



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADEMICA UMF No. 46  
CULIACAN, SINALOA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL  
DEL NIÑO DE 2-5 AÑOS ATENDIDOS EN LA UMA DE OSO  
VIEJO, QUILA, SINALOA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA  
DRA. SUSANA BEATRIZ CAMACHO AVITIA**

CULIACÁN, SINALOA

2014



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL  
DEL NIÑO DE 2-5 AÑOS ATENDIDOS EN LA UMA DE OSO  
VIEJO,QUILA, SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. SUSANA BEATRIZ CAMACHO AVITIA**

AUTORIZACIONES:

**DRA. AVILES ESPINOZA LAURA ELENA**  
COORDINADOR DE PLANEACION Y ELACE INSTITUCIONAL

**DRA. PAULA FLORES FLORES**  
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

**DR. JESUS RODRIGUEZ LOPEZ**  
COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL  
DE EDUCACION EN SALUD

**DRA. LAURA ELENA CASTRO CERVANTES**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UMF.No.46  
CULIACAN, SINALOA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL  
DEL NIÑO DE 2-5 AÑOS ATENDIDOS EN LA UMA DE OSO  
VIEJO,QUILA, SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. SUSANA BEATRIZ CAMACHO AVITIA**

AUTORIZACIONES:

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FAC. DE MEDICINA  
UNAM

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

## INDICE

	PAG.
Titulo.....	1
Introducción.....	5
Marco teórico.....	7
Justificación.....	14
Planteamiento del problema.....	15
Objetivos.....	16
Material y métodos.....	17
Criterios de exclusión e inclusión.....	17
Definición de las variables.....	19
Diseño estadístico.....	22
Resultados.....	40
Anexos.....	46
Discusión.....	42
Conclusiones.....	44
Referencias bibliográficas.....	50

## INTRODUCCION

La Medicina Familiar es la disciplina encargada de abordar el proceso salud enfermedad de una manera integral con enfoque biopsicosocial, conceptualizando a la familia como fuente generadora de salud, en donde sus integrantes comparten los riesgos en salud y condiciones que posibilitan el desarrollo de esa familia y de la comunidad. Sin este enfoque es muy difícil hacer una intervención efectiva para mejorar y mantener el estado de salud de la población, pues todas las enfermedades, son en el fondo un fenómeno social, porque tienen componentes sociales que las originan y consecuencias para la familia y la sociedad.

Dado que la familia es el soporte para el mantenimiento de la salud, la funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia. Los estudios sobre enfermedad crónica indican que la disfunción familiar está asociada con un pronóstico desfavorable; por ello el abordaje y la evaluación de la dinámica familiar son importantes para una intervención efectiva.

La malnutrición infantil también muestra esta asociación con el entorno social y familiar, pues durante los primeros años de vida, la calidad y cantidad de alimentos consumidos depende del cuidador primario que generalmente es la madre, quien a su vez está influenciada por su entorno social y familiar, de allí que la familia influye en el estado nutricional del niño de manera positiva o negativa según como funcione ésta. Por otra parte, los niños menores de cinco años se han considerado los miembros más vulnerables a múltiples causas de morbilidad y mortalidad que incluyen las diferentes formas del síndrome de mala nutrición, particularmente desnutrición crónica y anemia por deficiencia de hierro, problemas prioritarios de salud pública, sin dar menor importancia a la creciente prevalencia en los últimos años de obesidad infantil.

Así tenemos que en un estudio realizado en México (1995), se concluyó que la disfunción de la dinámica familiar se asocia significativamente a la desnutrición primaria grave del niño<sup>1</sup>. Otro estudio titulado: "Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al déficit en el estado nutricional de preescolares en guarderías del sistema Desarrollo Integral de la Familia, Jalisco" (2005), comprobó que la disfunción de la dinámica familiar, el menor ingreso económico y el mayor número de miembros fueron factores de riesgo del estado nutricional.<sup>2</sup>

Por otra parte, desde los últimos 25 años del siglo XX hasta la fecha, se ha observado una creciente participación de la mujer en el mercado laboral y por ende, las madres jóvenes, principalmente en las grandes ciudades y estratos socioeconómicos medios, demandan cada vez con mayor frecuencia la existencia de guarderías confiables para que sus hijos reciban una atención y alimentación adecuadas y les permitan continuar desarrollándose en sus actividades laborales o profesionales. Así tenemos el estudio titulado en su idioma original “Maternal employment and early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study” (2008), en la que una de las conclusiones fue que las largas horas de trabajo de la madre en un empleo y los bajos recursos económicos impidieron un acceso de los niños a comida saludable y actividad física.<sup>3</sup>

Si bien clásicamente se han estudiado como causas de déficit en el estado nutricional infantil a la disminución del aporte calórico proteico, aumento de las pérdidas nutricionales o aumento del gasto energético y como causas de sobre nutrición a la ingesta desordenada de alimentos y los problemas hormonales; poco o nada se ha hecho por investigar el entorno familiar. Es así que este estudio surge ante la necesidad de ampliar la visión del estado de salud infantil, pues el estado nutricional no ha mejorado a pesar de las medidas adoptadas por las autoridades y el personal de salud a cargo ya sea en países en vías de desarrollo como en los desarrollados. Además, los pocos estudios relacionados al presente trabajo de investigación, se han realizado en países diferentes al nuestro, lo cual demuestra la necesidad de profundizar estos temas y aplicarlos a nuestra realidad.

El enfoque biopsicosocial centrado en la familia y su funcionalidad no sólo ayuda a conocer mejor los factores que intervienen en el estado nutricional infantil, sino que también permiten lograr una intervención efectiva para corregirlos. Es así que este estudio constituiría un aporte para el abordaje y manejo de la malnutrición infantil. Además, en la edad comprendida entre 2 y 5 años el niño se encuentra en pleno desarrollo biológico, físico, psíquico y social; y por lo tanto requiere necesariamente que sus necesidades nutricionales sean cubiertas adecuadamente.

Por ello, este estudio tiene como objetivo principal determinar la funcionalidad familiar así como el estado nutricional de todos los niños de 2 a 5 años atendidos en la UMA de Oso Viejo, Quila.

## MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la desnutrición como el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y la energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas.

La desnutrición generalmente implica una pobre nutrición y se refiere a todas las desviaciones de un estado nutricional adecuado y óptimo en lactantes, niños y adultos. En niños, la desnutrición se manifiesta como insuficiencia ponderal y retraso del crecimiento (talla baja).

Las complicaciones que sufre un niño cuando es alimentado deficientemente no sólo tienen efecto en la estatura y el peso. Esto se debe a que una dieta inadecuada tiene consecuencias negativas en los niveles de vitaminas, proteínas y minerales, lo cual conduce a la desnutrición, padecimiento de prevalencia alta en México.

La desnutrición daña principalmente a los pequeños que viven en la pobreza extrema, pues carecen de recursos económicos necesarios que les permitan llevar un buen régimen alimenticio. Por otra parte, también se desarrolla porque la dieta de algunos niños no es vigilada y por tanto, no tiene un balance de nutrientes.<sup>18</sup>

Siete de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, reducir la mortalidad en niños, mejorar la salud materna, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y combatir la VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades) están relacionadas directamente con la nutrición.

La malnutrición tiene un impacto negativo en el desarrollo económico y perpetua la pobreza directamente a través de las pérdidas en la productividad; e indirectamente a través del retraso en el desarrollo cognitivo y nivel de escolaridad alcanzado; y de las pérdidas relacionadas con el aumento en el costo de servicios de salud.

El estado de nutrición es un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, tiene lugar en todas y cada una de las células del organismo, de las cuales resulta la composición corporal, la salud y la vida misma.<sup>4</sup>

### **SITUACION NUTRICIONAL:**

En México la Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-96) señala la prevalencia de desnutrición en población. Los estados de Guerrero, Yucatán, Puebla, Oaxaca y Chiapas presentan una prevalencia de desnutrición moderada y severa superior a 20%, mientras que Tamaulipas,



Sinaloa, Jalisco, Durango, Coahuila, Baja California y Sonora, ésta es inferior a 8%.

Entidades federativas como Yucatán, Chiapas, Guerrero, Campeche, Oaxaca, Quintana Roo y Puebla presentan una prevalencia de desnutrición moderada y severa superior a 40%, mientras que en Tamaulipas, Chihuahua, Coahuila, Jalisco, Sinaloa, Sonora y Baja California ésta es inferior a 20%.

El estado de nutrición de los niños según el indicador peso para la talla. La prevalencia de desnutrición en el país es de 18.9%: 11.8% en grado leve, 4.8% moderado y 2.3% en grado severo. Los estados que presentan mayores niveles de desnutrición, según este indicador, son Nuevo León, Nayarit, Guerrero, Guanajuato y Yucatán, con prevalencias de alrededor de 25%, mientras que la prevalencia inferior a 14% se observa en Campeche, Baja California, Morelos y Michoacán.<sup>21</sup>

Así como en otros países los estados de malnutrición constituyen un grave problema de salud, en especial la desnutrición infantil, que es uno de los indicadores más estudiados por las diferentes Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales. Así para el año 2010-2011, México tiene un 16% de desnutrición crónica en menores de 5 años, 2.5% de desnutrición de alto riesgo, 16% de sobrepeso y de obesidad 2.5%.<sup>5</sup>

## **CAUSAS DE MALNUTRICION:**

### **1.-Causas primarias o ambientales:**

Obedece a la ingesta insuficiente o inadecuada de alimentos, que generalmente se asocia a circunstancias desfavorables del entorno del niño tanto ambientales como psicosociales:

- a) Errores en la alimentación por defecto de técnica (frecuencia desordenada, alimentos hipocalóricos, biberones mal preparados).
- b) Alteraciones en el establecimiento del vínculo madre-hijo y en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño.
- c) La marginación social, la pobreza e ignorancia aseguran una alimentación insuficiente o a veces excesiva y desproporcionada a los requerimientos<sup>6</sup>.

### **2.-Causas secundarias:**

Cualquier enfermedad que incida sobre el organismo va a desencadenar un trastorno nutricional por diversos mecanismos:

- a) Imposibilidad de ingestión: encefalopatías, parálisis cerebral infantil, anorexia de las enfermedades crónicas o de las infecciones de repetición; entre ellas una causa frecuente es la hipertrofia adenoidea.

- b) Enfermedades que cursan con mal digestión- malabsorción: fibrosis quística, celiaquía, intolerancia a la proteína de leche de vaca, parasitosis (giardiasis), síndrome de intestino corto, etc.
- c) Enfermedades crónicas que conllevan un aumento del gasto energético, de las pérdidas y/o de los requerimientos: enfermedades inflamatorias del intestino, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatías, nefropatías, cáncer<sup>6</sup>.

## **VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**

### **La valoración nutricional tiene como objetivos:**

- ✚ Controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano, identificando las alteraciones por exceso o defecto.
- ✚ Distinguir el origen primario o secundario del trastorno<sup>6</sup>.

## **Sistemática de la valoración**

### *1. Anamnesis*

- Se recogerán datos acerca de la familia y el medio social (trabajo de los padres, personas que cuidan del niño, número de hermanos, afecciones de los padres y hermanos). El médico que conoce a la familia y controla a sus niños en forma periódica dispone de información muy útil que le permitirá detectar situaciones de riesgo de malnutrición y realizar intervenciones eficaces y tempranas para prevenir este problema. La información sobre la composición de la familia, su situación social, cultural y económica, la calidad de la relación madre-hijo, o sobre la función paterna es sumamente valiosa no sólo para la evaluación del niño, sino para implementar un tratamiento exitoso.
- Antecedentes personales. Se deben conocer los datos referentes a la gestación, medidas al nacimiento y progresión en el tiempo. Se pondrá especial atención en los datos sugerentes de patología orgánica aguda, crónica o de repetición, y en la sintomatología acompañante, sobre todo a nivel gastrointestinal.
- Encuesta dietética. Es fundamental para orientar el origen de un trastorno nutricional. Una encuesta detallada (recuerdo de 24 horas, cuestionario de frecuencia, registro de ingesta con pesada de alimentos durante varios días) es prácticamente inviable en la consulta porque requiere mucho tiempo y necesita informatización.

## 2. Exploración clínica

Siempre hay que inspeccionar al niño desnudo. El sobrepeso y la obesidad son fácilmente detectables, pero no así la desnutrición, ya que hasta grados avanzados los niños pueden aparentar "buen aspecto" vestidos, porque la última grasa que se moviliza es la de las bolas de Bichat.

## 3. Antropometría

Permite valorar el tamaño (crecimiento) y la composición corporal. Las medidas incluyen: peso, talla, perímetro craneal, perímetro braquial y pliegue tricipital.

## 4. Exploraciones complementarias:

- **Determinaciones analíticas.** Habitualmente se precisa la determinación de hemograma y bioquímica con metabolismo del hierro, zinc, prealbúmina, albúmina, inmunoglobulinas y función hepática.
- **Análisis de composición corporal.** Tenemos la impedancia bioeléctrica, la interactancia por infrarrojos y la densitometría
- **Radiografía del carpo.** Es de gran importancia para valorar la maduración esquelética y relacionarla con la edad cronológica del niño.
- **Exploraciones de enfermedades específicas.** Durante el seguimiento del niño, si se sospecha que el trastorno nutricional es secundario, se orientará el *Screening* de las enfermedades que sugiera la exploración, la edad y el deterioro de las curvas de peso y talla<sup>6</sup>.

## TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN

Los cinco pilares para la recuperación del niño son:

- 1) Estimulación afectiva y psicomotora reforzando el vínculo madre-hijo.
- 2) Educación sanitaria y nutricional a la madre o dadora de cuidados.

- 3) Instauración de una dieta balanceada que asegure cantidad y calidad de nutrientes apropiados para cada edad.
- 4) Realización de controles periódicos, clínicos y antropométricos.
- 5) Tratamiento de las infecciones intercurrentes<sup>7</sup>.

## **INFLUENCIA DE LA FAMILIA**

Definiendo el concepto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio. En Medicina Familiar se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros.<sup>8</sup>

La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio y necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, entonces apoya la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. La familia como sistema abierto establece nexos constantes con el entorno social y el ambiente biológico.<sup>9</sup>

La experiencia clínica apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ella, y que la atención primaria de orientación familiar puede aportar una mejora en la calidad de la atención sanitaria y un incremento en la salud tanto el individuo como la familia en su conjunto. Por consiguiente, las causas e implicaciones del proceso – salud enfermedad deben buscarse en el ámbito de lo social y familiar.<sup>10</sup>

Matrimonio y familia han permanecido como instituciones a través del tiempo; sin embargo, los avances científicos, tecnológicos y las grandes transformaciones de los sistemas políticos y económicos, han producido cambios profundos tanto en el matrimonio como en el seno de la familia. En este nuevo contexto el rol de la familia ha cambiado sus expectativas, con mayor interés en el desarrollo personal, en mejorar el nivel educacional y la calidad de vida de cada uno de sus integrantes.<sup>11</sup>

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que esta funcione bien o mal como unidad.<sup>12</sup>

Una compleja naturaleza del sistema familiar, hace casi imposible la definición de “normal” o “anormal” al funcionamiento de una familia. Chagoya establece que la dinámica de una familia puede ser “funcional” o “disfuncional”. Una familia

funcional sería aquella en donde los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en la lucha continua. Esto no excluye que existan dentro de ellos sentimientos negativos (rencor, celos, etc.), actitudes ambivalentes o de insatisfacción, o bien, sentimientos positivos como amor, altruismo, respeto, etc<sup>13</sup>.

Por lo tanto, el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base, en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. <sup>14</sup>

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias, sin embargo al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionamiento familiar, no han permitido mostrar estrategias de intervención, de evaluación y de diagnóstico que faciliten una forma organizada de pensar metódicamente para relacionar el funcionamiento de las familias con las técnicas y estrategias de investigación.

Para entender la funcionalidad familiar se han planteado diversos modelos de funcionamiento familiar, uno de los cuales es el Modelo Circunflejo Marital y sistémico familiar. Este modelo se refiere a dos dimensiones del comportamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad, las cuales sirven para identificar 16 tipos de sistemas maritales y familiares, por lo que el modelo propone que un nivel moderado de cohesión y de adaptabilidad aseguran un desarrollo marital y familiar funcional, por tanto, con un alto soporte emocional y creativo; las familias disfuncionales se encontrarán en los extremos de estas dimensiones.

Para evaluar la funcionalidad familiar se han utilizado diversos instrumentos, entre los más importantes tenemos los siguientes: Family Assessment Device<sup>1</sup> (FAD), Self-report Family Inventory (SFI), Family Assessment Measure (FAM), Family Environment Scale (FES), Family Functioning Index (FFI), Family Functioning Questionnaire (FFQ), Family APGAR y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES). Aunque existe esta variedad de instrumentos, la entrevista clínica es el patrón de referencia y su calidad y eficacia dependen mucho de las capacidades, las habilidades, las destrezas, la experiencia, la competencia y la ética de los propios médicos familiares, enfermeras, terapeutas de familia, psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas, principalmente.

Por estas razones, los instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar deben ser fiables y válidos para que realmente sean de utilidad en la práctica de los profesionales mencionados y de otros que trabajan en el marco de la atención primaria.<sup>15</sup>

El FACES III es el instrumento que forma parte del Modelo circunflejo marital y sistémico familiar, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad y la cohesión familiar, las cuales son las dimensiones primarias que en gran parte explican la conducta familiar. El FACES III ha sido adaptado transculturalmente a la población latinoamericana, así se realizó un estudio de validez en su versión en el español que se habla en México, obteniéndose un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado.<sup>15</sup>

La literatura de los últimos años ha sido pródiga en la publicación de investigaciones que documentan la funcionalidad familiar no sólo como un asunto relacionado con la salud mental, sino como factor predisponente, coadyuvante o causal en la producción y curso de diversas enfermedades y síntomas, tanto de la esfera psíquica, como también de la orgánica: diabetes, infarto del miocardio, tuberculosis; y de la social: drogadicción, aborto inducido, embarazo en adolescentes. Constituye además un factor que interfiere con el cumplimiento de medidas terapéuticas y preventivas, al tiempo que se asocia con la sobre utilización de los servicios de salud.<sup>16</sup>

Es probable que cuando hay alteración de la dinámica familiar, el niño que pertenece a una familia con tal alteración tenga mayor riesgo de enfermarse. También es posible que cuando hay un niño grave o crónicamente enfermo en el seno de una familia, afecte su dinámica. En tal situación cuando existen ambos factores se establece un círculo vicioso cuya repercusión psicológica en el niño es difícil de precisar.<sup>1</sup>

## JUSTIFICACION

Así como en otros países los estados de malnutrición constituyen un grave problema de salud, en especial la desnutrición infantil, que es uno de los indicadores más estudiados por las diferentes Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales. Así para el año 2010-2011, México tiene un 16% de desnutrición crónica en menores de 5 años, 2.5% de desnutrición de alto riesgo, 16% de sobrepeso y de obesidad 2.5%.

La salud de una población es un fenómeno complejo y dinámico relacionado con las condiciones materiales de vida, con la dinámica demográfica de la población y con la organización social en la producción de bienes y servicios, así como el acceso de los grupos poblacionales a estos últimos, incluidos los de salud.

Desde la perspectiva de la transición epidemiológica, el cambio en la salud está estrechamente vinculado a la dinámica demográfica, económica y social de una población. Los determinantes fundamentales de este cambio respecto al crecimiento demográfico son la distribución de la población entre áreas urbanas y rurales, la industrialización progresiva y la urbanización.

La experiencia clínica apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ella, y que la atención primaria de orientación familiar puede aportar una mejora en la calidad de la atención sanitaria y un incremento en la salud tanto del individuo como la familia en su conjunto.

Dado que la familia es el soporte para el mantenimiento de la salud, la funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad.

La malnutrición infantil también muestra esta asociación con el entorno social y familiar, pues durante los primeros años de vida, la calidad y cantidad de alimentos consumidos depende del cuidador principal que generalmente es la madre, quien a su vez está influenciada por su entorno social y familiar; y también cabe mencionar que en los últimos años se ha incrementado de forma alarmante la obesidad y sobrepeso en niños de edad escolar.

El tema a investigar pretende establecer si existe nexo alguno entre el entorno familiar y la malnutrición que afecta a numerosos niños y que actualmente se hace evidente por los problemas de salud que ocasionan, esto es un gran fenómeno social, ya que afectan tanto a la familia como a la sociedad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la Frecuencia de Funcionalidad Familiar y Estado Nutricional en niños de 2 a 5 años atendidos en UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa?



# OBJETIVOS

## **OBJETIVO GENERAL:**

Describir la prevalencia de funcionalidad familiar y el estado nutricional de niños de 2 a 5 años atendidos en la UMA, de Oso Viejo, Quila, Sinaloa en el periodo del 1 de Febrero del 2013 al 31 Octubre del 2013.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

a) Determinar la funcionalidad familiar según el Faces III en las familias de los niños de 2 a 5 años atendidos en la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa en el periodo del 1 de Febrero del 2013 al 31 Octubre del 2013.

b) Determinar la cohesión y adaptabilidad en las familias de los niños de 2 a 5 años atendidos en la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa en el periodo del 1 de Febrero del 2013 al 31 Octubre del 2013.

c) Determinar el estado nutricional de los niños de 2 a 5 años atendidos en la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa en el periodo del 1 de Febrero del 2013 al 31 Octubre del 2013 por medio de las medidas antropométricas.

d) Identificar los tipos de familia según la composición de los niños de 2 a 5 años atendidos en el periodo del 1 de Febrero del 2013 al 31 Octubre del 2013 en la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

e) Registrar el estado civil de los padres de los niños de 2 a 5 años atendidos en el periodo del 1 de Febrero del 2013 al 31 Octubre del 2013 en la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

f) Registrar la edad promedio de la madre o cuidador principal de los niños de 2 a 5 años atendidos en el periodo del 1 de Febrero del 2013 al 31 Octubre del 2013 en la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

## MATERIAL Y METODOS

### Tipo de Estudio.

El presente estudio es una Encuesta Descriptiva, Transversal, Prospectivo y Observacional.

### Población.

El universo lo constituyen todos los niños y niñas de 2 a 5 años de edad atendidos en el consultorio de la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa. Durante el turno Matutino que va desde las 8:00 hasta las 16:00 horas, los días hábiles de Lunes a Viernes en el periodo del 1 de Febrero del 2013 al 31 Octubre del 2013.

### Criterios de Selección.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- a) Peso mayor a 2500g al nacimiento.
- b) Presencia de la madre o el cuidador principal que sea mayor de 18 años
- c) Aceptación de la persona responsable de participar en el estudio.
- d) Madres o cuidadores principales que sabían leer y escribir
- e) Madres o cuidadores principales que convivan con el niño en el mismo hogar.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- a) Niños no derechohabientes del IMSS

#### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- a) Responder la encuesta en forma incompleta.
- b) Seleccionar más de una opción en una pregunta

## **Análisis de Datos.**

Las variables del estudio son:

- Funcionalidad Familiar
- Estado nutricional del niño
- Tipo de Familia
- Sexo del niño
- Edad del niño
- Edad de la madre o el cuidador principal
- Estado civil de los padres

Toda la información se recogerá en una “Ficha de Datos” elaborada especialmente para este estudio, que consta de dos secciones: datos del niño y datos de la familia; el cual contiene preguntas cerradas dicotómicas y de respuesta múltiple, además de preguntas abiertas.

El estudio descriptivo se hará mediante el análisis de frecuencias y los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

## DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	<p>Es la resultante de procesos interactivos entre los miembros de la familia. Para evaluar la función familiar se utilizó <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III</i> (FACES III) el cual contiene 20 preguntas: las 10 noes evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación del 1 al 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50, para cada una.</p>	Ordinal	Cualitativa
<b>COHESION FAMILIAR</b>	<p>Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con respecto a otros. Los niveles de cohesión según el FACES III sería el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No relacionada, desvinculada o dispersa,</li> <li>-Semirrelacionada o separada,</li> <li>- Relacionada o conectada ,</li> <li>- Aglutinada o amalgamada</li> </ul>	Ordinal	Cualitativa
<b>ADAPTABILIDAD FAMILIAR</b>	<p>Es la facultad de un sistema familiar o marital para cambiar su poder de estructura, relación de roles y las reglas en respuesta al estrés situacional y de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad según el FACES III son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Rígida</li> <li>-Estructurada</li> </ul>	Ordinal	Cualitativa

	-Flexible                      -Caótica		
<b>ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO</b>	Situación en la que se encuentra el niño según la antropometría y se evalúa por las siguientes categorías: * Peso para la edad * Talla para la edad * Peso para la talla	Ordinal	Cualitativa
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Clasificación de las familias según el parentesco. Los diferentes tipos de familia son: -Familia Nuclear -Familia reconstruida o binuclear -Familia monoparental -Familia Extensa -Familia no parental	Nominal	Cualitativa
<b>SEXO</b>	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades: -Femenino -Masculino	Nominal	Cualitativa
<b>EDAD DEL NIÑO</b>	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista * 2 años – 2 años 11 meses * 3 años – 3 años 11 meses * 4 años – 4 años 11 meses	Numérica	Cuantitativa
<b>EDAD DE LA MADRE O CUIDADOR</b>	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista: * 18 – 25 años      * 26 – 30 años * 31 – 35 años      * 36 – 40 años * 41 – 45 años      * 46 – 50 años * 51 años a más	Numérica	Cuantitativa

<b>ESTADO CIVIL DE LOS PADRES</b>	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o de la convivencia, las Categorías son: * Soltero * Casado	Nominal	Cualitativa
<b>ESCOLARIDAD DE LOS PADRES</b>	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza. *Primaria           *Secundaria *Bachillerato    *Licenciatura	Nominal	Cualitativa
<b>NUMERO DE HIJOS</b>	Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que haya tenido la madre hasta el momento en que está registrando su último hijo. *1 hijo           *4 hijos *2 hijos        *5 hijos o más *3 hijos	Numérica	Cuantitativa
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores como: equipamiento del hogar, condiciones generales en las que <u>vive</u> , nivel educativo, etc. El nivel socioeconómico puede ser: * Bajo * Medio o * Alto.	Nominal	Cualitativa

# DISEÑO ESTADISTICO

## 1.- Muestreo

No probabilístico a conveniencia

## 2.- Muestra

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \rho (1 - \rho)}{\delta^2}$$

$$n = \frac{(3.84)^2 (.19) (1 - 0.19)}{(.10)^2}$$

$$n = \frac{3.1104}{0.01}$$

$$n = 311$$

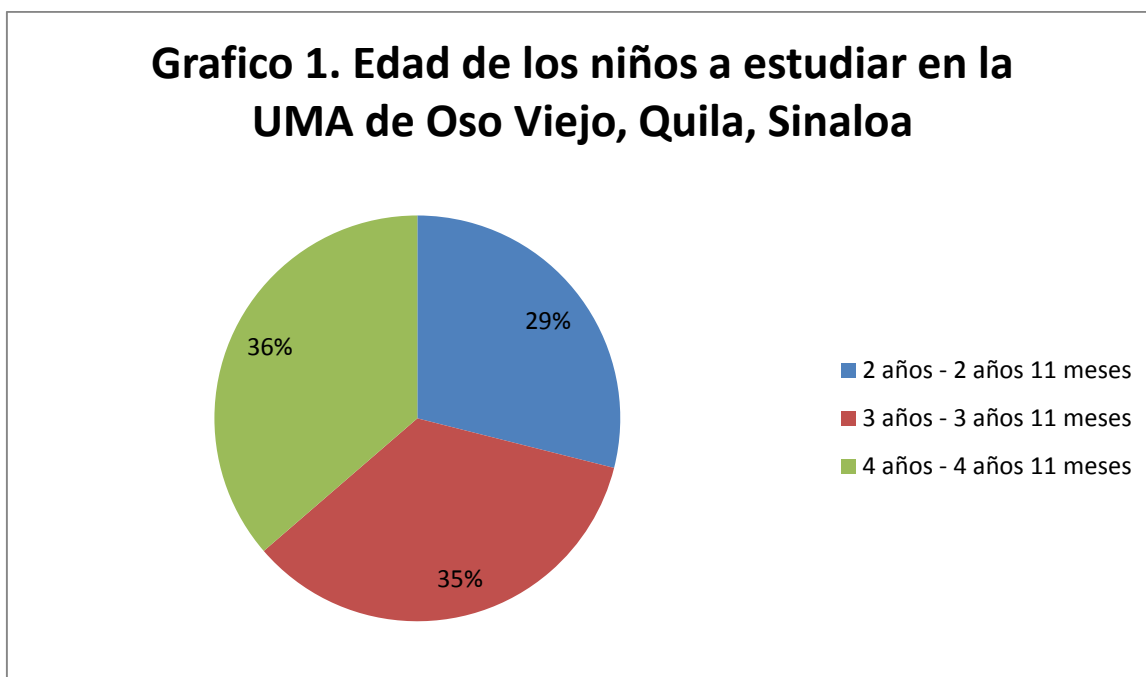
## 3.- Análisis Estadístico

Se realizara estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central como media y/o mediana para variables ordinales; y para variables nominales, frecuencias y porcentajes.

Cuadro 1: Frecuencia de edad según el grupo etáreo de la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

Edad del niño	N°	%
2a - 2a 11/12	90	28.94
3a - 3a 11/12	108	34.73
4a - 4a 11/12	113	36.33
Total	311	100%

Fuente: Encuesta



Fuente: Encuesta

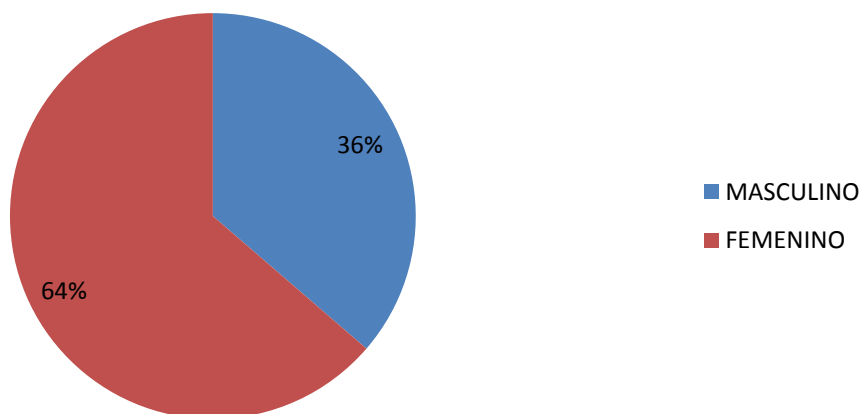


Cuadro 2: Genero de la población en estudio de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

Sexo	N°	%
Masculino	113	36.33
Femenino	198	63.67
Total	311	100%

Fuente: Encuesta

**Grafico 2. Genero de la población en estudio de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.**

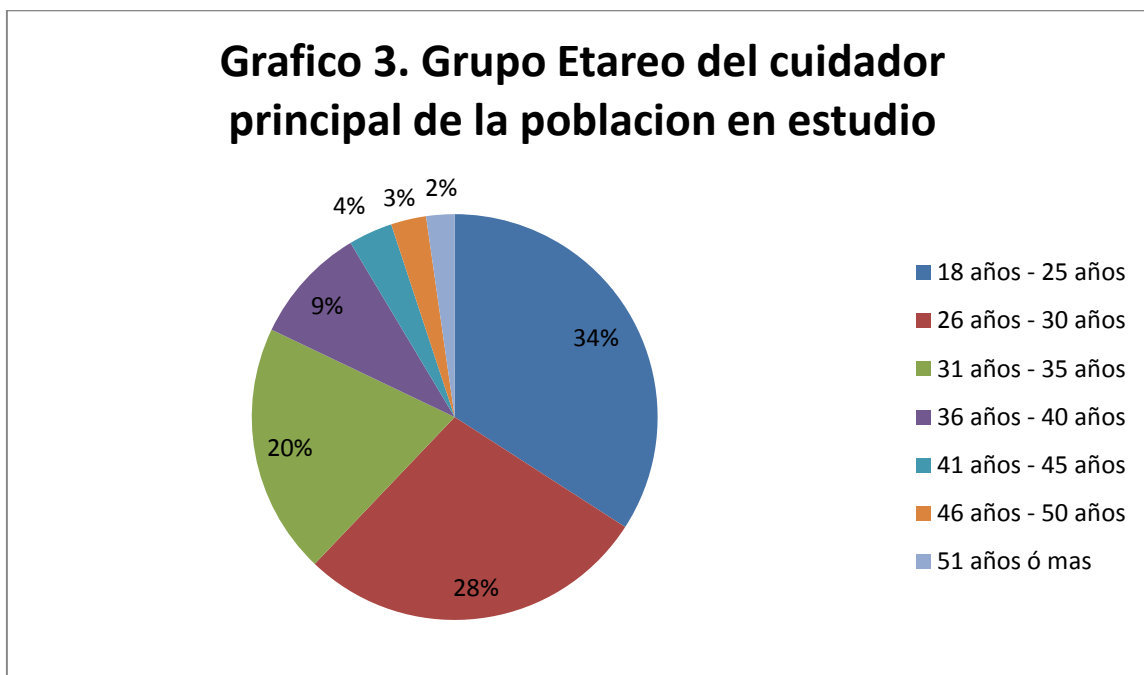


Fuente: Encuesta

Cuadro 3: Distribución por grupo etáreo del Cuidador principal

Edad	N°	%
-18 a 25 a	106	34.08
-26 a 30 a	87	27.98
-31 a 35 a	62	19.94
-36 a 40 a	29	9.32
-41 a 45 a	11	3.54
-46 a 50 a	9	2.89
-51 ó mas	7	2.25
Total	311	100%

Fuente: Encuesta



Fuente: Encuesta

Cuadro 4: Estado civil de los padres de Oso Viejo, Quila, Sinaloa

Edo civil	N°	%
Soltero	207	66.56
Casado	104	33.44
Total	311	100%

Fuente: Encuesta



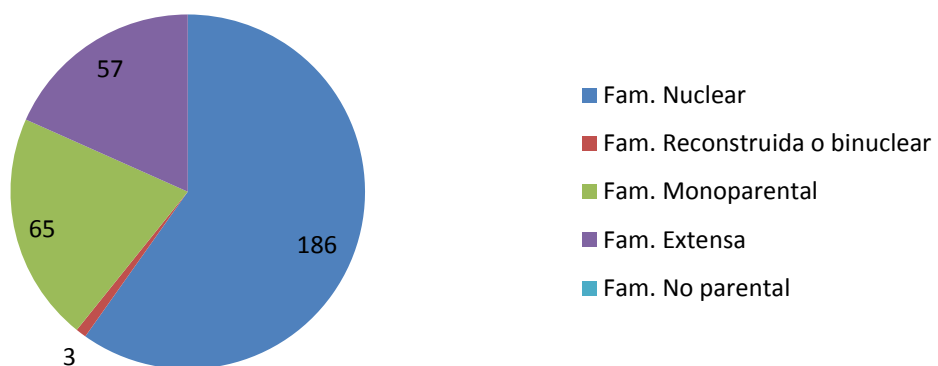
Fuente: Encuesta

Cuadro 5: Tipología de familia según su composición de la población de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

Tipo de Familia	N°	%
Familia Nuclear	186	59.81
Familia Reconstruida o binuclear	3	.96
Familia Monoparental	65	20.90
Familia Extensa	57	18.33
Familia No parental	-	
Total	311	100%

Fuente: Encuesta y Faces III

**Grafico 5. Tipología de familia según su composición de la población de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.**



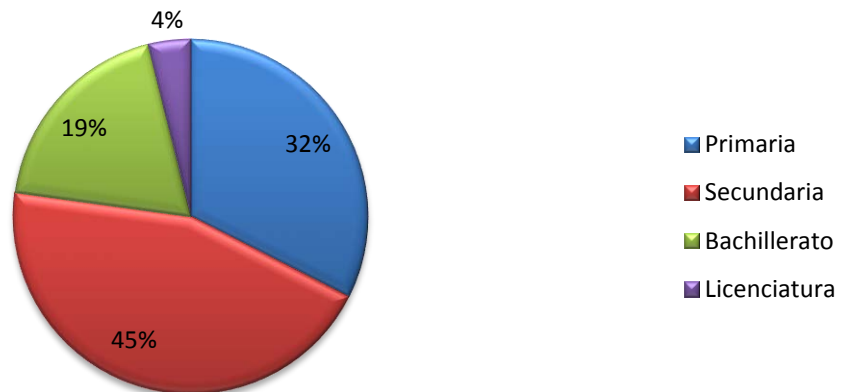
Fuente: Encuesta y Faces III

Cuadro 6: Nivel de escolaridad de los padres de la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

Escolaridad	N°	%
Primaria	101	32.48
Secundaria	139	44.69
Bachillerato	59	18.97
Licenciatura	12	3.86
Total	311	100%

Fuente: Encuesta

**Grafico 6. Escolaridad de los padres de la poblacion en Estudio de la UMA Oso Viejo, Quila, Sinaloa**

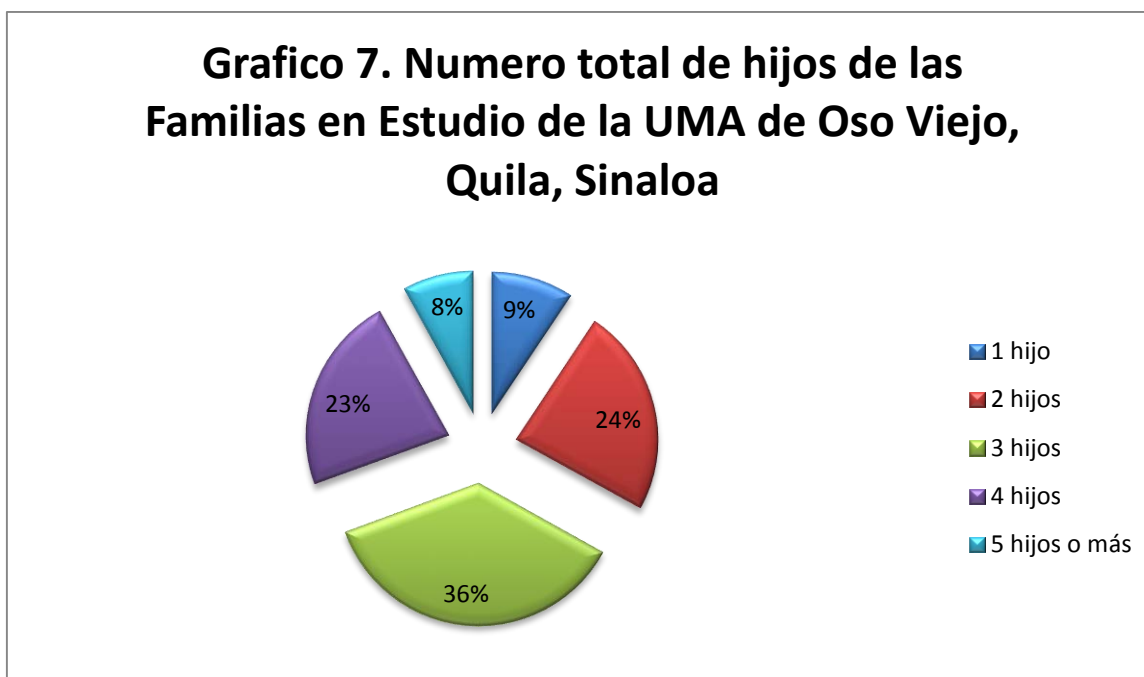


Fuente: Encuesta

Cuadro 7: Número total de hijos de las familias de la UMA de Oso viejo, Quila, Sinaloa

N° de hijos	N°	%
-1 hijo	29	9.32
-2 hijos	74	23.79
-3 hijos	113	36.34
-4 hijos	70	22.51
-5 hijos o mas	25	8.04
Total	311	100%

Fuente: Encuesta



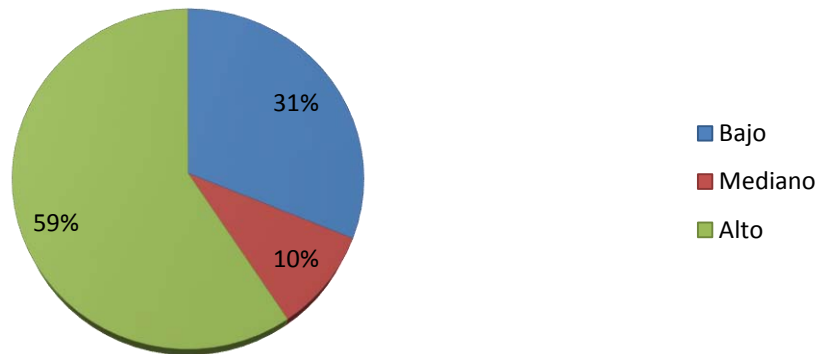
Fuente: Encuesta

Cuadro 8: Nivel socioeconómico de las familias en estudio de la UMA Oso viejo, Quila, Sinaloa.

Nivel socioeconómico	N°	%
-Bajo	229	73.63
-Mediano	70	22.51
-Alto	12	3.86
Total	311	100%

Fuente: Encuesta y Método Graffar

**Grafico 8. Nivel socioeconomico de las familias en estudio de la UMA Oso Viejo, Quila, Sinaloa.**



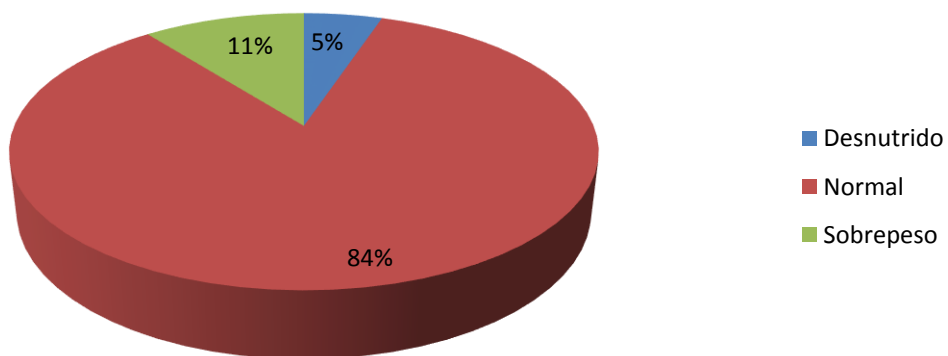
Fuente: Encuesta y Método Graffar

Cuadro 9: Estado nutricional según Peso/Edad de los niños de 2-5 años de la UMA Oso viejo, Quila, Sinaloa.

Peso/Edad	N°	%
Desnutrido	16	5.14
Normal	262	84.24
Sobrepeso	33	10.62
Total	311	100%

Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006.

**Grafico 9. Estado nutricional según  
Peso/Edad de los niños de 2-5 años de la  
UMA Oso viejo, Quila, Sinaloa.**



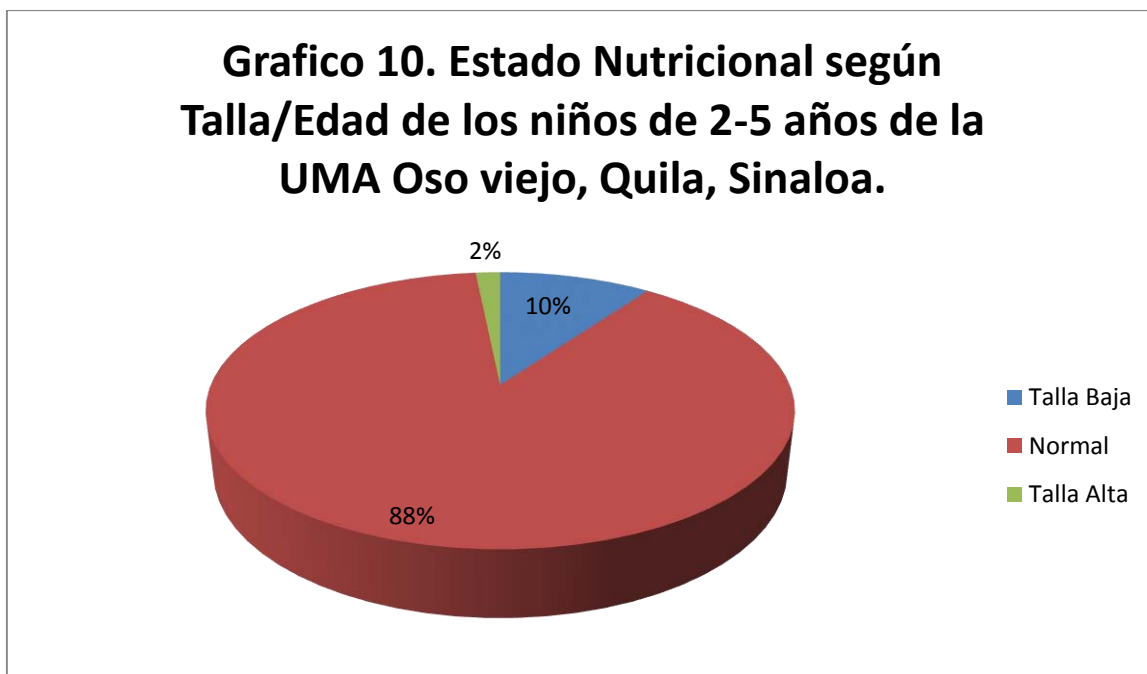
Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006.



Cuadro 10: Estado Nutricional según Talla/Edad de los niños de 2-5 años de la UMA Oso viejo, Quila, Sinaloa.

Talla/Edad	N°	%
Talla Baja	31	9.97
Normal	275	88.42
Talla Alta	5	1.61
Total	311	100%

Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006



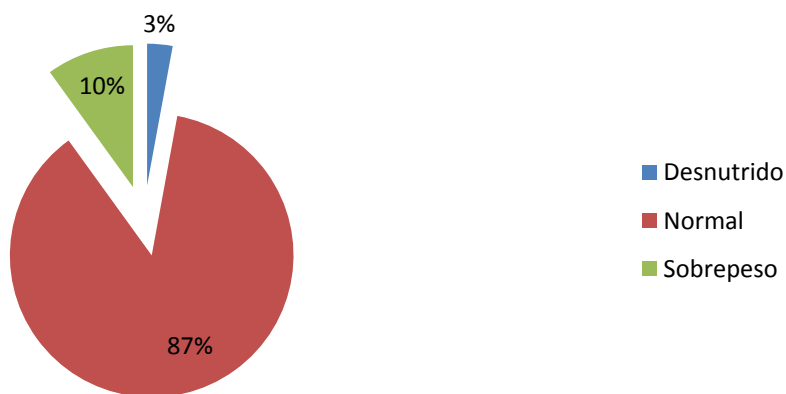
Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006.

Cuadro 11: Estado Nutricional según Peso/Talla de los niños de 2-5 años de la UMA Oso viejo, Quila, Sinaloa.

Peso/Talla	N°	%
Desnutrido	9	2.89
Normal	271	87.14
Sobrepeso	31	9.97
Total	311	100%

Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006

**Grafico 11. Estado Nutricional según Peso/Talla de los niños de 2-5 años de la UMA Oso viejo, Quila, Sinaloa.**

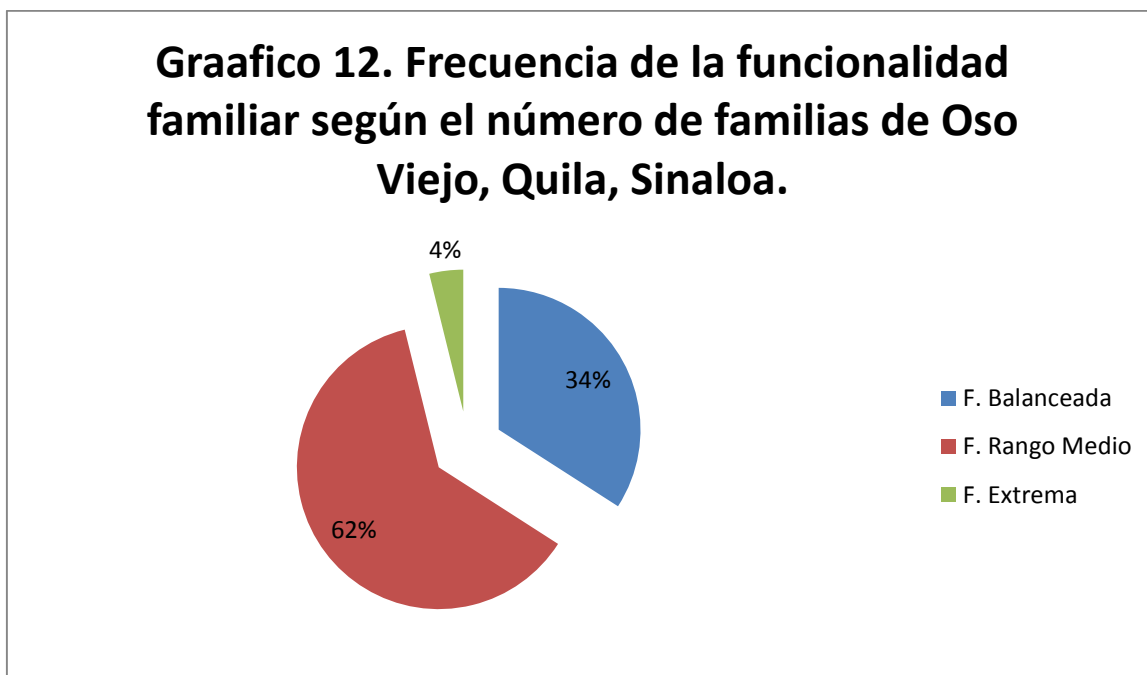


Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006.

Cuadro 12: Frecuencia de la funcionalidad familiar según el número de familias de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

Funcionalidad Familiar	N°	%
-Familia Balanceada	106	34.08
-Familia Rango Medio	193	62.06
-Familia Extrema	12	3.86
Total	311	100%

Fuente: Faces III

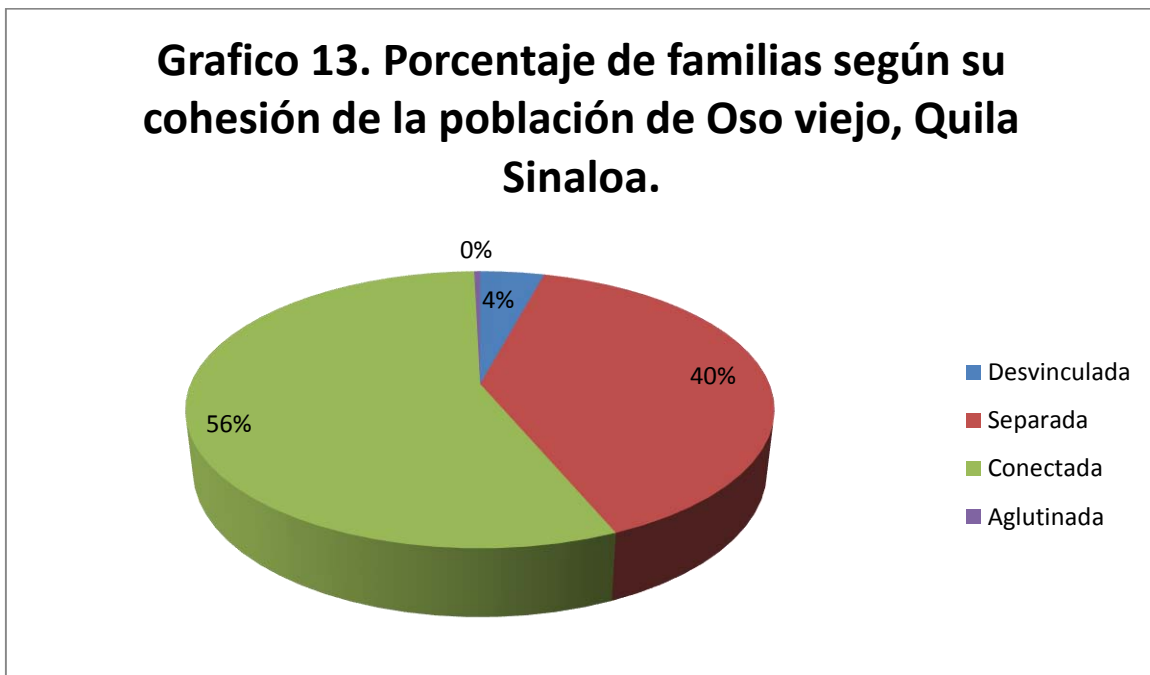


Fuente: Faces III

Cuadro 13: Porcentaje de familias según su cohesión de la población de Oso viejo, Quila Sinaloa.

Cohesión	N°	%
-Desvinculada	13	4.18
-Separada	122	39.23
-Conectada	173	55.63
-Aglutinada	3	0.96
Total	311	100%

Fuente: Faces III

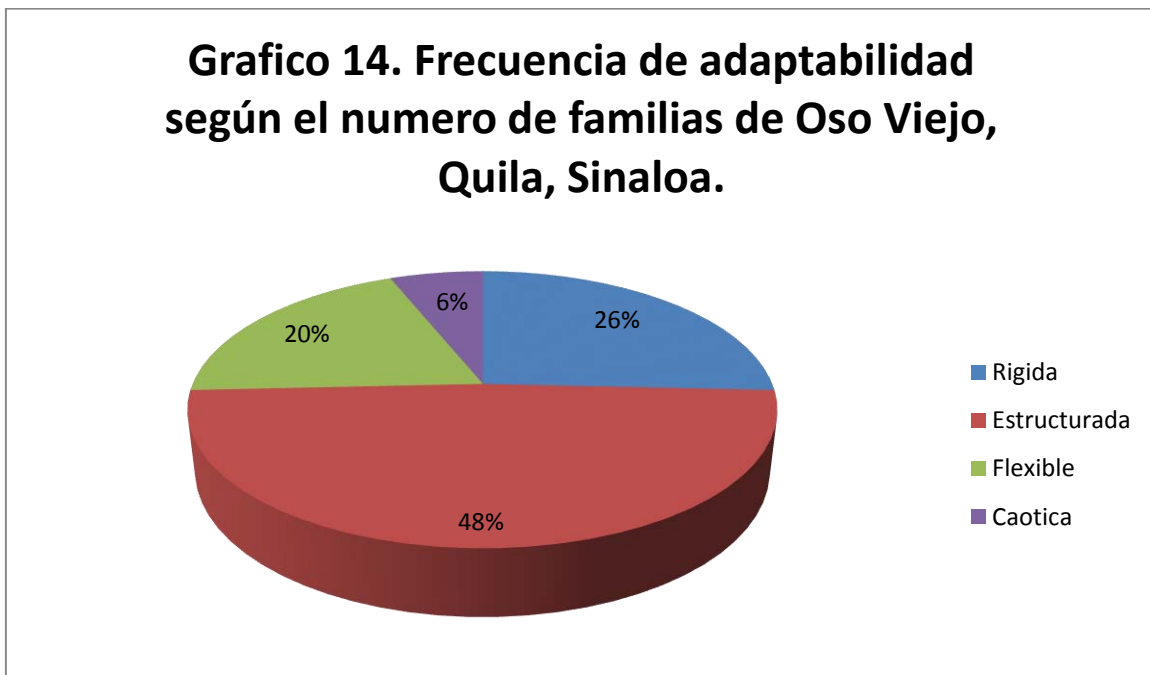


Fuente: Faces III

Cuadro 14: Frecuencia de adaptabilidad según el número de familias de Oso Viejo, Quila, Sinaloa.

Adaptabilidad	N°	%
-Rígida	80	25.72
-Estructurada	151	48.55
-Flexible	61	19.62
-Caótica	19	6.11
Total	311	100%

Fuente: Faces III

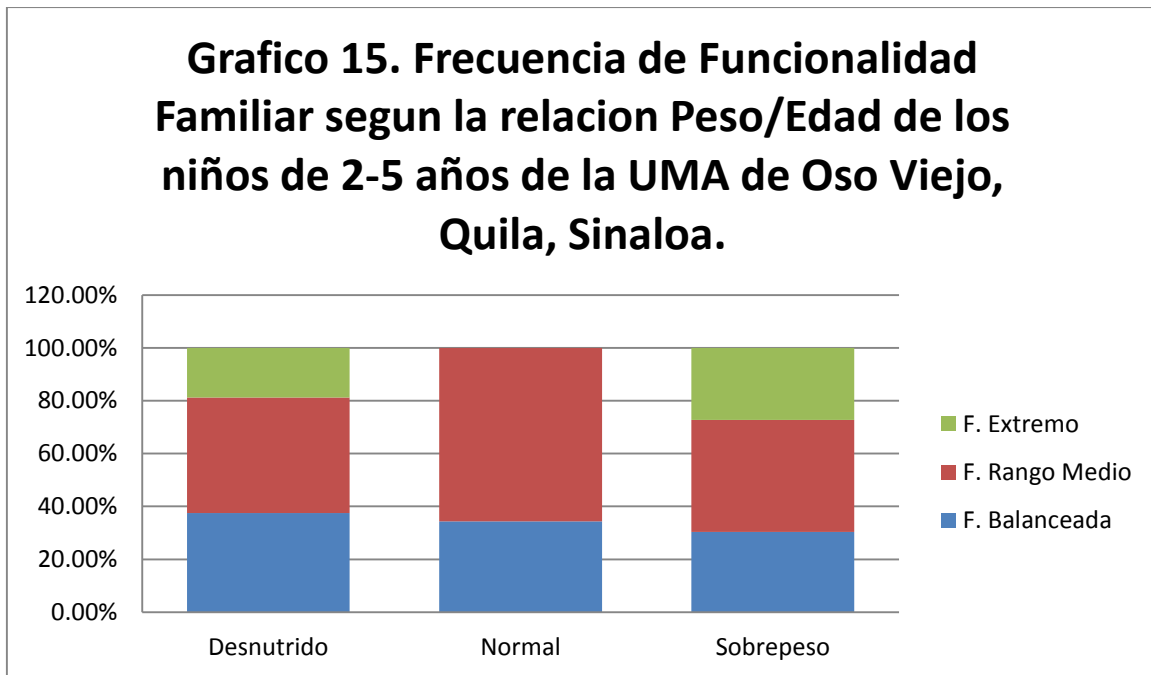


Fuente: Faces III

Cuadro 15: Frecuencia de Funcionalidad Familiar según la relación Peso/Edad de los niños de 2-5 años de la UMA de Oso viejo, Quila, Sinaloa.

Peso/Edad	Desnutrido		Normal		Sobrepeso		total
	N°	%	N°	%	N°	%	
-Funcionalidad Familiar							
-Familia Balanceada	6	37.5	90	34.35	10	30.30	106
-Familia Rango Medio	7	43.75	172	65.65	14	42.42	193
-Familia Extremo	3	18.75	/	/	9	27.27	12
Total	16	100%	262	100%	33	100%	311

Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006; Faces III y modelo circunflejo marital y sistémico familiar

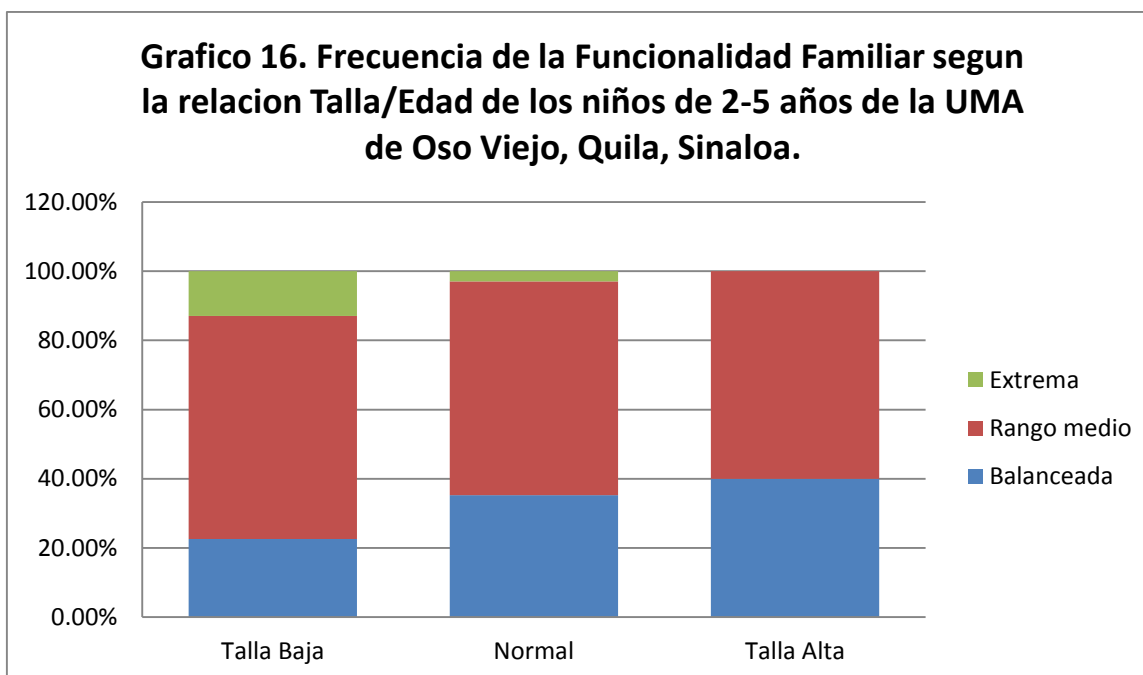


Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006; Faces III y modelo circunflejo marital y sistémico familiar

Cuadro 16: Frecuencia de Funcionalidad Familiar según la relación Talla/Edad de los niños de 2-5 años de la UMA de Oso viejo, Quila, Sinaloa.

Talla/Edad	Talla Baja		Normal		Talla Alta		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
-Funcionalidad Familiar							
-Balanceada	7	22.58	97	35.27	2	40	106
-Rango Medio	20	64.52	170	61.82	3	60	193
-Extrema	4	12.90	8	2.91	/	/	12
Total	31	100%	275	100%	5	100%	311

Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006; Faces III y modelo circunflejo marital y sistémico familiar

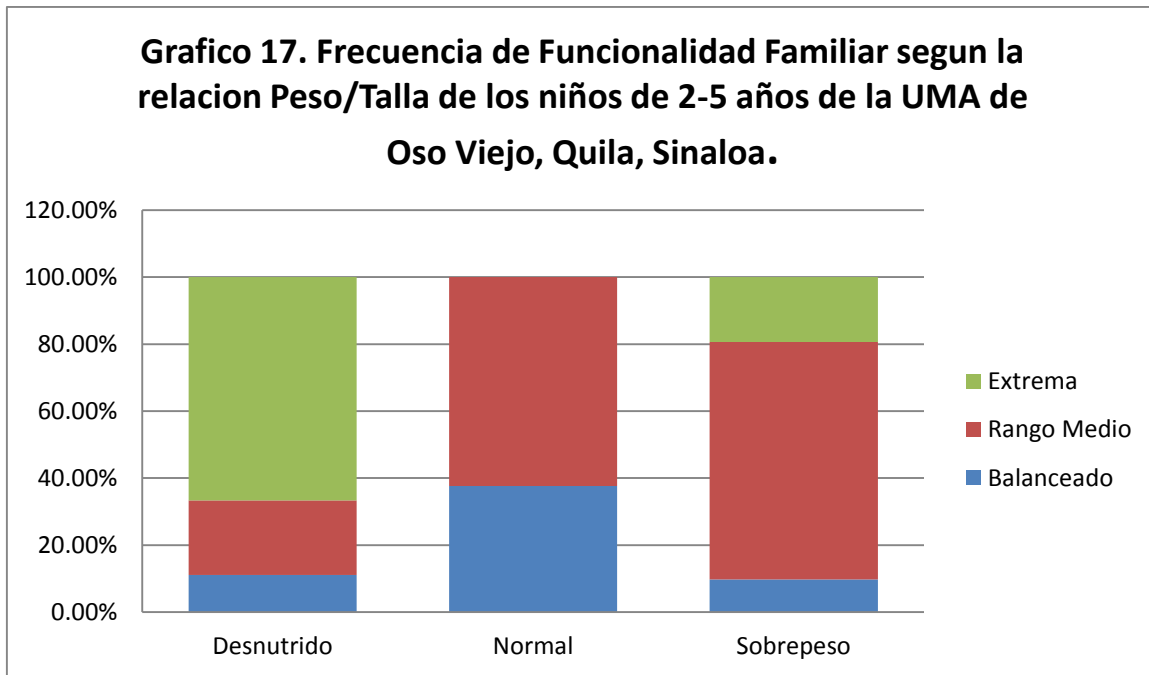


Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006; Faces III y modelo circunflejo marital y sistémico familiar

Cuadro 17: Frecuencia de Funcionalidad Familiar según la relación Peso/Talla de los niños de 2-5 años de la UMA de Oso viejo, Quila, Sinaloa.

Peso/Talla	Desnutrido		Normal		Sobrepeso		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
-Funcionalidad Familiar							
-Balanceado	1	11.1	102	37.64	3	9.68	106
-Rango Medio	2	22.22	169	62.36	22	70.97	193
-Extrema	6	66.67	/	/	6	19.35	12
Total	9	100%	271	100%	31	100%	311

Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006; Facés III y modelo circunflejo marital y sistémico familiar



Fuente: Patrón de crecimiento infantil de la OMS, 2006; Facés III y modelo circunflejo marital y sistémico familiar



# RESULTADOS

Considerando las características de la población y los criterios de inclusión propuestos en el presente estudio se obtuvo una muestra de 311 niños, encontrándose que el 36.3% tuvieron entre 4 años y 4 años 11 meses, seguido por un 34.7% formado por el grupo de 3 años a 3 años 11 meses, y finalmente con un 28.9% el grupo de 2 años a 2 años 11 meses (ver cuadro 1).

Además se vio que el 63.6% de los niños evaluados eran del sexo femenino y el 36.3% eran del sexo masculino (ver cuadro 2).

En cuanto a las características de la madre o cuidador principal, se vio que la mayoría eran adultos jóvenes, así el 34.8% tenía entre 18 y 25 años, seguido de un 27% por el grupo de 26 a 30 años (ver cuadro 3).

Al evaluar el estado civil de los padres de los niños objeto de estudio se vio que el 66.5% eran solteros y el 33.4% casados, no se encontraron padres en viudez (ver cuadro 4).

Al evaluar el tipo de familia según la composición a la cual pertenecían los niños en estudio, se halló que el 59.8% provenían de familias nucleares, el 20.9% de familias monoparentales y el 18.3% de familias extensas. No se hallaron casos de familias no parentales (ver cuadro 5).

Al evaluar la escolaridad de los padres de los niños objeto de estudio se vio que el 44.6% llegaron a nivel secundaria y el 32.4% a nivel primaria (ver cuadro 6).

Además se observó que el número total de hijos por familia es en un 36.3% de 3 hijos, y en un 23.7% de 2 hijos y en un 22.5% de 4 hijos (ver cuadro 7).

Por medio del método de Graffar se observó al determinar el nivel socioeconómico de las familias de los niños objeto de estudio que el 73.6% son de nivel bajo y un 22.5% de nivel medio (ver cuadro 8).

Al determinar el estado nutricional de los niños evaluados se vio que en la relación peso/edad el 84.2% era normal, un 10.6% tenían sobrepeso y el 5.1% eran desnutridos (ver cuadro 9).

En cuanto a la relación Talla/Edad se vio que el 88.4% tenía talla normal, el 9.9% talla baja y 1.6% tenía talla alta. No se encontraron casos de talla baja severa. (Ver cuadro 10).

En la relación Peso/Talla se halló que el 87.1% era Normal, el 9.9% tenía Sobrepeso y el 2.8% era Desnutrido. (Ver cuadro 11).

Al momento de evaluar la Funcionalidad Familiar según el cuestionario FACES III se halló que el 62% eran Familias de Rango Medio, el 34% eran Familias Balanceadas y el 3.8% eran Familias Extremas (ver cuadro 12).

Al evaluar la Cohesión Familiar se vio que el 55.6% eran Familias Conectadas, el 39.23% eran Familias Separadas, el 4.18% eran familias Desvinculadas y el 0.9% eran Aglutinadas (ver cuadro 13).

Al determinar la Adaptabilidad se halló que el 48.5% eran Familias Estructuradas, el 25.7% eran Rígidas, el 19.6% eran Flexibles y el 6.1% eran Familias Caóticas (ver cuadro 14).

Al momento de determinar la funcionalidad familiar de acuerdo al modelo circunflejo marital y sistémico familiar según la relación peso/edad se halló que el 43.7% de los niños desnutridos pertenecían a Familias de Rango Medio, el 37.5% a las Familias Balanceadas y el 18.7% a las Familias Extremas (ver cuadro 15).

Al momento de determinar la funcionalidad familiar de acuerdo al modelo circunflejo marital y sistémico familiar según la relación talla/edad se halló que el 64.5% de niños con talla baja pertenecían a Familias de Rango Medio, el 7% a Familias Balanceadas y el 4% a las Familias Extremas (ver cuadro 16).

Al hallar la funcionalidad familiar de acuerdo al modelo circunflejo marital y sistémico familiar según la relación peso/talla se encontró que el 70.9% de los niños con sobrepeso pertenecían a familias de Rango Medio, el 19.3% a Familias Extremas y el 9.6% a Familias Balanceadas (ver cuadro 17).

# DISCUSION

De los resultados expuestos se desprende que la población total estudiada fue de 311 niños, de los cuales predominó con un 36% el grupo etáreo conformado por aquellos mayores de 4 y menores de 5 años. Hubo una leve diferencia en el sexo, pues el 36% eran hombres y el 64% eran mujeres.

En cuanto a las características de la madre o cuidador principal, se vio que la mayoría eran adultos jóvenes, así el 34% tenía entre 18 y 25 años, seguido de un 28% por el grupo de 26 a 30 años; esto probablemente debido a que la población adscrita a la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa, generalmente proviene de asentamientos humanos conformados por parejas jóvenes. Además un 67% de los padres eran solteros y un 33% eran casados lo cual concuerda con lo anteriormente dicho.

Al evaluarse el tipo de familia de los niños en estudio según su composición se vio que predominaron las familias nucleares con un 60% y las familias monoparentales con un 21%.

Al determinarse el estado nutricional Peso/Edad se halló que 262 niños (84%) estaban dentro del rango normal sin embargo se encontraron 16 casos de desnutrición equivalentes al 5% de la población total, y 33 casos de sobrepeso equivalente al 11%, esto coincide con la desnutrición global en menores de 5 años reportada durante el año 2009 en la Dirección de Salud V Lima Ciudad de 4.7% y el 3% a nivel de Red de Salud Túpac Amaru.<sup>5</sup>

Este es un indicador del estado nutricional agudo, llama la atención que el número de niños con sobrepeso es un poco más del triple del número de niños con desnutrición. No se hallaron niños con desnutrición severa ni con obesidad.

En la evaluación de Talla/Edad se encontraron 31 niños (10%) con talla baja, lo cual indica desnutrición crónica; esto difiere de los reportes de la DISA V para el año 2009 que refieren un 4,4% de desnutrición crónica en menores de 5 años.

La talla baja es un indicador de déficit nutricional crónico, lo encontrado se atribuiría a que la población adscrita a la UMA de Oso Viejo, Quila, Sinaloa es de condición socioeconómica media a baja

En la determinación del Peso/Talla se encontró un 3% de niños con desnutrición aguda y un 10% de niños con sobrepeso, así la malnutrición por exceso supera a la malnutrición por defecto lo cual concuerda con una tendencia preocupante en países en 43 vías de desarrollo. Así la DISA V reporta 1,2% y 6,5% en desnutrición aguda y sobrepeso respectivamente en menores de 5 años para el año 2009.

La funcionalidad familiar fue evaluada mediante el FACES III, a diferencia de la mayoría de estudios de dinámica familiar que utilizan el APGAR familiar, instrumento que aporta información escasa para evaluar funcionalidad familiar. El FACES III en su versión en español es fiable (70% con el índice alfa de Cronbach) y válido<sup>15</sup>. Una debilidad del estudio es que solo se usó un instrumento para valorar la funcionalidad familiar.

Se halló que el tipo de familia predominante según la funcionalidad familiar de acuerdo al modelo circunflejo y marital fueron las familias de Rango Medio con un 62%, es decir son familias extremas en una de las dimensiones (cohesión o adaptabilidad) y balanceadas en la otra; esto puede llevar a que las relaciones dentro de la familia a veces se vean afectadas de tal manera que puedan influir en la convivencia y lleven a situaciones en donde quizás resulte un poco más difícil de manejar la situación.

A pesar de ello, las familias que se encuentran dentro del tipo rango medio no son vistas como familias disfuncionales, ya que de una u otra forma logran balancear o equilibrar los dos extremos para poder llevar a cabo un mejor funcionamiento de la familia. En segundo lugar se encuentran las familias Balanceadas con un 34%; lo cual indica que son familias que logran un grado de interacción familiar y a la vez cierto grado de autonomía dentro de su núcleo, con capacidad dentro de la familia de realizar cambios, en los roles que cada uno cumple y capacidad para enfrentar mejor las situaciones de estrés a los cuales se verán expuestos, es decir, existe un control de la familia frente a los diferentes cambios y situaciones por las cuales se verán enfrentados, pudiendo abordar y saber manejar de la mejor manera posible la situación, sin afectar la convivencia familiar. Finalmente se encontró un 4% de Familias Extremas, las cuales corresponden a familias disfuncionales que no son capaces de sobreponerse a un estrés familiar con gran repercusión en su dinámica. No se encontraron estudios realizados en Perú que valoren la funcionalidad familiar, lo que no permite hacer una comparación con los resultados.

Sin embargo, al evaluar por separado la cohesión y adaptabilidad se vio respectivamente que el 56% de familias eran conectadas y el 6% de las familias eran Caóticas, esto puede ser porque la mayoría son familias jóvenes con liderazgo limitado y falta de claridad en las funciones de los miembros.

En el estado nutricional se vio que el 65% de niños con talla baja pertenecían a familias de rango medio. Además el 71% de niños con sobrepeso pertenecían a familias de rango medio en comparación a un estudio realizado en Bolivia donde se vio que el 63% de niños menores de 5 años con sobrepeso pertenecían a familias con buena función familiar y el 31% pertenecían a familias con disfunción familiar leve según el Apgar familiar.<sup>17</sup>

Una limitación del estudio es que en la población estudiada no se describieron otras características de la dinámica familiar como el ciclo vital, redes sociales de apoyo, etc.

# CONCLUSIONES

**a.** La población total fue 311 niños de 2 a 5 años, de los cuales el 64% eran del sexo femenino y el 36% del sexo masculino.

**b.** La Funcionalidad Familiar según el modelo circunflejo marital sistémico se halló que el 62% eran Familias de Rango Medio, el 34% Familias Balanceadas y el 4% Familias Extremas.

**c.** Al determinar la Cohesión Familiar se vio que el 55.6% de niños pertenecían a Familias conectadas, el 39% a familias separadas, el 4% a familias desvinculadas y el 1% a familias aglutinadas; y al hallar la adaptabilidad familiar se halló que el 49% eran familias Estructuradas, el 26% eran Familias Rígidas, el 20% eran Familias Flexibles y el 6% eran Familias Caóticas.

**d.** El 84% de los niños según la relación peso/edad eran eutróficos, el 11% con sobrepeso y 5% desnutridos; según la relación talla/edad el 88% de los niños tenían talla normal, 10% eran de talla baja y el 2% de talla alta; y según la relación peso/talla el 87% era normal, el 10% tenía sobrepeso y el 3% era desnutrido.

**e.** Al cruzar los datos de funcionalidad familiar y estado nutricional, se encontró que: según la relación peso/edad el 44% de los niños desnutridos pertenecían a Familias de Rango Medio, el 38% pertenecían a Familias Balanceadas y el 19% a Familias Extremas; según la relación talla/edad el 65% de niños con talla baja pertenecían a Familias de Rango Medio, el 23% a Familias Balanceadas y el 13% a Familias Extremas; y según la relación peso/talla el 71% de los niños con sobrepeso pertenecían a familias de Rango Medio, el 19% a Familias Extremas y el 10% a Familias Balanceadas

**f.** El 60% de los niños pertenecían a Familias Nucleares, el 21% a Familias Monoparentales y el 18% a Familias Extensas.

## **ASPECTOS ETICOS**

Todos los procedimientos utilizados en el presente estudio están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado, sin embargo se solicitara consentimiento informado de forma verbal a cada participante, y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

Se solicitará consentimiento informado a los padres para participar en el estudio.

Consultorio: \_\_\_\_\_

Culiacán, Sin., \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente autorizo yo \_\_\_\_\_  
No. De afiliación \_\_\_\_\_. Para participar en el proyecto de investigación titulado **“PREVALENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 2-5 AÑOS”**. Registrado y aprobado por el comité local de investigación. El objetivo de este estudio es conocer la relación entre disfunción familiar y estado nutricional (desnutrición / obesidad) en niños, derechohabientes en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS.

Se me ha informado que mi participación consistirá en la aplicación de una encuesta-entrevista para determinar el grado de funcionalidad de mi familia.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la participación en este estudio. El investigador principal se ha comprometido a darme información y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y beneficencia. El derecho de poder retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello la atención medica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad y confianza de que no se le identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que se obtenga del estudio y darme asesoría de la forma correcta de hacerme la autoexploración y su importancia.

---

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

---

NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA  
DEL INVESTIGADOR

---

TESTIGO

---

TESTIGO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS EN SALUD  
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD  
DIVISION DE EDUCACION CONTINUA  
AREA DE PROGRAMAS ESPECIALES

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS  
GENERALES CONVENIO IMSS-UNAM**

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 2-5 AÑOS**

**FICHA DE DATOS**

N °.....

FECHA: .....

Responder con letra clara y legible sobre las líneas punteadas y marcar con un aspa ( X )  
en los recuadros correspondientes

**DATOS DEL NIÑO:**

NOMBRE DEL NIÑO: .....

DIRECCIÓN: .....

FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:.....

SEXO: MASCULINO

FEMENINO

PESO (Kg): .....

TALLA: (cm): .....

ANT. PERSONALES PATOLOGICOS:.....

**DATOS DE LA FAMILIA:**

¿Quién cuida al niño la mayor parte del tiempo? (Escribir nombre y parentesco)

.....

¿Con quiénes vive el niño?.....

No. De hijos Vivos:..... Lugar que ocupa el niño encuestado.....

NOMBRE DEL PADRE: ..... Edad: .....

NOMBRE DE LA MADRE: ..... Edad: .....



ESTADO CIVIL DE LA MADRE:

SOLTERA.....

CASADA.....

ESTADO CIVIL DEL PADRE:

SOLTERA.....

CASADO.....

ESCOLARIDAD DE LA MADRE

PRIMARIA.....

SECUNDARIA.....

BACHILLERATO.....

LICENCIATURA.....

ESCOLARIDAD DEL PADRE

PRIMARIA.....

SECUNDARIA.....

BACHILLERATO.....

LICENCIATURA.....

NIVEL SOCIOECONOMICO DE LA FAMILIA

BAJO.....

MEDIO.....

ALTO.....

### FACES III

N °.....

Fecha: .....

Instrucciones: Escriba en el espacio del recuadro correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Describa su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.....
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.....
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.....
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.....
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.....
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.....
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.....
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.....
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.....
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.....
11. Nos sentimos muy unidos.....
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.....
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.....
14. En nuestra familia las reglas cambian.....
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.....
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.....
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.....
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.....
19. La unión familiar es muy importante.....
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.....

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vásquez Garibay, Vallarta Corona, Sánchez Talamantes, Nápoles Rodríguez, Romero Velarde. Disfunción de la Dinámica familiar como un factor asociado a desnutrición primaria grave en el niño. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1995; 52: 698-705.
2. Ceballos González, Vásquez Garibay, Sánchez Talamantes, Nápoles Rodríguez. Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al déficit en el estado nutricional de preescolares en guarderías del sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Jalisco. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 62. marzo-abril. 2005: 104-16.
3. Sherburne Hawkins, S; Cole, T; Law, C; The Millennium Cohort Study Child Health Group. Maternal employment and early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. International Journal of Obesity. Londres. 2008 Enero; 32(1): 30-38
4. Calzada León R. Desnutrición. Atención Familiar. Vol. 7. N ° 5 Septiembre- Octubre 2000
5. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006 (ENSANUT 2006)
6. Martínez Costa, C; Pedrón Giner, C. Valoración del Estado nutricional. En: Protocolos Diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición en pediatría. Asociación Española de pediatría. 2002; 375-81
7. Bakalar, Karina; Rodríguez Castello, S. Enfoque y manejo inicial del niño con desnutrición. En: La salud del Niño. Rubinstein, Adolfo, et al. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición. Buenos Aires. 2006; 533-44
8. González Rico, J; Vásquez Garibay, E; Sánchez Talamantes, E; Nápoles Rodríguez, F. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 64, mayo-junio 2007; 143-51.
9. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Editorial. Gedisa. 1990
10. Mc. Daniel, Susan Campbell T, Seaburn D. Orientación Familiar en Atención Primaria Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud: Cap. 2: 48 La influencia de la familia sobre la enfermedad. Barcelona. 1998; 18-29.

11. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. México, DF. Editorial Prensa Médica Mexicana, 1986: 86-8
12. Saucedo J. Foncerrada M. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. Med IMSS 1981; 19: 155-8
13. Chagoya L. Dinámica familiar y patología. En: Dulanto E. editor. La familia: medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México DF; Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 1975: 25-38.
14. Maddaleno. M. Enfoque Familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florezano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. Salud Familiar. 1º edición. División Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141
15. Ponce Rosas E, Gómez Clavelina F, Terán Trillo M, Irigoyen Coria A, Landgrave Ibáñez S. Validez de constructor del Cuestionario FACES III en español (México). Revista Atención Primaria 2002. Diciembre.30 (10): 624-630
16. Giraldo Giraldo C, Morales Giraldo L, Gushiken Miyagui A, Cano López A, Herrera Montoya C. Funcionalidad familiar en los hogares comunitarios de Itagui 1998. Revista de Pediatría. Colombia. Junio; 35 (2): 18-22.
17. Bellot Rocha F, Cahuana Santamaría N, Ayala Quintanilla E, Vargas Loroño E. Estado Nutricional y su relación con la Estructura – Función Familiar en menores de 5 años de Pediatría, Caja Nacional de Salud 2009. Rev Cient Cien Méd 2010; 13(1): 22-24
18. [http://www.who.int/pmnch/media/press\\_materials\\_arti.\\_g20\\_jfrenk/es/Pagina oficial de Organización Mundial para la Salud 2012](http://www.who.int/pmnch/media/press_materials_arti._g20_jfrenk/es/Pagina_oficial_de_Organización_Mundial_para_la_Salud_2012)
19. Grover Z, Ee LC. Protein energy malnutrition. Pediatric Clin North Am. 2009 Oct; 56(5):1055-68
20. Núñez Rocha G, Castillo Treviño B, Salinas Martínez A, Villarreal Ríos E, Garza Elizondo M. Rev. Med IMSS 2002; 40 (5): 379-385 Migración como factor de riesgo en desnutrición del niño preescolar
21. Ávila-Curiel A, Shamah-Levy T, Galindo-Gómez C, Rodríguez-Hernández G, Barragán-Heredia LM. La desnutrición infantil en el medio rural mexicano. Salud Pública México 2002
22. <http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index36170.html>, "Desnutricion mundial 16 de octubre, 2008
23. Diario el país.com "Desnutrición infantil de cara a nuevo milenio resultados actuales" Número 2, pág. 8 a19, abril de 2006

24. Madrigal, H. 1994. Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural por Regiones Nutricionales 1979-1989. División de Nutrición de Comunidad, Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”, comisión nacional de alimentación.

25. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe Número 2, abril de 2006

26. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por Entidad Federativa. Sinaloa. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013, Pág. 65-79. Disponible en: [encuestas.insp.mx](http://encuestas.insp.mx)

27. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html)