos meses después, con un refuerzo en cada uno de los embarazos subsiguientes o cada cinco años. En personas con heridas expuestas o contaminadas dos dosis de 0.5 ml. Con un intervalo de un mes y un refuerzo al año. |
| PENTAVALENTE<br>DIFTERIA<br>TOS FERINA<br>TÉTANOS<br>HEPATITIS B<br>Infecciones por H.<br>Influenza Tipo b | Intramuscular profunda en región glútea o en la cara anterior externa del muslo. | Una dosis de 0.5 ml. A los 2, 4 y 6 meses de edad.  |
| DPT<br>DIFTERIA<br>TOS FERINA<br>TÉTANOS   | Intramuscular profunda en región glútea o en la cara anterior externa del muslo. | Una dosis de 0.5 ml. A los dos y cuatro años de edad.   |

<sup>110</sup> CONAVA, "Vacunación Universal", p. 37.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### 8.1.6. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

Según la OMS, los accidentes se encuentran entre las primeras causas de defunciones en la mayoría de los países y si de población infantil se trata, los accidentes infantiles pasan a ser la primera causa de muerte.

Cita la OMS (1975) que: *Accidente es un acontecimiento fortuito que produce un daño identificable, dándole una connotación que achaca el accidente a la acción de la combinación de circunstancias no prevenibles.*<sup>111</sup>

Ya en 1987 la OMS define al accidente al accidente como *un suceso generalmente prevenible que provoca o tiene el potencial de provocar una lesión*<sup>112</sup>

En ésta desaparece la causalidad como principal determinante del accidente. Así pues se puede entender el accidente como un suceso evitable que provoca un daño o lesión, causado por un conjunto de factores determinante que se pueden prevenir y modificar.<sup>113</sup>

El incremento de mortalidad por accidentes permite conocer el grado en que las personas satisfacen necesidades sociales, como las educativas, culturales, ideológicas, etc. las cuales anteriormente ya se mencionaron y esto afectan a un grupo de alta sensibilidad al ambiente: los niños de 1 a 14 años.

Para el 2000, los accidentes en menores de un año se reportan como la quinta causa de muerte en orden de importancia por el número de decesos, el cual fue de 1,575; para los mayores de uno a cuatro años los accidentes se desplazan ocupando la primera causa de muerte con 1,641 defunciones registradas para ese mismo año. El INEGI los registra como accidentes de tráfico de vehículos de motor, ahogamiento y sumersión.<sup>114</sup>

---

<sup>111</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 247.

<sup>112</sup> *Idem.*

<sup>113</sup> *Idem.*

<sup>114</sup> INEGI, "La Mortalidad Infantil en México, 2000", p. 187.

El incremento de estos está ligado a la irrupción en la vida cotidiana del vehículo de motor como medio individual y familiar de transporte, la electrificación y mecanización de la vida doméstica, y la profusión de productos químicos, de limpieza y plaguicidas en el hogar.

Todos estos elementos, a la par que han producido un notable bienestar material, también han incorporado un evidente peligro potencial exponiendo a la población en general y a la infancia en particular a accidentes e intoxicaciones ambientales y han contribuido, en los países industriales, a elevar los accidentes a la primera causa de mortalidad en niños mayores de un año y en jóvenes.<sup>115</sup>

Analizando el mecanismo de lesión de los accidentes, la gran mayoría pueden evitarse tomando las medidas de prevención adecuadas. La prevención de accidentes se sustenta en tres pilares básicos: las medidas técnicas, la legislación y la educación. La conjunción de los tres hace posible la eficacia preventiva.

La legislación por su parte, en el artículo 4º Constitucional del último párrafo reformado, el cual dice establecer un modelo de protección integral de los derechos de la niñez hasta los 18 años cumplidos.<sup>116</sup>

Se destacan los *derechos a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo psicofísico, así como a ser protegido en su integridad, a una familia, a la salud, etc.*

Estos derechos son obligación de los ascendientes como madre y padre por igual, tutores, y custodios y de la sociedad en general para buscar los medios de protección a la niñez.

---

<sup>115</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 318.

<sup>116</sup> UNICEF, "Convención sobre la Niñez en el Sistema Normativo Mexicano", p. 26.

Las medidas técnicas permiten aplicar a las instalaciones, objetos, procedimientos, etc., normas e instrumentos tecnológicos al servicio de la seguridad y la prevención.<sup>117</sup>

La educación, en cierta medida es la que contribuye a cambiar o crear conductas saludables capaces de interaccionar positivamente con el medio. Es determinante en las edades infantiles y juveniles, por que es aquí donde se forman los comportamientos. Como en toda labor educacional, es básica la coordinación de los esfuerzos educativos de la familia, escuela y sociedad.

En todo caso no se trata de coaccionar o proteger al niño e inhibir sus necesidades psicomotoras de exploración del medio, sino de ayudarlo a conocer dicho medio y a aprender a evaluar y evitar las situaciones de riesgo.<sup>118</sup>

Los accidentes más comunes, por la frecuencia en que ocurren y su prevención son:

### Accidentes de Tráfico.

El niño ciclista representa un peligro potencial si circula por las calles o carreteras de circulación general de vehículos. En cuanto al niño como pasajero de vehículo de motor, es muy frágil en caso de accidente, por su poco peso, la desproporción del peso de la cabeza y la poca consistencia ósea, que facilitan la producción de lesiones graves en caso de choque.<sup>119</sup>

Otro grupo en riesgo lo constituyen los niños que juegan en las calles, no olvidando a los niños que trabajan como vendedores ambulantes y los niños

---

<sup>117</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 318.

<sup>118</sup> Ibid. p. 319.

<sup>119</sup> Idem.

de la calle, que por su condición social en sí forman ya un grupo de altísimo riesgo, en cuyos casos nadie se interesa.

### **Prevención**

Independientemente de los aspectos generales de urbanismo y circulación, se debe capacitar al niño para circular por las calles con autonomía progresiva y hacerle conciente de los peligros del tránsito rodado, enseñándole a que:

1. Camine por las aceras.
2. Mire antes de cruzar las calles.
3. Utilice las luces del semáforo.
4. Conductas ejemplares de los adultos.

Por lo que se refiere al niño ciclista, ha de adquirir progresivamente el paso del concepto de bicicleta como juguete y no como medio de locomoción. El niño pequeño debe circular por espacios cerrados al tráfico de vehículos de motor hasta que esté preparado.

Los niños que viajan en el interior de un vehículo deben ir sujetos con dispositivos de seguridad homologados adecuados a la edad y al peso del niño.<sup>120</sup>

### **Caídas**

Las caídas y los golpes son los accidentes más frecuentes en la infancia, que en algunos casos pueden provocar lesiones graves. Las caídas están ligadas a la actividad infantil, a la creciente autonomía que posibilita el desarrollo psicomotor. En el primer año de vida lo más frecuente es la caída del cambiador, de la sillita, de los brazos del adulto, etc. En los niños

---

<sup>120</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 319.



mayores son más frecuentes las caídas más graves, ya que pueden producirse desde mayor altura como escaleras, ventanas, árboles, etc.<sup>121</sup>

### Prevención

No se debe restringir la actividad motriz para evitar las caídas, sino garantizar un entorno con riesgos controlados,<sup>122</sup> por ejemplo:

1. Evite colocar objetos o muebles cerca de ventanas o balcones.
2. Evite los desniveles e irregularidades del suelo.
3. Baños y cocinas con pisos no deslizantes.
4. Alfombras que no se deslicen.
5. Siga la normativa de construcción de barandillas.

### Ahogados. Accidentes por Inmersión

Aunque numéricamente este tipo de accidentes no son frecuentes, su gravedad sí tiene trascendencia. En general constituyen la segunda o tercera causa de mortalidad por accidente. Son más frecuentes en verano, se dan en mayor proporción en niños menores de siete años y predominan en los varones. En los primeros meses la bañera representa uno de los peligros más importantes de ahogo, normalmente por un descuido del adulto al dejar solo al niño; en la primera infancia en piscinas o en el mar y posteriormente al practicar algún deporte en el agua.<sup>123</sup>

### Prevención

Ya que éstos frecuentemente suceden por descuido, básicamente las recomendaciones son:

1. No deje solo al niño en la tina.

---

<sup>121</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 319.

<sup>122</sup> *Idem*.

<sup>123</sup> *Ibid.* p. 320.

2. Ponga solo el agua necesaria para bañarlo, la cual no sobre pase de 10 cm.
3. Enseñe a su hijo a nadar, llévelo a algún club y esté presente durante la clase.
4. En la playa no descuide al niño, ni permita que se aleje a niveles más profundos.
5. No deje que el niño nade cuando las olas sean muy altas.

## Quemaduras

Accidentes muy frecuentes y graves en la infancia, suelen producirse en la cara. Se presentan en mayor proporción en los menores de 4 años y son causadas por líquidos. El lugar más peligroso es la cocina, donde las quemaduras se producen al volcar sartenes, ollas, etc. con líquidos calientes, situados sobre la estufa o mesa.

El baño con agua excesivamente caliente es un peligro importante de quemaduras. Los fuegos sin protección como estufas, braceros, etc. pueden provocar quemaduras por llama directa, así como los fuegos artificiales. Los incendios en las casas pueden afectar a los niños especialmente durante el sueño y si están solos en la casa jugando con cerillos y encendedores. Otro tipo de quemaduras son las producidas por los cáusticos y/o ácidos o álcalis fuertes.<sup>124</sup>

## **Prevención**

Es preferible que los niños pequeños no estén en la cocina mientras se prepara la comida; en cualquier caso, las recomendaciones para evitar las quemaduras son:

1. Dirija mangos de sartenes o cazos hacia la pared.
2. Mantenga los productos de limpieza a una altura inaccesible para los niños o bien en un armario cerrado.
3. No utilice envases de otros artículos, para guardar productos químicos.

<sup>124</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 320.

2. Ponga solo el agua necesaria para bañarlo, la cual no sobre pase de 10 cm.
3. Enseñe a su hijo a nadar, llévelo a algún club y esté presente durante la clase.
4. En la playa no descuide al niño, ni permita que se aleje a niveles más profundos.
5. No deje que el niño nade cuando las olas sean muy altas.

## Quemaduras

Accidentes muy frecuentes y graves en la infancia, suelen producirse en la cara. Se presentan en mayor proporción en los menores de 4 años y son causadas por líquidos. El lugar más peligroso es la cocina, donde las quemaduras se producen al volcar sartenes, ollas, etc. con líquidos calientes, situados sobre la estufa o mesa.

El baño con agua excesivamente caliente es un peligro importante de quemaduras. Los fuegos sin protección como estufas, braceros, etc. pueden provocar quemaduras por llama directa, así como los fuegos artificiales. Los incendios en las casas pueden afectar a los niños especialmente durante el sueño y si están solos en la casa jugando con cerillos y encendedores. Otro tipo de quemaduras son las producidas por los cáusticos y/o ácidos o álcalis fuertes.<sup>124</sup>

## **Prevención**

Es preferible que los niños pequeños no estén en la cocina mientras se prepara la comida; en cualquier caso, las recomendaciones para evitar las quemaduras son:

1. Dirija mangos de sartenes o cazos hacia la pared.
2. Mantenga los productos de limpieza a una altura inaccesible para los niños o bien en un armario cerrado.
3. No utilice envases de otros artículos, para guardar productos químicos.

---

<sup>124</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 320.

4. Evite quemaduras en el baño, si no se cuenta con termostato regulador primero ponga el agua fría.

### Intoxicaciones

La introducción en el hogar de muchos productos químicos para la limpieza así como fármacos hace que a menudo éstos se hallen al alcance de los niños. La etapa exploratoria de la primera infancia hace especialmente peligrosa esta situación. Un medicamento puede llamar su atención creyendo que son golosinas o una botella inducirlo a beber.<sup>125</sup>

### **Prevención**

1. Los productos químicos utilizados en el hogar (medicamentos, lejías, detergentes, disolventes, insecticidas, etc.) deben guardarse fuera del alcance de los niños.
2. Nunca coloque estos productos en otros recipientes pertenecientes a otras bebidas.
3. Evite la toma de los medicamentos delante de los niños, pues recordemos que actúan por imitación durante sus juegos.

### Cuerpos extraños.

Los accidentes por cuerpos extraños predominan en niños menores de 2 años, en los que no está aún bien establecida la coordinación motora de la masticación y la deglución, y al reír o llorar, hablar o comer pueden aspirar los objetos o alimentos que tienen en la boca. Los objetos más peligrosos son caramelos, cacahuates, etc. objetos pequeños como piezas desmontables, botones, monedas, los cuales pueden ser tragados fácilmente.<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> Rey, "Cómo Cuidar su Salud", p. 320.

<sup>126</sup> Idem.

Los niños de 2 a 5 años constituyen otro grupo en riesgo, pues su curiosidad los conduce a introducir objetos pequeños (canicas, frijoles, papel, etc.) en orificios de su cuerpo como la nariz y los oídos.

### **Prevención**

1. A los niños menores de 5 años no se les debe dar frutos secos como avellanas, cacahuates, etc., ya que no pueden masticarlos bien y hay peligro de aspiración.
2. Especial atención a la ropa de los menores de 5 años, los botones, broches pequeños o adornos pueden llamar su atención y llevarlos a la boca.
3. Los juguetes deben ser de tamaño grande y plástico rígido, evitarse las canicas u objetos pequeños.

### **Electrocución**

Estos accidentes son poco frecuentes, pero a menudo mortales. Las causas más comunes son: <sup>127</sup>

1. La curiosidad infantil que le impulsa a tocar los enchufes o cables descuidados en el suelo,
2. El uso de aparatos en condiciones de aislamiento defectuosos, así como la utilización de aparatos eléctricos en el baño, en contacto con el agua (p. ejemplo la secadora de cabello en la bañera, la rasuradora).
3. Defectos en las instalaciones.

### **Prevención**

1. Mantenga las instalaciones eléctricas en buenas condiciones técnicas y de seguridad (diferencial, tomas de tierra, etc.)

---

<sup>127</sup> Rey, *Cómo Cuidar su Salud*, p. 320.

2. No deje extensiones sueltas.
3. Coloque protectores a los enchufes.
4. Mantenga fuera del cuarto de baño aparatos eléctricos.
5. Enseñe a su hijo mayor a no tocar los cables y explíquelo de modo sencillo la razón.

El siguiente calendario, esquematiza de modo sencillo la orientación que debemos dar a los padres para evitar los accidentes.

Este esquema es una guía adecuada y fácil para el personal de salud y dirigir la educación con el enfoque preventivo pertinente a cada tipo de accidente.

**Calendario orientativo para la prevención de accidentes en la infancia.**

| EDAD DEL NIÑO | ACCIONES ENFOCADAS A LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES  |
|---------------|---|
| 0-3 MESES     | <p>El niño se encuentra en una situación totalmente pasiva.<br/>                     Hay que evitar la caída de objetos sobre él.<br/>                     Hay que vigilar que no se ahogue con la ropa o con la almohada.<br/>                     No se le debe dejar en un sitio de donde pueda caer.<br/>                     Dentro del auto debe ir en una cuna bien sujeto, nunca en brazos.</p>   |
| 3-6 MESES     | <p>El niño se mete todo en la boca.<br/>                     Evitar los juguetes desmontables, las piezas pequeñas y otros objetos o sustancias que pueda tragarse.</p>   |
| 6-12 MESES    | <p>El niño se mueve a gatitas y quiere conocerlo todo.<br/>                     Vigilar que no meta los dedos a los enchufes y que no juegue con los cables o extensiones eléctricas.<br/>                     Existe el peligro de que caigan objetos sobre él, al tirar de manteles, cuerdas o similares.<br/>                     Tener cuidado al abrir y cerrar las puertas y ventanas.<br/>                     A esta edad las escaleras son un peligro muy importante, así como las bañeras, las cubetas, sistemas abiertos, etc.<br/>                     Debe ir en el auto sentado y sujeto en una silla especial fijada a los asientos posteriores.</p>             |
| 1-3 AÑOS      | <p>El niño desarrolla el movimiento, la curiosidad y los hábitos.<br/>                     Hay peligro de intoxicaciones (medicamentos, productos de limpieza, pinturas, etc.) No se deben guardar productos tóxicos en envases de productos comestibles.<br/>                     Hay peligro de quemaduras. Se debe evitar su estancia en la cocina y hay que tener mucho cuidado con los líquidos y los metales calientes.<br/>                     Evite las caídas desde sillas, camas y sobre todo ventanas.<br/>                     En la calle, tomarlo de la mano y vigilarlo constantemente.<br/>                     Evite el peligro de atragantarse al comer.</p> |
| 4-9 AÑOS      | <p>Aumenta la autonomía del niño.<br/>                     Enseñe las normas básicas de seguridad vial y a cruzar las calles.<br/>                     Dentro del coche debe ir siempre sujeto a los asientos posteriores y con puertas con dispositivos de seguridad. Debe aprender a nadar.<br/>                     Debe conocer las normas de seguridad apropiadas para los deportes que practique.</p>   |
| 10-14 AÑOS    | <p>Etapas de gran desarrollo físico y psicológico del niño.<br/>                     Eduque respecto a la seguridad del tráfico.<br/>                     Debe conocer los riesgos del fuego y la electricidad y la manera de evitarlos (planes de evacuación).<br/>                     Evite que juegue a juegos peligrosos (dardos, petardos, etc.)</p>  |

FUENTE: Rey, "Cómo Cuidar su Salud" Calero, p. 321.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

### 8.1.7 VIGILANCIA DEL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN NORMAL

Pese a no encontrar dentro del "*Programa del niño Sano*" (impulsado por la Secretaría de salud) el rubro del *Desarrollo de la Comunicación Normal del Niño*, es necesario incluirlo, por formar parte del desarrollo en el ser humano debemos considerarlo dentro de la valoración por la importancia que tiene.

Algunos médicos sí incluyen la valoración de éste rubro; toda vez que debemos prestar atención en el desarrollo normal de estos para la detección y canalización.

Anticiparnos al daño y no esperar que éste sea totalmente evidente es ganar tiempo para brindar un tratamiento oportuno y un mejor desarrollo del niño en la esfera de su interacción con el entorno.

La vigilancia del desarrollo de la comunicación normal incluye: la observación de la evolución normal y la detección precoz de anomalías de la audición, visión y lenguaje.

#### AUDICION

Actualmente más del 3% de los niños padece algún grado de alteración de la audición, lo que ocasiona retraso significativo en la comprensión y articulación del lenguaje, problemas de adaptación social y emocional, y fracaso escolar. Sus causas más frecuentes son heredadas (50%), adquiridas en forma prenatal o perinatal (20%), y secuelas de infección posnatal del oído o del sistema nervioso central (Bailey, 1974).

Para detectar pérdidas de audición, es útil recordar que el recién nacido puede oír al nacer o poco después; al décimo día, es capaz de oír la voz materna; antes de los seis meses, responde a cambios emocionales y estado de ánimo de las voces que le rodean; a los seis meses, busca con los ojos el



origen del sonido; antes del año puede responder de manera diferente a palabras como "biberón", "adiós", o "mamá", y después del año, responde a preguntas sencillas como "¿dónde está tu boca?".<sup>128</sup>

La evolución del lenguaje normal, indica en cierto modo que no hay daño en la audición; lo contrario debe hacer sospechar anomalía, una de las cuales puede ser defecto de la audición. Winter propone el esquema siguiente de evolución normal.

**Esquema de Winter para la Evolución Normal del Niño**

| EDAD          | ACTIVIDAD   |
|---------------|---|
| Recién nacido | Respuesta de llanto a todos los estímulos: hambre, frío, al estar mojado, etcétera.   |
| 2 a 4 semanas | Diferentes tipos de llanto en respuesta a distintos estímulos. Comienza a llorar de manera diferente para el hambre, cuando tiene cólico y otras necesidades. Balbucea "aa", "oo", "maa". |
| 6 meses       | Comienza el laléo con sonidos que ha escuchado "ma-ma-ma", "da-da", "wa-wa".  |
| 9 meses       | Repite como eco (ecolalia), y experimenta con palabras, según el ritmo y tono que escucha entre otros.  |
| 12 meses      | Puede decir dos o tres palabras.  |
| 24 meses      | Es capaz de pronunciar una frase con verbo.   |

Fuente: VALENZUELA, "Manual de Pediatría", p. 216.

<sup>128</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 214.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

La sordera ulteriormente transforma las vocalizaciones en monótonas y breves, o las hace desaparecer. La falta de atención a los sonidos o la disminución de la respuesta a éstos debe considerarse signo de alarma. La disminución de la comunicación verbal provoca aumento del estado de alerta visual.<sup>129</sup>

No existe en la actualidad una prueba audiométrica objetiva cuya sensibilidad, especificidad y economía permitan su uso masivo en la Atención Primaria. Por ello, aún cuando no exista unanimidad de criterios, los especialistas aconsejan la aplicación de pruebas subjetivas sencillas.<sup>130</sup>

La prueba de Ewing modificada por Ardí se ha recomendado para evaluar la audición de los niños de 8 a 12 meses.<sup>131</sup>

Después del segundo año, el niño que oye bien responde a indicaciones habladas detrás de él o al volumen de un radio situado a sus espaldas para atraer su atención.<sup>132</sup>

Las pruebas audiométricas dan mayor confiabilidad en la detección o confirmación de trastornos de la audición, especialmente en niños mayores.<sup>133</sup>

En preescolares es una prueba sencilla, el frote de dedos (se frota los dedos con los pulgares detrás de la oreja del niño). En escolares la formulación de preguntas con la boca tapada o de espaldas al niño. Los

<sup>129</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 216.

<sup>130</sup> ZURRO, "Atención Primaria: Conceptos", p. 311.

<sup>131</sup> Consiste en sentar al niño junto a un ayudante que le llama la atención con juguetes atractivos. Entonces se le presenta un estímulo aditivo fuera de su campo de visión y se observa su respuesta: movimiento en el recién nacido, cambio de conducta en lactantes, etcétera. Esta respuesta puede señalar otras alteraciones neurológicas, retraso mental, trastorno emocional, etc.

Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 216.

<sup>132</sup> Idem.

<sup>133</sup> Idem.

zumbadores o diapasones de distintas frecuencias también resultan ser recomendables.<sup>134</sup>

## VISION

La función visual del niño experimenta un rápido desarrollo en los primeros años de vida. La agudeza visual que en el momento del nacimiento es prácticamente nula. llega al 100% entre los 5 y los 6 años de edad.<sup>135</sup>

Algunos autores consideran que el 5% de los niños en edad preescolar padece uno o más defectos visuales. En este grupo, el 87% corresponde a miopes y el resto padece ambliopía, estrabismo o combinaciones de varios defectos. Con frecuencia, pasan como asintomáticos, y así la prevalencia de estos problemas aumenta al 20% durante la edad escolar. La etiología de estos defectos es variada: hereditaria, por lesión prenatal, toxicidad por oxígeno, enfermedad infecciosa, etcétera.<sup>136</sup>

La vigilancia se inicia desde la etapa neonatal y hay que certificar la visión mediante el parpadeo a la luz. Posteriormente el niño debe mostrar que intenta tocar o jugar con objetos que le enseñen e identificar objetos o personas en su cercanía. La presencia de estos movimientos oculares incoordinados de tipo vertical tiene como edad límite para considerarse normal hasta los ocho meses y 18, cuando son movimientos laterales.

La falla en reconocer colores a los ocho años ha de considerarse normal. En el escolar, debe considerarse presencia de sensibilidad excesiva a la luz, borramiento de letras o palabras, vista doble, cefalea después de ejecutar tareas escolares o después de ver televisión o cine.

<sup>134</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p.311.

<sup>135</sup> *Ibid.*, p. 310.

<sup>136</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 216.



Acercarse excesivamente para mirar libros resulta normal en el niño pequeño debido a que puede tener 15 a 18 dioptrías de acomodación, lo que le hace ver las letras más fáciles para leer. El adulto sólo tiene tres dioptrías. Aquellos niños prematuros que recibieron oxígeno terapéutico durante el período neonatal deben ser revisados por el oftalmólogo durante la lactancia por el riesgo de fibroplasia retrolenticular.<sup>137</sup>

La agudeza visual se estudia haciendo que el niño identifique figuras o letras de diferentes tamaños en condiciones fijas de distancia y luz. La carta de Snellen es la más usada. Otras son las de Allen y Osterbar para niños de dos y medio años a cuatro y medio años, y el examen de Sjögren en mayores de cuatro años, estas también se utilizan para personas adultas que no saben leer.

Se considera normal una agudeza visual de 20/40 a los cuatro años o de 20/20 a partir de los 6.

## LENGUAJE

Acerca del lenguaje deben recalcarse algunos aspectos. Existen varias clasificaciones del desarrollo; una de las más útiles es la siguiente, citada por Johnson y Moore:

- a) Etapa de prelenguaje. Abarca de 0 a 12 meses. Comprende dos subetapas: a) etapa refleja (del nacimiento a los tres meses), y b) del balbuceo (de los 3 a los 12 meses).
- b) Etapa del verdadero lenguaje. Abarca de los 12 meses a los 7 años. Comprende tres subetapas: de las palabras (11 o 12 a los 24 meses), de frases (18 a 36 meses), y de lenguaje complejo (de 2 a 7 años).

La prevalencia de trastornos del habla y de la lectura se estima entre 5 y 15% en la población de escuelas primarias, y predomina la afección en el

---

<sup>137</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 216.

sexo masculino. La maduración del lenguaje puede seguirse mediante la carta de Denver.<sup>138</sup>

En el lenguaje influyen factores diversos: hereditarios, gemelaridad, la premadurez, la inteligencia del niño y un medio ambiente que favorezca la conversación.<sup>139</sup>

El retraso ligero en el lenguaje hasta los dos y medio años no ha de considerarse alarmante si el resto del desarrollo resulta normal; si persiste a los tres y medio años, se debe investigar de manera minuciosa. Son causas de retraso en el lenguaje: defectos auditivos, lesión cerebral y privación emocional.<sup>140</sup>

Otros trastornos que resultan importantes detectar son los que Ingram clasifica en: trastornos de la voz (disfonías), del ritmo (disritmia) y de la articulación (dislalia). Cabe mencionar que algunos trastornos de la voz se generan por enfermedad laringea. Los del ritmo pueden ser de cuatro tipos: lenguaje confuso, tartamudeo, lenguaje rápido y lenguaje lento.<sup>141</sup>

Es posible que los problemas de la articulación se deban a alteración de lengua y mandíbula, trastornos del desarrollo, defecto auditivo, retraso mental o factores psicógenos.<sup>142</sup>

<sup>138</sup> Valenzuela, "Manual de Pediatría", p. 218.

<sup>139</sup> Idem.

<sup>140</sup> Idem.

<sup>141</sup> Idem.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 8.1.8 Vigilancia del desarrollo osteomuscular

Los padecimientos del sistema musculoesquelético en las diferentes edades de la infancia son frecuentes y los padecimientos congénitos más comunes son los siguientes:

#### *Luxación congénita de la cadera:*

Su evolución a incapacidad grave es probable y fácil de evitar. Al año 1-5/1000 niños tendrán luxación congénita de cadera (LCC) si no se tratan. La LCC es más frecuente en las niñas, en los partos de nalgas y en presencia de otras deformidades visibles (faciales, contracturas, escoliosis, pies equinovaros, *talus*). Recordemos que se trata de la única malformación músculo esquelética que requiere examen manual.<sup>143</sup>

El 50 % de los casos de LCC neonatal se diagnostican mediante maniobras de *Ortolani* y *Barlow* (pero el 50% restante no). La prueba de *Ortolani*<sup>144</sup> traduce una luxación y la de *Barlow*<sup>145</sup> en una cadera luxable. La asimetría de los pliegues parainguinales sugiere también la presencia de una luxación.

En casos de alto riesgo (por antecedentes familiares o mal posiciones asociadas) se considera oportuno su estudio: antes de los tres meses la

---

<sup>143</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 312.

<sup>144</sup> La maniobra de *Ortolani* debe realizarse con el paciente en decúbito supino y relajado. Se flexionan sus caderas y rodillas 90° mediante pinzamientos de muslos con el pulgar, por la cara interna y el segundo y el tercer dedos apretando el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se abduce el muslo y se estira con los dedos segundo y tercero, apretando hacia el borde acetabular. Si hay luxación y se reduce, se oír un "clic" fuerte y se percibirá el resalte del muslo que se alarga.

<sup>145</sup> La maniobra de *Barlow* se aplica en decúbito supino con las caderas en abducción de 45° mientras una cadera fija la pelvis, la otra se moviliza suavemente en aducción y abducción, intentando deslizarla sobre el borde acetabular, luxándola al aducir y reduciéndola en abducción.

ecografía tiene mayor fiabilidad. Entre los 4 y los 6 meses la radiografía puede confirmar una luxación, pero su negatividad no la descarta.<sup>146</sup>

A los 18 meses habrá, además, retraso de la marcha, inestabilidad de la misma o claudicación.<sup>147</sup>

#### *Metatarso varo.*

Es la malposición fetal más frecuente: el antepié se desvía en varo, los metatarsianos se hallan en abducción respecto al resto del pie y suele existir un pliegue interno al nivel de la articulación astragaloescalfoidea. Suele ser bilateral y, a diferencia del pie equinovaro, el retropie es normal.

Hay que descartar su asociación a:<sup>148</sup>

1. Subluxación astragaloescalfoidea, que empeora el pronóstico.
2. Torsión tibial interna, en general es benigna.
3. Luxación de caderas.

Los expertos aconsejan que los padres practiquen manipulaciones suaves y, en caso de no mejorar, canalizarlo al especialista para someterlo a tratamiento con férulas desrotatorias.

#### *Genu varum.*

Es el aumento del ángulo femorotibial con vértice externo, que se traduce en un aumento de la distancia entre los dos cóndilos femorales. Es muy común en los lactantes y suele notarse más cuando inicia sus primeros pasos, siendo entonces motivo frecuente de consulta. Debe diferenciarse de la deformidad fisiológica de los miembros inferiores.

---

<sup>146</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 312.

<sup>147</sup> Idem.

<sup>148</sup> Idem.

El genu varum fisiológico suele corregirse espontáneamente desapareciendo completamente a los 2.5 – 3 años; suele combinarse con una marcha en rotación interna por torsión tibial interna y pie valgo. Se explora en decúbito supino con los miembros inferiores en extensión y los pies juntos, midiendo la separación entre los cóndilos femorales.<sup>149</sup>

Si no desaparece, o incluso aumenta (con separación intercondílea superior a 3 cm) hay que sospechar una patología, siendo las más frecuentes la enfermedad de Blount, raquitismo renal, acondroplasia y otras displasias óseas. Al parecer el genu varum fisiológico refleja la persistencia de la posición fetal (posición de Buda). En algún caso pueden ser beneficiosos los ejercicios de rotación externa de la pierna en flexión de 90°.<sup>150</sup>

#### *Genu valgum.*

Es la disminución del ángulo femorotibial con vértice interno, que se traduce en un aumento de la distancia entre los maléolos internos. Puede asociarse a pie plano valgo. Se valora con el paciente en decúbito supino, con las rodillas en extensión, midiendo la separación intermaleolar. Existe un genu valgum fisiológico entre los 3 y los 6 años, no superior a los 7 cm. A partir de los 7 años, al realizar actividades deportivas el genuvalgum es causa de "patosidad", cansancio y dolores en miembros inferiores.<sup>151</sup>

#### *Pie plano.*

En el momento del nacimiento no existe arco interno del pie, que irá desarrollándose paralelamente a la musculatura plantar. Una hipermovilidad normal de las articulaciones produce, al iniciar la deambulación, una caída del arco interno del pie. Además la gran cantidad de tejido adiposo en el pie

---

<sup>149</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 312.

<sup>150</sup> Idem.

<sup>151</sup> Idem.



de los niños pequeños aparenta un pie plano sin serlo: por ello la detección del pie plano se realizará a los tres años, no antes.

La disminución del arco interno del pie con desviación del talón hacia fuera (la línea de inserción del tendón de Aquiles o línea de Helling) es una posición normal del niño y no corresponde a patología, siendo motivo de consulta frecuente. El pie aplanado flexible tiende a la normalización antes de la pubertad.<sup>152</sup>

#### *Dismetrías de las extremidades inferiores*

Una dismetría de 0.5 a 1 cm suele ser normal (1 cm de dismetría en un niño menor de un año de edad debe ser investigada). Ante una dismetría evidente, una radiografía de miembros inferiores permite descartar acortamientos patológicos: por lesión fisaria traumática o infecciosa, hipoplasia de fémur, tibia o peroné o presencia de una hemihipertrofia (las hemihipertrofias se asocian al tumor de Wilms). Las dismetrías de los miembros inferiores nunca provocan una escoliosis estructurada ni tienen una repercusión sobre la marcha (la pelvis, durante la marcha, constantemente se balancea provocando dismetrías momentáneas).

Cuando la dismetría es superior a 1.5 cm los especialistas aconsejan compensarla mediante un alza en el zapato. La igualación quirúrgica se plantea partir de los 3 cm de dismetría y, mientras sea posible, debe realizarse antes de la pubertad.<sup>153</sup>

#### *Escoliosis.*

Es una desviación en el plano frontal de la columna vertebral. En el 80 % de los casos son idiopáticas. Nunca producen dolor ni limitación de la movilidad

---

<sup>152</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 313.

<sup>153</sup> Ibid. p. 314.

y, si se asocian a dolor, hay que buscar la causa (tumoración vertebral, espondilolistesis, etc.).

#### *Escoliosis posturales o funcionales (actitud escoliótica)*

La columna vertebral es totalmente flexible, la curvatura anómala desaparece en decúbito, con la tracción o la inclinación lateral. Se trata de una posición de la columna no de una deformidad, y nunca progresa.<sup>154</sup>

#### *Escoliosis estructuradas.*

La columna vertebral presenta una curva rígida que no se modifica (o muy poco) con el decúbito, la tracción o la inclinación lateral. A la desviación lateral se añade una rotación vertebral, traducida por la prominencia del hemitórax correspondiente a la convexidad de la curva (si está en la región lumbar).<sup>155</sup>

La escoliosis más grave es la infantil (menores de tres años), ya que en caso de progresar, además de provocar una gran deformidad puede afectar la función pulmonar, sin embargo, con tratamiento son las únicas en las que las curvas pueden llegar a desaparecer totalmente.

Hasta los 12 meses deberá efectuarse inspección y palpación del niño en decúbito prono para comprobar si existe asimetría posterior. Al niño de 18 meses se le flexionará la columna para ver si existe la presencia de asimetría torácica posterior.<sup>156</sup>

A partir de los tres años de edad, la escoliosis se detecta mediante la inspección de frente, de perfil y posterior: en la inspección posterior se

---

<sup>154</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 314.

<sup>155</sup> Idem.

<sup>156</sup> Idem.

comprueba un hombro más abajo, una escápula más salida y un lado más marcado; en el perfil se observa una lordosis dorsal.

La prueba clínica demostrativa (maniobra de la reverencia) consiste en hacer que flexione el tronco al máximo hacia delante con las piernas juntas, las rodillas extendidas y los brazos y la cabeza colgando. Se observará desde atrás si existe una prominencia del hemitórax posterior del lado de la convexidad de la curva a nivel dorsal, y de la región paralumbar a nivel lumbar.<sup>157</sup>

#### *Tortícolis.*

La exploración del tortícolis congénito, forma parte del control sistémico en recién nacidos y lactantes pequeños, es decir antes de los tres meses de vida.

El tortícolis congénito se produce por lesión del esternocleidomastoideo, que se convierte en un cordón fibroso, lo que impide su alargamiento a medida que el cuello del niño va creciendo.<sup>158</sup>

En la palpación del esternocleidomastoideo en el primer mes de vida se hallará una "oliva" y a los tres meses un "cordón". Por inspección puede verse la actitud en tortícolis: todos los tortícolis detectados deben enviarse al especialista.<sup>159</sup>

---

<sup>157</sup> Zurro, "Atención Primaria: Conceptos", p. 314.

<sup>158</sup> Idem.

<sup>159</sup> Idem.

### 8.1.9 Educación para la salud

El principal factor que interviene para lograr cumplir las metas de salud es *La Educación* de la comunidad o grupos a quien van dirigidos los programas de salud. Lograr la participación de la comunidad es un reto aún más difícil, mientras el personal de salud no analice y reflexione los alcances de las metas de salud propuestas por la SSA, o bien, si se han planteado internamente, así como de la importancia de la APS.

Desde luego, lo anterior implica cambiar la actitud del personal sanitario en cuanto a conductas relacionadas con el modelo tradicional hegemónico, y en ocasiones es una barrera para lograr acercarnos a la gente con programas que resulten exitosos y ejercer una atención con un enfoque preventivo orientado a la salud y no a la enfermedad.

La educación para la salud es parte fundamental en cualquier programa, tanto de la atención a la salud del niño, como del adolescente, la mujer, el anciano, etc. en general. Anteriormente fue denominada *Educación Higiénica* y *Educación Sanitaria*, hoy se define a la *Educación para la Salud* como:

*El proceso de enseñanza-aprendizaje que comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de salud individual, familiar y colectiva. Comprende los procesos que se establecen de manera formal e informal. La finalidad de la educación para la salud es ayudar a los individuos a promover, proteger y restaurar la salud mediante su comportamiento y esfuerzo.*<sup>160</sup>

---

<sup>160</sup> Sánchez, "Elementos de Salud Pública", p. 139.

El proceso de enseñanza-aprendizaje para la salud está determinado por el entorno cultural de cada ser humano. El comportamiento de cada persona está relacionado con las condiciones económicas, sociales, nivel de vida, valores, costumbres, etc. y la deficiencia de la educación sanitaria determina que el impacto de los programas de salud sea insuficiente, costoso, y de poca duración.

En general, se observa que aunque el personal de salud reconoce el valor de la educación para la salud, los programas disponen de muy escasos recursos para realizar esta labor, lo que se traduce en una insuficiente participación de la población y en un mal aprovechamiento de los servicios de salud.<sup>161</sup>

Por otra parte se encuentra la incapacidad del personal que en ocasiones no comprende el entorno cultural que influye en las actitudes y comportamientos de las personas. Tampoco existe la adecuada planeación de objetivos y metas de salud, lo cual propicia un rotundo fracaso de los programas de educación para la salud, provocando a su vez el escepticismo del personal sanitario por cambiar actitudes negativas de la población y terminan dándose por vencidos.

Así pues, la educación para la salud es más que la simple información de conocimientos respecto de la salud. Es la enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta para la aplicación de medios que les permitan conservar y mejorar su salud. Es, además una acción que tiende a responsabilizar a cada persona, tanto por su propia salud como la de su familia y grupo social al que pertenecen.

---

<sup>161</sup> Sánchez; *"Elementos de Salud Pública"*, p. 139.

La educación para la salud puede aplicarse de manera individual o colectiva. En ambos casos, puede dirigirse a la promoción y fomento de la salud, a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, al fomento del auto responsabilidad para la salud y a la participación comunitaria en las acciones de salud, sean oficiales o privadas. Utiliza diferentes técnicas que a su vez se apoyan en diversos materiales.<sup>162</sup>

La educación propiamente dicha, pretende un cambio de conducta positiva a favor de la salud de la gente *y solo cuando se ha realizado este cambio, puede decirse que la educación se ha realizado.*<sup>163</sup>

---

<sup>162</sup> Alvarez: "Educación para la Salud", p. 46.

<sup>163</sup> Ibid. p. 48.

## 9. LA INTEGRACIÓN DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA LA EXCELENCIA DE UN CDI

Dentro de un centro de desarrollo infantil, como su nombre bien lo indica, se pretende lograr el máximo desarrollo de todas las capacidades de un ser humano en una etapa primordial: la niñez. Para ello es indispensable contar con un equipo de profesionales que no solo se encarguen vigilar el progreso de los niños académicamente; si no además en otras áreas igualmente importantes, como lo son la salud, el área psicológica, pedagógica, odontológica, estado nutricional, etc.

Por lo anterior, es importante definir el papel de los profesionales con los que idealmente se espera que cuente cada centro.

### *Médico*

Elemento importante si se pretende dar además de un servicio de detección y promoción de la salud, el servicio de curación. Es este personaje quien se encarga de confirmar un diagnóstico e iniciar un tratamiento médico dada la formación que tiene. También es el médico quien debe dar Educación para la Salud no solo en la consulta sino a la comunidad del centro en general.

### *Lic. en Enfermería*

Personaje indispensable para llevar a cabo las actividades de los programas de salud. Dado el perfil académico que éste tiene, el desarrollo de una mayor sensibilidad para la adaptación cultural de cada individuo, la metodología empleada para el diseño y capacidad para el desarrollo de programas crean cualidades muy particulares que hacen valiosa la participación del lic. en enfermería dentro del equipo de salud.

Históricamente se ha creído que el trabajo de la enfermera es el de "ayudante" del médico, pero actualmente trasciende a una labor insustituible en cualquier nivel de atención, tanto en área intra hospitalaria como fuera de ella, en el rubro de la Atención Primaria a la Salud y específicamente en un CDI donde la prevención y realmente el cuidado de la salud son imperantes.

Es por ello que no debe faltar una enfermera con preparación profesional, pues la visión para plantear y trabajar por metas de salud se diferencia del resto de las enfermeras no profesionales y otros miembros del equipo de salud por su capacidad para:

- ✓ Elaboración de diagnósticos de salud tanto a un individuo como una comunidad, con un enfoque y metodología muy particular de enfermería.
- ✓ Elaboración de un plan de acción enfocado en alcanzar y mantener la salud en casa, el trabajo, escuela, etc.
- ✓ Detección de riesgos, aún cuando el individuo o la comunidad se encuentren aparentemente sanos, la enfermera se ocupa de trabajar con la población, realizando acciones preventivas.
- ✓ Diseño y evaluación continua de programas de salud para una comunidad específica.
- ✓ Seguimiento de cada caso tanto dentro como fuera del servicio médico, lo cual da un enfoque preventivo e individualizado a cada persona.
- ✓ Visión holística del proceso salud-enfermedad que representa una cualidad valiosa en este personaje de salud por respetar y comprender la cultura de cada individuo.
- ✓ Conocimiento y comprensión de aspectos que afectan a cada persona como: lo social, emocional, económico, etc. y su capacidad para detectar riesgos y canalizar a la instancia o profesional indicado.



- ✓ También cuenta con las herramientas necesarias para investigar problemas que afectan la salud de la comunidad, ya que tiene conocimientos en salud pública, epidemiología, estadística, psicología, nutrición, etcétera, colaborando con otros profesionales de la salud para la propuesta de soluciones reales y bien fundamentadas de estos.

Estas son sólo algunas de las acciones más destacables que realiza la enfermera profesional en un centro de cuidado infantil, lo cual justifica la valiosa colaboración de este personaje en un centro de este tipo.

#### *Trabajadora Social*

La preparación profesional de la trabajadora social está enfocada particularmente al conocimiento e intervención de los problemas sociales que afectan directamente a la población, procurando su solución con el esfuerzo y la voluntad de los implicados en los mismos. Su labor educativa es muy importante por la relación entre los problemas económicos y la salud y la estrecha relación que mantiene con las personas.

#### *Psicólogo*

Profesional encargado del seguimiento del desarrollo normal en el área social, afectiva e interactiva del niño con su entorno. Detecta y da seguimiento a problemas conductuales y de personalidad, orienta a los padres y responsables del niño sobre las características del proceso normal del desarrollo y acciones para crear hábitos en beneficio de su personalidad. Canaliza a otros profesionales cuando detecta situaciones que ponen en riesgo a la persona y a quienes conviven con ella.

# **TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

### *Pedagogo*

Orienta a los padres y vigila el proceso de enseñanza-aprendizaje que el niño tiene con su medio, detecta los principales problemas relacionados con este proceso y utiliza metodologías para estimular el desarrollo al máximo de las capacidades de cada niño con relación a la facilidad del aprendizaje. También canaliza situaciones de riesgo detectadas con otros profesionales.

### *Odontologo*

Encargado de promover hábitos benéficos para la salud bucal de los niños, detecta problemas bucales y corrige estos, orienta a los padres de las acciones preventivas para el mantenimiento de la salud bucal.

Sin duda, estos trabajadores que forman parte del área de la salud, son importantes y cada uno colabora con la parte que le corresponde; sólo si saben trabajar en equipo lograrán excelentes resultados con una comunidad.

Lo anterior, implica que se reconozca el papel y la importancia que cada uno tiene así como mantener un estado de respeto y derecho por el trabajo de cada uno.

Cuando todos trabajen por objetivos comunes y con la misma visión, entonces realmente se hablará de un verdadero equipo interdisciplinario, que llevará a la excelencia cualquier centro de desarrollo infantil.

## 10. ESTUDIO DE CASO. EL CDI ZAPATA

### 10.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CDI ZAPATA.

El CDI Zapata nace como una prestación para las madres trabajadoras del Sistema DIF, fue inaugurado el 4 de septiembre de 1973 por la esposa del entonces Presidente de la República Luis Echeverría Álvarez.

A partir de la fecha mencionada, el Centro contaba con el siguiente personal: Directora, subdirectora, secretaria, recepcionista, médico, enfermera, dentista, cinco niñeras, dos cocineras y dos auxiliares y dos afanadoras.

Actualmente el CDI trabaja con una plantilla de 89 trabajadores, para atender una población de 233 niños entre los 6 meses de edad y los 5 años 11 meses.

- Directora
- 1 Secretaria
- 1 Recepcionista
- 3 Médicos
- 3 Enfermeras
- 14 educadoras tituladas
- 19 asistentes (auxiliar de educadora)
- 1 Psicólogo
- 2 Pedagogas
- 1 Odontóloga
- 1 Trabajadora Social
- 1 Profesor de música
- 1 instructora de Educación física
- 1 Nutrióloga

- 11 cocineras
- 11 Afanadoras
- 2 Jardineros
- 3 auxiliares de Mantenimiento
- 5 policías
- 1 Administradora
- 5 Auxiliares administrativos

En la actualidad funciona con la siguiente infraestructura: 12 salas para las siguientes funciones; 2 salas para lactantes, 5 salas maternas y 4 para preescolares.

El CDI brinda el servicio de lunes a viernes, de 06:40 a 15:45 hrs. excepto en los días de asueto, la segunda quincena de diciembre (para darle mantenimiento a la unidad) y los días que de forma especial determinan las autoridades del Sistema.

Infortunadamente estos son los únicos datos de consulta para el público, con los que cuenta el CDI Zapata en cuanto a su historia. No se ha llevado un registro de actividades o hechos importantes, cifras, fechas, etc. aún cuando labora personal suficiente y capacitado para llevar un anecdotario o un registro, que en determinado momento es relevante para realizar un análisis comparativo.

El Centro ha prosperado cuantitativamente, pero también cualitativamente al exigir ahora personal más y mejor preparado en áreas como trabajo social, psicología, pedagogía y odontología. Para el área de enfermería sólo se justificó el incremento del personal en número, pero el nivel de preparación continúa siendo de auxiliar.

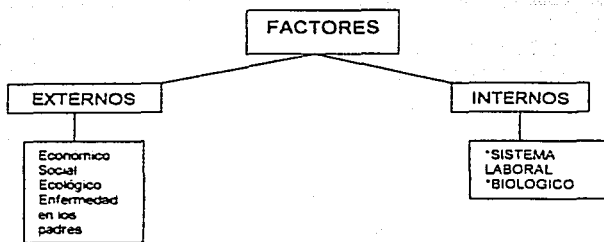
En sus inicios el CDI contaba únicamente con una enfermera auxiliar, hoy tres enfermeras laboran y solo una cuenta con el nivel de general, pero no está titulada.

A partir de 1999 se abrió el CDI como plaza para realizar el servicio social en enfermería y medicina. Durante el año se reciben pasantes de enfermería sólo del genero femenino (el responsable del área no da una causa razonable para ello).

Las pasantes de enfermería han sido procedentes de escuelas técnicas y en agosto del 2001 por primera vez se acepta la pasantía de una enfermera con estudios de licenciatura.

## 10.2 MORBILIDAD EN LA POBLACION INFANTIL DEL CDI ZAPATA

Existen numerosas causas que influyen en el aumento y la prevalencia de la morbilidad en los niños del CDI, éstas se dividen en dos grandes factores:

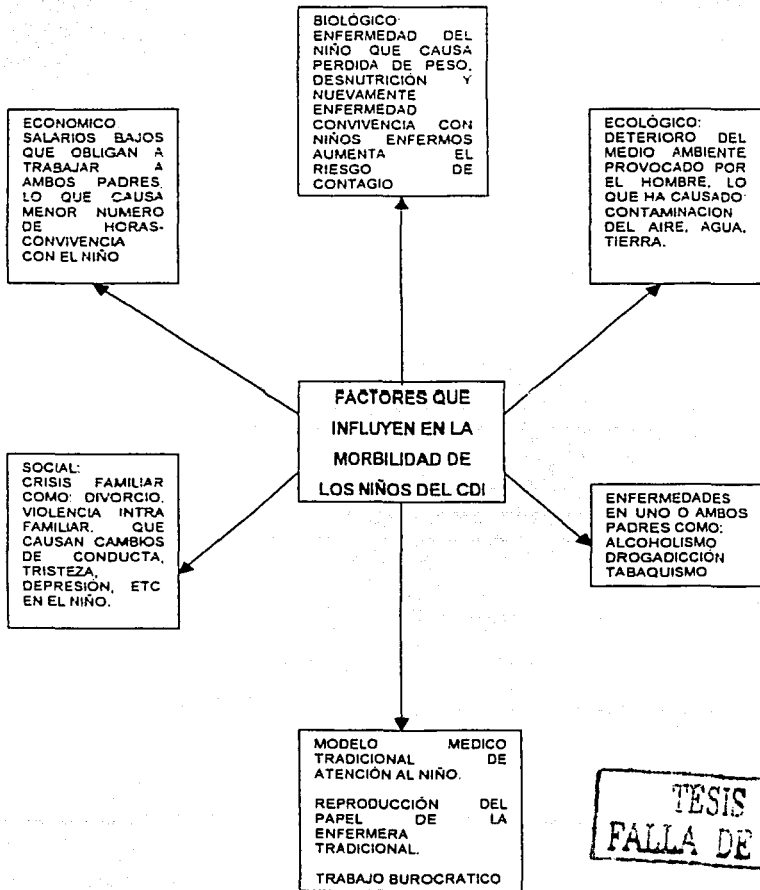


Es relevante decir, que ambos factores influyen en el proceso salud-enfermedad de cada niño de modo muy particular, así tenemos que, los factores externos no son fácilmente controlables y son susceptibles de ser modificados a largo plazo, pero dependen del cambio conductual de una población grande.

Sin embargo, los factores internos son más susceptibles de ser modificados a favor en corto tiempo, pues dependen del cambio de actitud de un grupo de personas menor (en este caso, los trabajadores de la salud y personal del CDI), mediante medidas como el seguimiento de reglamentos para llevar a cabo una norma de salud. Por ejemplo la NOM para la Atención del Niño Sano.

Así mismo, se cuenta con las herramientas para hacer cumplir las medidas necesarias; como lo es la disponibilidad de vacunas dentro del CDI, medicamentos, material y equipo médico para una atención preventiva, etc.

De tal modo que los principales factores que influyen en la morbilidad de los niños del CDI, los esquematizo de la siguiente manera.





El CDI Zapata brinda servicio a una población aparentemente "sana", pero durante el año prevalecen ciertas afecciones en un gran número de niños y principalmente son las siguientes:

- a) Enfermedades respiratorias agudas (E.R.A.)
- b) Enfermedades diarreicas
- c) Desnutrición
- d) Accidentes (caídas)
- e) Dermatitis por contacto
- f) Disminución de la agudeza visual

Los padres, como mucha gente, conciben la salud como la ausencia de la enfermedad y bajo ésta premisa, solo acuden al servicio médico cuando sus hijos no están sanos. Luego entonces, el personal sanitario prioritariamente realiza una labor curativa.

Es así como en el CDI médicos y enfermeras trabajan con dicha población. La mayor parte de las actividades se enfocan en labores curativas y existe apatía por aquéllas acciones que involucran mayor carga de trabajo como lo es la *"Educación para la Salud"*.

A continuación, presento las enfermedades más frecuentes en los niños del CDI Zapata por orden de importancia. Así mismo, describo las acciones preventivas que forman parte de los cuidados que enfermería debe brindar a dicha población.

### 10.3 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS DEL CDI

#### 10.3.1 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Población infantil del CDI Zapata que presentó enfermedades respiratorias agudas durante el periodo de agosto de 2001 a julio de 2002.



El 60% de los niños de CDI, presentaron durante el año eventos de E.R.A. en número de 8 y más veces y una proporción del 40%, sólo enfermó menos de 7 veces durante el año.

Esto se traduce en poco más de la mitad de niños permanecieron enfermos la mayor parte del año y solo los casos que empeoraban en enfermedades respiratorias graves (como inicios de bronquitis, bronconeumonías, neumonías, etc.) se refirieron a su clínica ISSSTE correspondiente y/o al servicio de urgencias.

Es así como las enfermedades respiratorias agudas siguen siendo el principal motivo de consulta así como de ausentismo escolar.

Cabe señalar que la frecuencia de estos eventos aumentó en los últimos 3 años, según los informes médicos en los expedientes, pues antes una proporción menor enfermaba en promedio de 5 a 7 veces por año. Esto es, que hay una franca tendencia al aumento de estos padecimientos.<sup>164</sup>

Es muy posible disminuir el número de veces que un niño padece una E.R.A. con los cuidados adecuados, tanto en casa como en la escuela.

Una de las medidas más importantes que forman parte del cuidado de enfermería es la orientación al responsable del niño sobre las medidas preventivas

- ✓ Enseñar a los padres e incluso a los niños, las características de una dieta adecuada.
- ✓ Arropar al niño cuando haga frío.
- ✓ Evitar cambios bruscos de temperatura.
- ✓ Enseñar al niño y fomentar la práctica de un deporte

Es necesario enseñarles también, cuáles son los signos de alarma, pues de ello depende que los padres acudan al servicio de urgencias inmediatamente y no esperar hasta la consulta familiar, evitando complicaciones.

Signos de alarma:

- ✓ Inapetencia o que deje de beber agua
- ✓ Dificultad para respirar (taquicardia, taquipnea, disnea, etc.)
- ✓ Fiebre persistente (arriba de 38.5°C.)
- ✓ Somnolencia y que tarde en despertar

La tarea de enfermería en este sentido, es sumamente importante, porque el médico comúnmente no dirige este tipo de información a los padres o responsables del niño.

---

<sup>164</sup> Registros Médicos del CDI Zapata, año 1998.

### 10.3.2 ENFERMEDADES DIARREICAS

Población infantil del CDI Zapata que presentó enfermedades diarreicas durante el periodo de agosto de 2001 a julio de 2002.

#### ENFERMEDADES DIARREICAS



Durante el año se registraron enfermedades diarreicas de diversos orígenes en toda la población infantil; al menos el 60% de las niñas y niños tuvo diarreas entre una y tres veces en el año y el 40% restante, presentó cuatro o más diarreas.

El servicio médico lleva a cabo medidas para combatir este problema, tales como: exámenes de laboratorios que son exigidos a los padres como requisito para la inscripción del niño, tratamientos de desparasitación anual, prescripción de tratamientos farmacológicos, etc. pero la mayoría, son medidas curativas.

Los cuidados preventivos de enfermería en este centro deben ser:

- ✓ Educación para la salud dirigida a quienes preparan y manejan alimentos (cocineras, educadoras, asistentes)

- ✓ Seguimiento del lavado de cisternas, cambios de filtros para agua o cloración de ésta.
- ✓ Supervisión de las áreas y el personal donde se preparan los alimentos.
- ✓ Educación para la salud dirigida a los padres y niños, para seguir medidas higiénico-dietéticas dentro y fuera de casa.
- ✓ Reforzar las medidas higiénico dietéticas, así como el uso adecuado de los sanitarios o letrinas para disminuir la transmisión de las enfermedades diarreicas.
- ✓ También enseñar como llevar adecuadamente la Terapia de Hidratación Oral en casa.

Al igual que en las E.R.A., en las diarreicas pueden presentarse complicaciones como la deshidratación, así que también debemos enseñar a los padres a reconocer los signos de alarma:

- ✓ Sed intensa.
- ✓ Poca ingesta de líquidos y alimentos.
- ✓ Heces líquidas y numerosas (más de tres por hora).
- ✓ Persistencia de la fiebre por más de tres días.
- ✓ Vómitos frecuentes (más de tres por hora).
- ✓ Sangre en las evacuaciones.

### 10.3.3 ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Población infantil del CDI Zapata con esquema de vacunación al día, durante el periodo de agosto de 2001 a julio de 2002.



En el componente de vacunación la meta es una cobertura del 100% en el CDI; así como para los niños de la República Mexicana (según el Programa de Vacunación 2000, de la SSA).

Observamos que en este sitio, el 92% tiene el esquema de vacunación al día; sin embargo, una "pequeña" proporción del 8% cuenta con una demora para la inmunización.

Los niños con esquema incompleto son un grupo de alto riesgo, por que si bien es cierto, existen enfermedades que se consideran erradicadas y otras sólo están controladas, así pues, el riesgo de que se presente un brote epidémico está siempre latente.

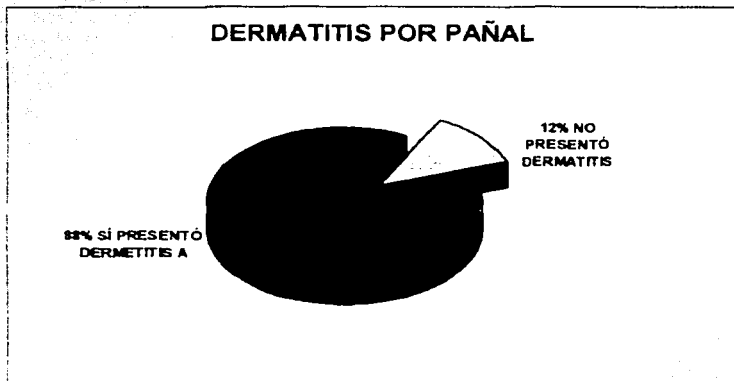
El CDI cuenta con equipo de red fría dentro de las instalaciones del propio centro y con las vacunas del esquema básico; es decir, que cualquier día pueden ser vacunados tanto niños como adultos sin tener que trasladarse a su clínica. Pese a ello, no se tiene un a cobertura del 100 % en este centro.

Constantemente se pide a las madres y padres de familia que pasen a vacunar a sus hijos o lleven copia de la cartilla si estos son vacunados en otra unidad.

En este rubro de igual forma se debe trabajar con la Educación para la salud y crear conciencia a los padres de la importancia de preservar la salud de sus hijos por medio de la vacunación.

### 10.3.4. DERMATITIS POR CONTACTO

Población infantil del CDI Zapata que padeció dermatitis por pañal, durante el período de agosto de 2001 a julio de 2002.



En los lactantes que aún utilizan pañal, la dermatitis asociada por el mal uso de este se presentó con alta incidencia. El 88 % de los lactantes presentó dermatitis con diferentes grados de severidad y el 12 % restante no la presentó en todo el año.

La dermatitis se produce por el prolongado contacto de la piel con la orina o evacuaciones (y con mayor frecuencia si éstas son diarreicas) y en menor número por alergias de la piel a los materiales del pañal.

En el CDI, los niños presentaron dermatitis predominantemente por el número de horas que permanecen con el pañal mojado.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



También pude percatarme de que el niño reincide con este problema durante el fin de semana, esto se debe probablemente a que no es cambiado con la misma frecuencia que dentro del CDI.

La mejor forma de prevenir este problema es el cambio frecuente de pañal, más no el uso de cremas para aliviar la piel lesionada, en este sentido fue la actuación de las cuidadoras que están a cargo de los lactantes.

Las medidas preventivas se centran en la concientización que hagamos a los padres o quienes se encuentren al cuidado del niño en cuanto a higiene de la piel, como lo es: el baño diario, piel limpia y seca, cambiar de pañal con frecuencia al niño, ventilación y exposición de la región glútea por un rato diariamente, etc.

### 10.3.5 ACCIDENTES INFANTILES

Población infantil del CDI Zapata que sufrieron accidentes dentro del centro, durante el período de agosto de 2001 a julio de 2002.



Todos los niños son susceptibles de presentar algún tipo de accidente, no pude realizar el seguimiento del número de accidentes ocurridos en casa y el tipo de estos (pese a que es en casa donde ocurren los accidentes más graves) porque los padres no lo informan, aún cuando por política interna es una obligación reportarlo. Por lo tanto solo le di seguimiento a los accidentes ocurridos en el CDI.

Dentro de los accidentes leves se encuentran las caídas que producen solo heridas lacerantes y contusiones sin mayor trascendencia. Estas ocuparon el 94% y se originaron durante el horario de descanso en el patio predominantemente, muy pocas ocurrieron en las salas.

Los accidentes graves produjeron contusiones craneanas y solo un caso ameritó sutura. Por otra parte, los esguinces, luxaciones y fracturas (2 casos) se refirieron a su clínica y servicio de urgencias al momento de producirse las

lesiones, de igual modo ocurrieron durante las horas de juego en el patio. Solo un niño sufrió una caída provocándole fractura y ello ocurrió en la sala.

Los accidentes ocurridos a los niños, se presentaron con mayor frecuencia durante las horas de juego en el patio y muy pocos fueron dentro de las salas. Esto es, porque existe un mayor control por parte de las educadoras y asistentes sobre los niños en un espacio cerrado, pero en el patio de juegos, es común observar que la docentes también tomen un descanso y no cuiden a los niños mientras juegan. El mayor riesgo está en esta área, pues los juegos colgantes y pasamanos son peligrosos sin vigilancia estrecha.

Por otra parte, en el CDI no existe un documento que norme la actuación de médicos y enfermeras cuando se produce un accidente grave. Se valora el caso y actúa conforme al criterio del médico. Lo anterior es un gran riesgo para la salud del pequeño y la ingerencia legal para el servicio médico.

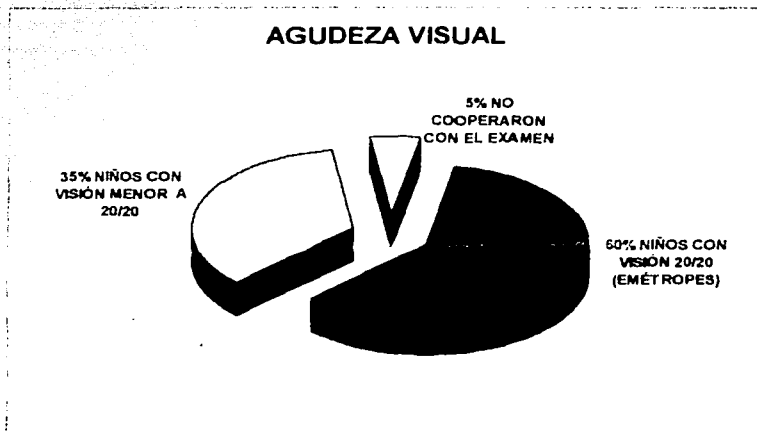
El normar nuestra actuación con base al beneficio mutuo, evitará muchos problemas. Hasta julio de 2002, el servicio del CDI continúa sin un marco de actuación que justifique las acciones del personal en cuanto a la norma a seguir cuando un niño se lesiona.

Por tanto, las acciones preventivas son:

- ✓ Educación para la salud, dirigida al personal del CDI y padres, relacionada con el modo de producirse un accidente y evitarlo. Dentro y fuera del CDI. Supervisión por parte de las enfermeras y el resto del personal de salud, para detectar riesgos de accidentes en todas las áreas del CDI.
- ✓ Unificar criterios que normen la actuación del personal de salud cuando un niño se lesione y plasmarlo en un documento. Así mismo, hacerlo del conocimiento de padres de familia.

### 10.3.6 AGUDEZA VISUAL

Detección de la disminución de la de la agudeza visual a la población infantil del CDI Zapata, durante el período de agosto de 2001 a julio de 2002.



El examen de la vista con la carta de figuras detecta la disminución de la capacidad visual. Se realiza cada año antes de concluir el ciclo escolar, porque así los padres tendrán el período vacacional para llevar a sus hijos con el especialista, en caso de detectar alguna disminución en su visión.

Este examen arroja algunos falsos positivos, porque en ocasiones el niño no coopera por encontrarse nervioso o no saber algunas figuras, como fue el caso de algunos niños del CDI, donde el 5% de los niños no cooperaron en esta actividad, mientras que el 60% obtuvo un resultado de 20/20 lo cual significa que su visión se considera normal o denominados también como emétropes.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

El 35% restante de los niños, obtuvieron resultados inferiores a lo normal, traduciéndose en una deficiencia visual y refiriéndose al especialista lo antes posible.

Tanto los niños que no cooperaron, como los que obtuvieron resultados inferiores a lo normal, se les pidió acudir con el especialista para una valoración más profunda.

El resultado fue que pocos padres reportaron haber llevado a sus hijos con el especialista, aún cuando se les pidió entregar una copia de la valoración posterior; por ende, me fue imposible llevar a cabo el seguimiento de estos casos para confirmar aquellos niños con problemas reales de visión.

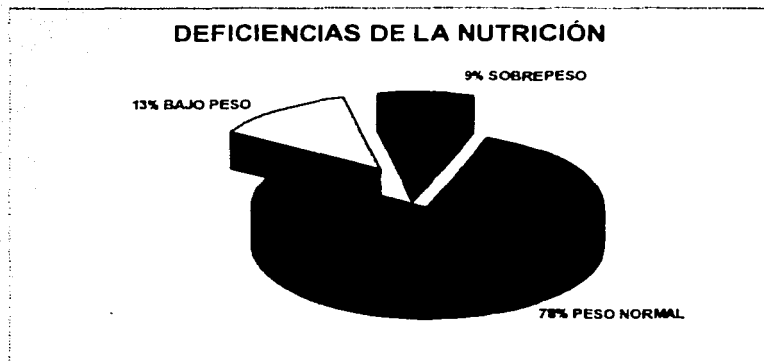
La importancia de nuestra actuación como enfermeras, radica en la detección y canalización a tiempo de algún posible problema en el niño. Así mismo, la labor de convencimiento que hagamos con los padres para que estos cambien su actitud.

Mientras que para el niño, las acciones preventivas son en función de la higiene visual:

- ✓ Mirar la T.V. a más de 4 m de distancia
- ✓ No mirar el sol directamente
- ✓ No tocarse los ojos con las manos sucias
- ✓ Enseñarle a valorar el sentido de la vista, al igual que el resto de los sentidos.

### 10.3.7 DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION

Población infantil del CDI Zapata que presentó deficiencias de la nutrición manifestadas por peso bajo o sobrepeso, durante el periodo de agosto de 2001 a julio de 2002.



La vigilancia del crecimiento se valora utilizando la relación de los índices antropométricos, los cuales se relacionan con tablas o gráficas de crecimiento y desarrollo. Para ello el principal indicador utilizado para este problema principalmente fue el peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla. También el estado de nutrición se valora fundamentalmente utilizando la clínica (signos y síntomas) pero para este estudio solo tomé en cuenta el indicador de peso/talla.

Durante la vigilancia del crecimiento del niño en el CDI Zapata, los registros indican que el 78% de los niños presenta peso normal para la talla, mientras que el 13% tiene un peso inferior para la talla, lo cual indica desnutrición, que para estos casos se clasifica en moderada. Así también, tenemos que el 9% restante de los niños, cursa con un peso por arriba de lo establecido en la

relación peso/talla, es decir, padece ya de obesidad la cual va de leve a moderada.

El CDI cuenta con una licenciada en nutrición que supervisa las dietas de los niños, ellos reciben el desayuno, comida y una colación. Dos de las comidas más importantes del día.

Existe la posibilidad de que en casa no sean alimentados adecuadamente y se refleja así, de cualquier modo, la implicación que como equipo de salud tenemos es fundamental, para ayudar a los padres a modificar la dieta y hábitos de sus hijos en casa.

La dieta ideal debe ser adecuada en cuanto a calidad, cantidad, variedad y edad principalmente, y en este sentido en el CDI es común que los menús no sean variados, raciones pequeñas, altas en carbohidratos y grasas, así como pocas frutas y verduras.

Lo anterior, es manifestado con niños insatisfechos en cuanto a la cantidad y variedad de la comida o lo contrario; niños inapetentes. Lo anterior se traduce en los problemas nutricios ya descritos.

Los cuidados preventivos, expresados en sugerencias, los dirigí hacia las autoridades del plantel. Pero, durante mi evaluación, encontré un sistema burocrático incapaz de mejorar la calidad de las dietas ofrecidas a los niños. De igual modo, los problemas de salud que presenta esta comunidad, son fácilmente prevenibles o susceptibles de disminuir la incidencia. Esto se logrará mediante la adopción de estrategias para cambiar la visión y la misión que este servicio tiene.

Con lo anterior, me refiero a trabajar en función del cambio de actitud y aptitudes del servicio médico, lo cual, significa una labor en el área administrativa e incluso educativa con el personal.

#### 10.4 ACCIONES REALIZADAS POR EL LIC. EN ENFERMERIA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO DE SALUD.

La enfermera es y seguirá siendo un personaje indispensable dentro del sistema de salud, en el caso concreto del CDI Zapata, donde el ejercicio de la enfermería no profesional (entiéndase por ello enfermeras no tituladas y con un nivel de preparación de auxiliares y/o cursos de primeros auxilios) es un factor trascendental para que las enfermeras continúen siendo "hacedoras" de procedimientos, sin llegar a realizar las mínimas funciones que debe desempeñar.

Como pasante de la licenciatura en enfermería, siempre manifesté la iniciativa de realizar todas aquéllas acciones para la solución de los problemas detectados, promoviendo las medidas necesarias en este lugar, con *un enfoque de riesgo y prevención* de los problemas que presenta ésta población y que son áreas que competen a *la Atención Primaria*.<sup>165</sup>

Las acciones realizadas por el licenciado en enfermería dentro de este CDI son pocas en cantidad, pero significativas para la población atendida.

Varias fueron las causas que influyeron para no realizar un mayor número de actividades que hubieran sido benéficas, tanto para la población infantil como para el resto del equipo de salud y personal que labora ahí.

No se trata de abarcar el campo de acción de otros miembros del equipo de salud, sino de participar con mayor protagonismo.

Desde luego, la experiencia del servicio social se convirtió en un aprendizaje significativo en todos los aspectos.

---

<sup>165</sup> Reyes, "Proceso Salud Enfermedad en el Niño", p. 5.



#### 10.4.1. EDUCACION PARA LA SALUD

El componente de Educación para la salud es valioso, así pues, seleccioné los temas con base a la elaboración del diagnóstico situacional para el CDI Zapata y situaciones que detecté como problemas potenciales.

Para cada tema, preparé material didáctico y metodología específica para cada.

#### EDUCACIÓN PARA LA SALUD

| TEMA   | DIRIGIDO A  | OBSERVACIONES   |
|--|---|---|
| Higiene de biberones   | Madres y padres de familia, educadoras  | Poca asistencia de padres de familia, educadoras, directora, enfermeras y médico; mostraron interés por el tema participando durante él. Se redujo la incidencia de biberones sucios casi en su totalidad, en comparación con semanas anteriores  |
| Dermatitis de pañal  | Madres y padres de familia y padres, educadoras y asistentes, población en general.     | Asistencia de 18 madres de familia, enfermeras y médico. Las madres mencionaron algunos "remedios caseros" que en casa emplean para la curación de la dermatitis del pañal, las enfermeras y médico mostraron rechazo por estas medidas.  |
| Prevención de Accidentes   | Madres y padres de familia, todo el personal que labora en el CDI y niños preescolares. | Los niños mostraron gran capacidad e retención del tema, el cual se reforzó varias veces más durante el ciclo escolar. La asistencia de los padres fue escasa (25 en total). La prevalencia de los accidentes en especial heridas (punzo cortantes y lacerantes producidas) por caídas, continuo dándose durante todo el ciclo escolar tanto en casa como en la escuela. Esto se asocia por la importancia que tiene concientizar también a los padres. |
| Manejo de la Fiebre en casa y escuela                                    | Madres y padres de familia, población en general.                                       | Poca asistencia de padres y las educadoras casi en su totalidad acudieron, ambos mostraron desinformación acerca del tema e interés. Las educadoras aprendieron los signos y síntomas de un pequeño con fiebre, refiriéndolo al servicio médico oportunamente, de igual modo los padres.  |
| Prevención de Enfermedades Respiratorias Agudas                          | Madres y padres de familia, comunidad en general y niños preescolares.                  | Poca asistencia de padres quienes mencionaron algunos "remedios curativos caseros". En este caso se reforzaron principalmente las medidas preventivas y en caso de que el niño ya padeciera algún proceso de E.R.A. los cuidados en casa y signos de alarma para referir a la unidad de urgencias.  |
| Prevención de Enfermedades Diarreicas y Uso Correcto del Vaso Suero Oral | Madres y padres de familia, comunidad en general y niños preescolares.                  | Poca asistencia de padres de familia, así como de educadoras y otro personal. Se reforzaron principalmente las medidas preventivas y en caso de que el niño ya padeciera algún proceso diarreico los cuidados en casa y signos de alarma para referir a la unidad de urgencias. La mayoría de los padres sabía cómo usar el Suero oral  |

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Prevención de cáncer mamario y cervico uterino | Mujeres del CDI y comunidad en general        | Aumento en la asistencia de la población, incluso acudió el personal de intendencia y secretarías. Mostrando mucho desconocimiento del tema e interés.   |
| Manejo Higiénico de los alimentos              | Cocineras y educadoras                        | Se maneja este tema también con las educadoras, pues ellas manipulan alimentos para los niños durante el desayuno y comida, pese a mostrar conocimientos del tema las educadoras continuaron con un manejo anti-higiénico, aparentando desinterés, por modificar hábitos como manos sucias, tomar los alimentos con las manos, dar sobrantes de comida de un niño a otro, etc. |
| La correcta Nutrición del Niño                 | Padres de familia, educadoras y preescolares. | Los padres de familia muestran interés por aprender aspectos de nutrición y manifiestan en especial las madres el factor tiempo y dinero para no poder brindar una adecuada alimentación a su familia. Posteriormente dijeron tener más elementos para mejorar hábitos dietéticos con bajo presupuesto y el desarrollo de su creatividad.                                      |

Observé poca asistencia a las sesiones, por lo cual opté por otra vía de comunicación para lograr alcanzar mi objetivo:

*"Que los padres y madres cambien actitudes nocivas que afecten el estado de salud de sus hijos en casa"*

Las medidas fueron:

- ✓ Pláticas personalizadas con los padres en el horario de salida de los niños. Limitadas por considerarse actividades propias del médico.
- ✓ Periódicos Murales con la Información de los temas
- ✓ Carteles alusivos a los temas
- ✓ Trípticos con la información
- ✓ Aprovechar las juntas de padres de familia para abordar los temas. Esta medida , posteriormente fue adoptada por los médicos y delegada exclusivamente a ellos.

- ✓ Visitas a los sitios donde permanecen los niños como salas, patios de recreo, etc para dirigir los temas seleccionados para ellos.

La participación de los niños y niñas, del personal docente, de intendencia y cocina fue muy activa y productiva para las acciones en beneficio de su salud.

La elaboración de periódicos murales, trípticos, carteles y visitas a los salones, cocinas, comedores y patio de recreo pudo llevarse a cabo por que la mayor parte de estos integrantes facilitó dichas acciones, por la actitud de aprobación que estos mostraron.

Las pláticas personalizadas con los padres de familia fueron vistas como una "invasión" al campo de acción por parte de los médicos (por la relevancia que tiene será comentada en el apartado siguiente)

Dentro del rubro de *Educación para la Salud* van implícitas otras actividades igualmente importantes como es la planeación de un tema y lo que ello implica. Se corre el riesgo de que nuestro trabajo educativo como enfermeras, quede en el aire si la metodología es inadecuada, como comúnmente sucede por desconocimiento.

Por lo anterior y existir un prejuicio en la mayor parte del personal sanitario, al creer "que la gente no cambiará de actitud", son razones que influyen en el desagrado para hacer labor educativa con la población.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **10.4.2 LA CREACIÓN PARA UNA FERIA DE LA SALUD**

Propuse realizar una Feria de la Salud en el CDI Zapata y motivar a mis compañeros a trabajar más y mejor con la población. El evento fue aprobado porque a las autoridades les pareció una iniciativa muy productiva e innovadora.

Acordamos llevar a cabo este evento para la Escuela Primaria DIF (la cual, es una extensión educativa del CDI y se localiza a un costado del CDI) ya que valoramos que sería difícil tener la atención de los niños por un tiempo prudente pues sus edades oscilan entre los 3 y 5 años, así como también, uno de los objetivos fue acercarnos a un mayor número de niños y adultos, por medio de la promoción para la salud.

La organización corrió a mi cargo. Promoción, difusión y Motivación de 78 integrantes fueron labores arduas, que finalmente rindieron frutos. Por primera vez en la historia del CDI y la Primaria DIF lograron unificarse y trabajar el equipo interdisciplinario de ambos lugares con el personal docente.

La Primera Feria de la Salud, se llevó a cabo el 28 de mayo del 2001 en la explanada de la Escuela Primaria DIF, a las 11:00 hrs. Tuvo una duración de 3 horas, con una asistencia de casi la mitad de los padres de familia y la mayor parte de las madres que laboran para el DIF acudieron a este evento.

Detalles de la feria de la salud:

- ✓ Integración de 10 equipos para trabajar diversos temas relacionados con la salud:
  - Cómo Prevenir Accidentes
  - Higiene de mi Cuerpo
  - La Higiene Bucal empieza Hoy

- Cuidemos el Medio Ambiente y el Agua
- Prevención de Enfermedades Diarreicas e Hidratación Oral
- Los Valores en los Niños, Cómo Promoverlos en Casa y Escuela
- Violencia Intrafamiliar
- Lactancia Materna
- Prevención de Enfermedades de Transmisión sexual
- Prevención de Cáncer Mamario y Cervico-Uterino

#### ORGANIZACIÓN PARA LA FERIA DE LA SALUD

Las siguientes actividades, las llevé a cabo con el personal participante:

- ✓ Motivación y promoción de los objetivos de una feria de la salud a los integrantes del equipo interdisciplinario y personal docente (participaron aproximadamente 78 trabajadores entre personal docente, administrativo y del equipo interdisciplinario de salud)
- ✓ Gestión para conseguir equipo y material necesario
- ✓ Apoyo a los equipos para la elaboración de material didáctico.
- ✓ Elaboración de carteles e invitaciones al evento para los padres de familia, personal del DIF y autoridades del mismo.

El punto clave para la organización de dicho evento fue la motivación del personal, pues son ellos precisamente quienes realizan el trabajo. Finalmente la "1ª Feria de la Salud en el DIF" fue todo un éxito con los niños y padres de familia.

Fue tal la aceptación y óptimos los resultados, que finalmente las autoridades decidieron organizar cada año una Feria de la Salud, la cual correrá a cargo del servicio médico del CDI.

### 10.4.3 DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Esta detección de factores de riesgo, forma parte de los objetivos del servicio social y los llevé a cabo durante todo el año. La finalidad de esta actividad, fue comunicar a mis jefes directos sobre bases sustentadas, los problemas que se presentan y afectan directamente a los niños del CDI.

De un modo formal a manera de reportes, presenté por escrito a la directora y al jefe del área del servicio médico del DIF mis observaciones, manifestándolas siempre como *La detección de los Factores de Riesgo para la Población Infantil*.

Esta actividad implicó realizar diariamente un recorrido por todo el centro, en especial a las salas de juego, los patios de recreo, los comedores y las cocinas. La observación es una herramienta indispensable para averiguar las situaciones que ponen en riesgo a la población. Cabe mencionar que esta tarea la desempeñaron ocasionalmente 2 de los 4 médicos y yo como única enfermera.

Por otra parte, causó el descontento del personal del servicio médico por razones de "falsa competencia". Posteriormente, algunas enfermeras y el resto de los médicos adoptaron esta tarea como parte de sus actividades cotidianas.

Algunas de las observaciones y sugerencias fueron tomadas en cuenta, pero realmente poco se hizo para modificar estas situaciones. Un claro ejemplo de ello es el rubro de la alimentación inadecuada dentro del CDI, el cual ya mencioné antes.

Deben ser actividades cotidianas y propias del servicio médico, en especial de la enfermera las siguientes:

- ✓ Recorridos por aquellas áreas donde se encuentran los niños como: patio, corredores, jardines, salones, comedores, etcétera con la finalidad de continuar detectando riesgos, ya que estos no son estáticos sino cambiantes al entorno. Lo anterior fue llevado a cabo frecuentemente durante todo el servicio social, pidiendo la colaboración del resto del personal del servicio médico.
- ✓ Elaboración de informes de los riesgos encontrados durante los recorridos al plantel, proponiendo alternativas que den soluciones factibles.
- ✓ Es necesario también, tomar en cuenta al resto del personal que labora en el CDI, como parte de una política incluyente, al detectar factores de riesgo que afecten su salud y modificar así actitudes, un claro ejemplo es el siguiente: el personal de cocina llevaba cuchillos a los comedores para partir alimentos y nadie se había percatado que este es un riesgo latente para producirse un accidente en los niños; posteriormente este hábito fue modificado después de platicar con las cocineras y educadoras.
- ✓ "Filtro" de niños al plantel, el cual llevan a cabo el equipo de salud por la mañana, como el nombre los indica por medio de este filtro se realiza una rápida detección de riesgos físicos visibles y potenciales para otros niños; como la ausencia de higiene en los menores, principios de procesos mórbidos (niño con fiebre, rubor, dolor abdominal, etc.) Es en este momento cuando se aprovecha también para dirigir una rápida información hacia los padres e invitarlos a pasar al servicio médico, así como hacer uso de este aún cuando sus hijos se encuentren aparentemente sanos.

En este punto siempre fue difícil llevar a cabo un cambio de actitud por parte de los padres, ya que, pese a contar con el seguro ISSSTE y el servicio médico dentro del CDI, muchos padres continuaron llevando a

sus hijos al servicio médico solo hasta que los niños presentan cuadros severos de alguna enfermedad; aún cuando se les invita a acudir periódicamente explicándoles que no necesitan sus hijos presentar alguna enfermedad.

Por otra parte, los integrantes del equipo de salud y particularmente las enfermeras tenemos una labor importante al realizar estos recorridos, estableciendo un rápido diagnóstico de salud en cada niño, en cada sitio y personal del CDI, etc. la labor continuará siendo rutinaria hasta no identificar nuestro papel como enfermeras.

En este centro se tiene la idea que a quienes les corresponde detectar si el niño está o no enfermo es sin duda a sus padres y después a la educadora, porque precisamente ellos tienen mayor convivencia con los pequeños. Esto no debe ser así, porque todos somos responsables.

Es paradójico que el personal del servicio médico sepa que el área de trabajo es de atención primaria, pero se nieguen a realizar acciones tan benéficas como indispensables.

En mi opinión el trabajo de la enfermera en este sentido es lo que da sostén a su actuación específicamente en un centro de desarrollo infantil, entre otras actividades no menos importantes.

Dichas actividades deben ser entendidas por el personal de enfermería como actividades propias de la profesión, lejos de conferirle un carácter obligatorio. ¿Quién, si no es la enfermera que tiene desarrollado el sentido de la "observación" para detectar estos riesgos, bajo un entorno multifactorial?



#### 10.4.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.

Los procedimientos de enfermería que se realizan en este centro son limitados por el tipo de atención que se presta. Concebir la función de la enfermera como "hacedora" de procedimientos y asistencia al médico, es sinónimo de condenar a la enfermería a reproducir el mismo patrón de "ayudante y subordinada".

Ello no significa un ataque a quienes realizan estas labores, pues el desconocimiento y falta de oportunidades para cambiar esta concepción son algunos factores inherentes. Significa traspasar una verdad por todos conocida y que a veces no gusta de ser escuchada o en este caso, escrita

Conciente de lo anterior, el mayor trabajo lo enfoqué en las áreas antes descritas y las siguientes acciones fueron numéricamente inferiores, toda vez que el excedente de personal satura el área volviendo casi imposible realizar estas tareas en muchas ocasiones.

Los procedimientos más frecuentes fueron:

- o Somatometrías como parte del programa "Control del Niño Sano", realizadas a los niños del CDI en diferentes tiempos según el calendario de actividades.
- o Valoración de las somatometrías. Proponiendo estrategias para abatir problemas de salud como bajo peso y obesidad.
- o Administración de medicamentos a niños y adultos (vía oral en su mayoría, tópicos, óticos, rectal e I.M.)
- o Curación de heridas a los niños y adultos. Detectando los principales mecanismos de lesión, los cuales en su mayoría ocurrieron durante el descanso en patios. Para abatir este problema, los temas de Educación para la Salud en cuanto a la prevención de accidentes fueron mi estrategia a seguir.

- o Propuesta de medidas específicas para evitar accidentes en los niños y supervisión en los patios durante el recreo de los niños.
- o Toma y valoración de signos vitales.
- o Control de la fiebre por medios físicos (compresas y baño de artesa)
- o Apoyo en el manejo de la red fría para el control de biológicos.
- o Aplicación de vacunas como parte del programa de Vacunación Universal a los niños del CDI y aquellos que acuden al CDI y no cuentan con un servicio de salud. Aplicación de vacuna contra Td (Tétanos y Difteria) al personal del DIF como parte de la campaña permanente de vacunación para adultos.
- o Orientación a las madres durante la visita para la vacunación, sobre: *La Prevención de Enfermedades* en su hijo y el seguimiento del *Control del Niño Sano*.
- o En algunas ocasiones apoyé al personal para realizar la toma y valoración de T/A y glicemias como parte del programa "Detección Oportuna de Diabetes e Hipertensión" a los trabajadores del DIF.
- o Durante las visitas para el seguimiento de dicho programa, dirigí los siguientes temas a los adultos: Factores de Riesgo para padecer Diabetes Mellitus e Hipertensión y la Prevención de éstas enfermedades y del Tétanos.

## 10.5 LA PROBLEMÁTICA PARA EL LIC. EN ENFERMERÍA EN EL CDI ZAPATA

Fueron muchas y muy productivas las actividades realizadas en el Centro de Desarrollo Infantil Zapata; pensar que por ser un lugar fuera del campo hospitalario resultaría provechoso para indagar aún más la Atención Primaria para la Salud y explorar otro campo de trabajo fueron razones para aventurarme a realizar el servicio social en dicho lugar.

La realidad mostró que el problema que enfermería enfrenta dentro del hospital también se vive fuera de él; como lo es un gremio débil y la poca preparación del personal en general, aún en otras áreas como es el caso de un centro de desarrollo infantil, la jerarquía que da la antigüedad y el temor de sentir como una "amenaza" al personal nuevo (aunque este sea eventual como lo es el caso de los pasantes) impiden:

- Favorecer la integración al equipo de trabajo y el aprendizaje.
- El desarrollo de la enfermería
- Mejorar la imagen de la enfermería ante otros profesionales del equipo de salud y la comunidad en general
- Mejorar la calidad de la atención brindada por enfermería.

Esta situación no solo es vivida por las pasantes de enfermería, también para el área de odontología, pues en general no se les permite desarrollar al máximo sus capacidades. Las actividades que les son conferidas no van más allá de Educación para la Salud (esta problemática solo fue vivida específicamente para los pasantes de odontología y enfermería) ya que el resto de los pasantes, como es el caso de medicina, sicología, trabajo social, pedagogía, educadoras y asistente de educadora sí se le permitió realizar las acciones propias de su profesión con el apoyo de sus jefes inmediatos.

El problema radica en que las enfermeras de nivel auxiliar no saben cuáles otras funciones además de procedimientos son propias y necesarias de la praxis de enfermería.

Actividades que van encaminadas al cuidado y restablecimiento de la salud del ser humano o población y son entendidas las funciones curativas y no preventivas.<sup>166</sup>

El apoyo para el ejercicio de la profesión para las pasantes de enfermería que anteriormente han laborado en el CDI, ha sido casi nulo y veces se presentaron algunos problemas donde el mismo personal de enfermería fue el primero en "atacar" a la pasante. El proceso educación-aprendizaje es visto más como una obligación que una oportunidad de contar con otro elemento bien capacitado para colaborar en este centro.

Continúa la rivalidad por la categoría que las enfermeras auxiliares sienten contra las enfermeras generales y mayor aún las enfermeras con licenciatura, pues no encuentran la diferenciación entre una y otra. Lo anteriormente expuesto fundamenta la diferencia: la praxis tiene mucho que ver y derivado de ésta la formación, que hace una notoria vertiente. Otro punto destacable es la problemática de género que arrastra la enfermería, pues si entendemos como se ha gestado y desarrollado la enfermería a lo largo de la historia es posible entender por qué la concepción de muchas compañeras con un bajo nivel académico siguen inclinándose hacia la reproducción de la enfermera "ayudante", "subordinada", "abnegada", etc.

---

<sup>166</sup> A excepción de la inmunización de vacunas, ya que es realizada por las enfermeras únicamente como la aplicación de biológicos, pues idealmente el programa de vacunación incluye la promoción de la salud por medio de diferentes actividades como el seguimiento del desarrollo y crecimiento, promoción de la lactancia materna, la sana alimentación, etc.

No es el objetivo de este trabajo responder al porqué de la problemática en enfermería mexicana, pero sí es interesante analizar y escudriñar un poco, toda vez que estos temas poco son abordados por las enfermeras como temas de análisis.

Desde el inicio de este trabajo, hablé de las acciones que deben ser desempeñadas por la enfermera en un primer nivel de atención y específicamente en la Atención Primaria para la Salud.

Para ciertos trabajadores del área, éstas acciones son concebidas como actividades exclusivas que le competen al médico, pero para el licenciado en enfermería muchas de estas acciones tienen que ver con el cuidado de la salud y no el restablecimiento de ella.

Así pues, mi intención es colaborar con mayor protagonismo en un papel más activo a favor de la salud y para ello es necesario tener claro cual es nuestra razón de ser.

El método que la enfermería utiliza para brindar cuidados ya sea en lo individual como en lo colectivo es El Proceso de Atención de Enfermería, cuya esencia diferencia a las enfermeras del resto del personal de la salud, establece un diagnóstico propio de enfermería, un plan de acciones encaminadas al cuidado y el restablecimiento de la persona o comunidad, así como la posterior evaluación de estas actividades.

Es una metodología propia de trabajo para la enfermería moderna, que sistematiza nuestro actuar con fundamentos bien establecidos como lo hace cualquier otro profesional pero que no se lleva a cabo en este centro.

Si bien es cierto, la investigación, la documentación de hallazgos y la docencia son valiosos ascensos para fortalecer la enfermería como profesión

pero también lo es, centrarnos en la razón de ser de la enfermería: el ejercicio del cuidado.

Así pues; al menos en este CDI, debieran ser desempeñadas por las enfermeras acciones como la detección de factores de riesgo, diagnósticos, propuestas de soluciones a riesgos detectados, así como el diseño de programas y actualización de éstos con base en las particulares características de la población, además de las acciones de técnicas y procedimientos etc.

Bajo esta concepción, las enfermeras sienten amenazada la estabilidad de su área de trabajo cuando alguien externo propone nuevas acciones que desde luego, implican mayor preparación, trabajo conjunto con otros profesionales de la salud y sobre todo mayor trabajo con la comunidad.

Lo anterior es una breve compilación de las actividades realizadas en el servicio social, infortunadamente como ya lo mencioné, muchas de ellas fueron interrumpidas.

Las relaciones interpersonales son difíciles, siempre que no comprendámos que cada persona tiene una cultura diferente; luego entonces, cuando no imperan valores como el respeto y la tolerancia por el trabajo ajeno, entonces seguiremos condenados a no crecer como seres humanos y como profesionales.

## 11. CONCLUSIONES

Como el lector apreció, el desenvolvimiento en el sector laboral del género femenino abrió la puerta a la creación de centros de cuidado para los hijos de madres que trabajan y a la par de la atención médica infantil.

Este hecho marca una solución, pero a la vez otra problemática al no contar con personal preparado en las guarderías para el verdadero cuidado y desarrollo de los niños.

Ninguno duda de la necesidad de contar en un centro con educadoras, niñeras o cocineras, incluso debe haber un médico, pero los médicos generales tienen una formación específica para la atención curativa.

Durante esta investigación, cité aquellas actividades que son parte de la atención para la salud del niño sano y forman parte de la APS. En todos los problemas de salud que se presentan en el niño, planteo un modo sencillo de detectarlo a tiempo, canalizarlo y solucionarlo. Ninguna de estas acciones son exclusivas del médico ú otro profesional, ya que las actividades encaminadas a la APS a todos los profesionales del equipo interdisciplinario les compete y ello en mi opinión es la base para el actuar y participar en un centro de cuidado como este.

Sin duda, los licenciados en enfermería tenemos una formación inclinada hacia la prevención de la enfermedad y por ello es trascendental nuestro quehacer en cualquier institución que pretenda alcanzar metas de salud.

Analizando la situación que vive la enfermería en este CDI, encuentro tres vertientes, que considero fundamentales para el desarrollo o estancamiento de la profesión en esta área y que no contemplé en los objetivos iniciales de

ésta investigación pues es producto del análisis que realizo luego de la observación y la experiencia en este CDI.

*TRABAJO BUROCRÁTICO.* En primer lugar ésta es una institución que forma parte del aparato del Estado y por lo tanto el trabajo desempeñado es burocrático, así mismo, los trabajadores cuentan con un sindicato que la mayoría de veces respalda y protege al trabajador incondicionalmente [aunque en ocasiones no tenga la razón] y un contrato colectivo de trabajo.

Lo anterior ocasiona que las enfermeras, luego de varios años de trabajo muestren ciertas actitudes de rechazo hacia las actividades que deben formar parte su quehacer, por no encontrarse especificadas en su contrato laboral.

*DEFICIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN.* En éste CDI no están planteadas metas y objetivos de trabajo, filosofía interna del lugar, valores, etc.

Con esto pretendo señalar que es necesaria una reestructuración en el modo de trabajar de este centro, particularmente en el área del servicio médico.

Este planteamiento facilitará y mejorará el trabajo en equipo, ya que estas herramientas administrativas sistematizan hacia dónde dirigirse, qué y cómo hacerlo, etc. Sin una buena jefatura es como navegar sin velero y rumbo.

*DEFICIENCIA EN LA FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA.* En esta institución como el resto del DIF, se cuenta con la oportunidad de desarrollo profesional basada en la capacitación continua durante toda la vida laboral.

Las enfermeras continuamente son enviadas a tomar cursos, los cuales tienen todas las ventajas: son gratuitos, en horario de trabajo, acumulables



en horas para concursar al final del año por un premio en efectivo a quien cumpla con determinados requisitos, uno de ellos es seguir en capacitación continua.

Observé durante mi permanencia que existe una incongruencia de los cursos que tomaron con las necesidades reales del CDI y el desarrollo de habilidades y aptitudes que el jefe del servicio médico desea.

Esto no solo nos lleva a perder el tiempo, sino que las enfermeras sólo ven los cursos como una oportunidad de salir de sus actividades y no como una oportunidad de desarrollo, así como una mala inversión.

Quizá algunos factores más trascendentales influyen para que las enfermeras aún con los beneficios de un trabajo que les ofrece las condiciones idóneas para un desarrollo profesional, no deseen superarse y ello se refleje en el desempeño laboral pobre, que tiene origen en lo siguiente:

- Desamor a la profesión, que se manifiesta en la falta de interés y compromiso por realizar el trabajo con calidad.
- No hay aspiración de llegar más lejos dentro o fuera del área laboral.

Habrá quien piense que esto tiene un origen en la problemática de género, pero yo creo que no es del todo cierto, porque para tal efecto cité la oportunidad de desarrollo con las capacitaciones que tienen tanto médicos y enfermeras, como el resto de los trabajadores.

Como espectadora y participante de éste problema también creo firmemente que la falta de compromiso e interés con la enfermería tiene que ver en cierto modo con:

- El bajo nivel educativo de estas enfermeras. Ninguna está titulada y solo algunas tienen la secundaria terminada.

- Tipo de evaluación que se les realiza, quién y cómo lo hace. Si la evaluación la realiza un médico, difícilmente sabrá qué aspectos deben considerarse por ser una práctica ajena a la del médico.

Y como ya lo cité antes:

- Incongruencia con la capacitación que intenta dárseles.
- El reglamento interno del CDI es general para todos los trabajadores. No existe un documento ético-normativo que reglamente las funciones generales y específicas de enfermería.

Los principales problemas de salud que se presentan en los niños del CDI, son fáciles de resolver a mediano plazo si consideramos que éstos tienen un origen multicultural, pero que el trabajo conjunto de todas las áreas es vital para el abatimiento de estos problemas y para lograrlo es necesario abrirse a la posibilidad de escuchar sugerencias de quien desea únicamente mejorar la calidad de vida de nuestros niños y desarrollo de la enfermería.

## 12. PROPUESTAS DE SALUD

Contar con un servicio médico en un CDI es una buena medida para evitar riesgos con los niños y el personal; pero aquel centro que cuente con un equipo interdisciplinario es muy afortunado, pues pocos son los lugares que lo tienen.

Así pues, es imprescindible en el organigrama, contar con un servicio de salud y énfasis de salud, ya que los licenciados en enfermería tenemos las herramientas para trabajar con la comunidad, entender el proceso salud-enfermedad con otra visión, pero sobre todo; bajo un modelo de atención preventivo y colectivo.

Comprender la multiculturalidad y diseñar un esquema de atención personalizado que incluya no solo al individuo sino a su familia, a su área laboral, etc. son cualidades que hacen imprescindible a este promotor de la salud.

Lo más productivo de realizar un análisis y una crítica a cierto fenómeno que causa problemática, es sin duda proponer una alternativa de solución y con mayor justificación después de haber vivido la experiencia de un servicio social, lo cual me brindó las herramientas suficientes para observar con objetividad.

La propuesta de salud para el CDI Zapata va en dos sentidos; básicamente en el rubro administrativo y el educativo dirigido hacia las enfermeras, porque es en esta área donde yo tuve ingerencia directa.

## 12.1 PROPUESTAS PARA LAS ENFERMERAS Y EL CDI

### Acciones Administrativas:

- Diseñar un método de evaluación para el personal de enfermería y médicos, el cual, mida no solo la productividad en cuestión numérica sino prioritariamente la satisfacción de los usuarios: la población infantil del CDI. Esto se traduce en evaluar la calidad de los servicios prestados y que infortunadamente hasta el momento los métodos existentes son subjetivos, obsoletos y susceptibles de no ser medidos.
- Implementar el método de atención de enfermería (Proceso de atención de Enfermería) como una alternativa para dar seguimiento al cuidado de la salud de cada niño y niña y la comunidad completa, ya que otros profesionales del equipo interdisciplinario cuentan con su propio método para valorar a cada niño en su área. Esta sería una estrategia ideal para motivar, enseñar e impulsar la mayor participación de las enfermeras, así como el beneficio que traerá a la comunidad.

Diseñe un formato propio de enfermería, para darle seguimiento a cada niño del CDI, el cual fue rechazado por el personal del servicio médico, porque ya existe la valoración médica y piensan que es inútil hacer una de enfermería.

## Hoja de Enfermería

Nombre del niño (a): Miztli Cañedo  
Fecha de nacimiento: 20 de enero de 1999

Fecha: junio 10 de 2001.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Miztli, de 29 meses a la fecha de exploración, es traída por su madre. Se observa Activa, reactiva, permite la exploración, bien hidratada, piel íntegra, oídos internos y externos limpios, caries en molares, así como mal posición de algunas piezas dentales. Ligero edema laríngeo, sin rinoresaca, ni tos, pulmones sin compromiso. Abdomen blando, depresible, a veces estreñimiento. Desarrollo normal de genitales externos, control total de esfínteres, la madre refiere que Miztli se asea sola después de evacuar, pero al preguntarle lleva a cabo la técnica inadecuada, aunque no presenta signos o síntomas de probable infección. Baño diario en regadera, con cambio total de ropa interior y exterior. Dieta normal, ya incluye todos los alimentos. Uñas de manos y pies limpias y cortas. Bipedestación normal, sistema osteo muscular aparentemente normal-evolutivo. Relación afectiva estrecha con su madre. Signos vitales normales.

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LAS ÁREAS DEL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN.

| Áreas del desarrollo de la comunicación | Observaciones   | Canalización a |
|---|---|----------------|
| Agudeza visual                          | Fecha: 10-06-01<br>[Normal: 20/20]                                    | -----          |
| Capacidad Auditiva                      | Responde a estímulos auditivos, fuera de su campo visual.<br>[NORMAL] | -----          |
| Desarrollo del Lenguaje                 | Articula oraciones sencillas y conjuga algunos verbos.<br>[NORMAL]    | -----          |
| Capacidad Motriz                        | Movimientos coordinados, prensión gruesa y fina.<br>[NORMAL]          | -----          |

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- > Laringe hiperémica, relacionada a contaminación ambiental, manifestada por edema y enrojecimiento, sin sintomatología.
- > Caries.
- > Alteración en el sistema gastrointestinal, relacionada con baja ingesta de fibra y líquidos, manifestándose por estreñimiento ocasional.
- > Riesgo de infección en genitales y vías urinarias, asociado a mala técnica en el aseo de genitales.

### PLAN DE ACCIÓN

Educación para la Salud, abordando los temas: de I.V.U., Higiene Dental, Dieta Adecuada en el niño, Prevención de I.R.A., y Enfermedades Diarréicas. Hoy iniciamos con Dieta Adecuada e Higiene de Genitales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN  
CITA PRÓXIMA

✓ Octubre de 2001  
✓ Febrero de 2001.

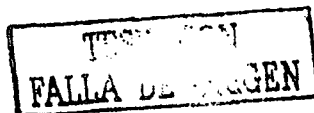
ACTUALIZACIÓN DE LA CARTILLA DE VACUNACIÓN

| Vacuna                    | Fecha de Vacunación  | Observaciones             |
|---------------------------|--|---------------------------|
| Tuberculosis - BCG        | 20- 01- 99   | ✓                         |
| Sabin - Poliomielitis     | <del>20- 01- 99</del> 27- 03- 99<br><del>23- 05- 99</del> 30- 07- 99 | ✓                         |
| Pentavalente - DPT+Hb+Hib | 27- 03- 99, 23- 05- 99<br>30- 07- 99                                 | ✓                         |
| Triple Viral - SRP        | <del>30- 01- 00</del>  | ✓ Pendiente dosis 6 años  |
| DPT                       | 08- 01- 01 15- 02- 03  | ✓ Pendiente dosis 6 años  |
| Td                        |  | ✓ Pendiente dosis 12 años |

ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

| TEMA   | RECIBIÓ EL TEMA | OBSERVACIONES |
|--|-----------------|---------------|
| Prevención de I.R.A.                               | Padre: madre:   |               |
| Prevención de E. Diarreicas                        | Padre: madre:   |               |
| Orientación sobre hábitos alimenticios y Nutrición | Padre: madre: * |               |
| Enfermedades prevenibles por Vacunación            | Padre: madre:   |               |
| Prevención de accidentes                           | Padre: madre:   |               |

Evaluación realizada por: Mara Patricia Aguilar Fecha: 10-06-01.



- c. Establecer metas y objetivos de trabajo para el CDI, con la integración del resto de las áreas y unificación de un plan de acción conjunto. Así mismo, darlo a conocer para que el personal se esfuerce por alcanzar metas de salud. Es necesaria la motivación al personal y concientización de los beneficios obtenidos para todos. Así pues, para el cumplimiento de las acciones requeridas, también es necesario considerar e incluso reestructurar el reglamento interno existente para el área de servicio médico. Por muchos es bien sabido que hay trabajadores que aluden su responsabilidad profesional, por no encontrarse descritas específicamente sus labores en un contrato, ya que son colectivos y no hay en éste sitio un contrato para el caso particular de los trabajadores de la rama médica, en concreto de enfermería.

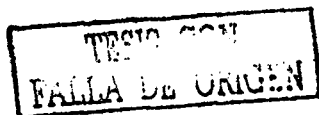
#### Acciones Educativas:

- o Realización de seminarios, sesiones o reuniones diseñados y organizados por el propio personal del servicio médico para abordar temas enfocados a la salud. Donde las enfermeras tengan el mismo grado de responsabilidad que el resto del personal, para ejecutar presentaciones de calidad. Esto implica la exigencia de mayor preparación y esfuerzo por parte de las enfermeras, pero también necesita el apoyo de otros integrantes del servicio. Definitivamente será difícil en un principio pero se logrará a futuro un beneficio profesional y personal para las enfermeras.
- o Motivación y apoyo a las enfermeras para tomar cursos que vayan más allá de la actualización sólo de técnicas y procedimientos, ya que estos tienen la ventaja de ser en el horario de trabajo y gratuitos. Es decir, que se les dé una capacitación y formación a las enfermeras de acorde a las necesidades de la institución. En éste caso, el CDI

necesita gente con conocimientos en APS y sobre todo la sensibilización para el trato humano con la multiculturalidad de cada familia.

## 12.2 Propuestas para la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

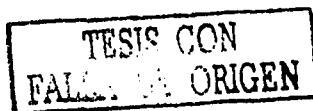
- Realizar una supervisión al pasante de la licenciatura de enfermería y obstetricia, con el fin de brindarle un mayor apoyo en el área donde se desarrolla. Si bien es cierto, existe la problemática de escasez de personal para realizar esta labor, pero también lo es la importancia de buscar estrategias y alternativas para llevar a cabo esta tarea. La relación que la escuela y el tutor clínico mantengan con sus pasantes y las plazas de servicio social, debe existir con mayor presencia, para mejorar la calidad del servicio social y mantener la imagen de la ENEO como una de las instituciones formadoras de enfermeras con otra visión y modo de trabajo.
- Buscar nuevos campos para la realización del servicio social y prácticas clínicas en el área de la Salud Primaria, lo cual se traduce en la necesidad de replantear el plan de estudios de la ENEO para algunas áreas, particularmente la Enfermería del Niño. Los programas necesitan una constante renovación, considerando que el perfil del egresado sea acorde a las necesidades del país. Ya que éste como otros programas, en mi opinión, se enfocan prioritariamente a la clínica dentro de un hospital y escasamente al trabajo comunitario.



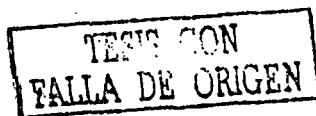


## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ; *"Educación para la salud"*, México, Manual Moderno, 1995, pp. 45-46, 51-94.
- ALVAREZ-MANILLA, J. M.; *"Atención primaria a la Salud"*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1988; 30: 676-682.
- BEZOLD, et. Al.; *"Atención a la Salud en América Latina y el caribe en el siglo XXI (Perspectivas para lograr Salud para Todos)"*, México, editado por: Institute Alternative Futures, Fundación Mexicana para la salud y Smith Kline, 1998, pp. 173-185.
- CASASA; *"Elementos de Socioantropología"*, México, UNAM-ENEO, 1997, pp. 100-103,
- CONAVA; *"Manual de Procedimientos Técnicos en Enfermedades diarreicas, Programa de Atención a la Salud del Niño"*, México, editado por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), 1998, pp. 7, 9-11, 13-26, 31.
- CONAVA; *"Programa de Atención a la Salud del Niño"*, México, editado por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), 1998, pp. 5, 11-31.
- CONAVA; *"Vacunación Universal. Manual de Procedimientos Técnicos 2000"*, México, editado por el CONAVA y la SSA, 2000, pp. 6, 23-53.
- CORREA, et. Al.; *"Fundamentos de Pediatría. Enfermedades Infecciosas y Respiratorias"*, Tomo II, Medellín Colombia, 1994, Edit. Corporación para Investigaciones Biológicas, pp.944-958.
- DIF, *"Asistencia Social, Horizontes y Perspectivas"*; México, editado por el DIF, 1998, pp. 23.
- DIF, *"Una Propuesta Para Continuar el Cambio"*; México, Ed. Gráficos Biset, 1998, pp. 28.



- DIF-SEP: **"Programa CAIC"**; México, Edit. Gráfica Récord, 1997.
- FREEMAN. et. Al.; **"Manual de Sociología Médica"**, México, Fondo de Cultura Económica, 1998, pp. 463-486, 287-309.
- GUTIERREZ, R.; **"La desnutrición Infantil en México"** en: <http://pp.terra.com.mx/jpquitiérrez/sabores/desnut.htm#infantil>.
- INEGI. Tabulados Básicos. Distrito Federal, **"XII Censo General de Población y Vivienda 2000"**, México.
- INEGI: **"Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social"**, Edición 2001.
- INEGI: **"La Mortalidad Infantil en México, 1990"**, Estimaciones por Entidad federativa y municipio, 1990.
- INEGI: Cuaderno Num. 13 **"Estadísticas Demográficas"**, Edición 2001.
- J. R. Commons and Associates; **"History of Labor in the United States"**, Nueva York, vol. I, 1918:423.
- J.R. Commons and Associates; **"History of Labor in the Inuted States"**, Nueva York, vol. I, 1918: 423.
- KARK, Sydney, et. al., **"Atención Primaria Orientada a la Comunidad"**, Barcelona, Edit. Doyma, 1994, pp. 13-18, 97-105.
- KUMATE, Gutiérrez, et. Al.; **"Manual de Infectología Clínica"**, México, 1994: 66.
- LÓPEZ, Luna M. C.; **"Salud Pública"**, México, Interamericana, 1996, 166-178.
- LOWE, Ricardo; **"Atención Primaria a la Salud: Revisión conceptual"**, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1988; 30: 666-675.



- McALISTER, A.; et. al.; **"Behavior Modification in Public Health: Principles and Illustrations"**, in Oxford Textbook of Public Health. London: Oxford Medical Publications, 1990.
- MENÉNDEZ, Eduardo L.; La Salud Pública: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideología de lo Posible; en **"La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate"**, Publicación científica No. 540, OPS., Washington, D.C. USA, 1992.
- MORA, Carrasco Fernando; **"La Salud y el Trabajo en Introducción a la Medicina Social y Salud Pública"**, 2ª ed. México, Trillas, 1990, pp. 89-105.
- MORA, Carrasco Fernando; **"Salud enfermedad. Problemas Conceptuales en Introducción a la Medicina Social y Salud Pública"**, 2ª ed. México, trillas, 1990, pp. 20-43.
- NEWMAN, **"Desarrollo del Niño"**, 1991: 574, 345, 346.
- OMS-UNICEF; **"Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud"** Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Reunión de la Organización Mundial de Salud: Ginebra, 1978.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; Cambio de Conducta de la Población: un Enfoque con Base teórica en **"Promoción de la salud: Una Antología"**, OPS-OMS, 1996, pp. 246-257, 403.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL; **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, pp. 21-26.
- RAU, Ferguson Lucy; **"Desarrollo de la Personalidad"**, México, Manual Moderno, 1979, pp. 95, 149.
- REY, Calero Juan; **"Cómo Cuidar su Salud: su educación y promoción"**, España, Harcourt Brace, 1998, pp. 283-320.

- ROJAS, Soriano Raúl; "Crítica al Modelo de la Historia Natural de la enfermedad" en *Crisis Salud-enfermedad y práctica Médica*, México, Plaza y Valdéz Editores, 1990, pp. 17, 18,22-27.
- ROSEN, George; "*A History of public Health*"; Nueva York, M.D. Publications, 1958, pp. 57, 77, 344-382,
- ROSEN, George; "*De la Policía Médica a la Medicina Social*", México, Siglo XXI, 1985, pp. 362-374, 299-315.
- ROSEN, George; "*De la policía Médica a la Medicina Social*"; México, Siglo XXI, 1985, pp. 303-304.
- SÁNCHEZ, Rosado Manuel; "*Elementos de Salud Pública*", 2ª ed., México, Méndez Editores, 1994, pp. 139-153, 249-250, 255-262.
- SECRETARIA DE SALUD; *Norma Oficial mexicana (NOM) para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*; México, en el Diario Oficial de la federación, 1994.
- UNICEF, "Recepción de Convención sobre los Derechos de la Niñez en el Sistema Normativo Mexicano. Diagnóstico Jurídico y Propuestas para su Adecuación Sustancial", Serie de Documentos de Trabajo, publicados por UNICEF, 2000, Cuaderno 1, p. 9-11. Dirección electrónica: [méxico@unicef.org](mailto:méxico@unicef.org)
- VALENZUELA, et. Al.; "*Manual de Pediatría Valenzuela*", México, Interamericana Mc Graw-Hill, 1993, pp. 35, 71-73, 143-146, 214-234, 241-248, 283-295.
- ZURRO, et. al.; "*Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica*", 3a ed. España, Mosby, 5,306-326, 378-379.

