

11226  
16



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No. 21

COMUNICACION EN LA DINAMICA FAMILIAR  
Y DESNUTRICION

281426

T E S I S

Para obtener el Titulo de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**DRA. MARCELA CASTAÑEDA GUZMAN**



MEXICO, D. F.

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

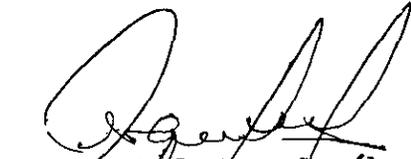
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

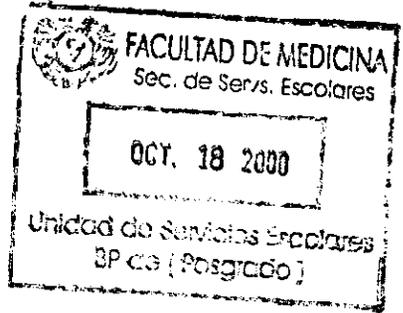
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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



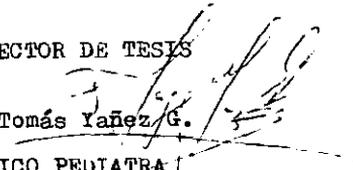
Dra. Elia Zamora Limón  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
H.G.Z.N 30 I.M.S.S.

  
Dr. Sergio Pastrana González  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
U.M.F. N.21 I.M.S.S



  
Dr. Jorge Meneses Garduño  
Titular de la Residencia de Medicina Familiar  
U.M.F.N. 21 I.M.S.S

DIRECTOR DE TESIS

  
Dr. Tomás Yañez G.

MÉDICO PEDIATRA

H.G.Z.N. 30

IMSS

  
Dra. Maricela García M.

MÉDICO FAMILIAR

U.M.F.N. 21

IMSS

  
Dr. Pedro Camacho C.

MÉDICO PSIQUIATRA

H.G.Z.N 30

IMSS

## ANTES DE AMANECER

Antes de que amanesca,  
el alma mía está ya dispuesta a luchar  
dejaré en la obscuridad mi cobardía,  
porque ya el nuevo día va a empezar  
me voy a superar, ese es mi empeño  
mil veces me lo voy a repetir  
hoy se harán realidad todos mis sueños  
mis enormes deseos de vivir  
me asomare al balcón y en el viento  
escribiré mi nombre sin cesar  
y me dire con fé, estoy contento  
en éste día tengo que triunfar  
y al sentir lo infinito de mi esencia  
absorto pensaré, gracias Señor  
por haberme regalado la existencia,  
por darme la ventura de tu amor  
que bello es el mundo que nos diste,  
que sublime tu gran misericordia  
te prometo que hoy no estaré triste.  
ni buscaré motivo de discordia  
y al cóntemplar el paisaje luminoso,  
ante el mutuo esplendor de la creación  
todo mi ser se llenará de gozo  
e inundaré de paz mi corazón  
hoy voy a perdonar al que me ofenda  
igual como lo dice la oración  
y hoy voy a ayudar al que pretenda  
pedirme en su amargura algún favor  
hoy voy a tratar de ser distinto,

con un nuevo vigor,  
un nuevo anhelo  
haré trinunfar la piedad sobre el instinto  
para subir un peldaño hacia el cielo  
antes de amanecer,  
estoy dispuesto a enfrentarme a la vida con valor  
aceptaré gososo el dulce reto de:  
cada día voy a ser mejor.

VICTOR MANUEL OTERO

INDICE	PAGINAS
INTRODUCCION.....	2
JUSTIFICACION.....	3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	10
ANEXO <sub>1</sub> .....	12
ANALISIS DE RESULTADOS.....	15
TABLAS Y GRAFICAS.....	17
DISCUSION.....	37
PRUEBA DE HIPOTESIS.....	39
CONCLUSIONES.....	40
ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42

## INTRODUCCION

En el nivel nutricional de un individuo, la desnutrición constituye serios riesgos para la salud, que van en proporción a la gravedad del caso, la incidencia de la desnutrición tiene una alta significancia en salud pública y su combate representa un reto prioritario.

Tradicionalmente, el problema de la desnutrición ha sido el que más ha preocupado a nuestras autoridades, y con toda razón.

Cravioto demostró la influencia de la privación nutricional y emocional en el desarrollo mental y aprendizaje del niño. El resultado de la desnutrición en un momento dado, es la resultante de una serie de factores que, directa o indirectamente lo determinan, el entorno social del niño determina a su vez, factores que afectan la nutrición a través de la disponibilidad de alimentos y de las condiciones emocionales familiares. La desnutrición no solo afecta el funcionamiento interno del organismo - también altera las relaciones del ser humano con su medio ambiente. El estado de desnutrición determina el desarrollo físico e intelectual del niño, el problema no es sencillo, ya que no es suficiente con alimentar a un niño, es necesario estimularlo para lograr en él un buen desarrollo, por lo tanto si en el núcleo familiar existe alteración en la dinámica familiar, no se dispone en ocasiones de tiempo para estimular adecuadamente al infante cayendo en la desatención, y, éste por lo tanto cae en la desnutrición.

## JUSTIFICACION

Se ha observado por fuentes directas y referencias bibliográficas que la desnutrición, a pesar de lo que se piensa y de lo que se dice, no ha disminuido, sino que ha incrementado su incidencia, por lo que es de vital importancia conocer todo factor circundante que propicia la desnutrición, existiendo elementos que la desarrollan y más aun que la complican, por lo que no sólo es el aporte nutricional lo esencial sino también la forma en como se da. Además que existe un grupo que se dedica específicamente al abordaje de la desnutrición en el núcleo familiar, para que así conjuntamente trabajen el personal de salud y el sistema médico familiar, para así orientar de una mejor manera a los padres de éstos infantes y mejorar su problema nutricional. Es por esta razón que se realiza éste estudio para dar a conocer la importancia del conocimiento acerca de la relación entre comunicación y dinámica familiar y la desnutrición.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Por nutrición se entiende un proceso vital mediante el cual una célula o un organismo multicelular capta los nutrimentos, los incorpora a su medio interno y los utiliza en sus funciones propias(1).

La asimilación deficiente de alimentos por el organismo conduce a un estado patológico de distintos grados de gravedad, da diversas manifestaciones clínicas, que se llama desnutrición(2)- la cual es un estado reversible que se origina como resultado de la deficiente utilización de las células del organismo de los nutrientes esenciales(3).

La desnutrición subsiste en algunos países de la misma manera en que se ha presentado desde que el hombre tiene memoria de su existencia en la tierra(4), es uno de los problemas de salud que más afecta a la infancia tanto en América Latina como en otros países del mundo(5) con prevalencias variables de acuerdo a la región, nivel económico, estación y a las características demográficas de la población(6).

En el nivel nutricional de un individuo, la carencia (la desnutrición) o el exceso (obesidad), constituyen serios riesgos para la salud, proporcionales a la gravedad del caso, Gómez y Col. propusieron por vez primera el uso de somatometría como indicador de los grados de desnutrición en niños, y señalaron el riesgo creciente de muerte asociados a niveles pobres de nutrición. Ramos Galván llevó a cabo estudios semilongitudinales con el fin de estimar los niveles de velocidad de crecimiento de niños mexicanos, él relaciona la desnutrición con el desarrollo afectivo inadecuado y como consecuencia una disminución en la capacidad mental integrando el síndrome de privación social, Cravioto de

mostró la influencia de la privación nutricional en el desarrollo mental y aprendizaje del niño(4,6,25).

La desnutrición no solo afecta el funcionamiento interno del organismo, también altera las relaciones del ser humano con su medio ambiente(7), bajo éstas circunstancias se altera la dinámica biopsicosocial de las poblaciones que adolecen de una elevada prevalencia de nutrición, dando origen a una peculiar forma de integración social, considerandose como manifestación de la inadecuada integración social del hombre en sus aspectos psicosociales, económicos cuya dinámica es necesaria conocer a fin de lograr mejor comprensión del problema(8).

De acuerdo al criterio de Gómez, la desnutrición se clasifica en primero, segundo y tercer grado: la desnutrición de primer grado es cuando la pérdida de peso en el niño corresponde a una magnitud entre 10-24% de lo establecido para su edad cronológica el segundo grado corresponde a una pérdida del peso entre 25-40 por ciento, y la de tercer grado es la pérdida de peso de +40% o presencia de edema. Al igual existen 3 tipos de signos de desnutrición que son: Universales, circunstanciales y agregados. Dentro de los universales se encuentra la atrofia, hipofunción y dilución; los signos circunstanciales son el edema, lesiones dérmicas, alteraciones en el pelo, hipotermias, y, por último los signos agregados son insuficiencia respiratoria(bronconeumonía), deshidratación, diarreas(9).

Un índice funcional importante para estudiar la nutrición en el niño es el crecimiento, éste es un índice útil que nos habla del estado actual de la nutrición del niño. El crecimiento es una función biológica estrechamente relacionada con los procesos adaptativos de los organismos vivos, es claro que el creci-

miento longitudinal tiene relación con el volúmen corporal, y, -  
éste con las necesidades metabólicas(10,1)

Otro índice es el peso, existiendo variables independientes biológicas y sociales para explicar el bajo peso. En el orden biológico se encuentra: por parte de la madre- la edad, la talla paridad, nutrición, escolaridad; por parte del padre- el tabaquismo, alcoholismo; entre los factores socioeconómicos está: la ocupación de los padres, la escolaridad, el estado civil, las condiciones de vivienda y el nivel económico de la familia, ambos factores determinan el peso del niño(11,12). Existe una relación padre-hijo desde que el niño es feto de tal forma que los conflictos del grupo familiar van a repercutir en su estado constitucional(13).

Talbot y col. investigaron las características nutricionales y emocionales de niños con retardo en el crecimiento, encontrando una alta prevalencia de alteraciones psicosociales asociadas al retardo en el crecimiento(14), veinte años después Powell y col. describieron un grupo de niños con deprivación emocional y retardo en el crecimiento que alcanzó una velocidad en el crecimiento acelerado al modificar el ambiente familiar(15).

Ackerman hace referencia sobre la importancia en el desarrollo mental del niño y su conducta social, es de vital importancia como los padres demuestran su amor a los hijos; sostiene que el niño nunca deberá estudiarse como un ser aislado sino que, "se debe estudiar y tomar en cuenta la influencia que ejercen sus familiares," el niño al nacer inicia su vida junto a una familia crece bajo la influencia y dependencia emocional de sus padres"(16,17). La desnutrición además de tener un deficiente aporte de nutrimentos se caracteriza por una deficiente estimulación -

sensorial, afectiva, cognocitiva, y social, por ello aparte de dar un aporte de nutrimentos se necesita prodigar estímulos psicológicos, sociales y afectivos, por lo que es necesario plan---tear a las madres alternativas que modifiquen la dinámica familiar con el fin de que mejore el infante(18,19,20,2).

Todo niño proviene de una familia,y, de la relación de ésta con la familia, en ella actuan fuerzas positivas y negativas que determinan el buen o mal funcionamiento de ésta unidad, Jakson - la ha llamado dinámica familiar y Chagoya la define como dinámica funcional en la que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en lucha continua(21). A su vez Chagoya la define como aquella colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia y hacen que ésta como unidad funcione bien o mal, la familia sin problemas no existe, es imposible para cada miembro satisfacer las necesidades de otros todo el tiempo, así la dinámica familiar es una mezcla de sentimientos y expectativas entre cada miembro de la familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y que le da el sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo del otro miembro de la familia, - las crisis se consideran en grupo, y si hay alteración en la dinámica familiar las utilizan como arma y no como acercamiento(22)

Satir determina la funcionalidad en base a 4 puntos:

1. Comunicación: Es clara, el mensaje se entiende, es directa, - específica y congruente. En la disfunción es obscura, indirecta.
2. Individualidad: Respeto la autonomía de los miembros. En la - disfunción no se respeta la individualidad.
3. Toma de decisiones: Se busca la solución y no se lucha por el poder. En la disfunción es más importante salirse con la suya.
4. Reacción ante las demandas de cambio: Son flexibles para cam-

diar ante las demandas requeridas. En la disfunción hay rigidez y resistencia al cambio.

La comunicación familiar se lleva a cabo por medio de mensajes claros, y, estos constan de 3 puntos: a) Emisor funcional, - b) Escucha funcional, c) Validación. Si la comunicación no es funcional surgen conflictos, y, en ella hay mensajes contradictorios y para ello intervienen 3 factores: a) Falta de empatía, -- b) Egocentrismo, c) Valor de acuerdo total. Para que el emisor sea disfuncional encontraremos 5 categorías: 1. Supuestos- dar por hecho que el receptor conoce el mensaje, 2. Expresiones confusas de sentimientos- no dicen lo que la persona quiere, 3. Inhabilidad de expresar necesidad- No dicen su necesidad verbalmente, la hacen silenciosa, 4. Comunicación incongruente- se dan 2 mensajes contradictorios a la vez, 5. Incongruencia verbal-no -- verbal- dicen una cosa y expresan otra. Y el receptor disfuncional es cuando hay: 1. Descalificación- lo acepta pero no está de acuerdo, 2. Evasión- no afronta el tema, 3. Tangencialización- no van al tema central, 4. Carencia de exploración (23).

Pichón-Riviere dice que la salud mental resulta evaluable - en términos de calidad de comportamiento social, éste y su deterioro, se encuentran ligados a factores de orden socioeconómico y familiar que intervienen o determinan, en forma positiva o negativa una adaptación activa a la realidad, en la que el sujeto se compromete en el medio de una relación creativa, dice que funge como portavoz de los conflictos y tensiones de su grupo (familia, siendo también portavoz de su inseguridad e incertidumbre) (24).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La alteración de la comunicación en la dinámica familiar es más frecuente en la desnutrición de 1 y 11 grado que en los no desnutridos?

## OBJETIVOS

- Obj.General: Determinar si la comunicación en la dinámica familiar en niños con desnutrición de 1 y 11 grado está más alterada que en los no desnutridos.
- Obj.Específicos: 1. Identificar la comunicación en la dinámica familiar en niños nutridos.
2. Identificar la comunicación en la dinámica familiar en niños con desnutrición de 1 y 11 grado
3. Comparar la comunicación en la dinámica familiar en niños nutridos y con desnutrición de 1 y 11 grado.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo-transverso-comparativo-observacional previa determinación estadística del tamaño de la muestra mediante la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 P \cdot Q}{d^2}$$

$$Q = 1 - P$$

P= Tomado de la literatura

d= Es la diferencia de cada extremo de los valores en relación a su media

$$N = 96$$

se escogieron en forma al azar de la consulta externa de la U.M. F.# 21 96 pacientes infantiles con los siguientes criterios de inclusión: pacientes de 1-5 años de edad, de ambos sexos, sin patología metabólica, mieloproliferativa, enfermedades congénitas (atresia pilórica, labio paladar hendido), genopatías(Sx Dawn, Sx Prum-Belli), Sx de mala absorción, no se incluyó a los que fueron menores de 1 año ni mayores de 6 años, con desnutrición de III grado, con patología metabólica, mieloproliferativa, enfermedades congénitas(atresia pilórica, labio paladar hendido), genopatías(sx de Dawn, sx Prum-Belli), Sx de mala absorción. Se les explicó a los padres el motivo del estudio, se les realizó el test(anexo 1), el familiograma, a los niños se les pesó y midió formandose 2 grupos de 48 niños cada uno, donde un grupo fué de desnutridos, y, el otro grupo de los niños fué el grupo control formandose con los niños nutridos. Una vez recopilados los datos se analizaron a través de tablas de frecuencia absoluta, relativas y acumuladas, representación gráfica de barras, ojiva, y, de sectores circulares (pastel).

Los recursos humanos con que se contó fué el Médico de base y el Residente de Medicina Familiar, así como trabajadoras sociales. Los recursos materiales fuerón máquina de escribir, hojas - plumas, goma, lápiz, test (anexo<sub>1</sub>) elaborado para tesis, báscula estadímetro.

ANEXO<sub>1</sub>

TEST ELABORADO PARA TESIS

SUPUESTOS

- |  |       |
|--|-------|
| 1. Su pareja suele opinar por Ud. sin pedirle opinión                          | N A S |
| 2. Le pide a su pareja que la acompañe al médico                               | N A S |
| 3. Su pareja se entera cuando su hijo(a) se enferma                            | N A S |
| 4. Su pareja cambió cuando le dijo que su hijo(a) estaba bajo de peso          | N A S |
| 5. Cuando platica con su pareja, da por hecho que el sabe lo que Ud. le cuenta | N A S |

EXPRESIONES CONFUSAS DE SENTIMIENTOS

- |   |       |
|---|-------|
| 6. Su pareja platica o juega con su hijo(a)           | N A S |
| 7. Qué tiempo le dedica su pareja a su hijo(a)        | N A S |
| 8. Lloro su hijo(a) con frecuencia durante la comida  | N A S |
| 9. Le da sus nalgadas al niño cuando come             | N A S |
| 10. Le prometen cosas al término de la comida         | N A S |
| 11. Le brindan palabras de apoyo cuando está comiendo | N A S |

INHABILIDAD DE EXPRESAR NECESIDAD

- |   |       |
|---|-------|
| 12. Platica con su pareja durante el día                            | N A S |
| 13. Platica con su pareja sus problemas en el trabajo o en el hogar | N A S |
| 14. Llegan con frecuencia a un resultado positivo                   | N A S |
| 15. Le pide a su pareja que coopere en darle de comer a su hijo(a)  | N A S |

COMUNICACION INCOGRUENTE

- |   |       |
|---|-------|
| 16. Su pareja coopera con Ud. en la atención de su hijo(a) con agrado | N A S |
|---|-------|

ANEXO<sub>1</sub> (BIS)

17. Su pareja se altera cuando coopera en la atención de -  
su hijo(a) N A S
18. Discuten en como debe ser la atención de su hijo(a) N A S
19. Llegan a un acuerdo positivo en cuanto a la atención  
de su hijo(a) N A S

INCONGRUENCIA VERBAL-NO VERBAL

20. Cuando se enoja con su pareja, le dice por qué? N A S
21. Cuando desea salir a pasear, le dice a su pareja N A S

FRACASO AL ESCUCHAR

22. Cuando platica con su pareja hay ruido N A S

DESCALIFICACION

23. Cuando propone Ud. algo, su pareja lo acepta satisfac  
riamente N A S
24. Si le dice a su pareja, que su hijo(a) está enfermo -  
y que requiere de los 2 para que sane, su pareja coo-  
pera sin objeción N A S

EVASION

25. Si desea comunicarle algo a su pareja, ésta pone aten  
ción sin problema N A S
26. Si quiere un consejo de su pareja, y se lo pide, él -  
se lo da sin ningún problema N A S
27. Cuando platican ambos están en el mismo tema N A S

INAGENCIACION

28. Si quiere hacer determinada actividad y su pareja no  
sabe, se lo consulta directamente N A S

CARENCIA DE EXPLORACION

29. Cuando su pareja dijo algo que Ud. no atendió, le -  
pide que se lo repita N A S

ANEXO, (BIS)

N Es igual a NUNCA y equivale a 2 puntos

A Es igual a A VECES y equivale a 1 punto

S Es igual a SIEMPRE y equivale a 0 puntos

La calificación para la alteración en la comunicación en la dinámica familiar es:

-Alteración es igual a mayor o igual a 33

-No alteración es igual a menor o igual a 33

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De los 96 pacientes (48 nutridos y 48 desnutridos) de 1-5 años - que se estudiarón se observa mayor número de casos en los niños nutridos de 5 años con 13 casos correspondiendo a un 27.08%, y, en los niños desnutridos predominarón los de 1 año con 12 casos correspondiendo a un 25%(TAB.#1,GRAF.#1)

De los niños desnutridos la que predominó fué la de 1 grado con 35 niños con un 72.91%, y, los de 11 grado fuerón 13 niños - con 27.08%, notandose mayor incidencia en la desnutrición de 1 - grado en los niños de 1 año con 12 casos correspondiendo a un 25 por ciento, y una menor incidencia en los niños de 4 años con 2 - casos con un 4.16%, en cambio en la desnutrición de 11 grado no se vió mucha diferencia entre las edades, sobresaliendo los niños de 3 años con 6 casos y un 12.5%(TAB.#2, GRAF.#2)

El test(Anexo<sub>1</sub>) aplicado a los padres de los niños reportó que de los niños desnutridos 38 casos con un porcentaje de 79.16 por ciento no presentarón alteración en la comunicación en la dinámica familiar y 10 casos con un 28.83% si presentan alteración en la comunicación en la dinámica familiar, de los niños desnutridos un 79.16% que fuerón 38 casos si presentaban alteración - en la comunicación en la dinámica familiar, de los cuales 25 casos con un 52.08% corresponden a desnutrición de 1 grado y 13 casos con un 27.08% son de 11 grado, y sin alteración en la comunicación en la dinámica familiar solamente se encontró 10 casos - con un 20.83%(TAB.#3, GRAF.#3)

Se encontró que la mayoría de las madres de ambos grupos se dedican al hogar con 36 madres, un 75% en los niños nutridos y - 30 madres un 62.5% en los niños desnutridos, y solo una madre - que corresponde a un 2.08% de ambos grupos son profesionistas - (TAB.#4,GRAF.#4)

De la actividad de los padres se vió que en ambos grupos predomino el empleado con un 60.41% con 29 casos en los niños nutridos y 58.33% con 28 casos en los niños desnutridos, y de los obreros se vió que 9 casos con un 18.75% son en los niños nutridos, y, 6 casos con 12.5% son en los niños desnutridos(TAB.#5, GRAF.#5)

La paridad de la madre que encontramos en ambos grupos se encontró entre I y +IV partos con edades entre 20 y 44 años. Por número de partos predominó en ambos grupos el 2 parto con 23 casos correspondiendo a un 47.9% en el grupo de niños nutridos y - 22 casos con un 45.8% en los niños desnutridos. Ahora bien por edades se vió que entre 20 y 24 años predominó el primer parto - con 71.42% en los niños desnutridos y entre 25 y 29 años predomino el segundo parto con un 62.21% en los niños nutridos.

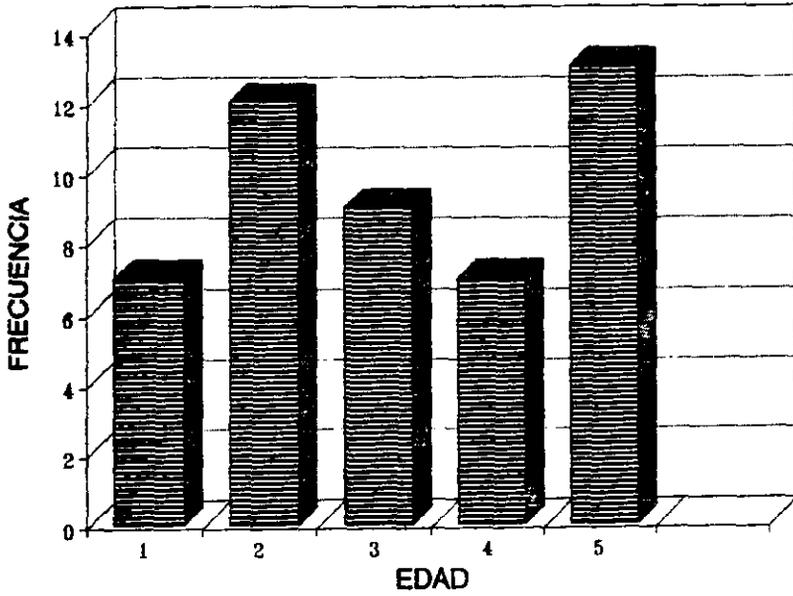
(TAB.#6 y 7, GRAF.# 6 y 7)

TABLA #1

ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO A EDAD

EDAD	NUTRIDO	Fx. ABSOLUTA	Fx. RELATIVA	Fx. ACUMULADA
1 año	7	7	14.58	14.58
2 años	12	12	25	39.58
3 años	9	9	18.75	58.33
4 años	7	7	14.58	72.91
5 años	13	13	27.08	99.99
TOTAL	48	48		

GRAFICA # 1  
**ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO A EDAD**



GRAFICA # 1

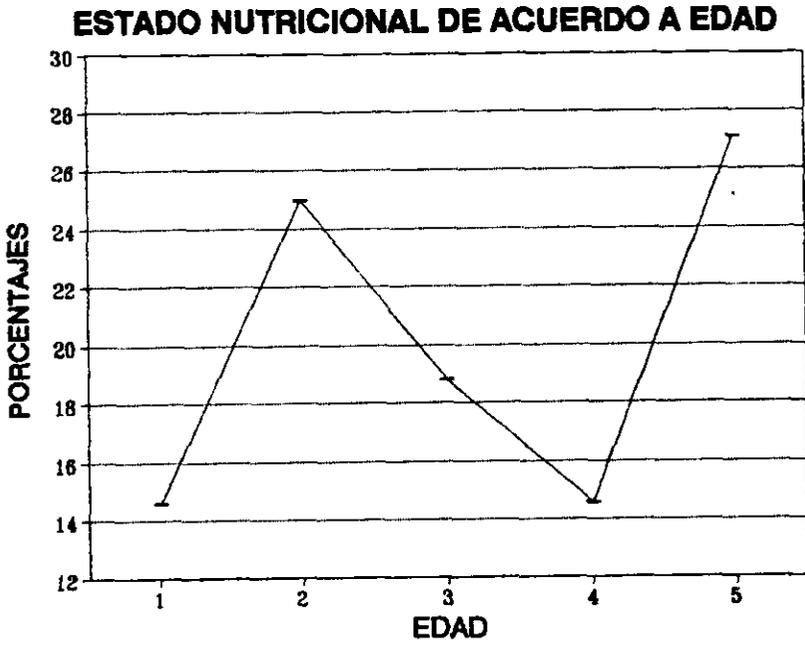
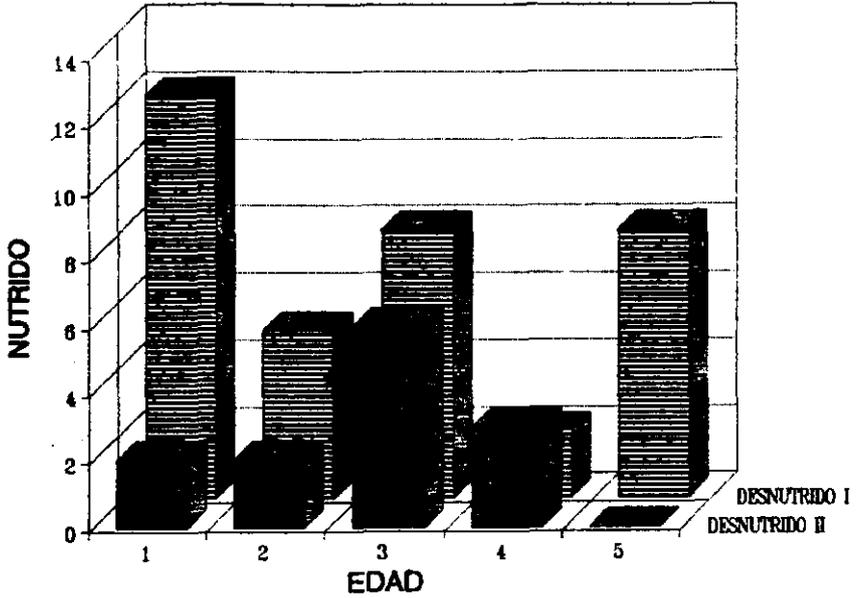


TABLA # 2

GRADO DE DESNUTRICION DE ACUERDO A EDAD

EDAD	DESNUTRICION I GRADO			DESNUTRICION II GRADO		
	Fx. ABSO.	Fx. RELAT.	Fx. ACUM.	Fx. ABSO.	Fx. RELAT.	Fx. ACUM.
1 año	12	25	25	2	4.16	4.16
2 años	5	10.41	35.41	2	4.16	8.32
3 años	8	16.6	52.01	6	12.5	20.82
4 años	2	4.16	52.17	3	6.25	27.08
5 años	8	16.6	72.77	-	-	27.08
TOTAL	35	72.91		13	27.08	

GRAFICA # 2  
GRADO DE DESNUTRICION DE ACUERDO A EDAD



GRAFICA # 2

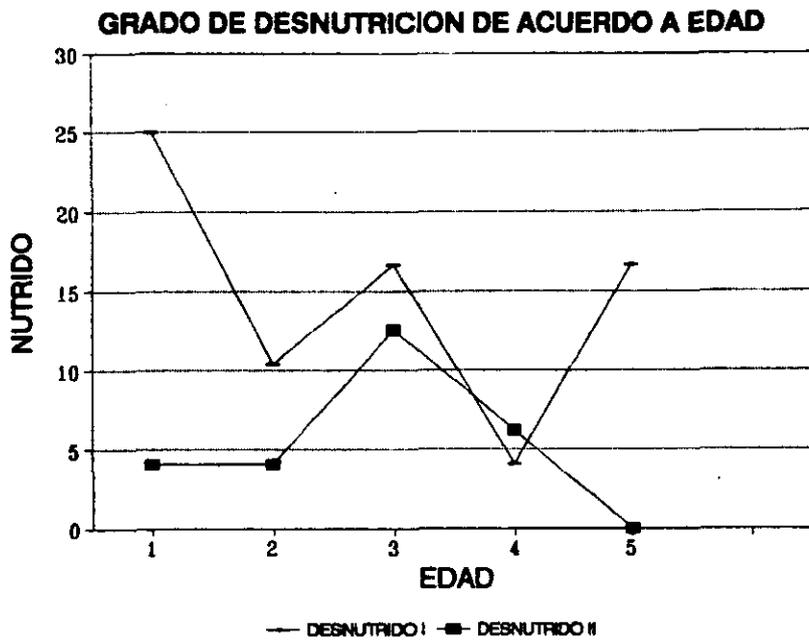
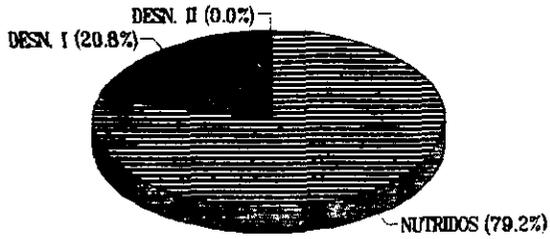


TABLA # 3

GRADO NUTRICIONAL Y ALTERACION EN LA DINAMICA FAMILIAR

	NUTRICION			DESNUTRICION					
	Fx. ABS.	Fx. REL.	Fx. ACU.	Fx. ABS.	1 GRADO Fx. REL.	Fx. ACU.	Fx. ABS.	11 GRADO Fx. REL.	Fx. ACU.
CON ALTERAC. EN LA DIN. FAM.	10	20.83	20.83	25	52.08	52.08	13	27.08	27.08
SIN ALTERAC. EN LA DIN. FAM.	38	79.16	99.99	10	20.83	72.91	-	27.08	27.08
TOTAL	48	99.99		35	72.91		13	27.08	

GRAFICA # 3  
**SIN ALTERACION EN LA DINAMICA**



GRAFICA # 3  
**CON ALTERACION EN LA DINAMICA**

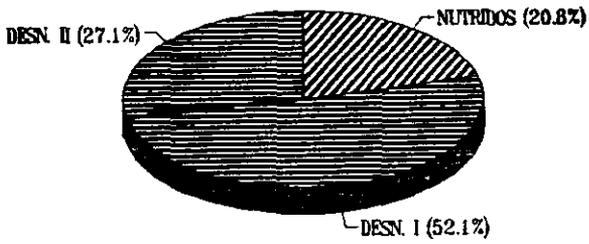


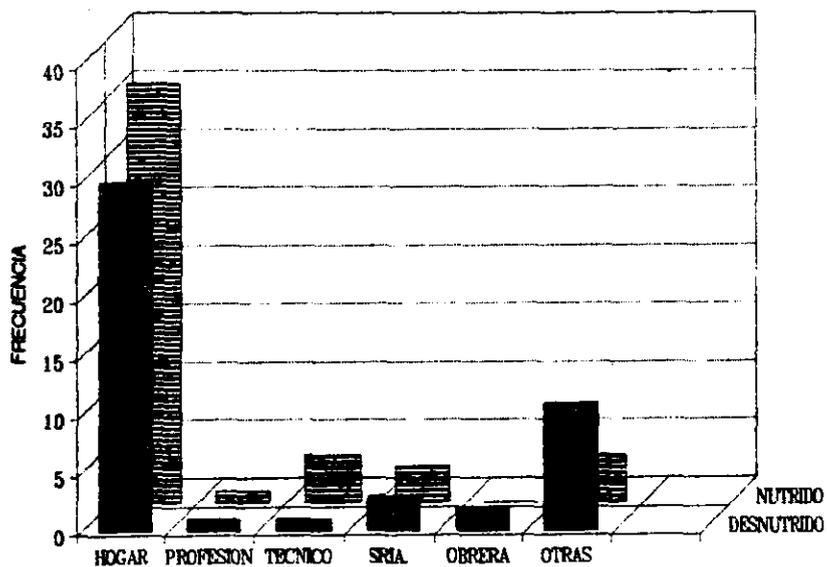
TABLA # 4

ACTIVIDAD DE LA MADRE POR GRADO NUTRICIONAL

ACTIVIDAD	NUTRIDO			DESNUTRIDO		
	Fx. ABSO.	Fx. RELAT.	Fx. ACUM.	Fx. ABSO.	Fx. RELAT.	Fx. ACUM.
Hogar	36	75	75	30	62.5	62.5
Profesión	1	2.08	77.08	1	2.08	64.58
Técnico	4	8.33	85.41	1	2.08	66.66
Secretaria	3	6.25	91.66	3	6.25	72.91
Obrera	-	-	91.66	2	4.16	77.07
Otras	4	8.33	99.99	11	22.91	99.98
TOTAL	48			48		

GRAFICA # 4

**ACTIVIDAD DE LA MADRE  
POR GRADO NUTRICIONAL**



GRAFICA # 4

**ACTIVIDAD DE LA MADRE  
POR GRUPO NUTRICIONAL**

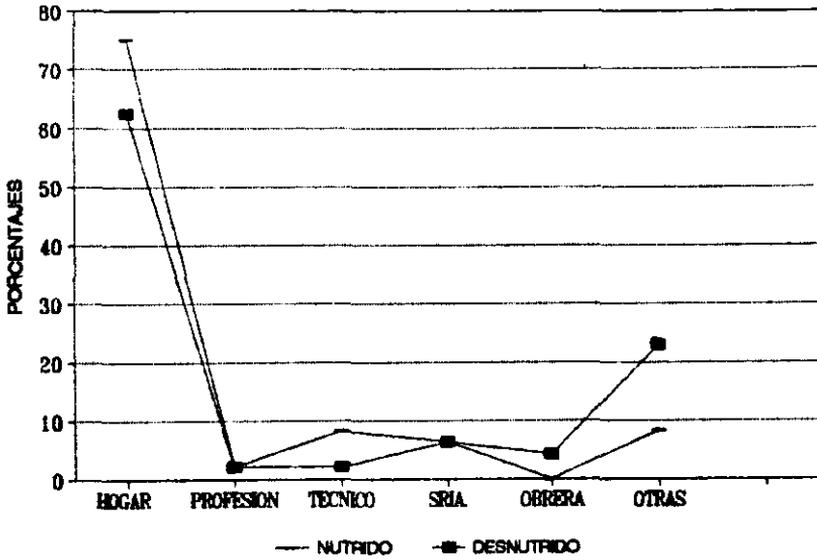


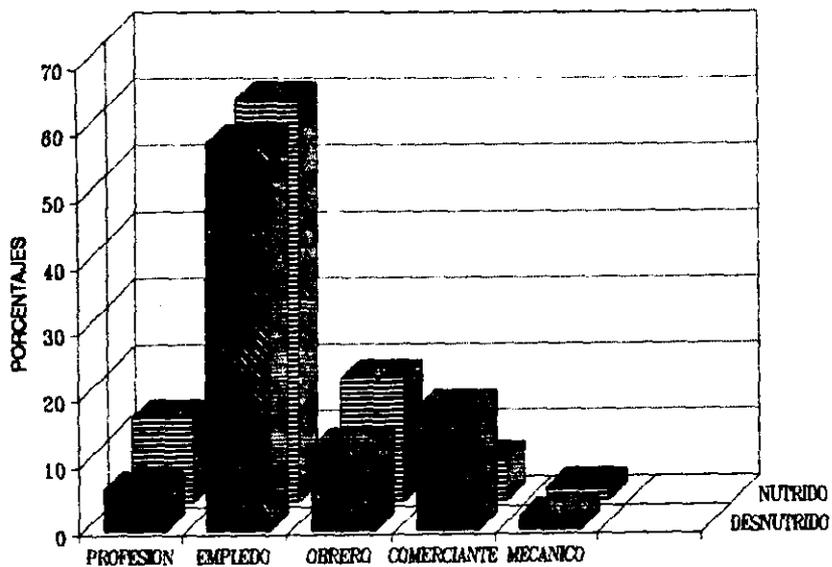
TABLA # 5

ACTIVIDAD DEL PADRE POR GRADO NUTRICIONAL

ACTIVIDAD	NUTRIDO			DESNUTRIDO		
	Fx. ABSOL.	Fx. RELA.	Fx. ACUM.	Fx. ABSOL.	Fx. RELA.	Fx. ACUM.
Profesión	6	12.5	12.5	3	6.25	6.25
Empleado	29	60.41	72.91	28	58.33	64.58
Obrero	9	18.75	91.66	6	12.5	77.08
Comerciante	3	6.25	97.91	9	18.36	95.44
Mecánico	1	2.08	99.99	1	2.08	97.52
Total	48			48		

GRAFICA # 5

**ACTIVIDAD DEL PADRE  
POR GRADO NUTRICIONAL**



GRAFICA # 5

**ACTIVIDAD DEL PADRE  
POR GRADO NUTRICIONAL**

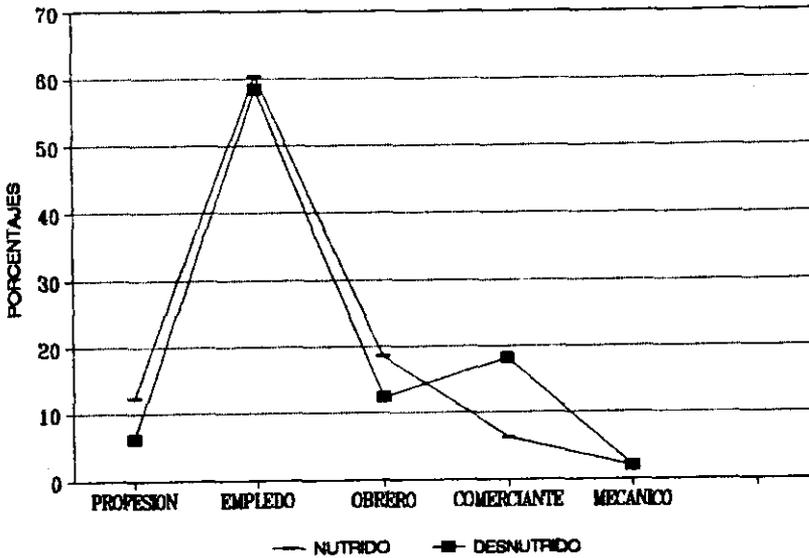


TABLA # 6

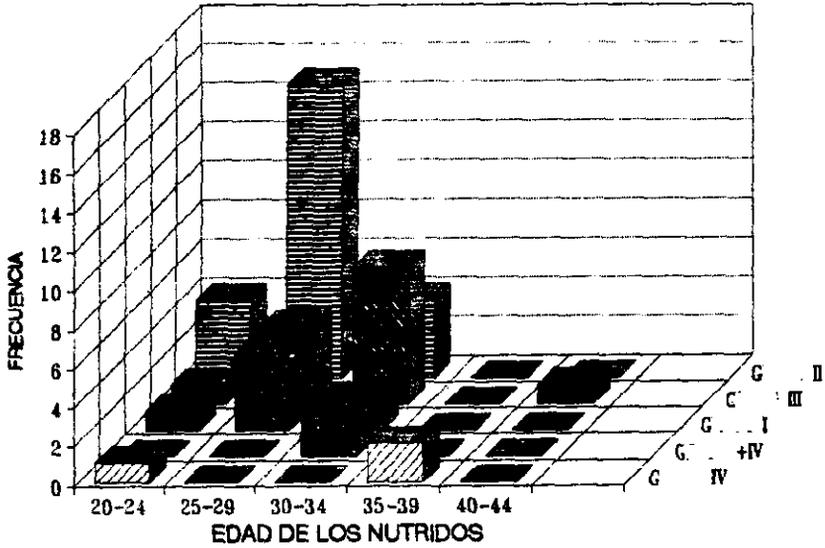
GRUPO DE POBLACION POR EDAD Y PARIDAD DEL NUTRIDO

EDAD	G E S T A								
	I			II			III		
	Fx. ABS.	Fx. REL.	Fx. ACU.	Fx. ABS.	Fx. REL.	Fx. ACU.	Fx. ABS.	Fx. REL.	Fx. ACU.
20-24	1	16.66	16.16	4	17.39	17.39	1	7.69	7.69
25-29	4	66.66	83.32	15	62.21	79.6	4	30.76	38.45
30-34	1	16.66	99.98	4	17.39	96.99	7	58.84	92.29
35-39	-	-	99.98	-	-	96.99	-	-	92.29
40-44	-	-	99.98	-	-	96.99	1	7.69	99.98
TOTAL	6			23			13		

	G E S T A, IV					
	Fx. ABS.	Fx. REL.	Fx. ACU.	Fx. ABS.	Fx. REL.	Fx. ACU.
20-24	1	33.33	33.33	-	-	-
25-29	-	-	33.33	-	-	-
30-34	-	-	33.33	3	100	100
35-39	2	66.66	99.99	-	-	100
40-44	-	-	99.99	-	-	100
TOTAL	3			3		

GRAFICA # 6

**GRUPO DE POBLACION POR EDAD Y PARIDAD DEL NUTRIDO**



GRAFICA # 6  
**GRUPO DE POBLACION POR EDAD  
Y PARIDAD DEL NUTRIDO**

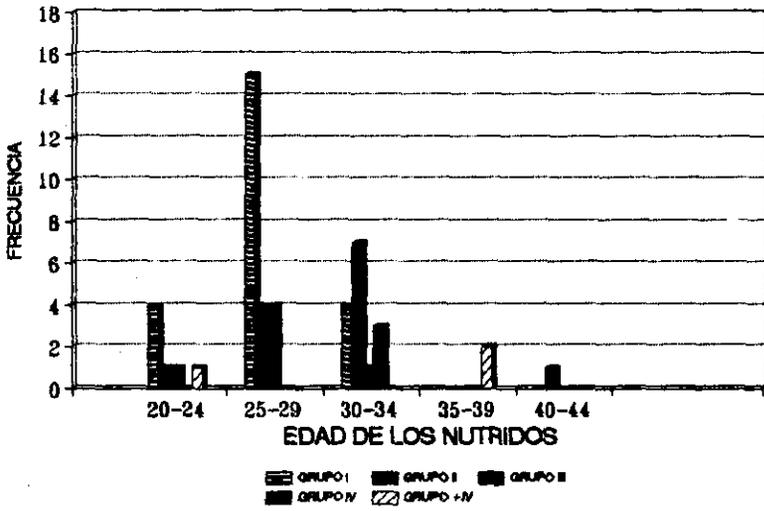


TABLA # 3

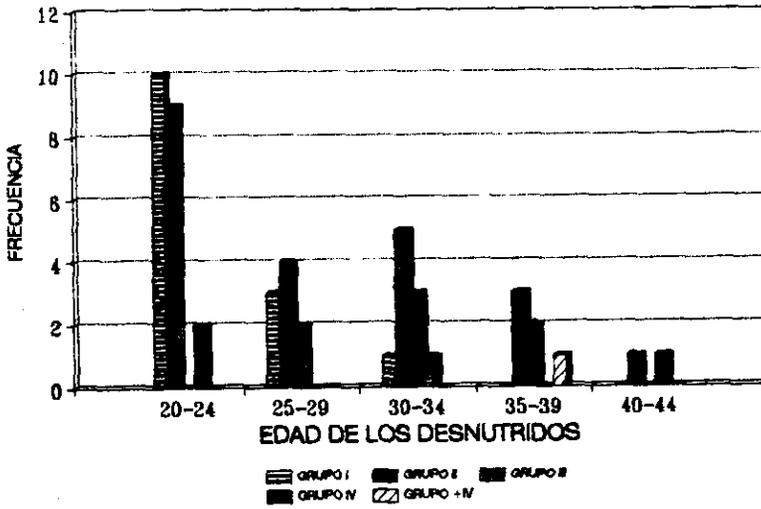
GRUPO DE POBLACION POR EDAD Y PARIDAD DEL DESNUTRIDO

EDAD	G- 1			G 11			G 111		
	Fx ABS.	Fx REL.	Fx ACU.	Fx ABS.	Fx REL.	Fx ACU.	Fx ABS.	Fx REL.	Fx ACU.
20-24	10	71.42	71.42	9	40.90	40.90	-	-	-
25-29	3	21.42	92.84	4	18.18	59.08	2	28.57	28.57
30-34	1	7.14	99.98	5	22.72	81.8	3	42.85	71.42
35-39	-	-	99.98	3	13.63	95.43	2	28.57	99.99
40-44	-	-	99.98	1	4.45	99.88	-	-	99.99
TOTAL	14	-		22			7		

EDAD	G-IV			G- +IV		
	Fx. ABS.	Fx. REL.	Fx. ACU.	Fx. ABS.	Fx. REL.	Fx. ACU.
20-24	2	50	50	-	-	-
25-29	-	-	50	-	-	-
30-34	1	25	75	-	-	-
35-39	-	-	75	1	100	100
40-44	1	25	100	-	-	100
TOTAL	4			1		

GRAFICA # 7

**GRUPO DE POBLACION POR EDAD Y PARIDAD DEL DESNUTRIDO**



DISCUSION

En el presente estudio se trató de determinar si la comunicación en la dinámica familiar en niños con desnutrición de I y II grado estaba más alterada que en los nutridos, en niños que acudieron a la consulta externa de la U.M.F.# 21, se estudiarón 96 casos (48 nutridos y 48 desnutridos) y se encontró que en la desnutrición predominó la de I grado en un 72.91% y de ésta en los niños de 1 año de edad con 25% encontrándose que existe desnutrición y alteración en la comunicación en la dinámica familiar en un 79.16% y de éstos 52.08% pertenecen al I grado y 27.08% al II grado, en cambio en el grupo de los niños nutridos sólo el 28.83% (10 casos) presentó alteración en la comunicación en la dinámica familiar. Hubo otros factores que pudierón influir en la comunicación en la dinámica familiar como la actividad de los padres, la edad, la paridad; se encontró que la actividad de las madres en ambos grupos fué similar dedicándose de un 62.5% a un 75% al hogar y la de los padres en ambos grupos se dedicaban de un 58.33% a un 60.41% como empleados, por lo que se vió que no era un factor determinante en el objetivo planteado, así como la edad que en ambos grupos y sexos osciló entre 20 y 44 años. La paridad fué de una gesta a más de cuatro donde predominó la gesta N.2 en ambos grupos con 47.9% en los nutridos y 45.8% en los desnutridos. Por edades se vió que de 20 a 44 años predominó la gesta N.1 con 71.42% en desnutridos y en grupos predominó la gesta N.2 entre 25 y 29 años en nutridos.

En conclusión: En este estudio encontramos que de los casos estudiados predominó la desnutrición de 1 grado en niños de 1 año - con predominio en mujeres jóvenes de 20 a 24 años con una gesta y que la alteración en la comunicación en la dinámica familiar - es más frecuente en los desnutridos que en los nutridos con predominio de desnutrición de 1 grado, sin encontrar que la actividad de los padres, la edad, la paridad fuerán en un momento dado un factor determinante que influyera sobre la desnutrición y la comunicación familiar.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Las hipótesis estadísticas que se emplearán fueron:

Ho= A=B

Hi= A>B

Donde A= Es la alteración en la comunicación en la dinámica fami  
liar en niños con desnutrición de I y II grado.

Donde B= Es la alteración en la comunicación en la dinámica fami  
liar en niños nutridos.

Se seleccionó dado el tipo de variable nominal una prueba de hi  
pótesis no paramétrica de  $\chi^2$  para 2 muestras independientes, con  
un nivel de significancia de  $\alpha= 0.05$  de la siguiente manera:

GRADO NUTRICIONAL	SI ALT. DIN. FAM.	NO ALT. DIN. FAM.	TOTAL
DESNUTRICION	24	24	48
NUTRICION	24	24	48
TOTAL	48	48	96

Fórmula:  $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$

$\chi^2 = 32.64$        $\chi^2_c = 2.706$

$P = 0.00025$        $gl = 1$

Por lo tanto dado que  $\chi^2$  es mayor que  $\chi^2_c$  y P es menor que  $\alpha$  se rechaza la Ho y se acepta la Hi

Concluyendo que sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre la alteración en la comunicación en la dinámica familiar en niños con desnutrición de I y II grado que la alteración en la comunicación en la dinámica familiar en niños nutridos, siendo mayor la alteración en la comunicación en los desnutridos que en los no desnutridos.

CONCLUSIONES

1. Es mayor la frecuencia de desnutrición de I grado que la de II grado.
  2. En niños de 1 año predomina la desnutrición de I grado y en los de 3 años predomina la de II grado.
  3. La alteración en la comunicación en la dinámica familiar es más frecuente en los niños desnutridos de I y II grado que en los nutridos.
  4. Las madres en ambos grupos en su mayoría se dedican al hogar, y los padres son en su mayoría empleados.
  5. En ambos grupos el número de partos más frecuentes fué la gestata II.
  6. Existe un predominio de un parto en mujeres de 20 a 24 años.
  7. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre la alteración en la comunicación en la dinámica familiar en niños con desnutrición de I y II grado que la alteración en la comunicación en la dinámica familiar en niños nutridos, siendo mayor la alteración en la comunicación en los desnutridos que en los no desnutridos.
-

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

1. Dar a conocer las alteraciones en la comunicación en la dinámica familiar a la población en edad reproductiva para prevenir la desnutrición.
2. Orientar a la población sobre comunicación y dinámica familiar
3. Tomar en cuenta que la edad más afectada para la desnutrición es un año, y, que en la madre es su primer gesta entre los -- 20 y 24 años.
4. Que EMI acepte a los niños con desnutrición y les planté la - posibilidad de una alteración en la dinámica familiar.
5. Que trabajo social incluya en su programa de control de niño sano y control prenatal la información sobre comunicación familiar con objeto de mejorar el desarrollo psicomotor del niño.
6. Que el Médico Familiar al detectar una desnutrición o un niño en riesgo de desnutrición no se limite a mandarlo a trabajo - social o a EMI, sino que descarte una posible alteración en - la comunicación en la dinámica familiar.
7. Que el Residente de Medicina Familiar en sus pláticas de niño sano y control prenatal incluya un brevario de la comunica--- ción familiar.
8. Fomentar las pláticas de comunicación familiar para dar a co- nocer toda una gama de posibles alteraciones somáticas en el núcleo familiar, sobre todo en los padres de los niños desnu- - - - - tridos, ya que éstos serán nuestros futuros adultos, para así - - - - - fomentar una mejor población de individuos sanos física y men- talmente.

BIBLIOGRAFIA

1. Malacara MJ.El crecimiento del niño con relación al estado de salud.Gac Med Mex 1989;125:203-12
2. Gómez F.Desnutrición.Cuadernos de nutrición.1987;10(marzo-abril):2-14
3. Arellano CL.Factores determinantes de la desnutrición en etapa pre-escolar(Tesis).México,D.F.Instituto Mexicano del Seguro Social.1985;4-11
4. Bravo G,Cravioto J,Cravioto P,et al.Estimulación en el hogar y perfil psicológico de las madres de niños con y sin pérdida de peso en los primeros 15 días de vida.Bol Med Hosp Infant - Mex 1990;47:251-55
5. Bermudez UL.Dinámica y terapia familiar como tratamiento en lactantes desnutridos(Tesis).México,D.F.Instituto Mexicano del Seguro Social.1985;5-10
6. Sepúlveda-Amor J,Lezana MA,Tapia CR,et al.Estado nutricional de pre-escolares en México.Gac Med Mex,1990;126:207-26
7. Martínez PD.Desnutrición.Cuadernos de nutrición.1985;4(julio-agosto):1
8. Vega FL.La desnutrición como expresión de enfermedad social.- En:Alimentación y nutrición en la infancia.México:Francisco Méndez Cervantes.1983:139-51
9. Vega FL.Características clínicas de la desnutrición proteico-energética.En:Alimentación y nutrición en la infancia.México: Francisco Méndez Cervantes.1983:153-63
- 10.Solomons WN.Nutrición.En:Clinicas pediátricas de norteamérica México:Interamericana.1985:343-46
- 11.Guemez-Sandoval JG,Bermudez-Melendez I,Camacho-Lozano T,y col Influencia de la situación laboral de la madre en el peso del recién nacido a término.Bol Med Hosp Infant Mex 1990;47:678-81

12. Avila-Rosas H, McM, Casanueva E, et al. Algunos determinantes biológicos y sociales del peso al nacer. Salud Pública Mex 1988; 30:47-52
13. Pichón-Riviere. Una teoría de la enfermedad. En: El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Ed nueva visión. 1985:173-184
14. Morice TA, Jiménez SZ. Tratamiento del niño con retardo en el crecimiento (Cartas de editor) Bol Med Hosp Mex 1990;47:362
15. Loredo-Abdaló A. Tratamiento del niño con retardo en el crecimiento (Cartas de editor) Bol Med Hosp Infant Mex 1990;47:361
16. Ackerman N. Rol social y personalidad. En: diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed paidós, 8 edición Buenos Aires 1986;78-95
17. Lozada GA. Las relaciones familiares en lactantes desnutridos (Tesis). México, D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1980; 4-31
18. Vega-Franco L. Papel de las instituciones de asistencia social en la atención del niño desnutrido. Bol Med Hosp Infant Mex - 1989;46:80-82
19. Ramos R. Como detectar la desnutrición y sus causas. Cuadernos de nutrición 1985;11:33-38
20. Ramos-Galván R. Somatometría pediátrica. Arch Invest Med 1975; 6(supp 1)
21. Saucedo GL, Foncerrada MM. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Bol Med Hosp Infant Mex 1985;23:159-66
22. Chagoya L. Dinámica familiar y patológica. Mecanograma no publicado, s/f: 1-10
23. Friedman A. Theory and assessment. Family Nursing. New York. 1981

24. Pichón-Rivier. Una teoría del abordaje de la prevención en el ámbito del grupo familiar. En: El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Ed Nueva visión, 1985: 185
25. Moreno AL, Gómez SC, López MS. Factores de riesgo en la comunidad I. En: El recién nacido y el lactante. Ed UNAM, 1 ed; 1990: - 163-67