

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Estado nutricional y de salud de niños de 9 a 12 años
de la Casa Hogar DIF Amanecer**

Práctica reflexiva

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTAN

NOEMÍ REYNA LÓPEZ

JOKEBED REYNA LÓPEZ

DIRECTORA: DRA. PATRICIA BUSTAMANTE CAMILO

CODIRECTOR: MTRO. MIGUEL ÁNGEL MARÍN JIMÉNEZ

Ciudad de México, mayo de 2024.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

Reyna López Noemí

Gracias a mi hermana Jokebed Reyna quien ha seguido junto a mí para poder concluir esta investigación y llenarnos de conocimientos que nos ayuden a emplearlos como Licenciada Promoción de la Salud.

Gracias a mi familia quien siempre ha estado en el proceso de evolución en toda mi vida, en especial a mis padres Verónica López López y Fernando Reyna Romano, quienes me han guiado para ser una mejor persona y han dado todo por verme bien.

Gracias a mis hermanas que están en las buenas y malas, que nunca me han dejado, Harin y Jokebed, por ser parte de mi vida y a este pedacito Karim quien nos ha enseñado a luchar más

Gracias Omar Antonio por siempre apoyarme, por ser parte de mi vida y ser mi mejor equipo en todos los sentidos.

En especial a la Dra. Patricia Bustamante Camilo, que nos ha brindado su apoyo, nos ha impulsado a seguir adelante, ha estado para guiarnos y enseñar a no rendirnos y al Mtro. Miguel Ángel Marín Jiménez, por brindarnos el tiempo, apoyo y colaboración para dirigir esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Reyna López Jokebed

A mis padres Verónica López y Fernando Reyna, quienes me dieron su apoyo incondicional, siendo los seres más importantes en mi vida, me han guiado por el buen camino, brindándome su apoyo, consejos en los momentos más difíciles, cómplices de las locuras que he cometido en este proceso.

De igual manera agradezco a mis hermanas Harin Reyna y Noemi Reyna por que se convirtieron en esas cómplices inseparables, de las cuales nunca me cansaré de amarlas por estar en las buenas, las malas y las peores.

A la familia que hoy formamos Carlos Fernández y mi pequeño Karim Fernández Reyna, a quien le prometo ganas para sacarlo adelante siempre, siguiendo el ejemplo que mis padres me dieron para una familia unida.

Finalmente, y no menos importante agradecer a la directora de tesis Dra. Patricia Bustamante Camilo y el codirector Mtro. Miguel Ángel Marín Jiménez por el apoyo durante la elaboración del proyecto.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Agradezco todo el apoyo incondicional brindado por las autoridades de la casa hogar, para el Desarrollo de la Familia DIF Amanecer, para la realización de este trabajo en las instalaciones del Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia DIF, población de varones de 9 a 12 años que habitan en la casa hogar, así como la dedicación para terminar este proyecto en equipo: Reyna López Noemí y Reyna López Jokebed, para concluir el proyecto de la Licenciatura en Promoción de la Salud.

*Agradecemos a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por sus métodos de estudio que nos permitieron ser parte de su comunidad estudiantil y por tener acceso a los diferentes espacios formativos que fueron parte esencial de la formación y por enseñarnos que **“Nada humano nos es ajeno”**.*

A Espacios Estudiantiles por su apoyo proporcionado para el desarrollo del proyecto estudiantil.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	I
ÍNDICE GENERAL	II
ÍNDICE DE FIGURAS	III
ÍNDICE DE TABLAS	IV
ÍNDICE DE ANEXOS	V
ABREVIATURAS	VI
I.INTRODUCCIÓN	1
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.1 Pregunta de investigación	5
III.OBJETIVOS	6
3.1 Objetivo General	6
3.2 Objetivos Específicos	6
IV.JUSTIFICACIÓN	7
V.MARCO TEÓRICO	9
5.1 Nutrición	9
5.1.1 ¿Qué es Nutrición?	9
5.1.2 Normas legislativas sobre la nutrición como derecho.	9
5.2 Desnutrición	10
5.2.1 Tipos de Desnutrición	10
5.2.2 Causas	11
5.2.3 Índice de desnutrición	11
5.2.4 Carencia de vitaminas y minerales	12
5.2.5 Desnutrición infantil en el mundo	12
5.2.6 Desnutrición infantil en México	13
5.3. Factores sociales	13
5.3.1 Prácticas deficientes de cuidado en el hogar	13
5.3.2 Medidas preventivas	15
5.3.3 Cambios en el entorno sociocultural	15

5.3.4 Dieta	16
5.3.5 Sensibilización en las comunidades	17
5.3.6 Factores políticos y de salud	18
5.3.7 Tratamientos	20
5.3.8 Lactancia	21
5.3.8.1 Lactancia exclusiva	22
5.4 Factores ambientales	23
5.4.1 Atención sanitaria	23
5.4.2 Desastres naturales	24
5.5 Factores económicos	24
5.5.1 Pobreza y desigualdad	24
5.6 Factores de salud	25
5.6.1 Enfermedades infecciosas	25
5.6.2 Enfermedades diarreicas	25
5.6.3 Alcance	27
5.6.4 Deshidratación	27
5.6.5 Causas	28
5.7 Factores psicosociales	30
5.8 Promoción de la Salud	33
5.8.1 Antecedentes históricos	34
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	40
6.1 Gestión administrativa	40
6.2 Población de estudio	41
6.3 Tipo de estudio	41
6.3.1 Criterios de selección	41
6.4 Encuestas	41
6.4.1 Variables categóricas	42
6.4.2 Riesgo metabólico con tres indicadores	42
6.4.3 Variables de interés	44
6.5 Mediciones antropométricas	47
6.5.1 Equipo utilizado	47

6.5.2 Logística y papelería	48
6.6 Construcción de la base de datos	48
VII.RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
7.1 Operacionalización de las variables	50
7.2 Análisis de datos	50
7.3 Análisis psicoafectivo	59
7.4 Taller	61
7.4.1 Taller de sexualidad	62
7.4.1.1 Tema: Conociendo mi cuerpo	64
7.4.2 Diseño de talleres	65
VIII. CONCLUSIONES	67
IX. METAS ALCANZADAS	70
X. REFERENCIAS	71
XI. ANEXOS	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Línea de tiempo de la Promoción de la salud	39
Figura 2	Prevalencia de sobrepeso, índice cintura/talla (ICT) y área grasa del brazo; en jóvenes del DIF amanecer (Fuente propia).	54
Figura 3	Prevalencia de la talla baja-muy baja, área muscular del brazo magro-bajo promedio, circunferencia braquial en jóvenes del DIF amanecer (Fuente propia).	55
Figura 4	Prevalencia de tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica y frecuencia cardíaca en varones del DIF amanecer (Fuente propia).	55
Figura 5	Orientación a los niños para realizar las mediciones (Anexo 5)	80
Figura 6	Indicaciones para los infantes al quitarse el calzado para sus mediciones (Anexo 5)	80
Figura 7	Indicaciones sobre el llenado de la encuesta sobre alimentación y consumo (Anexo 5)	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Carencia de medicamentos preventivos	19
Tabla 2	Principales alimentos para niños desnutridos	20
Tabla 3	Enfermedades infecciosas	26
Tabla 4	Procesos psicológicos básicos del ser humano	33
Tabla 5	Riesgo metabólico	42
Tabla 6	Circunferencia de cintura/edad	43
Tabla 7	Relación perímetro de cintura/talla	43
Tabla 8	Tensión arterial (TA)	44
Tabla 9	Frecuencia cardiaca	44
Tabla 10	Índice de masa corporal (IMC)	45
Tabla 11	Talla para la edad	45
Tabla 12	Estatura para la edad	45
Tabla 13	Peso para la edad	46
Tabla 14	Área muscular del brazo/edad	46
Tabla 15	Circunferencia media del brazo/edad	47
Tabla 16	VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN PARA VARONES DE LA CASA HOGAR DIF	51
Tabla 17	Características generales de la población de varones de 9 a 12 años.	53
Tabla 18	Desarrollo del taller	89

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Carta informativa de la Dirección General del DIF	76
Anexo 2	Carta informativa Casa Hogar DIF Amanecer (Coyoacán)	77
Anexo 3	Carta ingreso Casa Hogar DIF Amanecer (Coyoacán)	78
Anexo 4	Carta de término en Casa Hogar DIF Amanecer de Coyoacán	79
Anexo 5	Mediciones antropométricas	80
Anexo 6	Base de datos de tanita	82
Anexo 7	Base de datos de signos vitales	83
Anexo 8	Base de datos de plicometría	84
Anexo 9	Cronograma de actividades en las instalaciones del DIF Casa Amanecer	85
Anexo 10	Cuestionario de alimentación	86
Anexo 11	Desarrollo del taller sobre sexualidad	89

ABREVIATURAS

DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
NOM	Normas Oficiales Mexicanas
ECV	Enfermedades cardiovasculares
IMC	Índice de masa corporal
PS	Promotor de la Salud
ODM	Objetivos de desarrollo de milicia
Micronutrientes	Sustancias que son requeridas en pequeñas cantidades para el desarrollo del organismo.
AIEDI	Atención integral de las enfermedades de la infancia
<i>Cryptosporidium</i>	Parásito que se encuentra en aguas contaminadas
<i>Shigella</i>	Ocasiona enfermedad diarreica
<i>E. coli</i>	Bacteria que habita en el intestino del humano y animales, medioambiente, alimentos y agua contaminada
SRO	Solución salina de rehidratación oral
Peso	Fuerza de gravitación universal que ejerce un cuerpo sobre una masa
Talla	Altura de la persona
TA	Tensión arterial
DM	Diabetes mellitus
Medidas antropométricas	Estudio cuantitativo de las características físicas del hombre

I. INTRODUCCIÓN

Las enseñanzas en el hogar están relacionadas con la comunicación entre madres e hijos, una adecuada enseñanza ayuda al cuidado de la salud de un individuo ya que tiene un papel importante en la alimentación, como en el caso de la lactancia materna exclusiva al menos por los primeros seis meses de vida. Por otro lado, una correcta educación alimentaria y nutricional permite, tanto a madre como al niño, atender los requerimientos nutricionales indispensables, hecho que garantiza un estado de salud física, mental y psicosocial óptimo. Asimismo, el nivel de escolaridad de las madres y su posición en la sociedad tienen influencia importante sobre la alimentación en su descendencia, Estudios realizados en Pakistán revelaron que la mayoría de las madres de recién nacidos con síntomas de desnutrición apenas habían recibido educación. Asimismo, la introducción de alimentos complementarios para los lactantes a partir de los seis meses de edad mejoró cuando las madres recibieron formación (UNICEF, 2018). Es por ello que la educación en alimentación y nutrición son factores importantes en el estado de salud de los niños en estado de vulnerabilidad.

Feíto (2007) argumenta que la vulnerabilidad hace referencia *“no sólo con las condiciones del individuo sino, cada vez más, con las condiciones del medio (ambientales, sociales o de otro tipo) en que su vida se desarrolla, dando lugar a la necesidad de incorporar los aspectos socioculturales en la comprensión de este concepto”*. El análisis nutricional junto con la identificación de variables sociales y de salud son determinantes para constituir una *“nutrición y alimentación adecuada”*

y con ello coadyuvar la condición de vulnerabilidad de un individuo (UNICEF, 2018).

La nutrición es definida como “*la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo*” (NOM-043-SSA2-2012). Una buena nutrición es un elemento fundamental para la buena salud, mientras una mala nutrición puede tener efectos adversos a corto y mediano plazo, destacando una baja inmunidad, aumento de la susceptibilidad a las enfermedades infectocontagiosas, alteración del crecimiento y desarrollo físico, alteración en el rendimiento cognitivo entre otros padecimientos (OMS, 2019).

Por otro lado, el estado nutricional es referido como “*el resultado de un conjunto de factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales*” es determinante para un correcto funcionamiento del cuerpo humano, cuando se altera derivado de una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes o se impide el uso óptimo de los alimentos ingeridos, se generan problemas nutricionales que tienen como causas básicas aspectos de mala alimentación, inadecuada salud y/o falta de cuidados (Pedraza, 2004). El estado de nutrición se asocia con diferentes factores de riesgo, destacando por su relevancia:

a) Sedentarismo: definido como “un estilo de vida carente de movimiento o actividad física”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como sedentaria a aquella persona que realiza menos de noventa minutos de actividad física semanal. (Simmons, 2020), Ocurre por diversos factores como la falta de áreas verdes, poco tiempo libre, tráfico vehicular y contaminación, además de cambios tecnológicos como el uso de videojuegos;

b) Pobreza: definida como “una situación o una condición social y económica de la población que no le permite satisfacer sus necesidades básicas, ya sean estas físicas o psíquicas”. También, la alimentación, el acceso a una vivienda, la sanidad o la educación, son variables que se emplean para valorar las principales necesidades básicas del ser humano, sin estas necesidades cubiertas, se considera que un individuo no ha alcanzado un nivel mínimo en calidad de vida (García, 2016).

Sumado a lo anterior, el sobrepeso y la obesidad en el estado nutricional deriva de inadecuados hábitos alimenticios, determinantes sociales y un ambiente inapropiado entre otros factores, definido como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (ENSANUT, 2018) y como indicador simple de la relación entre el peso corporal y la talla o estatura, es el índice de masa corporal (IMC), se calcula dividiendo el peso (Kg) por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2), entre sus diferentes puntos de corte, el sobrepeso y obesidad, son considerados dos estadios que sobrepasan lo normal en los adultos (ENSANUT, 2016).

La obesidad es el aumento de composición de grasa corporal, traducido en el aumento del peso corporal y aunque no todo es debido al aumento del tejido adiposo, en la práctica médica la obesidad está relacionado con el peso (OMS, 2016). El estudio de la obesidad y el sobrepeso permite reconocer el crecimiento físico y desarrollo morfológico en niños (as) hacia la preferencia en el consumo de productos altamente calóricos, procesados y de poco valor nutricional. Esto sumado a una disponibilidad elevada de alimentos, donde México presenta alta ingesta per-

cápita en el consumo de refresco y demanda de alimentos procesados. Algunos estudios indican un promedio de consumo de 163 litros/persona (Barrientos *et al.*, 2017), donde el estado de salud es poco favorable por la constante exposición a alimentos altamente calóricos, así como la carencia de campañas educativas en materia de salud, nutrición y alimentación adecuada, sumadas a estrategias de marketing negativas, que afectan la percepción de una alimentación saludable por “ambiente obesogénico” González & Luna (2016).

Por otro lado, los inadecuados hábitos de alimentación, el sedentarismo, los malos estilos de vida y la industrialización reciente de los alimentos disponibles para consumo humano, están inclinando la distribución poblacional hacia estadios de salud inapropiados como la obesidad que, a su vez, es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades como la Diabetes Mellitus Tipo II (DM2), las enfermedades cardiovasculares (ECV) y algunos tipos de cáncer (Dávila *et al.*, 2014). Este problema ha impactado negativamente el estado de nutrición y de salud en diferentes poblaciones, una de éstas es el grupo de niños de casa hogar.

Este proyecto se realizó con el apoyo del Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia DIF y su población de niños varones de la casa hogar Amanecer. Para lograrlo se proporcionaron talleres de fortalecimiento sobre el conocimiento de alimentos, nutricional, culturales y psicoafectivos para orientar a la comunidad sobre sus principales debilidades.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entrar en la adolescencia y dejar la edad infantil, es una etapa de la vida del individuo que demanda un monitoreo constante por parte de la familia, las instituciones y los Estados. Existen múltiples factores sociales, económicos, culturales, políticos y de comunicación que pueden afectar el bienestar del individuo y su entorno en el que está involucrado el adolescente (Borja & del Pozo, 2017). Durante el desarrollo del proyecto en las instalaciones de la casa hogar DIF amanecer, se acercó a los problemas presentes, asociados a factores de riesgo de salud con la nutrición, la psicología y la parte psicosocial, permitiendo compararse en los problemas teórico-prácticas de la institución, para realizar el seguimiento y aporte de actividades desde la Promoción de la Salud, para realizar actividades que beneficien las problemáticas de los niños de la institución.

Este trabajo pretende responder los siguientes planteamientos:

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estado nutricional y de salud de los adolescentes que pertenecen al Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia DIF Amanecer?

¿Cuál es el rol de los padres de familia y cómo esto afecta en la parte psicoafectiva y social desde el punto de vista de los participantes?

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar el estado nutricional y de salud de los adolescentes del Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia DIF Amanecer en la Ciudad de México

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Evaluar la composición corporal a partir de las medidas antropométricas en niños de 9 a 12 años del DIF amanecer.

3.2.2 Buscar indicadores clínicos asociados a signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, llenado capilar).

3.2.3 Evaluar la alimentación realizando encuestas sobre el estado nutricional asociado con la dieta

3.2.4. Explorar el estado de salud desde un enfoque psicoafectivo, cultural y social de los adolescentes del DIF Amanecer

3.2.5 Proponer un taller teórico práctico sobre la parte psicosocial y alimentaria en el DIF amanecer

IV. JUSTIFICACIÓN

En México existe una importante brecha en la población en estado de vulnerabilidad. Los niños, por sus características biológicas, psicoafectivas y nutricionales, son de los grupos más vulnerables al desarrollo, entre las principales causas, la disfuncionalidad familiar, el fácil acceso a las plataformas virtuales y su inadecuado control, la malnutrición en sus estadios y un ambiente social alterado (Ávila *et al*, 2016). Asimismo, los diferentes grupos sociales e instituciones de salud deben participar de manera activa y en colaboración para un fin común. Un acercamiento desde la promoción de la salud a través de este problema da pie a un abordaje integral y holístico.

La atención a la salud psicoafectiva y social en este grupo etario continúa por las características de cada niño en la casa hogar. A nivel mundial la población mexicana infantil ocupa los primeros lugares en sobrepeso (4°) con el 28.1% para niños y el primer lugar en obesidad infantil (Dávila *et al.*, 2014). Además, de acuerdo con datos estadísticos del Registro Nacional de Peso y Talla (RNPT, 2016), en las 32 entidades federativas, se observó una prevalencia alta combinada de (20.7%) sobrepeso y (13.8%) obesidad (Ávila *et al.*, 2016).

La obesidad es un factor que puede predisponer a condiciones de salud poco favorables como lo es el riesgo metabólico. Esta condición ha cobrado fuerza en adultos, sin embargo, López-Rodríguez *et al.* (2016) plantearon la necesidad de una revisión más exhaustiva dado su desarrollo en edades tempranas, donde 1 de cada 10 niños presentaba más de 3 indicadores metabólicos, incrementándose en niños

con sobrepeso (15.7%) y obesidad (38.4%). Otra condición de malnutrición que se presenta es el déficit energético o energético-proteico, problema de salud rezagado al que no se le ha podido dar un seguimiento y solución adecuada, ya que la información de algunos estudios sugieren que la desnutrición crónica (baja talla) sigue siendo un problema de salud, principalmente en poblaciones indígenas y rurales (Rivera-Dommarco *et al.*, 2013). Finalmente, un adecuado estado nutricional, así como, estrategias educativas efectivas son esenciales para persuadir cambios de conducta y correctos estilos de vida y así, impactar positivamente en el crecimiento y desarrollo cognoscitivo, aprovechamiento escolar y disminución de problemas de salud a futuro, como pueden ser, desnutrición, obesidad y problemas metabólicos en niños (UNICEF, 2019).

Asimismo, el promotor de la salud (PS), podrá transmitir conocimientos en materia alimentaria, nutricional y social y afectiva, donde los campos del saber requieren de toda su atención para poner en práctica estrategias para apoyar a esta casa hogar. Por lo que se requiere investigar para obtener diferentes parámetros de evaluación, determinar las condiciones de los niños y dar alternativas para mejorar la calidad de vida en la casa DIF Amanecer. Por lo anterior, esta investigación se enfoca en detectar el estado nutricional de niños de 9 a 12 años que habitan la casa hogar DIF Amanecer en la Ciudad de México, ubicada en Santa Catarina, Coyoacán, 04010 Ciudad de México, se requiere realizar diagnósticos para detectar el estado nutricional así como el diseñar estrategias desde la Promoción de la Salud, con la finalidad de alcanzar una adecuada alimentación y nutrición, a través de la mejor toma de decisiones a la hora de elegir que alimentos comer.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Nutrición

5.1.1 ¿Qué es Nutrición?

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad (OMS, 2019). En relación con el estado nutricional: es el resultado de un conjunto de factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales; cuando estos factores producen una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes o impiden la utilización óptima de los alimentos ingeridos, se generan problemas nutricionales que tienen como causas básicas aspectos de alimentación, salud y/o cuidados (Pedraza, 2004).

5.1.2 Normas legislativas sobre la nutrición como derecho.

La Convención sobre los Derechos del Niño establece el derecho de todos los niños a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. El Artículo 6, establece que los Estados garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño. Por otra parte, en el año 2000, 189 países acordaron, en el marco de las Naciones Unidas, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se trató de 8 objetivos desglosados en metas concretas y

medibles que se alcanzaron en el 2015, con la finalidad de acabar con la pobreza y el hambre e impulsar el desarrollo humano. A pesar de ello, la desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños, así como para el progreso de sus países. La base del desarrollo humano implica tener cubiertas las necesidades básicas para sobrevivir (UNICEF, 2018).

5.2 Desnutrición.

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas (UNICEF, 2018)

5.2.1 Tipos de desnutrición.

a) Desnutrición crónica

Cuando un niño sufre desnutrición crónica presenta retraso en su crecimiento y se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad, lo que indica una carencia de nutrientes necesarios por tiempos prolongados, aumentando el riesgo de contraer enfermedades y afectar al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, es un problema que afecta principalmente a niños, es poco visible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando se está en etapa gestacional, si no se actúa durante el embarazo y antes de los 2 años de edad, las consecuencias serán irreversibles y se harán presentes a lo largo de su vida (UNICEF, 2018).

b) Desnutrición aguda moderada

La desnutrición aguda moderada es cuando el niño pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura, se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia y requiere un tratamiento inmediato para que no empeore (UNICEF, 2018).

c) Desnutrición aguda grave o severa

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que, para un niño en condiciones normales, por lo que requiere atención médica urgente (UNICEF, 2018).

5.2.2 Causas.

Causas inmediatas como la falta de acceso a los alimentos, falta de atención sanitaria, el uso de sistemas de agua y saneamiento insalubres y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. Asimismo, las causas básicas incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres (UNICEF, 2018).

5.2.3 Índice de desnutrición.

Se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños

demasiado delgados o con las piernas hinchadas, se mide la talla, el peso, el perímetro del brazo y con base en la edad del niño, se comparan con los estándares de referencia. UNICEF. (2018)

La desnutrición se manifiesta en diversas formas en el niño

- A. Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.
- B. Pesa poco para su altura.
- C. Pesa menos de lo que le corresponde para su edad.

5.2.4 Carencia de vitaminas y minerales

La desnutrición por la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se puede manifestar de múltiples maneras. La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad son sólo algunas de ellas (UNICEF, 2018)

5.2.5 Desnutrición infantil en el mundo.

Cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, el 90% vive en Asia y África, donde las tasas de mortalidad son elevadas, el 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países, de los cuales 10 de los países que más contribuyen al total, 6 están en Asia: (Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán), debido en parte a la elevada población que registran. Se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India. En más del 50% de los niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Guatemala (54%) se sitúa en niveles similares a algunos países africanos y asiáticos. Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste,

Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Rwanda (presentan desnutrición en orden de mayor a menor porcentaje). El 13% de niños menores de 5 años sufre desnutrición aguda de estos países y el 5% de desnutrición aguda grave. El 60% de los casos de desnutrición aguda se registra en sólo 10 países. Un total de 32 países tienen el 10% o más de niños menores de 5 años con desnutrición aguda grave, que requiere tratamiento urgente (UNICEF, 2018)

5.2.6 Desnutrición infantil en México.

La alimentación en los primeros cinco años de vida es fundamental para evitar la desnutrición infantil y asegurar un buen estado de salud, La forma en la que se alimentan niñas, niños y adolescentes tiene repercusiones en su desarrollo. Una alimentación adecuada desde el nacimiento aumenta las probabilidades de mantener un peso saludable y reduce el riesgo de desarrollar enfermedades (ENSANUT, 2021). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, estima que en México niños menores de 5 años presentan bajo peso (2.8%), baja talla (13.6%) y desnutrición aguda (1.6%). Por otro lado, la población indígena registró mayores tasas de desnutrición en comparación con el resto de la población (Save the Children, 2022)

5.3 Factores sociales

5.3.1 Prácticas deficientes de cuidado en el hogar

El cuidado de los niños exige compromiso por parte de diversos actores para salvaguardar su integridad. Al ser dependientes, los niños están expuestos a

diversas circunstancias para poder sobrevivir y desarrollarse desde lo físico, mental, espiritual, moral y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con la creación de la estrategia de “Atención Integrada a las Enfermedades de la Infancia” (AIEPI), han permitido reducir la mortalidad infantil a nivel mundial, disminuir enfermedades propias de la infancia y sus complicaciones, así como, propender por incentivar el crecimiento y desarrollo adecuado. Para facilitar su abordaje, la estrategia contempla tres ámbitos de actuación: clínico, de organización local, y comunitario. Este último, se centra en mejorar los conocimientos y las prácticas de los principales actores (padres y/o cuidadores) en la atención adecuada de niños en el hogar (Marsigla, 2022)

Mediante las actividades cotidianas que se realizan en casa sobre cuidado del hogar, la familia desempeña un papel importante hacia el hijo, mientras que la mamá y el papá son el ejemplo mayor para los hijos, al determinar la importancia de su crecimiento, reflejándose desde que nacen, su primer acercamiento es con la mamá, mientras el niño al crecer se crean vínculos en los que la lactancia interfiere para poder dar una alimentación complementaria, desde que el niño crece con acciones concretas por parte de los padres. La educación de la mujer y su posición en la sociedad tienen influencia sobre la alimentación. Un estudio realizado en Pakistán reveló que la mayoría de las madres de los recién nacidos con síntomas de desnutrición apenas habían recibido educación. La introducción de alimentos complementarios para los lactantes a partir de los 6 meses de edad mejoró cuando

las madres recibieron formación

5.3.2 Medidas preventivas

Proporcionar asistencia médica a niños que presenten signos de desnutrición o enfermedades relacionadas e informar a las madres sobre las opciones de alimentación y el acompañamiento a mujeres embarazadas antes y después del parto e insistir en amamantar inmediatamente después de su nacimiento y hasta que el niño cumpla 6 meses.

Identificar a los menores dependientes de la fórmula y suministrar información sobre los riesgos que puede generar el exceso.

Insistir en combinar las dos vías de alimentación, tanto el amamantamiento como la alimentación artificial.

Si la madre produce leche en exceso y el bebé no requiere todo el producto lácteo, solicitar la donación para alimentar a otros neonatos.

- Proporcionar consejos prácticos para la alimentación de niños mayores de 6 meses (Marsigla, 2022)

5.3.3 Cambios en el entorno socio-cultural (lugar donde viven)

- Formación y acciones para prevenir los embarazos precoces.
- Acciones para proteger los derechos de las mujeres y niñas.
- Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento.

- Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades.
- Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento.
- Acciones para lograr una atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario.
- Acciones para lograr una educación de calidad para todos que capacite para prevenir y abordar las consecuencias de la desnutrición.
- Medidas para reducir las consecuencias negativas del cambio climático sobre la disponibilidad de alimentos. (UNICEF, 2018)

5.3.4 Hábitos alimenticios (dieta).

La alimentación evoluciona con el tiempo, y en ella influyen muchos factores socioeconómicos que interactúan de manera compleja y determinan modelos dietarios personales. Entre esos factores cabe mencionar los ingresos, los precios de los alimentos (que afectarán la disponibilidad y asequibilidad de alimentos saludables), las preferencias y creencias individuales, las tradiciones culturales, los factores geográficos y ambientales (incluido el cambio climático). Además, fomentar un entorno alimentario saludable y sistemas alimentarios que promuevan una dieta diversificada, equilibrada y sana, requiere la participación de distintos sectores y partes interesadas, incluidos los gobiernos, el sector público y el privado (OMS, 2018).

5.3.5 Sensibilización en las comunidades (Programas)

En las comunidades, uno de los procesos más importantes es lograr una alimentación adecuada, sana y balanceada, es crear conciencia ante la manera de alimentación que se tiene y que dependerá de los grupos etarios en los que se trabaje, siendo vital integrar a cada persona sin distinción alguna, de género, cultura o ambiente social, mediante pláticas, conferencias, exposiciones, talleres, cursos, juegos o acciones directas en el lugar, lo que permitirá reconocer el modo alimenticio por el que se vive. Como ejemplo la obesidad, es uno de los casos más grandes por su alto consumo de grasas y alimentos procesados de baja calidad que no aportan ningún nutriente o nutrientes aptos para el cuerpo del ser humano, otro ejemplo sería en los Estados donde hay una economía limitada donde la alimentación tampoco aportan nutrientes ni nutrimentos requeridos al cuerpo propiciando anemias agudas o severas (UNICEF, 2018)

Es importante reconocer a la comunidad y a la población con la que se trabaja para emplear una práctica alimentaria adecuada al desarrollo individual permitiendo un mejor desarrollo de la ingesta en nutrientes benéficos para su sano crecimiento y desarrollo, siendo importante involucrar a la persona a cargo de su alimentación, desde la desnutrición hasta la obesidad en los menores.

5.3.6 Factores políticos y de salud.

Carencia de medicamentos preventivos

Algunos de los medicamentos preventivos utilizados son las vacunas, vitaminas, minerales, ácido fólico y hierro, su carencia puede estar asociada con problemas de salud desde el nacimiento y a lo largo de su vida (Tabla 1).

Tabla 1. Carencia de medicamentos preventivos

Carencia	Problemas en la salud
Hierro	Su carencia está asociada con bajo peso al nacer, partos prematuros y muertes de madres e hijos. También reduce la capacidad de aprendizaje, el desarrollo motor, el crecimiento y la capacidad de trabajo.
Ácido fólico	Su deficiencia en mujeres embarazadas debilita el sistema inmunológico y puede causar anemia y malformaciones congénitas, como la espina bífida.
Vitamina A	Su deficiencia es responsable de la ceguera nocturna y aumenta las posibilidades de muertes infantiles por enfermedades como el sarampión, diarrea, neumonía, malaria y VIH/SIDA. Un niño que carece de esta vitamina es propenso a infecciones y aumenta el riesgo de mortalidad. Su falta aumenta el riesgo de ceguera y produce daños en la piel, boca, estómago y sistema respiratorio
Zinc	Su carencia puede causar diarrea, úlceras, problemas de cicatrización de heridas y caída del cabello. El zinc se utiliza para prevenir y proteger niños de la diarrea por tres meses.
Yodo	Su falta durante el embarazo aumenta las probabilidades de aborto espontáneo, malformaciones congénitas y mortalidad fetal tardía. Puede causar retraso en el desarrollo físico mental y problemas de aprendizaje.

(UNICEF, 2018)

5.3.7 Tratamientos

A. Tipos de tratamiento

Los preparados para lactantes formulados industrialmente son todos aquellos complementos nutricionales y vitamínicos que los organismos de atención suministran a los niños o a las madres embarazadas o en proceso de lactancia, el suministro diario de alimentos básicos, algunos niños requieren de un tratamiento especial para su recuperación si han sufrido una hambruna prolongada o malnutrición. Esto sucede en situaciones de guerra, conflictos armados, desplazamiento forzoso o desastres naturales, entre otras. La leche terapéutica infantil es un tratamiento necesario para recién nacidos o bebés de menos de 6 meses o de otras edades que sufren desnutrición (Tabla 2)

Tabla 2. Principales alimentos para niños desnutridos

Alimento	Contenido
Leche F-75	Es el complemento para niños ≤ 2 años que sufren desnutrición, especialmente la aguda moderada y la aguda grave. Su alto contenido en carbohidratos permite recuperar el normal funcionamiento de su metabolismo y ayuda a asimilar los alimentos de la dieta básica.
Preparado alimenticio F-100	Alimento de la segunda fase del tratamiento, cuando los niños pueden asimilar los alimentos de una dieta normal. Cada unidad tiene 25 Kcal adicionales, aporta un mayor número de proteínas y grasas
Plumpy Nut	Papilla elaborada a base de crema de cacahuete, azúcar, leche en polvo, grasas vegetales y vitaminas y minerales, indicada para niños de entre 2 y 5 años

	que presenten un cuadro de desnutrición aguda moderada o aguda grave.
Alimentos complementarios	Alimentos con alto aporte calórico elaborados a base de legumbres, cereales y aceites vegetales, complemento para niños ≥ 5 años “blanket feeding”

(Paho, 2009)

5.3.8 Lactancia

La lactancia materna temprana y exclusiva en los primeros meses de vida proporciona todos los nutrientes necesarios para los niños, estimula su sistema inmunológico y les protege de enfermedades mortales (Paho, 2009). La lactancia materna es la intervención más efectiva para prevenir la mortalidad de la niñez y tiene beneficios a corto y a largo plazo, tanto para la salud de la madre como del niño, es extremadamente costo-efectiva en comparación con otras intervenciones, por lo que el mejorar la alimentación complementaria y el demostrar su impacto en la nutrición del niño pequeño, ha sido desafiante, si bien existen amplias revisiones que muestran ejemplos de programas exitosos.

Recientemente se han elaborado guías mundiales para la alimentación complementaria, tanto para niños que reciben lactancia materna como los que no la reciben. Sin embargo, existe muy poca información sobre cómo, estas guías nacionales, son implementadas y sobre su eficacia o efectividad. Si bien la lactancia materna tiene mensajes universales (por ejemplo, iniciarla durante la primera hora después del nacimiento, lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, lactancia materna a demanda, entre otras), la mayoría de los mensajes sobre

alimentación complementaria no son universales, ya que dependen de la edad específica del niño y de su patrón de crecimiento (Save the Children, 2022).

5.3.8.1 Lactancia exclusiva.

El lactante no necesita ningún otro alimento porque la leche materna le aporta todos los nutrientes necesarios, estimula el funcionamiento del sistema inmunológico, le protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias agudas (dos de las principales causas de mortalidad infantil en el mundo en desarrollo) y mejora su respuesta a las vacunas. En los países en desarrollo, sólo el 37 % de los niños menores de 6 meses son amamantados de forma exclusiva. PAHO,(2009)

Muchos de los niños en la actualidad no son amamantados con leche materna, por los diferentes temas por ejemplo se me caen los senos, no me sale leche, la desesperación, o las costumbres estéticas que no les acceden a dar lactancia a los niños, tomando en cuenta que es una parte fundamental para la nutrición de los niños ya que proporciona beneficios para el niño, si el 100% de la población proporcionará lactancia la población infantil tendría mayor defensa en los primeros seis meses de vida; en la actualidad muchas madres prefieren la fórmula, que puede proporcionar nutrientes a los niños pero se tienen más sobrepeso y obesidad a edad temprano. Los niños de hoy no se amamantan correctamente, ya que tienen a la mano todos estos productos industrializados, que proporcionan excesos de sodio, colorantes y grasas trans, no dan alimentación saludable, que consumen bebés como Gerber, Danonino o leche ultra procesada, por lo que crecen con mala

orientación alimentaria.

5.4 Factores ambientales

5.4.1 Atención Sanitaria

Millones de personas no cuentan con el acceso a instalaciones sanitarias básicas ni a agua de calidad y no desarrollan prácticas de higiene, lo que origina diversas enfermedades transmitidas por el agua, como la diarrea aguda, la neumonía, la disentería, la presencia de parásitos intestinales y el cólera. En consecuencia, cada año, millones de personas, la mayoría de ellos niños, mueren por enfermedades de origen hídrico. Primero se debilita el sistema inmunitario, lo que impide retener los nutrientes y conduce a situaciones de desnutrición.

La diarrea, es una de las cinco principales causas de mortalidad en niños menores de cinco años ya que puede matar cerca de 750.000 infantes, más de 1.600 niños al día. El 60% de las muertes por diarrea se pueden evitar, ya que son causadas por el acceso indebido a agua, a alimentos contaminados, a la falta de saneamiento y a malas prácticas de higiene. Así, muchos niños no tienen más opción que beber de fuentes de agua insalubre y, cuando el agua potable es accesible, lo es en muy pequeñas cantidades, limitando las posibilidades de prácticas higiénicas. A su vez, el tiempo que se invierte en ir a por agua o padeciendo una enfermedad relacionada con el agua, limita las oportunidades para recibir una educación. Todo conlleva al deterioro de la salud, el bienestar y la situación económica de la población donde el 50% de la desnutrición materno infantil se debe a problemas de salud como la diarrea y las infecciones intestinales provocadas por una baja calidad del agua y un

ambiente no saneado (Save the Children, 2022)

5.4.2 Desastres Naturales

Las causas inmediatas de crisis alimentaria son la sequía asociada a los efectos del cambio climático, el aumento del precio de los alimentos, la pobreza, el abandono, la falta de atención sanitaria, de acceso a la educación, a sistemas de agua y saneamiento, son algunos de los factores que explican el alto porcentaje de desnutrición crónica (UNICEF, 2019).

5.5 Factores económicos

5.5.1 Pobreza y desigualdad

La falta de acceso a los factores económicos engloban a la falta de acceso de las personas para satisfacer sus necesidades primordiales como son la alimentación, asimismo, muchos de estos problemas se derivan a la falta de dinero en las familias por ejemplo, África es uno de los principales países que tienen un porcentaje elevado en desnutrición y recae principalmente en los niños, Por otro lado, la pobreza conlleva a la falta de vestir, hogar o casa digna, al no tener un empleo digno para subsistir con la familia, falta de oportunidades que da el país, servicio médico, medicamentos, falta de hospitales, a la falta de desigualdad que hay hacia los países, a la ignorancia, falta de educación para acceder a tener una mejor calidad de vida.

5.6 Factores de salud

5.6.1 Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos, que pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. La zoonosis proviene de los animales (Tabla 3) y se transmiten al humano (Chris Black, 2018).

5.6.2 Enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea. En la actualidad es probable que otras causas, como las infecciones bacterianas septicémicas, sean responsables de una proporción cada vez mayor de muertes relacionadas con la diarrea. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas (OMS, 2017).

Tabla 3. Enfermedades infecciosas

Malaria	Enfermedad causada por Plasmodium, se transmite por picadura de un mosquito infectado. Sólo el género anopheles del mosquito la transmite. Síntomas: fiebre, vómito y/o dolor de cabeza, sudoración y escalofríos, aparecen 10 a 15 días después de la picadura del mosquito. La prevención del paludismo se basa en el Rociado Residual Intradomiciliario (RRI) o distribución masiva o rutinaria con insecticida (MTI).
Dengue	El dengue se transmite a través de la picadura de un mosquito infectado. Es una enfermedad que afecta a personas de todas las edades, con síntomas que varían entre una fiebre leve a una fiebre incapacitante, acompañado de dolor intenso de cabeza, dolor detrás de los ojos, dolor en músculos y articulaciones, y eritema. La enfermedad puede progresar a formas graves, caracterizada principalmente por choque, dificultad respiratoria y/o daño grave de órganos. El dengue tiene un comportamiento estacionario, es decir, en el hemisferio Sur la mayoría de los casos ocurren durante la primera mitad del año, en cambio, en el hemisferio Norte, los casos ocurren mayormente en la segunda mitad. Este patrón de comportamiento corresponde a los meses más cálidos y lluviosos.
Sarampión	Enfermedad vírica contagiosa que afecta sobre todo a los niños y se transmite por gotitas de la nariz, boca y faringe de personas infectadas. Los síntomas iniciales, aparecen entre 8 y 12 días después de la infección, fiebre alta, rinorrea, inyección conjuntival y en la cara interna de la mejilla, después en la cara y cuello, y resto del cuerpo, se recuperan de 2 a 3 semanas. Algunas complicaciones por esta enfermedad pueden ocasionar ceguera, encefalitis, diarrea intensa, infecciones del oído y neumonía, sobre todo en niños malnutridos y pacientes inmunodeprimidos. El sarampión se previene con la vacunación.

Neumonía	Causa de muerte de niños en todo el mundo, donde mueren 1,4 millones de niños ≤ 5 años (18%) mundial anual, infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones, formados por los alvéolos, que se llenan de aire al respirar. En enfermos de neumonía estos sacos se llenan de pus y líquido, es dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. Asimismo, es la principal causa de mortalidad infantil mundial, causada por virus, bacterias u hongos. Anualmente mueren 1,4 millones de niños, se prevé por inmunización, alimentación adecuada y control de factores ambientales, se trata con antibióticos.
-----------------	--

(OMS, 2019; OPS, 2011)

5.6.3 Alcance

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo. También, en países de ingresos bajos, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

5.6.4 Deshidratación:

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio

y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

A. *Deshidratación grave (al menos dos de los signos siguientes):*

Letargo o pérdida de conocimiento.

Ojos hundidos.

No bebe o bebe poco.

Retorno lento (2 seg o más) a la normalidad después de pellizcar la piel.

B. *Deshidratación moderada (al menos dos de los signos siguientes):*

a. desasosiego o irritabilidad.

b. ojos hundidos.

c. bebe con ganas, tiene sed.

C. *Ausencia de deshidratación (no hay signos suficientes para diagnosticar una deshidratación grave o moderada).*

5.6.5 Causas

A. Infección.

La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más frecuentes de diarrea moderada a grave en países de ingresos bajos son los rotavirus y *Escherichia coli*. Otros patógenos, como *Cryptosporidium* y *Shigella*, también pueden ser importantes (OMS, 2017)

B. Malnutrición.

Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años (OMS, 2017)

El agua contaminada con materia fecal, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

- Se pueden transmitir de persona a persona por higiene deficiente.
- Alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas.
- El almacenamiento y manipulación de agua en condiciones carentes de seguridad
- El consumo de pescados y mariscos de aguas contaminadas.

C. Prevención y tratamiento

Entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

- el acceso a fuentes inocuas de agua de consumo;
- uso de servicios de saneamiento mejorados;
- lavado de manos con jabón;
- lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- una higiene personal y alimentaria correctas;

- la educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones;
- la vacunación contra el rotavirus.
- Rehidratación: con solución salina de rehidratación oral (SRO). Las SRO son una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Cada tratamiento cuesta unos pocos céntimos. (OMS,2017)

5.7 Factores psicosociales

Las emociones pueden determinar el comportamiento de cada individuo que depende de la conducta en el entorno donde se encuentran relacionados, por lo que es importante considerar que los niños son humanos en desarrollo que tienen constantes cambios y dependiendo del tipo de educación que se tenga a su alrededor desde la educación en casa como la de la escuela considerada socio familiar, permitiéndole el desarrollo psicológico y psicosocial para su crecimiento y en su etapa adulta poder alcanzar la interacción adecuada con el entorno (Ferreira, 2000).

Cuando se habla de la población infantil, se hace referencia a modelos y estrategias de crianza o educación, que puedan brindarles estos instrumentos con los cuales sean partícipes activos y de este modo se apropien de su contexto socio-histórico, principalmente, sean agentes transformadores y de cambio hacia modelos sociales, económicos, culturales y políticos que se encaminan a la par de las necesidades humanas en la búsqueda de equilibrio y adaptación a su contexto, esto significa impulsar la calidad de vida humana ya que tiene oportunidad de adaptarse al entorno, permitiendo la modificación (Tabla 4) del ambiente y la realidad en la que se encuentra para así adaptarse a lo que ocurra, todo esto se ve mediado por los

procesos mentales los cuales se consideran 8 procesos psicológicos básicos (Ferreira, 2000).

A. Percepción

Organiza y dota de significado a cualquier estímulo sensorial. La función es conocer el ambiente para movernos e interactuar con él; aspectos básicos para lograr una adaptación eficiente. Asimismo, ofrece información sobre aquello que sucede en el propio cuerpo (Ferreira, 2000).

B. Aprendizaje

Proceso por el cual modificamos y adquirimos conocimientos, habilidades, destrezas, conductas, etc. Funciona a través de lo ocurrido en el pasado, aprendemos a relacionar conductas con sus consecuencias, está muy relacionado con la memoria (Ferreira, 2000).

C. Lenguaje

El ser humano es un ser social y el lenguaje aporta la capacidad de comunicarnos con los demás y se realiza a través de un código simbólico complejo, el idioma o lengua. La complejidad del idioma nos permite describir con precisión casi cualquier cosa, ya sea del pasado, presente o futuro (Ferreira, 2000).

D. Pensamiento.

Conforma un proceso complejo que en psicología se define como el encargado de transformar la información para organizarla y dotarla de sentido. El estudio del pensamiento comenzó con la lógica aristotélica; pero esta no se mostró eficaz para su análisis, debido a que el ser humano no razonaba con lógica. En él habitan procesos abstractos y primarios ante el impulso emocional (Rivera. M,

2021).

E. Atención

Proceso encargado de focalizar los recursos en una serie de estímulos e ignorar el resto. Esto es así porque las personas recibimos a la vez una gran cantidad de estímulos a la que no podemos atender a la vez.

F. Memoria

El proceso psicológico básico de la memoria nos permite codificar la información para almacenarla y luego poder recuperarla; es un proceso esencial y muy relacionado con todos los demás procesos.

G. Motivación

Entre los procesos psicológicos básicos, la motivación es la encargada de dotar de recursos al cuerpo para realizar la conducta, activar el cuerpo y lo pone en el estado idóneo. Otro aspecto importante de la motivación es su direccionalidad; no solo prepara el cuerpo, también se encarga de dirigir la conducta entre las opciones posibles (Rivera. M, 2021).

H. Emociones

Son reacciones ante estímulos externos, que nos permiten guiar el comportamiento y actuar rápidamente frente a las demandas del entorno. La función de la emoción es dirigir el comportamiento de una manera rápida y eficaz. La mayoría de las decisiones carecen de la importancia necesaria para dedicarle tiempo y recursos elevados, y ahí es donde la emoción actúa. Es importante entender que cualquier decisión mediada por las emociones de menor a mayor grado ((Rivera. M, 2021).

Tabla 4. Procesos Psicológicos básicos del ser humano

Proceso	
1. Percepción	2. Aprendizaje
3. Lenguaje	4. Pensamiento
5. Atención	6. Memoria
7. Motivación	8. Emoción

(Ferreira, 2000).

5.8 Definición de Promoción de la Salud

La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas y comunidades para mejorar su salud y aumentar su control sobre los factores que influyen en su bienestar, un enfoque integral y participativo que fomenta el bienestar físico, mental y social, y que busca mejorar las condiciones de vida de las personas y la comunidad en su conjunto. El esfuerzo constante para mejorar la salud y el bienestar de las personas y las comunidades incluye promover estilos de vida saludables, el bienestar psicológico y la igualdad en el acceso a la atención médica, además de prevenir enfermedades y lesiones (Gómez, 2016). También incluye el fomento del bienestar emocional, abordando los factores que contribuyen al estrés y la ansiedad, mejorando la resiliencia emocional y promoviendo prácticas de autocuidado y bienestar mental (García *et al.*, 2020).

Según la Carta de Ottawa: *“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico mental y social un individuo o grupo debe*

ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.” (Ottawa, 1986).

La PS puede incluir la educación y la concientización sobre prácticas saludables, la creación de entornos y políticas saludables, y el desarrollo de habilidades y capacidades que permitan a las personas tomar decisiones informadas sobre su salud, trabajar para reducir las desigualdades en la salud y garantizar que todos tengan acceso a servicios de atención médica y apoyo (García *et al.*, 2020).

5.8.1 Antecedentes históricos

En la antigüedad, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades fueron parte de la religión y cultura. El primero en utilizar la palabra Promoción de la Salud fue Henry Sigerist en 1946 (Coronel Carbo, 2017)

- En 1974 el Informe Lalonde, Canadá le dio un enfoque como estrategia institucionalizada que pretende reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas. lo que representa un proceso que faculta a una persona de cuidar y controlar mejor su salud mediante el fortalecimiento de la autoconciencia, la capacidad de ayudarse mutuamente para elegir las formas más saludables de vivir y la creación de entornos que apoyen la salud (Villar, 2011).
- Declaración de Alma Ata, Kazajstàn 1978, Se aprobó la Atención Primaria de Salud, donde se aborda la salud para todos como un derecho universal, una

necesidad de desarrollo humano y social, así como la solidaridad de las potencias con los países periféricos (Declaración de Alma Ata, 1978)

- La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá en 1986 en su declaración la Carta de Ottawa. Debató sobre la Promoción de la Salud, en la cual se establecieron las siguientes estrategias:
 - a. Construir políticas públicas que contribuyan al logro de la salud.
 - b. Creación de entornos saludables y sustentables.
 - c. Empoderamiento de la población para la acción colectiva sobre los determinantes de la salud.
 - d. Desarrollo de capacidades de las personas para enfrentar problemas y tomar decisiones saludables en el control de sus procesos vitales.
 - e. Reorientar los servicios de salud hacia la comunidad y cuidado personal.

La Promoción de la Salud se sustentó en médico-preventivista, conductual-individualista y sociopolítico (Restrepo, 2001)

- Conferencia de Adelaida, Australia 1988. Se centró en Políticas Públicas Saludables, con el objetivo de crear ambientes de apoyos que faciliten a las personas a vivir una vida saludable, que facilite a los ciudadanos el tomar mejores decisiones para mejorar su salud (Restrepo, 2001)
- Conferencia de Sundsvall, 1991. Enfatizó la importancia de los entornos o ambientes en las condiciones de salud de las personas y comunidades. Destacó

cuatro aspectos: la dimensión social, política, económica y el desarrollo sostenible (Restrepo, 2001).

- Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá, Colombia 1992. En esta reunión participaron todos los países Latinoamericanos, enfatizó que el mayor problema es el tema de la exclusión, así como el derecho, el respeto a la vida y la paz como valores éticos (Restrepo, 2001)
- Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago 1993. Se enfocó en el bienestar de los pueblos que la Promoción de la Salud pretende incrementar con estrategias como: formulación de normas públicas saludables; reorientación de servicios de salud, potenciación de las comunidades para lograr el bienestar, creación de ambientes saludables y construcción de alianzas en los medios de comunicación (OPS, 1993)
- Conferencia y Declaración de Yakarta, 1997. Afirmó la importancia de los requisitos para salud, además incluyó el apoderamiento de la mujer, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Así como la importancia de contrarrestar la pobreza. Destacaron las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: promover la responsabilidad social por la salud; aumentar la inversión en el desarrollo de la salud; fortalecer y ampliar alianzas estratégicas a favor de la salud; mejorar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento individual; y fortalecer la infraestructura requerida para la promoción de la salud (Restrepo, 2001)
- V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México 2000. Se centró en lograr mayor equidad en los países y entre uno y otro, y prometió a los países a

colocar la salud en la agenda política y de desarrollo y a poner en marcha planes estratégicos para promover la salud de los pueblos (Restrepo, 2001).

- VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Bangkok 2005. Se establecen los principales retos, medidas y compromisos para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, involucrando agentes e interesados directos fundamentales para alcanzar la salud para todos (Ruiz, 2005).
- VII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Nairobi, 2009, se comprendió la importancia de reducir la brecha entre la evidencia disponible y su uso en el avance de la salud. En esta conferencia, se expusieron estrategias y compromisos clave que deben cumplirse para abordar las deficiencias en el desempeño en las áreas de salud y desarrollo, y se identificó la promoción de la salud como un componente crucial para lograr este objetivo (OMS, 2009).
- VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki 2013. Se revisaron las experiencias "La Salud en Toda la Política". Se creía que factores ajenos a la industria de la salud desempeñan un papel importante a la hora de determinar qué tan bien se encuentra una persona. Una política de salud eficaz debe abordar todas las esferas políticas, en particular las relacionadas con la política social, la política fiscal, la política ambiental, la política educativa y la política de investigación (OMS, 2013)

- IX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Shanghai 2016. El tema central del estudio fue la relación entre la salud, sus determinantes y el desarrollo humano. Priorizar las actividades de promoción de la salud en tres áreas:

- 1) Fortalecer la buena gobernanza en apoyo de la salud

- 2) Mejorar la salud urbana y promover ciudades y comunidades saludables

- 3) Fortalecimiento del conocimiento en salud.

Estas tres áreas sirven como puntos de partida cruciales para un cambio significativo al centrarse en los sectores gubernamentales, en la sociedad, en la vida diaria de las personas y el entorno en el que viven, y en su capacidad para controlar más su propia salud y factores que lo afectan (OMS, 2016).

ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

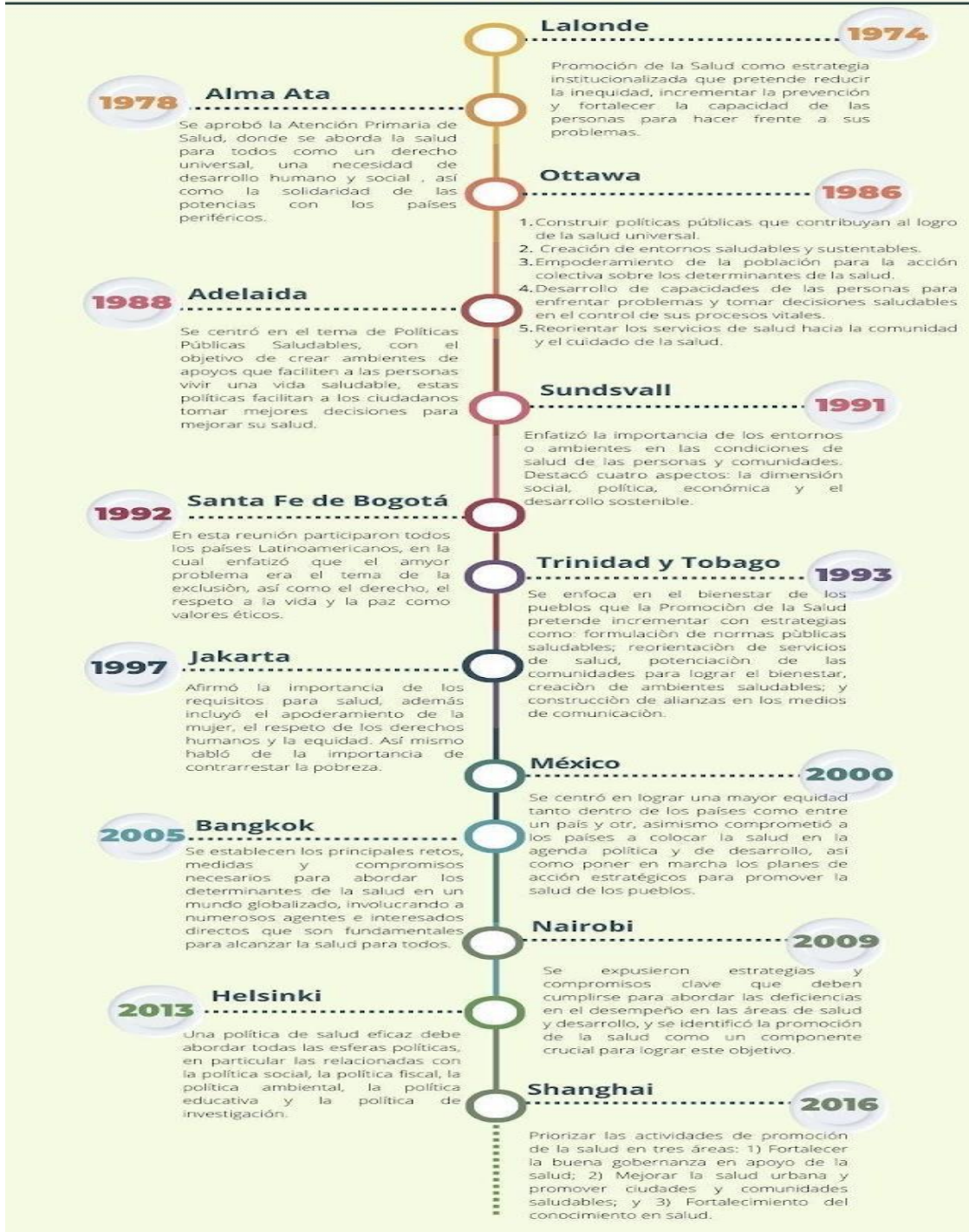


Figura 1. Línea de tiempo de la Promoción de la Salud (Czeresnia, 2006; García, 2020)

Con la creación de la OMS en 1948, la promoción de la salud se convirtió en una parte integral de la atención de la salud pública, definida como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y las acciones ambientales que la afectan, y así mejorar su calidad de vida." (OMS, 2003), desde entonces, ha evolucionado hacia una concepción más amplia, que incluye la participación de la comunidad, la prevención de enfermedades crónicas, la promoción del bienestar emocional, mental y la creación de entornos saludables.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Gestión administrativa

Para realizar el diagnóstico comunitario en la casa hogar DIF amanecer, se realizó el trámite de los permisos y documentos pertinentes para entrar a las instalaciones del Centro Amanecer para Niños DIF en Coyoacán, CDMX., Ciudad de México; con dirección en Río 31, Colonia Santa Catarina, Coyoacán (Anexo 1), Se elaboraron cartas de solicitud y se entregaron en el área de la dirección general del DIF ubicada en Av. Insurgentes Sur 3700- letra B, col. Cuicuilco, Delegación Coyoacán, Ciudad de México C.P 04530, Teléfonos: 5555591919 y 30032200, ext.1003 (<https://dif.cdmx.gob.mx>).

Con la carta expedida por el DIF, acudimos a las instalaciones del DIF donde la Directora del Centro Amanecer, el Doctor y la Psicóloga nos realizaron una entrevista, dieron indicaciones, cronograma de actividades con tiempos por día y las reglas para el acceso a las instalaciones, conseguir la visita guiada para

familiarizarnos con la institución y tomar en cuenta el seguimiento de las indicaciones presentes al trabajar con los niños de la casa hogar, no se nos permitió tomar fotografías, ni grabar relatos por seguridad para la institución.

6.2. Población de estudio

La muestra fue de 30 niños de 9 a 12 años, durante el desarrollo del proyecto 9 niños fueron integrados a la etapa adolescente por lo que se terminó con una muestra de 21, el periodo comprendido del estudio fue de tres meses (noviembre, diciembre y enero), días de acceso: lunes, martes y jueves en un horario de 16 a 20 hrs.

6.3 Tipo de estudio

Estudio observacional de tipo descriptivo, transversal.

6.3.1 Criterios de Selección

Criterios de inclusión: escolares de 9 a 12 años, sexo masculino, expediente de evaluación completa; que habite en el centro DIF Amanecer, que cuente con las determinaciones antropométricas y de salud concluidas.

Los criterios de exclusión: No aplica.

6.4 Encuesta

Se aplicó una encuesta a cada niño (Hábitos, consumo y prácticas alimentarias), la cual presentó cuatro apartados relacionados con su nutrición y estilo de vida. También se realizaron encuestas a los responsables del cuidado de niños para conocer el seguimiento de la alimentación; Por otro lado, se hizo un sondeo sobre

la población incorporada a la casa hogar y los padecimientos asociados de algunos niños en relación con su salud. Para determinar el estado nutricional se realizaron y analizaron indicadores antropométricos e indicadores dietéticos, así como de estilo de vida. Valores sobre el consumo de nutrientes en la dieta, respecto a la alimentación asociado a su estilo de vida.

6.4.1 Variables de Caracterización.

Las variables (Tabla 5) corresponden a: Género, 1=masculino y 2= femenino; Edad, Nivel educativo si lo hay. Las mediciones antropométricas estimadas: Peso, masa corporal total (kg); estatura, crecimiento lineal (cm).

6.4.2 Riesgo metabólico con 3 indicadores.

Riesgo metabólico: Grasa Corporal Total con la fórmula de Deurenberg *et al.*, (1990) y criterios de Freedman *et al.* (2009), varones < 9 años; 1= <22% (Tabla 5).

Tabla 5. Riesgo metabólico		
Indicador	Niños < 9 años	Niños > 9 años
Grasa Normal	≤ 22%	≤ 24%
Grasa Moderada	22% - 26%	27% - 34%
Grasa Elevada	≥ 26%	≥ 34%
Deurenberg <i>et al.</i> , (1990); Freedman <i>et al.</i> (2009)		

Circunferencia de cintura/edad se emplearon los puntos de corte propuestos por Fernández (2004) siendo: 1= Percentil <90 “Sin riesgo metabólico”; 2= percentil ≥ 90 “Riesgo metabólico” (Tabla 6).

Tabla 6. Circunferencia de cintura/edad	
Percentil	
< 90	Sin riesgo metabólico
≥ 90	Riesgo metabólico
Fernández (2004)	

Relación perímetro cintura/talla se tomaron los criterios de Maffeis *et al.*, (2008) en donde: 1= ≤ 0.5 “Sin riesgo metabólico”; 2= > 0.5 “Riesgo metabólico” (Tabla 7).

Tabla 7. Relación perímetro cintura/talla	
≤ 0.5	Sin riesgo metabólico
>0.5	Riesgo metabólico
Maffeis <i>et al.</i> , (2008)	

Para los indicadores de salud se valoró la **Tensión Arterial** (TA) con datos de las tablas de referencia del *Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents* (De la Cerda & Herrero, 2014) clasificando a los niños como 1= Percentil < 90 “Tensión Arterial normal: TAS Y TAD”; 2= Percentil ≥ 90 y <Percentil 95 “PA normal alta: PAS y/o PAD”; 3= Percentil ≥ 95 y <Percentil 99 PAS y/o PAD + 5 mm Hg “Hipertensión estadio 1”; 4= >Percentil 99 PAS y/o PAD + 5 mmHg “Hipertensión estadio 2” (Tabla 8).

Tabla 8. Tensión Arterial (TA)	
Percentil	
< 90	Tensión Arterial normal
Tensión Arterial normal: TAS Y TAD	
≥90 -95	PA normal alta: PAS y/o PAD
≥95 < 99	“Hipertensión estadio 1
>99	Hipertensión estadio 2
(De la Cerda & Herrero, 2014).	

Por otro lado, se midió la **frecuencia cardíaca** en pulsaciones por minuto (ppm) estableciéndose como criterios 1= Pulso bajo <70 ppm; 2= Pulso normal ≥70 y <120 ppm; 3= Pulso alto ≥ 120 ppm (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia cardíaca	
< 70 ppm	Pulso bajo
≥70 y <120 ppm	Pulso normal
≥ 120 ppm	Pulso alto
De la Cerda & Herrero (2014).	

6.4.3 Variables de interés:

El estado nutricional fue la variable de interés y se estableció con los siguientes criterios:

Índice de Masa Corporal/edad (IMC), tse utilizó la desviación estándar (DE) y los criterios de la OMS (2007) identificándose como: 1= DE <-3 “Delgadez severa”; 2= DE < -2 “Delgadez”; 3= DE ≥ -2 pero +1 “Normalidad”; 4= DE >+1 “Sobrepeso”; 5= DE >+2 “Obesidad” Tabla 10.

!

Tabla 10. Índice de Masa Corporal (IMC)	
Desviación estándar	Indicador
<-3	Delgadez severa
< -2	Delgadez
≥ -2 +1	Normalidad
>+1	Sobrepeso
>+2	Obesidad
De la Cerda & Herrero (2014).	

Talla/edad se utilizaron los percentiles de la OMS (2007) y los criterios de la misma Organización (1995) donde 1= percentil <5 “Riesgo de desnutrición”; 2= percentil \geq 5 y < 95 “Normalidad”; 3= percentil \geq 95 “Buena nutrición (Tabla 11); para estatura/edad (Tabla 12) y peso para peso/edad (Tabla 13).

Tabla 11. Talla para la edad	
Percentil	Indicador
<5	Riesgo de desnutrición
≥ 5 < 95	Normalidad
≥ 95	Buena nutrición
De la Cerda & Herrero (2014).	

Tabla 12. Estatura/edad	
Percentil	Indicador
<5	Riesgo de desnutrición
≥ 5 < 95	Normalidad
≥ 95	Buena nutrición
De la Cerda & Herrero (2014).	

Tabla 13. Peso/edad	
Percentil	Indicador
<5	Riesgo de desnutrición
≥ 5 < 95	Normalidad
≥ 95	Buena nutrición
De la Cerda & Herrero (2014).	

El **Área muscular del brazo/edad** se valoró a partir de la ecuación de Jelliffe y Jelliffe (1969) para estimar el Área Muscular del brazo con los criterios de Frisancho (1990) situando al individuo en 1= percentil <5 “Musculatura reducida”, 2= Percentil ≥5.1 y 15 “Musculatura debajo del promedio”; 3= percentil 15.1 y 85 “Musculatura adecuada”; 4= percentil 85.1 a 95 “Musculatura arriba del promedio”; 5= Percentil >95 “Musculatura alta” (Tabla 14).

Tabla 14. Área muscular del brazo/edad	
Percentil	Indicador
<5	Musculatura reducida
≥ 5.1 < 15	Musculatura debajo del promedio
= 15.1 y 85	Musculatura adecuada
= 85.1 a 95	Musculatura arriba del promedio
≥ 95	Musculatura alta
Jelliffe y Jelliffe (1969); con criterios de Frisancho (1990).	

Para la **circunferencia media del brazo/edad**, se utilizaron los puntos de corte de Frisancho (1990) ubicando a los sujetos en la tabla de percentiles de acuerdo a la edad siendo 1= Percentil <5 “Riesgo de desnutrición”; 2= Percentiles ≥ 5 a <95 “Sin riesgo de desnutrición”; 3= Percentil ≥ 90 “Riesgo de sobrepeso” (Tabla 15).

Tabla 15. Circunferencia media del brazo/edad	
Percentil	Indicador
<5	Riesgo de desnutrición
≥ 5 < 95	Sin riesgo de desnutrición
≥ 90	Riesgo de sobrepeso
Jelliffe y Jelliffe (1969), con los criterios de Frisancho (1990)	

6.5 Mediciones antropométricas

Los métodos y técnicas para las mediciones antropométricas fueron propuestos por Lohman (1988) y la NOM-008-SSA2-1993 para evaluación nutricional de niños y adolescentes.

6.5.1 Equipo utilizado

El peso corporal fue determinado con una báscula digital (modelo ww8985es) con capacidad de 182 kg y rango de precisión de 100 g. se solicitó no usar zapatos, quitarse accesorios pesados y utilizar la cantidad de ropa necesaria para no alterar el peso corporal. Asimismo, la medida de estatura se tomó con un tallímetro de pared (SECA modelo 206) con un rango de 0-220 cm y 1 mm de precisión. Se fijó en la pared y se extendió de la zona superior a la inferior de tal manera que el equipo quedará de forma vertical para que los talones, cadera, escápulas y la parte posterior de la cabeza estuvieran pegados a la superficie de la pared donde se colocó el estadímetro.

La circunferencia se midió con una cinta métrica flexible SECA (modelo 206) con longitud (2.05 m) y dimensiones (AxAxP) 70 x 22 x 65 mm. Para la circunferencia de cintura (CC), se tomó como referencia la zona del omphalion del individuo. En relación con el perímetro medio del brazo, se identificó el punto medio anatómico entre el acromiale y radiale con el brazo relajado. La toma del pliegue subcutáneo tricipital se midió con un plicómetro (Slim Guide), con un cierre de 10g/mm², precisión de 1 mm y rango de 80 mm de amplitud, el pliegue vertical medido a lo largo de la línea medio tricipital a medio camino entre el codo y hombro, se realizó la medida del tricipital.

La Tensión Arterial Sistólica y Diastólica se midió con un baumanómetro digital (Marca OMRON) siguiendo la técnica de la NOM-015-SSA2-2009 Apéndice Normativo F. La frecuencia respiratoria se midió con el mismo instrumento y se le pidió al sujeto estar relajado.

6.5.2 Logística y Papelería

Los materiales diversos utilizados para el desarrollo de las actividades y talleres, la impresora, cañón de proyección y laptop se utilizaron para las encuestas, sondeos, constancias, folletos, imágenes, para los diagnósticos, presentaciones con diapositivas y videos.

6.6 Construcción de la Base de datos

Para construir la base de datos, se entregó el consentimiento escrito de la Dirección General del DIF y se solicitó el consentimiento informado sobre las actividades con los niños y el cronograma de actividades. El estudio se realizó según los protocolos de investigación de los grupos de sujetos emitidos en la declaración de Helsinki.

Para realizar las actividades, las estudiantes recibieron capacitación previa en el Plantel San Lorenzo Tezonco (UACM).

El material fue colocado y acomodado en el espacio proporcionado para realizar las determinaciones y mediciones correspondientes; A cada niño se realizaron las mediciones y registros para la construcción de la base de datos en el programa de Excel para Windows, se establecieron 2 bloques: el primero para mediciones antropométricas (Peso, Talla, Plicometría, IMC) y el segundo para signos vitales (Presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, llenado capilar). Las indicaciones de la casa hogar DIF, la muestra se clasificó entre 21 niños de 9 a 12 años.

1. Variables antropométricas (Índice de Masa Corporal/edad, Peso para la edad, Talla para la edad, Perímetro mesobraquial/edad y Área muscular del brazo/edad).
2. Indicadores de riesgo metabólico (Circunferencia de Cintura/edad (CC/E), Relación perímetro de cintura/talla (RPCT) y % Grasa corporal/edad (%GCT/E).
3. Indicadores de salud (Frecuencia cardiaca, TA Sistólica y TA Diastólica).

VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo de este proyecto fue difundir y promover información sobre los diferentes temas, para ampliar los conocimientos mediante la reflexión y sensibilización de la problemática que afecte al grupo etario, analizando resultados obtenidos en la muestra de varones de la casa hogar a partir de los estudios antropométricos, contemplando que el objetivo fue determinar el estado nutricional y de salud, valoración de signos vitales y aplicación de una encuesta para buscar cuáles son las principales problemáticas psicoafectivas y sociales de la población estudiada para mejorar la calidad de vida de los niños.

7.1 Operacionalización de las variables

Las variables de estudio utilizadas (Tabla 16). Las variables de caracterización se refieren a las características de la población y las variables de interés responden a la necesidad de valorar en los varones la malnutrición.

7.2 Análisis de datos

El análisis de los datos fue realizado a partir de las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, a partir de un intervalo de confianza al 95%). A partir de la base de datos, se calcularon las tablas de frecuencias para valorar la malnutrición por déficit y por exceso, así como los indicadores de salud. Las características generales de la población (Tabla, 17), mostraron una media para la edad de 10,1 años (DE \pm 1,2; IC 95% 9,6 - 10,7). Respecto a los indicadores nutricionales, la media del peso de 35,3 kg (DE \pm 7,2; IC 95% 32,2 -38,5), respecto a la talla la media fue de 130 cm (DE \pm 0 IC 95% 1,3 - 1,4) y para el IMC la media fue

de 19,3 kg/m² (DE±2,8; IC 95% 18,1 - 20,5). Para los signos vitales, la media de frecuencia cardiaca fue de 85,1 (±13,8; IC 95%79,2 - 91,1).

Tabla 16. Variables de caracterización para varones de la casa hogar DIF

Variables	Definición	Dimensiones	Subdimensión	Unidades de medida	Tipo de variable
Género	Se refiere a los atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer	Género		1= Hombre 2= Mujer	Catagórica dicotómica
Edad	Son los años que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad		Números enteros	Numérica
Peso	Es la fuerza que ejerce un cuerpo sobre el punto en el que se apoya (báscula).	Peso		Kg	Numérica
Estatura	Se mide en centímetros, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Estatura		cm	Numérica
Nivel educativo	Son subdivisiones del aprendizaje formal que abarca desde el kínder hasta universidad	Niños 9 a 12 años		1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°	Catagórica ordinal
Riesgo metabólico	Conjunto de anomalías metabólicas consideradas como un factor para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas	% Grasa Corporal Total/edad Circunferencia cintura /edad Relación Perímetro de cintura/talla	Grasa corporal total Edad Perímetro de cintura Edad Perímetro de cintura Estatura	Niños: < 9 años; >26% y >9 años; 34%. <0.5=Sin riesgo >0.5=Con riesgo	Catagórica nominal ordinal Catagórica nominal ordinal Numérica Numérica
Presión arterial	Es la fuerza de la sangre al empujar contra las paredes de las arterias. Cada vez que el corazón late,	Tensión Arterial Sistólica/edad Tensión Arterial Diastólica/edad	-Tensión Arterial Sistólica/Edad -Tensión Arterial Diastólica/Edad	mmHg mmHg	Numérica Numérica

	bombee sangre				
Frecuencia cardíaca	Es el número de veces que se contrae el corazón durante un minuto.	Frecuencia cardíaca		ppm	Numérica
Temperatura	magnitud referida a la noción de frío o calor medible mediante un termómetro	Temperatura corporal		°C	Numérica
Pulso	El pulso es el número de latidos cardíacos por minuto.	Pulso			Numérica
Variable de interés		Indicador		Unidad/categ.	Variable
Malnutrición	Se refiere a carencias, excesos y los desequilibrios de una inadecuada alimentación.	Índice de Masa Corporal Índice peso/edad Índice talla/edad Perímetro del brazo medio/edad Área muscular del brazo/edad Pliegue subcutáneo tricípital/edad	Peso Talla Edad Peso Edad Talla Edad Circunferencia media del brazo Edad Pliegue subcutáneo tricípital Circunferencia media del brazo Edad Pliegue subcutáneo tricípital Edad	Percentiles Percentiles Percentiles Percentiles Percentiles Percentiles Percentil	Categórica nominal ordinal Categórica nominal ordinal Categórica nominal ordinal Categórica nominal ordinal Categórica nominal ordinal Categórica nominal ordinal Categórica nominal ordinal

Tabla 17. Características generales de la población de varones de 9 a 12 años.			
	Unidad	Media	IC 95%
Edad	años	10,1 (\pm 1,2)	9,6 - 10,7
Peso	kg	35,3 (\pm 7,2)	32,2 - 38,5
Estatura	cm	1,3 (\pm 0,1)	1,3 - 1,4
Índice de Masa Corporal	kg/m ²	19,3 (\pm 2,8)	18,1 - 20,5
índice de cintura/talla	cm/cm	0,47(\pm 0,4)	0,45 - 0,49
Pliegue bicipital	Mm	6,1(\pm 3,2)	4,7 - 7,5
Pliegue tricipital	Mm	10,4 (\pm 2,8)	9,2 - 11,6
Circunferencia braquial media	Mm	21,7 (\pm 3,0)	19,9 - 22,5
Circunferencia de cintura	Mm	64,0 (\pm 5,9)	61,5 - 66,6
Área muscular del brazo	cm ²	24,5 (\pm 8,5)	20,9 - 28,2
Área grasa del brazo	cm ²	10,14(\pm 3,7)	8,5 - 11,7
Frecuencia cardiaca	Ppm	85,1 (\pm 13,8)	79,2 - 91,1
Tensión arterial sistólica	mm Hg	103,5 (\pm 9,0)	99,7 - 107,4
Tensión arterial diastólica	mm Hg	65,9(\pm 9,7)	61,7 - 70,1
Temperatura corporal	°C	36,4 (\pm 0,1)	36,4 - 36,5
Capilaridad		1,5 (\pm 0,4)	1,2 - 1,7
Kcal requeridas	Kcal	1291,3 (\pm 134,4)	1233,8 - 1348,8

Fuente: Propia, 2024.

Con respecto a la valoración nutricional, cuando se analiza la malnutrición por exceso, se puede observar que la población presentó una mayor prevalencia del índice cintura/talla (ICT) con un 57.1% (Fig.2), seguido del indicador porcentaje de grasa corporal con un porcentaje de 33.6%, respecto al indicador sobrepeso (IMC=+2 Desviaciones estándar) se obtuvo una prevalencia de 19%. La prevalencia más baja fue del indicador del área grasa del brazo (ÁGBr) con el 8%.

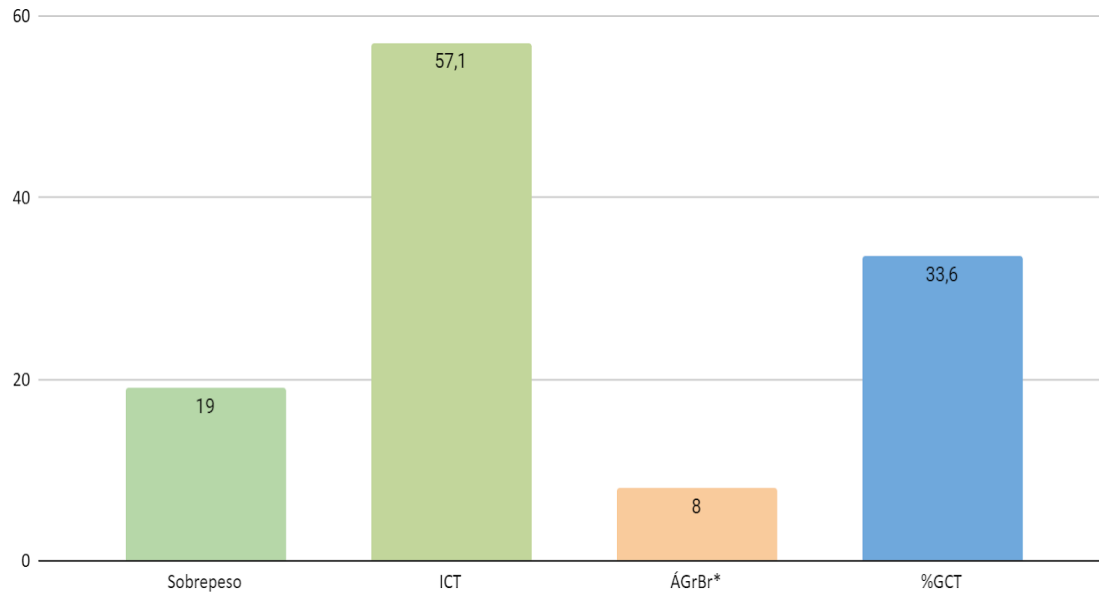


Figura 2. Prevalencia de sobrepeso, índice cintura/talla (ICT) y área grasa del brazo (AGBr) en jóvenes del DIF amanecer. (Fuente propia).

En cuanto a la valoración nutricional por déficit (Fig. 3) se muestra una elevada prevalencia 47.6% en el índice del área muscular del brazo (AMBr), seguido del índice talla/edad con el 38.08%. Por otro lado, la prevalencia menor fue para el indicador circunferencia braquial medio con el 19.4%.

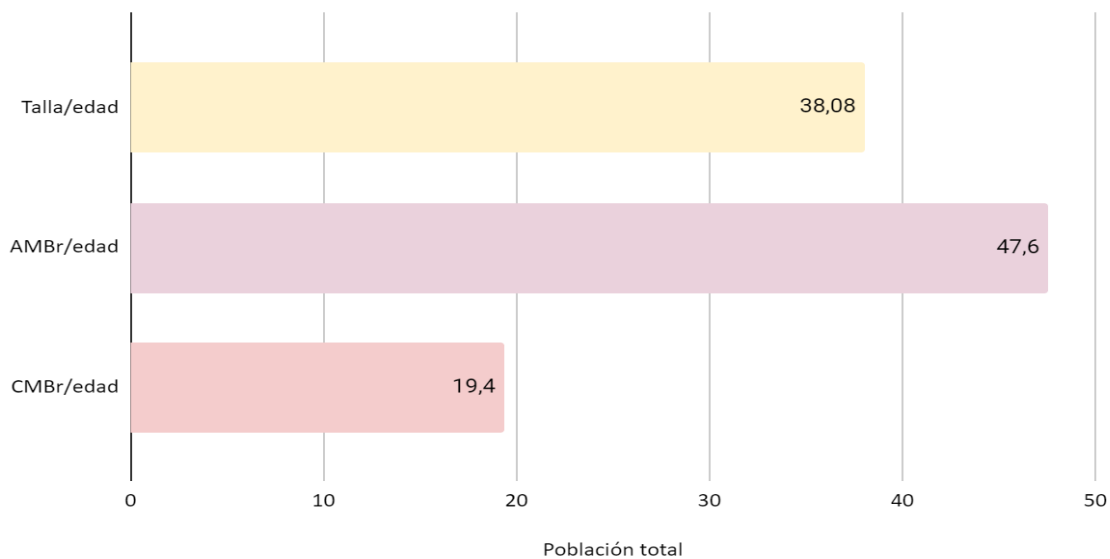


Figura 3. Prevalencia de la talla baja-muy baja, área muscular del brazo magro-bajo promedio, circunferencia braquial en jóvenes del DIF amanecer. (Fuente propia)

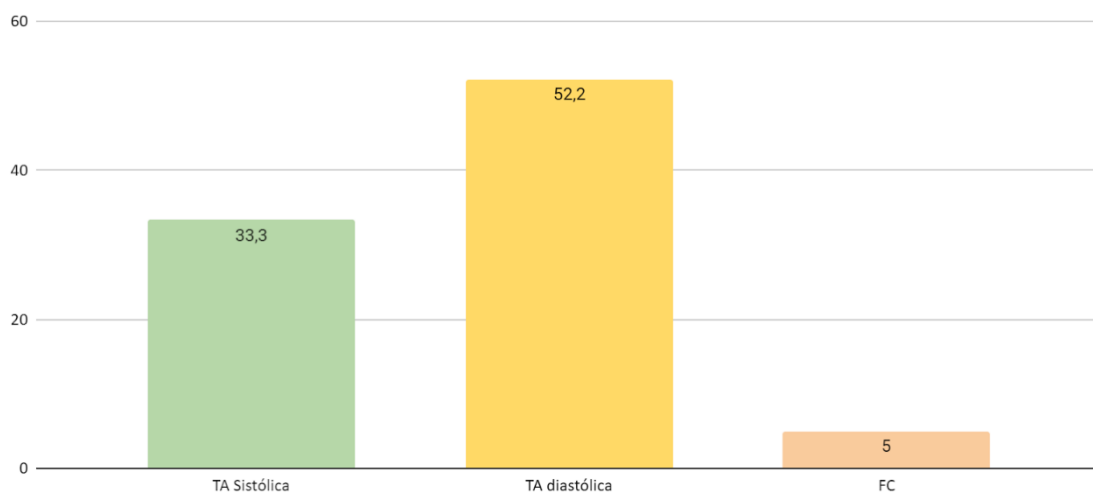


Figura 4. Prevalencia de tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica y frecuencia cardíaca en varones del DIF amanecer (Fuente propia).

Con respecto al escrutinio de los signos vitales (Fig. 4), sólo un caso (4.76%) tuvo problemas en el marcador de frecuencia cardiaca con 53 ppm, los demás se

encontraron en rangos normales al igual que el indicador de temperatura corporal y frecuencia respiratoria. En tanto, se observó una prevalencia elevada para el indicador de tensión arterial diastólica (52,2%) y la tensión arterial sistólica (33,3%).

Para los hábitos y percepción alimentaria se observó que el comedor del centro DIF amanecer, prepara el desayuno y la comida. La totalidad de la población desayuna en un horario de 5:00 a 8:00 a.m. y come entre las 12:00 y 03:00 p.m., en ambos escenarios comen en el centro de atención integral DIF.

Todos realizan una colación entre la primera y segunda comida, la fruta (50%) es el alimento que más frecuentemente se consume en este horario, seguida de la salchicha (10%) y el amaranto con agua (10%). El 30% percibe comer dulces como bueno. Cuando les pregunto si será bueno comer frutas y verduras. Todos opinaron que es bueno, la mayoría (65%) indicó porque ayuda a evitar enfermedades y otra parte de la población porque hace crecer mucho (20%). Por otro lado, el 95% refiere que el número de comidas/día recomendable son 3 comidas y el 5% mencionó 5 comidas/día.

En cuanto al consumo de frutas y verduras por tazas, el 80% indicó que lo ideal son 2 tazas, sin embargo, solo el 40 % de la población (60%) conoce los beneficios de comer fibra dietética, de estos el 87.5% eligió que la fibra ayuda a la digestión y el 12.3% que ayuda a la memoria; Para el consumo de bebidas, el 65% prefiere agua natural de garrafón o embotellada, el 20% refrescos y el 15% jugos. Cuando se exploró la opinión del valor nutricional de un grupo de alimentos 7 de cada 10 (75%) respondió que la ensalada con pollo es la mejor opción respecto a la pizza (15%) o salchicha con huevo (10%). Al analizar algunos estilos de vida como la práctica de

actividad física (horas/día) más de la tercera parte (85%) reportó entre 30 y 60 min/día, ningún participante informó ver televisión.

Finalmente se buscó entender e integrar de una manera más holística el aprendizaje del entorno en el que se desenvuelve esta población y los elementos directos inmediatos alimenticios y nutricionales, para que, a partir, de la promoción de la salud, se diseñen programas de intervención de salud.

Durante esta investigación, los niños del DIF Amanecer presentaron desnutrición y no porque su alimentación sea inadecuada sino porqué son niños rescatados de papás o de familias que no se hicieron responsables y están en una situación de vulnerabilidad, entre ellos la alimentación incorrecta o inaccesible para sus hijos, lo cual presentan algunos casos de desnutrición infantil. La UNICEF (2018), indicó que los 5 primeros años son importante para que un niño en ese rango de edad tenga una adecuada nutrición, Sin embargo, en la casa hogar, no todos los niños han llevado una alimentación correcta por algunos problemas que presentan.

Aquí se observaron diferencias que impactan, destacando la dieta específica del DIF amanecer por presentar deficiencia alimentaria al llegar o incorporarse al DIF, o medicación requerida que no apta con la ingesta de alimentos, reflejado en la falta de grasas, carbohidratos, el uso de azúcares procesadas y evitar el consumo de dulces, golosinas dentro de la instancia, mientras que los varones tienen un horario de alimentación, una dieta específica y balanceada que completan sus actividades de día. Al realizar el cuestionario se observó que las comidas realizadas con la dieta específica, complementaria y equilibrada no se realizan todos los casos, ya que se interactúa de diversas maneras respecto a las situaciones psicológicas y culturales

de cada varón.

En la casa hogar, destacan enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades metabólicas congénitas, por lo que la alimentación es balanceada y supervisada, en casos especiales donde el joven lo requiera. Es importante poder relacionarnos con el entorno, en la casa hogar al poder interactuar con los jóvenes se observó que cada joven presentó diferencias al momento de comunicarse, por ejemplo cuando un niño hacía mención respecto a una figura de cuerpo humano simbolizando a su familia, el pequeño al realizar las actividades de medidas antropométricas quería que se le tomarán también a la figura del cuerpo humano (muñeco), lo cual está relacionado con la falta de apego psicoafectivo carente de una familia, por diferentes circunstancias en las que se encuentran y al poseer el muñeco construyen lazos como si fuera un miembro más de su familia y al formar lazos pudo comunicarse a través del cuerpo, lo cual refleja una forma de comunicarse de manera diferente y la falta de apego psicoafectivo,

Por otro lado, entre los varones encontramos niños poco expresivos, algunos introvertidos y con falta de liderazgo, anhelan una figura paterna, al acceder al DIF se observaron diferentes casos, algunos con problemas psicológicos, reflejados en la falta de atención, algunas carencias de cariño de un padre o madre, ya que por diferentes factores están en el DIF, pero en las instalaciones es difícil para los jóvenes que buscan realizar algún estudio, apoyar a los varones del centro amanecer, formar lazos al llegar alguien nuevo, algunos se ilusionan como si los jóvenes con abrazos. La falta de atención familiar es evidente ya que no está permitido hacer vínculos con los jóvenes para no ilusionarlos.

7.3 Análisis Psicoafectivo

Mediante las actividades realizadas se encontraron acciones, como las **emociones**. El trabajar con los niños y ver sus diferentes expresiones, al interactuar en primera instancia preguntaron si nos quedaríamos a vivir con ellos en la casa hogar no lo reflexionamos, el tiempo que se asistió y permitió el trabajo en las instalaciones, fuimos como parte de su familia. La expresión en su rostro y sus muestras de cariño al acercarse, abrazarnos y tener esa afinidad nos facilitó el trabajo, sin embargo, fue muy desgastante ya que no puedes evitar hacer un vínculo con los niños.

Al entrar a las instalaciones de la casa Amanecer recibimos indicaciones especiales por parte de las autoridades de la casa hogar, destacando no hablarles por su nombre, sólo llamarlos por número no tenían nombre, los niños se acercaban y se presentaban por su nombre pero no podíamos interactuar con ellos, ni dejar que tuvieran algún acercamiento con nosotros. Estas acciones son de suma importancia para la casa hogar ya que la información de cada sujeto es confidencial y lo relacionamos con la psicología social el cual desde que naces te forjan a un estilo para poder integrarse a la sociedad en un estilo de vida diferente a lo que vive un niño que le puedes hablar por su nombre, que cuenta con sus padres que tiene el cariño y que no tienen que estar bajo la supervisión de un psicólogo o el área de trabajo social quienes fungen el papel de sus padres.

Al regañar a un niño en la casa hogar por hacer alguna travesura o por no

comportarse bien, presentaba un choque de **emociones** tanto para nosotros como para ellos, el personal de trabajo social de manera enérgica o de carácter muy fuerte hacían referencia a los niños, provocando el choque de emociones al ver cómo los trataban. Sin embargo, es difícil controlarlos ya que su educación es requerida, para poder reincorporarse a la sociedad más adelante y tener conocimiento de lo complicada que es la vida afuera de la casa Amanecer. Los procesos básicos se encargan de forjar la personalidad, o sea, todas las personas nacen con estos procesos, pero con el paso de los años, según el aprendizaje obtenido, se forjará su personalidad al comportarse de una forma determinada. Esto significa que los procesos psicológicos básicos tienen una incidencia directa en el comportamiento de una persona provocando que almacene aprendizajes y construya memoria, actúe por emoción sólo en determinados casos, prestando atención a lo que le interesa y percibiendo el mundo de una determinada forma. (Rivera. M, 2021)

Como proceso psicológico, la conducta que se suele demostrar al individuo se adaptó, por lo que es vital reconocer los procesos del infante en su entorno dentro de las dos instancias que se trabajan, estructurando las diferencias entre los infantes para que tenga un proceso de vida diferente.

Con la **percepción** en la Casa Hogar se observó que los conocimientos adquiridos dependen de las actividades y personas que los rodean, los horarios establecidos que deben cumplir y acatar a diferencia de vivir en familia y asistir a la escuela donde le pondrán reglas, pero el tiempo y tipo de actividades podrán ser intermitentes. Aunado a esto el **aprendizaje** se basa en los comportamientos adquiridos dentro y fuera de la casa hogar DIF y la escuela que a su vez puede o no tener

consecuencias junto con estímulos para realizar las actividades propiciando una respuestas involuntarias o papeles pasivos cómo respuesta de los niños de la casa hogar DIF, donde si no realizan las actividades hay llamadas de atención para que obedezca, pero no siempre es así hay quienes son capaces de ser autodidactas y aprender por sí mismos. Por eso, el aprendizaje permitido que los infantes puedan adquirir un lenguaje verbal o no verbal para expresar sus sentimientos y acciones, dentro del centro Amanecer, se observó que algunos varones utilizan el lenguaje no verbal basado en sus acciones al realizar actividades y todo aunado del contexto desarrollado antes de llegar la casa hogar, el entorno es limitado del exterior, realizan un itinerario de actividades desde que se levantan hasta dormir y, como promotores de salud, se buscó apoyar con la impartición de talleres.

7.4 Taller

Se ofrecieron talleres basados en problemas de niños, pero uno de los requisitos que solicitó la dirección fue el taller de sexualidad, ya que la edad de los varones de la casa está en una etapa hacia la adolescencia y es importante que conozcan del tema. El taller fue impartido como: conociendo mi cuerpo, relaciones sexuales e infecciones de transmisión sexual, entre otros.

El diseño y aplicación permitió difundir, promover y analizar, monitorear, enseñar, ayudar, aprender, reconocer, actuar, concientizar, tomar responsabilidades, mezclar saberes donde se integre la población y el promotor, y sensibilizar sobre los temas que afectan a los niños, hacer que la población afectada se concientice y pueda aprender lo benéfico en su vida, mejorando su estilo de vida, calidad de vida.

Los participantes deberán adquirir herramientas teórico-metodológicas que les permitan construir nuevos conocimientos o reforzar los ya adquiridos con respecto a la sexualidad y todo lo que implica, para promover una mejor educación sexual mediante técnicas de autoconocimiento que propicien a una reflexión, sensibilidad y adherencia. Los talleres fueron impartidos en un salón del DIF en la casa hogar, los talleres se impartieron al finalizar el estudio antropométrico y se realizaron con un número de participantes de 5 a 10 Promotores de la Salud con presentaciones.

7.4.1 Taller de sexualidad

- El taller se aplicó a niños formados por edades e integrados en dos equipos, aplicado el día asignado por la institución.

Introducción:

La gran importancia que tiene hoy en día el tema de la sexualidad hace que obtenga mayor atención, sobre todo en algunos de sus aspectos que hoy en día es muy común en nuestro país que son los embarazos no deseados en la adolescencia, las relaciones sexuales a temprana edad, las infecciones de transmisión sexual, etc., cuyas causas principales son la falta de información inadecuada, creencias, mitos, la falta de confianza, etc.

Todo lo anterior se ve inmersa en aspectos de la sexualidad, como la educación sexual en la escuela y en la familia, las amistades y relaciones de pareja influyendo en las decisiones y formas de vida que llevamos.

La sexualidad ha sido muy importante en nuestra vida, ya que el estudio de la historia de la sexualidad tiene importancia en dos aspectos importantes: la enseñanza de cómo un mismo tema puede considerarse y ver de diferente manera según factores como el nivel socioeconómico, la religión y cultura y la segunda

porque permite comprender actitudes y conceptos de sexualidad.

En vistas, surge la necesidad de diseñar este taller, para difundir y promover la información adecuada sobre la sexualidad, que amplíe los conocimientos de niños, jóvenes y adolescentes mediante la reflexión y sensibilización de los problemas que afectan y que pretende nuevos conocimientos para que cambien sus vidas.

Objetivo:

Que los participantes adquieran herramientas teórico-metodológicas que les permitan construir nuevos conocimientos o reforzar los previos respecto a la sexualidad y todo lo que implica, para promover una mejor educación sexual mediante técnicas de autoconocimiento que propicien a una reflexión, sensibilidad y adherencia.

Este taller ofreció herramientas para identificar las diferencias y relaciones entre sexualidad, sexo y género desde conceptos básicos hasta adentrarnos completamente en cada tema, con actividades para una mejor comprensión y no solo se pretende establecer un ambiente de respeto y confianza en los integrantes del taller para que haya una mejor comprensión, participación y esclarecimiento de los contenidos para crear nuevos y mejores conocimientos y fortalecer los previos a través de cada tema.

Otro objetivo fue el sensibilizar a los participantes en cuanto a las consecuencias de una relación sexual a temprana edad sin los cuidados adecuados, lo cual puede generar embarazos no deseados o la transmisión de alguna enfermedad sexual, comprendiendo que en nuestro país hay una alta prevalencia en estos dos temas,

7.4.1.1 Tema: Conociendo mi cuerpo

Objetivo General:

Identificar los órganos genitales, su ubicación en la anatomía del cuerpo con el objetivo de generar un ambiente de confianza, a través de la participación activa de todo el grupo.

Sexualidad: Que los participantes conozcan e identifiquen las diferencias entre sexualidad, sexo y género, con la finalidad de contrastar sus nociones en los temas y fortalecerlos con la teoría y crear nuevos conocimientos.

Relaciones sexuales: Hacer una reflexión grupal en cuanto a que conocen de las relaciones sexuales, así como sus mitos y creencias para contrastar con la teoría, conocer la importancia y responsabilidad de las relaciones sexuales en todas sus dimensiones.

Anticonceptivos: Informar teóricamente sobre la importancia de los anticonceptivos, diferentes tipos que hay, como es su uso de cada uno de ellos, donde pueden adquirirlos gratuitamente y las consecuencias de no usarlos aprender a usarlos con actividades didácticas.

Consecuencias: Sensibilizar a los participantes sobre lo fácil que es contraer infecciones de transmisión sexual, la importancia del uso adecuado de los preservativos y los retos de tener un embarazo no deseado a una corta edad.

7.4.2 Diseño de talleres

Se desarrolló el taller de sexualidad para los niños de la casa hogar AMANECER, para que los participantes adquirieran herramientas teórico-metodológicas que les permitan construir nuevos conocimientos o reforzar los previos, respecto al tema de sexualidad y todo lo que implica, para promover una mejor educación sexual mediante técnicas de autoconocimiento que propicien a una reflexión, sensibilidad y adherencia.

Otro de los puntos importantes fue concientizar a los niños y a la población que integra la casa hogar para que puedan resolver problemáticas que se presenten y permitan la integración de niños, adolescentes y trabajadores. Finalmente, sensibilizar a los cuidadores sobre los temas que afectan a los niños y poder resolverlos en un tiempo corto de manera favorable para su integración en la sociedad. Es por ello que el buscar herramientas que faciliten la vida saludable en la casa hogar DIF Amanecer, mediante acciones como el derecho, el respeto a la vida, valores éticos, la equidad, salud mental. Cabe destacar que los jóvenes carecen de la parte psicoafectiva al no contar con madre y paterna, presentan problemas sobre sus emociones, el acercamiento para tratar estos temas fue vinculado utilizando retos, medidas y compromisos que abordar las determinantes de salud y priorizar actividades de promoción de la salud, buscando tienen un cambio significativo en la vida diaria, por ello se implementó el taller sobre salud sexual y conocer su cuerpo.

Desarrollo del Taller (Anexo 10, Tabla 18).

Desde el taller se fomentó la responsabilidad que ayuda a tomar decisiones para

beneficiar a los niños en las etapas de desarrollo personal, donde la población de la casa adquiriera conocimientos que les ayuden a cambiar y razonar sobre lo que se puede hacer mal, y sobre las problemáticas y resolver. Por otro lado, se evaluó el estado nutricional de los varones y se entregó el diagnóstico como parte complementaria de la participación, tomando en cuenta las encuestas.

Durante el estudio presentamos limitaciones por parte de la institución y se trabajó destacando el no acceso a la información personal de cada joven, restringida por protocolo, pero se nos permitió realizar el estudio haciendo las determinaciones antropométricas si se respetan las indicaciones, destacando el no contacto con los jóvenes para no construir lazos ni fraternizar. El no contacto con los jóvenes, no aceptar abrazos en relación con el apego, ya que se puede malinterpretar, cuando los niños lo ven normal, el no poder acceder con teléfonos o con algún objeto que ponga en riesgo a los varones de casa, cualquier anomalía que notaran los integrantes de la UACM que tiene acceso podría ser causa de retiro de las instalaciones de la institución.

VIII. CONCLUSIONES

Mediante el desarrollo del proyecto el objetivo fue determinar el estado nutricional y de salud de los adolescentes (niños), del Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia DIF Amanecer (Casa Coyoacán) en la Ciudad de México, en donde se encontraron factores relacionados con el estado nutricional, psicosocial y afectivo (familiar), estos a su vez pueden condicionar positiva o negativamente el crecimiento y desarrollo de los jóvenes, al término de su estancia en la casa hogar DIF, ya que al cumplir los 14 años de edad, son trasladados a otro casa hogar de jóvenes hasta cumplir la mayoría de edad y poder reintegrarse a la sociedad.

Con respecto al estado nutricional de la muestra poblacional de estudio, el análisis de las variables, mostro 19 jóvenes con sobrepeso de un total de 21 jóvenes analizados, con una altura promedio normal para su edad y con parámetros de salud normales, a pesar de que algunos niños presentaron algún problema de salud, destacando alguna enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes y enfermedades metabólicas congénitas, algunos padecimientos forman parte de la vida de algunos niños que reciben cuidados y medicación de por vida.

El ingresar a las instalaciones de la casa DIF, los niños no tienen permitido relacionarse con las personas que ingresan, afectando de esta manera el proceso psicoafectivo relacionado con el estado emocional de cada uno. Algunos niños fueron rescatados y no conocen a sus padres o tutores, hay casos de migración en donde su familia sólo los visita los fines de semana, niños abandonados por sus padres desde el nacimiento, o por presentar alguna enfermedad de por vida. Así

como niños que por situaciones ajenas están ahí y solo los visitan de vez en cuando, por lo que se observó que esto afecta su nivel de estrés, su alimentación y desarrollo se ve limitado y algunos casos son introvertidos y les cuesta mucho socializar o simplemente decir algunas palabras. Por otro lado, algunos casos presentan agresividad contra sí mismos y contra los demás, les urge la figura de un tutor, anhelan la guía de alguien que les hable fuerte y sea su líder.

Desde que se levantan hasta que se duermen siguen indicaciones y no tienen tiempo para actividades recreativas, ya que gran parte del día se la viven entre las obligaciones y las responsabilidades, no gozan de la libertad de quedarse en cama más tiempo, de saborear un dulce entre otras. Finalmente, cabe destacar que a pesar de tener una alimentación balanceada, el 19% de la población analizada presentó sobrepeso, lo cual nos indica que repercute más en su salud la parte psicoafectiva que la nutricional.

Uno de los problemas más comunes son los "antecedente en adicciones" en los niños, tratar de mantener una adecuada ingesta de los alimentos que les ayude a retroceder a la ansiedad por el consumo, a este grupo en particular se les trata con atención especial (psicológica), se hace presente la agresividad y por ello se separan del resto de los habitantes para que lleven su tratamiento médico ante el proceso emocional que presentan.

Este proyecto pretendió evaluar el estado nutricional adecuado en los niños, sin embargo, existen otros procesos que afectan más a esta población que la ingesta de alimentos diarios, los problemas que presenta cada individuo requieren atención personalizada además de habitar la casa hogar donde solo salen cuando acuden a

la escuela, dependiendo el turno correspondiente.

Como estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud es importante contribuir a la generación de temas de divulgación dirigidos a niños, adolescentes y adultos, que permitan ayudar a entender problemas específicos (cómo lavarse las manos, cómo lavarse los dientes, por qué bañarse para no tener piojos, limpieza y secado de pies para no tener hongos, entre otras), la aplicación del taller permitió identificar las partes de su cuerpo, sensibilidad, conociendo su sexualidad, porque no tocar a sus compañeros cuyo fin fue buscar orientar a la población sobre el riesgo de la salud de cada niño.

Mediante las líneas de acción, la promoción de la salud está vinculada con esta investigación en las diferentes acciones desde la carta de Ottawa hasta nuestros días (Fig. 6). El proporcionar un estado de bienestar físico, mental y social de cada individuo para satisfacer sus necesidades fue relevante en esta investigación; Mediante la capacitación se buscó mejorar las condiciones de vida, promover la prevención y fortalecer la capacidad de los niños al determinar el estado nutricional, hacer frente a los problemas ya que al terminar su estancia en la casa hogar, se incorporarán a la sociedad, y para ellos es fundamental poder crear entornos saludables y sustentables que les sirvan como herramienta al incorporarse con la sociedad.

Finalmente, las acciones trabajadas desde la promoción de la salud fueron utilizadas desde el ámbito social, político, económico y cultural, relacionados para satisfacer sus necesidades, para tener ambientes saludables que permitieron tener un mayor acercamiento con los niños y buscar que alcancen el equilibrio dentro de sus limitaciones pero que les permita vivir en armonía.

IX. METAS ALCANZADAS

1. Difundir y promover información sobre temas diversos, para la adquisición de nuevos conocimientos dentro de la casa hogar a través de la reflexión y sensibilización de las problemáticas sociales.
2. Fomentar un sentido de responsabilidad que ayude a tomar decisiones en beneficio del joven a lo largo de las etapas de su desarrollo personal.
3. Que los niños y personal a cargo de la casa hogar adquieran conocimientos que les ayuden a promover el cambio sobre las problemáticas vigentes
4. A partir del estudio realizado se entregó un diagnóstico como parte complementaria de la participación por parte de la UACM.

X. REFERENCIAS

- Alcántara, M. G. (2008). La definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1):93-107 ISSN: 1317-5815. Consultada el 4-01-2024, desde: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Ávila, A., Juárez, L., del Monte, M., Ávila, M. A., Galindo, C. & Ambrosio, R. (2016). Estado de Nutrición en Población Escolar Mexicana que Cursa el Nivel de Primaria. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México. Consultada el 4-01-2024, desde: <http://rnpt.sivne.org.mx/web/resultados/Publicaci%C3%B3n%20Resultados%20RNPT%2016.pdf>
- Ávila, A. Galindo, C. Juárez, L. Monte, M. & Ávila, M. (2015). Manual de antropometría, Registro Nacional de Peso y Talla en Escolares. Distrito federal. México. 5-7 Consultada el 4-01-2024, desde: http://rnpt.sivne.org.mx/web/documentos/manuales_y_formatos/MANUALANTROPOMETRIA.pdf
- Black Chiris, (2018). Organización Mundial de la Salud OMS. Enfermedades infecciosas. Consultada 15-01-2024 desde: http://www.who.int/topics/infectious_diseases/es/
- Creces Ciencia y Tecnología, (2012). Nutrigenética y Nutrigenómica. Consultada el 03-07-2023, desde: <http://www.creces.cl/Contenido?art=3015>
- Czeresnia, D. (2006). *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. Consultada el 4-01-2024, desde https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/152
- Dávila, J. González, J. & Barrera, A. (2014). Panorama de la obesidad en México. *Medica instituto mexicano seguro social*, 3(2):243, Consultada el 03-07-2023 desde: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54#:~:text=M%C3%A9xico%20ocupa%20el%20segundo%20lugar,Grecia%2C%20Estados%20Unidos%20e%20Italia.
- Deurenberg P., Weststrate J.A., Seidell J.C. (1991) Body mass index as a measure of body fatness: age- and sex- specific prediction formulas. *Br J. Nut*; 65:105-114. Consultado 10-09-2023, desde: https://docs.google.com/document/d/10_hMGhNsPlpv8VYvOziOunkqYLJNCAidenJyoAFONuo/edit
- De la Cerda, F. & Herrero, C. (2014). Hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Asociación Española de Pediatría*. ISSN 2171-8172. Consultada 19-09-2023, desde: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_hta.pdf
- El Blog de Genética. (2019). Genómica nutricional: nutrigenómica y nutrigenética. Consultada el 03-07-2023, desde: <https://genotipia.com/genomica-nutricional-nutrigenomica-y-nutrigenetica/>
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2016). Salud y nutrición. La buena

nutrición es la base del crecimiento y desarrollo de niños, niñas y adolescentes ya que previene enfermedades y favorece un mejor estado de salud. Consultada 12-01-2024, desde: <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrici%C3%B3n>

Encuesta de Salud y nutrición. (2018). Instituto nacional de salud pública. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consultada 22-01-2024, desde: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseno_conceptual.pdf

Freedman D.S., Wang J., Thornton J.C., Mei Z., Sopher A.B., Pierson Jr. R.N., Dietz W.H., Horlick M. (2009) Clasificación de body fatness by body mass index-for-age categories among children. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 163(9): 805-811. Consultada 29-01-2024, desde: https://docs.google.com/document/d/10_hMGhNsPIpv8VYvOzIOunkqYLJNCAidenJyoAFONuo/edit

Fernández, J. R., Redden, D. T., Pietrobelli, A., Allison, D. & Waist, B. (2004). Circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J. Pediatr*; 145: 439-444. Consultada 18-08-2023, desde: https://docs.google.com/document/d/10_hMGhNsPIpv8VYvOzIOunkqYLJNCAidenJyoAFONuo/edit

Ferreira, A. Y. (2000). La psicología infantil en la actualidad. *Revista Ciencia y Cultura*, (8):155-162. Consultada el 07-09-2023 desde: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-3323200000200018&lng=es&tlng=es

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF. (2019). La desnutrición infantil. Consultada el 18-02-2024, desde: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2018), La desnutrición infantil, Consultado el 17-02-2024, desde: <https://www.unicef.org/mexico/desnutrici%C3%B3n-infantil>

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). (2019). Niños, alimentos y nutrición, crecer bien en un mundo en transformación. Oficinas de perspectiva y políticas mundiales de UNICEF. Consultado 12-11-2023, desde: <https://www.unicef.org/media/61091/file/Estado-mundial-infancia-2019-resumen-ejecutivo.pdf>

Frisancho A.R. (1990) Antropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press. Consultado 11-12-2023, desde: https://docs.google.com/document/d/10_hMGhNsPIpv8VYvOzIOunkqYLJNCAidenJyoAFONuo/edit

García, A. & Creus, E. D. (2016) La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana. Med Gen Integr* .32 (3). ISSN: 1561-3038 Ciudad de La Habana. Consultado 08-05-2023, desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011

García, J., Moreno, L., Flores, E. (2020). La investigación-acción como estrategia educativa para la obtención de aprendizajes significativos en la promoción de la salud en salud pública en

alumnos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Investigación en Educación Médica. 9 (36):41-51. DOI.org/10.2:2201/fm.20075057e.2020.36.20228

González, M. & Luna, I. (2016). Los derechos de los niños y niñas en México frente al ambiente Obesogénico. Universidad nacional autónoma de México instituto de investigaciones jurídicas. Flores, México. Consultado 03-10-2023, desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4333/9.pdf>

Gómez, A. A. E (2007). Nutrigenómica y nutrigenética. Elsevier. Offarm, 26(4):78-85, consultada el 09-02-2024, desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-nutrigenomica-nutrigenetica-13101543>

Genotipia. (2019), Inma Besante Alcayna. Genómica nutricional: Nutrigenómica y Nutrigenética. Genotipo, consultado 16-11-2023, desde: <https://genotipia.com/genomica-nutricional-nutrigenomica-y-nutrigenetica/>

Núñez, I. N. D. (2010). Evaluación nutricional en niños: parámetros antropométricos, consultado 05-10-2023, desde: <https://revgastrohnutp.univalle.edu.co/a10v12n3/a10v12n3art2.pdf>

Jelliffe, E. F. P., Jelliffe, D. B. (1969) The arm circumference as a public health index of protein-calorie malnutrition of early childhood. J. Trop Pediatr; 32:1527-1530. Consultado 28-02-2024, desde: https://docs.google.com/document/d/10_hMGhNsPIpv8VYvOziOunkqYLJNCAidenJyoAFONuo/edit

Kikirlas, S. (2021). Fórmulas para calcular el índice de masa corporal (IMC) en los niños. American Academy of Pediatrics (Copyright © 2020). Consultado 10-12-2023, desde: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/obesity/Paginas/body-mass-index-formula.aspx>

Los Castaños El Salvador Alternative Education, (2023). Procesos psicológicos básicos, consultado 10-01-2024, disponible en: <https://www.loscastanoselsalvadorschool.com/post/tema-n-5-procesos-psicol%C3%B3gicos-b%C3%A1sicos>

López-Rodríguez, G., Galván, M., Fuentes, S. J. (2016). Indicadores de síndrome metabólico en escolares mexicanos con talla baja, sobrepeso u obesidad. Archivos latinoamericanos de nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud-UAEH. Laboratorio de Nutrición Molecular. San Agustín Tlaxiaca, México. 66(4):309-314. Consultado 07-02-2024, desde: <http://ve.scielo.org/pdf/alan/v66n4/art07.pdf>

Maffei, C., Banzato, C. & Talamini, G. (2008) Waist to height ratio, a useful index to identify high metabolic risk in overweight children. J. Pediatr.; 152:207-213. consultado: 14-06-2024, desde: https://docs.google.com/document/d/10_hMGhNsPIpv8VYvOziOunkqYLJNCAidenJyoAFONuo/edit

Marsiglia, L. D., Ruidíaz-Gómez, K., Cuello-Sierra, A. E., Madero-Zambrano, K. (2022). Prácticas para el cuidado apropiado en el hogar en menores de 5 años que realizan padres. Consultado 11-07-2023, desde: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/download/3204/5107/19435>

- García, M. (2016). Blog de la cooperación y acción social. Consultado 29-06-2023, desde: <https://www.asociacionproade.org/blog/qu%C3%A9-es-la-pobreza/>
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2 (2012). Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Consultada el 29-06-2023 desde: JUR-20170331-NOR37.pdf
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2 (2015). Para atender a la salud del grupo etario de 10 a 19 años. Secretaría de gobierno. Consultada el 29-06-2023 desde: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2 (1993). Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Consultada el 29-06-2023 desde: https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM_008_SSA2.pdf
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2011). *La neumonía es la causa principal de muerte de niños*. Consultada 24-08-2023, desde: <https://www.paho.org/es/noticias/11-11-2011-neumonia-es-causa-principal-muerte-ninos>
- Organización Panamericana de la salud OPS. (2011). *El sarampión como una enfermedad viral*. Consultada el 10-02-2024, desde: <https://www.paho.org/es/temas/sarampion#:~:text=El%20sarampi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20viral%20muy%20contagiosa%20que%20afecta,pueden%20llevar%20a%20la%20muerte.>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2017). Enfermedades diarreicas. Consultada 20-12-2023 desde: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). *Alimentación sana*. Consultada. Febrero 05-08-2024, desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2015). Malaria. Consultado agosto 06, 2023, desde: <https://www.paho.org/es/temas/malaria>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2015). Dengue. Consultado agosto 06, 2023, desde: <https://www.paho.org/es/temas/dengue#:~:text=El%20dengue%20se%20transmite%20a,m%C3%BAsculos%20y%20articulaciones%2C%20y%20eritema.>
- Organización mundial de la salud. (2016). Obesidad y sobrepeso. Consultada, 10-08-2023, desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pan American Health Organization PAHO. (2009), Lactancia materna, consultado el 15-12-2023, desde: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- Pan American Health Organization PAHO. (2009), Alimentación complementaria (69), consultado el 16-01-2024, desde: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- Palafox, M. E. & Ledesma, J.A. (2012). Manual de fórmulas y tablas para la interpretación nutricional. Mc Graw Hill. México. MCGraw-Hill no.736. (2):151-241. Consultado el 02-09-2023, desde:

https://docs.google.com/document/d/10_hMGhNsPlpv8VYvOzIOunkqYLJNCAidenJyoAFONuo/edit

Pedraza, F. D. (2004). Estado nutricional. Scielo-Scientific Electronic Library Online, consultado el 10-10-2023 disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2004.v6n2/140-155/>

Registro nacional de peso y talla RNPT. (2016). Estado de Nutrición en Población Escolar Mexicana que Cursa el Nivel de Primaria. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, Ciudad de México, consultado 05-08-2023, desde: <http://rnpt.sivne.org.mx/web/resultados/Publicaci%C3%B3n%20Resultados%20RNPT%202016.pdf>

Rivera, M. (2021). El Salvador Alternative Education, Procesos psicológicos básicos. Consultado 04-01-2024, desde: <https://www.loscastanoselsalvadorschool.com/post/tema-n-5-procesos-psicol%C3%B3gicos-b%C3%A1sicos>

Rivera-Dommarco, JA. Cuevas-Nasu, L. González de Cosío, T. Shamah-Levy, T. García-Feregrino, R. (2013). Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. Salud Pública México. 55(2): S161-S169. Consultado 04-06-2023, desde: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a13.pdf>

Registro nacional de peso y talla RNPT. (2016). Estado de Nutrición en Población Escolar Mexicana que Cursa el Nivel de Primaria. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, Ciudad de México, consultado 10-10-2023, desde: <http://rnpt.sivne.org.mx/web/resultados/Publicaci%C3%B3n%20Resultados%20RNPT%202016.pdf>

Rodríguez, J. (2007). Guía de elaboración de diagnósticos. Consultado 12-02-2024, desde: <https://www.cauqueva.org.ar/archivos/gu%EDa-de-diagn%F3stico.pdf>

Simmons, R. (2020, 8 agosto). Sedentarismo: Causas y consecuencias. Consultado 10-04-2024, desde: <https://hn.sld.pa/sedentarismo-causas-y-consecuencias/>

The children. (2022). La falta de agua influye en la desnutrición infantil. El periódico de Aragón, consultado, 12-12-2023, desde: http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/espacio3/falta-agua-influye-desnutricion-infantil_1097628.html<https://www.savethechildren.mx/nutricion-infantil-en-mexico/>

UNHCR ACNUR Alto comisionado de las naciones unidas para los refugiados, Guía ACNUR Cos Comité español (2017), Acciones prioritarias contra la desnutrición infantil, Consultada el 18-02-2024 desde: http://recursos.eacnur.org/hubfs/Content/ACN_Desnutricion_infantil.pdf?utm_campa

Zeratsky K. (2022). Nutrition and healthy eating consultada el 02-12-2023, desde: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/expert-answers/functional-foods/faq-20057816>

XI. ANEXOS

Anexo 1. Carta informativa de la Dirección General del DIF



Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Coordinación Plantel San Lorenzo Tezonco

Ciudad de México, a 27 de agosto de 2018.

Oficio No. UACM/SLT/COORD/O-261/18

Lic. Rodrigo Márquez de la Serna
Director de Centros de Asistencia Social de Niños, Niñas y Adolescentes
Presente

Por este medio me permito presentarle a las estudiantes **Noemí Reyna López** con número de matrícula **14-003-0593** y **Zuleyma Elizabeht Burgos Veneroso** de la licenciatura de Promoción de la Salud de esta Casa de Estudio, quienes se encuentran trabajando en un proyecto de Servicio Social "**Producción de fibras dietéticas funcionales y usos en la nutrición animal y humanas**" bajo la dirección de la Dra. Patricia Bustamante Camilo, de la Academia de Biología Humana.

En ese sentido, le solicito de la manera más atenta, brindar el apoyo a las estudiantes que realicen en el Centro Amanecer para Niños, este programa, que tiene el objetivo de realizar medidas antropométricas para determinar el estado nutricional de los niños y adolescentes de 9 a 13 años de edad.

Elas proponen efectuarlo en horario de **16:00 a 18:00 hrs.**, los **martes, miércoles y jueves**, durante un tiempo aproximado de tres meses.

Es importante señalar, que una vez evaluado el estado nutricional de los niños y adolescentes, se hará entrega de los resultados a las autoridades de su institución, considerando la confidencialidad de los datos registrados.

Por otro lado, las estudiantes pretenden ofrecer, posterior a estos estudios, talleres de creación de huertos y de actividades didácticas sobre la salud, a fin de coadyuvar en el sano crecimiento de la población ahí albergada.

De antemano agradezco las facilidades brindadas a las estudiantes, enviándole un cordial saludo.

Atentamente


Mtro. Octavio Serra-Bustamante
Coordinador del Plantel
"Nada humano me es ajeno"



c.c.p.


SBON

Tel: 55 5348 0045

Anexo 2. Carta informativa Casa Hogar DIF Amanecer (Coyoacán)



Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Integración Social
Dirección de Centros de Asistencia Social de
Niñas, Niños y Adolescentes

222 400 00 / 681 /2018

Ciudad de México a 19 de septiembre de 2018

Mtro. Octavio Serra Bustamante
Coordinador de la Universidad Autónoma de
La Ciudad de México, Plantel San Lorenzo Tezonco
Presente

En respuesta a su atenta solicitud con oficio de referencia No. UACM/SLT/COORD/0-261/18, de fecha 24 de agosto de 2018, relacionado con la solicitud de apoyo para que alumnos de la Licenciatura Promoción a la Salud, realicen en el Centro de Asistencia Social Amanecer para Niños, un Proyecto de "Producción de Fibras Dietéticas Funcionales y Usos en la Nutrición Animal y Humana", con el objetivo de iniciar de realizar medidas antropométricas para determinar el estado nutricional de los niños y adolescentes de 9 a 13 años de edad.

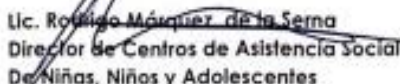
Al respecto comento a Usted, que esta Dirección con el fin de favorecer el desarrollo académico de los estudiantes, así como la coordinación interinstitucional con las Instancias Académicas Públicas y Privadas, pero sobre todo el interés de que los adolescentes albergados al término del Proyecto, cuenten con elementos que favorezcan su sano desarrollo, **no tiene inconveniente en autorizar la realización del Proyecto**, toda vez que se cuida en todo momento no vulnerar ningún derecho de los mismos, así como el respeto a la confidencialidad de datos personales de los adolescentes.

De igual forma se solicita que los alumnos cuenten con un asesor académico durante el tiempo contemplado para la realización del Proyecto para la supervisión y coordinación conjunta con la Subdirectora del Centro Amanecer para Niños Lic. Perla Leticia Razo Martínez y el Dr. Ian Oscar Alarcon Carrera, Jefe del Departamento Médico del Centro.

Finalmente mucho agradeceré se realice una entrega de resultados al que suscribe y a las autoridades del Centro.

Sin otro particular, aprovecho para enviar un cordial saludo.

Atentamente


Lic. Rodrigo Márquez de la Serna
Director de Centros de Asistencia Social
De Niñas, Niños y Adolescentes

Copias: Dra. Patricia Bustamante Camilo - Academia de Biología Humana Colegio de Ciencias y Humanidades UACM.
C. Ana Luisa Castro Baños - Subdirectora de Asistencia Social de Niñas, Niños y Adolescentes
Lic. Perla L. Razo Martínez - Subdirectora del Centro Amanecer para Niños
Dr. Ian O. Alarcon Carrera - Jefe del Departamento Médico del Centro Amanecer para Niños
Lic. M. Evelyn Villegas Muñoz - Supervisora del área de Nutrición adscrita a la Subdirección de Asistencia Social de Niñas, Niños y Adolescentes.

rus/llc

Av. Insurgentes Sur 3700- letra B, Col Cuicuilco, Delegación Coyoacán, Ciudad de México C.P. 04530
Tel. 30032100 www.dif.gob.mx

Anexo 3. Carta ingreso Casa Hogar DIF Amanecer (Coyoacán)

Universidad Autónoma de la Ciudad de México **UACM**
Nada humano me es ajeno

Ciudad de México a 24 de agosto de 2018

Lic. Rodrigo Márquez de la Serna
Director de Centros de Asistencia Social de niños,
Niñas y Adolescentes
P r e s e n t e

Con la finalidad de dar continuidad a la formación profesional de los estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por este medio solicito su valioso apoyo para que las alumnas C. Reyna López Noemí y Burgos Veneroso Zuleyma Elizabeth estudiantes de la Licenciatura Promoción a la Salud, realicen en el Centro Amanecer para Niños un Programa de "Producción de Fibras Dietéticas Funcionales y Usos en la Nutrición Animal y Humana", el cual tiene como objetivo de inicio realizar medidas antropométricas para determinar el estado nutricional de los niños y adolescentes de 9 a 13 años de edad.

Lo anterior se propone efectuarlo en un horario de 4:00pm a 6:00pm los días martes, miércoles y jueves, mediante un lapso de tiempo de 3 meses.

Cabe mencionar que una vez evaluado el Estado Nutricional de los niños y adolescentes y hacer entrega de los resultados a las autoridades que completa considerando la confidencialidad de los datos registrados, se propone llevar a cabo talleres de orientación nutricional que abarquen elementos para enseñar a los niños y adolescentes a comer sano, así como como talleres de creación de huertos y de actividades didácticas sobre la salud, a fin de coadyuvar en el sano crecimiento de la población ahí albergada.

Agradeciendo de antemano la consideración de esta solicitud, reciba un cordial saludo.

Atentamente

 Planteo San Lorenzo Tezonco (UACM)



Dra. Patricia Bustamante Camilo
Academia de Biología Humana
Colegio de Ciencias y Humanidades
patricia.bustamante@uacm.edu.mx
modulopato@gmail.com



Anexo 4. Carta de término en Casa Hogar DIF Amanecer de Coyoacán



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF

SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Integración Social
Dirección de Centros de Asistencia Social para Niñas, Niños y Adolescentes
"Centro Amanecer para Niños"

Ciudad de México, 16 de mayo de 2019
Oficio No. DGIS/DCASNNA/CAN/222.606.00/26/2019

A QUIEN CORRESPONDA

Por este medio, hago constar que los C.C. Reyna López Noemi, Martínez Alonso Yazmin, Reyna López Jokebed y Ocampo Verón Adán Uriel, alumnos de las carreras de Promoción de la Salud, de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, realizaron en este Centro Amanecer para Niños, sus práctica profesionales en el periodo comprendido del 04 de diciembre del 2018, al 24 de enero del 2019; en donde demostraron una adecuada atención e intervención con los niños que en este lugar se albergan.

No omito mencionar que al término de estas actividades, nos fueron entregados el total de diagnósticos de los beneficiarios de este Centro.

Sin otro particular, envié un cordial saludo.

ATENTAMENTE

C. Ricardo Fuentes Bautista
Jefe del departamento de Educación y Formación



Anexo 5. Mediciones antropométricas

Las mediciones antropométricas y de salud (Fig. 5, Fig. 6 y Fig. 7, realizadas en el DIF amanecer, fueron similares a las de primaria, ya que no se nos permitió tomar fotos por el acuerdo de confidencialidad y privacidad para los varones de la casa.



Figura 5. Orientación a los niños para realizar las mediciones.



Figura 6. Solicitar a los infantes quitarse el calzado para sus mediciones.



Figura 7. Realización de una encuesta sobre alimentación y consumo

Anexo 6. Base de datos de tanita

No	Fecha	Gpo	Edad	Altura cm	Peso Kg	BMI	Grasa %	Bmr kj	Bmr kcal	Impedancia	Masa grasa Kg	Masa magra Kg	Agua total Kg
1	06/12/18	DIF	11	1.43	37.5	18.2	15.6	5522	1320	566	5.8	31.5	23.1
2	06/12/18	DIF	10	1.53	37.2	16.3	13.3	5561	1329	602	5.0	32.2	23.6
3	06/12/18	DIF	9	1.38	35.3	18.5	19.6	5383	1387	577	6.9	28.4	20.8
4	06/12/18	DIF	12	1.28	31.3	19.1	16.4	5026	1201	562	5.1	26.2	19.2
5	06/12/18	DIF	12	1.64	51.8	19.3	13.5	6631	1585	507	7.0	44.8	32.8
6	06/12/18	DIF	10	1.37	42.7	22.8	27.9	5856	1400	546	11.9	30.8	22.6
7	06/12/18	DIF	10	1.35	30.4	16.7	16.4	5005	1196	645	5.0	25.4	18.6
8	06/12/18	DIF	9	1.25	24.2	15.5	14.0	4402	1052	642	3.4	20.8	15.2
9	06/12/18	DIF	9	1.36	34.2	18.5	20.6	5282	1262	597	7.1	27.0	19.8
10	06/12/18	DIF	11	1.47	40.1	18.6	11.1	5735	1371	470	4.5	35.6	26.1
11	06/12/18	DIF	9	1.41	40.0	20.1	24.0	5785	1383	576	9.6	30.4	22.3
12	06/12/18	DIF	10	1.37	29.1	15.5	9.90	4928	1178	573	2.9	26.2	19.2
13	06/12/18	DIF	9	1.40	35.9	18.3	15.8	5443	1301	519	5.7	30.2	22.1
14	06/12/18	DIF	9	1.34	34.5	19.2	19.7	5296	1266	546	6.8	27.7	20.3
15	06/12/18	DIF	9	1.25	29.3	18.8	22.8	4820	1152	620	6.7	22.6	16.5
16	06/12/18	DIF	12	1.36	47.4	25.6	33.3	6170	1475	546	15.8	31.6	23.1
17	06/12/18	DIF	11	1.30	34.2	20.2	18.4	5236	1251	525	6.3	27.9	20.4
18	06/12/18	DIF	12	1.45	52.1	24.8	25.5	6542	1564	489	13.3	38.8	28.4
19	06/12/18	DIF	12	1.25	36.4	23.3	33.4	5357	1280	627	12.2	24.2	17.7
20	06/12/18	DIF	12	1.27	37.2	23.1	28.1	5423	1296	572	10.5	26.7	19.5
21	06/12/18	DIF	9	1.18	29.2	21	33.6	4774	1141	674	9.8	19.4	14.2

Anexo 7. Base de datos de signos vitales

No.	Fecha	Gpo	Fc pulso	TA SIS	TA DIA	T°C	Fr	Capilaridad (seg)
1	06/12/2018	DIF	100	106	67	36.5	22	2seg
2	06/12/2018	DIF	84	103	62	36.5	20	2seg
3	06/12/2018	DIF	101	109	59	36.5	22	2seg
4	06/12/2018	DIF	93	92	68	36.5	24	2seg
5	06/12/2018	DIF	90	113	73	36.5	22	2seg
6	06/12/2018	DIF	93	114	91	36.5	22	2seg
7	06/12/2018	DIF	82	102	52	36.5	24	2seg
8	06/12/2018	DIF	94	110	57	36	24	2seg
9	06/12/2018	DIF	102	96	67	36.5	22	2seg
10	06/12/2018	DIF	87	99	66	36.5	23	2seg
11	06/12/2018	DIF	72	118	62	36.5	22	2seg
12	06/12/2018	DIF	76	79	61	36.5	23	2seg
13	06/12/2018	DIF	72	99	53	36.5	23	1seg
14	06/12/2018	DIF	74	102	73	36.5	22	1seg
15	06/12/2018	DIF	53	105	55	36.5	23	1seg
16	06/12/2018	DIF	98	107	75	36.5	22	2seg
17	06/12/2018	DIF	83	119	67	36.5	24	2seg
18	06/12/2018	DIF	90	102	79	36.5	22	2seg
19	06/12/2018	DIF	105	105	71	36.5	23	2seg
20	06/12/2018	DIF	78	111	81	36.5	21	2seg
21	06/12/2018	DIF	112	101	73	36.5	22	1seg

Anexo 8. Base de datos de plicometría

No.	Fecha	Gpo	Bicipital	Circunferencia Abd	Tripital	Circunferencia braquial
1	06/12/2018	DIF	6	67	10	19
2	06/12/2018	DIF	6	62	9	24
3	06/12/2018	DIF	5	69	13	24
4	06/12/2018	DIF	6	66	11	18
5	06/12/2018	DIF	6	74	11	20
6	06/12/2018	DIF	17	70	15	29
7	06/12/2018	DIF	6	60	9	24
8	06/12/2018	DIF	4	55	8	22
9	06/12/2018	DIF	10	56	12	24
10	06/12/2018	DIF	6	63	8	18
11	06/12/2018	DIF	12	71	16	22
12	06/12/2018	DIF	4	55	6	22
13	06/12/2018	DIF	4	64	8	18
14	06/12/2018	DIF	6	60	11	25
15	06/12/2018	DIF	8	65	12	19
16	06/12/2018	DIF	12	73.5	15	26.5
17	06/12/2018	DIF	9	74.5	16	22.5
18	06/12/2018	DIF	5	63	9	19
19	06/12/2018	DIF	6	60	13	18.5
20	06/12/2018	DIF	5	67	12	20
21	06/12/2018	DIF	6	62	10	20.5

Anexo 9. Cronograma de actividades en las instalaciones del DIF Casa

Amanecer

ACTIVIDADES	Febrero		Marzo		Abril	
	Martes	Jueves	Martes	Jueves	Martes	Jueves
1. Presentación de promotores de Salud en área correspondiente.	16:00 a 19:00 120219	16:00 a 19:00 140219				
2. Reconocimiento del área de trabajo y de la institución.						
1. Determinaciones antropométricas: A). Circunferencia cintura B). Determinación de los pliegues cutáneos: subescapular, tricipital, bicipital, pectoral, suprailíaco, abdominal. C)Talla y peso E) Medidas clínicas F) Signos Vitales Encuestas	16:00 a 19:00 190219	16:00 a 19:00 210219				
1. Determinaciones antropométricas: A). Circunferencia cintura B). Determinación de los pliegues cutáneos: subescapular, tricipital, bicipital, pectoral, suprailíaco, abdominal. C)Talla y peso E) Medidas clínicas F) Signos Vitales Encuestas	16-19h 260219	16-19h 280219				
2. Determinaciones antropométricas: A). Circunferencia cintura B). Determinación de los pliegues cutáneos: subescapular, tricipital, bicipital, pectoral, suprailíaco, abdominal. C)Talla y peso E) Medidas clínicas F) Signos Vitales Encuestas			16-19h 50319	16-19h 70319		
1. Aplicación de talleres					16-20h 160419	16-20h 180419
1. Aplicación de talleres					16-20h 230419	16-20h 250419

Anexo 10. Cuestionario de alimentación

Nombre del Participante (niño/a): _____ Folio: _____ Edad: _____

Fecha de aplicación: __/__/__ Día / Mes / Año Fecha de nacimiento: __/__/__ Sexo: 1 (M) 2(F)

Monitor: _____ Nivel de escolaridad: _____

Conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Desayuna antes de salir de casa?

A. ___ Si B. ___ No C. ___ No sabe D. ___ no contesta

2. En caso afirmativo. Indica el horario

A. ___ Entre 5 a 8 a.m. B. ___ Entre 6 a 10 a.m. C. ___ Entre 9 a 12 a.m.

3. ¿En qué lugar desayuna?

A. ___ Casa B. ___ Escuela c. ___ Otro lugar

4. ¿Comiste hoy?

A. ___ Si B. ___ No C. ___ No sabe D. ___ no contesta

5. En caso afirmativo. Indica el horario

A. ___ Entre 9 a 12 p.m. B. Entre 12 a 3 p.m. C. ___ Entre 3 a 6 p.m.

6. ¿Quién prepara la comida?

A. ___ Padres o tutor B. ___ Escuela C. ___ Tienda D. Otro lugar _____

7. ¿Cenaste ayer?

A. ___ Si B. ___ No C. ___ No sabe D. ___ no contesta

8. En caso afirmativo. Indica el horario.

A. ___ Entre 3 a 6 p.m. B. ___ Entre 6 a 9 p.m. C. ___ Entre 9 a 12 a.m.

9. Lugar de la cena

A. ___ Casa B. ___ Escuela C. ___ Otro lugar

10. ¿Comes algún alimento entre comidas?

A. ___ Si B. ___ No C. ___ No sabe D. ___ no contesta

11. En caso afirmativo. Indica lo que comiste

A. _____

12. ¿Compras alimentos con tu propio dinero?
 ___ Si B. ___ No C. En caso afirmativo ¿Cuál(s)? _____
13. Indica si es bueno o malo comer muchos dulces.
 ___ Bueno B. ___ Malo C. ¿Por qué? _____
14. ¿Consideras bueno comer antes de ir a la escuela?
 ___ Si B. ___ No C. ¿Por qué? _____
15. ¿Piensas que comer fruta y verduras es saludable?
 ___ Si B. ___ No
16. En caso afirmativo. Indica porque
 A. Ayuda a evitar enfermedades C. Mantiene los huesos fuertes
 B. Hace que crecer mucho D. Me ayuda a ir a hacer del baño
17. ¿Cuántas comidas piensas se deben hacer al día?
 A. ___ 1 comida C. ___ 2 comidas E. ___ 3 comidas
 B. ___ 4 comidas D. ___ 5 comidas
18. ¿Conoces cuántas frutas y verduras debes comer cada día?
 A. ___ 1 taza B. ___ 2 tazas C. ___ 3 tazas D. ___ 4 tazas
19. ¿Conoces los beneficios de comer fibra alimentaria?
 A. ___ Si B. ___ No C. ___ No sabe D. ___ No Contesta
20. En caso afirmativo elige la mejor opción.
 A. ___ Ayuda a la digestión C. ___ Fortalece sistema de defensas
 B. ___ Ayuda a prevenir las caries dentales D. ___ Mejora la memoria
21. ¿Cuándo prefiero bebidas casi siempre elijo las siguientes?
 A. ___ Refresco B. ___ C. ___ jugos D. ___ Agua simple naturales
 A. ___ Agua frutas B. ___ Agua embotellada simple C. ___ Agua embotellada simple Otro _____
22. ¿Cuál de las siguientes opciones crees es la más nutritiva?
 A. ___ Salchichas c/huevo B. ___ Nuggets pollo C. ___ Pizza D. ___ Ensalada de pollo
23. ¿Cuántas horas ves televisión al día?
 A. ___ 1 a 2 horas C. ___ 3 a 4 horas

B. ____ Más de 4 horas D. ____ No veo televisión

24. ¿Cuántas horas de actividad física (correr, nadar, jugar fútbol, bailar, etc.) prácticas durante el día?

A. ____ 0 a 30 min. C. ____ 30 a 60 min E. ____ 60 a 90 min

B. ____ más de 90 min D. ____ No practico actividad física

25. ¿Cuántas veces a la semana consumes alguno de los siguientes alimentos; salmón o atún, sardina, chía o linaza?

A. ____ 1 vez a la semana C. ____ 2 a 3 veces por semana

B. ____ Más de 3 veces a la semana D. ____ No consumo esos

alimentos

26. ¿Piensas que tu alimentación es buena?

A. ____ Si B. ____ No

27. En caso afirmativo menciona porque

A. _____

B. ____ No sabe

Anexo 11. Tabla 18. Desarrollo del Taller sobre sexualidad

Sesión	Tema	Objetivo	Actividad	tpo	Material
Primera sesión	Conociendo mi cuerpo	Fomentar en los participantes un ambiente de confianza, respeto y participación para crear nuevos conocimientos y terminar con éxito	Apertura del curso con la presentación de los promotores de la salud, de los integrantes del taller para crear participación y confianza en ellos mismos.	10 min	pizarrón y plumones, cuadernos
			Explicación del objetivo, finalidad del taller de sexualidad para los participantes y de las actividades por realizar mediante presentación	5 min	Pizarrón, plumones, laptop, proyector, usb
			Conociendo mi cuerpo: elaboración de lluvia de ideas sobre mitos y realidades de la sexualidad.	20 min	Pizarrón, plumones, hojas de colores, hojas blancas
			Elaboración de un cartel con recortes que expresan la sexualidad en todas sus dimensiones, explicar el cartel y si los identifica de alguna manera.	30 min	revistas, tijeras, rotafolios, pegamento
Segunda sesión	Sexualidad y relaciones sexuales	Identificar sus conocimientos en dichos temas para esclarecerlos, saber los mitos y realidades para posteriormente retroalimentarnos con la teoría y crear nuevos conocimientos que les permitan tener una mejor responsabilidad en sus decisiones sobre temas sexuales.	Sexualidad: Realizar una serie de preguntas donde se vean inmersos los temas de sexualidad, sexo y género con la finalidad de conocer sus conocimientos en estos temas y poder solidificarlos con la teoría y ejemplos, mediante diapositivas	30 min	Pizarrón, plumones, proyector y Laptop
			Realizar un cuadro comparativo con lo que ellos conocían y con lo que aprendieron de los tres temas vistos.	15 min	hojas blancas y plumas
			Relaciones sexuales: juego de cubos sobre el tema de relaciones sexuales de sus mitos	20 min	Proyector, Lap, pizarrón y marcadores

			y realidades para posteriormente complementarlo con la teoría y crear nuevos conocimientos.		
			Elaboración de un collage de mitos y realidades de las relaciones sexuales y todo lo que implica.	25 min	Rotafolio, revistas, tijeras, resistol y marcadores
Tercera sesión	Anticonceptivos y consecuencias	Explicar de manera concreta el tema de anticonceptivos en todas sus dimensiones, así como sus consecuencias, fomentar un empoderamiento y crear nuevos conocimientos para llevar a cabo una vida sexual responsable.	Anticonceptivos: Realización de un cuadro sinóptico de anticonceptivos mencionando los tipos, cuales su función, su colocación correcta y donde pueden adquirirse para fortalecer teóricamente y crear nuevos conocimientos.	30 min	Hojas, marcadores, anticonceptivo
			Realizar en un cuadro con dibujos, tipo de anticonceptivo, función de cada uno de ellos y aleatoriamente pasar a explicarlo frente al grupo	20 min	Rotafolio y marcadores
			Consecuencias: hacer equipos de cuatro personas para discutir, crear un cuadro y exponer sobre las consecuencias que implican tener relaciones sexuales en todas sus dimensiones y posteriormente complementar con argumentos teóricos para crear nuevos conocimientos.	25 min	Rotafolio y marcadores
			Cierre: Agradecer a los participantes por su interés, participación y dedicación al taller con un caluroso aplauso y reconocimiento por parte del DIF por concluir de manera exitosa.	15 min	Impresiones, hojas blancas, y de colores, cuadernos. Constancias