

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES.

**Nutrición de Niños en Edad Preescolar con
Síndrome de Maltrato Infantil
Pertencientes a un Albergue del Estado de
Querétaro**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN NUTRICION**

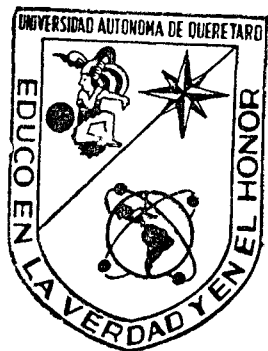
PRESENTA :

María Elena del Carmen Salazar Vázquez

SANTIAGO DE QUERETARO, QRO., AGOSTO DE 1999

No Adq. 460602
No. Título _____
Clas. 612.3097245
S16ln

BIBLIOTECA CENTRAL UAO
"ROBERTO RUIZ OBREGON"



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES.

**Nutrición de Niños en Edad Preescolar con
Síndrome de Maltrato Infantil
Pertencientes a un Albergue del Estado de
Querétaro**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN NUTRICION**

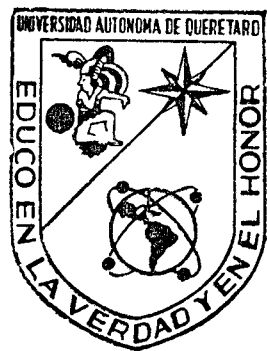
PRESENTA :

María Elena del Carmen Salazar Vázquez

SANTIAGO DE QUERETARO, QRO., AGOSTO DE 1999

No. Adq. A60602
No. Título _____
Clas. 612.3097245
516ln

BIBLIOTECA CENTRAL UAG
"ROBERTO RUIZ OBREGON"



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES.

Nutrición de Niños en Edad Preescolar con
Síndrome de Maltrato Infantil
Pertencientes a un Albergue del Estado de
Querétaro

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN NUTRICION

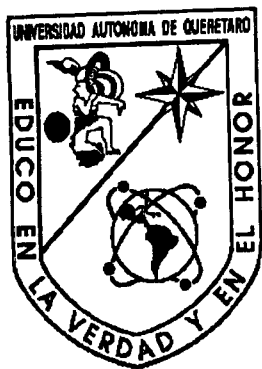
PRESENTA :

María Elena del Carmen Salazar Vázquez

SANTIAGO DE QUERETARO, QRO., AGOSTO DE 1999

No Adq. H60602
No. Título _____
Clas. 612.3097245
S16ln

BIBLIOTECA CENTRAL UAG
"ROBERTO RUIZ OBREGON"



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES

NUTRICIÓN DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR CON
SÍNDROME DE MALTRATO INFANTIL
PERTENECIENTES A UN ALBERGUE DEL ESTADO DE
QUERÉTARO

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciado en Nutrición

Presenta:

Maria Elena del Carmen Salazar Vázquez

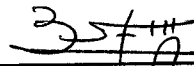
Querétaro, Qro. México. Agosto de 1999.



DRA. NORA ANGÉLICA CASTRO MONTES
DIRECTOR DE TESIS



LIC. EN PSIC. ANA MERCEDES RODRÍGUEZ GALVEZ
SINODAL



LIC. EN NUT. ELIZABETH ELTON PUENTE
SINODAL



LIC. EN NUT. LUIS RICARDO GONZÁLEZ FRANCO
SINODAL

A CESAR

ÍNDICE

	Pag.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
1. INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS DIFERENTES A LA LECHE	4
1.1 Historia del inicio de la alimentación mixta	4
2. BASES FISIOLÓGICAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS.	8
3. BASES NUTRIOLÓGICAS PARA EL INICIO A LA ALIMENTACIÓN MIXTA.	12
4. ALIMENTACIÓN DEL PREESCOLAR	16
5. DESNUTRICIÓN	26
5.1. Introducción	26
5.2. Definición	27
5.3. Formas de Clasificación	28
5.4. Procesos patogénicos	32
5.5. Procesos Digestivos en la Desnutrición	35
5.6. Desnutrición del Preescolar con Síndrome de Deprivación Social . .	39
6. MALTRATO INFANTIL	44
6.1. Aspectos Históricos	51
6.2. El abuso hacia los niños y las teorías sobre la agresión	54
6.3. Situación del maltrato en el Estado de Querétaro	64
JUSTIFICACIÓN	66
OBJETIVO GENERAL	70
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	70
HIPÓTESIS	71
MÉTODO	72

MATERIALES	73
PROCEDIMIENTO.	74
RESULTADOS.	84
TABLA DE COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.	92
CONCLUSIONES.	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	96

ANEXOS

Anexo 1.	Recursos Humanos, Materiales y Técnicos	101
Anexo 2.	Hoja de Registro Antropométrico	103
Anexo 2a.	Gráfica de peso para la edad de niñas de 0 a 6 años.	104
Anexo 2b.	Gráfica de longitud-talla para la edad en niñas de 0 a 6 años.	105
Anexo 2c.	Gráfica de peso para la edad en niños de 0 a 6 años	106
Anexo 2d.	Gráfica de longitud-talla para la edad en niños de 0 a 6 años.	107
Anexo 3.	Prueba de Desarrollo de Denver	108
Anexo 4.	Hoja de Ingreso.	109
Anexo 5.	Cuadro de Evaluación Clínica.	110
Anexo 6.	Hoja de Registro del Desarrollo Psicomotor (para niños de 12 meses)	112
Anexo 6a.	Hoja de Registro del Desarrollo Psicomotor (para niños de 18 meses)	113

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro No.1:	Recomendaciones aproximadas de energía para preescolares	18
Cuadro No.2:	Características de Desnutrición Clínica	31
Cuadro No. 3:	Consecuencias patológicas de la desnutrición en el tracto gastrointestinal	36
Cuadro No. 4:	Clasificación del maltrato según diversos autores	45
Cuadro No. 5:	Tipo de maltrato infantil. Indicadores del niño y características del agresor	50
Cuadro No. 6:	Factores predisponentes para el maltrato infantil.	56
Cuadro No. 7:	Mecanismos no orgánicos de malnutrición precoz.	62

Gráfica A:	Distribución por sexo de los menores en que se comprobó el maltrato. Querétaro, DIF. 1997.	70
Gráfica B:	Tipo de maltrato en los menores con síndrome de maltrato infantil, Querétaro, DIF. 1997.	71
Gráfica C:	Edad y sexo de los menores en que se comprobó el maltrato. Querétaro, DIF. 1997.	72
Gráfica D:	Relación jurídica del agresor con el menor maltratado. Querétaro, DIF. 1997.	73
Gráfica 1:	Relación de niños con síndrome de maltrato infantil que presentan enfermedades agregadas	84
Gráfica 1A:	Enfermedades agregadas al síndrome del niño maltratado.	85
Gráfica 2:	Relación de grados de desnutrición presentes en menores con síndrome de maltrato.	86
Gráfica 3:	Clasificación de Waterlow, la cual presenta el estado nutricional de los menores con síndrome de maltrato . . .	87
Gráfica 4:	Tipos de maltrato que presentaron los menores.	87
Gráfica 5:	Correlación entre el tipo de maltrato y el grado de desnutrición que presentaron los preescolares en el momento de la investigación.	88
Gráfica 6:	Relación entre el tipo de desnutrición y el grupo de edad .	89
Gráfica 7:	Prueba de Tamizaje neuroconductual en los grupos de edad de 12 y 18 meses.	90
Gráfica 8:	Prueba de desarrollo de Denver.	90

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Abuso que se comete con los menores es un fenómeno complejo resultante de la combinación de factores individuales, familiares y sociales. El denominador común de todos estos factores es la conducta paterna destructiva para el proceso normal del crecimiento y desarrollo, así como del bienestar del niño.

Los primeros años de vida son un periodo de crecimiento rápido en donde en el infante que ha sufrido de maltrato se ve aminorado, por lo que se considera ideal la separación del medio familiar anormal, hacia otro ambiente más favorable; se piensa que la colocación en hogares tutelares o el cambio significativo en el medio psicológico y emocional del niño con Síndrome de Maltrato Infantil le representa mejoría, por el contrario se ha visto que el regreso al mismo ambiente habitualmente es seguido por un recrudecimiento de todo el ciclo del Síndrome de Maltrato Infantil (SMI) y, el patrón de interacción entre el agresor (adulto) y el agredido (niño) suele hacerse más conflictivo, con hostilidad, negligencia y maltrato, lo cual queda como una secuela permanente en las relaciones agresor-víctima y puede llegar incluso a ser letal para el niño.¹ Foncerrada señala que cuando la psicodinamia familiar está muy alterada y no existen vínculos psicoafectivos o están muy deteriorados, lo más conveniente es que el menor no regrese a su hogar por el riesgo de sufrir una nueva agresión; pero cuando existen vínculos afectivos que en el momento se encuentran debilitados, lo ideal es tratar de preservar la integridad familiar proporcionando apoyo a la familia mediante la colaboración de otro miembro de la misma capaz de modelar los cuidados parentales, es decir, "conciencia moral", mejorar el apego afectivo, y orientar a los padres sobre las características conductuales del niño según su etapa de desarrollo².

Desde siempre, el concepto del niño maltratado ha tenido la tendencia a enfocarse bajo los aspectos del maltrato físico con sus consecuencias, esto se entiende así en

¹ LOREDO ABDALÁ, A. *Desnutrición*. Capítulo 19. Ed. Interamericana. 2ª ed. México 1990. pp: 471 - 486.

² SANTANA-TAVIRA R, et al. *El Maltrato Infantil: un problema mundial*. Salud Pública de México. Vol.40. No. 1. Enero-Febrero, 1998. pp: 63

razón de que el traumatismo no accidental llamó inicialmente la atención, una de las formas del maltrato menos estudiada es el descuido o Deprivación Nutricional Intencionada, se ha llegado a comprender que el descuido y la falta de atención en estos niños, así como el abuso emocional y la deprivación nutricional intencionada puede conllevar a modos de maltrato tan profundos e incluso con efectos tan graves o más que los mismos del traumatismo físico.

Si bien se sabe que la carencia económica da cauce a numerosos problemas que se manifiestan en el maltrato social al menor y que es muy probable que sea la principal causa de ello, también es cierto que el maltrato, el abuso y la negligencia a menores tiene un componente psicológico importante que no debe ser considerado vagamente, pues darle alimento a los niños no solamente representa el acto nutricional, sino una entrega de los padres o responsables hacia los menores y la expresión directa de la satisfacción de las necesidades del niño.

Considerando lo anterior se ha querido estudiar el problema que se presenta al ingreso del menor maltratado al Albergue M.E.C.E.D., si bien es cierto como se mencionó con anterioridad el cambio a un ambiente más armónico le representa mejoría, lo cual y en la mayoría de los casos no siempre es real ya que se ha observado en los niños albergados que presentan un retraso significativo sobre su crecimiento, desarrollo y condición nutricional; se piensa que esto es debido a la falta de un grupo de profesionistas (multidisciplinario) los cuales estén en estrecha relación con los preescolares.

El tipo de maltrato señalado como Deprivación Nutricional ha sido considerado como la causa principal de desnutrición en niños. Los criterios de diagnóstico para mostrar la intencionalidad en este tipo de maltrato aún no se encuentran bien esclarecidos, pues la única forma de clasificación documentada son las desnutriciones en las que no existe falla orgánica que las explique, por lo que se considera importante no sólo determinar el grado o tipo de desnutrición en niños sino también generar patrones los cuales ayuden al Nutriólogo a diagnosticar si

existe algún tipo de maltrato, refiriéndome en este caso a la Deprivación Nutricional.³

³ HERRERA-HUDOBRO, A. NAZAR, B.A. El Niño maltratado en Tlaxcala: Estudio de Casos. Salud Pública de México. Nov-Dic. 1992. Vol. 34. No. 6. pp: 626 - 634.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS DIFERENTES A LA LECHE

1.1. HISTORIA DEL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN MIXTA

En su generalidad y para algunos autores el término Ablactación es incorrecto ya que en forma estricta se refiere a la suspensión de la leche materna o de fórmula y en su lugar al consumo de otros alimentos, Ablactación proviene quizá del francés, tiene el siguiente significado: "De *ab*, prefijo latino de *separación*, y *lactare* *dar de mamar* es la cesación de la lactancia para nutrir al niño con nuevos alimentos pudiendo ser ya sea líquidos o sólidos".^{4 5} Ahora bien; mientras que para el termino Introducción de Alimentos distintos a la Leche (la cual se realiza en forma gradual y progresiva), no se requiere de la suspensión de la leche materna o de fórmula, de esta manera podría decirse que se refiere a una Alimentación Mixta de tal forma que en el presente trabajo se hará referencia como inicio de la Alimentación Mixta.

Los célebres protomédicos Hipócrates (450 a.C.) y Galeno (s.II d.C.) recomendaban que al cumplir el sexto mes de vida los niños empezaran a recibir alimentos distintos a la leche complementando la dieta láctea con migajas de pan humedecidas en leche, vino, cerveza o consomé.⁶ En el antiguo Egipto y Babilonia la edad habitual del destete se consideraba alrededor de los 3 años de edad. Entre los siglos IV y VII D.C. la edad recomendada para el destete se hallaba generalmente entre los 20 y los 24 meses de vida. Durante los siglos XV y XVI, se recomendaba el destete a los 2 ó 3 años de edad en la cual daba inicio a la alimentación mixta, durante el siglo XVII y la primera mitad del XVIII, algunos autores recomendaban proceder al destete entre los 18 y los 24 meses de edad, mientras que otros lo hacían a los 12 meses, durante los siglos XVI y XVII se mencionaba algunos alimentos que aunque podría pensarse

⁴ RAMOS GALVÁN, R. *Alimentación Normal en Niños y Adolescentes*. Ed. El Manual Moderno. México. 1985. pp: 639-654.

⁵ TAVANO-COLAIZZI, L. *Destete e Introducción de Alimentos diferentes a la leche*. Cuadernos de Nutrición. Vol. 20. No. 1. Ene-Feb. 1997. pp: 68-71.

⁶ FOMON, S. *Nutrición del Lactante*. Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1994. pp:1-31

que eran utilizados para la iniciación a la alimentación mixta más bien eran contemplados como suplementos líquidos o semilíquidos de la lactancia materna.⁷

La información acerca de la iniciación de la alimentación mixta tiene su mayor auge hasta el siglo XIX a pesar de ser escasa la información ya había alimentos los cuales eran recomendados para los dos primeros años de vida.

Durante la última parte del siglo XIX, al tiempo que aumentó la alimentación de los lactantes con leche de animales, descendió el uso de las papillas, en algunos niños se recomendó el destete y con él, el inicio a la alimentación mixta.⁸

En la década de los años treinta del presente siglo, los pediatras recomendaban la introducción de frutas, verduras, huevo, carnes y cereales en la dieta de los lactantes una vez que los primeros dientes hacían su aparición; esta idea surgió desde la antigüedad con Hipócrates (450A.C.), Galeno y Soma (s.II D.C.) hasta la primera mitad del presente siglo.⁹ Entre 1900 y 1950 había la tendencia de introducir alimentos a edades cada vez más tempranas, como por ejemplo, la edad recomendada para la introducción de verduras verdes disminuyó progresivamente y hacia 1937 los pediatras apoyaron la introducción de frutas y verduras trituradas aproximadamente entre los cuatro y seis meses de edad; en 1953 Sacket recomendaba la administración de cereales al segundo o tercer día de vida, verduras al décimo, carne triturada en el catorce y fruta en el diecisiete, la edad recomendada para la introducción de verduras verdes disminuyó progresivamente al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la alimentación del niño fue contemplada bajo una nueva perspectiva y la erupción de los dientes fue descartada como criterio para iniciar la Alimentación Mixta, desde entonces, las papillas y los jugos de frutas se han ofrecido a las nuevas generaciones a edades menores.

Hacia mediados del siglo XX los conocimientos sobre la alimentación del lactante estaban bastante avanzados.¹⁰

⁷ Ob.cit. FOMON, S. 1994.

⁸ Ob. cit. FOMON, S. 1994.

⁹ Ob.cit. TAVANO-COLAIZZI, L. 1997.

¹⁰ Ob. cit. FOMON, S. 1994.

La iniciación de la alimentación mixta proporcionaban el 31% de la ingesta de energía a los 3 meses de edad, el 38% a los 6 meses y el 64% a los 12 meses.¹¹

Algunos estudios basados en encuestas realizadas sobre este tópico como la Encuesta Mexicana de Fecundidad, (EMF, 1976) y la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES, 1987) en México. Demostraron que los grupos que tendían a iniciar una alimentación mixta más tardíamente son los económicamente más desfavorecidos así como en los que se presentaba mayor índice de maltrato infantil, en estos grupos generalmente existían implicaciones nutricionales adversas.^{12 13}

La iniciación a una alimentación mixta es un proceso clave en el desarrollo del niño, ya que es el primer paso para alcanzar la alimentación completa y variada que deberá recibir el individuo durante toda su vida, este proceso obedece a razones biológicas, nutricionales así como a razones psicosociales, todos los esquemas que se sigan deben ser formulados en base a ciertas prioridades de tal modo que el estado nutricional sea el óptimo para el niño, los primeros alimentos introducidos en la dieta de los lactantes, cubren tres prioridades en la educación alimentaria del niño las cuales son: ¹⁴

- ◆ Llevar al niño a una dieta omnívora peculiar del ser humano.
- ◆ Proporcionar alimentos sólidos después de dar papillas y purés para así lograr la práctica de la masticación, y
- ◆ Llevar a cabo la educación alimentaria, influida por las características psicosociales y culturales que tiene la familia.

En la actualidad se consideran relevantes los siguientes factores para determinar el inicio de la alimentación mixta:¹⁵

¹¹ Ob. cit. FOMON, S. 1994.

¹² SECRETARIA DE SALUD/DHS 1987.

¹³ SCHLAEPFER, L. La Alimentación Infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna. Gaceta Médica Mexicana. Vol. 34, No.6. Nov.-Dic. 1992. pp: 593-606.

¹⁴ POSKITT, E.M.E. Nutrición Pediátrica Práctica. Ed. Acribia, S.A. 1992. pp: 83-108.

¹⁵ VEGA FRANCO, L. La manzana: mito, ciencia y realidad, en la práctica pediátrica. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 44. No. 12. Dic. 1987 pp: 726-727.

¹⁵ CASANUEVA, E. KAUFER-HORWITZ, M. Nutrología Médica. Ed. Panamericana. Primera Ed. México 1995. pp: 40-47.

- I. Los requerimientos nutrimentales del niño en los primeros meses de vida.
- II. El promedio de producción de leche de cada mujer.
- III. El desarrollo fisiológico del aparato digestivo del niño.
- IV. La función del riñón en el primer semestre de vida.
- V. El desarrollo neuromotor del lactante.

Desde que el niño es muy pequeño y durante toda la infancia, es frecuente que se use el alimento para premiar, calmar, amenazar o controlar su conducta fuera de las horas o actividades directamente relacionadas con la comida. Para el bebé el alimento es una fuente de satisfacción primaria, en cuanto que satisface sus necesidades nutricias a la vez que le ofrece estímulos sensoriales.

Las madres saben que el niño que es alimentado en un ambiente de tranquilidad, de relajación, sin prisa ni ansiedad, tiende a quedar saciado y satisfecho más pronto.¹⁶

¹⁶ MARTÍNEZ, D. Ciertos Cambios en la Alimentación de los Últimos 50 Años. Cuadernos de Nutrición. Vol. II. No. 3. 1988. pp: 10-13.

2. BASES FISIOLÓGICAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS.

Las prácticas de alimentación afectan la nutrición y la salud en el primer año de vida; los primeros años de vida son un periodo de crecimiento rápido observando detención de éste en la mayoría de los niños que sufren de maltrato. La etapa preescolar tiene una particular importancia en el establecimiento de hábitos alimentarios, por ser años de aprendizaje y formación, las costumbres adquiridas durante este lapso repercutirán a lo largo de toda la vida del individuo, se ha visto que el mayor porcentaje de maltrato infantil se presenta en este grupo de edad.

En diversos aspectos de orden estructural y funcional, el aparato digestivo, el riñón, y el sistema inmunológico están desarrollados de manera incompleta durante los primeros meses de vida. Por esta circunstancia, en el diseño de esquemas de alimentación es preciso considerar que los niños nacen con ciertas limitaciones fisiológicas para digerir y absorber cabalmente algunos componentes de la dieta.¹⁷

En los niños el crecimiento es acelerado y el desarrollo neurológico y conductual complejo, para que se lleve a cabo con éxito, se requiere de un buen estado de salud y una nutrición adecuada. De hecho, se ha demostrado que el ser humano es vulnerable a la desnutrición en estas etapas, las observaciones del crecimiento humano durante las hambrunas indican una falta de crecimiento normal.¹⁸ Algunos autores opinan que si la alimentación es deficiente durante un tiempo prolongado, el niño ya no podrá alcanzar un crecimiento normal de su peso, talla y posiblemente del tamaño cerebral, aunque en edades posteriores se corrijan las deficiencias alimentarias¹⁹; mientras que otros opinan que el crecimiento se canaliza, es decir, el crecimiento de cualquier organismo en desarrollo tiene la tendencia a regresar a su curso o canal, aún cuando la desnutrición o enfermedad hagan que cambie de curso

¹⁷ O'DONELL, A. BENGUAGA, J. *Nutrición y alimentación del Niño en los Primeros años de Vida. Programa ampliado de libros.* (paltax). OPS. 1997. pp: 17-38.

¹⁸ RALLISON, L. *Irregularidades del Crecimiento en Lactantes, Niños y Adolescentes.* Noriega editores UTEHA. México. 1994. pp: 82-86, 67-68.

¹⁹ MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, R. *La salud del Niño y del Adolescente.* Ed. Masson-Salvat. 3ª ed. México. 1995. pp: 512-518.

temporalmente, la capacidad para estabilizar o regresar a una curva de crecimiento predeterminada después de abandonar el curso original persiste durante todo el periodo de crecimiento, aunque esto puede estar limitado por la severidad, duración y momento de deterioro del crecimiento, en general la recuperación del crecimiento es menos completa si el retardo del crecimiento es severo y de una larga duración la desnutrición, durante cualquier etapa del desarrollo parece hacer evidente el diferencial normal del crecimiento, es decir, que el crecimiento más vital (talla, peso y perímetro cefálico) es el primero en ser afectado seriamente. En la privación alimentaria, el crecimiento de los huesos se ve más afectado que el de los dientes, pero a pesar de ello, los huesos crecen mejor que los músculos o grasa, mientras que en el cerebro la mielinización resulta menos afectada que la hiperplasia celular cerebral.²⁰ Es por ello que ofrecer una alimentación adecuada durante los tres primeros años de vida y especialmente durante los primeros doce meses de edad, constituye una importante medida preventiva y un factor indispensable para promover la salud del niño, una alimentación adecuada además de cumplir con su función nutricia permite al niño tener estímulos los cuales son elementos que contribuyen a que el recién nacido crezca y se desarrolle para convertirse en un niño sano capaz de expresar al máximo sus potencialidades.²¹

En esta investigación se revisan algunas de las contribuciones científicas que pueden servir de base para el diseño de esquemas de alimentación que tengan en cuenta las desventajas fisiológicas propias de la primera infancia.²²

El tracto gastrointestinal está adaptado para facilitar la digestión y la absorción de nutrimentos esenciales, para la difusión del agua y para impedir la penetración de potenciales patógenos. Cuando patógenos o moléculas con capacidad antigénica atraviesan la barrera epitelial, se puede producir una respuesta de la mucosa.²³

En el lactante las defensas inmunológicas del tracto gastrointestinal son inmaduras, esta condición es parcialmente responsable de la permeabilidad del intestino al paso

²⁰ Ob. cit. RALLISON, L. 1994.

²¹ Ob. cit. MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, R. 1995.

²² Ob. cit. O'DONELL, A. BENGOGA, J. 1997.

²³ STROBEL, S. La alimentación en las primeras etapas de la vida y las respuestas inmunes en la infancia. Resumen del 36° Seminario de Nestlé Nutrition. pp: 33-34.

de macromoléculas. Durante este periodo el tracto intestinal es incapaz de sintetizar la inmunoglobulina A secretora (IgAS) en respuesta de la presencia local de antígenos, esta permeabilidad que se reduce dramáticamente es llamada "clausura" o "cierre" del intestino.^{24 25 26 27}

Las alergias son un factor importante a considerar para la decisión de la iniciación a la alimentación mixta ya que se ha visto que si se introducen antes del cuarto mes las reacciones alérgicas son más frecuentes.

Dentro de las enzimas que el niño requiere para digerir algunos alimentos contenidos en la dieta se encuentra la amilasa salival la cual está presente en el recién nacido, aunque su actividad digestiva hidrolítica es baja ya que para ello requieren de movimientos mandibular, factor importante en la secreción de esta enzima,²⁸ en algunas prácticas de alimentación se recomienda que el alimento se coloque en la mitad posterior de la lengua para asegurar de esta manera que este sea tragado y el niño no lo escupa, si se realiza de esta manera es seguro que el alimento será deglutido pero para la secreción salival se requiere de movimiento mandibular el cual no se llevaría a cabo de esta manera.²⁹

El Esófago a la semana 20 de gestación ya está completamente desarrollado así como su función peristáltica, pero aún así en el recién nacido existen regurgitaciones postprandiales debido a que la presión del esfínter esofágico inferior es menor, éste adquiere su tamaño normal a partir de la sexta semana de vida extrauterina. La estructura anatómica del estómago está completa a la semana 12 de la etapa intrauterina, es a los cuatro meses de edad que la producción de ácido, en función del peso corporal es equiparable a la de los adultos; ahora bien en cuanto a la importancia que tiene el Intestino Delgado en los procesos de digestión y absorción

²⁴ Ob. cit. MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, R. 1995.

²⁵ Ob. cit. STROBEL, S.

²⁶ Prácticas Modernas en la Alimentación Infantil. Productos Gerber, S.A. de C.V. pp: 22-24.

²⁷ ARREGUIÑ, L. Actualidades en la Alimentación Infantil. Gaceta Médica Mexicana. vol. 130. No.5. Sep.Oct. 1994. pp: 328-334.

²⁸ VEGA FRANCO, L. Lo que el Pediatra debe saber acerca de la Ab lactación. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 46, No. 2. Feb. 1989. pp: 133-138.

²⁹ GARCIA ARANDA, J.A. Introducción de los cereales en la alimentación del lactante menor. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 45, No. 4. Abril 1988. pp: 201-202.

la capacidad de éste para hidrolizar la sacarosa, la maltosa y la lactosa está presente desde la semana 12.^{30 31}

En cuanto al desarrollo de la deglución hay evidencias de que este reflejo está presente entre las 16 y 17 semanas de gestación.³² Al nacer el niño, el reflejo de deglución esta coordinado con la succión. Los movimientos de los labios, las mejillas, la lengua y la faringe han adquirido la coordinación neuromuscular que permite al niño mamar del pecho de su madre, o ser lactado con biberón. El proceso de deglución es aún ineficiente, la inmadurez neuromuscular puede ser un factor determinante de algunos problemas asociados con la deglución.³³ Este acto requiere una compleja coordinación neuromotriz, que depende de la maduración del sistema nervioso; para que esta practica se lleve a efecto sin objeción, es preciso que el niño pueda gradualmente efectuar de manera coordinada ciertos movimientos posturales con la cabeza, la boca, las manos, los brazos y el tronco para culminar con la manipulación de la cuchara,³⁴ durante las primeras semanas de vida los niños empujan con la lengua, los objetos que se aproximan a sus labios; este reflejo de protusión de la lengua, con el cual rechazan la cuchara, desaparece después de cumplir 12 semanas de edad.³⁵ En cuanto a la capacidad para aprender a asir, primero prensión palmar, después inferior, y por último con prensión refinada en pinzas indica que están aptos para consumir alimentos que puedan tomar con los dedos como las galletas, la adquisición de esta habilidad de asir los objetos con las dos manos y manipularlos, coincide por lo general con el inicio del desarrollo del lenguaje oral, el niño balbucea y ejercita mayor número de movimientos con la boca y la lengua³⁶ entre los 4 y 6 meses de edad cuando se refina la succión madura y comienzan los movimientos de masticar es apropiado introducir alimentos colados a medida que prosigue la maduración motora, se desarrollan los

³⁰ Ob. cit. GARCIA ARANA, J.A. 1988.

³¹ Ob. cit. O'DONELL, A. BENGOAGA, J.M. 1997.

³² AMIEL-TISON, C. GRENIER, A. *Vigilancia Nutricional durante el primer año de vida*. Ed. Masson. Primera edición. 1988. pp: 22-44, 61, 65, 67, 78, 80-128, 136 y 148.

³³ Ob. cit. VEGA FRANCO. 1988.

³⁴ Ob. cit. VEGA FRANCO, L. 1989.

³⁵ Ob. cit. VEGA FRANCO, L. 1988.

³⁶ Ob. cit. VEGA FRANCO, L. 1988.

movimientos de masticación en rotación, indicando la aptitud para alimentos con mayor textura como vegetales bien cocidos para llegar al menú familiar.

3. BASES NUTRIOLÓGICAS PARA EL INICIO A LA ALIMENTACIÓN MIXTA

Durante el primer año de vida, el niño debe hacer la transición del amamantamiento a la alimentación con alimentos sólidos. Para el lactante, la alimentación ofrece pocas elecciones: la leche es la comida. Además, la niñez temprana es el único periodo en el desarrollo de un niño en que la motivación para alimentarse depende de un estado fisiológico de depleción: los niños comen cuando tienen hambre. La transición de la succión a la alimentación sólida requiere notables cambios en el desarrollo de la conducta alimentaria en los primeros años de vida.

Aunque todos iniciamos nuestra vida con una dieta láctea, la alimentación de los adultos difiere de manera extraordinaria de una cultura a otra: la carne de unos es veneno para otros, y frecuentemente existe poca superposición entre lo que consumen los adultos de diferentes grupos. Esta observación sugiere un alto grado de elasticidad en el sistema alimentario de los humanos. Los niños adquieren muchas de las reglas culinarias básicas de sus culturas en los primeros años de vida.³⁷

El recién nacido no es capaz de sobrevivir sin que alguien le proporcione alimento, pero cuenta con una serie de habilidades que le permiten interactuar con la comida y con quien se la proporciona, el niño puede oler, gustar, sentir, ver y oír, además de aprender; todo lo cual le permite que vaya formándose su actitud hacia el alimento de esta manera en el desarrollo de la conducta social, el niño es incorporado a los patrones de alimentación de su grupo étnico.³⁸

De acuerdo a esto los primeros alimentos introducidos en la dieta de los lactantes cubren tres funciones, las cuales son divididas por etapas:^{39 40}

³⁷ Ob. cit. O'DONNELL, A. BENGUAGA, J.M. 1997.

³⁸ Ob. cit. VEGA FRANCO, L. 1989.

³⁹ Ob. cit. VEGA FRANCO, L. 1987.

⁴⁰ Ob. cit. O'DONNELL, A. BENGUAGA, J.M. 1997.

La primera es complementar los nutrimentos de la leche ya sea que reciba únicamente el seno materno o una fórmula apropiada a sus características fisiológicas, a fin de cubrir favorablemente la demanda generada por el crecimiento.

La segunda es considerada como de transición, y su propósito es ser estímulo para permitir gradualmente al niño discriminar sabores, reconocer las distintas consistencias del alimento y contribuir a satisfacer la sensación de hambre.

La última es consecuencia de la anterior se refiere a la educación en materia de alimentación, la cual resulta de la introducción sistematizada de los alimentos que componen la dieta familiar, planeando la incorporación de cada uno de ellos y la consistencia con la que se ofrecen según la edad del niño, para culminar de esta manera a la incorporación del pequeño a la dieta familiar.

Cuando las personas que están a su cuidado no ejercen un grado mínimo de asistencia hacia el niño para que se pueda llevar adecuadamente estas tres etapas puede considerarse que existe algún tipo de maltrato, como lo es la Deprivación Nutricional, dando como consecuencia Desnutrición Infantil, la cual produce graves consecuencias a nivel individual y social.

El niño desnutrido sufre deterioro, como consecuencia de la restricción alimentaria, la cual está en relación con la etapa de crecimiento cerebral en donde se ve afectada la talla y el peso así como su nivel de inmunidad en las enfermedades infecciosas.

En un niño en el cual su desarrollo y crecimiento no es el adecuado así como el ambiente donde este se encuentra no es favorable para ello puede considerarse que la iniciación a la alimentación mixta no llegar a ser satisfactoria y al año de vida todavía no haya sido incorporado a la dieta familiar, como consecuencia del atraso psicomotor.

El Instituto Nacional de la Nutrición insistía en que cuando se comenzara la alimentación mixta se hiciera con decisión, y se decía "dar los alimentos que tenga la familia molidos y limpios y en la cantidad que pida el niño".

Esto era así tanto porque la digestión del niño a los 3 meses ya es completa, como sobre todo para dar confianza, y ayudar a vencer el “miedo al alimento” que antes era muy común.⁴¹

Durante la Alimentación Mixta se considera un punto importante, la “prevención de la desnutrición”, en ella le va a dar fuerzas al niño para que entre y pase sin peligro el denominado Valle de la Muerte considerado entre los ocho y veinte meses, la alimentación iniciada a los cuatro meses lo debe impulsar en su desarrollo y le debe dar la energía necesaria para el inicio de su actividad física y mental independiente, para que gatee, y se relacione directamente con su ambiente;⁴² mientras algunos autores están de acuerdo con esta opinión algunos otros son de la idea de que en áreas de mayor pobreza, donde se registran tasas elevadas de prevalencia de desnutrición, la disminución en la velocidad del crecimiento del niño puede ocurrir desde el segundo y el tercer mes de vida.

La situación sobre las prácticas de alimentación infantil han ido evolucionando y con ello han surgido una diversidad de opiniones al respecto, que han traído como consecuencia distintas prácticas para el inicio de la alimentación mixta, haciendo una recopilación de algunas de ellas sería adecuado considerar los siguientes puntos:
43 44

- I. Es conveniente que nunca se pretenda introducir en la dieta dos alimentos nuevos a la vez; esta medida permite conocer la tolerancia del niño al nuevo alimento.
- II. No forzar al pequeño a aceptar los alimentos.
- III. Con frecuencia los alimentos dados por primera vez son rechazados. Es necesario adoptar una actitud paciente cada día, hasta lograr que el niño se acostumbre a la consistencia y sabor del alimento ofrecido. Se debe ofrecer el mismo alimento durante 2 o 3 días consecutivos, para que el niño se familiarice con el nuevo sabor.

⁴¹ CHÁVEZ, M. CHÁVEZ, A. *Guías de alimentación. Consejos prácticos para alcanzar y mantener un buen Estado de Nutrición y Salud.* Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”. Abril 1993. pp: 13-21.

⁴² Ob. cit. CHÁVEZ, M. CHÁVEZ, A. 1993.

⁴³ Ob. cit. VEGA FRANCO, L. 1989.

⁴⁴ Ob. cit. TAVANO-COLAIZZI, L. 1997.

IV. La cantidad de alimentos consumidos por el bebe, suele ser inconstante de día a día o de semana a semana.

V. Los alimentos preparados en casa no deben ser adicionados con sal y/o azúcar; esta medida permite que el niño identifique los sabores auténticos de los mismos. Además tanto la sal como el azúcar crean cierta tolerancia que insensibiliza el paladar, es decir, entre más sal o más azúcar adicionemos se requerirá de una cantidad mayor de ellas para que el alimento sepa salado o dulce.

VI. La consistencia de los alimentos deben cambiar paulatinamente; se debe ofrecer primero alimentos molidos, cambiando poco a poco a picados más gruesos conforme a la habilidad para masticar del niño y a la presencia de dientes. Si los alimentos colados aún son ofrecidos después del sexto mes de vida, se dificulta la introducción posterior en la dieta de alimentos de mayor consistencia.

VII. Nunca ofrecer cereales, huevo o algún otro alimento, mezclados en la leche del biberón.

VIII. No mezclar sabores; en ocasiones se mezclan el sabor dulce con el salado para que el niño acepte el nuevo alimento pero lo único que se logra es que no aprenda a identificar el sabor real de los alimentos ofrecidos.

IX. Tener presente que si existen antecedentes de alergia en los padres o en la familia de éstos, es recomendable que los cítricos y el huevo sean introducidos después del año de edad.

Además es necesario considerar la individualidad del niño respetando sus gustos y preferencias, aunque siempre marcando límites, por lo que es conveniente tomar en cuenta los siguientes puntos:

XI. Recordar que el Nutriólogo y/o Pediatra cuidará la calidad de la dieta, dejando al niño que determine la cantidad de ella que consumirá.

XII. A medida que se introducen los alimentos sólidos y semisólidos en la dieta, el bebe reduce progresivamente el volumen de leche que ingiere.

XIII. La cantidad de cada alimento ofrecido al niño debe incrementarse lentamente, de tal manera que de una cucharada cafetera, lleguen a dársele de dos a cuatro soperas, esta se incrementará en base a la aceptación y la demanda del niño.

El horario de su alimentación debe ser ajustado al de la familia, ya que de esta manera el niño aprenderá las costumbres de su propia comunidad.

La iniciación a la alimentación mixta antes de que el niño alcance una madurez motora y gastrointestinal óptima, puede provocar problemas tanto en la deglución como en la tolerancia del nuevo alimento. Muchas madres responden mecánicamente al llanto del niño, con esta costumbre se enseña a los niños a asociar el alimento con la satisfacción o el encubrimiento de otras necesidades que no tienen relación con una señal fisiológica de hambre.⁴⁵

El proceso de la iniciación a la alimentación mixta es muy importante en la formación de hábitos alimentarios del niño, lo cual repercutirá en su actitud hacia la alimentación en etapas más tardías de su vida y, por consiguiente, en su estado de nutrición y salud.⁴⁶

Se piensa que una de las funciones de la iniciación a la alimentación mixta es la creación de buenos hábitos alimentarios, los cuales repercutirán en la vida futura del niño hasta su edad adulta, entre las cosas que los niños pueden aprender es a alimentarse bien, una buena alimentación es la base para que los niños crezcan y se desarrollen de manera adecuada.⁴⁷

4. ALIMENTACIÓN DEL PREESCOLAR

La alimentación de los niños a partir de los dos años de edad es uno de los aspectos menos tratados en la literatura de nutrición pediátrica, si se compara con todo lo que hay escrito sobre nutrición del recién nacido, del niño en el primer año de vida posnatal y del adolescente.

⁴⁵ Ob. cit. VEGA FRANCO, L. 1988.

⁴⁶ Ob. cit. TAVANO-COLLAZZI, L. 1997.

⁴⁷ PLAZAS DE CREIXELL, M. *La Alimentación de los Niños*. Cuadernos de Nutrición. Vol. 18. No. 2. Mar.-Abr. 1995. pp: 21-28 y 36-39.

La etapa preescolar se ha denominado periodo de latencia se ubica en el lapso final del primer brote de crecimiento, en él y de los 15 a los 48 meses, los incrementos de peso y talla disminuyen en forma gradual para hacerse asintóticos de los cuatro a los seis años ⁴⁸, es decir, desde el nacimiento hasta alrededor del primer año, la talla del infante aumenta cerca de 50%, a partir de este momento, el niño requerirá de cinco años para aumentar su estatura otro 50%; con la masa corporal sucede algo semejante: al año, el niño triplica el peso que tenía al nacimiento; sin embargo, necesita toda la etapa preescolar para duplicar de nuevo su peso. Entre los tres y los seis años de edad, los incrementos anuales en el peso y la talla son de alrededor de dos kilogramos y seis centímetros, respectivamente; en lo que respecta al peso y la talla no hay diferencias notables entre niños y niñas, aunque si existen pequeñas variaciones en la composición corporal por ejemplo, desde esta etapa es notable la diferencia en el área grasa, que se incrementa más en las niñas que en los niños; no hay divergencias en cuanto a las necesidades nutricias en uno y otro sexo, pues éstas se empiezan a manifestar hacia el final de la etapa escolar, sin embargo, constituye un periodo de aprendizaje intenso y de desarrollo de capacidades, virtudes y enriquecimiento en las áreas sociales, cognitivas y emocional.⁴⁹

Lo que caracteriza a esta fase es la estabilidad en el crecimiento, en contraste con el periodo de lactancia, donde las velocidades de talla y peso superan dos a tres veces en magnitud a las del preescolar. Se inicia además la orientación del niño de acuerdo con su meta genéticamente programada, con un ritmo de crecimiento determinado por su condición genética pero sensible a factores externos como alimentación, enfermedades infecciosas repetidas y situaciones higiénicas y psicoafectivas desfavorables en el hogar.⁵⁰

Para que la alimentación del preescolar tenga efectos positivos sobre el desarrollo no sólo debe ser normal desde el punto de vista nutricional, sino que además debe ser variada e incluir de ser posible en todas las comidas del día alimentos de los distintos grupos, estos se deben consumir de preferencia en forma natural y una parte de ellos crudos (frutas y verduras), evitando su excesivo refinamiento.

⁴⁸ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1985.

⁴⁹ Ob. cit. CASANUEVA, E. KAUFER-HORWITZ, M. 1995.

⁵⁰ SOLANGE, H.R. Nutrición. Temas de Pediatría. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. México. 1996. pp: 41-49.

La cantidad de energía que se recomienda para los niños de 1 a 3 años de edad es de alrededor de 100 Kcal/Kpt. Para los pequeños de 4 a 6 años la recomendación gira en torno a las 90 Kcal/kpt. En cuanto a las proteínas se recomienda un consumo de 16 gr para los niños de 1 a 3 años de edad y 24 gr. para los niños entre 4 y 6 años de edad. Un pequeño en particular puede necesitar más o menos energía de la cantidad indicada en las tablas, de acuerdo con su tamaño corporal, su actividad física y su ritmo de crecimiento o circunstancias patológicas por las que atraviese como pudiera ser la desnutrición como consecuencia de maltrato.

Recomendaciones Aproximadas de Energía para Preescolares

Cuadro No. 1

Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Aporte Energético kcal/día	Aporte Energético kcal/kg/día
1	10.1	76	1070	106
2	12.6	87	1290	102
3	14.7	95	1440	98
4	16.7	101	1570	94
5	18.7	108	1680	90
6	20.8	114	1790	86

FUENTE: CASANUEVA 1995

Las recomendaciones de nutrimentos no son una meta estricta. Se les debe utilizar como una guía para diseñar la dieta o como un punto de referencia para estimar en forma aproximada el grado de adecuación de la ingestión de nutrimentos.

Lo adecuado o inadecuado de una dieta se pondera por sus resultados y para ello es necesario evaluar el estado nutricional.⁵¹

La etapa preescolar tiene una particular importancia en el establecimiento de los hábitos.

Por ser años de aprendizaje y formación, las costumbres adquiridas durante este lapso repercutirán a lo largo de toda la vida del individuo. De ahí la importancia de

⁵¹ Ob. cit. CASANUEVA, E. KAUFER-HORWITZ, M. 1995.

conocer las necesidades nutrimentales del niño en estas etapas de su vida así como las particularidades de su desarrollo motriz y de sus habilidades, con el fin de introducirlo de manera paulatina y adecuada en la alimentación familiar.⁵²

Los hábitos alimentarios son el resultado de diversos factores que están relacionados con las condiciones de vida de la familia y con el ambiente, entre los que se encuentran el nivel socioeconómico, el grado de educación y de cultura, los factores climáticos y geográficos, el medio urbano o rural, las preferencias raciales, el tamaño del grupo familiar y la disponibilidad y palatabilidad de los alimentos. En los niños, los patrones alimentarios quedan establecidos a partir de la edad de 1 a 2 años y tienden a persistir sin muchos cambios a lo largo de la vida. Por lo tanto es importante tratar de asegurar que la dieta en los niños sea tan variada como sea posible a partir de edades tempranas.⁵³

La alimentación del preescolar puede ofrecer muchas dificultades por el desconocimiento de algunas características del desarrollo en esa etapa. La preescolaridad se inicia cuando el niño ha alcanzado determinados niveles de madurez orgánica y metas de socialización, lo que se manifiesta en conductas psicomotoras que aparecen entre los 12 y 18 meses y que se relacionan en forma directa con su alimentación. Después de los tres años, el niño camina con facilidad, sube escaleras, salta, brinca, sonríe y ríe a carcajadas con plena conciencia de ello, lo que al socializar mejor lo hace distraerse de la tarea de tomar alimentos y levantarse de la mesa antes de tiempo para atender otros asuntos que para él tiene mayor interés. Hay además dos circunstancias de su desarrollo que el adulto puede no comprender: la lateralidad no está bien establecida y habrá casos en que el niño maneje mejor su mano izquierda que la derecha sin que eso signifique que necesariamente vaya a ser zurdo, por otra parte, al principio le es difícil captar la imagen enantiomorfa o en espejo y si se le tiende por ejemplo la mano derecha, el podrá alargar la izquierda que, según él, está del mismo lado que la que se le está ofreciendo; todo ello puede impacientar al adulto en el momento de las comidas.

⁵² Ob. cit. CASANUEVA, E. KAUFER-HORWITZ, M. 1995.

⁵³ Ob. cit. PLAZAS DE CREIXELL, M. 1995.

Como el crecimiento no es consistente sino que ocurre por brotes, tampoco lo es la ingestión de alimento. El apetito generalmente sigue el patrón de crecimiento y necesidades nutricias. Un buen apetito en la infancia se torna irregular en el preescolar y esto puede ser motivo de ansiedad en los padres. La conducta alimentaria debe ser vista como un fenómeno complejo que abarca la coordinación del desarrollo motor, cognitivo, social y emocional, todos bajo la regulación de factores nerviosos centrales y periféricos.⁵⁴

Los niños adquieren muchas de las reglas básicas de la cocina durante los primeros años de su vida. Por ejemplo para cuando tienen cinco a seis años de edad, los niños han aprendido ya cuáles alimentos constituyen comida en su grupo cultural qué se consideran desagradable, cuántas comidas se realizan al día, en que comidas se ingieren determinados alimentos y qué combinaciones de sabor y alimentos resultan aceptables. Las preferencias y aversiones del niño por la comida se configuran por su aprendizaje y experiencias tempranas; con la excepción de la aparentemente innata afición por el dulce y el rechazo al sabor amargo, las respuestas afectivas a la comida son adquiridas. Las oportunidades repetidas de probar nuevos alimentos son básicas en la determinación de si una comida ha de ser aceptada o rechazada. En general, los niños tienden a evitar las comidas desconocidas, es decir, son "neofóbicos"; sin embargo, la exposición repetida puede ser muy eficaz para aumentar la aceptación de un nuevo alimento porque la familiaridad facilita su consumo.⁵⁵

En el aspecto psicosocial el preescolar ha de pasar por las etapas de autonomía e iniciativa. Para que se pueda lanzar a la afirmación de sí mismo como ser humano se necesita que el sentimiento de confianza sea fuerte; esta etapa es consecuencia lógica de los logros previos, después de adquirir el lenguaje "oído" y aún el "visto", el lenguaje hablado avanza con rapidez en grado notable de perfección, los sentimientos de autonomía e independencia se expresan y progresan más y mejor al llegar a la etapa del dualismo; ahora bien existe el *YO* y el *NO YO* con frecuencia,

⁵⁴ Ob. cit. SOLANGE, H.R. 1996.

⁵⁵ Ob. cit. SOLANGE, H.R. 1996.

el primero no se muestra agresivo frente al segundo; de ahí la importancia del **NO** como organizador de la conducta (**NO** frente a todo incluyendo los alimentos).

Otra de las observaciones más comunes en relación con la alimentación de los niños es que los patrones de ésta son erráticos e impredecibles; es decir, a veces comen "como un pajarito" y otras comen "como un caballo", y es que se ha observado la gran capacidad de los preescolares para ajustar su ingestión en respuesta a la densidad energética de los alimentos, a diferencia de los adultos, los preescolares son capaces de responder a señales internas de apetito y saciedad y no ha señales externas que tienen que ver con la hora de las comidas o lo que se debe comer en cada comida, etc. A pesar de la aparente naturaleza errática de su apetito en determinadas tomas de alimentos, la ingestión calórica diaria total tiene un control relativamente ajustado con menos de 10% de variabilidad entre cada día. En general las observaciones muestran que ha una gran comida sigue otra más pequeña y viceversa.

Las estrategias a la hora de las comidas pueden configurar el nivel al cual el niño responde a las señales de hambre y saciedad para iniciar o terminar la ingestión, por ejemplo, si el menor dice "*Estoy lleno*" y la persona a su cuidado responde siempre "*Termina lo que queda en el plato*", o el niño indica "*Tengo hambre*" y la persona a su cuidado dice "*Ahora no es tiempo de comer*", se está enviando un mensaje claro de que las señales internas de hambre y saciedad deben ser ignoradas a favor de señales externas como el momento del día o la cantidad de comida en el plato. Como se ha indicado, en ausencia de estos controles por parte de los adultos, los niños típicamente responden a la densidad calórica de los alimentos en una determinada comida y hay evidencia de que cuando el sujeto reacciona a señales externas, esta respuesta interna a la densidad calórica desaparece.⁵⁶

El contexto social de la comida también es muy importante en el desarrollo de la conducta alimentaria, pues el alimento se asocia con un tono emocional positivo o negativo; los niños aprenden a tener aversiones por lo alimentos que los adultos les apremian por comer, que son generalmente aquellos que los padres piensan que son importantes, por ejemplo, las verduras. Por otra parte, los alimentos utilizados como

⁵⁶ Ob. cit. SOLANGE, H. R. 1996.

recompensa se prefieren aún más en función del esfuerzo positivo. Y esto es especialmente problemático pues con frecuencia los alimentos usados como premio son altos en azúcares, grasa o sal, las mismas cosas que se recomienda evitar en las dietas.

En los fenómenos de desarrollo hay cierta alternancia que se aprecia muy bien en el preescolar, parecería como si el interés del niño cambiara de un área a la otra, perfeccionándose en cierta medida en la primera para lograr después una mayor maduración en la segunda. La velocidad de adquisición de esos logros puede acelerarse o disminuir por acciones ambientales adversas pero sobre todo por falta de estímulo.

El preescolar comienza a aprender a comer por si solo, usando sus dedos primero y luego la cuchara, y a beber en vaso y hacia los cinco o seis años de edad aprende a usar el cuchillo. A esta edad, rechaza algunos alimentos que antes le gustaban o insiste en no comer una comida en especial todo el tiempo, o se fija una determinada cantidad en el plato y no come más que eso. Casi siempre los niños a esa edad están tratando de comprobar y establecer su independencia y lo demuestran intentando dominar con la comida. Nunca son buenos ni los controles rígidos, ni la permisividad extrema. Ni la falta de autoridad ni el autoritarismo. Es correcto establecer límites claros y sencillos, y mantenerlos, así como ofrecer una variedad de comidas.⁵⁷

A grandes rasgos, se puede afirmar que para el niño de 1 a 3 años, la relación alimentaria adecuada es aquella que ofrece libertad y apoyo para favorecer su autonomía y marca límites claros que le den seguridad. Entre los 3 y los 6 años, la conducta alimentaria le debe dar la oportunidad de desarrollar habilidades para alimentarse, aceptar una variedad de alimentos y socializar en torno a la comida. Si se exige un comportamiento para el cual todavía no existe la madurez necesaria, se corre el riesgo de comprometer la salud física y mental del menor. De la misma manera, al pedirle menos de lo que ya está en capacidad de ofrecer, se interfiere con el desarrollo de su confianza básica, su autonomía y su autoestima.⁵⁸

⁵⁷ Ob. cit. SOLANGE, H. R. 1996.

⁵⁸ Ob. cit. CASANUEVA, E. KAUFER-HORWITZ, M. 1995.

El ambiente físico y la atmósfera emocional también son importantes. Los niños deben sentirse cómodos a la hora de las comidas, estar bien sentados y con utensilios apropiados. Los niños pequeños no comen bien si se encuentran muy cansados y esto debe tomarse en cuenta cuando se establecen los horarios de juego y comidas. A esta edad como en todas edades, el crecimiento y desarrollo adecuado depende de algo más que la comida. Las experiencias emocionales, sociales y de aprendizaje desempeñan un papel esencial en la personalidad, las capacidades y la autoestima del niño, y se desarrolla el lenguaje y las capacidades cognitivas y sociales.⁵⁹

El nivel del desarrollo del preescolar se relaciona en forma indirecta con sus propias actitudes y las de los adultos frente al alimento,, el principal interés del preescolar es explorar, movilizarse y ser libre, y no comer o aprender a comer al gusto del adulto. esta actitud la cual es normal coincide con la silueta longilínea y magra que les es propia. Por otra parte, cada día más tempranamente los niños se preocupan acerca de la obesidad y tienden a restringir sus dietas con el peligro de un desarrollo posterior de anorexia. La insatisfacción con el tamaño y forma corporales puede producir un efecto en la conducta alimentaria de niños y niñas, y la edad en que este efecto negativo comienza es más tempranamente cada día. Ya los sujetos en edad preescolar prefieren amigos delgados y los "gorditos" son objeto de burla por parte de sus compañeros.⁶⁰

A todo lo anterior se debe agregar que la capacidad cibernética para elaborar nuevos y más complejos símbolos se ha perfeccionado; si en su relación con los adultos se establece un conflicto originado por los alimentos, éstos resultan símbolo de lo indeseable. El alcance de esos logros en la segunda etapa de la edad preescolar que transcurre de los 36 a los 72 meses de edad tiene menos relación directa con la alimentación, pero al llegar a esa edad, un niño sano y normal puede tomar sus alimentos sin ayuda, propiamente, de los adultos. A los seis años es de sobra capaz de conocer el uso de la mayor parte de los objetos relacionados con la alimentación familiar.⁶¹

⁵⁹ Ob. cit. SOLANGE, H.R. 1996.

⁶⁰ Ob. cit. SOLANGE, H.R. 1996.

⁶¹ Ob. cit. RAMOS GALVAN., R. 1985.

Así como existe un momento y un modo de introducir los alimentos en la dieta del bebé, también hay una técnica para ofrecer los alimentos al preescolar, la cual está basada en sus capacidades y habilidades.⁶²

- I. Es necesario preparar al niño para la hora de la comida, permitiendo que se tome un tiempo de transición para sosegar y descansar, ya que como lo mencionamos con anterioridad a esta edad lo que más le importa al niño es socializar más que alimentarse.
- II. En caso de que el niño no tenga hambre tendrá que respetarse su inapetencia, pero deberá permanecer sentado en la mesa y compartir el momento; suele ocurrir que después de unos minutos al serenarse, el niño descubre que si tiene apetito.
- III. Los alimentos deberán ser presentados de manera tal que pueda tocar, ver, oler y saborear, en especial cuando son nuevos para él. Esto le permitirá desarrollar sus sentidos y adquirir un conocimiento más amplio de su mundo, en estas circunstancias es más probable que el niño acepte de buen grado los alimentos.
- IV. Es necesario que el niño ingiera bocados pequeños y que se respete su particular ritmo de comer, cabe recalcar que el respeto es un ingrediente indispensable para que el niño aprenda a regular su consumo de alimentos.
- V. Se debe observar en qué momento del día está más dispuesto a probar un alimento nuevo.
- VI. Ofrecerle el alimento cuando tenga hambre, pero no demasiada, pues un niño hambriento se vuelve intolerante.
- VII. Darle el nuevo alimento junto con otros que ya conoce
- VIII. Servirle una porción pequeña del nuevo alimento.
- IX. No mostrarse titubeante dar por hecho que el niño va a probar el alimento.

⁶² Ob. cit. CASANUEVA, E. KAUFER-HORWITZ, M. 1995.

- X. No forzarlo a que pruebe el alimento. El niño a esta edad es perfectamente capaz de distinguir cuándo se le está tratando de forzar, por más sutil que esto se haga.
- XI. Cuando por sí solo el niño todavía no es capaz de cortar los alimentos, darle ayuda cortándole trozos del tamaño de un bocado.
- XII. Servir raciones pequeñas para que el niño pida más si así lo desea.
- XIII. Servir los alimentos a la temperatura ambiente.
- XIV. Preparar algunos alimentos que el niño pueda tomar con las manos.
- XV. Variar las texturas de los alimentos que se le ofrecen. Aumentar la dureza de los alimentos conforme se incremente la habilidad masticatoria.
- XVI. Combinar colores para hacer más atractiva la comida.
- XVII. Aceptar ciertos caprichos, por ejemplo, ser tolerante cuando el niño rechaza un alimento que entró en contacto con otro, o se niega a comer un emparedado que ha sido cortado en mitades y lo acepta cuando está cortado en cuartos.
- XVIII. Dar una presentación sencilla a los alimentos.
- XIX. Utilizar cubiertos y vajillas de material y tamaño adecuados para el niño, de manera que resulten seguros y fáciles de usar.
- XX. Sentar al niño en una silla en la cual pueda apoyar los pies, de manera que se sienta cómodo así como este a la altura de la mesa.
- XXI. Prevenir la asfixia por alimentos.

La Alimentación ofrece múltiples oportunidades para que el niño desarrolle habilidades y aprenda a hacer cosas por sí mismo.

5. DESNUTRICIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

En la época del arzobispo Lorenzana, 1780; los frailes que atendían la Casa de Cuna anotaban en sus libros que *"los niños morían de tristeza"* no encontraban en ellos mal alguno, solamente no progresaban, no querían comer, se ponían tristeza y morían. Muchos años después se comprobó que la desnutrición se instalaba en niños de la Casa de Cuna a pesar de toda la técnica médica y dietológica de que se les rodeaba; para salvarlos sólo había una medida, cambiarlos de la institución cerrada a su propio hogar o a un hogar sustituto.⁶³

A nadie escapa el hecho de que la nutrición de los seres humanos está determinada por la acción sinérgica de factores intrínsecos y extrínsecos cuya dinámica es necesario conocer a fin de promover, mejorar o sostener la correcta alimentación de las colectividades; tampoco pasa desapercibido que la desnutrición es un problema mundial no resuelto, situación a la que contribuye numerosas circunstancias. La no satisfacción de una necesidad básica origina una respuesta emocional que pasa por tres fases: de protesta, de desesperación y de negación. Cuando esa situación perdura produce neurosis; esto explica que sea en la infancia cuando se originan esos cuadros, puesto que es en esta época de la vida cuando se suele sufrir las privaciones más acentuadas.⁶⁴

Tratándose de niños el panorama es aún más complicado porque en ellos la nutrición lleva implícitos los requerimientos de crecimiento y de desarrollo y porque la satisfacción de sus necesidades está supeditada a la autoridad o al autoritarismo de los adultos. Durante los primeros años de vida, el hombre pasa por un prolongado periodo de dependencia en el que está totalmente supeditado a la conducta de los adultos; si ésta es neurótica, el niño verá frustrada la satisfacción de sus necesidades, y su crecimiento y desarrollo serán muy defectuosos. En esa forma

⁶³ GÓMEZ SANTOS, F. *Desnutrición*. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 54. No. 6. Junio. 1997. pp: 299-305.

⁶⁴ RAMOS GALVÁN, R. *Desnutrición en el Niño*. Realizado por el Departamento de Nutrición I, del Hospital Infantil de México; D. F. 1969. pp:7, 13, 17, 23-24, 69-74, 165-168, 333 y 335

hay que interpretar las actitudes mágicas y los conceptos prevalentes en los sujetos que asumen el privilegio de determinar lo que el niño ha de comer y cómo y cuándo ha de hacerlo. Como la dinámica de su vida los condujo a un estado de notable inseguridad, ésta se traduce en la forma en que manejan los alimentos; el miedo a los mismos no es sino una expresión más, de dicha inseguridad, que podría tomarse como la etapa de desesperación o de negación y que resulta de la frustración final y colectiva.⁶⁵

El estado de nutrición de un individuo es consecuencia del que logran todas y cada una de sus células; por esta razón, la desnutrición se considera como un proceso sistémico, desde el punto de vista fisiopatológico, la desnutrición es un estado de adaptación, la adaptación nutricia significa que para sobrevivir a dos agresiones sinérgicas la carencia de nutrimentos y las frecuentes infecciones, el organismo modifica sus patrones biológicos de normalidad y crea nuevas condiciones homeostáticas. Aunque hay diferentes interpretaciones del concepto de adaptación, debe quedar claro que los trastornos que se observan en los órganos, los sistemas y el crecimiento de los sujetos desnutridos durante este proceso de adaptación, son condiciones fisiopatológicas y de ninguna manera un estado de normalidad de las personas, lo cual representan el costo de sobrevivencia.⁶⁶ Generalmente las células reciben sus nutrimentos de los alimentos que el sujeto consume, pero hay ocasiones en que esto no acontece y el organismo acude a sus reservas, para proporcionar a las células los nutrimentos que requieren; la expresión final es un balance negativo de materia y de energía.⁶⁷

5.2 DEFINICIÓN

Por Desnutrición se acepta una condición patológica inespecífica, sistémica y reversible en potencia, que se origina como resultado de la deficiente utilización de los nutrimentos por las células del organismo, que se acompaña de variadas

⁶⁵ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

⁶⁶ Ob. cit. CASANUEVA, E. KAUFER, M. 1995.

⁶⁷ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

manifestaciones clínicas de acuerdo con diversas razones ecológicas y que reviste diferentes grados de intensidad.⁶⁸

La no disponibilidad, consumo o aprovechamiento de alimentos circunstancias que tarde o temprano hacen posible que las células del organismo dispongan de nutrimentos o los utilicen con eficacia, originan desnutrición.⁶⁹

Las etapas patógenas de la desnutrición son:⁷⁰

- I. Equilibrio negativo que corresponde al periodo agudo y que origina homeostasis inmediata. Por afectar en grado variable las distintas estructuras y comportamientos orgánicos, se traduce en acentuada disarmonía.
- II. Disminución de la velocidad de crecimiento y con ello retraso, no déficit en el desarrollo, lo que constituye homeostasis mediata.
- III. Homeostasis tardía o adaptación, es decir, cronicidad de las circunstancias anteriores al desfavorable equilibrio de nutrimentos y señala el momento crítico en que el sujeto puede llegar a adquirir un nuevo equilibrio cancelando las situaciones anteriores e inaugurando la etapa pospatógena de la desnutrición como fenómeno biológico.

Por tratarse de una situación desencadenada por múltiples factores, la desnutrición debe ser vista como inespecífica y sus manifestaciones clínicas pueden ser variables en intensidad y en expresión.⁷¹

5.3 FORMAS DE CLASIFICACIÓN

La clasificación de los diversos cuadros de desnutrición se basa en su diversa etiología, en la intensidad, en la depleción orgánica a que el paciente ha llegado y

⁶⁸ LOREDO ABDALÁ, A. *Desnutrición*. Capítulo 1. Ed. Interamericana. 2ª Ed. México 1990. pp:1-32.

⁶⁹ Ob. cit. LOREDO ABDALÁ, A. 1990.

⁷⁰ Ob. cit. LOREDO ABDALÁ, A. 1990.

⁷¹ Ob. cit. RAMOS GALVÁN, R. 1969.

en la duración del proceso patógeno. Para precisar los conceptos anteriores puede decirse que según su etiología la desnutrición puede clasificarse como:⁷²

- a) **Primaria:** Ingestión insuficiente de alimentos. Forma parte del síndrome de privación social la cual con frecuencia se complica con infecciones agregadas y facilitadas muchas veces por lo inadecuado del lugar donde vive la persona y la disminuída capacidad biológica frente a las infecciones.
- b) **Secundaria:** Cuando el organismo no utiliza en forma debida el alimento consumido, lo que puede deberse a alteraciones en los procesos digestivos o absorptivos, de metabolismo intermedio o excretorios que caracterizan a la nutrición una vez que se han ingerido los alimentos.
- c) **Mixta:** Cuando las causas primarias y secundarias interactúan, pero refiriéndose a la naturaleza de las causas que inician la desnutrición.

Por la magnitud del daño o deterioro que los agentes causales determinan, la desnutrición se ha clasificado en grados. Al referirse a lactantes y preescolares Gómez propuso que se dividiera de la siguiente forma:

Primer Grado: Aquellos cuyo peso se ubicara entre 76% y 90% de lo normal, según su edad y sexo.

Segundo Grado: Aquellos cuyo peso variara entre 61% y 75% de lo normal.

Tercer Grado: A los que ostentaran peso menor de 60% de lo esperado, de acuerdo con su edad y sexo.

Con base en la velocidad con que avanza el proceso patógeno, se consideran tres tipos de desnutrición:⁷³

Desnutrición Aguda

Es rápida en instalarse y si se trata en forma oportuna y adecuada, también lo es en corregirse. En la mayoría de los casos se origina por una supresión más o menos

⁷² Ob. cit. LOREDO ABDALÁ, A., RAMOS GALVAN, R. 1990.

⁷³ Ob. cit. LOREDO ABDALÁ, A. RAMOS GALVAN, R 1990.

brusca de alimentos, con acentuado balance negativo de agua y electrolitos. Durante ella se establecen mecanismos de homeostasis inmediata.

Desnutrición Subaguda

Se establece con menos rapidez que la anterior y puede llegar a revestir intensidad de primero o segundo grado, se debe a una dieta que aporta insuficiente energía. Durante ella se observan fenómenos de homeostasis mediata acompañados de pérdida de peso y de desaceleración del crecimiento.

Desnutrición Crónica

Se establece con lentitud y puede alcanzar cualquiera de los tres grados de intensidad señalados, con mucha frecuencia de tercer grado, sus mecanismos son de homeostasis tardía, se justifica solo en los casos en el que el aporte de alimentos es insuficiente en relación del peso del paciente durante más de tres meses.

De acuerdo a la clasificación clínica se divide en tres tipos principales con falta de numerosos nutrimentos:⁷⁴

- a) Marasmo: Es una serie de desnutrición calórico proteica, que ocurre sobre todo en niños. Se debe a un infraconsumo de calorías con los alimentos. La relación entre proteínas y calorías puede ser normal. Se caracteriza por un muy bajo peso corporal, atrofia muscular, retraso del crecimiento, anorexia, íleo, parcial, enfermedades concomitantes de evolución crónica y envejecimiento prematuro. El paciente usa sus reservas de energía del tejido adiposo, con adelgazamiento, consumo de masa muscular y pérdida de tejido adiposo.
- b) Kwashiorkor: Es una enfermedad que afecta principalmente a los niños en el momento del destete y hasta cerca de los seis años. En ese momento se termina el efecto protector de la lactancia materna y el niño pasa a comer la dieta incompleta que le brindan los mayores. Puede haber adelgazamiento así como también cambios en el pelo, aparición de dermatosis, diarrea y anemia.

⁷⁴ BRAJER, L.O. *Fisiopatología y Clínica de la Nutrición*. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1988. pp:67-70, 72 y 79.

- c) Mixta: Es un grupo que comparte características del marasmo y del kwashiorkor. Cuando la enfermedad es debida a la falta de un solo nutrimento, habitualmente un micronutrimento, se dice que hay carencia.

Características de Desnutrición Clínica

Cuadro No. 2

	MARASMO	KWASHIORKOR
Inicio	Vida intrauterina a primer año de edad	Después del segundo año de edad.
Se asocia con	Destete temprano Uso inapropiado de fórmulas lácteas Ablactación antes del cuarto mes	Destete tardío Ablactación después del sexto mes
Evolución	Crónica	Aguda
Enfermedades	Frecuentes, principalmente gastrointestinales y respiratorias	Menos frecuentes. Aparece después de un episodio agudo de enfermedad.
Apariencia	Emaciado	Farináceos, edematoso
Conducta	Irritable, llora mucho	Solo es apático, Triste. Si se le explora, se torna irritable
Tejido muscular	Muy disminuido	Muy disminuido
Tejido Graso	Muy disminuido	Presente, escaso
Hígado	Tamaño normal	Aumentado (esteatosis)
Edema	Ausente	Presente
Piel	Seca plegadiza, sin dermatosis	Lesiones húmedas, con dermatosis
Complicaciones	Casi siempre presencia de infecciones y alteraciones electrolíticas y ác. básicas	Casi siempre presencia de infecciones y alteraciones electrolíticas y ác. básicas
Hemoglobina	Baja	Baja
Proteínas	Casi normales	Bajas
Recuperación	Prolongada (meses)	Breve (semanas)

FUENTE: CASANUEVA 1995.

La última clasificación que se le puede dar a la Desnutrición es por su intensidad de los cuales pueden distinguirse cuatro grupos:⁷⁵

- a) Marginal: Se encuentra en personas que están ingiriendo un menor aporte de calorías y proteínas pero que todavía no presentan alteraciones en los marcadores significativos de desnutrición.
- b) Leve: El índice de Gómez establece la deficiencia ponderal en relación con el peso normal para la edad del sujeto, señala para la desnutrición leve un descenso del 10% al 25%.
- c) Moderada: Se produce cuando el descenso del peso es entre el 25% y el 40%.
- d) Severa: Estos casos corresponden a un descenso de peso mayor del 40% .

5.4. PROCESOS PATOGENICOS

En los procesos patogénicos de la desnutrición pueden distinguirse las siguientes etapas:⁷⁶

Balance Negativo: Corresponde básicamente a un periodo agudo que origina homeostasis inmediata. Se traduce por un equilibrio que puede verse como disarmonía en relación con los patrones considerados como normales. La pérdida de peso, los fenómenos de dilución y atrofia de las masas musculares etc.

Detención del Crecimiento y Desarrollo : Ya se aprecia clínicamente en la etapa sub aguda del proceso. Es la expresión de una homeostasis mediata y puede interpretarse como una tendencia a mantener la armonía bioquímica, funcional y anatómica previamente alcanzada. Dentro de este grupo se catalogan a los siguientes fenómenos: detención del crecimiento en talla, del desarrollo óseo y de la conducta neuro-motora etc.

⁷⁵ Ob. cit. BRAIER, L.O. 1988

⁷⁶ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

Adaptación : Significa cronicidad y por lo tanto podría hablarse de homeostasis tardía. Los siguientes fenómenos participan en esta situación: piel atrófica, caída del cabello, facies de Cushing, metabolismo bajo, temperatura corporal disminuida, anemia normocítica y normocrómica, gammaglobulina elevada y algunos aspectos neuróticos de la conducta.

Homeorresis : Cuando los factores etiológicos continúan actuando en forma moderadamente intensa, de modo que la homeostasis tardía no se ve alterada por una súbita agresión que conduzca a un episodio agudo, se establece un nuevo y final equilibrio. El peso queda en concordancia con la talla y a partir de ese momento el crecimiento físico será de acuerdo al nivel somático alcanzado. En niños con peso proporcionado a la talla que ostentan, juzgado por el peso y teniendo presente al que sería normal para la talla del sujeto, no podrá hablarse de mal estado de nutrición, pero sí de talla baja, esta última podría atribuirse a desnutrición previa, pero no actual.

La desnutrición es básicamente sistémica e inespecífica por cuanto afecta en grado variable a todas y cada una de las células del organismo y se instala cuando el balance negativo de alguno de los componentes del complejo nutricio desencadena un dismetabolismo que afecta, necesariamente, a los demás. Los signos y los síntomas que se presentan en la desnutrición pueden agruparse en tres categorías:⁷⁷

Signos Universales

Se tratan de manifestaciones que se encuentran siempre en la desnutrición, no importa cual sea su etiología, su intensidad o su semblanza clínica. Son resultado de la depleción orgánica, incipiente o instalada y de los cambios bioquímicos que el balance negativo desencadena y que han sido descritos como fenómenos de dilución, "disfunción" y atrofia. En la clínica pediátrica significan detención del crecimiento y del desarrollo físico o para ser más preciso, disminución de los incrementos normales del crecimiento y del desarrollo.

⁷⁷ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

Signos Circunstanciales

Son manifestaciones que no están siempre presentes porque se desencadenan por una serie de circunstancias ambientales o ecológicas. Ya que generalmente se trata de expresiones exageradas de dilución, disfunción y atrofia resultan en realidad manifestaciones de los signos universales, cuando estos últimos se presentan con su mayor intensidad o se ven modificados en forma circunstancial. Para que se desencadenen estas manifestaciones contribuyen factores ambientales como la temperatura, las radiaciones, la humedad, ambiente y la dieta, en los múltiples aspectos en que ésta puede estudiarse como parte del contexto cultural; pero no sólo cuentan las condiciones externas sino que hay otras como la edad, el sexo, el color de la piel, el de los cabellos o el estado previo de nutrición, por ejemplo en los preescolares, el edema clínico de gran intensidad se observa con frecuencia y las lesiones dérmicas son dramáticas.

Signos Agregados

Existen signos y síntomas no directamente debidos a la desnutrición pero muy frecuentemente asociados o agregados a ella y los cuales impiden, a veces, delindar con claridad lo que pertenece a la desnutrición y lo que es coincidente con ella; la desnutrición modifica a los síntomas y signos agregados pero a su vez ellos la modifican en su expresión clínica. Estos signos y síntomas pueden estar presentes en todo caso de desnutrición primaria, pero adquieren importancia y se hacen más conspicuos en la desnutrición de tercer grado, los signos agregados pueden agruparse en cuatro categorías:⁷⁸

- I. Signos que corresponden a condiciones primarias que han originado, secundariamente a la desnutrición, ejemplos de ellos es la diarrea por shigellosis, la esteatorrea y los síntomas de vías respiratorias en la mucoviscidosis, el vómito en la hipertrofia del píloro.
- II. Signos que corresponden a las infecciones agregadas a la desnutrición, por ejemplo, la anemia severa, la diarrea por infección entérica, alteraciones en la

⁷⁸ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

frecuencia y en el ritmo respiratorio, alteraciones en la frecuencia cardiaca y en la temperatura corporal.

III. Signos que corresponden a desequilibrio electrolítico agudo sobre impuesto al desequilibrio crónico, que es universal en la desnutrición. En estas condiciones, signos y síntomas como la anorexia, ausencia de sed, náusea, vómito, pérdidas marcadas de elasticidad de la piel, tetania o síndrome cerebral agudo.

IV. Signos determinados por el ambiente social y cultural y por los rasgos afectivos que prevalecen en el hábitat del desnutrido, por lo tanto son concomitantes a la desnutrición pero no son consecuencia directa de la misma. Estas manifestaciones forman parte importante de lo que ha sido llamado el "*síndrome de privación social*" y entre ellas cabe citar las que corresponden a una severa distorsión emocional y las que se refieren al desarrollo intelectual en los desnutridos.

5.5. PROCESOS DIGESTIVOS EN LA DESNUTRICIÓN

Las alteraciones bioquímicas que ocurren en el niño desnutrido modifican el funcionamiento de los órganos y sistemas en que tales alteraciones se hacen manifiestas. Estos trastornos funcionales alcanzan su más alta expresión en los procesos digestivos que intervienen en el aprovechamiento de los alimentos, como son la digestión y la absorción y en el metabolismo de los diferentes nutrimentos que aquellos vehiculizan.⁷⁹

Estudios anteriores demuestran la desventaja en que se encuentra el niño desnutrido con respecto al considerado normal, en cuanto hace a la deficiente producción de procesos enzimáticos y la magnitud de las alteraciones anatómicas de la mucosa intestinal, que impiden el correcto aprovechamiento de los alimentos aún en el caso de que éstos se encuentren disponibles y puedan ser consumidos; de ello se desprende que la deficiente absorción puede ser ocasionada por un doble proceso: las lesiones del epitelio intestinal y la deficiente ingestión de proteínas en forma

⁷⁹ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

aguda; o bien que como consecuencia de la pobre ingestión de alimento se produzcan estas alteraciones de la mucosa intestinal, que agravan el padecimiento.⁸⁰

Se ha comprobado que la insuficiente ingestión de alimento puede dar lugar a un síndrome de mala absorción, debido a que se produce alteraciones anatómicas de la mucosa intestinal, incompatibles con su funcionamiento normal.⁸¹ Estas alteraciones van de vellosidades en dedo de guante, a vellosidades en forma de hoja, festoneadas, en lomas, circunvolucionadas, en mosaico o planas (atrofia total), entrañan deficiencias enzimáticas y propician el desarrollo de infecciones y parasitaciones. La diarrea del desnutrido es en gran medida causada por la desnutrición de las mucosas, pero es preferible la absorción incompleta de algunos alimentos que suprimirlos porque se absorben mal, es importante considerar la importancia cuando sea el caso, un aporte adecuado de fibra dietaria sin exceso de celulosa. Además de las alteraciones mencionadas, es probable que la digestión inadecuada se deba a la insuficiente secreción de jugos intestinales y por lo tanto a deficiencias enzimáticas intraluminales. Las manifestaciones clínicas que acompañan a este cuadro de desnutrición y de mala absorción son muy variables. Los síntomas que presentan habitualmente estos enfermos son: diarrea, detención de crecimiento y desarrollo, anemia, edemas, hemorragias, neuropatía periférica, shock hipokalemico y en ocasiones tetania.⁸²

Consecuencias patológicas de la desnutrición en el tracto gastrointestinal

Cuadro No. 3

- ◆ Disminuye la secreción ácida del estómago (hipoclorhidria)
- ◆ Decrece la secreción de casi todas las enzimas digestivas (intolerancia de la lactosa)
- ◆ Hay sobrecrecimiento bacteriano y parásitos.
- ◆ Las bacterias desconjugan las sales biliares e interfieren con la absorción de grasas.
- ◆ Existen alteraciones de la estructura y maduración de las células del epitelio intestinal. Hay trastornos de la digestión y absorción de nutrimentos a nivel de la mucosa.
- ◆ Se modifica la motilidad gastrointestinal.

FUENTE: CASANUEVA 1995

⁸⁰ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

⁸¹ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

⁸² Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

Trastorno en el Metabolismo de los Hidratos de Carbono:

En cuanto a los trastornos en el metabolismo de los carbohidratos todos estos pacientes presentan en algún momento hipoglucemia que, en los casos graves, puede llegar al estado de coma. Hay una franca disminución del glucógeno hepático, el cual aumenta rápidamente durante la recuperación. Existe la posibilidad de que la absorción de los carbohidratos esté disminuida dado que las disacaridasas intestinales, que son intracelulares, están disminuidas debido a las alteraciones morfológicas de la mucosa intestinal, con destrucción del epitelio de la misma.⁸³

Trastorno del Metabolismo de los Lípidos:

En el trastorno del metabolismo de los lípidos, en los referente a alimentación infantil los, lípidos más importantes son los TG ya sean éstos de origen animal o vegetal. Debido a que son insolubles en agua presentan problemas para su digestión y su absorción, así; desde 1952 se describió el deficiente aprovechamiento de las grasas por los niños desnutridos, habiéndose encontrado diferentes grados de absorción en los distintos laboratorios en que tales estudios se realizaron: de ello se desprende que dicha absorción está disminuida hasta un 48% de la grasa ingerida y que esta absorción se eleva hasta un 97% durante su recuperación. La razón fundamental por la que la grasa no se aprovecha es la saturación de la célula intestinal y la dificultad posterior para el paso de esta grasa a la sangre o a la linfa, en forma de quilomicrones. El transporte de la grasa se hace por medio de su unión con proteínas, de tal manera que este transporte se retarda en los niños desnutridos, debido a la deficiente cantidad de proteínas para sintetizar lipoproteínas y los mencionados quilomicrones: por esta razón la grasa se acumula en la célula y no puede penetrar a los vasos quilíferos.⁸⁴

Trastorno en el Metabolismo de las Proteínas:

En el trastorno del metabolismo de las proteínas la eficiencia de la absorción del nitrógeno en los niños desnutridos es mejor cuando se administran proteínas de origen animal que cuando el alimento contiene proteínas de origen vegetal. La reserva proteica es un concepto dinámico y la distinción que se hace entre proteínas fijas y lábiles se funda en su diferente velocidad de intercambio. La diversa jerarquía

⁸³ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

⁸⁴ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

con que estas son utilizadas se desprende del hecho de que el peso del tejido muscular puede disminuir hasta un 70% mientras que el cerebro sólo disminuye en un 10%. Los cambios producidos por esta depleción proteica de los músculos son una consecuencia necesaria de las características metabólicas de sus proteínas, no habiendo necesidad de la regulación compensatoria y homeostática para explicar los cambios encontrados en esta depleción de proteínas. Este intercambio proteico puede estar influido por la acción estimulante de la insulina, ya que ésta hace que se deposite mayor cantidad de aminoácidos en el tejido muscular. La retención de nitrógeno en el niño desnutrido tiende a disminuir a medida que mejora su estado nutricional. Esta retención de nitrógeno es utilizada para la síntesis de los tejidos proteicos, excepto en ciertos estados patológicos en donde hay trastornos en la excreción urinaria de productos metabólicos finales: esta retención implica crecimiento o repleción de los almacenes proteicos. La ingestión calórica, por otra parte, tiene gran influencia sobre la utilización del nitrógeno. Si dicha ingestión es inferior a los requerimientos del individuo la retención de nitrógeno es deficiente, habiéndose encontrado una proporción óptima que impide la infiltración grasa y disminuye las pérdidas proteicas⁸⁵

Trastorno del metabolismo de Vitaminas y Minerales:

En cuanto al trastorno del metabolismo de las vitaminas, es indudable el efecto negativo que la mala absorción tiene en el aprovechamiento de algunas vitaminas, como ejemplo de lo anterior pueden citarse las anemias macrocíticas nutricionales debidas a deficiencia de vitamina B12 y de ácido fólico, pero además, existen alteraciones metabólicas en el aprovechamiento de otro tipo de vitaminas principalmente de tiamina.

Por último en lo que se refiere al trastorno del metabolismo de minerales, en la desnutrición proteica existe deficiencia de las proteínas que sirven de transporte a minerales tales como el hierro y el cobre. La deficiencia de proteínas transportadoras debe ocasionar alteraciones en el aprovechamiento de los minerales que puede aumentar la intensidad de las anemias hipocrómicas debidas a estas carencias.

⁸⁵ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

Con todo lo anterior se ha querido expresar las principales alteraciones en el funcionamiento de los diferentes órganos y tejidos del niño desnutrido que ocasionan necesariamente un menor aprovechamiento de los nutrimentos esenciales para el sostenimiento de la vida: lo que establece un círculo vicioso ya que a mayor desnutrición corresponden mayores alteraciones funcionales las que lógicamente agravan el proceso.

5.6. DESNUTRICIÓN DEL PREESCOLAR CON SÍNDROME DE DEPRIVACIÓN SOCIAL.

En 1966 Kempe se planteó la existencia de un síndrome de privación social, analizando con cierta extensión las características del hábitat y las consecuencias sobre su crecimiento, desarrollo y condición nutricia; en 1967, al establecerse correlación entre la talla alcanzada por los niños de una comunidad rural y las mediciones de su organización intersensorial, se planteó que el retardo en la organización neurointegrativa encontrada en los niños de menor estatura, del grupo rural, podría interpretarse como la lesión residual del cuadro de desnutrición que hubieran sufrido a temprana edad, o bien como resultado de las diferencias subculturales subyacentes, que, independientemente de la desnutrición, pueden afectar el desarrollo mental del niño.⁸⁶

El concepto de que un niño infeliz, no deseado o rechazado, es de talla baja y además hambriento está considerado, incluso en la literatura no médica. Es fácil detectar que en muchos de estos niños, la intensa desnutrición es secundaria a un ambiente carente de atenciones. Sin embargo, también puede apreciarse un crecimiento lento en presencia de una gran abundancia, si el ambiente es francamente desagradable u hostil. La desnutrición precoz no solo afecta los procesos de crecimiento y desarrollo físicos, sino también los procesos de maduración cerebral, traduciéndose en retardo de las capacidades cerebrales. Por otra parte son también numerosos los estudios que señalan que en el niño pequeño

⁸⁶ VEGA FRANCO, L. Desarrollo Intelectual y Crecimiento somático de escolares afectados por desnutrición a una edad temprana. Boletín Médico del hospital Infantil en México. Vol 46. No. 5. Mayo 1989. pp: 328 - 334.

la carencia emocional y afectiva -aún en ausencia de desnutrición- también producen retardos similares, tanto en el desarrollo físico como intelectual.⁸⁷

En un estudio realizado en niños de orfanatos en Alemania en 1951 se observó como los efectos de una suplementación nutricional eran insuficientes para compensar los perjudiciales que sobre el crecimiento tenía la falta de cariño y cuidados es por eso que el enriquecimiento ambiental puede ejercer un proceso de recuperación durante el tratamiento de niños con desnutrición grave.

Otro ejemplo de ello fue un estudio realizado en Santiago de Chile, en donde se habilitó un centro con capacidad para albergar a 60 niños con desnutrición grave, se trató de cambiar su aspecto de manera que fuera lo menos parecido a un hospital convencional, rodeando de jardines con aspecto alegre y acogedor, se seleccionó un personal especializado para implementar un programa intensivo de estimulación psicoafectiva y motora, individualizada y grupal. Treinta auxiliares de enfermería se entrenaron en un curriculum previamente diseñado y se contó además con la colaboración de 60 voluntarias pertenecientes a un nivel socioeconómico medio, que tenían por función cuidar y estimular a los niños durante todo el día. A los 50 días de tratamiento se había producido un cambio significativo expresado en la ganancia de peso, en crecimiento físico y en la recuperación del desarrollo psicomotor (estas diferencias se hicieron más notables a los 100 días y más aún a los 150 días de haber iniciado el tratamiento), tuvieron pocos episodios infecciosos mientras que el porcentaje de mortalidad fue nulo; el éxito logrado en este programa hizo que se constituyera una fundación privada sin fines de lucro llamada Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) y en un lapso de 4 años se lograron construir 33 centros destinados a la recuperación de niños los cuales tenían desnutrición grave.⁸⁸

El cerebro es el único órgano que desde la gestación hasta el primero o segundo año de vida, es especialmente vulnerable ya que todavía a esa edad hay multiplicación de células, cuando sufre desnutrición a estas edades disminuye la multiplicación de

⁸⁷ MONCKEBERG F. Enriquecimiento ambiental en el niño desnutrido. Cuadernos de Nutrición. Vol 16. No. 4 Julio-Agosto 1993. pp: 8

⁸⁸ MONCKEBERG, F. Enriquecimiento ambiental en el niño desnutrido. La experiencia chilena. Cuadernos de Nutrición. Vol. 16, No. 4. Julio-Agosto. 1993. pp: 18-21.

neuronas, quedando el niño con un número menor de ellas, pero experiencias posteriores, en que además del tratamiento médico y nutricional se agregaba la estimulación psicoafectiva, demuestran que las lesiones parecen ser reversibles desde el punto de vista intelectual, es decir, si el órgano se usa debidamente, mediante la estimulación y ejercicios psíquicos continuos se desarrollan mayores dendritas, conectándose e interactuando las neuronas entre sí, lo que da por resultado una mejor funcionalidad. Si no se reciben estos estímulos, sus conexiones se atrofian, traduciéndose en un menor rendimiento intelectual. Todo lo anterior explica la mejoría del déficit psíquico observada durante la recuperación de niños con desnutrición grave cuando se les brinda estimulación psicoafectiva intensa. Los efectos positivos de la estimulación pueden comprobarse mientras los niños participan en programas de estimulación; si éstos se suspenden el rendimiento vuelve a disminuir a pesar de que la situación nutricional sea normal.⁸⁹

En ocasiones el niño se ve sometido a abusos físicos o, simplemente, a abusos emocionales. Su consecuencia es la falta de alimento por deliberada insensibilidad o descuido. También puede ocurrir que le ofrezcan alguno, pero que el niño se encuentra en una situación tan miserable y desagradable que le es imposible ingerirlo. O bien, puede que coma, incluso mucho, pero ni aún así crece bien. Cuando se les coloca en uno cálido, estimulante y en el que se les cuida con cariño, estos niños cambian favorablemente su ritmo de crecimiento, aunque no se modifique su ingesta alimenticia. Se asume que los efectos del insulto emocional en niños con síndrome de privación se localiza en ciertos centros cerebrales, en áreas tales como el hipotálamo, lo que interfiere con el control hormonal y neurológico del apetito y del crecimiento. Sin embargo, es importante proporcionar una dieta rica en energía y de alta calidad en cuanto a nutrimentos, para que de esta manera el crecimiento sea óptimo. Todo ello dentro de un ambiente agradable.⁹⁰

⁸⁹ MONCKEBERG, F. Enriquecimiento ambiental en el niño desnutrido. La experiencia Chilena. Cuadernos de Nutrición. Vol.16. No. 4. Julio-Agosto. 1993. pp: 23

⁹⁰ POSTIKTT, E.M.E. 1992

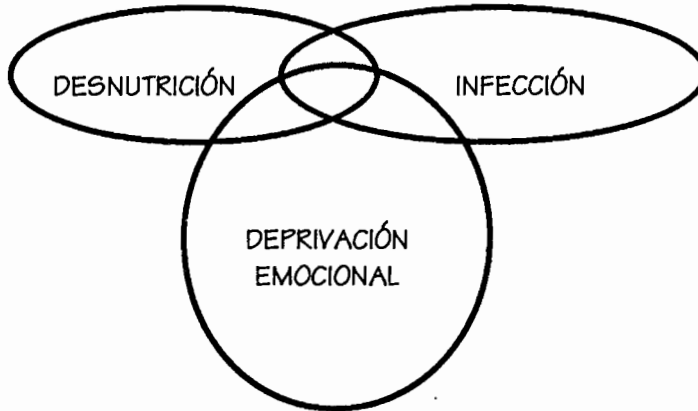


FIG. 1. EFECTOS SUPERPUESTOS DE LOS INCONVENIENTES QUE PRESENTAN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE MALTRATO INFANTIL.

♦ Se ha pensado en que el concepto de desnutrición primaria es una enfermedad social, se acepta implícitamente el hecho incontrovertible de que la desnutrición primaria es además una enfermedad familiar, en la que influyen los hábitos del grupo, de la familia y del niño. La atmósfera que se respira en la mesa es también un factor importante en las actitudes del niño hacia el alimento; si el ambiente es relajado, agradable y tranquilo, la comida también lo será; si las comidas ocurren en medio de guerra, gritos, ruido, televisión a todo volumen y desorden, la actitud será por supuesto de rechazo y de mayor pelea⁹¹. El síndrome de privación materna en los lactantes, el de privación social así como el de privación emocional en los preescolares son buenos ejemplos de lo anterior.

En el planteamiento del síndrome de privación social se ha visto que el aprendizaje obedece a cinco leyes que en secuencia obligada son:⁹²

- ♦ La madurez orgánica
- ♦ La secuencia y masa crítica de habilidades
- ♦ El estímulo inicial
- ♦ El propósito, y
- ♦ La influencia cultural

⁹¹ Ob cit. SOLANGE H. 1996.

⁹² LOREDO ABDALÁ, A. *Medicina Interna Pediatría*. Ed. Interamericana. 2° ed. México, 1990. pp: 1-32.

En un trabajo realizado en el Hospital Infantil de México, acerca de las manifestaciones psicológicas de la desnutrición se encontró que en niños que sufrían una privación continúa, aparecía un embotamiento o una grave alteración de su desarrollo intelectual, afectivo, social y físico; en los que quedaban separados de sus madres durante el final del segundo semestre de la vida, aparecían graves depresiones, en los niños que habían sido víctimas de privaciones graves, aparecían tardíamente profundos y penetrantes trastornos del carácter que se manifestaban por una conducta delictiva. Entre las afirmaciones que se hacían en el trabajo hecho en el Hospital Infantil se encuentran las siguientes:⁹³

1. La deficiente observación de muchas madres y de muchos médicos los hace ignorar o mal interpretar las primeras manifestaciones de la desnutrición, que siempre son psíquicas.
2. Las experiencias del niño al ser alimentado, no sólo se refieren a la ingestión o privación alimentaria, sino al cuidado, al interés, ternura, rechazo o ansiedad, que experimenta.

Si se presenta un retardo en el crecimiento del niño, primero es necesario identificar el trastorno y luego tratarlo sea éste de origen orgánico o producto de una interacción padres-hijo inadecuada. Hay que tratar la enfermedad de base y mejorar la dieta, el ambiente, las circunstancias y la interacción, y hasta favorecer el apetito para lograr un cambio en la curva de crecimiento.⁹⁴

El retraso en el crecimiento físico del niño, en particular una talla baja, está asociado con alteraciones cognoscitivas, y con una menor masa muscular y menor capacidad física en la edad adulta. Por otra parte, el niño bien nutrido tiende a ser más activo, lo cual le permite explorar mejor el ambiente que lo rodea e interactuar con otros niños y adultos. De ello se puede inferir que su desarrollo social también será mejor.

⁹³ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

⁹⁴ Ob. cit. SOLANGE H. 1996.

6. MALTRATO INFANTIL

El tema de maltrato al menor, en cualquiera de sus variedades, ha sido motivo de interés mundial en vista de su creciente prevalencia, tanto en países industrializados como en los que se encuentran en desarrollo.

La atención integral del fenómeno de maltrato requiere un esfuerzo de la sociedad como un todo. Es decir, todos los miembros que la forman deben crear conciencia y una cultura donde los niños merezcan ser respetados.

Se considera que un niño maltratado es aquel, menor de 18 años de edad, alterado porque sus padres u otras personas responsables de su cuidado, no ejercen un grado mínimo de asistencia, para:⁹⁵

- Proporcionarle alimento adecuado, vestimenta, abrigo, educación, cuidados médicos quirúrgicos, aunque estén financieramente capacitados para ello o aunque se le ofrezca ayuda económica u otros medios razonables para ello.
- Asegurar su supervisión o guardia adecuada.
- Infligir o permitir que se inflija, sin razón, un daño o riesgo sustancial, incluyendo el castigo corporal.
- Utilización de una o varias drogas.
- Utilización de bebidas alcohólicas.
- Realizar cualquier acto de naturaleza similar que requiera la ayuda de la autoridad correspondiente.

En relación con la clasificación del maltrato infantil, los investigadores que se dedican al estudio de este tema proponen varias formas de clasificación:⁹⁶

⁹⁵ PADILLA-RAIGOZA, N. Temas Básicos de Pediatría General. El niño Maltratado: su historia natural y niveles de prevención. Revista Mexicana de Pediatría. Sep.-Oct. 1989. pp 269-276.

⁹⁶ SANTANA-TAVIRA, R. et al. El maltrato Infantil: un problema mundial. Salud Pública de México. Vol. 40 No. 1. Enero-Febrero 1998. pp: 60

Clasificación del maltrato infantil según diversos autores

Cuadro No. 4

AUTOR	TIPO DE MALTRATO					
	Físico	Sexual	Emocional	Psicológico	Social	Negligencia
LOREDO	agresión física	abuso sexual	deprivación emocional			
MARTÍNEZ	físico	sexual	deprivación afectiva			descuido
CLAUSSEN	físico			psicológico		negligencia
SUÁREZ	físico			psicológico	social	
MILLING	físico	abuso sexual		psicológico		negligencia

Existen otras formas poco comunes: Síndrome de Munchausen en niños, Abuso Fetal, Abuso de tipo ritual o religioso, niños de la guerra y de la calle, estas formas sólo son referidas por el Dr. Loredo Abdala.

Una última forma de clasificar el maltrato hacia los niños es la referida por Padilla Raigoza:⁹⁷

1. Abuso Físico
 - a) Lesión por ira
 - b) Castigo severo y
 - c) Asalto deliberado y asesinato;
2. Privación Nutricional
3. Abuso Sexual
4. Negligencia en la atención médica
5. Administración innecesaria de medicamentos o drogas
6. Supresión de medicamentos necesarios

Algunas de las definiciones de los diferentes tipos de Maltrato Infantil son las siguientes:⁹⁸

⁹⁷ Ob. cit. PADILLA-RAIGOZA, N. 1989.

Maltrato Físico: Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada.

Abandono Físico: Situación en que las necesidades físicas básicas del menor, (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia ...), no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él.

Abuso Sexual: Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía...)

Maltrato Emocional: Conductas de los padre/madre o cuidadores, tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamientos, atemorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.

Abandono Emocional: Situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe se desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa...) o a sus intentos de aproximación o interacción.

Síndrome de Münchhausen por poderes: Los padres cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos

⁹⁸ LÓPEZ, M.E. ALVAREZ, M. Maltrato Infantil. Asociación de Murcia de Apoyo a la Infancia Maltratada. Universidad de Murcia. España. Mayo, 1998. pp: 1-4.

hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo mediante la administración de sustancias al niño).

Maltrato Institucional: Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión precedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.

El niño no sabe defenderse frente a las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficits emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales entre ellas se encuentran trastornos de la alimentación, llanto frecuente, vómito inexplicable, deficiencia para ganar peso, cuadros frecuentes de dermatitis de pañal, retardo en el aprendizaje, así como posibles malformaciones físicas; el niño en peligro de sufrir agresiones debería ser detectado antes de que las sufra⁹⁹. A estas señales de alarma o pilotos de atención es a lo que llamamos indicadores ya que nos pueden "indicar" una situación de riesgo o maltrato; estos indicadores son de mucha ayuda pero hay que tener en cuenta que por sí solos no son suficientes para demostrar la existencia de maltrato sino que además debemos considerar la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde, y con quién se producen.

Algunos de los indicadores que se pueden dar son:¹⁰⁰

⁹⁹ Ob. cit. PADILLA- RAIGOZA, N. 1989

¹⁰⁰ Ob. cit. LÓPEZ, M.E. ALVAREZ, M. 1998.

En el Niño:

- ◆ Señales físicas repetidas (moretones, magulladuras, quemaduras)
- ◆ Niños que van sucios, malolientes, con ropa inadecuada, etc.
- ◆ Cansancio o apatía permanente (se suelen dormir en cualquier lugar)
- ◆ Cambio significativo de la conducta escolar sin motivo aparente.
- ◆ Conductas agresivas y/o rabietas severas y persistentes
- ◆ Relaciones hostiles y distantes
- ◆ Actitud hipervigilante (en estado de alerta, recelosos)
- ◆ Conducta sexual explícita, juegos y conocimientos inapropiados para su edad.
- ◆ Conductas de masturbación en público
- ◆ Niño que evita ir a casa (permanece más tiempo de lo habitual en el colegio, patio o alrededores)
- ◆ Tiene pocos amigos en la escuela
- ◆ Muestra poco interés y motivación por las tareas escolares
- ◆ Después del fin de semana vuelve peor al colegio (triste, sucio, etc.)
- ◆ Presenta dolores frecuentes sin causa aparente
- ◆ Problemas alimenticios (niños muy glotones o con pérdida de apetito)
- ◆ Falta a clases de forma reiterada sin justificación
- ◆ Retraso en el crecimiento, desarrollo emocional e intelectual.
- ◆ Presenta conductas antisociales: fugas, vandalismo, pequeños hurtos, etc.
- ◆ Intento de suicidio y sintomatología depresiva
- ◆ Regresiones conductuales (conductas muy infantiles para su edad).
- ◆ Relaciones entre niño y adulto secretas, reservada y excluyente.
- ◆ Falta de cuidados médicos básicos.

Generalmente son niños en donde su desarrollo intelectual y motor es lento, son inactivos, deprimidos y algunas veces autistas. Estos niños son simétricamente pequeños, con apariencia física, características faciales, edad ósea y circunferencia cefálica correspondiente más bien a la edad por talla alcanzada que a la edad

cronológica, habitualmente tienen un peso inferior al ideal para la talla pero no parecen desnutridos en términos de distribución adiposa.¹⁰¹

En los Padres y/o Cuidadores:¹⁰²

- ◆ Parecen no preocuparse por el niño
- ◆ No acuden nunca a las citas y reuniones del colegio
- ◆ Desprecian y desvalorizan al niño en público
- ◆ Sienten a su hijo como una "propiedad"
- ◆ Expresan dificultades en su matrimonio
- ◆ Recogen y llevan al niño al colegio sin permitir contactos sociales.
- ◆ Los padres están siempre fuera de la casa (nunca tiene tiempo para...)
- ◆ Compensan con bienes materiales la escasa relación personal afectiva que mantiene con sus hijos.
- ◆ Abusan de sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas)
- ◆ Trato desigual entre los hermanos.
- ◆ No justifican las ausencias de clase de sus hijos
- ◆ Justifican la disciplina rígida y autoritaria.
- ◆ Ven al niño como malvado.
- ◆ Ofrecen explicaciones ilógicas, contradictorias no convincentes o bien no tienen explicación.
- ◆ Habitualmente utilizan una disciplina inapropiada para la edad del niño.
- ◆ Son celosos y protegen desmesuradamente al niño.

Estos indicadores pueden observarse en otros casos que no necesariamente se dan en niños maltratados, la diferencia más notable es que los padres maltratadores no suelen reconocer la existencia del maltrato y rechazan cualquier tipo de ayuda, llegando a justificar con argumentos muy variados este tipo de acciones; en cambio los padres con dificultades suelen reconocerlas y admiten cualquier tipo de ayuda que se les ofrezca.

¹⁰¹ PALACIOS, J.L. *Introducción a la Pediatría*. Méndez Oteo. México. 1987. pp: 83-84.

¹⁰² Ob. cit. LÓPEZ, M.E. ALVAREZ, M. 1998.

En el siguiente cuadro se refieren algunos indicadores del agredido y del agresor frente a diferentes tipos de maltrato:¹⁰³

Tipo de maltrato infantil. Indicadores del niño y Características del agresor

Cuadro No. 5

Tipo de maltrato	AGREDIDO		AGRESOR	
	Indicadores		Características	
	Físicos	Comportamiento	Particulares	Generales
Físico	huellas del objeto agresor, eritema, equimosis, inflamación, deformación de la región, fractura y ruptura de vísceras. Ingresos frecuentes a hospital por lesiones cuya causa no es clara.	Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimientos de ser malos. En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento	Incapaces de controlar sus impulsos, enojados, al más mínimo estímulo responden con agresión física.	Frustración, hostilidad, alto potencial de agresión, antecedentes de haber sido maltratados.
Sexual	presencia en genitales y/o ano de: equimosis, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado (niñas), dificultad para caminar, semen infecciones.	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo.	Impiden amistades con el menor del sexo opuesto. Estimula o excita sexualmente al menor usando revistas, películas o por exhibición	Presencia de algún tipo de adicción. Tienden al aislamiento. No se reconocen como maltratadores.
Psicológico	Retraso psicomotor	Deterioro de facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, autodevaluación y	Devalúa constantemente al menor en público o en privado. Lo culpa de todo lo	Incapacidad de buscar ayuda profesional idea distorsionada del niño. Exige más de lo que el

¹⁰³ SANTANA-TAVIRA, R. y col. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública de México. Vol. 40 No. 1. Enero-Febrero. 1998. pp: 60

NUTRICIÓN DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
CON SÍNDROME DE MALTRATO INFANTIL
PERTENECIENTES A UN ALBERGUE DEL ESTADO DE
QUERÉTARO.

		bajo rendimiento escolar.	malo que sucede, no se muestra cariñoso, constantemente amenaza o aterroriza al niño.	niño puede hacer.
Emocional	No juegan se aíslan	Apatía, retraimiento, aislamiento, depresión, poco sociables, problemas para relacionarse con los demás, bloqueo emocional.	Es rechazante, poco tolerante, no presta atención, no dedica tiempo al niño.	Tiende frecuentemente a la depresión, problemas de adicción: drogas, alcohol.
Negligencia	Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, sin asistencia médica oportuna, astenia y adinamia permanentes	Retraimiento, apatía, depresión, timidez, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo.	Apático, desinteresado, ve al menor como una carga.	Problemas en la relación de pareja. Problemas económicos.

Por último es importante mencionar que no debe confundirse pobreza con negligencia de los padres, ni tampoco intento de disciplina con abuso del menor¹⁰⁴.

6.1. ASPECTOS HISTÓRICOS

La historia del maltrato a menores ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la Tierra. Para comprender que las formas del mismo han sucedido de diversas maneras y que el problema es añejo, se presenta enseguida una breve semblanza de los hechos que fundamentan estas afirmaciones.

¹⁰⁴ LOREDO ABDALÁ, A. *Maltrato al Menor*. Capítulo 5. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. México 1994. pp:53-59.

Aristóteles señalaba que " un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto". Lo habitual en la Grecia y Roma de aquel tiempo, era que el padre tenía poder sobre la vida o la muerte de los hijos, y podía hacerlos esclavos y darlos a un tercero así como también abandonarlos sin que por ello sufriera castigo alguno.

Las órdenes dictadas por Heródes constituyen un ejemplo del fenómeno que se analiza. Hubo un tiempo en el que se azotaba a los niños cristianos en el día de los inocentes para recordarles la masacre realizada por Heródes.

En algunas civilizaciones, el infanticidio era un medio para deshacerse de los niños con defectos físicos, en Esparta se los lanzaba desde la cima del monte Taigeto, y en la India se los consideraba instrumentos del diablo y por ello eran destrozados. en la historia de las sociedades precolombinas, destacan los sacrificios de adolescentes y niños que llevaban a cabo los aztecas para calmar a sus deidades y así recibir favores de los mismos. Los grupos Mazahuas obligaban al niño desobediente a mantener la cabeza inclinada sobre el humo que se producía al quemar chiles secos. En el código mendocino se encuentran castigos al menor que en la actualidad se consideran crueles, en sociedades guerreras como la Mexica se piensa que dichos castigos eran congruentes. entre ellos existían castigos como colocación de púas de maguey por desobediencia, quemaduras del pelo cuando el niño mentía, limitación de alimentos al ladrón, largas jornadas de trabajo, etc.

En China, el límite para procrear era de tres hijos y para efectuar una especie de control de natalidad, el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes, La antigua costumbre de lisiar y deformar a los niños para que causaran lástima y así poder pedir limosna era una situación muy común.

Martín Lutero ordenó que los niños con retardo mental fuesen ahogados, esto por creer que eran instrumentos del diablo. En el tiempo de la Colonia dentro de lo escrito, está el *Rhazes practica puerorum* que corresponde al primer tratado de pediatría, fue escrito alrededor del año 900 D.C. por un médico persa, quien mientras aprendía entre los niños de los hárems acerca de las hernias inguinal y umbilical, señalaba que era posible abandonar a los niños intencionalmente.

Hitler , en su afán belicista y de obtener una raza pura, realizó atrocidades como asesinar física y emocionalmente a millares de niños. Con la Revolución Industrial, los niños ingresaron al trabajo sistemático, en el que les obligaban a laborar turnos de 16 hrs. o más.¹⁰⁵

A pesar de la falta de documentación médica, médicos ingleses del siglo XIX fundaron en 1883 la primera English Society for the Prevention of Cruelty to Children en la ciudad de Liverpool. Caffey publicó en 1946 los hallazgos de fracturas múltiples y hematoma subdural en seis niños, es posible decir que realmente se inició la descripción de los que en la actualidad se conoce como Síndrome de Maltrato Infantil (SMI). Años más tarde, en 1953, Silverman, describió lo que llamó "traumatismos esqueléticos no reconocidos" y junto con Kempe introdujeron el término del "síndrome del niño golpeado" al establecer claramente la relación entre la existencia de diversas fracturas y, en ocasiones, presencia de un hematoma subdural. Pero lo más importante fue descubrir que este tipo de lesiones habían sido ocasionadas por alguno de los padres o algún adulto que cuidaba al menor.¹⁰⁶

El espectro del Síndrome se amplió cuando Fontana señaló que también es factible observar en estos niños una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etc, por falta de atención del adulto. Este fenómeno que puede ocurrir de una manera aislada, o bien asociada con maltrato físico o abuso sexual se conoce como "deprivación" social o emocional o ambas dependiendo del fenómeno existente.

Una manera particular de abuso que recientemente ha llamado la atención es aquello en que el niño es sometido a un tipo de agresión física, psicológica o sexual por adultos que pertenecen a ciertas sectas sadicorreligiosas, en estos casos existe una creencia o religión que intenta crear un sistema espiritual y social muy especial a través de prácticas que involucran a los niños. En los últimos años se ha insistido en el riesgo que corren los niños de sufrir maltrato si se encuentran en guarderías infantiles, orfanatos y reclusorios para menores.

¹⁰⁵ Ob. cit. LOREDO ABDALÁ, A. 1994.

¹⁰⁶ Ob. cit. LOREDO ABDALÁ, A. 1994.

tienen algún problema mental grave¹¹⁰. El impacto de las experiencias de la niñez tienen efectos prolongados; a los niños a quienes se les niega las oportunidades y experiencias adecuadas, no sólo crecerán con tales deficiencias sino que las perpetuarán en sus propios hijos.¹¹¹

Muchos niños que han sido maltratados al convertirse en padres también maltratan a sus propios hijos, es decir, el maltrato al menor es una enfermedad de adultos que se refleja en los niños. Un adulto que fue maltratado cuando niño ha de tener dificultad en establecer relaciones personales íntimas y tenderá a ver a los demás adultos como maltratadores potenciales.¹¹²

De igual forma, la agresión puede manifestarse de distintas maneras; puede ser activa o pasiva, expresada físicamente o psicológicamente.

Para desencadenar el maltrato hacia los niños se requieren de tres componentes o también llamados factores de riesgo:¹¹³

Agente: El agresor casi siempre es un familiar o una persona allegada al niño. Se afirma que en el 90% de los casos, el agresor es alguno de los padres; un 5% un amigo de la madre; en 4% la niñera sin relación familiar cercana con el niño; en 1% los hermanos.

La edad de los padres maltratadores varía entre 26 y 30 años y tiene algunas características en común como las siguientes: madre soltera, padres con depresión mental, antecedentes criminales en alguno de los progenitores, además de alcoholismo, drogadicción, pobreza, padres que fueron lastimados cuando niños, soledad e inmadurez de los progenitores y pérdida fácil del control sobre sus emociones.

¹¹⁰ Ob. cit. LOREDO ABDALÁ, A. 1990.

¹¹¹ SOLIS-CAMARA, P. La Validez del inventario de paternidad para adultos y adolescentes: Los índices de abuso infantil. Salud Mental. Vol. 14. No. 2. Junio 1991. pp: 11-16.

¹¹² Maltrato de Niños. Las Mallagaduras Escondidas. Apuntes para la Familia. Academia Americana para Niños y Adolescentes. Mayo. 1996. pp: 1-2.

¹¹³ Ob. cit. PADILLA-RAIGOZA, N. 1989.

Huésped: Se calcula que el 33% de las víctimas de maltrato son menores de un año de edad; otro 33% son niños con edades entre uno y seis años y el resto son mayores de seis años de edad. Los niños prematuros tienen una posibilidad tres veces mayor de sufrir abuso y negligencia.

Ambiente: Ante perspectivas poco halagadoras por desempleo, mala situación económica, familia desintegrada o dispersa, aislamiento social, pobreza, enfermedad, hacinamiento, promiscuidad, inestabilidad emocional familiar es factible que se presente el maltrato al menor.

Los Factores predisponentes para el maltrato infantil se presentan en el siguiente cuadro:

Factores Predisponentes para el Maltrato Infantil

Cuadro No. 6

Factores Paternos	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de preparación ● Modelos pobres ● Expectativas irreales sobre el niño ● Empleo del castigo corporal como una forma educativa
Factores de estrés	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad económica ● Hogar en malas condiciones ● Desempleo ● Enfermedad ● Agotamiento ● La llegada de otro hijo ● Ruptura conyugal
Factores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Tendencias impulsivas ● Depresión ● Abuso de drogas, fármacos o ambos ● Psicosis
Factores Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ● Esposa que no brinda apoyo * ● Aislamiento social ● Familia extendida, dispersa o ausente

* No considera Esposo. FUENTE: PADILLA RAIGOZA 1989.

Cuando la lesión ya se ha producido, existen algunas circunstancias comunes a saber:

- a) La explicación de los padres no es congruente con la gravedad y el tipo de lesiones.
- b) La secuencia de sucesos es presentada en forma complicada.
- c) El tiempo entre el "accidente" y la llegada al hospital es largo en forma inexplicable.
- d) Los padres se muestran despreocupados o con una preocupación excesiva, incongruente con la intensidad de la lesión.
- e) Contraindicaciones en la forma en que se produjo el "accidente", inculpándose mutuamente.
- f) Contrastes en el aseo personal y vestimenta de los padres y el niño.

Es bien conocido que los pacientes con síndrome del niño maltratado presentan, entre sus múltiples manifestaciones clínicas, retardo en el crecimiento y talla baja. Hasta la actualidad se ha considerado que estas alteraciones son posiblemente consecuencia de un aporte nutricional deficiente, el cual es aún mayor en el subgrupo de niños que presentan, además del maltrato físico, deprivación emocional o afectiva ¹¹⁴ este síndrome está; caracterizado por la existencia de relaciones anormales madre-hijo, dificultades en las habilidades cognoscitivas y de relación y alteraciones endocrinológicas y del desarrollo físico que son total o parcialmente reversibles al modificar el ambiente familiar, la alimentación y/o las condiciones afectivas previamente deficientes. ¹¹⁵

Anna Freud escribió un resumen de la teoría psicoanalítica sobre el desarrollo de la agresión en 1949. Según esta teoría los instintos innatos del hombre: sexo y agresión, tiene un papel principal en la formación de la personalidad. El sexo tiene la función de preservar, propagar y unificar la vida, mientras que la agresión sirve por el fin opuesto, o sea deshacer conexiones y destruir la vida.

Si el desarrollo emocional se ve detenido en la infancia debido a la ausencia de objetos amorosos por el rompimiento de lazos emocionales o por razones innatas,

¹¹⁴ MORICE, A.C. Tratamiento del Niño con retardo en el crecimiento (falla para progresar). Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol.46. No. 8. Agosto 1989. pp: 567-570.

¹¹⁵ Ob. cit. PADILLA-RAIGOZA, N. 1989.

las tendencias agresivas no quedan suficientemente neutralizadas y el niño será excesivamente o patológicamente agresivo.

Las experiencias de separación están asociadas con la agresividad, que los padres que maltratan a sus hijos son generalmente agresivos y que ellos mismos experimentaron separaciones drásticas de sus padres durante la infancia. Por lo tanto, para explicar el abuso de niños tendrán que considerarse otros factores.

Se ha intentado hacerlo desde la perspectiva de Melanie Klein, según su teoría, aproximadamente a los seis meses de vida, el infante ve a la madre como un objeto total, y por lo tanto ella es el receptáculo de sus sentimientos, tanto cariñosos como hostiles. Al experimentar al mismo tiempo odio y amor hacia la misma persona, el niño siente depresión, tristeza y preocupación de que la madre se vea afectada por un predominio de sus sentimientos hostiles. La prolongación de esta ansiedad puede afectar su crecimiento y maduración futuras, o puede ser la causa de una reversión en que se sienta amenazado y atacado en la llamada posición paranoide.

Si el padre o la madre no logran resolver esta fase satisfactoriamente, cuando se enfrentan a un niño provocativo volverán a la posición paranoide y esta dará como resultado la agresión hacia el niño, es decir, las exigencias del niño ponen tensos a sus padres y como estos últimos no han logrado un desarrollo emocional normal, tienden a experimentar sentimientos autodespectivos y de odio contra si mismos.

Bajo estas condiciones se identifican intensamente con el niño, y para liberarse de estos sentimientos los proyectan y los localizan en el niño y para ahuyentarlos abusan físicamente de él.

Finalmente en esta relación de las teorías a cerca de la agresión, existen factores sociológicos: es muy común que los padres que maltratan a sus hijos sean de baja condición social. Las madres tienden a ser de inteligencia limitada, jóvenes y de clase socioeconómica baja, solteras que viven con hombres que no son los padres de los niños y que carecen de contacto social con parientes y amigos. Son frecuentes la falta de armonía y la separación del matrimonio así como el desempleo de los padres.

Los sociólogos han hablado del comportamiento antisocial como de un síntoma de frustración más común en grupos que experimentan un estrés especial. Durkheim habló de "anomía", es decir, una forma de malestar social en la que las presiones que regulan y controlan las costumbres sociales aceptadas, se ven disminuidas. La gente así se encuentra sin guías y sin freno. El progreso industrial, al elevar primero y luego frustrar las aspiraciones de las clases bajas, las pone en una situación especialmente vulnerable.

Se puede obtener una respuesta parcial si comparamos a los padres que maltratan a sus hijos con otros padres, también de clase baja, que no los maltratan; esto sugiere que la edad y los factores de la personalidad, tales como la capacidad para confiar en otros momentos de necesidad, son más importantes que los aspectos sociales tales como la pobreza y el desempleo para evitar la agresión de los niños.

Con esto podríamos concluir que la causa del maltrato a los niños es multifactorial y que tal vez con ello nunca podrá ser identificado con exactitud el problema que la origina, lo cierto es que existe.¹¹⁶

Existen varias explicaciones del porque las circunstancias de privación afectiva puede alterar la actividad anabólica y el estado nutricional del niño repercutiendo por lo tanto en su crecimiento. Se ha sugerido que los cambios emocionales de la magnitud observada en los niños maltratados puede tener un efecto directo sobre el metabolismo intermedio y alterar así los procesos metabólicos¹¹⁷

Existe un componente el cual adquiere una gran importancia a medida que el individuo crezca, es la inadecuación del ambiente, en el que el niño se desarrollará y tendrá sus experiencias, y que será preciso corregir igualmente en la acción terapéutica ulterior; la desorganización de los medios que permiten en estado normal la construcción y ejecución en el tiempo y en el espacio de las posturas y los movimientos automáticos y voluntarios. Estos trastornos hacen que, en una situación dada, un gesto, por ejemplo, no pueda ordenarse correctamente.

¹¹⁶ Simposio Internacional del Niño Maltratado 1979. Secretaría de Gobernación, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salubridad y Asistencia., IMSS, DIF:

¹¹⁷ LOREDO ABDALÁ, A. Síndrome del niño Maltratado: Aspectos Físicos, emocionales y sociales. Revista Mexicana de Pediatría. Mayo-Junio 1987. pp: 123-131.

Así, la regulación, la coordinación y la distribución de las contracciones musculares eficaces pueden ser total o parcialmente perturbadas.¹¹⁸

El niño va adquiriendo una serie de habilidades o destrezas que favorecen a la iniciación de la alimentación mixta, una de las habilidades que va adquiriendo el niño conforme pasa el tiempo, es la de expresar su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante, contrariamente cuando se encuentra satisfecho, puede demostrar su desinterés por el alimento impulsándose hacia atrás y volteando a un lado la cabeza, de este modo el niño participa activamente en la nueva experiencia de la alimentación.¹¹⁹

Ya nadie duda de que en los preescolares de los países en que la malnutrición es prevalente, ésta se asocia con el retraso del desarrollo psicomotor, de la adaptación, del lenguaje y de aspectos socio-personales medidos a través de diversas técnicas y escalas; del 10% al 15% de la población infantil de los países del tercer mundo presenta alteraciones del desarrollo psicomotor en diferentes grados; desde severas como en el parálítico cerebral profundo, hasta moderadas o leves como en el niño con problemas de aprendizaje o torpeza motora¹²⁰.

En una cohorte de los niños nacidos durante un año civil, se observó que el 18% de la discordancia del desarrollo psicomotor al año de edad y el 38% a los dos años de edad podía ser explicada por las variaciones de la talla corporal, mientras que las variaciones del peso explicaban el 28% y el 45% de la varianza, respectivamente.

La conclusión que se puede extraer de una revisión de la literatura es que los niños que estuvieron malnutridos cuando eran lactantes y mostraban retraso del crecimiento corporal y de la maduración bioquímica, presentan también un retraso de sus capacidades mentales, incluso años después de que su episodio de malnutrición había sido tratado con éxito. Existen algunos estudios en donde hay mediciones que indican que el retraso de las funciones mentales se correlacionan de

¹¹⁸ Ob. cit. AMIEL-TISON, C. GRENIER, A. 1988.

¹¹⁹ VASQUEZ-CARIBAY, E. Recomendaciones nutricionales en el recién nacido. Boletín médico del Hospital Infantil en México. Vol. 52. No. 12. Dic. 1995. pp: 698-705.

¹²⁰ FERNANDEZ-CARROCERA, A. Guías para detectar deficiencias en el desarrollo psicomotor de los niños. Cuadernos de Nutrición. Vol. 14. No. 2. 1991. pp: 6-11.

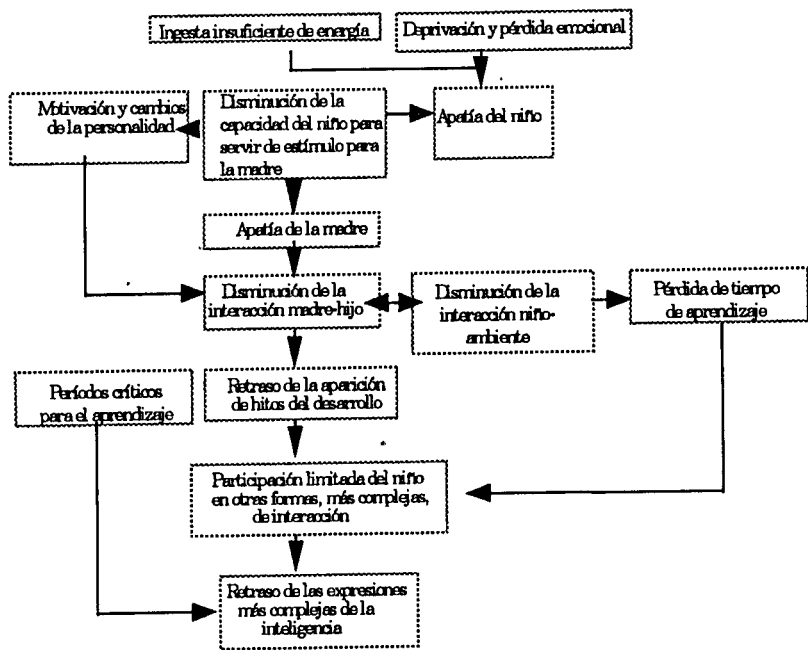
manera inversa con la duración de la lactancia materna así como con el inicio de la alimentación mixta.

Además de los efectos de la deprivación nutricional general, otros factores asociados estrechamente con la malnutrición contribuyen a retrasar aún más el desarrollo de las capacidades visuales-cinestésicas y la neurointegración auditiva-visual, que están altamente correlacionadas con el aprendizaje.

La malnutrición produce lesiones orgánicas en el cerebro, también es posible que exista un mecanismo indirecto que explique las alteraciones de la capacidad de aprendizaje. Esta hipótesis estaría basada en la apatía que presentan los niños malnutridos, cuya ingestión de energía es insuficiente y en sus pobres respuestas emocionales, que a su vez pueden modificar las motivaciones y la personalidad de la madre, de tal manera que la interacción madre-niño disminuye y se pierde el momento en el que el niño debe cumplir los periodos críticos de su aprendizaje. Este proceso puede explicar también la desaceleración del desarrollo intelectual y del aprendizaje, que son característicos de los supervivientes de la malnutrición infantil.

Algunos de los mecanismos no orgánicos a través de los cuales la malnutrición precoz puede afectar el desarrollo mental y la capacidad de aprender se presentan en el siguiente diagrama:

Mecanismos No Orgánicos de Malnutrición Precoz
 Cuadro No. 7



CUADRO No. 7.- Mecanismos no orgánicos a través de los cuales la desnutrición precoz puede afectar el desarrollo mental y la capacidad de aprender

FUENTE JOAQUÍN CRAVIOTO, 1994.

Todo niño nace dotado de un sistema de defensas en contra de los microbios que abundan en este mundo. Sin embargo, es necesario cuidar del ambiente físico, formado por un conjunto de condiciones como la temperatura, la humedad, la altitud, etc. a fin de que el frágil organismo infantil fortalezca las defensas que lo escuden contra los agentes portadores de las enfermedades. Además del ambiente físico, existe el psicológico que permite al niño desarrollar defensas en contra de todos los conflictos, contratiempos y sinsabores de la vida. Tan íntimamente influyen

En 1962, Henry Kempe, en la reunión de la Academia Americana de Pediatría, implantó el término de Síndrome del Niño Maltratado como: *"El uso de la fuerza física, en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir al niño, ejercida por parte de sus padres o de otra persona encargada de su cuidado"*.¹⁰⁷

El Centro Internacional de la Infancia de París, considera que Maltrato Infantil es "cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estado derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo"¹⁰⁸

En 1923, Eglantyne Gebb establece los derechos de los niños, que fueron aprobados por la ONU en la Asamblea General de noviembre de 1959.

En México durante el gobierno del presidente Juárez, aparece el registro civil, primera medida de carácter jurídico sobre la protección legal del niño, en 1929, Portes Gil, establece la Asociación Nacional de Protección de la Infancia que en diferentes épocas ha adoptado distintos nombres hasta el actual de Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

6.2. EL ABUSO HACIA LOS NIÑOS Y LAS TEORÍAS SOBRE LA AGRESIÓN

El maltrato a menores es uno de los problemas sociales de mayor gravedad, se observa en todas las clases sociales; las personas maltratadoras pertenecen a cualquier grupo cultural o económico.¹⁰⁹ Las causas del maltrato de niños a manos de sus padres son numerosas y variadas. Los padres que abusan de sus hijos casi invariablemente tuvieron alguna experiencia desastrosa en este sentido cuando fueron pequeños, ¿cuál es la situación emocional y psiquiátrica de los padres agresores?, Martín y cols. (1974) sugieren que alrededor del 10% son psicóticos o

¹⁰⁷ Ob. cit. PADILLA - RAIGOZA, N. 1989.

¹⁰⁸ Ob. cit. LÓPEZ, M.E. ALVAREZ, M. 1998.

¹⁰⁹ Programa Nacional de acción en Favor de la Infancia. 1995-2000. pp:172.

los dos ambientes en el individuo que, si se descuida la formación del ambiente psicológico adecuado, las defensas del organismo disminuyen.

Los estudios psicológicos de los últimos años indican que la satisfacción de las necesidades físicas del niño (alimento, aire, abrigo, limpieza, y sueño) no bastan para su desarrollo normal.

Se sabe, por diferentes investigaciones, que la frialdad materna suscita en los niños dificultades en la alimentación, produce enuresis persistente, agresividad intensa y retarda el desarrollo de la conciencia.

Parece que los niños de madres cariñosas maduran más rápidamente en su conducta social que los niños de madres indiferentes. Así pues, es evidente que el cariño (la adhesión emocional a una persona) es indispensable no sólo para el desarrollo mental del niño, sino también para su crecimiento físico; el efecto da origen a la seguridad. El niño nace incapaz de valerse por sí mismo en un mundo amenazador. Llega a la vida en el más absoluto desamparo, de suerte que parecería si no hubiese un adulto que lo cuidara, gracias al estímulo que constituyen los padres el niño comienza a moverse, a decir sus primeras palabras y dar sus primeros pasos; el amor vigilante de la madre, que sigue como sombra las primeras exploraciones del niño, le da la seguridad que necesita para acometer la tarea de conocer el medio que lo rodea, el rechazo que experimenta un niño, puede asumir formas diversas, como la negligencia y la crueldad, el perfeccionismo y la protección exagerada. La negligencia aparece en la falta de cuidados físicos necesarios para que crezca el niño. La crueldad se manifiesta en golpes, maltratos e incluso en privar de alimento al niño. Las consecuencias del rechazo son desastrosas. El niño rechazado debe apoyarse en sus propios recursos y defensas, que son limitados. De ordinario se le deja solo, hambriento, incómodo y asustado, el niño al cual se maltrata físicamente carece de la fuerza necesaria para defenderse a sí mismo.

Para el bebé, el alimento es una fuente de satisfacción primaria, en cuanto que satisface sus necesidades nutricias a la vez que le ofrece estímulos sensoriales relacionados con el olor, el sabor y la textura de los alimentos. Las madres saben que el niño que es alimentado en un ambiente de tranquilidad, de relajación, sin prisa ni ansiedad, tiende a quedar saciado y satisfecho más pronto; por el contrario

el niño que es alimentado con prisa o por una madre angustiada o alterada, se muestra irritable, inquieto y parece no saciarse con el alimento que le dan.

Desde que el niño es muy pequeño y durante la infancia, es frecuente que se use el alimento para premiar, calmar, amenazar o controlar su conducta fuera de las horas o actividades directamente relacionadas con la comida, considerado esto como un tipo de maltrato ya que al niño se le va educando de esta manera, es decir, se le crea una imagen de los alimentos no tanto como satisfactores sino como elementos de castigo o premio.¹²¹

6.3. SITUACIÓN DEL MALTRATO EN EL ESTADO DE QUERÉTARO

Jaime Marcovich (1981) publicó el primer dato del número de menores que sufrían una u otra modalidad de maltrato en México con ello despertó la conciencia no solamente de médicos que atienden a niños, sino también de otros profesionales, acerca de las diversas formas de maltrato. Loredo y Reynés (1984) publicaron los casos que se habían presentado en el Instituto Nacional de Pediatría durante 14 años, con este trabajo se desencadenó en el propio Instituto una serie de estudios al respecto y se sensibilizó a toda la personal en cuanto a la existencia del síndrome y lo denominaron como "...una realidad creciente en México".¹²²

En Querétaro el menor es víctima de omisión de cuidados, incumplimiento de las obligaciones de asistencia familiar como lo es el proporcionar alimento al niño, lo cual nos conduce al campo del maltrato al menor, las causas de este delito son sumamente complejas y se pueden atribuir a la desintegración familiar, el hacinamiento, la deficiente formación de los padres y, principalmente, la pobreza. Bajo estas condiciones es muy factible que el maltrato de menores se produzca. Comenta el Lic. Raúl Franco Zedillo, Procurador de la Defensa del Menor y la Familia del DIF del Estado de Querétaro: " *sólo basta observar al niño para constatar que ha sido maltratado ya que los golpes, excoriaciones, quemaduras saltan a la vista en varias partes del cuerpo, se advierte desnutrición severa y sobre todo por la*

¹²¹ CASTRO GUTIERREZ, F. *¿Cuándo empieza la Obesidad?* Cuadernos de Nutrición. Vol 11. No. 3. Mayo-Junio. 1988. pp: 3-8.

¹²² Ob. cit. LOREDO ABDALÁ, A. 1994.

actitud del niño la cual es retraída, son muy reservados y tienen miedo de comunicar que han sido maltratados por lo padres."

El problema del niño maltratado en el Estado de Querétaro se divide en dos formas posibles:¹²³

- I. El maltrato activo, caracterizado por golpes, palos, azotes con la mano, pies o cuerdas que producen lesiones leves, simples excoriaciones o hasta heridas graves que llegan a ocasionarles fracturas, lesiones externas o internas y sobretodo un daño emocional que afecta su personalidad y,
- II. El maltrato pasivo el cual se refiere a la falta de atención al niño, a no proporcionarle los elementos que necesita para vivir, y caracterizado muy frecuentemente por el encierro prolongado sin darles de comer como una forma de castigo que los padres aplican a sus hijos.

Es evidente que el fenómeno de maltrato al menor o Síndrome del Niño Maltratado ha despertado, sobre su existencia e incremento, un enorme interés en todo el mundo y aunque es más marcado en los países que constituyen el llamado "primer mundo" es indudable que también se ha observado en los que corresponden a los que se encuentran en "vías de desarrollo"; Clement Smith ha sugerido que el maltrato al menor se trata de una enfermedad del adulto que encuentra su expresión en el niño.

El maltrato de menores es un problema que en la medida en que se haga conciencia a través de todos los sectores sociales, se puede tener optimismo, una esperanza de que si bien el problema no va a desaparecer, sí debe ser controlado, ya que de no hacerse podría convertirse en una verdadera problemática social de alta incidencia.¹²⁴

¹²³ ALVAREZ HIDALGO, J.L. *Niños Maltratados. lo que no debe ser.* Querétaro Cambio XXI. pp: 23-26.

¹²⁴ Ob. cit. ALVAREZ HIDALGO, J.L.

JUSTIFICACIÓN

La historia del maltrato a menores ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la Tierra, la atención integral del fenómeno de maltrato requiere un esfuerzo de la sociedad como un todo, es decir, todos los miembros que la conforman deben crear una conciencia y una cultura donde los niños merezcan ser respetados. Este es un reto que todos los adultos deben asumir con responsabilidad si se quiere que los niños respondan de igual manera cuando les toque representar el papel de adultos en la vida.

Desde siempre, el concepto del niño maltratado ha tenido la tendencia a enfocarse bajo los aspectos del maltrato físico con sus consecuencias y esto se entiende en razón de que el traumatismo no accidental llamó inicialmente la atención hacia este problema tan importante desde el punto de vista de salud pública, se ha llegado a comprender que el descuido y la falta de atención en la educación de estos niños, así como el abuso emocional pueden conllevar modos de maltrato tan profundos e incluso con efectos tan graves o más que los mismos del traumatismo físico.¹²⁵

El maltrato de menores es uno de los problemas sociales de mayor gravedad, que se observa en todas las clases sociales; las personas maltratadoras pertenecen a cualquier grupo cultural o económico. Las instituciones gubernamentales que atienden esta problemática reflejan en sus registros solamente una parte de este complejo problema¹²⁶, el cual es un problema de frecuencia creciente en México, aún cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Por eso es necesario difundir el conocimiento desde todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar una terapéutica temprana, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.

¹²⁵ CARBAJAL, L, LOREDO-ABDALÁ, A. El Maltrato al Niño algunas consideraciones éticas sobre su atención. Boletín médico del Hospital Infantil en México. Vol. 50. No. 12. Dic. 1993. pp: 898-902.

¹²⁶ PROGRAMA NACIONAL DE ACCIÓN A FAVOR DE LA INFANCIA 1995 - 2000

En América y el Caribe se observa que en países como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, debido al aumento de las tensiones socioeconómicas y del desempleo y a la disminución del salario, se incrementaron los índices de violencia, a tal grado que en países como Colombia y Guatemala éstos constituyen una de las principales causas de defunciones en el grupo de 5 a 14 años de edad. En nuestro país no se conoce la prevalencia de niños con maltrato; los estudios que existen sólo muestran facetas parciales de este problema, por lo que es necesario establecer estrategias de investigación adecuadas para su detección. En 1995, la UNICEF estimaba que la población menor de 19 años en México representaba el 47% del total de los habitantes del país y que el grupo de 0 a 4 años correspondía al 25.8%, por lo que su preocupación "son los niños y las niñas que viven en condiciones de extrema pobreza, principalmente los menores de 5 años por ser la población infantil más vulnerable a enfermedades infecciosas, a desnutrición y al maltrato."¹²⁷ En Querétaro, en materia de delitos contra menores, éstos son víctimas de omisión de cuidados, incumplimiento de las obligaciones de asistencia familiar y sobretodo de lesiones en diferentes grados, entre los más frecuentes.¹²⁸

En 1997 en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre fueron recibidas 70 denuncias, de las cuales solo 65 fueron atendidas en 35 de las cuales se comprobó el maltrato. Tendemos a pensar en los niños maltratados como si fueran solamente lesionados físicamente, pero el daño emocional puede ser mucho más severo y tener consecuencia de larga duración tanto para el niño como para la sociedad, tales pequeños tienen un potencial alto cuando son mayores, para comprometerse en actos de desviación y delincuencia; las gráficas que se presentan a continuación solo son la punta de un iceberg en donde se confunde pobreza con negligencia de los padres, así como intento de disciplina con abuso del menor.¹²⁹

El crecimiento y desarrollo es un fenómeno biológico que se encuentra determinado por factores genéticos y cuya modulación se debe al medio ambiente, de aquí que eventos como desnutrición, enfermedad, estrés psicológicos, afecten las dimensiones

¹²⁷ SATANA-TAVIRA R. et al. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública de México. Vol 40. No. 1 Enero-Febrero 1998. Pp: 61-62.

¹²⁸ Ob. cit. ALVAREZ HIDALGO, J.L.

¹²⁹ DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA. DIF ESTADO DE QUERÉTARO 1997. Concentración de Datos estadísticos de Menores Maltratados 1997.

corporales alcanzadas por un sujeto o población a una edad determinada. Tratándose de niños el panorama es aún más complicado porque en ellos la nutrición lleva implícitos los requerimientos de crecimiento y de desarrollo y porque la satisfacción de sus necesidades está supeditada a la autoridad o al autoritarismo de los adultos.¹³⁰

Una de las formas de maltrato hacia los niños menos estudiada es la deprivación nutricional intencionada su forma de diagnóstico está basada en la desnutrición de 2º y 3º con ausencia de patología aparente asociada al desarrollo de la desnutrición, tiene una letalidad seis veces mayor que el maltrato físico; generalmente se atribuye a carencias económicas es verdad, que es un factor importante pero no el único por lo que se da este tipo de maltrato, ya que junto con el llamado acto de nutrir, está la entrega de la madre hacia el hijo el cual es uno de los componentes psicológicos más importantes y que sin embargo no se le da la importancia que en realidad tiene.¹³¹ Este tipo de maltrato ha sido considerado como una de las causas principales de desnutrición en niños, el problema que existe en ello no es solo saber el grado de desnutrición sino saber si la desnutrición que presentan los niños es debida a la intencionalidad en la privación o descuido de la alimentación.

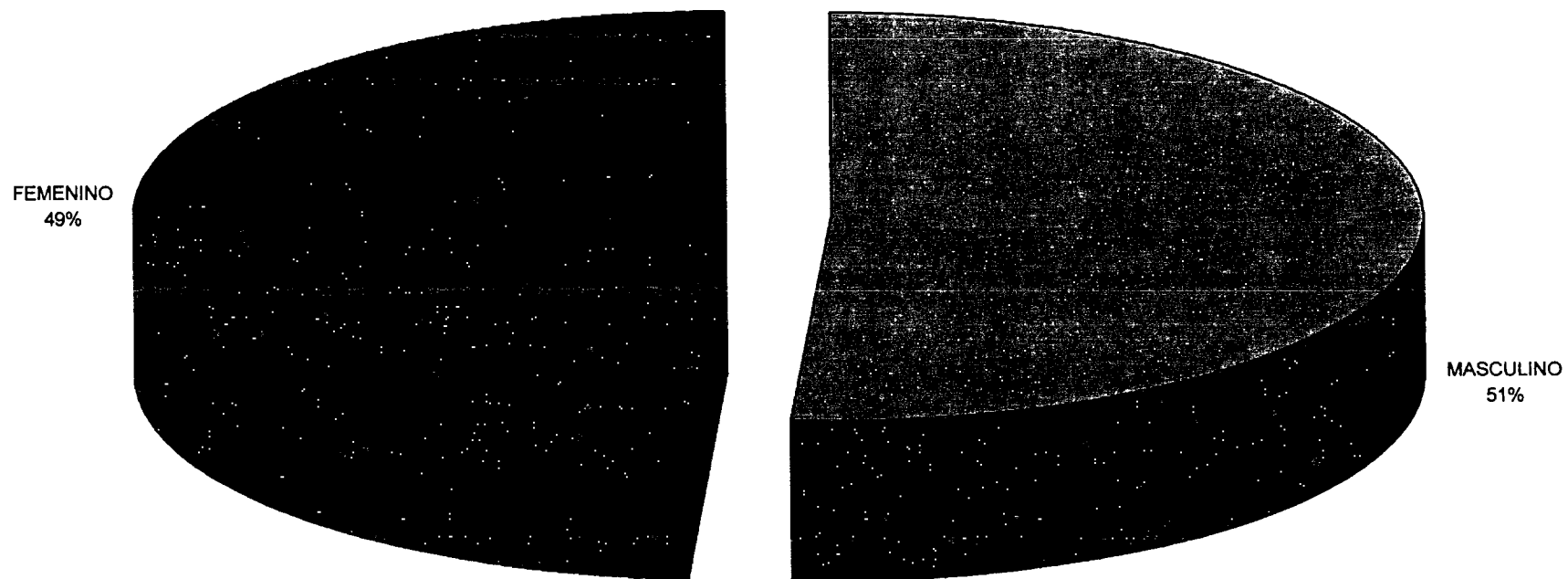
Se sabe que la estimulación afectiva a través de muestras de amor y cariño hacia los niños, actúa sinérgicamente con su alimentación dando como consecuencia un buen crecimiento físico; pero esto es solo el principio. Con esta investigación se pretende aportar elementos para emitir un juicio razonado acerca de la necesidad de una estimulación en el desarrollo psicomotor del niño con Síndrome de Maltrato de manera que su crecimiento y desarrollo sean satisfactorios y las repercusiones hacia etapas más tardías de la vida tengan efectos positivos, estableciendo de esta manera hábitos alimentarios adecuados. La alimentación debe ser acorde con la etapa de desarrollo en la que se encuentre, sus necesidades biológicas y su nivel de desarrollo psicomotor; ya que cuando el niño cuenta con estimulación adquiere un estado de receptibilidad y de comunicación, la cual ayuda a que tenga una mayor capacidad en cuanto a su desarrollo y crecimiento.

¹³⁰ Ob. cit. RAMOS GALVAN, R. 1969.

¹³¹ Ob. cit. HERRERA-HUIDOBRO, A. 1992.

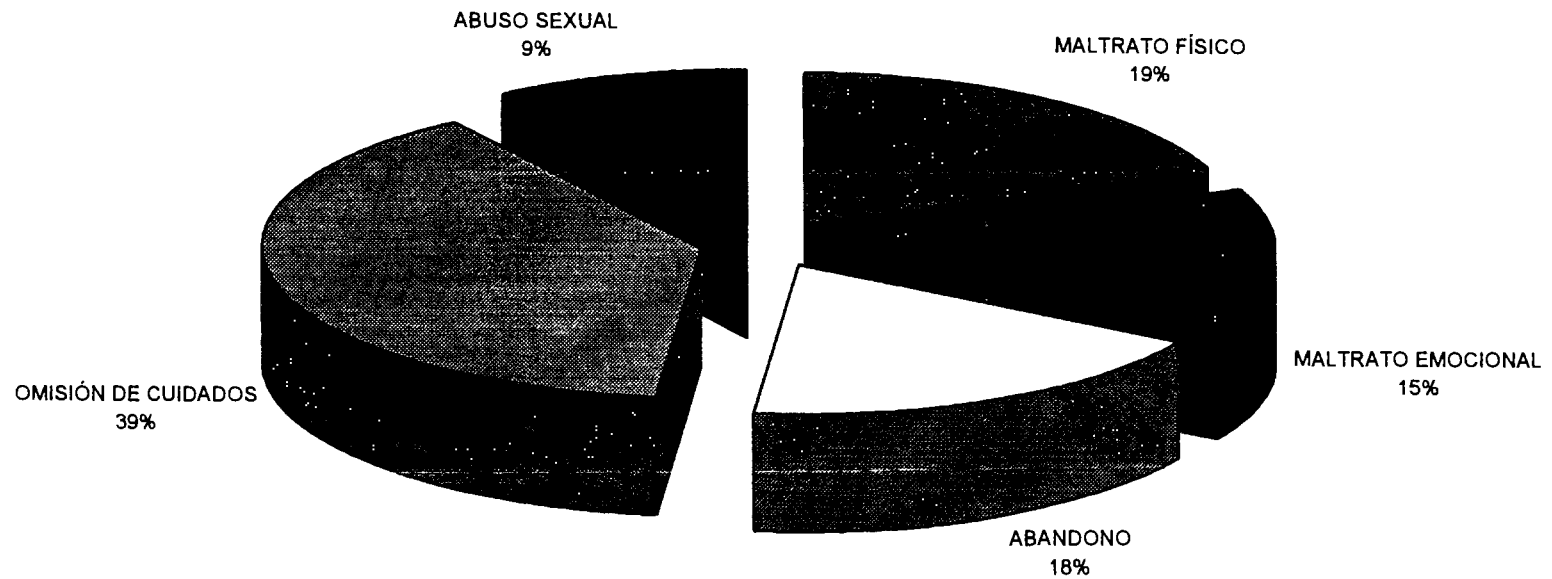
Es imprescindible y de vital importancia determinar los factores que intervienen en la alimentación del menor con síndrome de maltrato, de manera que se puedan sustentar acciones las cuales permitan dar una respuesta adecuada a la situación tan difícil que presentan este grupo de menores maltratados, con el principal objetivo de llevar a cabo y de forma exitosa una alimentación acorde con sus necesidades y características tomando como base que son niños que han experimentado de algún tipo de maltrato, por lo que considero necesaria la realización de esta investigación.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS MENORES EN QUE SE COMPROBÓ EL MALTRATO.



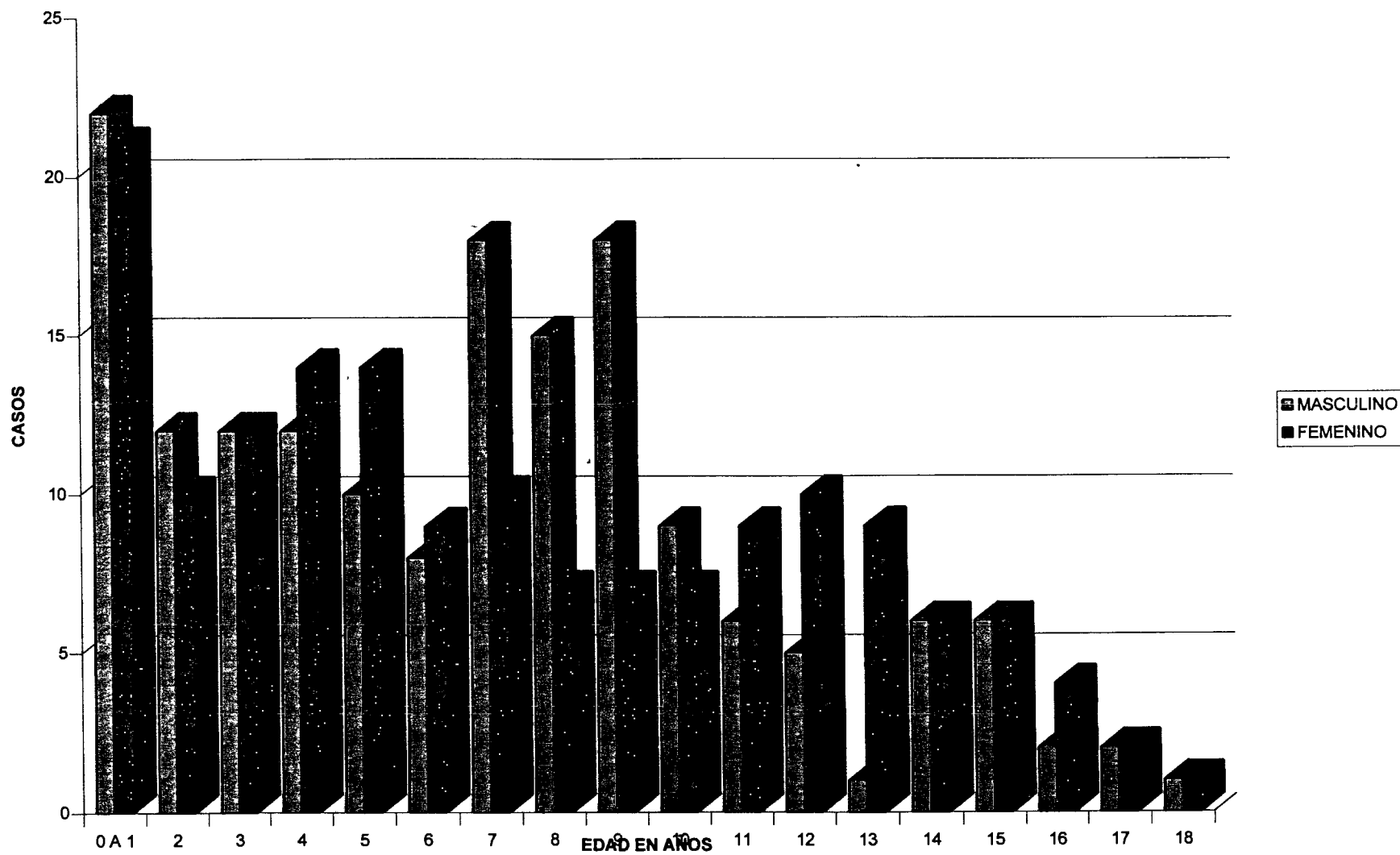
FUENTE: Dirección de Asistencia Jurídica. D.I.F. Estado de Querétaro. 1997.

TIPO DE MALTRATO EN LOS MENORES CON SÍNDROME DE MALTRATO INFANTIL.



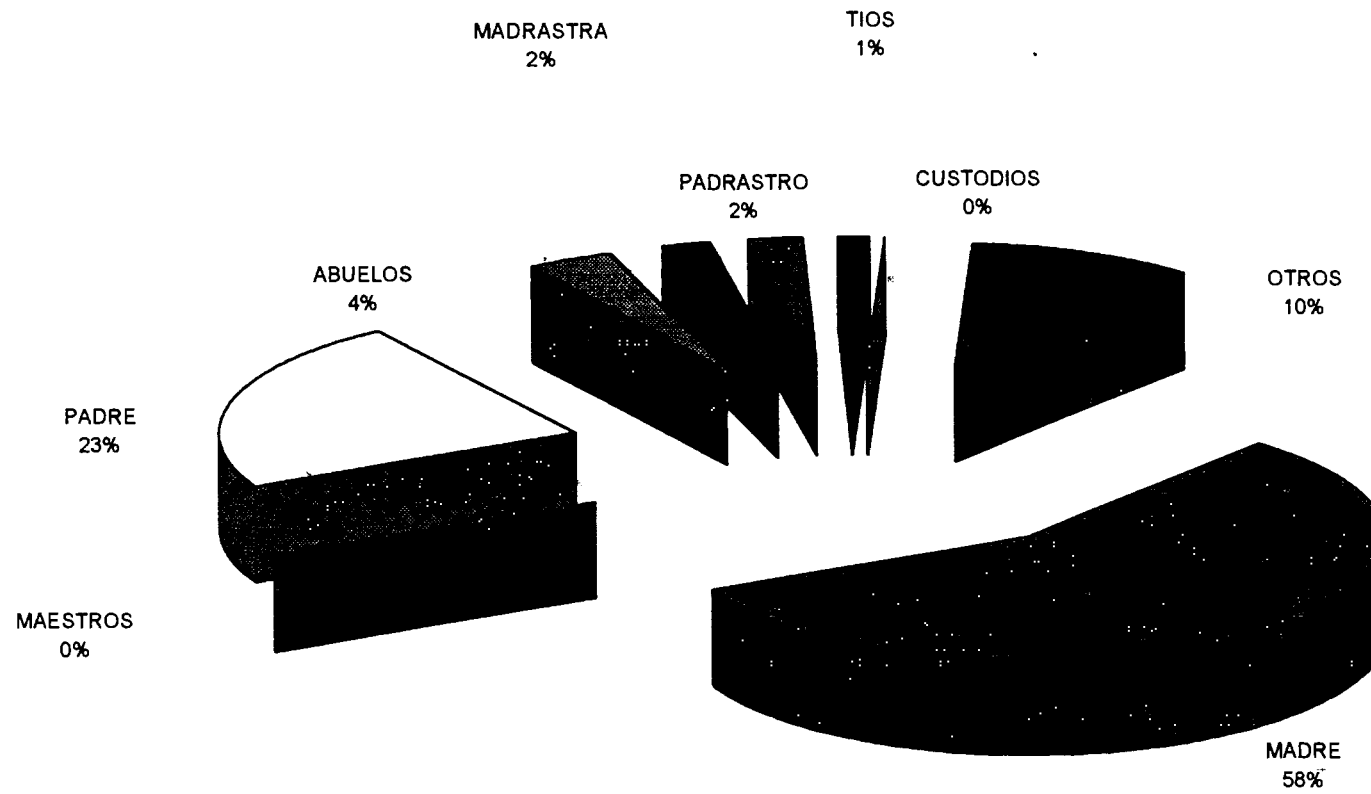
FUENTE: Dirección de Asistencia Jurídica D.I.F. Estado de Querétaro 1997

EDAD Y SEXO DE LOS MENORES EN QUE SE COMPROBÓ EL MALTRATO



FUENTE: Dirección de Asistencia Jurídica D.I.F. Estado de Querétaro 1997.

RELACIÓN JURÍDICA DEL AGRESOR CON EL MENOR MALTRATADO.



FUENTE: Dirección de Asistencia Jurídica D.I.F.Estado de Querétaro 1997.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la posible influencia de factores como el Desarrollo Psicomotor, la Desnutrición y el Síndrome de Maltrato Infantil, en el crecimiento y desarrollo del Niño en edad preescolar cuando se encuentran internados.

Objetivos Específicos

- Determinar si existe relación entre el grado de desnutrición y el tipo de maltrato que presentan los Niños en edad preescolar.
- Determinar el grado de severidad entre el preescolar menor (1 a 3 años de edad) y el preescolar mayor (4 a 6 años de edad) con respecto a factores como el Desarrollo Psicomotor (habilidades motoras gruesas, habilidades motoras finas, lenguaje y personal-social), la Desnutrición y el Síndrome de Maltrato Infantil (omisión de cuidados, lesiones y violación).
- Describir la actitud que presenta el preescolar con Síndrome de Maltrato Infantil frente a los alimentos.

HIPÓTESIS

- En niños de edad preescolar con maltrato se puede encontrar detención del Crecimiento y Desarrollo.
- Los preescolares con maltrato físico presentan desnutrición de II grado.
- Los preescolares con maltrato tienen una actitud diferente hacia los alimentos.

MÉTODO

El tipo de estudio es Descriptivo. Este se realizó en el Albergue M.E.C.E.D. (Menor en Circunstancias Especialmente Difíciles), perteneciente al DIF del Estado de Querétaro.

El estudio dio inicio en el mes de Agosto de 1996 y finalizó el mes de Junio de 1997.

SUJETOS

El universo está compuesto por todos los niños internos en el Albergue M.E.C.E.D. del Estado de Querétaro. El tamaño de la muestra está conformada por veinticinco niños los cuales están divididos en dos grupos atendiendo a las características nutrimentales, estos son: Preescolar Menor (de 1 a 3 años) y Preescolar Mayor (de 4 a 6 años) que además tienen como característica principal, el haber sido maltratados física y/o emocionalmente.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- A. Todos aquellos niños en edad preescolar que presenten maltrato físico y/o fenómeno de deprivación, (omisión de cuidados).¹³²
- B. Sin preferencia de sexo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- A. No serán aptos para la investigación:
- ◆ Aquellos niños a los cuales se les diagnostique enfermedades sistémicas crónicas y/o enfermedades locales.
 - ◆ Aquellos niños que presenten algún tipo de alteración genética.

¹³² CARBAJAL RODRÍGUEZ, L. en *Maltrato al Menor*. Loreda Abdalá A. Ed. Interamericana McGraw-Hill. Primera ed. México 1994. pag. 53.

- ◆ Aquellos niños que presenten malformaciones congénitas.
- ◆ Que dentro del tiempo que se lleve a cabo la investigación, su situación legal sea resuelta y tengan que dejar el Albergue.

MATERIALES

- ◆ Cinta Métrica. Capacidad máxima 150 cm.
- ◆ Báscula Clínica. Marca BAME,
- ◆ Báscula Clínica para bebés. Marca BAME, (**ANEXO 1**)
- ◆ Alimentos, Láminas con dibujos y Juguetes utilizados para la evaluación del desarrollo psicomotor.

◆ Para niños de 12 meses vaso de plástico entrenador con agua de fruta (Prueba No. 1) pasitas (Prueba No. 2)	◆ Para niños de 18 meses pasitas (Prueba No. 1) dibujos: mujer, niño, perro y pelota (Prueba No. 3) dado (Prueba No. 5)
--	--

- ◆ Papelería en General.
- ◆ Hojas de Registro, Tablas y Curvas de Crecimiento de Peso y Talla. (**ANEXO 2 a,b,c,d.**)
- ◆ Prueba de Desarrollo de Denver. (**ANEXO 3**)

PROCEDIMIENTO

I. HOJA DE INGRESO.

La hoja de ingreso se utilizó para incluir datos generales del menor como lo son: Nombre, Edad, Sexo, Fecha de ingreso al Albergue, Motivo del ingreso, Fecha de Nacimiento, Peso Real., Talla y Antecedentes Alimentarios (¿Es alérgico a algún alimento?, ¿Cuántas comidas realiza al día?, ¿Que alimento le gusta comer más?, ¿Sus alimentos son molidos, picados o en trozos?)

a) Número de Expediente .

Objetivo: Numeración progresiva del 01 al 25, representando el tamaño de la población. Control del número de hojas de ingreso.

b) Nombre y Apellido

Objetivo: Control y conocimiento de la muestra de estudio.

c) Fecha de Nacimiento

Objetivo: Determinar la edad cronológica del menor.

d) Fecha de Ingreso y Fecha de Egreso

Objetivo: Conocer el tiempo de estancia del menor en el albergue así como también determinar criterios de inclusión y exclusión.

e) Edad

Objetivo: Clasificar a los menores por grupos etarios definiendo la etapa de crecimiento en la que se encuentran.

f) Sexo

Objetivo: Clasificar a los menores en base a su sexo.

g) Peso y Talla

Objetivo: Conocer las medidas antropométricas del menor al inicio de la investigación.

h) Antecedentes Alimentarios

Objetivo General: Conocer de posibles riesgos que pudiera presentar la población.

Objetivo Específico: Obtener información cualitativa y descriptiva sobre patrones de consumo de alimentos.

i) Motivo de Ingreso

Objetivo: Conocer y clasificar el tipo de maltrato sufrido por el menor.

La interpretación de los datos se hará en forma descriptiva, de manera que se conozcan algunas de las condiciones en las que se encuentra el menor al inicio de la investigación. **(ANEXO 4)**

II. EVALUACIÓN CLÍNICA

La valoración clínica se realizó en forma general y constó de un cuadro en donde se encuentran agrupados los signos clínicos en tres categorías:

a) Signos Clínicos: Manifestaciones en cuanto a Peso y Talla que se encuentran en la desnutrición; en la clínica significan disminución de los incrementos normales del crecimiento y desarrollo.

⇒ Peso y Talla: Diagnostican desnutrición y ayudan a vigilar el crecimiento. Peso, conoce masa corporal y Talla, conoce dimensiones lineales.

Objetivo: Conocer el estado nutricional en el que se encuentra el niño.

b) Signos Circunstanciales: Se desencadenan por circunstancias ambientales o ecológicas.

⇒ Edema: Líquido localizado en los espacios intersticiales.

Objetivo: Determinar el grado de desnutrición, de acuerdo a su clasificación clínica.

⇒ Irritabilidad, Llanto excesivo y Apatía: Manifestaciones psicológicas de la desnutrición, desencadenadas por factores ambientales.

Objetivo: Determinar las expresiones exageradas de la disfunción, dilución y atrofia.

⇒ Lengua, Piel, Pelo y Dientes: Signos los cuales aparecen en grado variable, dependiendo en la mayoría de los casos de avitaminosis.

Objetivo: Determinar la presencia o no de avitaminosis.

Cabe hacer mención que en el caso de los signos de dientes faltantes y pelo escaso o ralo, estos podrían deberse no solo a la desnutrición sino también al tipo de maltrato físico del que pudiera haber sido víctima el menor, por lo que este dato será correlacionado con el apartado de la hoja de ingreso en el cual se refiere a motivos de ingreso.

c) Indicadores Agregados: No son debidos directamente a la desnutrición pero están asociados con ella.

⇒ Infecciones (parasitosis y rinofaringitis de repetición): Signos agregados al proceso "normal" de la desnutrición.

Objetivo: Determinar el tipo de maltrato por negligencia.

(ANEXO 5)

III. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

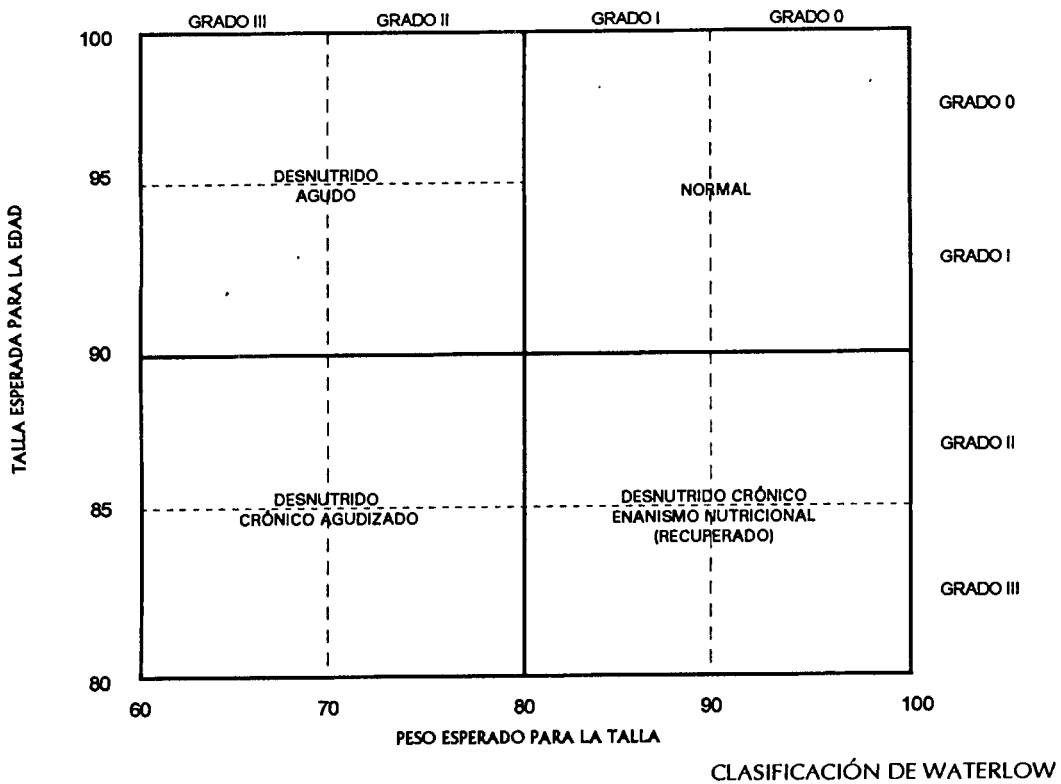
Se hizo de acuerdo a la clasificación de Waterlow quien considera como indicadores el peso, la talla, y la edad; utilizando los siguientes índices¹³³ :

a) Peso con respecto a la Talla (P/T): Indica la presencia de un déficit de peso con respecto a la estatura actual del niño considerando esto como desnutrición presente.

¹³³ FLORES HUERTA, S. Desnutrición Energético-Proteica. En *Nutrición Médica*, Casanueva, E. Kauffer-Horwitz, M., editores Panamericana. México 1995. pag:158-159.

b) Talla con respecto a la Edad (T/E): Indica la presencia de una estatura menor a la esperada para la edad del niño considerada como desnutrición en el pasado.

A partir de estos dos parámetros se pueden hacer cuatro combinaciones como se muestran a continuación:



Posteriormente se compararon las mediciones obtenidas, con las gráficas para evaluar la velocidad del crecimiento, y con ello se obtuvieron las curvas de crecimiento del preescolar. (ANEXO 2, 2a, 2b, 2c y 2d)

El procedimiento a utilizar para la determinación de la Talla es la siguiente:¹³⁴

La longitud será tomada en decúbito dorsal, con la utilización de una cinta métrica (de fibra de vidrio). Se coloca al niño y se sostiene su

¹³⁴ AVILA-ROSAS, H. Evaluación del estado de Nutrición. En. Nutriología Médica Casanueva, E. Kauffer-Horwitz, M. et. al. Ed. Panamericana. Primera ed. México 1995. pp: 483.

cabeza firmemente, de modo que el vertex (*vértice superior de la cabeza*) entre en contacto con la plancha cefálica del aparato y del Plano de Frankfort (*plano antropométrico determinado por el porión¹³⁵ⁱ y el orbital izquierdo*) esté en posición perpendicular a la mesa, se sujeta al niño por las rodillas, usando para ello la mano izquierda, evitando que el pequeño flexione o mueva el cuerpo, con la mano derecha se moviliza la plancha podálica hasta que quede en contacto con las plantas de los pies del niño, las cuales estarán colocadas en ángulo recto. A continuación se realiza la lectura, aproximándola a milímetros. Se acepta una variación de dos milímetros.

El procedimiento a utilizar para la medición del peso es la siguiente:^{136 137}

Para los menores: Se desviste al niño, se le levanta tomándolo de los tobillos con la mano derecha, uno de cuyos dedos se coloca entre los miembros inferiores del pequeño, mientras que la mano izquierda se sitúa debajo de los hombros y en el dorso del niño, extendiendo los dedos alrededor del cuello y del occipucio, se deposita al niño en el platillo de la báscula, manteniendo la mano izquierda encima de él pero sin tocar el cuerpo. El niño se pesará siempre a la misma hora y sin pañal. El coeficiente de variación aceptado es de 100 gr.

Para los niños mayores, sobre todo para aquellos que son muy inquietos se pesarán en la báscula clínica, colocándose en el centro de la plataforma, sin tocar ninguna otra parte de la báscula, con la menor ropa posible y sin zapatos.

¹³⁵ NOTA: Punto medio en el borde superior del meato auditivo externo.

¹³⁶ KRAUFER M. CASANUEVA, E. Los cómo, cuándo y dónde de la antropometría. Cuadernos de Nutrición. No. 2. Abril 1986. pág:14.

¹³⁷ AVILA-ROSAS, H. Evaluación del Estado de Nutrición. En. *Nutrición Médica*. CASANUEVA, E. KAUFER-HORWITZ, M. EDITORAS. Ed. Panamericana. México 1995. Pag: 483-484.

IV. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Las pruebas que se utilizaron en esta investigación fueron dos:

La primera es una Prueba de Tamizaje Neuroconductual¹³⁸ la cual fue desarrollada en el Departamento de Crecimiento, Desarrollo y Seguimiento Pediátrico del Instituto Nacional de Perinatología; ésta prueba es útil para niños de hasta dos años de vida la cual tiene como característica primordial el que las conductas que se le piden a un niño de determinada edad ya deben de estar presentes en un desarrollo normal y en consecuencia, el comprobar que no aparece la conducta a la edad específica será una situación de alerta.

La sensibilidad de esta prueba es de 1.0 y la especificidad de 0.73, es decir, es capaz de detectar a todos los niños con alteración e identificar en forma correcta a siete de cada diez niños sin problema alguno, por lo que se puede afirmar que es un instrumento muy bueno para captar alteraciones o desviaciones neuroconductuales y bueno para la identificación de niños sin ninguna alteración en su desarrollo.

Esta prueba se aplicará a niños que tengan ocho, diez y doce meses de vida. Se califican diez conductas diferentes, se examinará al niño siguiendo el orden aplicado para cada prueba.

Se continúa con la exploración de las áreas motora fina, perceptual, cognoscitiva y emocional social que despiertan el interés del niño.

Posteriormente se evalúa la postura antigravitatoria y deambulatoria, lo que permite al niño movimiento y le facilita la cooperación con la prueba. Por último se registra, en su caso, los indicadores de lenguaje que pudieran haberse observado durante la evaluación.

Cada prueba vale 1 punto y se interpreta de la siguiente manera:

¹³⁸ FERNÁNDEZ CARROCERA, A. Guías para detectar deficiencias en el desarrollo psicomotor de los niños. Cuadernos de Nutrición. Vol. 14, No. 2. 1991. pp: 6-11.

- ◆ 10 puntos: *Normal*; nueva prueba dentro cuatro meses.
- ◆ 9 a 8 puntos: *Dudoso*; nueva prueba dentro un mes.
- ◆ 7 puntos o menos: *Anormal*; nueva prueba dentro un mes.
- ◆ 3 o más rehusados: *Nueva prueba* durante una semana.

Para niños de doce meses:

1. Esta conducta se puede calificar por observación directa o por interrogatorio. Por observación se le ofrece al pequeño una taza con líquido y se anota si logra tomarla sin escurrir el líquido o atragantarse. Por interrogatorio se pregunta a la persona encargada del cuidado del niño: “¿como bebe el niño?” y se califica igual que por observación.
2. Se pide a la persona que este a su cuidado que se le ofrezcan frijolitos o pasitas y lo anime a tomarlos haciéndole una demostración. Se califica como adecuado cuando puede coger los objetos pequeños entre el pulgar y el índice. La prueba se hace para las dos manos. Se permite dos intentos con cada mano.
3. Se pide a la persona que este al cuidado del niño que realice algún movimiento repetitivo frente al niño. Se califica como adecuado cuando él imita los movimientos: hace “tortillitas” o aplaude, dice adiós o hace “ojitos”. Si no quiere realizar la conducta en ese momento, se puede repetir la prueba al final de la exploración.
4. El niño debe estar sentado y con la espalda recta. La persona que este a su cuidado le pide que juegue a la pelota con ella. El niño debe poder recoger la pelota con ambas manos y levantarla; también debe ser capaz de aventarla jugando. Se califican las dos conductas por separado.
5. Esta acción se puede calificar por observación directa o por interrogatorio. Se observa o se pregunta si el niño se puede levantar sin ayuda alguna, tan sólo tomándose de algún objeto. Se permiten dos intentos en la exploración.
6. Por observación directa se registrará si el niño es capaz de desplazarse de alguna forma sin ayuda. También se evaluará si sostenido de una sola mano

logra dar tres pasos o más sin trastabillar. Se permite dos intentos por cada conducta y se califican por separado.

7. Estas conductas se califican tanto por observación directa como por interrogatorio. Se evaluará si el niño dice "papá" o "mamá" en forma específica. Después se verá su respuesta ante una orden sencilla con un gesto: *ven, dame, busca ...* etc. Se permiten dos intentos. Las dos conductas se evalúan en forma independiente y los resultados se registran por separado.

Para niños de 18 meses:

1. Se evalúa por interrogatorio, preguntando a la persona encargada del cuidado del niño: "¿El niño puede comer solo por lo menos tres cucharadas de comida, aunque derrame?". En caso afirmativo, la conducta se califica como adecuada.
2. Se requiere un frasco de vidrio con boca angosta y unas piedritas o frijoles. El niño debe estar sentado o en una mesa. Se le pedirá a la persona a cargo de su cuidado que le entregue el material y lo anime primero a meter las piedritas o semillas en el frasco y luego a sacarlas. Las dos conductas (meter y sacar las semillas) se califican por separado y se permiten dos intentos.
3. También en esta prueba el niño debe estar sentado en el suelo o en la mesa. Se necesitan fotografías o dibujos de una cara de mujer, un niño, un perro o una pelota. Para calificar esta conducta como adecuada el niño debe reconocer cuando menos dos objetos o personas cuando se le pregunte. Se permiten dos intentos.
4. La persona al cuidado del niño se coloca aproximadamente a un metro de distancia del niño y lo anima a aventarle una pelota varias veces. El niño debe entender el juego y disfrutarlo. Las dos conductas se califican por separado. Se permiten dos intentos.
5. Esta conducta se puede calificar por observación o por interrogatorio. Por observación, la persona a su cuidado lo animará a recoger un objeto del suelo y se observará si el niño puede acuclillarse y volver a erguirse solo. Por

interrogatorio, la pregunta será: "¿el niño puede recoger por sí solo algo del piso?", "¿cómo lo hace?".

6. Se observa si el niño es capaz de caminar más de ocho pasos sin caerse o tambalearse demasiado, perdiendo el equilibrio. *Se permiten dos intentos.*
7. La persona a su cuidado animará al niño para que pronuncie las palabras que sepa decir. Se calificará si sabe decir "papá", "mamá" y tres palabras más aunque no sean muy claras. Esta conducta se puede evaluar por interrogatorio, en cuyo caso se pregunta: "¿cuáles son las palabras que dice el niño?". También la persona al cuidado del niño le deberá preguntar: "¿dónde está la cabeza?" o cualquier otra parte del cuerpo sin mostrársela, y se observará si el niño señala esa parte de su cuerpo. *Se permiten dos intentos. Las dos conductas se califican por separado.*

La segunda prueba a utilizar es la Escala de Desarrollo de Denver¹³⁹, en ella el progreso del desarrollo se calcula en términos de adquisición de habilidades motoras gruesas y finas, conducta personal-social y conducta de lenguaje. La mayoría de los elementos son de observación directa que es una de las formas de obtener los datos, de la respuesta a objetos de estímulo y se complementan mediante la información obtenida de la persona responsable del cuidado del preescolar, la edad promedio para la aparición de habilidades o patrones de comportamiento y los límites tempranos o tardíos serán descritos en una gráfica por edades, las cuales comprenderán a los niños cuyas edades estén dentro de los dos a los seis años. Para la realización de estas pruebas se requiere que se identifiquen signos de fatiga, somnolencia, miedo, distracción y otras condiciones adversas que como consecuencia cambien la forma de proceder del niño, es por esa razón que no se determina un momento exacto para la realización de la prueba sino que dependerá del estado en el que se encuentre el preescolar.

En esta prueba el índice de confiabilidad es del 95% de las diferentes habilidades y conductas que a continuación se describen:

¹³⁹ RALLISON, L. *Irregularidades del crecimiento en Lactantes, Niños y Adolescentes*. Noriega Editores UTEHA. México. 1994. pp: 84-86, 98, 187.

a) Conducta Motora Fina y Gruesa: Abarca el control general del cuerpo y la mejor coordinación.

Objetivo: Identificar reacciones posturales, equilibrio de la cabeza, posición sentado, posición erecta, arrastre, andar, alcanzar y asir objetos así como manipulación de los mismos.

b) Conducta de Lenguaje: Comprende todos los medios de comunicación en ella se incluyen también la comprensión de la comunicación realizada por otros.

Objetivo: Identificar expresiones faciales, gestos así como sonidos emitidos por el preescolar.

c) Conducta Personal-Social: Abarca las reacciones personales del niño.

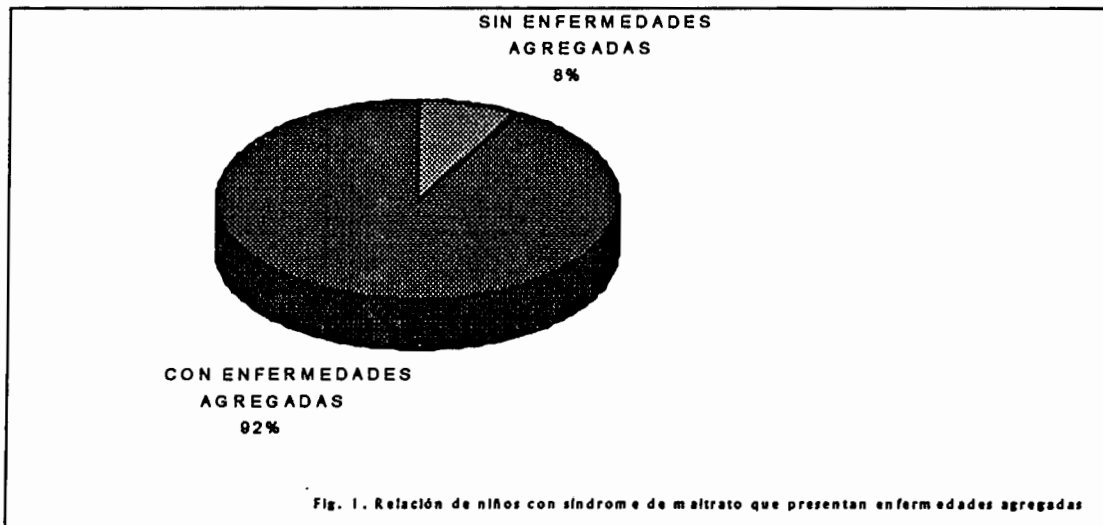
Objetivo: Identificar respuestas al adiestramiento en situaciones como el juego, el sentido de la propiedad y la sonrisa.

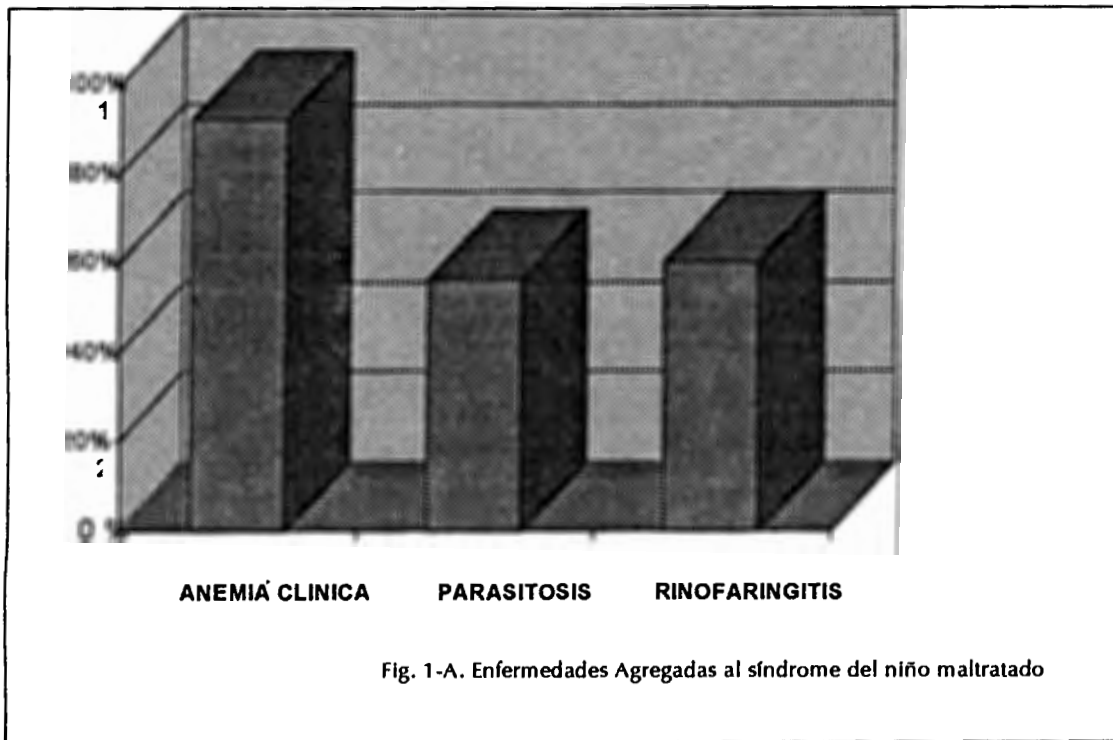
Es importante mencionar que esta prueba es utilizada en el Instituto Nacional de Pediatría para la valoración global inicial del estado psicomotor de todos los niños que ingresan a este Hospital ya que su máxima utilidad es como complemento de los exámenes médicos para la identificación de defectos neurológicos y anormalidades de la conducta, debido a causas orgánicas, o bien cuando no existe causa orgánica del desarrollo estas anormalidades son determinadas en gran parte por el medio ambiente inadecuado. *(ANEXO 3)*

RESULTADOS

Se estudiaron 25 preescolares, pertenecientes al Albergue M.E.C.E.D., la forma en como se evaluó la desnutrición estuvo basada tanto en el examen clínico el cual estaba dividido en tres partes: 1) Signos clínicos circunstanciales (*basados principalmente en la exploración de piel, pelo, lengua y ojos*), 2) Medidas Antropométricas (*peso y talla*) y 3) Indicadores Agregados (*parasitosis, rinofaringitis de repetición así como anemia, la cual sólo era referida en el expediente médico*).

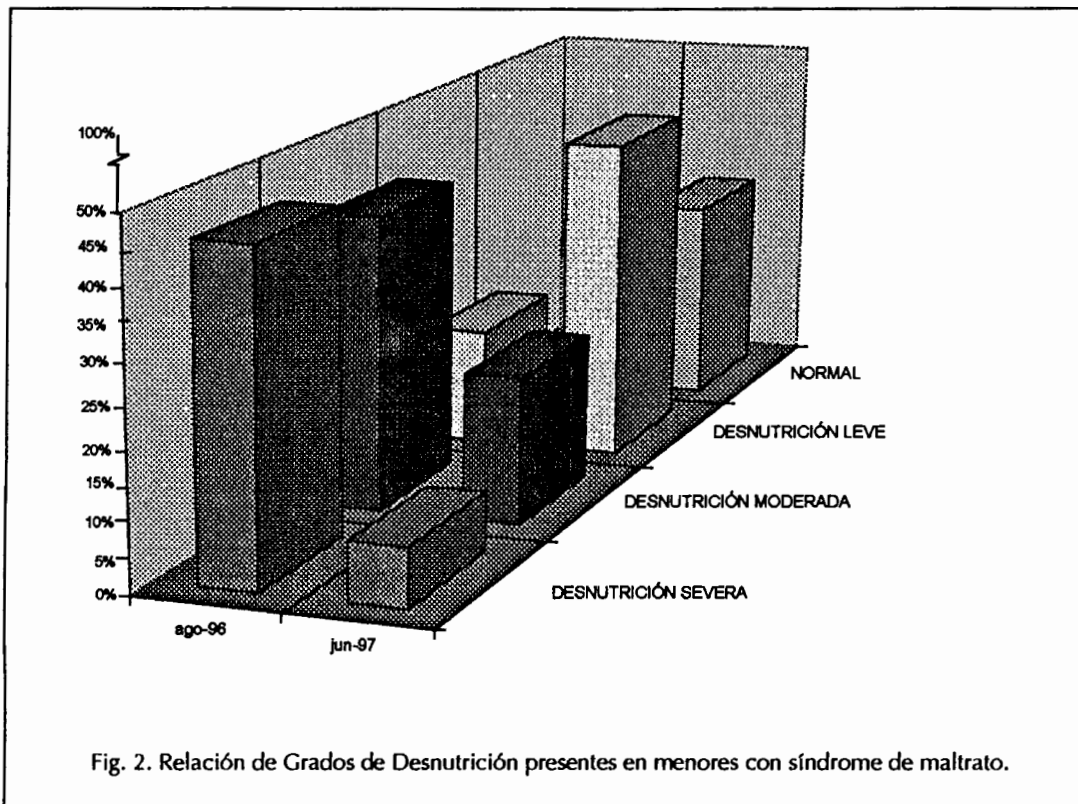
De los resultados obtenidos en forma general del examen clínico, se observó que el 92% (23 casos) del total de la muestra presentó enfermedades agregadas (parasitosis y rinofaringitis de repetición) al síndrome del niño maltratado, así como también ocurrió con la presencia de anemia clínica secundaria (ferropénica o ferropriva) presentada en el 92% de los preescolares (la cual es referida en el expediente clínico), ésta puede ser considerada como una de las manifestaciones de una inadecuada alimentación debido a la existencia de deprivación. (FIG. 1 y 1-A)





Conforme a los signos clínicos circunstanciales, al inicio de la investigación se registró un 48% (12 casos) de preescolares que presentaban desnutrición severa (+del 40% de déficit de peso corporal), el 36% (9 casos) referían desnutrición moderada (del 25% al 40% de déficit de peso corporal) y el 16% (4 casos) leve (10% al 25% de déficit de peso corporal).

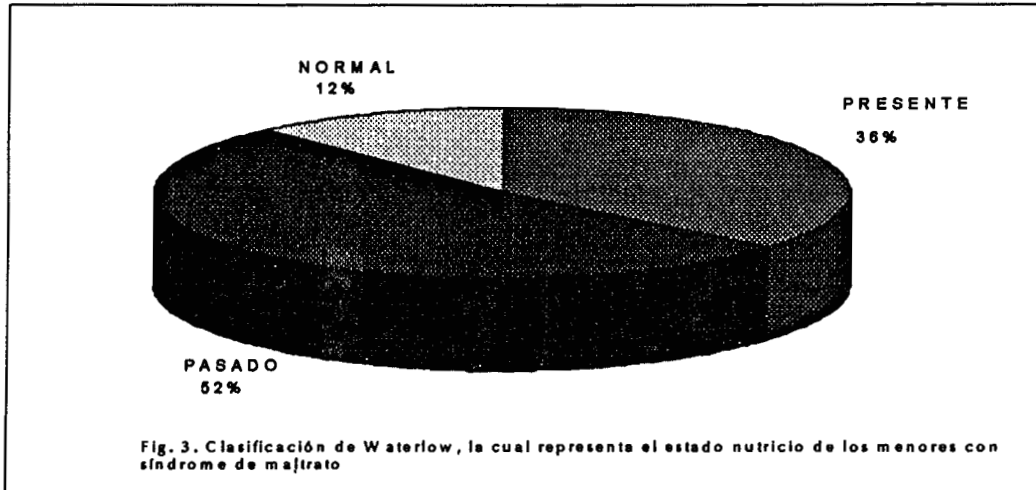
Al finalizar la investigación sólo el 8% (2 casos) de ellos presentaban desnutrición severa, el 16% (4 casos) desnutrición moderada y el 48% (12 casos) desnutrición leve; mientras que el 28% (7 casos) de los preescolares habían alcanzado la recuperación. (FIG. 2)



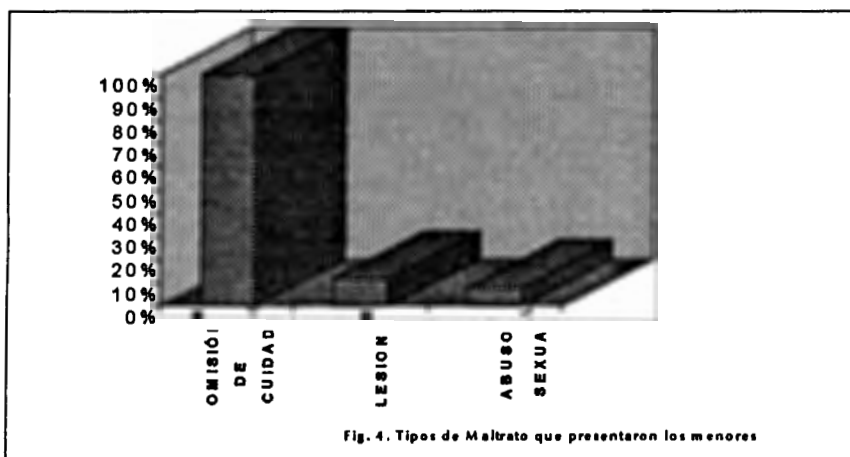
Se sabe que una de las características que acompañan al Síndrome del Niño Maltratado es la desnutrición, debido a la falta de atención de estos niños, así como al abuso emocional (a pesar de no haber referencias bibliográficas que lo demuestren). Los niños maltratados pueden presentar retardo en su crecimiento y desarrollo, llegando a producirse cuadros de desnutrición mixta ya que la deprivación emocional, corre al parejo de la deprivación nutricional lo cual se debe según Ramos Galván (1969) " ... a la no disponibilidad, consumo o aprovechamiento de alimentos, la cual origina desnutrición"

Para poder tener una visión más clara de la magnitud del problema, se utilizó la clasificación de Waterlow, por medio de la cual se pudo observar que el 36% (9 casos) de los preescolares referían al inicio de la investigación desnutrición presente, es decir, eran niños con una talla adecuada para la edad y peso bajo (delgados) o bien, niños de talla y peso bajos (pequeños y delgados); mientras que el 52% (13 casos) de ellos presentaron desnutrición en el pasado, de modo tal que eran

considerados como niños de talla baja y peso adecuado para la edad, el 12% (3 casos) restante se localizaban dentro del cuadro de la normalidad. (FIG. 3)

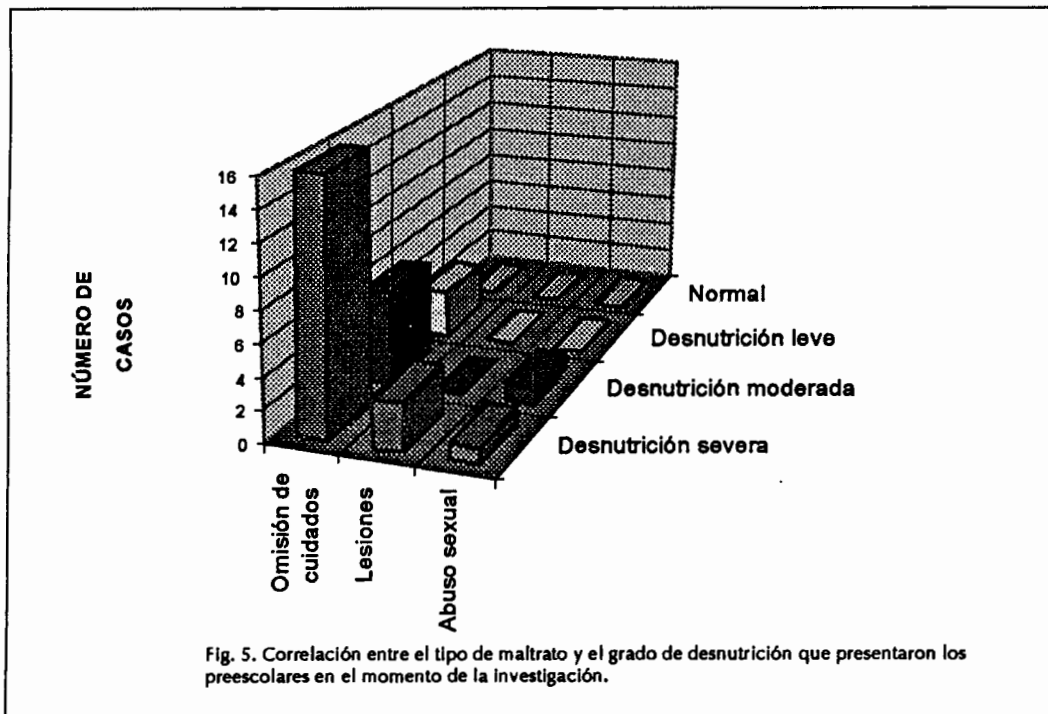


Del 52% de los preescolares que referían desnutrición en el pasado el 48% (12 casos) de ellos presentaron desnutrición severa, pudiéndose pensar que en ellos las alteraciones anatómicas sean de mayor intensidad y extensión, y en donde se observe con mayor frecuencia daños de naturaleza irreversible, ya que siempre se mantuvieron abajo del carril percentilar de talla baja, lo cual podría indicarnos que probablemente no lleguen a recuperar la talla esperada para la edad.



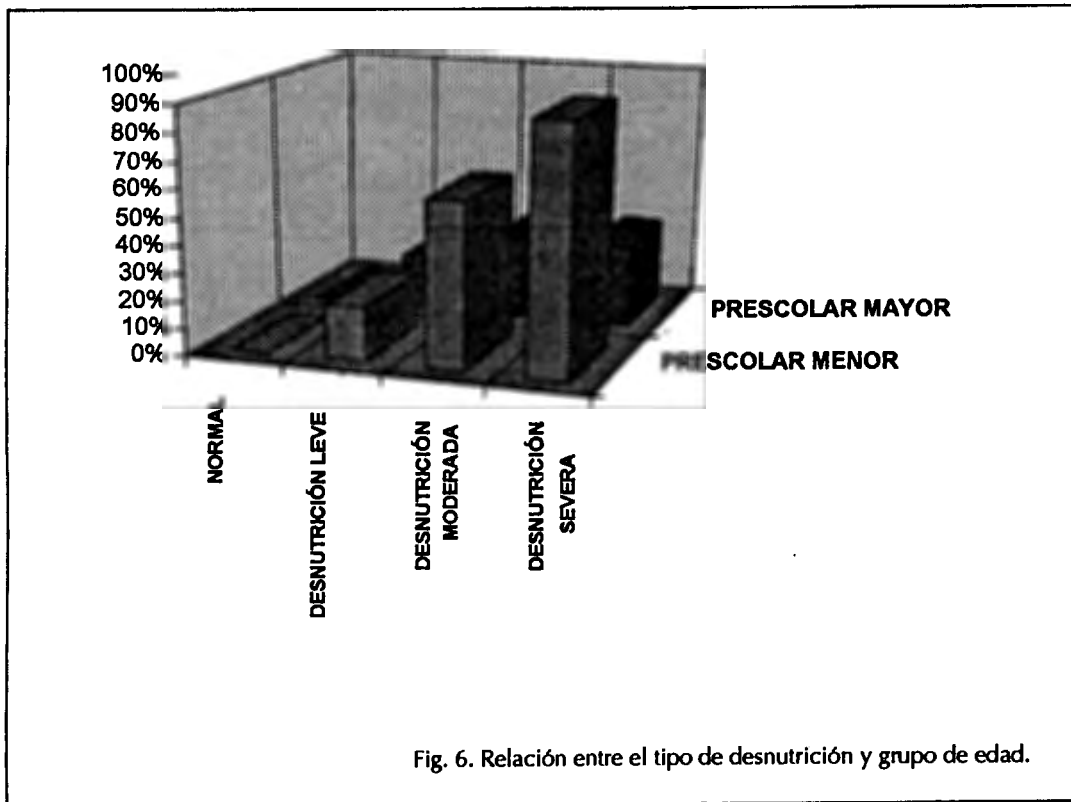
En lo que respecta a la presencia del Síndrome de Maltrato Infantil, dentro de la investigación se detectaron tres tipos de maltrato con mayor incidencia. La severidad del maltrato estuvo más acentuada en el grupo de edad comprendida entre 1 y 3 años de edad (preescolar menor), ya que además de haber experimentado omisión de cuidados (100%) por parte del adulto, también refirieron lesiones (12%), y abuso sexual (8%). (FIG. 4)

En preescolares que presentan Síndrome de Maltrato indicadores como lo son el Peso y la Talla, tienen gran importancia ya que la deprivación emocional afecta funciones orgánicas importantes, de tal manera se observó la estrecha relación que existe entre el grado de desnutrición que presentaban los preescolares y el tipo de maltrato que habían experimentado, es decir, entre mayor agresión hacia el menor, mayor fue el grado de desnutrición que presentaron. (FIG. 5).



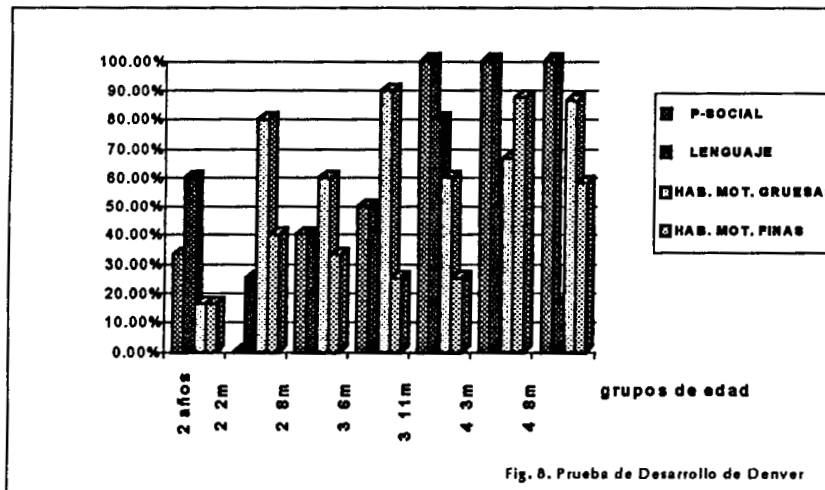
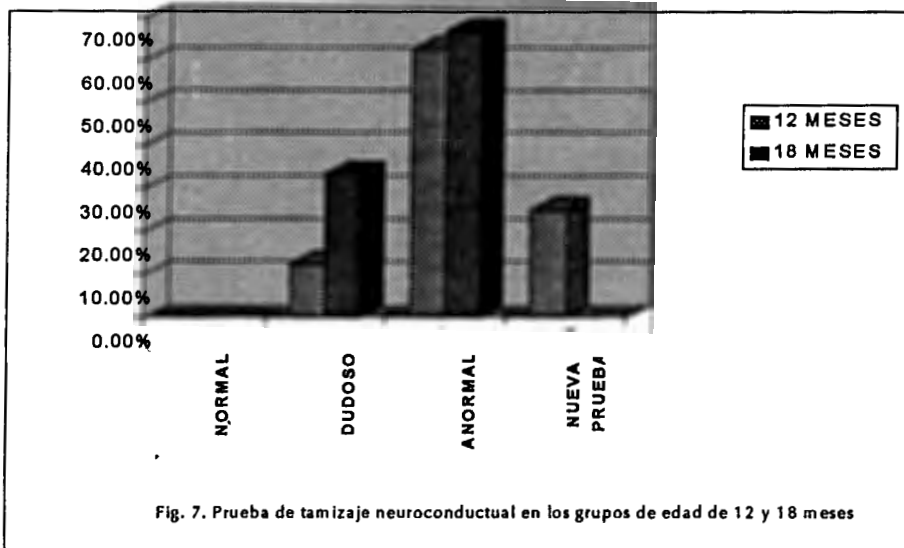
A pesar de que el maltrato, puede ocurrir a cualquier edad, aquellos que requieren de más cuidado y protección por parte del adulto, son los preescolares los que tienden a ser las víctimas más frecuentes.

En la gráfica que a continuación se presenta, se puede observar que el mayor porcentaje de desnutrición así como de severidad en el maltrato, estuvo localizado en el grupo de edad de 1 a 3 años (preescolar menor), con un 68% (17 casos), de los cuales 8% (2 casos) refirió desnutrición leve, el 24% (6 casos) desnutrición moderada y el 36% (9 casos) desnutrición severa. (FIG. 6)



Uno de los signos agregados o asociados con la desnutrición, son los determinados por el ambiente y por los rasgos afectivos que prevalezcan en el entorno del preescolar, es fácil detectar que en muchos de estos niños la intensa desnutrición es secundaria a un ambiente carente de atenciones, los cuales afectan directamente su desarrollo, éstos forman parte de lo que se le ha llamado "síndrome de privación social", (el cual como se comentó con anterioridad) interviene directamente en el desarrollo psicomotor del niño.

Las siguientes gráficas muestran de manera global los resultados que se obtuvieron a partir de la Prueba de Tamizaje Neuroconductual y la Prueba de Desarrollo de Denver. (FIG. 7 y 8).



No fue posible determinar el grado de severidad entre los dos grupos de edad (preescolar mayor y preescolar menor) con respecto al desarrollo psicomotor ya que la habilidad motora gruesa, la habilidad motora fina, el lenguaje y personal - social su desarrollo son específicos para cada edad, es decir, no se puede hacer un comparativo entre un preescolar de 1 año y un preescolar de 5 años, ya que las pruebas a realizar son específicas para cada edad. Lo que si bien es cierto es que en

los dos grupos de edad se dejaba ver un atraso significativo el cual podía ser apreciado fácilmente.

El deficiente desarrollo psicomotor que presentan los niños con Síndrome de Maltrato Infantil es un factor asociado a la desnutrición, ya que ésta retrasa el desarrollo de las capacidades relacionadas con el aprendizaje así como también tiene gran injerencia con la alimentación del menor y ésta a su vez con su crecimiento y desarrollo. Todo ello se basa en la dificultad que se presenta cuando los niños tienen que ser alimentados, de acuerdo a la descripción objetiva* que se realiza a continuación referente a la actitud que presentaba el preescolar frente a los alimentos, tomando como base aquellos alimentos en los cuales había mayor complicación para ser digeridos, y no por el hecho de que no les gustaran, sino por la dificultad que presentaban debido al poco desarrollo psicomotor que tenían, básicamente eran tres tipos distintos de alimentos a saber: nopales, lentejas y leche, aunque esta última no requiere del proceso de masticación, la diarrea que presentaban en este caso en particular era debida a la intolerancia a la lactosa presentada como un proceso característico de la desnutrición ya que en ella hay aplanamiento y como consecuencia deterioro de las vellosidades intestinales. En cuanto a los nopales y las lentejas la dificultad se basaba en la falta o nula habilidad para masticar, de modo tal que los preescolares pasaban el alimento sin haber sido triturado antes y de igual forma lo defecaban, presentando de esta manera diarrea, así mismo existía un cuarto alimento (galletas dulces) el cual era imposible que lo pudieran comer, al grado de que en el momento de dárselo ya fuera como postre o colación no sabían que hacer con él. Se sabe que para que la digestión se lleve de una manera adecuada esta debe de iniciarse desde la boca, masticando los alimentos para que de esta manera sean triturados y las enzimas (amilasa salival) empiecen a realizar su trabajo ayudando a degradar los alimentos, lo cual en un preescolar que presenta un deficiente desarrollo psicomotor y como consecuencia de ello no realiza movimientos mandibulares esto no sucede.

* cabe hacer mención que los resultados que se esperaban obtener a partir de la hoja de Ingreso en el apartado de antecedentes alimentarios, no pudieron ser recabados debido a la no disponibilidad para contestar las preguntas por parte del adulto responsable del menor, así como también en algunas ocasiones por no contar con datos más específicos acerca de la procedencia del menor albergado.

TABLA DE COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS	RESULTADOS
I. En niños de edad preescolar con maltrato infantil se puede encontrar detención del Crecimiento y Desarrollo.	Verdadero. El resultado obtenido respecto a esta primera hipótesis fue verdadero, ya que si se observa en la Fig. 3 la cual habla acerca de los resultados obtenidos por medio de la clasificación de Waterlow, se puede apreciar que el 48% de los preescolares referían desnutrición en el pasado los cuales se mantuvieron durante la investigación dentro del carril percentilar de talla baja. En cuanto al desarrollo psicomotor deficiente como se mencionó con anterioridad este va siempre ligado a la desnutrición.
II. Los preescolares con maltrato físico presentan desnutrición de II grado.	Falso. El mayor índice de desnutrición presentada en los preescolares fue de III grado (severa), como lo refiere la Fig.4 que la relaciona con el tipo de maltrato, así como también la Fig. 6 la cual relaciona a la desnutrición con el grupo de edad.
III. Los preescolares con maltrato tienen una actitud diferente hacia los alimentos.	Verdadero. Se debe principalmente a factores como la desnutrición y el deficiente desarrollo psicomotor.

CONCLUSIONES

Mucho se ha hablado acerca del concepto de que un niño infeliz, no deseado o rechazado, es de talla baja y además hambriento; es fácil detectar que en muchos de éstos niños la desnutrición es secundaria a un ambiente carente de atenciones, sin embargo, también puede apreciarse un crecimiento lento en presencia de una gran abundancia.

En general las influencias del medio, especialmente la nutrición, tienen más importancia que el patrimonio genético y otros factores biológicos, es decir, el desarrollo pleno de las potencialidades físicas, fisiológicas y síquicas, del ser humano exigen una adecuada nutrición que, a su vez, depende de numerosos factores entre los cuales la alimentación juega un papel central. Estos factores que intervienen directamente con la inadecuada nutrición de un preescolar, están estrechamente relacionados ya que la consecuencia de uno, genera la aparición del siguiente aún, aunque no se sepa cual fue el primero, es decir, ya sea que el maltrato haya dado lugar a la desnutrición y/o al atraso psicomotor presente en el niño, o bien que el atraso psicomotor y la desnutrición hayan dado lugar al maltrato, lo que si bien es cierto es que cualquiera de ellos siempre repercutirá en la alimentación, ya que afectan de modo adverso a la condición nutricia y magnifican los efectos de una alimentación deficiente, disminuyendo los niveles de la actividad física, la velocidad subóptima del crecimiento y por último la disminución en la inmunocompetencia.

Se ha visto que las características que presentan los preescolares en cuanto a su alimentación los hace distintos a los demás grupos de edad, se piensa que en el caso de los preescolares que han experimentado algún tipo de maltrato, la actitud que pudieran tener frente a los alimentos fuera igual a la de un niño normal o sano, sin embargo existen deficiencias (como lo es la desnutrición) que presentan estos niños que impiden sean alimentados adecuadamente, de manera que sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales no son satisfechas debido a factores asociados como fueron los que aquí se determinaron (desarrollo psicomotor, la desnutrición y el maltrato infantil) los cuales inciden de manera directa en diversos aspectos de

orden estructural y funcional desarrollándose en forma incompleta, afectándolos de tal manera que es difícil que su alimentación se lleve a cabo de manera adecuada.

Para que la alimentación tenga efectos positivos sobre su desarrollo, el niño tiene que haber alcanzado determinados niveles de madurez orgánica así como metas de socialización, lo que se manifiesta en conductas psicomotoras las cuales se relacionan en forma directa con su alimentación, por lo que la velocidad de adquisición de esos logros puede acelerarse o disminuir por acciones ambientales adversas pero sobre todo por falta de atención, estímulo y cariño. El grupo de población de menores maltratados, merece especial atención debido a sus características biológicas y a la presencia de factores de riesgo que inciden en su crecimiento y desarrollo, de ahí la importancia de propiciar las mejores condiciones nutricias, para ello considero necesario la aplicación de las siguientes propuestas:

- I. Es necesaria la integración de un equipo de profesionistas capacitados, ya que se requiere de un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario a partir del cual se recopilen la mayor cantidad de datos desde los diferentes puntos de vista de las diversas profesiones (Lic. Nutrición, Médico Pediatra, Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Psicólogo Educativo, Terapeuta del Lenguaje así como un Terapeuta Físico, Trabajadora Social y un Lic. en Derecho), en donde cada uno de sus miembros realice funciones específicas las cuales estén coordinadas e integradas ayudando a emitir con esto y con la mayor objetividad posible un diagnóstico y recomendaciones terapéuticas todo ello con un solo fin: los Niños.
- II. Es necesaria la investigación, de forma que se pueda contar con un registro más confiable y una visión más real del problema, pudiendo dar distintas alternativas para su manejo y ofrecer resultados más congruentes con la realidad.
- III. La creación de una hoja de ingreso enfocada al área de Nutrición por medio de la cual se puedan obtener datos de antecedentes nutricionales.
- IV. La integración al expediente clínico, de una hoja elaborada y desarrollada por el Lic. En Nutrición donde se registren posibles signos de desnutrición, así como

también se lleve a cabo el registro de indicadores antropométricos y la realización de curvas de crecimiento.

V. La estimulación constante del preescolar por medio de terapia de rehabilitación de manera que el desarrollo psicomotor este acorde con su edad cronológica.

VI. La creación de un cuadro de alimentos adecuado para los preescolares que se encuentren albergados, el cual no solo este acorde a la edad cronológica del menor y su desarrollo psicomotor sino también, con las características individuales que posee el menor expuesto a situaciones de maltrato, ya que este tipo de niños viven experiencias particulares las cuales dejan una marca muy personal en la vivencia del maltrato.

VII. El desarrollo de un sistema de información adecuado hacia el área de Nutrición de manera que todos los profesionistas que se desempeñen dentro de ese rubro tengan los conocimientos así como la capacidad de incidir de manera directa en los mecanismos de prevención, detección y tratamiento cuando se les presente un caso en donde el menor haya sido o pudiera estar expuesto a situaciones de maltrato.

VIII. Se requiere de la divulgación, instrucción y educación de la población en general, de manera que se pueda hacer conciencia a todos dando a conocer que no sólo el maltrato físico lesiona al niño, sino que también hay otros tipos de maltrato como el emocional, psicológico y la negligencia.

Esperar el pleno desarrollo de los niños, si se permite que vivan una niñez sin identidad y con hambre, es tan absurdo como esperar una cosecha sin haber sembrado nunca la semilla. Se dice que querer a un niño es alimentarlo, para ello se requiere de un esfuerzo mayor sobre todo cuando ellos a su corta edad y dependencia no tienen la posibilidad de elegir ni decidir sobre su protección, educación y en general sobre su vida, por lo que esto además de ser una responsabilidad, se convierte en un reto el cual todos los adultos debemos asumir si se quiere que los niños respondan de igual manera cuando les toque representar el papel de adultos en la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ ARREGUÍN, L. Actualidades en alimentación infantil. Gaceta Medica Mexicana. Vol. 130, No. 5, Sep.-Oct. 1994. pp: 328-334.
- ◆ ARISTOS. Diccionario Ilustrado de la Lengua Española. Ed. Sopena S.A. Barcelona, España. 1968. pp: 144 y 386.
- ◆ ALVAREZ HIDALGO, J.L. Niños Maltratados. Lo Que no debe ser. Querétaro Cambio XXI. pp: 23-26.
- ◆ AMIEL-TISON, C. GRENIER, A. Vigilancia Nutriológica durante el primer año de vida. Ed. Masson. Primera edición. 1988. pp: 22-49,61,65,67,78,80-128,136 y 148.
- ◆ ANASTI ANNE. Tests Psicológicos. Ed. Aguilar. Cuarta impresión. España 1978. Pp: 262-274
- ◆ BOURGES, H. Guías para la Orientación Alimentaria (1ª parte). Cuadernos de Nutrición. Vol. 10. No. 5 Sep-Oct. 1987 pp: 17-20.
- ◆ BALLESTEROS, J.C. Los Derechos de los Niños y la responsabilidad del pediatra. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 63. No.2 Marzo-Abril. 1996. pp: 98-103
- ◆ BEAUCHAMP, G. K. La alimentación en las primeras etapas de la vida y la adquisición de las preferencias por los sabores. Consecuencias a largo plazo de la alimentación durante la infancia. Resumen del 36º Seminario de Nestlé Nutrition. pp: 27-29
- ◆ BRAIER, L.O. Fisiología y Clínica de la Nutrición. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1988. pp: 67-70, 72 y 79.
- ◆ CASTRO GUTIERREZ, F. ¿Cuándo empieza la Obesidad? Cuadernos de Nutrición. Vol.11.No. 3 Mayo-Junio 1988. pp: 3-8.
- ◆ CARBAJAL, L. LOREDO-ABDALÁ, A. RODRÍGUEZ, R. El Maltrato del Niño algunas consideraciones éticas sobre su atención. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol.50, No. 12, Dic. 1993. pp: 898-902.
- ◆ CASANUEVA, E. KAUFER-HORWITZ, M. PEREZ, A. ARROYO, P. Nutriología Médica. Ed. Panamericana. Primera ed. México 1995. pp: 40-47.
- ◆ CASANUEVA, E. KAUFER, M. Los cómo, cuándo y dónde de la antropometría Cuadernos de Nutrición. No. 2. Marzo-Abril 1986. pp: 13-16
- ◆ CRAVIOTO, J. Malnutrición y Desarrollo Mental. Consecuencias a largo plazo de la alimentación durante la Infancia. Resumen del 36º Seminario de Nestlé Nutrition. pp:4-7.

- ◆ CHAVEZ, M. CHAVEZ, A. RIOS, E. Guías de alimentación. Consejos prácticos para alcanzar y mantener un buen estado de nutrición y salud. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Abril 1993. pp: 13-21.
- ◆ CHARLES, F.J. Clinicas Pediátricas de Norteamérica. Lesión Intensional y Lesión accidental. Ed. Interamericana. Vol. 4. 1990. pp: 989-991.
- ◆ DIRECCION DE ASISTENCIA JURÍDICA. SUBDIRECCION DE ASITENCIA JURÍDICA. PROGRAMA DIF PRENAM. Concentración de Datos Estadísticos de Menores Maltratados 1997.
- ◆ DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS. 12 ed°. Ed. Salvat. España 1985. pág: 1183,892 y 908.
- ◆ DUBOWITZ, H. Clinicas Pediátricas de Norteamérica. Participación del Pediatra para prevenir el maltrato infantil. Ed. Interamericana. Vol. 4. 1990. pp: 1043-1045.
- ◆ FAJARDO RODRÍGUEZ, A. et al. Diccionario de Terminos de Nutrición. Ed. Auroch. México 1996. pp: 134, 135, 428, 429, 430.
- ◆ FERNANDEZ-CARROCERA, A. Guías para detectar deficiencias en el desarrollo psicomotor de los niños. Cuadernos de Nutrición. Vol. 14, No.2, 1991. pp: 6-11.
- ◆ FOMON, S. Nutrición del Lactante. Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1994. pp: 1-31.
- ◆ GARZA MERCADO, A. Manual de Técnicas de Investigación. Ed. Harla Latinoamericana. 4ª ed. 1992. pp: 222-225.
- ◆ GARCÍA ARANDA, J.A. Introducción de los cereales en la alimentación del lactante menor. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 45, No. 4, Abril 1988. pp: 201-202.
- ◆ GÓMEZ SANTOS, F. Desnutrición. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 54. No. 6. Junio 1997. pp: 299-305.
- ◆ HERRERA-HUDOBRO, A. NAZAR,B.A. El Niño Maltratado en Tlaxcala: estudio de casos. Salud Pública de México. Nov-Dic 1992. Vol 34. No.6. pp: 626-634.
- ◆ HERNÁNDEZ SAMPIERI R. FERNÁNDEZ COLLADO, Metodología de la Investigación. Ed. Mc. Graw-Hill. México, 1991. págs: 11-14, 76-81, 60-62, 252-279, 325-335, 349-367.
- ◆ KEMPE, H. KEMPE, C. Manual de Pediatría. Ed. El Manual Moderno. México. 1992. pp: 26-27.

- ◆ KEMPE, H. O'BRIEN D. **Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico**. Ed. El Manual Moderno. 5 ed. 1983.
- ◆ La Psicología Moderna de la A a la Z. Comprender - Saber - Actuar. Ed. Mateu Cromo, S. A. Ed. Bilbao, España 3ª ed. 1978. pp: 17, 22, 29, 35 y 168.
- ◆ LÓPEZ, M.E. ALVAREZ, M. Maltrato Infantil. Asociación Murcia de apoyo a la Infancia Maltratada. Universidad de Murcia, España. Mayo 1998. pp: 1-4.
- ◆ LOREDO-ABDALÁ, A. Síndrome del Niño Maltratado: Aspectos físicos, emocionales y sociales. Revista Mexicana de Pediatría. Mayo-Junio 1987. pp:123-131.
- ◆ LOREDO ABDALÁ, A. **Medicina Interna Pediátrica. Desnutrición**. Capítulo 1. Capítulo 19. Capítulo 5.2ª ed. Ed. Interamericana. México, 1990. pp: 1-32. 471-487, 53-59
- ◆ LUDWIG,S. El Niño Maltratado. pp: 1071-1107.
- ◆ MARTÍNEZ, D. Ciertos cambios en la alimentación de los últimos 50 años. Cuadernos de Nutrición. Vol. 11, No. 3. 1988 pp: 10-13.
- ◆ MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ,R. **La Salud del Niño y del Adolescente**. Ed. Masson-Salvat. 3ª ed. México 1995. pp: 512-518.
- ◆ Maltrato de Niños. Las Magulladuras escondidas. Apuntes para la familia. Academia Americana para Niños y Adolescentes. Mayo. 1996. pp: 1-2.
- ◆ MONCKEBERG, FERNANDO. Enriquecimiento ambiental en el niño desnutrido. La experiencia chilena. Cuadernos de Nutrición. Vol.16. No.4. Julio-Agosto 1993. pp: 17-32.
- ◆ O'DONNELL, A. BENGOAGA, J. M. **Nutrición y Alimentación del Niño en los Primeros años de vida**. Programa ampliado de libros (paltex). OPS. 1997. pp: 17-38.
- ◆ MORICE, A.C. JIMENEZ SOTO, Z. Tratamiento del Niño con retardo en el crecimiento (Falla para progresar). Boletín Medico del Hospital Infantil en México. Vol. 46. No. 8. Agosto 1989. pp: 567-570.
- ◆ PADILLA-RAIGOZA, N. Temas básicos de pediatría general. El Niño Maltratado: su historia natural y niveles de prevención. Revista Mexicana de Pediatría. Sep-Oct. 1989. pp:269-276.
- ◆ PALACIOS, J.L. **Introducción a la pediatría**. Mendez Oteo. México. 1987. pp: 83-84.
- ◆ PARRA CABRERA, S. et. al. Métodos de Encuesta Dietética. Cuadernos de Nutrición. Vol 20. No. 3. Mayo-Junio. 1997.

- ◆ PLAZAS DE CREIXELL, M. La Alimentación de los Niños. Cuadernos de Nutrición. Vol.18, No. 2, Marzo-Abril. 1995. pp: 21-28 y 36-39.
- ◆ **Prácticas Modernas en la alimentación Infantil**. Productos Gerber, S.A. de C.V. pp: 22-24
- ◆ Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia 1995-2000. p. 172.
- ◆ POSKITT, E.M.E. **Nutrición Pediátrica Práctica**. Ed. Acribia, S.A. 1992. pp: 83-108.
- ◆ PUENTES-ROJAS, R. WINTER, E. MANZI-ASTUDILLO, J. Estimulación psicosensoresal intensiva en niños desnutridos. I Efectos en el desarrollo psicomotor y crecimiento físicos. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 46, No. 5. Mayo 1989. pp: 308-315.
- ◆ RALLISON, L. **Irregularidades del crecimiento en Lactantes, Niños y Adolescentes**. Noriega editores UTEHA. México. 1994. pp: 82-86, 67-68
- ◆ RAMOS GALVAN, R. **Alimentación normal en Niños y Adolescentes**. Ed El Manual Moderno. México. 1985. pp: 639-654.
- ◆ RAMOS GALVAN, R. Significado y empleo de las referencias somatómetricas de peso y talla en la práctica pediátrica y epidemiológica. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 49, No. 6, Jun. 1992. pp: 321-334.
- ◆ RAMOS GALVAN, R. **Desnutrición en el Niño**. Realizado por el Departamento de Nutrición I, del Hospital Infantil en México; D.F. 1969. pp: 7-13, 17, 23,24, 69-74, 165-168, 333 y 335.
- ◆ ROSALES, A. MARTÍNEZ, A. SANCHEZ, G. Crecimiento físico diferencial durante el primer año de vida. I Crecimiento del cuerpo. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 49, No. 10, Oct.1992. pp: 641-651.
- ◆ SANTANA-TAVIRA, R. Et al. El Maltrato Infantil: un problema mundial. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 1. Enero-Febrero 1998. pp: 58-65.
- ◆ Simposio Internacional del Niño Maltratado 1979. Secretaría de Gobernación. SEP. Secretaria de Salubridad y Asistencia. IMSS. DIF.
- ◆ SOLIS-CAMARA, P, La validez del inventario de paternidad para adultos y adolescentes: los índices del abuso infantil. Salud Mental. Vol 14. No.2. Junio 1991 pp: 11-16
- ◆ SOLANGE, H.R. **Nutrición**. Temas de Pediatría. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. México 1996. pp:41-49.
- ◆ SCHLAEPFER, L. La Alimentación Infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna. Gaceta Medica Mexicana. Vol. 34, No. 6, Nov.-Dic. 1992. pp: 593-606.

- ◆ STROBEL, S. La alimentación en las primeras etapas de la vida y las respuestas inmunes en la infancia. Resumen del 36° Seminario de Nestlé Nutrition. pp: 33-34.
- ◆ TAVANO-COLAIZZI, L. Destete e Introducción de alimentos diferentes a la leche. Cuadernos de Nutrición. Vol. 20, No. 1, Ene-Feb. 1997. pp: 68-71.
- ◆ TAMAYO, T.M. El proceso de la Investigación Científica. Ed. Limusa. México 1991. pp: 52-65.
- ◆ VASQUEZ-GARIBAY, E. Recomendaciones nutrimentales en el recién nacido. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 49, no. 10, Dic. 1992. pp: 861-865.
- ◆ VASQUEZ-GARIBAY, E. VALLARTA CORONA, G. Disfunción de la dinámica familiar como factor asociado a la desnutrición primaria grave en el niño. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 52, No. 12, Dic. 1995. pp: 698-705.
- ◆ VEGA FRANCO, L. Desarrollo Intelectual y crecimiento somático de escolares afectados por desnutrición a una edad temprana. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 46. No. 5. Mayo 1989. pp: 328-334.
- ◆ VEGA FRANCO, L. Comportamiento del preescolar durante su alimentación. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 40, No. 10. Oct. 1983. pp: 552-555.
- ◆ VEGA FRANCO, L. Conducta de los niños lactantes frente a las papillas ofrecidas con cuchara. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 40, No. 9, Sep. 1983. pp: 488-497.
- ◆ VEGA FRANCO, L. La manzana: mito, ciencia y realidad, en la práctica pediátrica. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 44, No. 12, Dic. 1997. pp: 726-727.
- ◆ VEGA FRANCO, L. Lo que el pediatra debe saber acerca de la ablactación. Boletín Médico del Hospital Infantil en México. Vol. 46, No. 2, Feb. 1989. pp: 133-138.
- ◆ VEGA FRANCO, L. Porqué, Cómo y Cuando iniciar la ablactación. Cuadernos de Nutrición. Vol. 11, No. 4, 1988. pp: 3-9.

ANEXO 1

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y TÉCNICOS

RECURSOS HUMANOS

- ◇ Médico Pediatra
- ◇ Psiquiatra
- ◇ Enfermedad de Base
- ◇ Enfermera prestadora de Servicio Social
- ◇ Cocinera
- ◇ Galopina

RECURSOS MATERIALES.

- ◇ Cinta Métrica (fibra de vidrio, no elástica capacidad mínima. 1cm., capacidad máxima 150 cm, rango 1mm).
- ◇ Báscula Clínica (Marca BAME, Modelo 420, división mínima 100 gramos, división máxima 16 kilos. rango 10 gramos. Base de 54x38x19.5 centímetros).
- ◇ Báscula Clínica para bebés. (Marca BAME, modelo 440, división mínima 20 gramos, división máxima, 16 kilos; rango 10 gramos. Charola porta bebe con dimensiones de 53.5 centímetros de largo X 21.7 centímetros de ancho X 8 centímetros de altura; dimensiones generales: 55.7 centímetros de largo X 21.7 centímetros de ancho X 32.2 centímetros de altura)
- ◇ Papelería en General.
- ◇ Hojas de Registro, Tablas de Peso y Talla así como Curvas de Crecimiento.
- ◇ Prueba de Desarrollo de Denver .
- ◇ Alimentos, Láminas con dibujos y juguetes utilizados para la evaluación del desarrollo psicomotor.

RECURSOS TÉCNICOS

- ◇ Referencias Bibliográficas.
- ◇ Tablas de referencia de Peso y Talla (*Diario Oficial de la Federación Tomo CDLXXXVII No. 9 México, D.F. Miércoles 13 de Abril de 1994*).
- ◇ Expedientes Clínicos.
- ◇ Computadora. (Acer aspire 3000 MMX. Procesador pentium 233 MHZ)
- ◇ Impresora. (Láser Printer 4. Emulación HP II P plus)
- ◇ Software:
 - Ms office ver. 4.2.
 - Microsoft Windows ver. 3.1
 - Microsoft Win Word ver. 6.0
 - Microsoft Excel ver. 5.0
 - Microsoft Power Point ver. 4.0

HOJA DE REGISTRO ANTROPOMÉTRICO

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

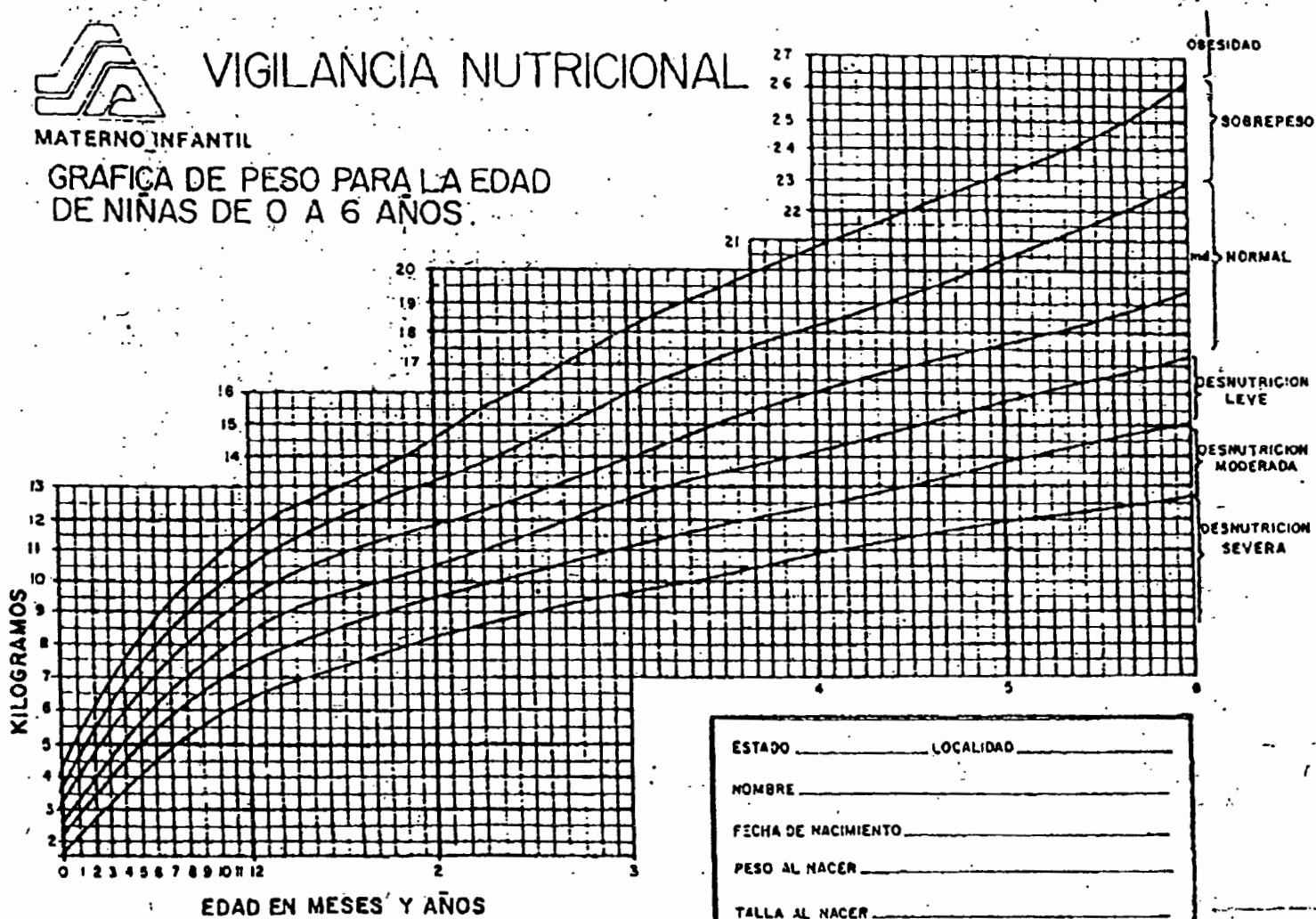
INDICADORES	agos.	sep.	oct.	nov.	dic.	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
PESO REAL (kg)											
TALLA (cm)											
INDICADORES	agos.	sep.	oct.	nov.	dic.	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
PESO esperado para la talla (kg)											
TALLA esperada para la edad (cm)											



VIGILANCIA NUTRICIONAL

MATERNO INFANTIL

GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD
DE NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS.



EDAD EN MESES Y AÑOS

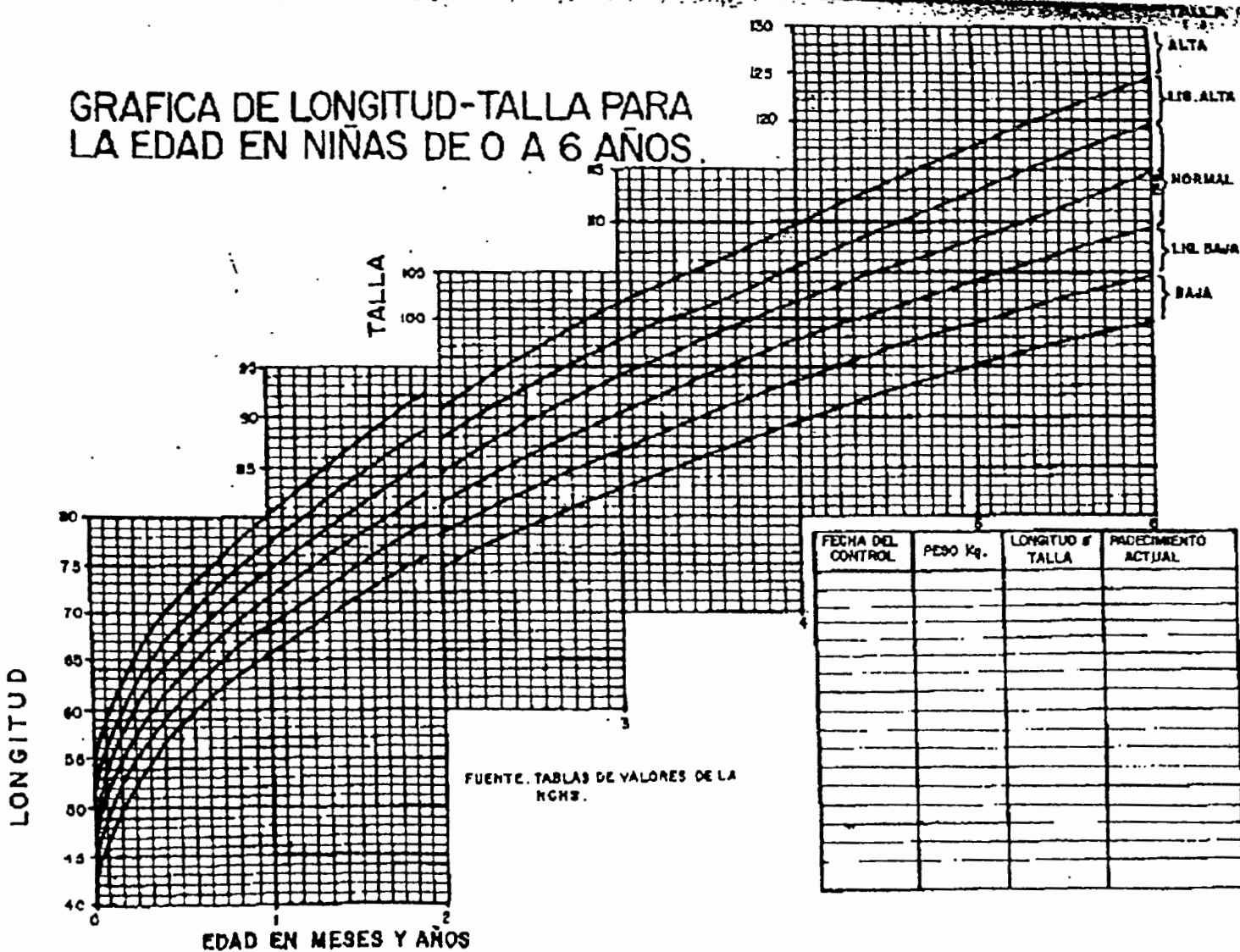
FUENTE: TABLA DE VALORES DE LA MCHS.

ESTADO _____	LOCALIDAD _____
NOMBRE _____	
FECHA DE NACIMIENTO _____	
PESO AL NACER _____	
TALLA AL NACER _____	
NOMBRE DE LA MADRE _____	

ANVERSO
"A" GRAFICA PESO/EDAD NIÑAS 0-6 AÑOS
APENDICE "A" (Informativo)

ANEXO 2b

**GRAFICA DE LONGITUD-TALLA PARA
LA EDAD EN NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS.**



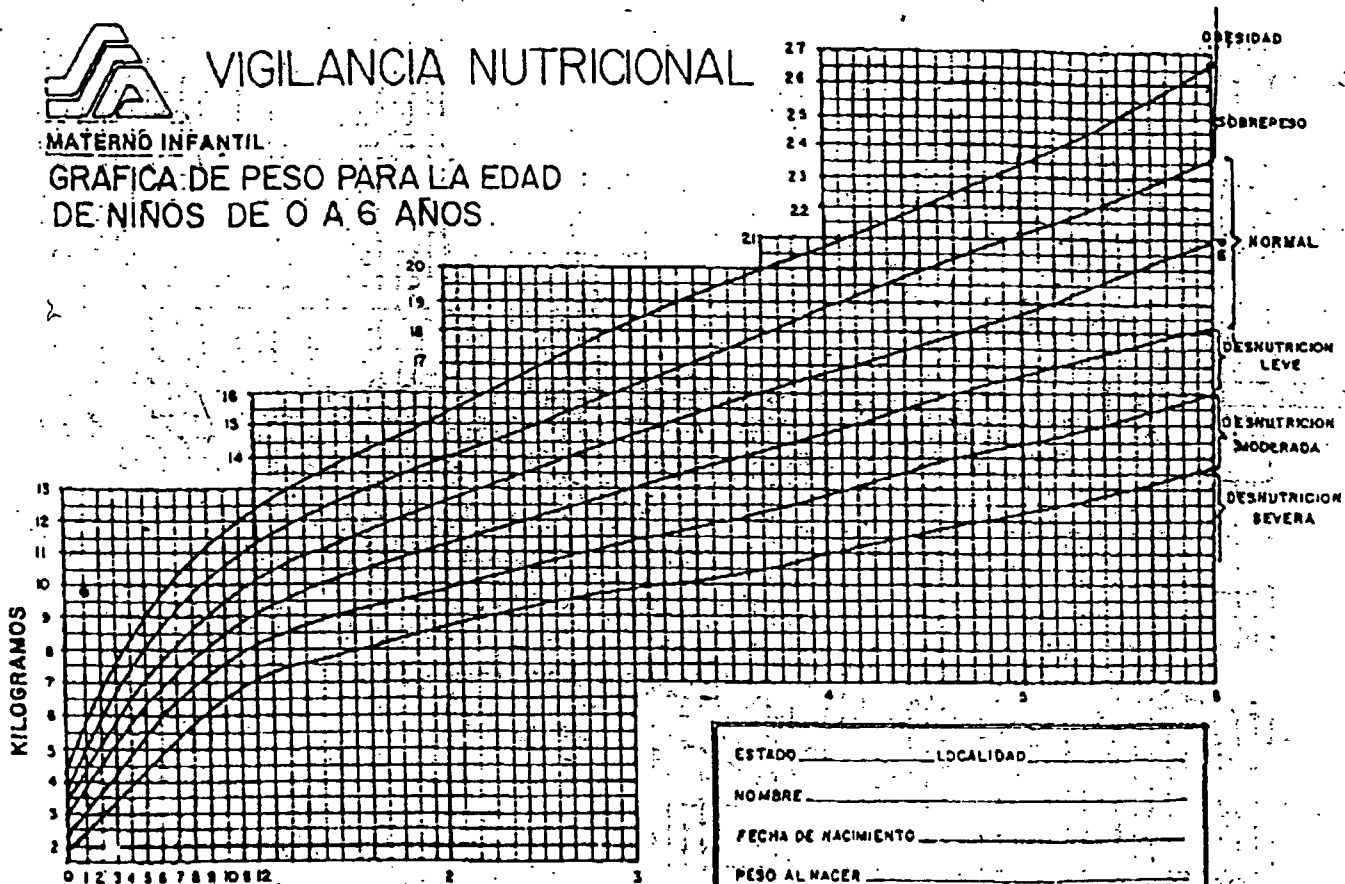
Diarios 28 de noviembre de 1994
 DIARIO OFICIAL
 APENDICE "A" (Informativo)
 "A" GRAFICA TALLA/EDAD NIÑAS 0-6 AÑOS
 REVERSO
 (Tercera Sección) 41



VIGILANCIA NUTRICIONAL

MATERNÓ INFANTIL

GRÁFICA DE PESO PARA LA EDAD DE NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS.

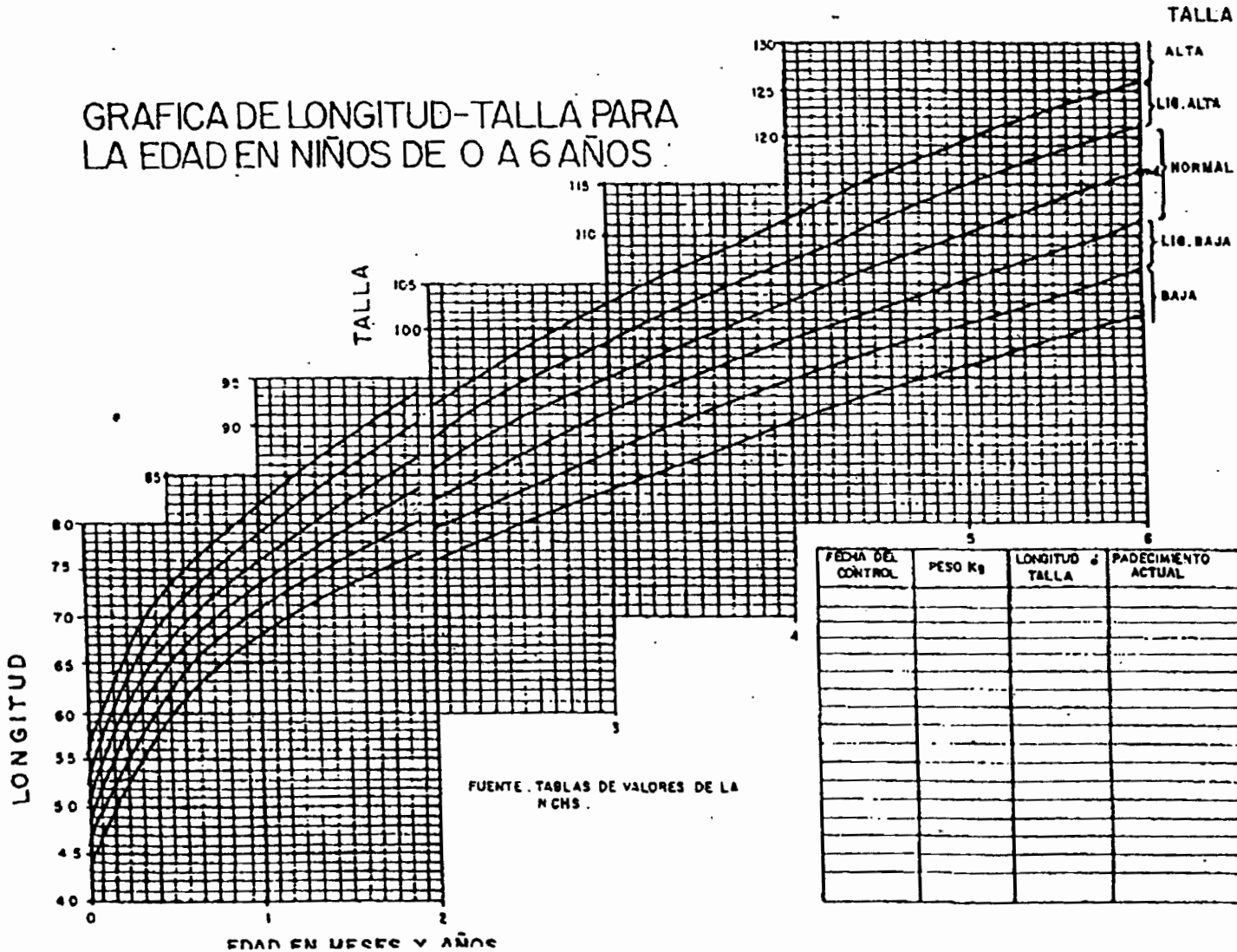


EDAD EN MESES Y AÑOS
FUENTE: TABLAS DE VALORES DE LA NCHS.

ESTADO _____	LOCALIDAD _____
NOMBRE _____	
FECHA DE NACIMIENTO _____	
PESO AL HACER _____	
TALLA AL HACER _____	
NOMBRE DE LA MADRE _____	

ANVERSO
"A" GRÁFICA PESO/EDAD NIÑOS 0-6 AÑOS
APENDICE "A" (Informativo)

GRAFICA DE LONGITUD-TALLA PARA LA EDAD EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS



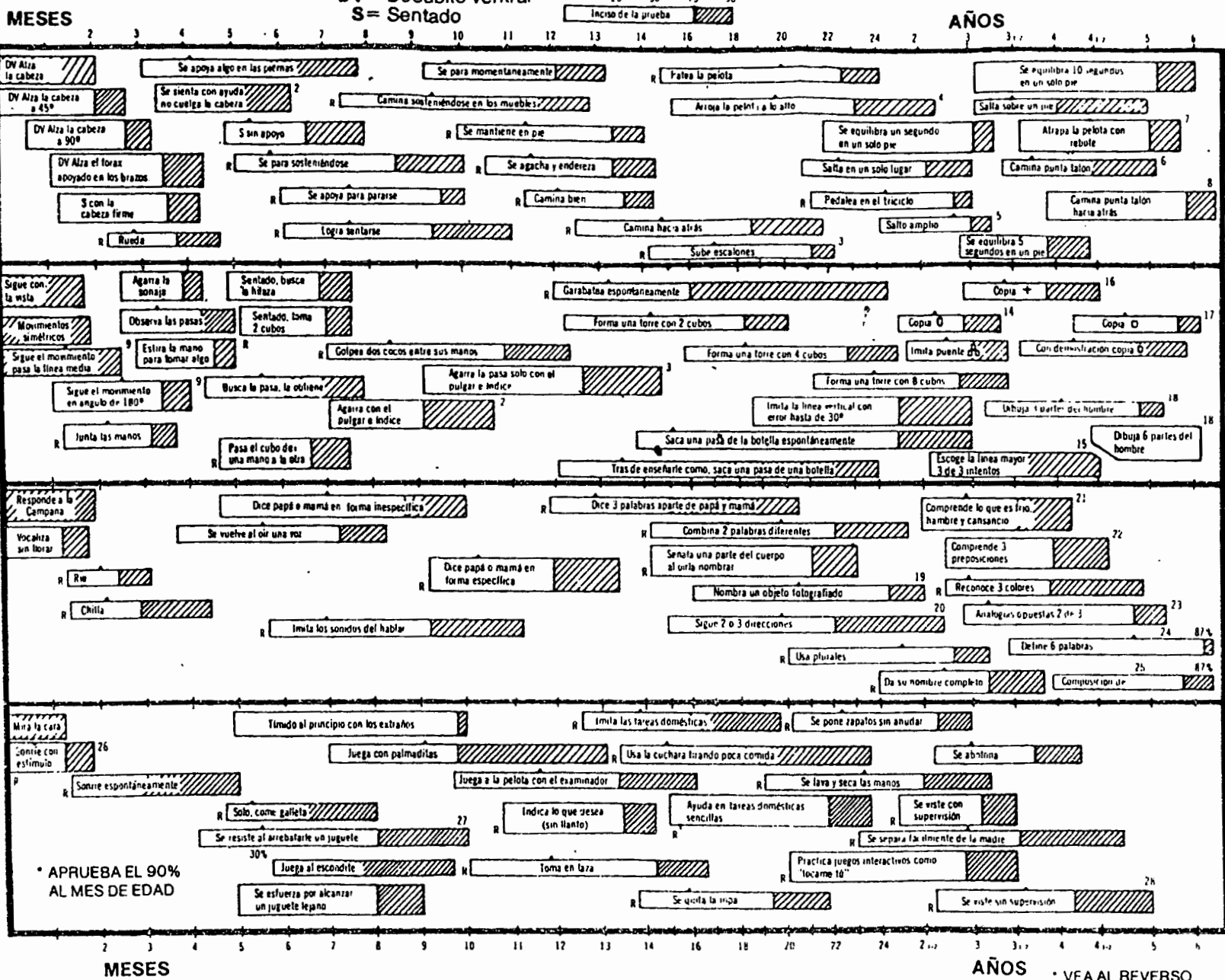
REVERSO

"A" GRAFICA TALLA/EDAD NIÑOS 0-6 AÑOS

APENDICE "A" (Informativo)

ANEXO 3

MOVIMIENTO GRUESO FINO - ADAPTABLE MOVIMIENTO LENGUAJE PERSONAL-SOCIAL



PRUEBA DE INVESTIGACION DEL DESARROLLO DE DENVER

* VEA AL REVERSO
R= PASAR POR RESPUESTA AFIRMATIVA DE LA MADRE


Instituto Nacional de Pediatría
 INP
 DESARROLLO DE DENVER

DEPENDENCIA _____
 SERVICIO _____
 FECHA _____
 NOMBRE EXAMINADOR _____
 NO. DE REG. _____

* APRUEBA EL 90% AL MES DE EDAD

ANEXO 4

HOJA DE INGRESO

No. DE EXPEDIENTE _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **FECHA DE INGRESO** _____

FECHA DE EGRESO _____

EDAD _____ **SEXO** _____

PESO (kg) _____ **TALLA (cm)** _____

ANTECEDENTES

ALIMENTARIOS:

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO?
¿CUÁNTAS COMIDAS REALIZA AL DÍA?

¿QUE ALIMENTO LE GUSTA COMER MÁS?
¿SUS ALIMENTOS SON MOLIDOS, PICADOS O EN
TROZOS?

MOTIVO DE INGRESO _____

CUADRO DE EVALUACIÓN CLÍNICA

SIGNOS CLÍNICOS-CIRCUNSTANCIALES

SIGNO	PRESENTE	AUSENTE
EDEMA		
IRRITABILIDAD		
LLANTO EXCESIVO		
LENGUA ROJA O BRILLANTE		
APATÍA		
CABELLO		
desprendible		
delgado		
despigmentado		
ralo		
PIEL		
cara de luna llena		
descamación		
OJOS		
conjuntivas pálidas		

DIENTES	manchados		
	caries		
	faltantes		
ANEMIA CLÍNICA			
	palidez de tegumentos		
	hipodinamia		
	fatiga fácil		

SIGNOS CLÍNICOS											
INDICADORES	agos.	sep.	oct.	nov.	dic.	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
PESO (kg)											
TALLA (cm)											

INDICADORES AGREGADOS		
INDICADORES	PRESENTE	AUSENTE
Síndrome de Privación Social		
Parasitosis		
dolor abdominal post-pandrial		
diarrea		
pujo		
tenesmo		
prurito anal		
Rinofaringitis de repetición		

ANEXO 6

HOJA DE REGISTRO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Prueba de Tamizaje Neuroconductual

NOMBRE: _____

Para niños de doce meses

PRUEBA	PUNTAJE	
1. Se le ofrece al pequeño una taza con líquido	A)	
2. Coger los objetos pequeños entre el pulgar y el índice (una prueba para cada mano)	A)	B)
3. Se pide a la persona que este al cuidado del niño que realice algún movimiento repetitivo frente el niño. (debe imitar los movimientos)	A)	
4. El niño debe poder recoger la pelota con ambas manos y levantarla, también debe ser capaz de aventarla jugando.	A)	B)
5. El niño debe levantarse sin ayuda, tan sólo tomándose de algún objeto.	A)	B)
6. El niño es capaz de desplazarse de alguna forma sin ayuda. • Sostenido de una sola mano logra dar tres pasos o más sin trastabillar.	A)	B)
7. Se evalúa si el niño dice <i>mamá o papá</i> . • Deberá obedecer una orden sencilla	A)	B)

ANEXO 6a

HOJA DE REGISTRO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Prueba de Tamizaje Neuroconductual

NOMBRE:

Para niños de 18 meses

PRUEBA	PUNTAJE	
El niño puede comer sólo por lo menos tres cucharadas de comida, aunque derrame.	a)	
Meter las pasitas al frasco y luego a sacarlas	a)	b)
El niño debe reconocer por los menos dos objetos o personas cuando se le pregunta.	a)	b)
Aventarle una pelota varias veces (debe entender el juego)	a)	b)
Recoger un objeto del suelo acucillándose y volver a erguirse sólo	a)	b)
Capaz de caminar más de 8 pasos sin caerse.	a)	b)
Se califica si sabe decir <i>papá, mamá</i> y tres palabras más aunque no sean claras.	a)	b)