

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“TIPOLOGÍA FAMILIAR Y CAUSAS DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6
AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE
LA UMF 220 TOLUCA, 2012.”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. MARGARITA MENDOZA MONROY**

**DIRECTORA DE TESIS
E. M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA
E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA**

“TIPOLOGÍA FAMILIAR Y CAUSAS DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 TOLUCA, 2012.”

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, doy gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso de mi vida, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por darme la oportunidad de emprender esta gran aventura, por ser mi soporte en mis momentos de tristeza, por ayudarme a caminar cuando sentía que no podía seguir adelante y por enseñarme que todo lo que se hace con amor tiene grandes resultados.

A mis hermanas por su paciencia, acompañarme en mis noches de desvelo, por llorar y reír a mi lado, por escucharme y tener los sentimientos más nobles del mundo. Por regalarme a mis dos pequeños tesoros mis sobrinos.

Abuelo porque con tu mirada y andar me enseñaste que los pequeños logros hacen grandes personas. Y a ti aunque no pudiste estar presente porque tu recuerdo y devoción me ayuda a ser mejor cada día.

A mis amigos por entender que no podía estar con ellos en sus cumpleaños y días importantes, por no olvidarme a pesar de la distancia y mi descuido.

A mis coordinadoras por ese espíritu incansable por sus enseñanzas y orientación, por enseñarme a descubrir un mundo nuevo alrededor de la medicina familiar y por su gran calidez humana.

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.....	1
I.1.-Historia de la familia.....	1
I.2.- Concepto de familia.....	1
I.3.- Clasificación de familia	2
I.3.1.-De acuerdo a su composición.....	2
I.3.2.-De acuerdo a su desarrollo.....	2
I.3.3.-De acuerdo a su lugar de residencia.....	2
I.3.4.-Según su integridad.....	2
I.4.- Desnutrición.....	3
I.4.1 Causas de desnutrición.....	6
I.4.2 Clasificación de la desnutrición.....	9
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
II.1. Argumentación.....	12
II.2. Pregunta de investigación.....	12
III. JUSTIFICACIONES.....	13
III.1. Social.....	13
III.2. Epidemiológica.....	13
III.3. Familiar.....	13
III.4 Académica.....	13
IV. HIPÓTESIS.....	14
IV.1. Elemento de la hipótesis.....	14
IV.1.1. Unidad de observación.....	14
IV.1.2. Variables.....	14
IV.1.2.1 Dependiente.....	14
IV.1.2.2 Independiente.....	14
IV.1.3. Elementos lógicos de relación.....	14
V. OBJETIVOS.....	15
V.1. General.....	15
V.2. Específicos.....	15
VI. MÉTODO.....	16
VI.1. Tipo de estudio.....	16
VI.2. Diseño del estudio.....	16
VI.3. Operacionalización de variables.....	17
VI.4. Universo de trabajo.....	18
VI.4.1. Criterios de inclusión.....	18
VI.4.2. Criterios de exclusión.....	18
VI.4.3. Criterios de eliminación.....	18
VI.5. Instrumento de investigación.....	19

VI.5.1 Descripción.....	19
VI.5.2 Validación.....	19
VI.5.3 Aplicación.....	19
VI.6. Desarrollo del proyecto.....	19
VI.7. Límite de espacio.....	19
VI.8. Límite de tiempo.....	20
VI.9. Diseño de análisis.....	20
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	20
VIII. ORGANIZACIÓN.....	20
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
X. CUADROS Y GRÁFICOS.....	23
XI. CONCLUSIONES.....	30
XII. RECOMENDACIONES.....	31
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	32
XIV. ANEXOS.....	34

I.- MARCO TEÓRICO

I.1 Los grupos familiares comenzaron a existir en tiempos primitivos de la cultura humana, es decir, en la prehistoria. Allí los miembros de lo que podría llamarse familia, se alternaban parejas, sin criterios como los que rigen hoy en día. Esta fase en la historia de la familia podría llamarse como la de “promiscuidad”, en virtud que no imperaba ningún tipo de ley, como la que rige hoy en relación al incesto.

A partir de que el hombre aparece en la tierra y luego de la etapa de la promiscuidad están las siguientes etapas en la historia de la familia:

- Etapa de la comunidad primitiva: Aparece cuando el hombre como tal surge en el planeta y se va a desarrollar según diversas formas de organización social.
- Etapa de la horda: Fue una forma simple de organización social, se caracterizaba por ser un grupo reducido, no había distinción de paternidad y eran nómadas.
- Etapa del clan: Obedecían a un jefe y estaban conformados por un grupo o una comunidad de personas que tenían una audiencia común. En este tipo de familia tenían gran importancia los lazos familiares.

Luego de estas etapas en la historia de la familia surgieron nuevas etapas de organización familiar que ya tienen una documentación histórica más precisa y cronológica:

- Es considerada la primera fase de la familia. Se clasifican los grupos conyugales por generaciones.
- Se considera un tipo de organización familiar en el que hay un progreso.
- En la historia de la familia aparece este tipo que está entre el salvajismo y la barbarie.
- Surge en la historia de la familia durante la transición entre el estado medio y superior de la barbarie. Es un signo de lo que luego fue la civilización.
- Etapa de la familia poligamia: En este tipo de organización familiar había una pluralidad de cónyuges y tres tipos de poligamia: matrimonio grupal, poliandria, poliginia.
- Se conformaba con la madre y sus hijos.
- Etapa de la familia patriarcal: Se transmite de forma patrilineal el parentesco y así se establece el tipo de familia patriarcal. La autoridad máxima es el padre o el varón ascendiente de más edad.(1)

I.2 Concepto de familia. La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le puede llamar ciclo vital de la familiar.(2)

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semi-Integrada o desintegrada).(3)

No existe una forma única de familia; existen diversas modalidades de organización de las redes familiares dentro y fuera del espacio habitacional. Sin embargo, las funciones que cumple la familia permanecen en el tiempo y por ello es posible encontrar ejes alrededor de los cuales construir las tipologías de familia.(4)

I.3 Una forma de clasificar a las familias es:

I.3.1 De acuerdo a su composición:

- Familia Nuclear: Es la que está formada por el padre, la madre y los hijos.
- Familia monoparental: En la que uno de los padres ha fallecido.
- Familia Extensa: Formada por los padres, los hijos y otro pariente.
- Familia Compuesta: Formada por los padres, los hijos y por no parientes.
- Familia con Segundo Trabajo: Es aquella en la que la mujer representa una fuente importante de ingreso económico al hogar.
- Padre (soltero) o Madre (soltera) con hijos: Padre o madre solteros, con hijos, en los que el matrimonio no se ha realizado.

I.3.2 Según su desarrollo:

- Familia Arcaica o tradicional: Es la familia en la que la mujer se dedica a las labores del hogar. La mujer juega el rol de esposa-madre.
- Familia Moderna: En este tipo de familia, la mujer participa en la fuerza de trabajo y en la economía de la familia. La mujer tiene el rol de esposa compañera y de esposa-colaboradora

I.3.3. De acuerdo a su lugar de residencia

- Familia Rural: Es aquella familia que vive en un lugar de menos de 1,500 habitantes.
- Familia Urbana: Es aquella familia que vive en un lugar de más de 1, 500 habitantes.

I.3.4. Según su integración:

- Integrada: Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones.

- Semi-integrada: Familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones.
- Desintegrada: Familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. No se cumplen las funciones. (5)

La familia es la institución por excelencia, provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, tiene como característica la unidad, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización, entre otras. (6) familia es la mayor influencia que afecta el desarrollo y el crecimiento de los niños.

I.4 Desnutrición: La desnutrición infantil y la diarrea, dos de las grandes causas de mortalidad en niños, no fueron identificadas como enfermedades pediátricas hasta el siglo XX. Esta omisión se explica, para la antropóloga Nancy Sheper Hughes, en primer lugar por la incapacidad de ver el hambre como la relación social que estaba detrás de la consumición infantil, asociándola a algún defecto congénito o inherente a la constitución de los niños. Resulta irónico para la autora, que el descubrimiento de la desnutrición infantil, identificada como enfermedad pediátrica en 1933, tuviera que esperar que los médicos encontraran estos trastornos en los trópicos y adoptaran un término tradicional de Ghana como diagnóstico clínico: “kwashiorkor”, un estado de debilidad infantil causado por la ingestión insuficiente de proteínas.

En el sistema etiológico nativo, Eve era una enfermedad infantil socialmente producida, la enfermedad de los niños “depuestos”, es decir los que después del nacimiento de un hermano tenían que destetarse y pasar a una dieta de maíz baja en proteínas. La desnutrición infantil de proteínas y calorías, crítica en Inglaterra en el siglo XIX, sólo entró en la nosología cuando los médicos británicos que trabajaban en las colonias la descubrieron como una enfermedad tropical.

Sheper Hughes señala que el carácter rutinario de la muerte infantil –una característica constante en la historia de la infancia hasta hace poco tiempo– contribuía a que se generaran determinadas defensas individuales o colectivas y reacciones privadas y públicas. Entre las más comunes estaba el no reconocimiento de la mortalidad infantil como problema personal y social importante. La naturalización y normalización de la mortalidad infantil, hasta entrado el siglo XIX, hizo que permaneciera oculta como problema social y sanitario en el que el Estado tenía que intervenir.

A partir de 1970, el término empieza a difundirse como enfermedad pediátrica (antes se hablaba de enfermedades de asiento incierto) y fue incluida desde 1978 por los organismos internacionales para ser abordada desde la atención primaria de la salud.(7)

A partir de 1958 el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) inició el estudio sistemático de las características, la distribución y la magnitud de la desnutrición en México (8); en 1974 aplicó la primera Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-74) (9) a 10 772 familias de 90 comunidades rurales con menos de 2 500 habitantes, representativas de las 90 regiones geoeconómicas en las que se dividió el país de acuerdo con la regionalización propuesta por Bassols. Se obtuvo información antropométrica de talla y perímetro mesobraquial de 7 108 niños de entre 1 y 5 años. La información de

esta encuesta sólo se procesó en una mínima parte y permaneció inédita hasta 1990, sin que haya tenido un efecto real en la planeación de estrategias ni en la toma de decisiones de los programas y acciones relacionados con la alimentación y la nutrición popular.

En 1979 se realizó el levantamiento de la segunda Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-79) bajo la coordinación del INNSZ y con la participación operativa del Instituto Nacional Indigenista (INI) y los Servicios Coordinados de Salud en los Estados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).(10) Con esta encuesta se estudiaron 21 248 familias de 219 comunidades rurales, esto es, las 90 comunidades encuestadas en 1974 más 129 seleccionadas aleatoriamente en proporción a la población de las 90 regiones. Se obtuvo información antropométrica de talla y perímetro mesobraquial en 11 500 niños de entre 1 y 5 años de edad.

En el periodo 1982-1988 se produjo un vacío de información casi completo en materia de vigilancia epidemiológica de la nutrición. En 1988 la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA) realizó el levantamiento de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN-88). Debido al diseño muestral de la encuesta sólo fue posible desagregar la información antropométrica de alrededor de 7 400 niños en cuatro grandes regiones geográficas del país sin diferenciación urbano-rural. Dado que dichas regiones presentan notables contrastes socioeconómicos en su interior, esta encuesta, si bien permitió obtener una estimación estadísticamente confiable de la prevalencia de desnutrición en la población menor de cinco años en el país, impidió, por otra parte, apreciar su magnitud en la población en situación de mayor riesgo.

Los indicadores antropométricos informados por esta encuesta incluyeron peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla en relación con la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud/Centro Nacional de Estadísticas en Salud (OMS/NCHS). En 1989 se llevó a cabo la tercera Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-89),(11) la cual se desarrolló bajo los auspicios de la Comisión Nacional de Alimentación.

La coordinación técnica estuvo a cargo del INNSZ, y la operación en campo fue ejecutada por el INI, por los servicios estatales de salud de la SSA, mediante el Programa de Nutrición y Salud de la Dirección General de Salud Materno-Infantil, y por el Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad (IMSS-Solidaridad); se contó, además, con el apoyo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Esta encuesta se concibió como una réplica de la ENAL-79, y su aplicación en las mismas comunidades proporcionó una visión dinámica de la evolución de las condiciones de nutrición de la población en el medio rural. (12) Con la ENAL-89 se obtuvo información de 20 759 familias de las mismas localidades estudiadas por la ENAL-79. Se registró el peso, la talla y el perímetro de brazo de 15 400 niños menores de cinco años.

Los indicadores antropométricos y la población de referencia fueron los que se utilizaron en la ENN-88. Además de estas encuestas están otros estudios recientes que permiten estimar la prevalencia y la distribución de los problemas de desnutrición en México. En 1993 y 1994 el DIF realizó el Primer y el Segundo Censo

Nacional de Talla en Escolares,(13) respectivamente, entre todos los niños de primer año de primaria en el país. Estos censos brindan una buena estimación del estado de nutrición de los niños referido a los años anteriores al levantamiento; la prevalencia de tallas bajas se correlaciona consistentemente con la prevalencia de desnutrición crónica, pero es poco lo que indica acerca del estado actual de nutrición de los niños.

En 1995 el INNSZ realizó la Encuesta Urbana de Alimentación en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México,15 mediante la cual quedó manifiesta la predominancia de problemas nutricionales por exceso y desequilibrio en la alimentación de la población urbana, si bien se detectó un importante número de niños preescolares desnutridos entre la población urbana marginada.

La palabra desnutrición señala toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, sin prejuizar en sí, de lo avanzado del mal, pues igualmente se llama desnutrido a un niño que ha perdido el 15% de su peso, que al que ha perdido 60% o más, relacionando estos datos siempre al peso que le corresponde tener para una edad determinada, según las constantes conocidas.(14)

La desnutrición puede ser un trastorno inicial único, con todo el variado cortejo sintomático de sus distintos grados o puede aparecer secundariamente como síndrome injertado a lo largo de padecimientos infecciosos o de otra índole y, entonces sus síntomas y manifestaciones son más localizados y precisos.(15)

La desnutrición infantil tiene una serie de consecuencias negativas en distintos ámbitos. Entre ellas destacan los impactos en morbilidad, educación y productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. La desnutrición en gestantes aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, incrementando, a su vez, el riesgo de muerte neonatal. Los bebés que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos, y es 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3.000 y 3.499 gramos.

En distintos estudios se observa que la desnutrición es el mayor contribuyente de la mortalidad infantil y de la niñez en edad preescolar (50-60%), mientras el porcentaje de casos de morbilidad atribuible a la desnutrición es de 61% para la diarrea, 57% para la malaria, 53% para la neumonía y 45% para el sarampión, e incrementa significativamente el riesgo de que en la edad adulta se desarrollen patologías crónicas, tales como enfermedades coronarias, hipertensión y diabetes y enfermedades transmisibles como la tuberculosis. En cuanto a los micronutrientes, la anemia por deficiencia de hierro es, junto con la desnutrición crónica, el problema nutricional más serio de la región, y afecta principalmente a los niños menores de 24 meses y a las mujeres embarazadas, con efectos negativos en el rendimiento escolar y la productividad.

La deficiencia de vitamina A disminuye la capacidad de respuesta a las diferentes infecciones, genera problemas de ceguera y aumenta hasta en un 25% el riesgo de mortalidad materna e infantil. La falta de yodo es la principal causa de retardo mental y aminora el coeficiente intelectual en aproximadamente 10 puntos.(16)

I.4.1 Se puede decir que de las **causas** el 90% de los estados de desnutrición en nuestro medio, son ocasionados por una sola y principal causa: la sub-alimentación del sujeto, bien sea por deficiencia en la calidad o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos. A su vez la sub-alimentación la determinan varios factores: alimentaciones pobres, miserables o faltas de higiene, o alimentaciones absurdas y disparatadas y faltas de técnica en la alimentación del niño. El 10% restante de las causas que producen la desnutrición lo encontramos causado por las infecciones enterales o parenterales, en los defectos congénitos de los niños, en el nacimiento prematuro y en los débiles congénitos; por último, hay un sector que tiene como origen la estancia larga en hospitales o en instituciones cerradas, es decir, el hospitalismo.

El hospitalismo es una entidad patológica indeterminada y misteriosa que altera profundamente el aprovechamiento normal de los alimentos y que se instala en el organismo de los niños hospitalizados por largo tiempo, a pesar de que están rodeados de todas las atenciones higiénicas y médicas y a pesar también, de que la alimentación a que están sometidas sea correcta desde todos los puntos de vista que se la considere.

Es una especie de disminución profunda de la facultad reaccional, defensiva y de aprovechamiento que normalmente tiene el organismo del niño, que afecta la fisiología normal del sistema digestivo y que repercute hondamente en todos los procesos de anabolismo.

En la época del arzobispo Lorenzana, 1780, los frailes que atendían la Casa de Cuna anotaban en sus libros que “los niños morían de tristeza”; no encontraban en ellos mal alguno, solamente no progresaban, no querían comer, se ponían tristes y morían.

Muchos años después hemos comprobado nosotros como la desnutrición se instalaba en niños de la Casa a pesar de toda la técnica médica y dietológica de que se les rodeaba; para salvarlos sólo había una medida, cambiarlos de la Institución Cerrada a su propio hogar o a un hogar sustituto.(17) Está probado el mal que resiente el sistema de defensas, reacciones y aprovechamiento alimenticio de un niño menor de dos años después de cuatro o más meses de hospitalización.

La sub-alimentación, causa principal de la desnutrición, tiene múltiples orígenes, pero en nuestro medio son la pobreza, la ignorancia y el hambre las causas que corren parejas disputándose la primacía en la patogenia de la sub-alimentación, que acarrea la desnutrición. Por lo general el niño alimentado al pecho, aun viviendo con una madre en situación precaria de higiene y de abandono, progresa satisfactoriamente hasta los seis o siete meses de edad; pasado este tiempo se inicia la tragedia lenta pero segura del estacionamiento o de la pérdida de peso que lleva al niño hacia la desnutrición.

El pequeño sigue creciendo y aumentando en edad, y la madre, por el contrario, entra en la fase negativa de la lactancia y cada día está menos capacitada para satisfacer, solamente con su pecho, las necesidades alimenticias del niño; la ignorancia le impide saber qué otra cosa puede darle o la pobreza le impide adquirir lo que ella sabe que su hijo puede comer; la criatura medio se sostiene con los

restos de leche materna que le da una mujer mal alimentada y ya en el periodo de hipogalactia fisiológica; primeramente hay estancamiento en el peso, después se inicia la desproporción entre el peso y la edad y posteriormente la desproporción entre los tres factores, peso, edad y talla, que normalmente siguen curvas paralelamente ascendentes. En la desnutrición la única curva que se mantiene normal es la de la edad, estableciendo con las otras, una extraordinaria divergencia.

Cuando el niño cumple un año, apenas si conserva el peso que tenía a los seis meses; unos meses antes o en esta época, se ha iniciado el destete y la alimentación mixta, a veces disparatada y a veces miserable por su exigua cantidad y calidad; en un caso o en otro se sigue arruinando la fisiología de los sistemas de aprovechamiento del organismo y acentuándose el desplome de la curva del peso; las infecciones se implantan fácilmente en este terreno debilitado, afectando, bien sea las vías enterales o localizándose en los sitios parenterales más susceptibles que complican el cuadro con diarrea periódica que agota progresivamente las exiguas reservas que al organismo le van quedando. En esta pendiente de desnutrición, el niño rueda con mayor o menor rapidez pasando de la desnutrición ligera a la media y de la desnutrición media a la muy grave, en forma insensible y progresiva, si no hay la mano médica experta y oportuna que lo detenga en su caída.

La pobreza ha tenido las mismas características que se pueden constatar en las palabras de la Conferencia ministerial convocada por la UNICEF. “Los hijos de los pobres no tienen acceso, a la educación, se enferman están mal alimentados, no acceden a empleos productivos no tienen capacitación, no tienen crédito, y con ello se auto genera la pobreza.(18)

En la actualidad el alto índice de divorcios y separaciones, así como la modernidad de la vida, la mujer a pesar de tener apoyo conyugal se ve obligada a salir del hogar a trabajar, o que por desgracia un porcentaje de mujeres que son jefe de hogar coincide con el de las mujeres cuyo estado civil se reporta como no casadas (esto es solteras, viudas, divorciadas, separadas o en unión libre) provocando esto un apoyo para el cuidado de sus menores en guardería, con familiares cercanos o en individuos que se encuentran fuera del núcleo familiar consanguíneas ocasionando descuido de la alimentación, control de citas medicas.(19)

De acuerdo con los doctores Teresita González de Cossío y Juan Rivera Dommarco, investigadora y director adjunto, respectivamente, del Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS) del propio INSP, la desnutrición crónica en preescolares mexicanos ha tenido importantes descensos (ha disminuido desde 26.9% en 1988 a 21.5% en 1999, hasta llegar a 15.5% en el 2006), lo mismo que la desnutrición aguda o emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la cual se redujo a prevalencias compatibles con las observadas en una población normal sana (2.1 % y 2.0%, respectivamente, en 1999 y en 2006). No obstante, aún hay sitios en el país (en especial en poblaciones más aisladas, de menores recursos y con escasa cobertura de programas) en donde la desnutrición tanto crónica como aguda sigue siendo un importante problema de salud.(20)

Desnutrición de primer grado: El niño se vuelve crónicamente llorón y descontento, contrastando con la felicidad, el buen humor y el buen sueño que antes tenía; este

paso es insensible y frecuentemente no lo notan las madres, a menos que sean buenas observadoras; tampoco se aprecia que adelgace, pero si se tiene báscula y si se compara su peso con los anteriores, se nota que éstas se han estacionado en las últimas cuatro o seis semanas. En este periodo no se observa diarrea, sino por el contrario ligera constipación, no hay vómitos u otros accidentes de las vías digestivas que llame la atención. Las infecciones respetan al niño que aún conserva su capacidad reaccional y defensiva casi íntegra, como generalmente acontece en la iniciación del mal. Así, el dato principal que se observa, y solamente si se busca, es el estacionamiento en el peso o un ligero descenso de él que persiste a través de las semanas; el niño avanza en edad y el peso se va quedando a la zaga, avanzando penosamente o estacionado.

Desnutrición de segundo grado: Insensiblemente la pérdida de peso se acentúa y va pasando del 10 ó 15%, a pérdidas mayores; la fontanela se hunde, se van hundiendo también los ojos y los tejidos del cuerpo se hacen flojos, perdiendo su turgencia y su elasticidad; el niño duerme con los ojos entreabiertos, es pasto fácil de catarrros, resfriados y otitis, se acentúa su irritabilidad; fácilmente hay trastornos diarreicos y a veces se percibe, desde esta etapa de la desnutrición, discretas manifestaciones de carencia al factor B, así como edemas por hipoproteïnemia.

El final de la etapa segunda en la desnutrición es ya francamente alarmante y obliga a los padres a recurrir al médico si antes no lo habían hecho.

Si el médico es impresionado por el accidente enteral agudo, o por la faringitis o la otitis y sin hacer una cuidadosa búsqueda en la dieta del pequeño paciente para estimar su calidad y su rendimiento energético, pasa por alto este renglón vital de orientación, y prescribe "para la infección", el niño habrá dado un paso más en la pendiente fatal de la desnutrición.

Por otra parte, si las medidas dietéticas y terapéuticas a que se acuda no son lo suficientemente cuidadosas y efectivas, el paciente cae en una exquisita intolerancia a toda clase de alimentos y a toda cantidad que se le dé; esta intolerancia obliga a cambios frecuentes en la dieta, y a nuevos intentos de acomodación digestiva por parte del organismo, en los cuales se pierde tiempo, se va aumentando la destrucción de sus reservas, y el desplome de la curva de peso, que cada vez se aleja más del paralelismo normal con la curva de la edad.

Desnutrición de tercer grado: La desnutrición de tercer grado se caracteriza por la exageración de todos los síntomas que se han enumerado en las dos etapas anteriores de desnutrición, y el niño llega a ella bien sea porque no hubo una mano experta que guiara la restitución orgánica, o porque la miseria y la ignorancia hicieron su papel homicida, o porque a pesar de las medidas tomadas, ya la célula y su mecanismo metabólico habían entrado en una fase negativa o de desequilibrio anabólico que no permiten que se aproveche ni las cantidades mínimas para sostener la pobre actividad del paciente. Los ojos se hundén, la cara del niño se hace pequeña y adquiere el aspecto de "cara de viejo"; se ven prominentes todos los huesos de la cara y la bola grasosa de Bichat hace su grotesca aparición como última reserva grasosa de este sector del organismo. Los músculos de los miembros cuelgan como pesadas cortinas forrados de piel seca y arrugada; los huesos de los miembros superiores, del dorso y del tórax se observan forrados de una piel

escamosa, arrugada, sin vitalidad y sin la menor elasticidad. Los ojos de la criatura quedan vivos, brillantes y siguen con una gran avidez, los movimientos que a su alrededor se desarrollan, como buscando ansiosamente el alimento que le podría servir de salvación.(21)

La desnutrición por su duración se clasifica en:

Aguda: Se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y quizá detención del crecimiento. Cuando el niño o la niña es atendido adecuada y oportunamente, éste se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.

Crónica: Se presenta cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa; como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye sus requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estructura baja para su edad. La recuperación es más difícil.

La desnutrición por su intensidad se clasifica en:

Leve: Se presenta cuando la cantidad y variedad de nutrimentos que el niño o niña reciben son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida o la no ganancia de peso.

Moderada: Se presenta cuando la falta de alimentos se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.

Severa: Se presenta cuando hay falta prolongada de alimentos asociada a padecimientos infecciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado, que pone al niño o niña en grave peligro de muerte. Se manifiesta en dos formas:

MARASMO (desnutrición seca)

- Delgadez excesiva
- Cara de viejito
- Llanto exagerado
- Peso ralo

KWASHIORKOR (desnutrición con edema modificado el peso del niño o niña)

- Hinchazón sobre todo en pies, piernas, manos y cara
- Triste
- Pelo ralo
- Lesiones en la piel.(22)

La clasificación de Gómez, una de las más usadas, utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de cinco años. La severidad de la desnutrición se reconoce clínicamente y se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso con el percentil 50 de los niños de su misma edad. Los valores pueden ser locales o internacionales, la desnutrición se clasifica de la siguiente manera:

Grado de déficit	
1º	10 al 24%
2º	25 al 39 %
3º	➤ Al 40%

* Los niños que presentan edema independientemente de su déficit se clasifican como tercer grado.

Una desventaja de esta clasificación es que nos permite diferenciar entre un evento agudo y uno crónico, ni tiene la misma confiabilidad para niños mayores de cinco años.

La clasificación de Waterloo utiliza el peso, talla y la edad y los agrupa en dos índices peso/talla (P/T) y talla/edad (T/E). El P/T indica la presencia de un déficit de peso con respecto a la estatura actual (desnutrición presente o emaciación), mientras que T/E evidencia desnutrición pasada o desmedro. Mediante esta clasificación se puede saber si la desnutrición es actual (peso bajo), desnutrición es pasada (talla/edad baja), o ambas.

De esta manera es posible hacer una distinción entre los niños que están muy delgados (emaciados o con desnutrición aguda), los que son de talla baja (desmedro o con desnutrición pasada actualmente recuperados), y aquellos que son delgados y pequeños (emaciación o con desnutrición crónica agudizada). (23)

El puntaje se determina de acuerdo al siguiente cuadro:

Índice	Porcentaje de Déficit			
	Normal	Leve	Moderada	Severa
T/E	0 al 5%	6 al 10%	11 al 15%	>15%
P/T	0 al 10%	11 al 20%	21 al 30%	>30% o con edema.

De los estudios que se tomaron como se tomaron como referencia se encontró como referencia en el que se eligieron a todos los niños entre 1 y 4 años de la Guardería No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, Michoacán, México, n = 169. Los indicadores usados para medir el estado nutricional de los niños fueron los percentiles que corresponden a los índices peso/edad, talla/edad y peso/talla y se tomaron como valores de referencia a los de las curvas de distribución de la norma mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño. (24)

Se determinó el Índice Nutricional a través de la relación entre el peso actual por la talla correspondiente a la edad en el percentil 50, y el peso correspondiente a la edad en el percentil 50, según las antes mencionadas tablas de referencia antropométrica con la fórmula: $\% \text{ IN} = [(\text{Peso actual} \times \text{Talla/edad P50}) \div (\text{Peso/edad P50} \times \text{Talla actual}) \times 100]$. Este porcentaje permitió la clasificación del estado nutricional de los niños como sigue: (25) Obesidad: > 120%, sobrepeso: 110 a 120%, normopeso o eutrófico: 90 a 110%, desnutrición leve: 80 a 89%, desnutrición moderada 70 a 79% y desnutrición severa: < 70%. No hubo diferencias respecto a género en la distribución de los niños de acuerdo al estado nutricional estimado por los índices peso/edad, talla/edad y peso/talla.

Se encontró relación entre índice nutricional y tipología familiar, la obesidad fue más frecuente en niños que vivían en familias nucleares y seminucleares (monoparentales) 19,6% y 42% respectivamente. También en familias nucleares se encontraron los niveles más altos de desnutrición en niños, 18%. En estas familias la responsabilidad en la nutrición del niño es responsabilidad exclusiva de los padres y suelen disponer de menos recursos para enfrentar este problema, porque entre otras cosas, no disponen de las redes de apoyo que en lo familiar brindan las familias extensas. (26)

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

Actualmente se cuenta con estudios donde se observa que la causa principal de desnutrición es la sub-alimentación, que tiene sus inicios desde la mala técnica de la lactancia materna y se agudiza durante el proceso de ablactación por lo que es importante capacitar a las madres desde el embarazo sobre la lactancia y las técnicas de ablactación.

Pero a esto se puede agregar múltiples factores causales como lo son las preferencias alimentarias, el nivel educativo del jefe de familia, la economía y la situación familiar.

Observamos que el nivel educativo de las familias que padecen desnutrición infantil en nuestro país, es bajo. Observamos que la gran mayoría de la población es obrera, adquiriendo salarios mínimos, que por la composición y número de los integrantes de la familia apenas les permite tener acceso a los alimentos de la canasta básica.

La situación ha cambiado en los tiempos actuales, y ahora son más los núcleos familiares en los que tanto el padre como la madre necesitan salir a laborar para cubrir las necesidades básicas de la familia (educación, alimentación y vivienda), como consecuencia, los niños pasan más tiempo en estancias infantiles, al cuidado de familiares o extraños, la pobre atención a la salud infantil a origina que el problema de la desnutrición se agrave.

II.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la tipología familiar y las causas de desnutrición en niños de 2 a 6 años, que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 220, en el año 2012?

III.- JUSTIFICACIONES

III.1 Social

Es de gran importancia abordar este tema ya que el médico familiar es el primer contacto con el paciente y por medio de sus procesos de estudio, puedes diagnosticar de forma temprana las causas que están afectando a cada familia y origen de la desnutrición infantil en mi población con la finalidad de una prevención temprana.

III.2 Epidemiológica

En los antecedentes previamente mencionados, la mala alimentación es causa de un 90% de desnutrición en niños ya diagnosticados con dicho padecimiento, dicha causa es en su gran mayoría, por factores prevenibles por lo tanto, es importante que como médicos de primer contacto, debemos de buscar intencionadamente este problema de salud tan frecuente para así poder influir dentro del núcleo familiar mediante programas de prevención, educación para la salud, detección y tratamiento oportuno, así como el apoyo del grupo interdisciplinario, para estos pacientes, logrando disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad de esta patología.

III.3 Familiar.

De igual forma es deber del médicos familiar observar a los pacientes, no solamente como un individuo, sino que se debe valorar todo su entorno tanto psicológico, social, familiar, ambiental y emocional ya que se sabe que cuando se presenta una enfermedad no solo afecta al individuo en forma aislada sino a todo su familia, porque tanto, sus roles, dinámica y economía se va a ver afectada, dando lugar al desarrollo de enfermedades no transmisibles como la desnutrición, es por eso la importancia de una detección oportuna de estos pacientes para mejorar sus condiciones de vida y por ende de su estructura familiar.

III.4 Académica

El realizar trabajos de investigación, representa una oportunidad para el tesista de adquirir experiencia en esta área, además de que es un medio, atreves del cual lograr obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar, para así ejercer su Especialidad.

IV.- HIPÓTESIS

La familia nuclear-moderna y la diarrea, se presentan más en niños de 2 a 6 años, desnutridos que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF 220 en el año 2012.

IV.1 Elementos de la hipótesis

IV.1.1 Unidad de observación:

Niños de 2 a 6 años, desnutridos que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF 220 en el año 2012.

IV.1.2 Variables

IV.1.2.1 Dependiente

Tipo de familia

IV.1.2.2 Independiente:

Desnutrición.

IV.1.3 Elemento lógico de la relación

La, nuclear-moderna, diarrea, es, el, que, mas, presenta, en.

V.- OBJETIVOS

V.1. General

Determinar el tipo de familia de acuerdo a la causa de desnutrición en niños de 2 a 6 años, que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 220 en el año 2012.

V.2. Específicos

- Identificar el tipo de familiar que mas presenta desnutrición en niños de 2 a 6 años.
- Clasificar la causa de desnutrición más frecuente en niños de 2 a 6 años.
- Establecer los niños de 2 a 6 años con desnutrición de acuerdo a su género.
- Identificar la edad más frecuente en pacientes desnutridos de 2 a 6 años que acuden a consulta a la UMF 220.
- Identificar el grado de desnutrición en niños de 2 a 6 años de acuerdo al ingreso familiar.
- Clasificar la alimentación de la familia de niños de 2 a 6 años que cursan con diagnóstico de desnutrición.

VI.- MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Prospectivo, Descriptivo, transversal, observacional.

VI.2. Diseño del estudio

Se aplicaron cuestionarios a los padres de los niños de 2 a 6 años, ambos sexos, que cursan con diagnóstico de desnutrición, en ambos turnos que acuden a la consulta de medicina familiar de la UMF 220, se explicó a los padres el motivo del estudio y se entregó el cuestionario y la carta de consentimiento informado del estudio a realizar. Posteriormente se clasificaron los datos obtenidos por tipo de familia, causa desnutrición, ingreso familiar, edad y genero que cursaron con desnutrición.

VI.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Nivel de medición	Indicador	Ítem
Tipo de Familia	Tipos de familia son: nuclear, extensa, compuesta, moderna, tradicional.	Los diferentes tipos de familia que existen.	Cualitativa nominal	Nuclear: Papa, mama e hijos Extensa: padres, hijos y parientes. Compuesta: padres, hijos y no parientes Moderna: Ambos padres son proveedores Tradicional: Solo el papa es proveedor.	10, 11, 12,13, 14,15, 16,17, 18 (anexo 3)
Grado de Desnutrición	Es una afección que ocurre cuando el cuerpo no recibe los nutrientes suficientes.	Estado del cuerpo cuando no tiene un aporte adecuado de nutrientes.	Cualitativa Nominal	Leve: déficit del 11 al 20%. Moderada: déficit del 21 al 30%. Severa: déficit mayor al 31%	(anexo 5, 6, 7 y 8)
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Años transcurridos desde el nacimiento de una persona hasta el momento de la aplicación del cuestionario.	Cuantitativa discreta	2 años 3 años 4 años 5 años 6 años	1 (anexo 3)
Causa de desnutrición	Toda afección que desencadena la desnutrición, como la mala alimentación y las infecciones.	Aquello que puede originar la desnutrición en niños	Cualitativa nominal	Mala Alimentación Diarrea Infecciones respiratorias Hospitalización	20,21, 22 (anexo 3)
Alimentación	Proceso biológico en el que los organismos	Aprovechamiento de los nutrientes	Cualitativa nominal	Buena: si realiza 3	1, 2, 3, 4, 5, 6,

	asimilan y utilizan los alimentos y los líquidos para el funcionamiento, crecimiento y mantenimiento de las funciones normales	para un adecuado crecimiento y desarrollo		comidas al día de buena cantidad y calidad. Mala: si realiza 3 comidas o menos al día pero de mala calidad y cantidad.	7, 8, 9, 10, 11, 12 (anexo 2)
Género	Características biológicas que nos identifican como hombre y mujer.	Diferencias físicas y biológicas entre hombre y mujer	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	2 (anexo 3)
Ingreso familiar	Suma de todos los sueldos, salarios, ganancias, pagos de interés, alquiler, transferencias y otras formas de ingreso de una familia en un período determinado.	Cantidad de dinero que gana logra obtener una familia en un mes	Cuantitativa continua	\$1,500-3,000 \$3,001-5,000 \$5,001-8,000 +\$8,001	19 (anexo 3)

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO.

Los 104 niños de 2 a 6 años, ambos sexos que cursan con diagnóstico de desnutrición, que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF 220 en ambos turnos, previa explicación y autorización del estudio de investigación.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Niños de 2 a 6 años de edad, ambos sexos, con diagnóstico de desnutrición, acompañados por sus padres o tutores que acepten participar voluntariamente en el estudio.

VI.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Menores que tengan patologías agregadas de nacimiento.
- Que los padres no acepten participar en el estudio.

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Cuestionarios incompletos.
- Que decidan retirarse del estudio.

VI.5 Instrumento de investigación.

VI.5.1 Descripción.

Para este estudio se elaboró un cuestionario con las siguientes características: sencillez y amenidad en el formato, claridad de las preguntas y grado de complejidad de las mismas. Fiabilidad valoración de la consistencia interna, que se define como el grado de homogeneidad entre los distintos ítems que miden un mismo atributo y las subescalas en las que se divide.

Con las características antes mencionadas se utilizaron como referencia 2 cuestionarios y las graficas de NCSH de peso para la talla en niños y niñas de 0 a 6 años para determinar el grado de desnutrición del niño. El primer cuestionario formulado por Lorenzana consta de 12 ítems (anexo 2), el segundo cuestionario que valora, el tipo de familia y el ingreso familiar consta de 19 ítems (anexo 3) y el último cuestionario que valora la causa de desnutrición más frecuente consta de 3 ítems (anexo 4).

VI.5.2. Validación.

El cuestionario formulado por la autora Lorenzana ha sido empleado previamente para identificar el grado de seguridad alimentaria en familias Venezolanas. En relación a los demás instrumentos se realizó un cuestionario por el investigador para determinar la tipología familiar.

VI.5.3 Aplicación.

Fue realizado por la tesista, en el aula 3 de medicina preventiva.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Se elaboró el protocolo de investigación y se sometió para su aprobación ante el comité del HGR 220. Una vez recibida la aprobación se selecciono la población que participo en el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Se les entregó un consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento de investigación. Los datos obtenidos de las encuestas, se distribuyeron de acuerdo a la edad, sexo, tipología familiar, grado y causas de desnutrición, alimentación e ingresos. Se elaboró una base de datos para el análisis y comparación de grupos, para su posterior interpretación y descripción de resultados. Se realizó y revisó la tesis para su liberación y presentación.

VI.7 Límite de espacio.

El presente estudio se realizó con los pacientes de consulta externa de la unidad de Medicina Familiar 220 del IMSS Toluca capturando los datos en el aula 3 de medicina preventiva.

VI.8 Límite de tiempo.

El presente estudio se realizó de septiembre del 2011 a octubre del 2012.

VI.9 Diseño y análisis.

La información obtenida se revisó y corrigió, los datos se clasificaron y tabularon para su presentación en cuadros y gráficas, se realizó un análisis estadístico utilizando medidas de tendencia central: media, mediana y moda.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.

De acuerdo a la Declaración de Helksinki y a la Ley General de Salud en el Título Quinto referente a la Investigación para la Salud, en su Capítulo Único en el Artículo 100 la siguiente investigación se realizó bajo consentimiento informado (anexo II), sin exponer a los sujetos implicados, suspendiendo la investigación en caso de algún posible daño.

Fueron respetados los derechos de autor, sin alterar los contenidos. De los datos recabados se respetó el derecho de confidencialidad de los participantes, y los datos se utilizaron solo con fines académicos.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: MC Margarita Mendoza Monroy

Directora de Tesis: E en MF Emiliana Avilés Sánchez

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de realizar cada una de las actividades programadas en el método, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Por lo que del tipo de familia de acuerdo a la causa de desnutrición se encontró que la familiar Nuclear-Tradicional presentó una frecuencia de infecciones de vías respiratorias en un 26%, mientras que las diarreas sólo se encontraron en un 8.6%. La familia Nuclear-Moderna tuvo un 11.5% tanto en infecciones respiratorias como en hospitalizaciones. La familia Compuesta-Tradicional y Compuesta-Moderna solo presentó infecciones de vías respiratorias en un 3.8% y un 2% respectivamente. La familia Extensa-Tradicional con un 8.6% de infecciones de vías respiratorias y la familia Extensa-Moderna con un 4.9% de Hospitalizaciones. Por lo que la **hipótesis no** se cumple, ya que la familia que más se presentó fue la Nuclear-Tradicional y la infección de vías respiratorias fue la causa más frecuente (Cuadro 1, Gráfico 1).

Con respecto a la tipología familiar en niños con desnutrición, predominó el tipo de familia nuclear tradicional con un 41.3%, quedando en segundo lugar la familia nuclear moderna con un 26.9 %. Estos resultados concuerdan con los encontrados en el estudio de Magaña P donde la familia nuclear es el tipo de familia que cursa con más índice de desnutrición (Cuadro 2, Grafico 2).

La causa de desnutrición que más se presentó en todas las edades fueron las infecciones de vías respiratorias con un 56%. Llama la atención que en niños de 2 y 3 años las hospitalizaciones tuvieron la segunda causa con un 8.7% y un 6.7% respectivamente y que las diarreas predominaron en los niños de 4 y 6 años con un 3.9% y 7.7%. Lo anterior no se relaciona con lo encontrado en los estudios realizados por Avila A., quien comenta que la diarrea es la infección que más se presenta en niños desnutridos (Cuadro 3, Grafico 3).

Los niños que cursan con desnutrición participantes fueron un total de 104, de los cuales 52.9% corresponde al sexo femenino y 47.1% sexo masculino (Cuadro 4, Grafico 4).

La edad de los participantes oscilo entre los 2 y 6 años. De estos los niños de 2 años represento el 20.2%, seguidos de los niños de 3 y 4 años ambos con un 21.2%. La población de 5 años en 9.6% y de 6 años con un 27.8% siendo la de mayor número de niños estudiados (Cuadro 5, Grafico 5).

De los niños participantes un 76.9% cursaban con desnutrición leve, el 16.4% con desnutrición moderada y por ultimo un 6.7% con desnutrición severa (Cuadro 6, Grafico 6).

Con respecto al ingreso familiar se encontró que el ingreso que predomina es entre 3,001 y 5000 con un 50.0%. Cabe mencionar que los niños con desnutrición severa tuvieron un mayor ingreso económico que oscila entre \$ 5001- \$ 8000 en un 3.8% (Cuadro 6, Grafico 6).

El tipo de alimentación de las familias con niños que cursan con desnutrición no concuerda con la que la bibliografía consideró para esta revisión ya que como principal causa de desnutrición se toma la mala alimentación, y para la población estudiada un 79.9% consideran que tienen una buena alimentación (Cuadro 7, Grafico 7).

X. CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1

TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A LA CAUSA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 EN EL AÑO 2012.

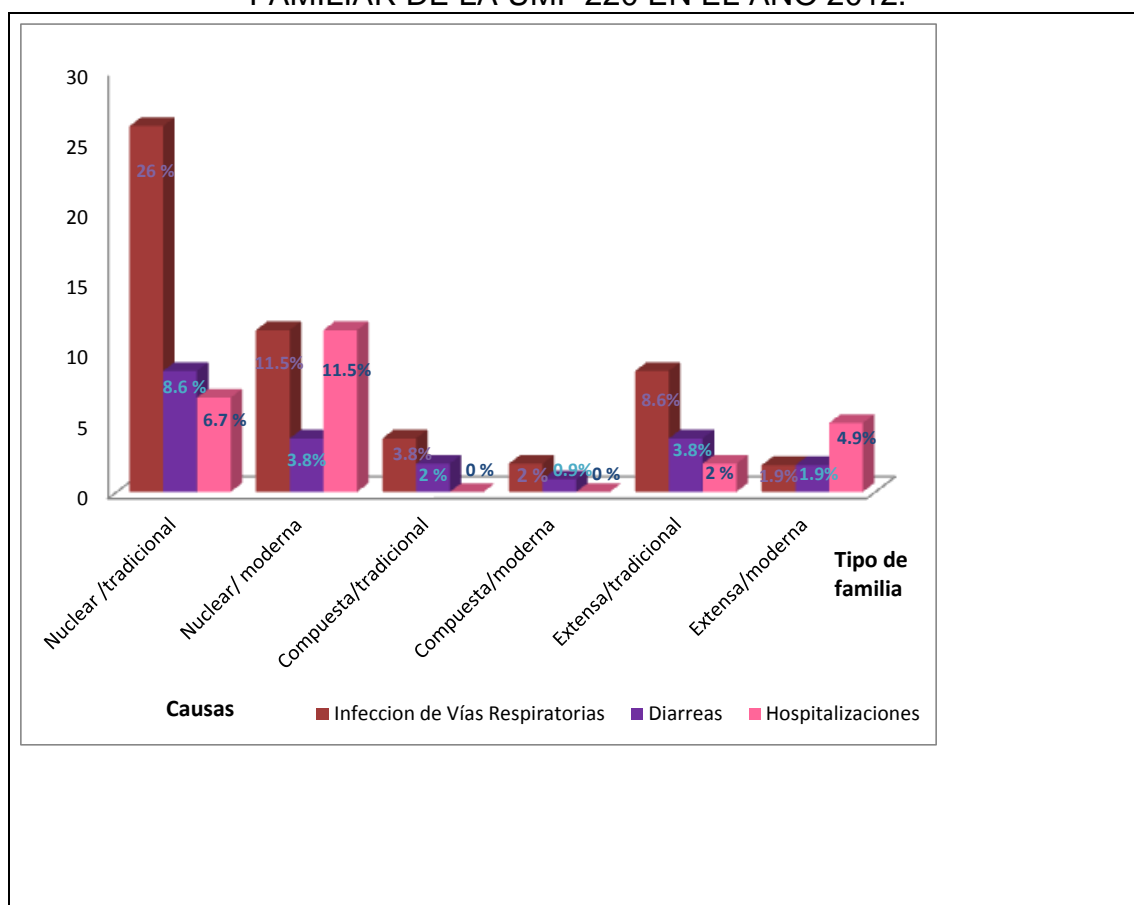
Tipo de familia \ Causa	Infección de vías Respiratorias		Diarreas		Hospitalización		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Nuclear /tradicional	27	26	9	8.6	7	6.7	43	41.3
Nuclear/moderna	12	11.5	4	3.8	12	11.5	28	26.9
Compuesta/tradicional	4	3.8	2	2	0	0	6	5.8
Compuesta/moderna	2	2	1	0.9	0	0	3	2.9
Extensa/tradicional	9	8.6	4	3.8	2	2	15	14.4
Extensa/moderna	2	1.9	2	1.9	5	4.9	9	8.7
Total	56	53.9	22	21.2	26	24.9	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia % = Porcentaje

GRÁFICO 1

TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A LA CAUSA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 EN EL AÑO 2012.



Fuente: cuadro 1

CUADRO 2
TIPO DE FAMILIA QUE MAS PRESENTA DESNUTRCIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS

DESARROLLO COMPOSICIÓN	TRADICIONAL		MODERNA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
NUCLEAR	43	41.3	28	26.9	71	68.2
COMPUESTA	6	5.8	3	2.9	9	8.7
EXTENSA	15	14.4	9	8.7	24	23.1
TOTAL	64	61.5	40	38.5	104	100.0

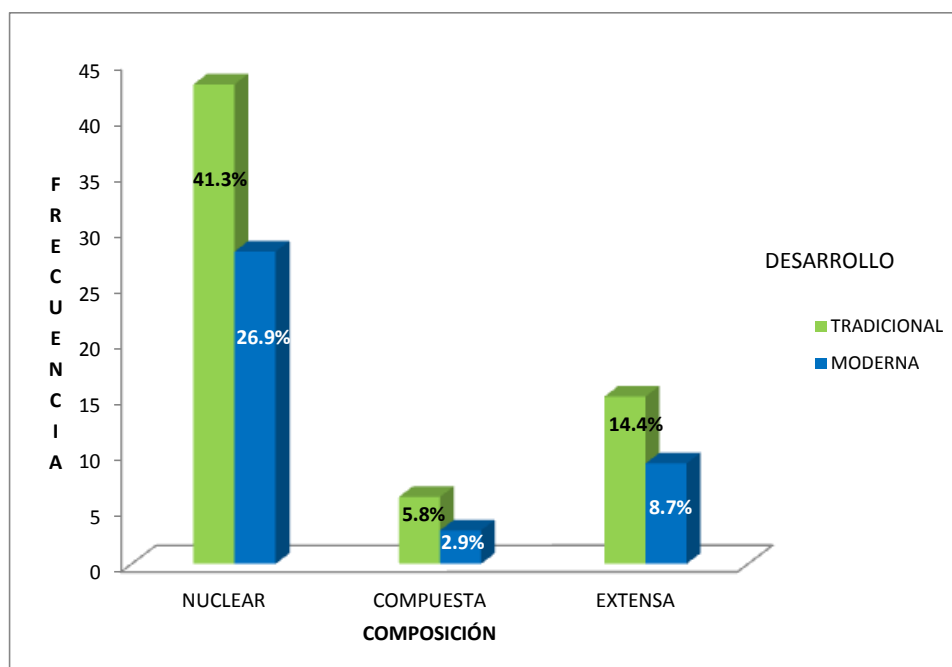
FUENTE: Concentrado de datos

Notas aclaratorias:

F = Frecuencia

% = Porcentaje

GRÁFICO 2
TIPO DE FAMILIA QUE MAS PRESENTA DESNUTRCIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS



Fuente: Cuadro 2

CUADRO 3
CAUSA DE DESNUTRICIÓN MÁS FRECUENTE POR EDAD
EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS

CAUSAS \ EDAD	2 AÑOS		3 AÑOS		4 AÑOS		5 AÑOS		6 AÑOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Infección de vías respiratorias	11	10.6	9	8.7	17	16.4	4	3.8	15	14.4	56	53.9
Diarreas	1	0.9	6	5.8	4	3.9	3	2.9	8	7.7	22	21.2
Hospitalización	9	8.7	7	6.7	1	0.9	3	2.9	6	5.7	26	24.9
Total	21	20.2	22	21.2	22	21.2	10	9.6	29	27.8	104	100

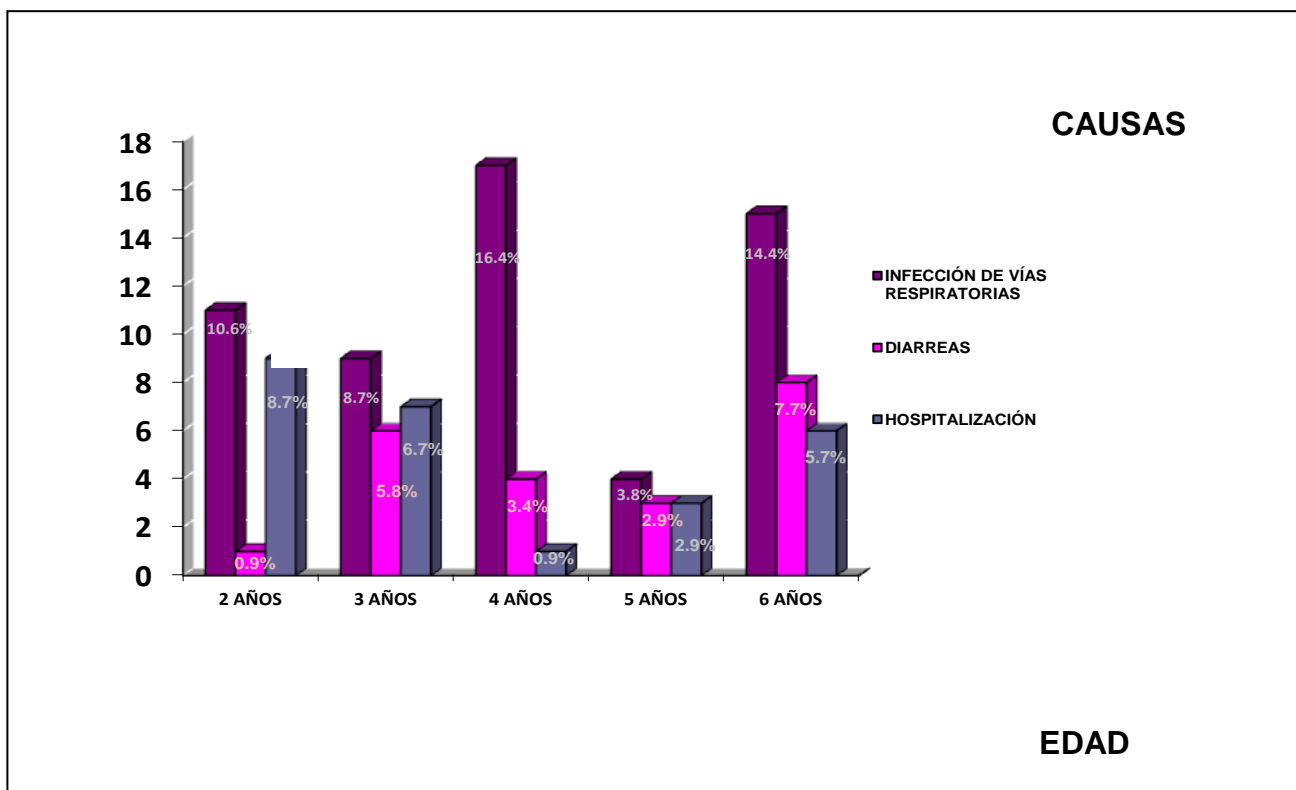
FUENTE: Concentrado de datos

Notas aclaratorias:

F = Frecuencia

% = Porcentaje

GRÁFICO 3
CAUSA DE DESNUTRICIÓN MÁS FRECUENTE POR EDAD
EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS



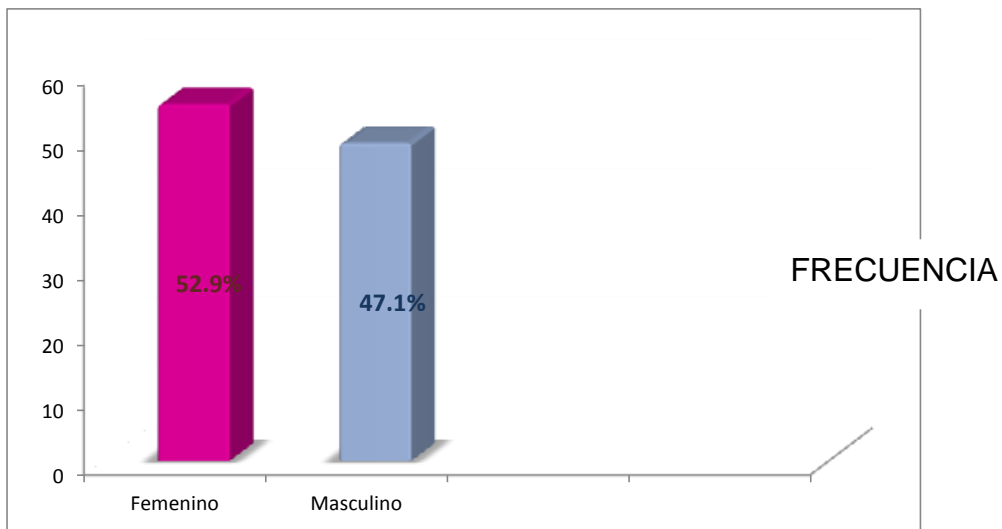
Fuente: Cuadro 3

CUADRO 4
NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS CON DESNUTRICIÓN DE ACUERDO A SU GÉNERO

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	55	52.9
MASCULINO	49	47.1
TOTAL	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

GRÁFICO 4
NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS CON DESNUTRICIÓN DE ACUERDO A SU GÉNERO



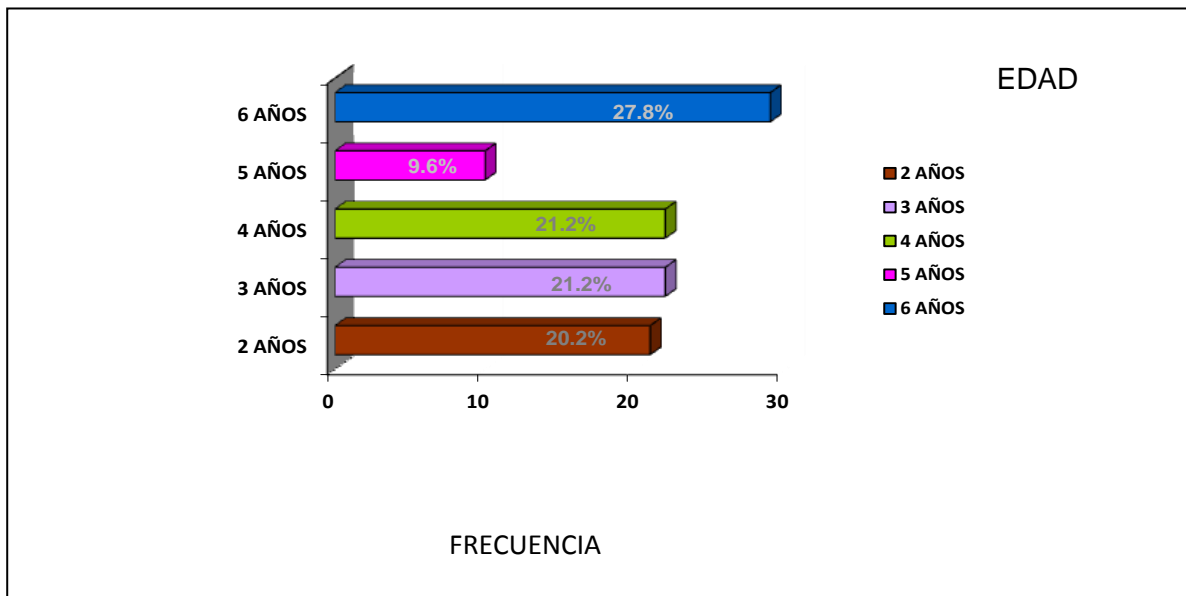
Fuente: cuadro 4

CUADRO 5
EDAD MÁS FRECUENTE EN PACIENTES DESNUTRIDOS DE 2 A 6 AÑOS QUE
ACUDEN A CONSULTA A LA UMF 220

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 AÑOS	21	20.2
3 AÑOS	22	21.2
4 AÑOS	22	21.2
5 AÑOS	10	9.6
6 AÑOS	29	27.8
TOTAL	104	100.0

FUENTE: Concentrado de datos

GRÁFICO 5
EDAD MÁS FRECUENTE EN PACIENTES DESNUTRIDOS DE 2 A 6 AÑOS QUE
ACUDEN A CONSULTA A LA UMF 220



Fuente: Cuadro 5

CUADRO 6
GRADO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE ACUERDO AL
INGRESO FAMILIAR

GRADO DE DESNUTRICIÓN \ INGRESO FAMILIAR	LEVE		MODERADO		SEVERO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1,500-3,000	13	12.5	0	0	0	0	13	12.6
3,001-5,000	39	37.5	10	9.7	3	2.9	52	50
5,001-8,000	23	22.1	7	6.7	4	3.8	34	32.6
>8,001	5	4.8	0	0	0	0	5	4.8
TOTAL	80	76.9	17	16.4	7	6.7	104	100.0

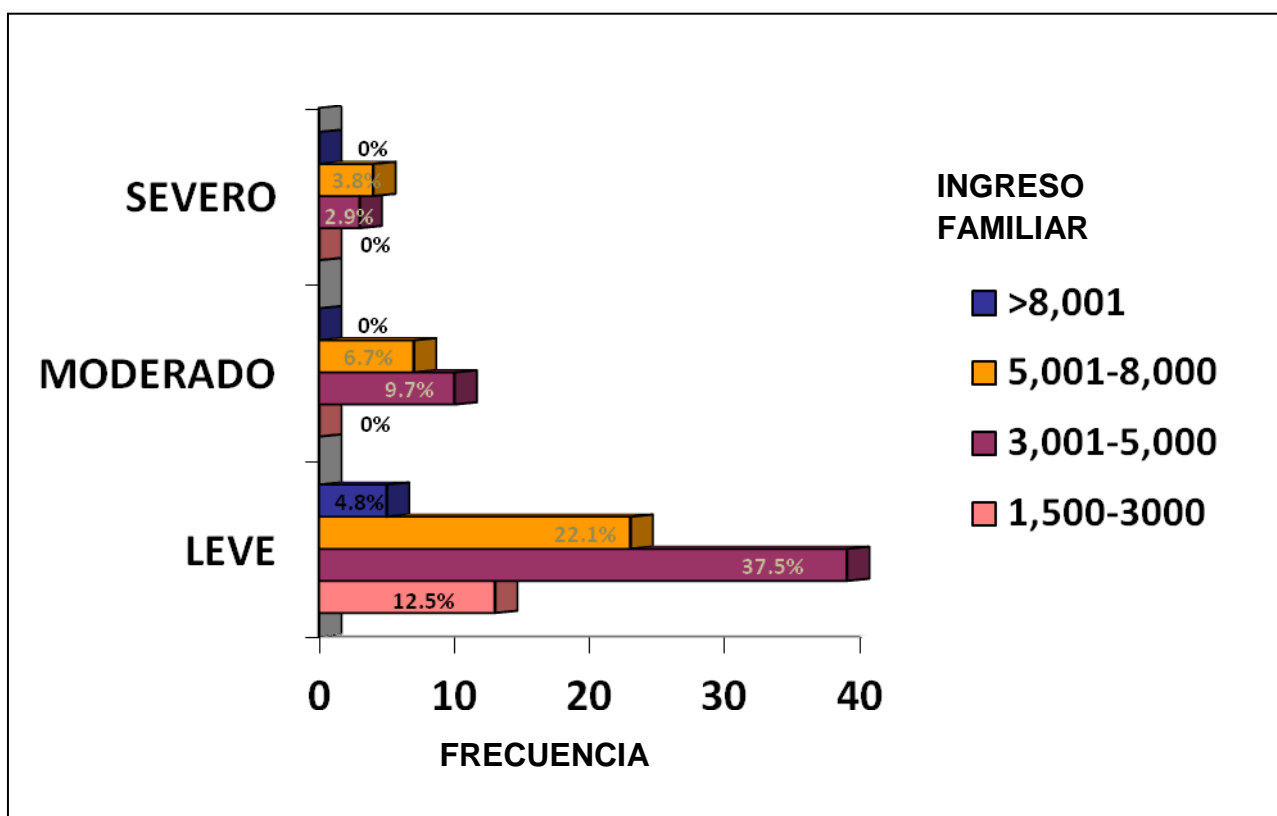
FUENTE: Concentrado de datos

Notas aclaratorias:

F = Frecuencia

% = Porcentaje

GRÁFICO 6
GRADO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE ACUERDO AL
INGRESO FAMILIAR



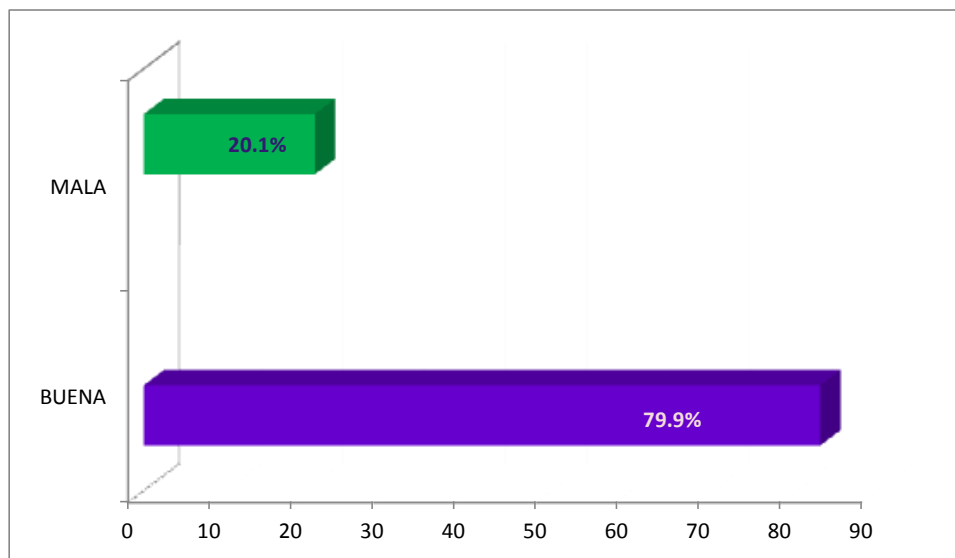
Fuente: Cuadro 6

CUADRO 7
ALIMENTACIÓN DE LA FAMILIA DE NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS QUE CURSAN
CON DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN

ALIMENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	83	79.9
MALA	21	20.1
TOTAL	104	100

FUENTE: Concentrado de datos

GRÁFICO 7
ALIMENTACIÓN DE LA FAMILIA DE NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS QUE CURSAN
CON DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN



Fuente: Cuadro 7

XI. CONCLUSIONES.

La tipología familiar que se presento con mayor frecuencia en este estudio es la nuclear-tradicional, lo anterior es contrario a lo encontrado en el estudio de Magaña M, en el que comenta que la desnutrición se encuentra más frecuente en las familiar nucleares, debido al hecho de que no se dividió la tipología familiar en tradicional y moderna.

En la actualidad la desnutrición en México ha venido en descenso, en los últimos años las estadísticas a nivel nacional nos indican que solo el 21% de niños preescolares cursan con esta patología, y en nuestro medio la desnutrición está influenciada por varios factores como los son el nivel cultural de la familia, su ocupación y sus ingresos familiares. En este estudio la población estudiada refiere no tener una mala alimentación, mas sin embargo su ingreso familiar es bajo, por lo que muy probablemente la calidad y cantidad de los alimentos es deficientes, así como no hay una adecuada técnica para la preparación y manejo de los alimentos.

En el presente estudio se encontró que la causa más frecuente que acompaña a la desnutrición son las infecciones de vías respiratorias altas, dato no congruente con la bibliografía que cita a Dulato en la que comenta “La mala alimentación es la causa principal de desnutrición, tiene múltiples orígenes, pero en nuestro medio son la pobreza, la ignorancia y el hambre”.

Los resultados encontrados son lo contrario a lo que se esperaba, las familias tiene una percepción económica entre \$3,001 y \$ 5,000 ingreso que para muchas familias hace que con dificultad alcancé para cubrir las necesidades básicas alimentarias originando una complicación para el tratamiento del paciente con desnutrición.

XII. RECOMENDACIONES

Contar con la participación de familias con niños de 2 a 6 años desnutridos para investigar sobre su tipología familiar, causas de desnutrición e ingreso familiar, favorece a crear mecanismos y estrategias de intervención en este grupo de edad a fin de poder observar más fácilmente en que está fallando el sistema de salud y los programas de apoyo.

Es de suma importancia que el cuidador comprenda la enfermedad y entienda que el primer tratamiento se encuentra en casa con las medidas higiénicas básicas, las técnicas de alimentación y preparación de alimentos, e insistir en que los padres se comprometan a acudir a cada consulta de control en el área médico, así como a las consultas en el área de nutrición y a las pláticas que se le otorgan por parte del servicio de Trabajo Social, en la consulta de medicina familiar se debe lograr la orientación, conocimiento y capacitación sobre la enfermedad, así como informar a la madre sobre cómo manejar las infecciones y como utilizar el plan de hidratación de Suero Vida Oral. Por lo que es importante una difusión adecuada y congruente al publico que nos estamos dirigiendo utilizando estrategias que permitan una orientación adecuada sobre el problema en cuestión. Lo cual podemos lograr mediante el apoyo del grupo multidisciplinario así como la realización de talleres de alimentación en donde participe tanto la madre como el menor (Chiquitimss). Uso de los medios de comunicación actuales.

Por otro lado, habría que incidir sobre el personal médico, tanto su capacitación como en su humanización para que exista una adecuada relación médico-paciente y en base a esta se pueda capacitar al preparador de alimentos acerca de la enfermedad, conociendo las complicaciones y consecuencia de no llegar a recuperarse de la desnutrición.

Finalmente se debería realizar un estudio socioeconómico a fondo de cada familia que tiene un integrante con diagnóstico de desnutrición, para poder incluirlo en algunos programas como "leche Liconsa" o "Niño Sano" para así poder tener una recuperación más efectiva de la desnutrición.

II Bibliografía

1. Méndez S. La evolución de la familia. 2008
2. Instituto interamericano del niño, http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2011_UT_1.PDF
3. Mendoza LA. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Vol. 8(1) 27-31 2006
4. La familia en situación de desplazamiento, Agosto del 2008
5. Cerda M. Tipo de Familias de niños y adolescente que acuden al instituto Nuevo Amanecer A.B.P. 2009.
6. Garza, T. Trabajo con familias. Primera edición (1997)
7. Cattaneo A. Alimentación, salud y pobreza: la intervención desde un programa contra la desnutrición Arch.argent.pediatr 2008; 100(3) / 222
8. Chavez A. The food and nutrición situation in Mexico, a report of the 1960-1990 tendencies. México, D.F.: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, 2006:1-10.
9. Chávez A. Encuestas Nutricionales en México. 2a. edición. División de Nutrición de Comunidad. Publicación L-1. México, D.F.: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, 1974:2.
10. Madrigal H. Encuesta Nacional de Alimentación 1979. Resultados de la encuesta rural analizada por entidad federativa y desagregada según zonas nutricionales. México, D.F.: División de Nutrición, Instituto Nacional de la Nutrición, 2007.
11. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural ENAL-89. México, D.F.: INNSZ, Comisión Nacional de Alimentación, 2010.
12. Ávila-Curiel A. La desnutrición infantil en el medio rural mexicano: análisis de las encuestas nacionales de alimentación. Salud Pública Mex 2003;35:658-666.
13. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. II Censo Nacional de Talla, 2000. México, D.F.: DIF/SEP, 2008
14. Sabugo, PA. El libro de la Alimentación. ED Lebrija 2010; 235-248
15. Gómez, F. Desnutrición salud pública de México / vol.45, suplemento 4 de 2003
16. Desnutrición infantil en América y el Caribe Número 2, abril de 2006 ISSN 1816-7527
17. Rev. Mex. De Puericultura. Tomo III. Pág. 245 2006.
18. Dulato GE. La Familia, Un espacio de encuentro y crecimiento para todos, Academia Mexicana de Pediatría Edición: ETM, México Tomo Único Cap.: 12 2009.
19. López M. Tipo de familia y desnutrición en relación a la estatura y peso, en el centro de salud rural Edo de México, 2007.
20. González , T Desnutrición en México, Congreso de Investigación en Salud Pública
21. Chávez, MM. La alimentación rural y urbana y su relación con el riesgo aterogenico, -salud Publica Mex, 2005, 35, núm. 4, pp 231-240
22. Vigilancia de la nutrición y crecimiento de los niños ISBN 968-811-627-0 Secretaría de Salud <http://www.ssa.gob.mx>.2010

23. Romero E. Desnutrición proteínico-energética. En: SAM Nutrición Pediátrica. sistema de actualización médica en nutrición pediátrica. 1ª edición. México. Intersistemas. 2005:125-150.
24. Norma Oficial Mexicana. NOM-031-SSA2-1999 para la atención de la salud del niño. www.insp.mx/salud/index.html. Consultado 8 de Abril del 2009.
25. Martínez C. Valoración antropométrica del estado de nutrición. Act Nutr 2007; 20: 47-58.
26. P. Magaña R. Hay relación entre estado nutricional estimado por antropometría y tipología familiar, en niños mexicanos entre 1 y 4 años. Nutr Hosp. 2009;24(6):751-762

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente autorizo que mi _____

participe en el protocolo de investigación titulado: _____

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO 2

Cuestionario de seguridad alimentaria (*Community Childhood Hunger Identification Project*).

1. En los últimos 6 meses ha faltado dinero en el hogar para comprar alimentos

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Casi siempre
- 3 Siempre

2. En los últimos 6 meses ustedes han disminuido el número usual de comidas por falta de dinero en el hogar

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Casi siempre
- 3 Siempre

3. En los últimos 6 meses ustedes han disminuido el número de comidas de algún ADULTO por falta de dinero en el hogar

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Casi siempre
- 3 Siempre

4. En los últimos 6 meses algún ADULTO come menos en la comida principal porque los alimentos no alcanzan

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Casi siempre
- 3 Siempre

5. En los últimos 6 meses, algún ADULTO en su casa se queja de hambre por falta de alimentos

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Casi siempre
- 3 Siempre

6. En los últimos 6 meses algún ADULTO se acuesta con hambre porque no alcanza la comida

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Casi siempre
- 3 Siempre

7. En los últimos 6 meses algún miembro de su familia come menos de lo que desea por falta de dinero en el hogar

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Casi siempre
- 3 Siempre

8. En los últimos 6 meses ustedes han disminuido el número de comidas de algún NIÑO por falta de dinero en el hogar

0 Nunca

1 A veces

2 Casi siempre

3 Siempre

9. En los últimos 6 meses algún NIÑO come menos en la comida principal porque los alimentos no alcanzan

0 Nunca

1 A veces

2 Casi siempre

3 Siempre

10. En los últimos 6 meses algún NIÑO en su casa se queja de hambre por falta de alimentos

0 Nunca

1 A veces

2 Casi siempre

3 Siempre

11. En los últimos 6 meses se compran menos alimentos indispensables para los NIÑOS por falta de dinero (leche, pescado, huevos, frutas, legumbres...)

0 Nunca

1 A veces

2 Casi siempre

3 Siempre

12. En los últimos 6 meses algún NIÑO se acuesta con hambre porque no alcanza la comida

0 Nunca

1 A veces

2 Casi siempre

3 Siempre

En 12 preguntas la escala de índice de hambre valora la percepción de la madre con respecto a la falta de consumo de alimentos, modificaciones de la dieta por falta de dinero y de alimentos, o experiencias de hambre en niños y adultos durante los últimos 6 meses. Las respuestas fueron consignadas como: nunca (0), a veces (1), casi siempre (2) y siempre (3), formulado por Lorenzana & Sanjur, los hogares con 0 puntos se consideran seguros, 12 o menos puntos refleja "inseguridad leve", de 13 a 24 puntos "inseguridad moderada" y 25 puntos o más "inseguridad grave".

ANEXO 3

Cuestionario para valorar y la tipología familiar y el grado de ingreso familiar.

1. Edad del niño _____ 2. Sexo: Masc () Fem () 3. Peso _____ 4. Estatura: _____
5. Acude a control de niño sano como lo indican sus citas el médico: SI () NO ()
6. Tiempo de lactancia materna _____ (meses)
7. A qué edad inicio las probaditas de alimentos _____
8. Edad del padre _____ 9. Escolaridad del padre _____
10. Ocupación del padre _____
11. Edad de la madre _____ 12. Escolaridad de la madre _____
13. Ocupación de la madre _____
14. Número de hijos vivos _____
15. Estado civil de los padres del niño (a):
 - a. Casados / unión libre
 - b. Sola (o) con sus hijos
 - c. Viuda (o)
 - d. Divorciado o separado
 - e. Unión con otra pareja
16. En la familia viven juntos papá, mamá e hijos:
 - a. SI ()
 - b. NO ()
17. En su familia viven juntos papá, mamá, hijos y abuelos.
 - a. SI ()
 - b. NO ()
18. En su familia viven juntos papá, mamá, hijos, abuelos y primos o cuñados:
 - a. SI ()
 - b. NO ()
19. Ingreso promedio a los gastos de la casa:
 - a. \$ 1,500-3,000 ()
 - b. \$3,000-5,000 ()
 - c. \$ 5,000-8,000 ()
 - d. + de 8,000 ()

ANEXO 4

Cuestionario para valorar causa de desnutrición.

1. Durante los últimos años su hijo ha enfermado de diarrea.
 - a. SI ()
 - b. NO ()
2. Durante el último año su hijo (a) a enfermado de gripe
 - a. SI ()
 - b. NO ()
3. Durante el último año su hijo (a) a estado internado en el hospital o urgencias:
 - a. SI ()
 - b. NO ()

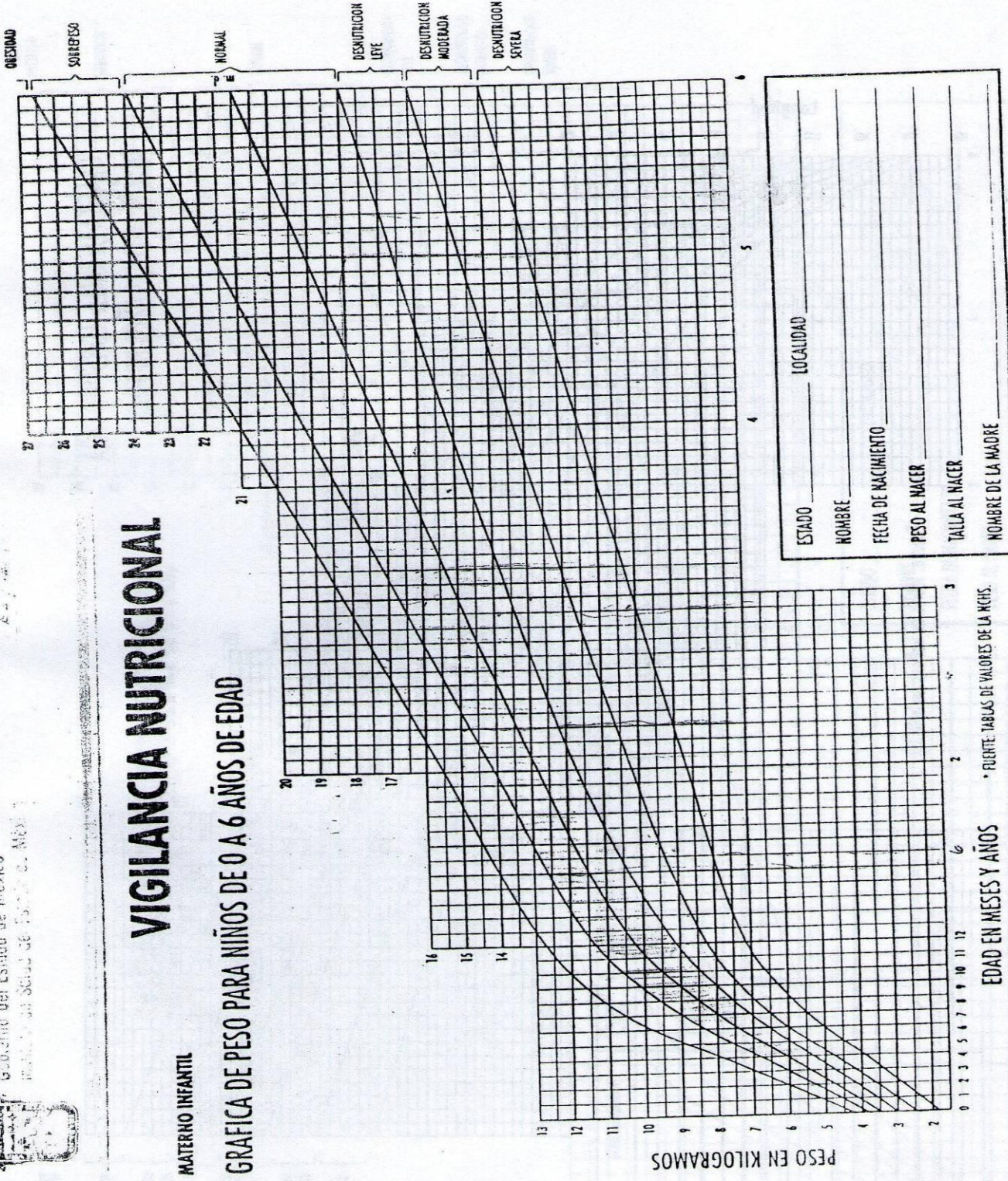


Gobierno del Estado de Mexico
Instituto de Salud de Familiares, México

VIGILANCIA NUTRICIONAL

MATERNO INFANTIL

GRAFICA DE PESO PARA NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD



* FUENTE: TABLAS DE VALORES DE LA INCHS.

VIGILANCIA NUTRICIONAL

VERNO INFANTIL

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

