

36



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**ABORDAJE INTEGRAL EN FAMILIAS DESNUTRIDAS
DE LA UMF 20 "VALLEJO"**

288458

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JAIRO ENOC CRUZ TOLEDO

ASESOR DE TESIS: DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ

GENERACION 1996 - 1999



MEXICO, D. F.

MARZO, 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



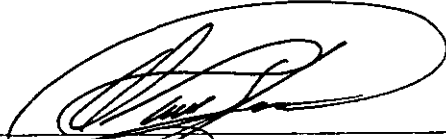
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

Vo. Bo.
ASESOR DE TESIS



DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF. 20 IMSS. MEXICO, D.F.



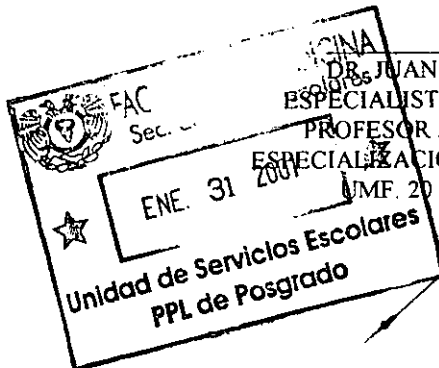
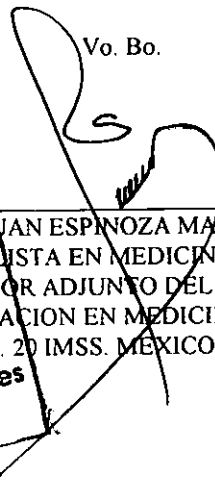
U. M. F. No. 20
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Vo. Bo.



DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.
UMF. 20 IMSS. MEXICO, D.F.

Vo. Bo.



DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.
UMF. 20 IMSS. MEXICO, D.F.

AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES: Amélia y Francisco. Por la confianza que depositaron en mi al elegir mi profesión. Quiero que sientan que el éxito obtenido también es suyo y que la fuerza que me ayudó a lograrlo fué su apoyo,

A MIS HERMANOS: Abraham, Enrique, Alma y Blanca. Por todo su apoyo, amor y cariño.

A MIS PROFESORES: Dr. Octavio Noel Pons Alvarez, Dra. Yolanda Valencia Islas y Dr. Juan Espinoza Martínez. Por sus conocimientos transmitidos durante mi formación como Especialista en Medicina Familiar.

Gracias a todo el personal del IMSS, compañeros y amigos que de alguna manera contribuyeron en mi formación, pero; sobre todo... A mis pacientes ya que sin ellos no hubiera sido posible la realización de éste estudio.

**ABORDAJE INTEGRAL EN
FAMILIAS DESNUTRIDAS DE
LA UMF. No. 20 “VALLEJO”**

INDICE

PAGINA

OBJETIVOS.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
HIPOTESIS.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	17
TABLAS Y GRAFICOS.....	21
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	47
ANALISIS ESTADISTICO.....	51
CONCLUSIONES.....	52
RESUMEN.....	54
COMENTARIOS.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	58
ANEXOS.....	61

OBJETIVOS GENERALES

demostrar que los niños desnutridos menores de 5 años de edad, cuando son abordados integral y familiarmente por un equipo multidisciplinario en salud disminuye significativamente la diferencia entre el peso real y el peso ideal.

OBJETIVOS PARTICULARES

1.- Cuantificar la diferencia entre el peso real y el peso ideal en niños desnutridos menores de 5 años de edad, antes y después de un proceso de Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISFA).

2.- Evaluar los conocimientos que tienen las madres con respecto a la alimentación, antes y después de un proceso enseñanza-aprendizaje.

3.- Señalar el grado de anomia de las familias desnutridas antes y después del estudio.

4.- Identificar el grado de funcionalidad familiar mas frecuente en las familias desnutridas antes y después del estudio.

5.- Señalar la edad y el sexo en que es más frecuente la desnutrición en el menor de 5 años de edad.

6.- Evaluar el desarrollo psicomotor en los menores de 5 años de edad.

7.- Identificar los antecedentes personales no patológicos mas frecuentes en las familias desnutridas.

8.- Identificar los antecedentes personales patológicos mas frecuentes en los niños desnutridos menores de 5 años de edad.

9.- Identificar los cuadros incompletos de inmunizaciones.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En todo el mundo la mal nutrición es una de las principales causas de morbimortalidad. Las comunidades donde prevalecen tales situaciones se caracterizan por registrar elevados índices de mortalidad infantil, de mortalidad por enfermedades infecciosas, parasitosis intestinal y al mismo tiempo por peso y talla bajos en sus habitantes.

La desnutrición desde dos aspectos importantes: el individual causado por el déficit alimentario y los estados patológicos concomitantes, así como el familiar y social, debido a los grandes efectos familiares y socioeconómicos dado a esto se clasifica como enfermedad social, forma parte de la patología de la pobreza y no es cuestión de individuos sino de grupos.

Antecedentes históricos

El término de desnutrición es muy general y engloba varios trastornos nutritivos; por ser tan universal y frecuente, ésta condición patológica ha recibido numerosas designaciones en diferentes épocas, por diversos escuelas y autores, tales como: Distrofias (atrofia e hipotrofia), hipotrepisia, atrepisia, disontia, descomposición, subnutrición, marasmo, kwashiorkor o síndrome pluricarenencial infantil.

Estudios experimentales en animales de laboratorio han permitido identificar específicamente las alteraciones producidas cuando se priva de una vitamina la dieta a la que se someten, la escasez del hierro determina anemia hipocrómica, clínicamente hablando es poco frecuente que las carencias sean exclusivas de un solo factor alimentario; sino por el contrario, generalmente son mixtas, múltiples y por lo tanto las manifestaciones son complejas. Es de éste modo como se pueden integrar en una sola designación, desnutrición, situaciones patológicas de diferentes sintomatologías, como son la detención del crecimiento, con déficit en el peso y talla.

Concepto

La desnutrición es un estado deficiente de la nutrición, expresa las con-

diciones patológicas en las que existe un déficit de la ingestión, absorción o aprovechamiento de los alimentos o una situación de consumo o pérdidas exageradas de calorías.

Clasificación

Se clasifica en etiológica de acuerdo al mecanismo de instalación y de acuerdo al déficit ponderal.

Clasificación etiológica: Desnutrición primaria, ésta depende de la inadecuada ingestión cualitativa o cuantitativa de nutrientes. La desnutrición secundaria, es la que obedece a pérdidas calóricas aumentadas o a defectos de la absorción o asimilación, de lo que resulta una desproporción metabólica con catabolismo exagerado o un anabolismo deficiente, no obstante que la ingestión de nutrientes sea satisfactoria. La desnutrición mixta, es la que resulta como consecuencia de la insuficiente ingestión de alimentos y al mismo tiempo existen condiciones patológicas que aumente el desgaste calórico, las excreciones o el catabolismo.

Clasificación de acuerdo al déficit ponderal: Se basa en el dato somatométrico mas importante, el peso del niño; sugerido por Federico Gómez y considera los tres grados de desnutrición de las escuelas francesa y alemana. La desnutrición de primer grado comprende aquella situación en la que en niño pesa 10 - 25 % menos de lo normal. La desnutrición de segundo grado corresponde a niños que pesan del 26 - 40 % menos de lo normal y la desnutrición de tercer grado donde los niños tienen un déficit ponderal de más del 40 % (corresponde al marasmo).

Epidemiología

La desnutrición constituye uno de los problemas mas graves en la población en general a nivel mundial, se observa en todas las etapas de la población infantil, hijos de madres mal alimentadas y desnutridas, así como la ablactación precaria y la insuficiente o nula administración de leche.

En México el 90 % de las desnutriciones son ocasionadas por la subalimentación dada a factores socioeconómicos y culturales. En el 10 % restante se encuentran situaciones secundarias tales como infecciones entericas, prematurez, defectos congénitos, hospitalismo, etc.

Las estadísticas del Hospital infantil de México en 1997 mostraron que de 3,276 desnutridos 1,314 eran de tercer grado y murieron 660 que representaban el 50%, y los 1,007 restantes eran desnutridos de segundo grado de los cuales murieron 249 que representa un 24 %.

Etiopatogenia

Entre la instalación de la inadecuada alimentación y la aparición de las manifestaciones clínicas de carencia, transcurre un tiempo variable, que puede ser corto o largo, según la intensidad del déficit alimentario y del monto de las reservas nutrientes de cada organismo, estas reservas al agotarse traen el empobrecimiento de los tejidos que van sufriendo trastornos primero bioquímicos, después cambios funcionales y, finalmente, alteraciones anatómicas. A veces esta sucesión es de tal manera intensa y rápida que tales trastornos y alteraciones se entrelazan simultáneamente.

En la desnutrición hay baja ingestión de calorías, proteínas y vitaminas y en general todos los nutrientes, estos intervienen en actividades metabólicas y funcionales importantes que pueden llegar a afectar seriamente toda la economía o alguno de sus órganos.

Dependiendo de la carencia de uno o varios nutrientes, de las alteraciones bioquímicas y funcionales y de las manifestaciones clínicas diversas, el denominador común en la desnutrición del niño es la disminución del crecimiento y del desarrollo, lo que es fácil de comprobar con una báscula y una cinta métrica.

Cuadro clínico

De acuerdo a su frecuencia se encuentran: 1. signos universales, 2. signos circunstanciales y 3. signos agregados.

Signos universales: traducen a alteraciones como son la dilución, hipofunción y atrofia, su naturaleza es bioquímica funcional. La dilución comprende aumento de los líquidos extra e intracelulares, es decir; aumento del volumen sanguíneo, del líquido intersticial y relativamente del agua intracelular, dilución de las proteínas plasmáticas, anemia, hipovolemia y edema. La hipovolemia trae a su vez aparejada osmolaridad baja, CO₂ bajo, sugerente de acidosis, hipocalcemia e hipocalcemia, volumen globular restringido y volumen sanguíneo y plasmático alterados. La hipofunción se

revela por disminución de la capacidad enzimática de los jugos pancreáticos e intestinal, deficiencia de disacaridasas, así como pH, acidez menos acentuada del jugo gástrico, disminución del metabolismo basal, hipotonía muscular, disminución de la actividad mental e inhibición afectiva y emocional.

La atrofia se manifiesta por detención del crecimiento: baja de peso y talla, retraso en la osificación, alteraciones tróficas de piel y cabello, hipotrofia muscular, etc.

Los signos circunstanciales están condicionados por el edema, alteraciones vasculares y cutáneas, etc.

Los signos agregados se restringen generalmente en situaciones avanzadas de desnutrición y no dependen propiamente del padecimiento sino más bien del desequilibrio hidroelectrolítico o de las infecciones que la complican.

Síntomas de acuerdo al grado de desnutrición.

Desnutrición de primer grado: El único dato generalmente es el estancamiento del peso, aunque casi no se aprecia adelgazamiento, el niño se muestra llorón, hay alteraciones del sueño, ligera constipación y en ésta etapa las infecciones aún no son fáciles.

Desnutrición de segundo grado: El niño es presa fácil de infecciones, es frecuente la deficiencia de factor B, edemas, hundimiento de fontanelas u ojos, los tejidos del cuerpo pierden turgencia y elasticidad, el niño duerme con los ojos abiertos

Desnutrición de tercer grado: Es la exageración de toda la sintomatología anterior aquí se encuentra el Marasmático (deficiencia calórica) y el Kwashiorkor (deficiencia calórico proteica). El cuerpo se encuentra en competencia bancaria, ojos hundidos; cara pequeña; facie simiesca; prominencias óseas; piel escamosa, arrugada, seca; hiperqueratosis; manifestaciones pelagrosas, hipertróquias, acróquias y discróquias.

Diagnóstico

Es clínico y fácil de realizar, basta con una báscula y una cinta métrica para valorar el peso y la talla, y dependiendo del déficit ponderal se clasifica en alguno de sus tres grados.

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento depende del grado de afección, de la etiopatogénia y de la edad del niño con el objeto de corregir sus orígenes.

Desnutrición de primer grado: El tratamiento es sencillo y rápido, si se trata de subalimentación (90 % de los casos) solo se requiere completar las necesidades energéticas con una dieta apropiada para la edad y los antecedentes, además de estimulación afectiva y emocional. El pronóstico es bueno en el 100 %.

Desnutrición de segundo grado: Se recomienda alimentación de alto valor energético en el menor volumen de la fórmula de 250 - 300 cal/k/d que no provoque vómito, combatir las infecciones, administrar complejo B, ejercicios, en ocasiones transfusiones sanguíneas y estimulación afectiva y emocional. El pronóstico es bueno en el 60 -70 % de los casos si no hay infecciones que lo compliquen.

Desnutrición de tercer grado:

El tratamiento consiste en administrar alimentos de elevado valor energético en pequeño volumen y sin grasas a base de hidrocarbonados y proteínas, tratar las infecciones concomitantes, pero la mayoría de los tratamientos fracasan y cuando el niño ha perdido más del 50% la lucha es desesperada, costosa y casi siempre inútil.

Prevención

El niño es el eslabón final del núcleo familiar y del conglomerado social; en el repercuten inevitablemente todos los defectos sanitarios, económicos, culturales y de funcionalidad familiar. El niño es un ser indefenso que depende de éstas condiciones.

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas o negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad, por lo que la interacción familiar es un factor de influencia en casi todas las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica.

La desnutrición es un campo fértil para el médico familiar, ya que cuenta con elementos de las áreas biológica, psicológica y social para el abordaje integral de la desnutrición.

Consecuencia

En todo el mundo cerca del 70 % de las defunciones de niños de 0 -5 años de edad se deben a enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y enfermedades que se pueden controlar con inmunizaciones, sin embargo; la malnutrición es la causa más importante de éstas defunciones en países en desarrollo ya que existe una elevada prevalencia y sinergismo entre la mal nutrición y la infección en la muerte del niño.

La lucha contra la desnutrición debe ser esencialmente preventiva, pues cuando el mal llega a grados mayores de segundo grado de desnutrición, el costo para salvar a un niño es extraordinario y su organismo queda definitiva y permanentemente afectado para toda la vida en su talla y en sus facultades reaccionales y defensivas.

La detección del paciente desnutrido determina la necesidad de poner en marcha una serie de medidas operativas tendientes a revertir el cuadro. El lugar y tipo de tratamiento a seguir estarán condicionados por la severidad y características propias de cada caso en particular por lo que es aconsejable la labor conjunta de un equipo multidisciplinario (trabajo social, nutriologo, médico, enfermera y psicólogo) ya que todos ellos deben conocer los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y de dinámica familiar del paciente para la solución del problema.

Es obvio que combatiendo la miseria se evitará en un gran porcentaje la desnutrición, pero no está al alcance del médico. Sin embargo, queda el factor ignorancia familiar que si se puede combatir por todos los medios a nuestro alcance, el médico se debe convertir en educador de sus pacientes y los padres aprenden a distinguir a un niño sano del enfermo y de este modo acudir oportunamente a lo servicios de salud.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" existe un modelo llamado Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISFA) el cual ha sido utilizado en el manejo de familiar obesas, diabéticas, hipertensas, etc. con resultados favorables.

Es un proceso educativo-terapéutico, integrador y con medidas predominantemente preventivas que estudia al individuo y a su familia; en tres ejes y en tres momentos y cada eje es el producto de la interacción dialéctica de sus componentes y de toda esta red de interacción obtenemos un momento de diagnóstico integral, resultado de la indagación diagnóstica en el campo de la salud-enfermedad y en los tres ejes: I eje de las esferas: a)

Biológicas, b) psicológicas y c) sociales. II eje de los ámbitos: a) psicosocial o individual, b) sociodinámico o familiar y c) Institucional o situacional. III eje de las funciones: a) asistencial o de servicio, b) Función docente o educativa y c) Función investigadora. Todos estos ejes interrelacionados en tres momentos: 1) Momento diagnóstico, 2) Momento pronóstico y 3) Momento de manejo que incluyen acciones profilácticas, además de curativas o correctivas, esta interacción se entiende por:

Ambito Individual Esfera Biológica: Los elementos de las ciencias naturales del proceso salud enfermedad que condicionan o determinan la desnutrición tales como la edad, peso, talla, sexo, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y no patológicos.

Ambito Individual Esfera Psicológica: los elementos de la ciencia de la conducta que condicionan o determinan la desnutrición, tales como el desarrollo psicomotor.

Ambito Individual Esfera Social: Los elementos de las ciencias sociales que condicionan o determinan la desnutrición tales como: escolaridad, hacinamiento, promiscuidad y tipo de vivienda.

Ambito Familiar Esfera Biológica: Estos elementos del proceso salud enfermedad que condicionan predisposición para la desnutrición son: antecedentes heredofamiliares, edad, sexo, lugar de residencia, escolaridad, ocupación y toxicómanas.

Ambito Familiar Esfera Psicológica: Los elementos de la conducta que pudieron condicionar la desnutrición se contemplaron en el APGAR familiar, midiendo los cinco componentes de este, adaptación, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución.

Ambito Familiar Esfera Social: Dentro de esta esfera los elementos que condicionan la desnutrición son obtenidos de la ficha de identificación de Anomia y ficha de repercusiones de los ámbitos laboral familiar y social.

En las funciones:

Asistencia: Atención médica brindada a la familia desnutrida, en donde se abordan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo y la familia.

Docencia: Es un proceso de enseñanza-aprendizaje, planificado y estructurado, dirigido a las familias que tiene el propósito de modificar sus pautas de conducta.

Investigación: Es el proceso de salud-enfermedad seleccionando el ámbito y la unidad de abordaje que es la familia apoyado en los conocimientos o marco teórico disponible.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición es un problema de salud pública importante a nivel mundial sobre todo en los países en vías de desarrollo, además, es un problema de etiología y manifestaciones múltiples. En la actualidad existen múltiples programas para su tratamiento y prevención sin embargo aún existe población desaturada y secuelas de esta enfermedad, por tal motivo se aborda al individuo y a su familia desde el punto de vista biológico, psicológico, social y por un equipo multidisciplinario. Dado lo anterior nos preguntamos:

¿ Disminuye significativamente la diferencia entre el peso real y el peso ideal de los niños desnutridos, menores de 5 años de edad, cuando son abordados integral y familiarmente por el equipo multidisciplinario de salud?

HIPOTESIS

Hi (ALTERNATIVA). Los niños desnutridos menores de 5 años de edad cuando son abordados integral y familiarmente por el equipo multidisciplinario, disminuye significativamente la diferencia entre el peso real y el peso ideal.

Ho (DE NULIDAD). Los niños desaturdidos menores de 5 años de edad cuando son abordados integral y familiarmente por el equipo multidisciplinario, no disminuye significativamente la diferencia entre el peso real y el peso ideal.

MATERIAL Y METODOS

Características del estudio:

Prospectivo: En base a la captura de la información.

Experimental: Por el manejo que se realiza sobre la variable independiente con un proceso enseñanza aprendizaje.

Longitudinal: Por la evolución del fenómeno que se estudia.

Comparativo: Por la contrastación entre el grupo de estudio y el grupo control.

Se realizó un ensayo clínico controlado en familias con niños desnutridos menores de 5 años de edad que no presentaran ninguna patología crónica o malformación congénita, éstas fueron seleccionadas de las familias derivadas a trabajo social por el medico familiar durante el periodo de abril a diciembre de 1998.

Procedimiento de recolección:

El universo de trabajo, estuvo constituido por 36 familias, con niños menores de 5 años de edad, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios:

Inclusión:

Familias con niños destinados de ambos sexos, menores de 5 años de edad, y en cualquier grado de desnutrición, de la UMF 20 "Vallejo".

No Inclusión:

Familias con niños desnutridos que presentaron patología secundaria o defecto congénito que condicione desnutrición.

Exclusión:

Familias que cambiaron de adscripción durante el estudio.

Familias que durante el estudio se divorciaran, abandono o muerte de alguno de los cónyuges.

Familias que por alguna razón decidieran abandonar el estudio.

Sistema de Muestreo

Mediante previo acuerdo con los médicos familiares de la consulta externa de la UMF No. 20 se captaron a todos los niños menores de 5 años de edad, ambos sexos que cumplan con los criterio de inclusión y previa aceptación por parte de sus familias de participar en el estudio y formar parte grupo. Posteriormente se reunieron en el auditorio de la unidad con la finalidad de aplicar un cuestionario preevaluatorio a las madres y verificar el grado de conocimientos a cerca de la desnutrición antes del inicio del curso (VID. INFRA CUESTIONARIO No.1). Se les realizó somatometría (peso y talla) que se compararon con las tablas de Ramos Galván para medir el peso en Kgs con respecto al ideal en kgs, y conocer el grado de desnutrición en que se encontraban.

Método

Se inició el Abordaje Integral de la Salud Familiar con:

1.- Diagnostico Integral.

Diagnostico Individual Asistencial de la Esfera Biológica. Se realizó mediante una historia clínica con los siguientes apartados: ficha de identificación, peso y talla al nacimiento, peso y talla actual, edad, sexo, antecedentes heredofamiliares, antecedentes de desnutrición en la familia, defunciones por desnutrición, padecimientos que condujeran a desnutrición, antecedentes personales no patológicos, hábitos higiénico dietéticos, inmunizaciones, antecedentes personales patológicos, infecciones intestinales y respiratorias frecuentes. (VID. INFA ANEXO 1).

Diagnostico Asistencial Individual de la Esfera Psicológica. Se realizó mediante la evaluación del desarrollo psicomotor con los siguientes apartados: edad en que sostiene la cabeza, cuando manifestó la sonrisa social, monosílabos Da da, mama, edad a la que gatea, edad a la que se sienta, edad

a la que camina, edad a la que se sostiene en un solo pie, edad a la que sube escaleras. (VID. INFRA ANEXO 1).

Diagnóstico Asistencial Individual Social. Se efectuó mediante una ficha de detección de Anomia, la cual exploró escolaridad, hacinamiento, promiscuidad, tipo de vivienda y tenencia. A la cual se le dió una calificación de 10 puntos si la respuesta es afirmativa y 0 puntos si es negativa. Considerando sin afección las familias calificadas con 0 puntos, con afección leve de 10 - 30 puntos, con afección moderada entre 40 - 60 puntos y afección severa de 70 -100 puntos. (VID: INFRA ANEXO 2).

Diagnóstico Asistencial Familiar Biológico. Se configuró con los datos obtenidos en los antecedentes heredo-familiares de la historia clínica, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, antecedentes de desnutrición, defunciones por desnutrición, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. (VID. INFRA ANEXO 4).

Diagnóstico Asistencial Familiar Social. Se efectuó a través de una ficha para identificación de anomia y una para medir la repercusión del ámbito laboral, familiar y social de la enfermedad, la ficha de anomia contempló la edad, escolaridad, estado civil, ocupación, alfabetización, religión de la madre, ingreso mensual familiar. La ficha de repercusión exploraba: abandono, cambio de trabajo, modificación de las relaciones laborales, cambios en la relación de pareja, y cambios en la interacción social, calificándose cada variable cuando era afirmativo con 10 puntos y negativo con 0 puntos, considerando a las familias sin afección con 0 puntos, afección leve de 10 - 30 puntos, afección moderada 40 - 60 puntos y afección severa de 70 - 100 puntos. (VID. INFRA ANEXO 2 y 3).

Diagnóstico Docente Familiar. Se realizó a través de la aplicación de una evaluación de opción múltiple para medir los conocimientos sobre la nutrición en menores de 5 años de edad, el cual fué aplicado a la madre de familia. Este consistió en 10 reactivos con calificación de 1 punto por cada reactivo considerando a la familia con conocimientos adecuados con una puntuación de 7 - 10 puntos, con pocos conocimientos de 4 - 6 puntos y nulos conocimientos de 0 - 3 puntos. (VID. INFRA CUESTIONARIO 1).

Manejo Integral

El manejo integral se dio en dos instancias:

1.- En la instancia educativa: se dividió en 12 sesiones, una sesión por semana, los días jueves de 10:00 - 13:00 hrs, en el lugar que ocupa el auditorio de la UMF No. 20 "Vallejo".

2.- La instancia terapéutica se dió también en el transcurso del estudio, una vez realizados los diagnósticos biológicos, psicológicos y sociales a cada una de las familias.

Primera sesión: En ésta se realizó la presentación del grupo multidisciplinario integrado por un médico residente de medicina familiar, un nutriólogo, una trabajadora social, un odontólogo y una enfermera. Se realizó una evaluación a las madres de familia a cerca de los conocimientos sobre la desnutrición y la alimentación, posteriormente trabajo social aplica una técnica de socialización grupal para mejorar la interacción personal de los participantes y así disminuir los miedos básicos, se inicia posteriormente por parte del médico con el tema introducción a la desnutrición y finalmente en conjunto con el servicio de nutrición se realiza la medición de peso y talla a los menores de 5 años y de éste modo saber el grado de desnutrición de los mismos.

Segunda sesión: Estuvo a cargo del médico y la nutrióloga con los temas: importancia de la alimentación para una buena salud y desnutrición infantil, sus causas y la sintomatología. Se aplican cuestionarios para evaluar anomia y funcionalidad familiar.

Tercera sesión: Estuvo a cargo del médico, nutrióloga y trabajo social con los temas: crecimiento y desarrollo, características de una alimentación equilibrada, grupos de alimentos y sus valores nutritivos, concluye trabajo social con la aplicación de un taller de emociones.

Cuarta sesión: Estuvo a cargo del médico, odontóloga y trabajo social con los temas alimentación infantil, alimentación al seno materno, tecnicas y leyes de la alimentación, higiene personal y de los alimentos. Dentición,

higiene dental, aplicación tópica de fluor y detección de caries dental, concluye trabajo social con los temas transmisión de afecto y su importancia.

Quinta sesión: Estuvo a cargo del médico, nutrióloga y enfermera con los temas: Ablactación y destete, educación nutricional a padres y esquemas de vacunación en menores de 5 años, vías de administración, edad de aplicación y la importancia de las vacunas.

Sexta sesión: A cargo del médico y trabajadora social que en forma conjunta se abordan los temas de dinámica familiar y comunicación humana donde se señalan las funciones de la familia, distribución de roles y la importancia de una buena comunicación.

Septima sesión: A cargo de médico y nutrióloga con los temas: características de una alimentación equilibrada y alimentación familiar.

Octava sesión: Estuvo a cargo del médico y trabajadora social con los temas: paternidad responsable (planificación familiar, escuela para padres e instituciones de apoyo, se proyecta película " importancia de la estimulación temprana ."

Novena sesión: Se lleva a cabo por el servicio de nutrición con un taller de alimentos, en donde se les enseña a los padres a la preparación de la soya (leche, carne, pan, chorizo, yoghurt, harina para tamales, tortillas, etc) y se distribuyen tareas de preparación de alimentos.

Decima sesión: Estuvo a cargo de médico, trabajo social y nutrición con los temas: El ejercicio como complemento de una alimentación adecuada, técnica de socialización y supervisión de tareas.

Onceava sesión: Se realiza evaluaciones finales de conocimientos de la desnutrición, funcionalidad familiar y grado de anomia. observandose mejores resultados.

Doceava sesión: Se reúne el equipo multidisciplinario y se evalúa a cada niño desnutrido, así; como a su familia. Se realiza medición final del peso y talla, así como la entrega de constancias a las familias participantes.

PRESENTACION DE RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo con un total de 36 familias desnutridas del cual se formó un grupo para realizar la investigación comparativa antes y después, comprendido durante el periodo de abril a diciembre de 1998. Este grupo se subdividió en 4 subgrupos según la edad en meses del desnutrido, con una amplitud de clase de 12 meses, quedando de la siguiente manera:

Subgrupo 1: de 0 - 23 meses de edad. 13 casos con un rango de 10 - 23 meses, con una amplitud de 0 - 23 meses, una moda de 10 meses, un promedio de 19.7 meses y una distribución por sexo de 5 hombres (13.8%), y 8 mujeres (22.21%). Lo que representa el 36.09 % de la población estudiada, representando el mayor número de familias desnutridas. (VID: INFRA CUADRO Y GRAFICA 1).

Subgrupo 2: de 24 - 35 meses de edad. 8 casos, con un rango de 24 - 31 meses, una amplitud de clase de 24 - 35 meses, una moda de 27 meses, un promedio de 27.7 meses y una distribución por sexo de 4 hombres (11.11%) y 4 mujeres (11.11%) lo que representa el 22.22 % de la población. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICA 1).

Subgrupo 3: de 36 - 47 meses. 6 casos, con un rango de 36 - 46 meses, una amplitud de 36 - 47 meses, una moda de 38 meses, un promedio de 40.8 meses y una distribución por sexo de 1 hombre (2.7%), y 5 mujeres (13.8%) lo que representa un 16.6 % de la población total. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 1).

Subgrupo 4: de 48 - 59 meses. 9 casos con un rango de 50 - 59 meses, una amplitud de 48 - 59 meses y una distribución por sexo de 5 hombres (13.8%), y 4 mujeres (11.11%) lo que representa un 24.9 % de la población estudiada. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 1).

Al considerarse el peso corporal, los subgrupos obtenidos fueron los siguientes:

Subgrupo 1: Con un rango de 3.7 kgs. moda de 9.8 kgs, con un peso promedio al inicio de 8.5 kgs y un peso promedio al final de 10.03 kgs. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 2).

Subgrupo 2: Con un rango de 1.7 kgs, una moda de 11 kgs, con un peso promedio antes de 11.2 kgs y un peso promedio despues de 12.06 kgs. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICA 2).

Subgrupo 3: rango de 2 kgs, una moda de 12.5 kgs, un peso promedio al inicio de 12.6 kgs y al final de 13.7 kgs. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 2).

Subgrupo 4: Con un rango de 5 kgs, una moda de 15 kgs, un peso promedio al inicio de 14.3 kgs y al final un peso promedio de 15.3 kgs. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 2).

Encontramos que el peso promedio total al inicio fué de 55.21 kgs y al final un peso promedio total de 61.25 kgs con una diferencia promedio de 6.04 kgs. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 2).

En lo que corresponde a los conocimientos evaluados a cerca de la desnutrición, tenemos que al inicio del estudio, 20 casos (55.55%) tenían conocimientos nulos, 8 casos (22.22%) tenían pocos conocimientos y 8 (22.22%) tenían conocimientos adecuados. Al final del estudio, 35 familias (97.22%) tenían conocimientos adecuados y solo una persona (2.7 %) tuvo pocos conocimientos. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 4).

Con respecto al APGAR Familiar, al inició solo había 22 familias funcionales (61 %), 12 eran moderadamente funcional (33.3 %) y dos familias (5.5%) severamente disfuncional. Al finalizar el estudio habían 26 familias funcionales que representa el 72.2%, 9 familias moderadamente funcional (25%) y solo una familia severamente disfuncional (2.7%). (VID INFRA CUADRO Y GRAFICO 5).

En la valoración del Desarrollo Psicomotor del total de las familias se encontró a 31 familias normales y representan el 86.1% y 5 familias con desarrollo psicomotor anormal (13.8%). (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 6).

En los antecedentes heredofamiliares de desnutrición se encontró 10 familias con antecedentes (27.7%) y 26 familias (72.2%) sin antecedentes. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 7).

En los antecedentes personales no patológicos se observó a 7 familias con tabaquismo (19.44%), alcoholismo en 8 familias (22.22%) y 21 familias sin antecedentes (58.33%) del total de la población estudiada. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 8).

Con respecto a las familias con inmunizaciones se encontro que 34 familias (94.44%) tenían esquema completo de vacunaciones y 2 familias (5.5%) tenían esquema incompleto. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICA 9)

En las familias desnutridas con antecedentes patológicos de desnutrición se encontró que 26 familias (72.2%) no tenían antecedentes y 10 familias (27.7%) tenían antecedentes de desnutrición. (VID INFRA CUADRO Y GRAFICA 10).

En las familias con antecedentes personales patológicos de infecciones gastrointestinales y respiratorias se encontró, 11 familias (30.55%) a las infecciones de vías respiratorias superiores, 11 familias (30.55%) infecciones del tracto intestinal y 14 familias (38.8%) sin antecedentes. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICA 11).

Con lo que respecta al grado nutricional al inicio y final de estudio se observó lo siguiente: Al inicio del estudio había 33 familias (91.66%) con

desnutrición grado I, 3 familias (8.33%) con desnutrición grado II. no se captaron familias con desnutrición de tercer grado. Al final del estudio solo habian 8 familias (22.27%) con desnutrición grado I y con deficit cercano al 10% de peso y solamente un niño con desnutrición grado II (2.7%) y 27 familias (75%) habian logrado el peso ideal.

Cabe señalar que los niños que no alcanzaron el peso ideal, se encontraban en un déficit importante de desnutrición, fueron las familias economicamente mas desprotegidas y familiarmente más disfuncionales, sin embargo; se apreció una aceleración importante de su velocidad de crecimiento, de esta manera disminuyó la diferencia entre el peso real y el ideal. (VID INFRA CUADRO Y GRAFICO 12).

Los resultados obtenidos de las familias desnutridas y el grado de anomia fueron los siguientes: Al inicio del estudio contabamos con 2 familias (5.55%) con afección severa, 9 familias (25%) con afección moderada, 12 familias (33.33%) con afección leve y 13 familias (36.11% sin afección). Al final del estudio encontramos 9 familias (25%) con afección leve y 21 familias (58.33%) sin afección. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 13).

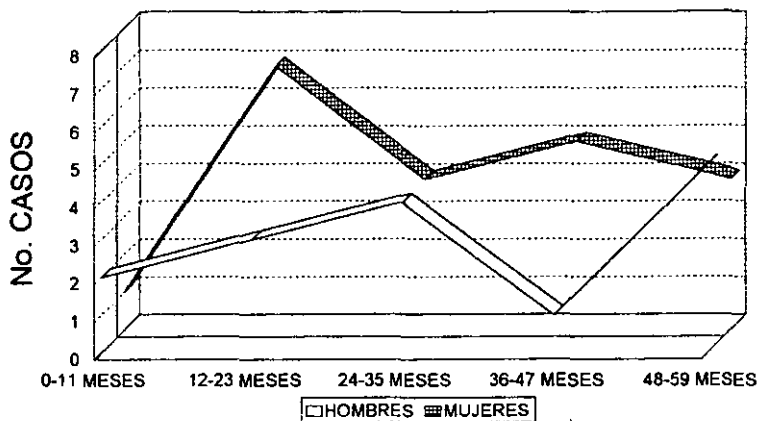
CUADRO 1

FAMILIAS, SEGUN EDAD Y SEXO DEL NIÑO DESNUTRIDO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 VALLEJO
 ABRIL-DICIEMBRE 1998.

EDAD EN MESES	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-11 MESES	2	5.55	1	2.77	3	8.32
12-23 MESES	3	8.33	7	19.44	10	27.77
24-35 MESES	4	11.11	4	11.11	8	22.22
36-47 MESES	1	2.77	5	13.88	6	16.65
48-59 MESES	5	13.88	4	11.11	9	24.99
TOTAL	15	41.64	21	58.31	36	100

GRAFICA 1

FAMILIAS SEGUN EDAD Y SEXO DEL NIÑO
DESNUTRIDO EN LA UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998



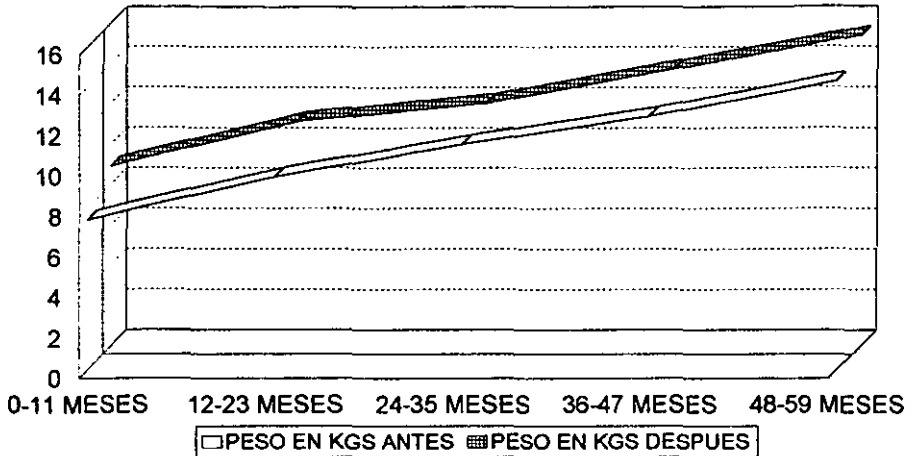
CUADRO 2

FAMILIAS CON NIÑOS DESNUTRIDOS SEGUN PESO PROMEDIO POR GRUPO DE EDAD ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO UMF 20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998.

EDAD EN MESES	PESO EN KGS ANTES	PESO EN KGS DESPUES	DIFERENCIA ANTES Y DESPUES TOTAL
0-11 MESES	7.48	8.92	1.44
12-23 MESES	9.59	11.16	1.57
24-35 MESES	11.22	12.06	0.84
36-47 MESES	12.61	13.74	1.13
48-56 MESES	14.31	15.37	1.06
TOTAL	55.21	61.25	6.04

GRAFICA 2

FAMILIAS CON NIÑOS DESNUTRIDOS SEGUN PESO PROMEDIO
 POR GRUPO DE EDAD ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO UMF 20
 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



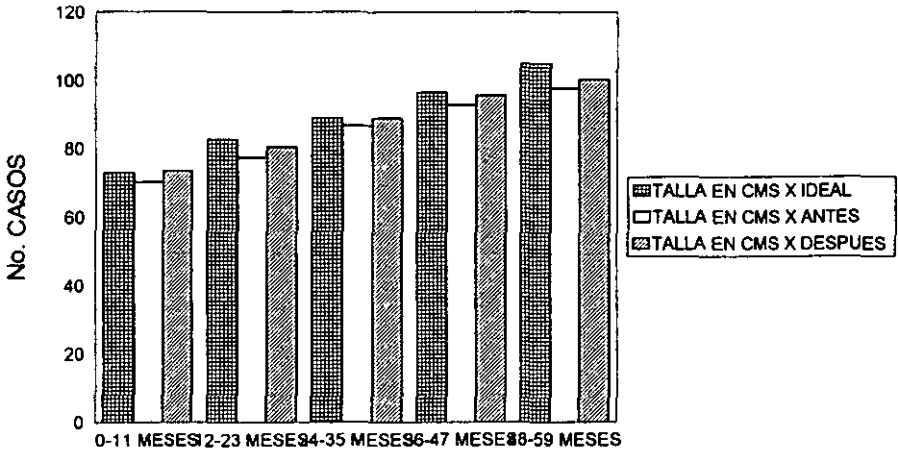
CUADRO 3

FAMILIAS CON NIÑOS DESNUTRIDOS CON TALLA PROMEDIO POR GRUPO DE EDAD
 ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO UMF 20 VALLEJO
 ABRIL-DICIEMBRE 1998.

EDAD EN MESES	TALLA EN CM X IDEAL	TALLA EN CM X ANTES	TALLA EN CM X DESPUES
0-11 MESES	73.00	70.30	73.50
12-23 MESES	82.76	77.50	80.50
24-35 MESES	88.96	86.75	89.00
36-47 MESES	96.55	92.91	95.66
48-59 MESES	104.95	97.66	100.38
TOTAL	89.24	85.02	87.80

GRAFICA 3

FAMILIAS CON NIÑOS DESNUTRIDOS CON TALLA PROMEDIO
 POR GRUPO DE EDAD ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO UMF 20
 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



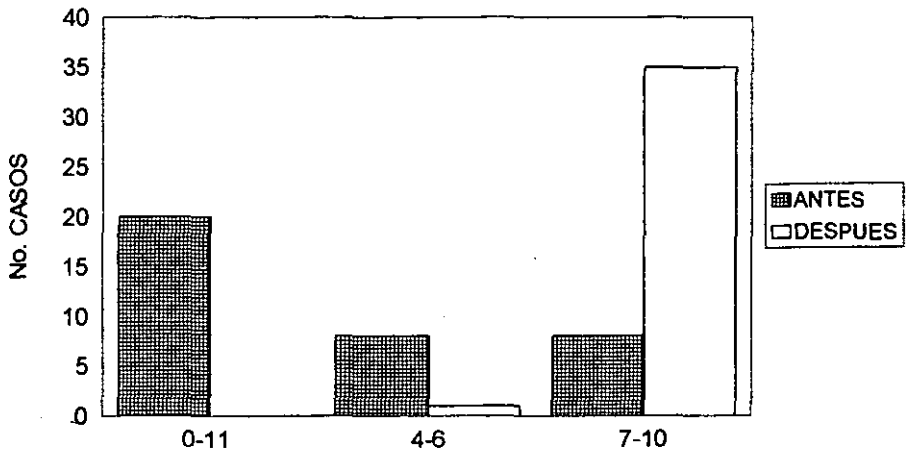
CUADRO 4

FAMILIAS DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE LA DESNUTRICION ANTES Y
DESPUES DEL ESTUDIO UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998.

GRADO DE CONOCIMIENTO	No.PERSONAS ANTES	%	No.PERSONAS DESPUES	%
0-11 PUNTOS CONOCIMIENTOS NULOS	20	55.55	0	0.00
4-6 PUNTOS POCOS CONOCIMIENTOS	8	22.22	1	2.77
7-10 PUNTOS CONOCIMIENTOS ADECUADOS	8	22.22	35	97.22
TOTAL	36	100	36	100

GRAFICA 4

FAMILIAS DE ACUERDO A CONOCIMIENTO DE LA DESNUTRICION
ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998



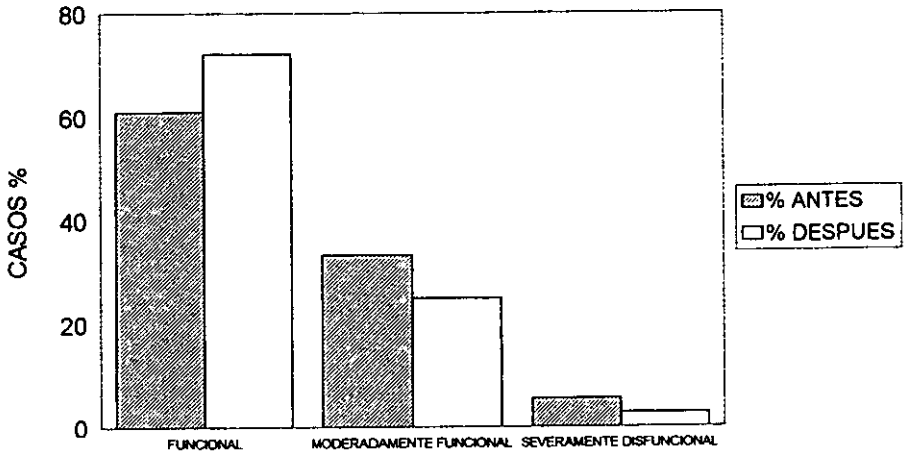
CUADRO 5

FAMILIAS DESNUTRIDAS DEACUERDO AL APGAR FAMILIAR AL INICIO Y FINAL
DEL ESTUDIO UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998.

PUNTUACION	TIPO DE FAMILIAS	No.FAMILIAS ANTES	%	No.FAMILIAS DESPUES	%
7-10	FUNCIONAL	22	61.00	26	72.22
4-6	MODERADAMENTE FUNCIONAL	12	33.33	9	25.00
0-3	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	2	5.55	1	2.77
TOTAL		36	100	36	100

GRAFICA 5

FAMILIAS DESNUTRIDAS DEACUERDO AL APGAR FAMILIAR AL INICIO Y FINAL DEL ESTUDIO UMF 20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



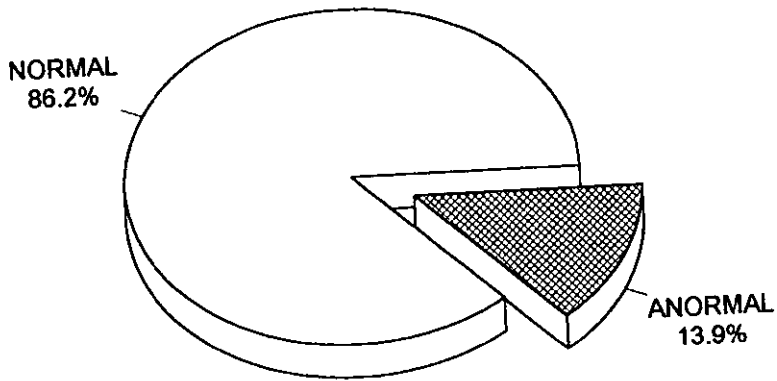
CUADRO 6

FAMILIAS DESNUTRIDAS SEGUN VALORACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998.

DESARROLLO PSICOMOTOR	No. FAMILIAS	%
NORMAL	31	86.10
ANORMAL	5	13.80
TOTAL	36	100

GRAFICA 6

FAMILIAS DESNUTRIDAS SEGUN VALORACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR UMF
20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



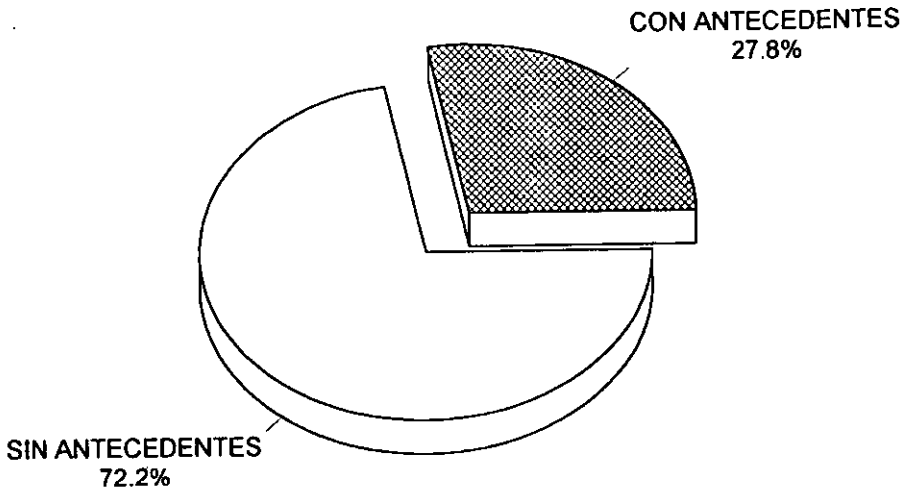
CUADRO 7

FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE
DESNUTRICION UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS DE DESNUTRICION	No. FAMILIAS	%
CON ANTECEDENTES	10	27.77
SIN ANTECEDENTES	26	72.22
TOTAL	36	100

GRAFICA 7

**FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE
DESNUTRICION UMF 20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998**



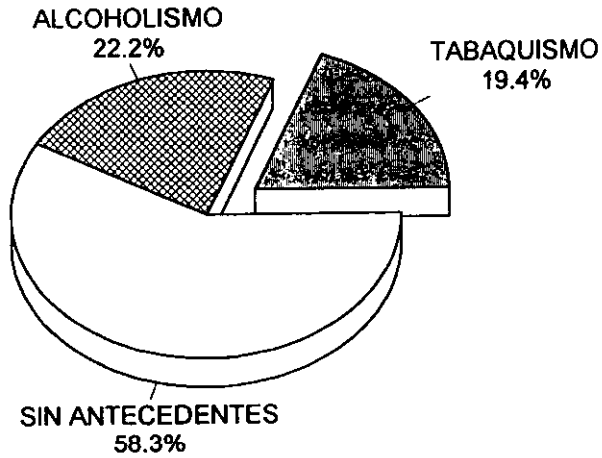
CUADRO 8

FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS DE
ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	No. FAMILIAS	%
TABAQUISMO	7	19.44
ALCOHOLISMO	8	22.22
SIN ANTECEDENTES	21	58.33
TOTAL	36	100

GRAFICA 8

FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS DE ALCOHOLISMO Y
TABAQUISMO UMF 20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



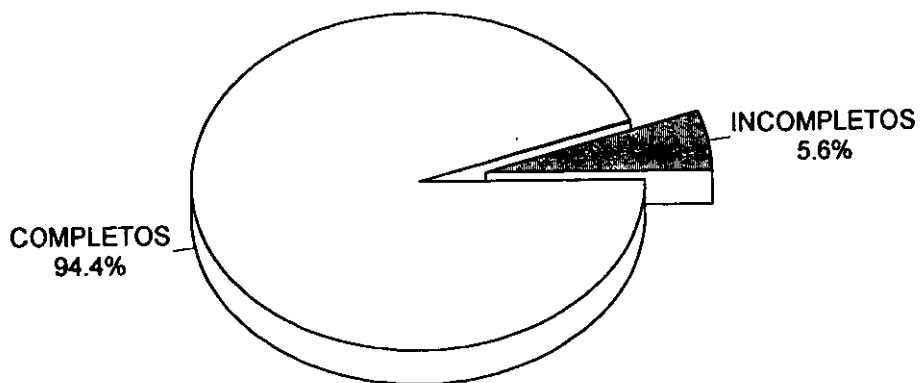
CUADRO 9

FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ESQUEMA DE INMUNIZACIONES INCOMPLETO
UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998.

CUADRO DE INMUNIZACIONES	No. FAMILIAS	%
INCOMPLETOS	2	5.55
COMPLETOS	34	94.44
TOTAL	36	100

GRAFICA 9

FAMILIAS DESNUTRIDAS DEACUERDO A ESQUEMA DE INMUNIZACION UMF 20
VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



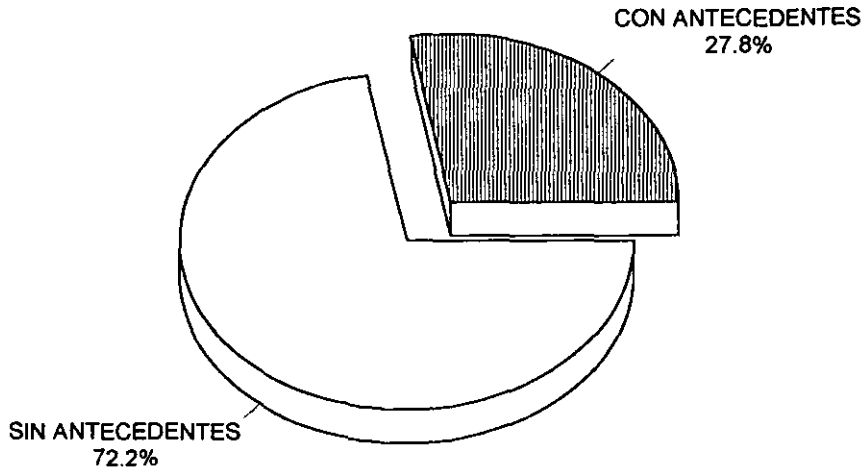
CUADRO 10

FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE DESNUTRICION
UMF 20 VALLEJO
ABRIL-DICIEMBRE 1998.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE DESNUTRICION	No. FAMILIAS	%
CON ANTECEDENTES DE DESNUTRICION	10	27.77
SIN ANTECEDENTES DE DESNUTRICION	28	72.22
TOTAL	38	100

GRAFICA 10

FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE DESNUTRICION UMF
20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



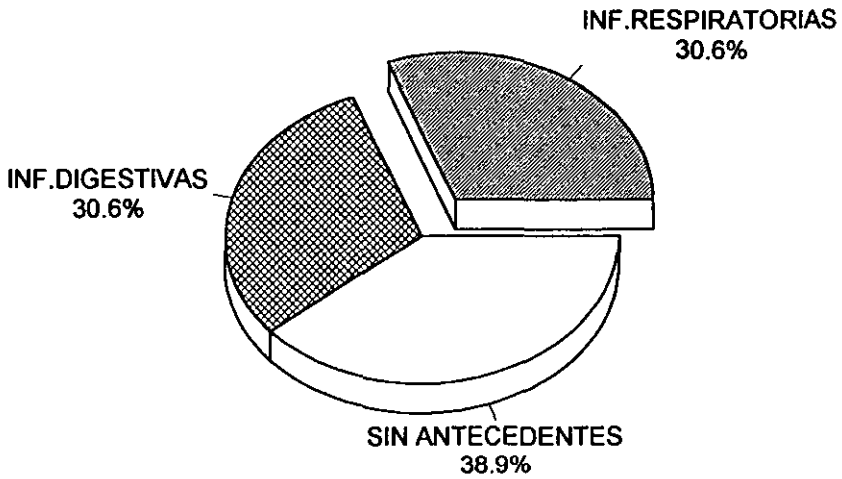
CUADRO 11

FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS FRECUENTES UMF 20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	No. FAMILIAS	%
INFECCIONES RESPIRATORIAS	11	30.55
INFECCIONES DIGESTIVAS	11	30.55
SIN ANTECEDENTES	14	38.88
TOTAL	36	100

GRAFICA 11

FAMILIAS DESNUTRIDAS CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS UMF 20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



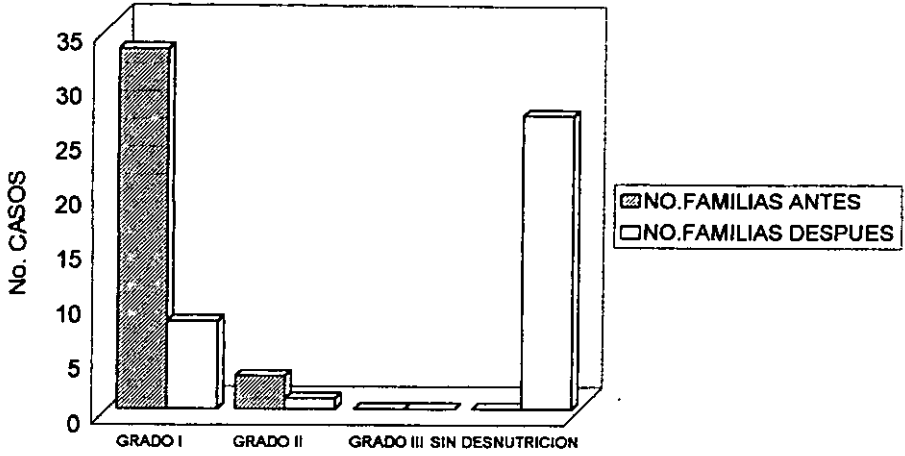
CUADRO 12

FAMILIAS Y GRADO DE DESNUTRICION ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO
 UMF 20 VALLEJO
 ABRIL-DICIEMBRE 1998.

GRADO NUTRICIONAL	No. FAMILIAS ANTES	%	No. FAMILIAS DESPUES	%
10-24% DESNUTRICION GI	33	91.66	8	22.22
25-39% DESNUTRICION GII	3	8.33	1	2.77
> 40% DESNUTRICION GIII	0	0	0	0.00
SIN DESNUTRICION	0	0	27	75.00
TOTAL	36	100	36	100

GRAFICA 12

FAMILIAS Y GRADO DE DESNUTRICION ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO UMF 20
VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



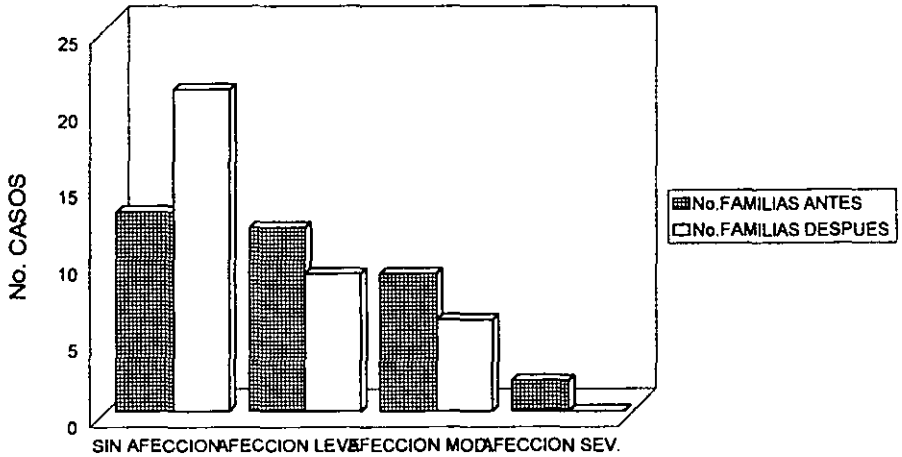
CUADRO 13

FAMILIAS DESNUTRIDAS Y GRADO DE ANOMIA ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO
 UMF 20 VALLEJO
 ABRIL-DICIEMBRE 1998.

PUNTUACION	No. FAMILIAS ANTES	%	No. FAMILIAS DESPUES	%
0 PUNTOS SIN AFECCION	13	36.11	21	58.33
10-30 PUNTOS AFECCION LEVE	12	33.33	9	25.00
40-60 PUNTOS EFECCION MODERADA	9	25.00	6	16.66
70-100 PUNTOS AFECCION SEVERA	2	5.55	0	0.00
TOTAL	36	100	36	100

GRAFICA 13

FAMILIAS DESNUTRIDAS Y GRADO DE ANOMIA ANTES Y DESPUES DEL ESTUDIO UMF
20 VALLEJO ABRIL-DICIEMBRE 1998



ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se estudió un total de 36 familias desnutridas, dentro de las cuales predominó el sexo femenino con 21 casos (58.3%) entre los 10 y 59 meses de edad, y el sexo masculino con 15 casos (41.6%), esta relación en la literatura se refiere siempre mayor para el sexo femenino, en donde se refiere una relación 2:1 y se comprueba con lo observado en el presente estudio. (VID. SUPRA CUADRO Y GRAFICO 1).

En el segundo indicador que es el peso se observó un predominio de la desnutrición de primer grado, 33 familias (91.6%) y 3 familias (8.3%) con desnutrición de segundo grado, predominante también en el sexo femenino, predominando la desnutrición en el rango de edad de los 10 - 23 meses de edad y que corresponde a 13 familias (36.09%) del total de la población estudiada. Los niños que no alcanzaron el peso ideal seguramente fué por que se encontraban con un déficit en su límite superior y fueron las familias económica y socialmente más desprotegidas, sin embargo; el estudio mostró un incremento en la velocidad de crecimiento al relacionar su peso ideal promedio antes y despues del estudio. (VID. SUPRA CUADRO Y GRAFICO 2).

En lo que respecta a la talla. está se modificó en forma minima, se observó la talla promedio antes y fué de 85.02 cm. en relación con la talla promedio despues que fué de 87.8 cm., con una diferencia promedio de 2.7 cms. Lo cual tiene relación con la literatura que la talla se incrementa conforme a la edad. (VID SUPRA CUADRO Y GRAFICO 3).

Se aplicó una evaluación de opción multiple que constó de 10 reactivos con valor de un punto por reactivo con el proposito de evaluar el conocimiento de las madres antes y despues del estudio. Al inició se encontró que 20 familias (55.5%) tenían conocimientos nulos, 8 familias (22.2%) con pocos conocimientos y 8 familias (22.2%) con conocimientos adecuados. Como podemos observar el factor ignorancia familiar es importante para la aparición de la desnutrición, aunado a la cultura alimentaria de cada grupo familiar en particular, sin embargo; estos factores pueden modificarse.

mediante un proceso enseñanza-aprendizaje, lo que se pudo comprobar con los grupos estudiados. Al final de estudio encontramos a 35 familias (97.2%) y únicamente a una familia (2.7%) con pocos conocimientos. (VID. INFRA CUADRO Y GRAFICO 4).

En las familias desnutridas se evaluó la funcionalidad familiar, observándose al inicio 22 familias funcionales (61%), 12 familias (33.3 %) moderadamente funcional y 2 familias (5.5%) severamente disfuncional. Es conocido que la interacción familiar es un factor de influencia en casi todas las enfermedades, los problemas económicos, la psicopatología parental conducen a trastornos en la conducta del niño, condición que mejoraría si el niño viviera en una familia más armónica. Lo cual tiene relación con el análisis final del APGAR familiar. Al final del estudio encontramos 26 familias funcionales (72.2%), moderadamente funcional (25%) y solo una familia con disfuncionalidad severa (2.7%) (VID.SUPRA CUADRO Y GRAFICO 5).

Se valoró el Desarrollo Psicomotor en las 36 familias desnutridas, donde se encontro a 31 familias (86.1%) con desarrollo psicomotor normal y 5 familias (3.8%) con desarrollo psicomotor anormal. En la actualidad se acepta que paralelamente al estado privativo de carácter bioquímico que afecta al organosmo va también, una privación de afecto emocional, cognoscitivo y social, lo que explica en estas cinco familias en retraso del desarrollo psicomotor. (VID. SUPRA GRAFICO Y CUADRO 6).

En lo que se refiere a los antecedentes heredofamiliares de desnutrición encontramos 10 familias (27.7%) con antecedentes y 26 familias (72.2%) sin antecedentes. Los pacientes con antecedentes de desnutrición también mostraron un grado mayor de desnutrición en este estudio, lo cual tiene relación con la cultura familiar, los hábitos higiénicos y dietéticos deficientes. (VID. SUPRA CUADRO Y GRAFICO 7).

Las toxiconanias son la génesis de muchas enfermedades, no siendo la excepción como repercusión en los menores de 5 años de edad. En éste estudio se encontró tabaquismo positivo en 7 familias (19.4%), el alcoholismo en 8 familias (22.2%), y 21 familias sin antecedentes de toxicomanias. Se sabe que un tipo de toxicómania conduce a otro a su vez estás influyen en la dinámica familiar, empeorando la ignorancia, responsabilidad parental, el cuidado del niño y repercute en la economía

familiar lo que priva de nutrientes y afecto al niño conduciendo a la desnutrición. (VID. SUPRA CUADRO Y GRAFICO 8).

Al investigar los esquemas de vacunación se encontró que 34 familias (94.45) tenían esquema completo y que 2 familias (5.5%) tenían esquema incompleto. Esto sin duda es un factor importante ya que nos traduce a falta de cuidado de los padres o a la posibilidad de que el niño haya estado expuesto a alguna patología y esto contribuya a la presentación de un cuadro de desnutrición. (VID. SUPRA CUADRO Y GRAFICO 9).

En cuanto a los antecedentes patológicos de desnutrición se encontró a 10 familias con antecedentes de desnutrición que representan el 27.7% y 26 familias (72.22%) sin antecedentes, lo cual tiene una relación directa con la cultura familiar y los malos hábitos higiénicos y dietéticos. (VID. SUPRA CUADRO Y GRAFICO 10).

Al investigar los antecedentes patológicos de infecciones respiratorias y digestivas se encontró lo siguiente: 11 familias (30.5 %) con antecedentes de infección de vías respiratorias frecuentes, 11 familias (30.5%) con antecedentes de infecciones digestivas frecuentes, y 14 familias (38.8%) sin antecedentes de infecciones frecuentes. La literatura menciona una desaceleración del crecimiento en relación a las infecciones frecuentes. Esta desaceleración del crecimiento se ha atribuido a menudo a que los alimentos utilizados para el destete tienen una densidad energética inadecuada, a la influencia del peso al nacimiento y con ello a la elevada incidencia de enfermedades infecciosas. (VID. SUPRA CUADRO Y GRAFICO 11).

Se observó con respecto al grado de desnutrición lo siguiente: al inicio del estudio había 33 familias (91.3 %) con desnutrición grado I y 3 familias (8.3%) con desnutrición grado II. Al final del estudio solamente había una familia (2.7%) con desnutrición grado II, 8 familias (2.7%) con desnutrición grado II y 27 familias (75%) sin desnutrición. Se pudo observar una relación directa de los antecedentes personales patológicos y de privación social.

Los niños que persistieron con algún grado de desnutrición continuaron en seguimiento por su médico familiar y el servicio de nutrición, cabe mencionar que el déficit fue menor que el que tenían al inicio del estudio en relación a su promedio ideal.

El grado de anomia también se vió favorecido al final des estudio ya que al inicio habia solo 13 familias sin afección (36.115) y al final eran 21 familias (58.33%) sin afección. (VID. SUPRA CUADROS Y GRAFICOS 12 Y 13).

ANALISIS ESTADISTICO

Para evaluar los resultados en el análisis estadístico. Se aplicó la prueba de comparación de dos muestras no independientes (prueba de Mc. Nemar) observandose un valor de Error Estandar. E.E. = 2.7 con una $P < 0.05$ que se interpreta con un nivel de confianza del 95%.

Lo cual significa que las desviaciones del peso real y el peso ideal, despues del estudio son estadísticamente significantes, en relación a las desviaciones del promedio entre el peso ideal y el peso real antes del estudio ya que estas diferencias se explican por el azar en menos del 5%.

Por lo que ésta diferencia se debe al Abordaje Integral de la Salud Familiar.

CONCLUSIONES

Cuando los niños desnutridos menores de 5 años de edad, son abordados integral y familiarmente por un equipo multidisciplinario de salud, disminuyen significativamente la diferencia entre el peso real y el peso ideal.

En relación a la diferencia entre el peso real y el peso ideal. Antes del estudio teníamos un peso real promedio de 11 kgs e ideal de 13.4 kgs y después del estudio un peso promedio real de 12.25 kgs e ideal de 13 kgs, con un E. E. = 2.7, obteniéndose una $P < 0.05$ con una confianza del 95%, estas diferencias son explicadas por el azar en menos de un 5% por lo que los cambios observados pueden explicarse por el Abordaje Integral de las familias desnutridas.

Al evaluar los conocimientos de las madres sobre la desnutrición y nutrición, se observó al inicio que solo 8 familias tenían conocimientos adecuados (22.22%) en relación con la evaluación final en donde 35 familias (92.2%) tenían conocimientos adecuados y solo una familia tenía pocos conocimientos.

En la funcionalidad familiar se observó lo siguiente: al inicio del estudio solo había 22 familias funcionales (61%) y al final habían 26 familias funcionales (72.22%) por lo que es visible el cambio hacia la mejoría.

El grado de segregación social también mejoró significativamente. Al inicio del estudio había 13 familias (36.11%) sin afección, 12 familias (36.11%), 12 familias (33.33%) con afección leve, 9 familias (25%) con afección moderada, y 2 familias (5.5%) con afección severa. Al final del estudio solo había 6 familias (16.66) con afección moderada, 9 familias (25%) con afección leve y 21 familias (58.3%) sin afección. lo que significa que hubo cambios significativos.

La edad a la que con mayor frecuencia afectó la desnutrición en este estudio fué de los 10 a los 23 meses en la que se observaron 13 casos (36.09%) con un predominio del sexo femenino sobre el masculino. para el sexo femenino fueron 8 casos (22.21%) y para el sexo masculino 5 casos (13.88%) del total de la población estudiada. Lo cual guarda estrecha relación con lo que el Dr. Federico Gómez dice a cerca de la desnutrición.

Gómez dice: “ El niño alimentado al pecho, aún viviendo con la madre en situación precaria de higiene y abandono, progresa satisfactoriamente hasta los seis o siete meses de edad; pasado ese tiempo, se inicia la tragedia lenta pero segura de estancamiento o de la pérdida de peso, que lleva al niño a la desnutrición. Cuando el niño cumple un año, apenas conserva el peso que tenía a los seis meses; unos meses antes a esa época se ha iniciado el destete y la alimentación mixta , a veces disparatada y aveces miserable por su exigua cantidad y calidad. En esta pendiente de desnutrición, el niño rueda con mayor o menor rapidez pasando de la desnutrición ligera a la media y de la desnutrición media a la muy grave. Las infecciones se implantan fácilmente en este terreno debilitado, localizandose en los sitios parenterales más suceptibles, que complican el cuadro de diarrea periódica que agota las exiguas reservas del organismo.

RESUMEN

El presente estudio fué realizado con el propósito de demostrar la diferencia estadística entre el peso real y el peso ideal en los niños desnutridos menores de 5 años de edad al ser abordados integral y familiarmente por un equipo multidisciplinario de salud integrado por un médico, una trabajadora social, una nutrióloga, una odontóloga y una enfermera. Durante el período comprendido de abril a diciembre de 1998, el que se captaron 36 familias denutridas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 20 "Vallejo". Las familias fueron abordadas por el equipo multidisciplinario a travez de la metodología de Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISFA).

Las familias fueron seleccionadas en base al déficit ponderal del 10% en adelante y se compararon con las tablas de peso y talla de Ramos Galván. El abordaje se realizó en base a dos instancias: una educativa y otra terapeutica. Ambas instancias se realizaron simultáneamente, la instancia educativa se realizó a travez de un proceso enseñanza-aprendizaje que fué impartida por el equipo multidisciplinario desarrollandose los temas siguientes: Desnutrición infantil, alimentación equilibrada, importancia de la alimentación para una buena salud, alimentación al seno materno, higiene personal y de alimentos, ablactación y destete, alimentación familiar, ejercicio como complemento de una alimentación adecuada, taller de alimentos, dentición, higiene dental, esquema de vacunación, técnicas de socialización, taller de emociones, estimulación temprana y paternidad responsable.

Se realizó la medición de peso y talla antes y despues del estudio, se realizó historia clínica para la realización del diagnostico integral, se valoró el desarrollo psicomotor, se aplicó fichas para valorar la funcionalidad familiar y el grado de anomia antes y despues del estudio.

Sumultáneamente conforme se dieron los diagnosticos individual y fami-

liar a través de los interrogatorios y la aplicación de fichas y cuestionarios se llevó a cabo también la instancia terapéutica.

Al término del estudio se encontró que los conocimientos de las madres acerca de la nutrición y desnutrición habían mejorado significativamente ya que al principio del estudio habían 20 familias con conocimientos nulos (55.55%) y al final 35 familias (97.25%) tenían conocimientos adecuados y 1 familia (2.7%) tenía pocos conocimientos).

Se observó también que el sexo donde predominó la desnutrición fue el sexo femenino con 21 casos (58.31%) en relación al masculino con 15 casos (41.64%). Con un peso promedio al inicio de 11 kgs, un peso promedio después de 12.25 y una diferencia antes y después de 1.20 kgs. Una talla en cms antes de 85.02 cms, una talla en cms. después de 87.80 cms y una talla promedio ideal de 89.24 cms.

En la funcionalidad familiar se observaron 22 familias funcionales al inicio (61 %) y al final eran 26 familias funcionales (72.2%), lo cual muestra una diferencia significativa.

En el desarrollo psicomotor se observaron 5 familias (13.80%) con desarrollo psicomotor anormal y 31 familias con desarrollo psicomotor normal.

Las toxicomanías se observaron de la siguiente manera: el alcoholismo en 8 familias (22.22%), el tabaquismo en 7 familias (19.44%).

Los esquemas de vacunación: 34 familias (94.44%) con esquema de inmunizaciones completo y 2 familias (5.55%) con esquema de inmunizaciones incompleto. 10 familias (27.77%) con antecedentes de desnutrición y 26 familias (72.22%) sin antecedentes. 11 familias (30.5%) con antecedentes de infecciones de vías respiratorias y 11 familias (30.5%) con antecedentes de infecciones digestivas.

Con respecto al grado de anomia al inicio había 23 familias afectadas con diferentes grados de afección que representan un 63.88 % y al final había 21 familias (58.33%) y 15 familias aún disfuncionales con un porcentaje de (41.6%).

Al evaluar los resultados finales se encontró un E. E. = 2.7 con una $P < 0.05$ que se interpreta con un nivel de confianza del 95%. Lo que dio un valor estadísticamente significativo y con lo cual se concluye que cuando los

niños desnutridos son abordados integral y familiarmente por un equipo multidisciplinario de salud disminuye significativamente la diferencia entre el peso real y el ideal.

Con lo que se confirma la Hipótesis Alternativa y se rechaza la Hipótesis nula.

COMENTARIOS

La desnutrición es uno de los padecimientos mas frecuentes en la población infantil menor de 5 años de edad ya que ésta por sí sola condiciona a otras enfermedades, así como; otras enfermedades condicionan desnutrición formando un círculo vicioso y un cuento de nunca acabar, todo esto aunado a las condiciones socioeconómicas y culturales de un país en vías de desarrollo es sustrato importante para la génesis de la desnutrición. Se sabe que el 90 % de estas familias desnutridas son víctima de una alimentación pobre en calidad y en cantidad lo cual puede modificarse mediante un proceso enseñanza aprendizaje.

No logro comprender porque la desnutrición siendo un problema tan frecuente y fácil de diagnosticar ya que basta con un báscula y una cinta métrica para hacer el diagnostico, muchos médicos toman poca importancia a ésta entidad y sobre todo oídos sordos a sus causas económicas, sociales y culturales. Sin embargo; no es una tarea fácil para el clínico meramente biológico. No así para el especialista en medicina familiar que cuanta con elementos del área biológica, psicológica y social y que mediante el método de Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISFA) y un equipo multidisciplinario (médico familiar, trabajador social, nutriólogo, odontólogo y enfermera) hacen posible este tipo de abordaje a travez de una instancia educativa mediante un proceso enseñanza-aprendisaje y una instancia terapéutica paralela a la exterior, abordando las esferas: biológica, psicológica y social para finalmente obtener resultados significativos.

La desnutrición, sin embargo; aún es un terreno fértil para muchos investigadores, ya que solo es una de las muchas manifestaciones de la patología social con repercusión final en la esfera biológica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Valenzuela R.H., Luengas B.J. y Marquet S.L.
Manual de PEDIATRIA.
Décima Edición.
Interamericana. 1990: 233-251.

- 2.-Behrman R.E. y Kliegman R.M.
Tratado de Pediatría.
13ava. edición, tomo 1.
Interamericana. 1994: 817-824.

- 3.-Cusminsky M., Lejarraga H., Mercer R.
Manual de crecimiento y desarrollo del niño.
Organización Panamericana de la Salud. 1993: 162-180.

- 4.-Beghin I., Cap M. y Dujardin B.
Guía para evaluar el estado de nutrición.
Organización Panamericana de la Salud. 1990: 59-61.

- 5.-Gómez S.F.
Desnutrición.
Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1997; 54: 299-304.

- 6.-Gómez S.F., Aguilar P.R. y Muñoz T.J.
La desnutrición infantil en México.
Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1997; 54: 345-351.

- 7.-Vega F.L.
Ensayo sobre la desnutrición escrito por Federico Gómez.
Revista Mexicana de pediatría. 1997; 64: 180-183.

- 8.-López A.M., Garduño E.J. y Villanueva H.S.
Infecciones agudas, velocidad de crecimiento y estado nutricional en niños de países en desarrollo.
Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1992; 49: 18-24.

- 9.-Vásquez G.E., Vallarta C.G., Sanchez T.E.
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.

- 10.-Vega F.L., Mejía A.M. y Robles B.
Cociente intelectual y desnutrición.
Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1991; 48: 826-830.

- 11.-Shamah L.T., Vázquez R.C.
Evaluación del impacto de la orientación alimentaria en escolares a través de la vigilancia nutricional. 1998; 55: 314-321.

CUESTIONARIO No. 1

NOMBRE: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____
DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____ NUMERO DE CONSULTORIO: _____
TURNO: _____ NUMERO DE AFILIACIÓN: _____

INSTRUCCIONES

Ponga la letra dentro del paréntesis que corresponda correctamente a la pregunta.

1.- Que piensa usted que es la desnutrición ? ()

- a). Es una enfermedad que tiene complicaciones sin importancia.
- b). Es una enfermedad causada por la mala alimentación.
- c). Es un padecimiento normal de la infancia.
- d). Constitución del cuerpo que se hereda.

2.- El niño es desnutrido por que ? ()

- a). Nació delgadito.
- b). La comida que se le da no le gusta.

- c). Come poco a diferencia del adulto.
- d). por que toda la familia es delgada.
- e). Los alimentos proporcionados no son adecuados para su edad, en cantidad, calidad e higiene.

3.- Un niño desnutrido se enferma con facilidad por que ? ()

- a). Le faltan vitaminas.
- b). Tiene lombrices.
- c). Sus mecanismos de defensa están disminuidos.
- d). Los niños por su edad son enfermizos.
- e). Por que el niño se distrae a la hora de la comida.

4.- A que edad el niño debe comer otros alimentos aparte de la leche ? ()

- a). A los dos meses de edad.
- b). A los 4 meses de edad.
- c). A los diez meses de edad.
- d). A los doce meses de edad
- e). Cuando le salen los dientes.

5.- A que edad el niño puede comer alimentos picados ? ()

- a). A los doce meses de edad.
- b). A los cuatro meses de edad.
- c). A los 10 meses de edad.
- d). A los 23 meses de edad.
- e). A cualquier edad.

6.- Considera usted que la desnutrición en México es frecuente ? ()

- a). Solo son desnutridos los niños del medio rural.
- b). Es muy frecuente.
- c). Es poco frecuente.
- d). Solo están desnutridos los niños al nacer.
- e). No existe la desnutrición.

7.- Para que un niño crezca sano y se desarrolle normal debe ?

- a). Tener buenos hábitos, higiénicos y dietéticos.
- b). Brindarle afecto, cuidado y estimulación.
- c). Alimentarlo de acuerdo a su edad.
- d). Dejar que cumpla un año de edad.
- e). Todas las anteriores.

8.- De los siguientes alimentos cuál es más rico en proteínas ? ()

- a). Carne, leche, soya.
- b). Huevo y frutas.
- c). Tortillas y sopas.
- d). Verduras y frutas.
- e). Jugos y pan.

9.- Una dieta normal debe tener para que sea balanceada ? ()

- a). Dulces y pan.
- b). Carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales.
- c). Vitaminas y minerales.
- d). Agua y vitaminas.
- e). Todas son correctas.

10. Considera usted que su médico familiar está capacitado para que su hijo se mantenga sano ?

Sí ()

No ()

ANEXO No. 1

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION

- 1.- Nombre del niño: _____
 2.- fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____
 3.- Peso al nacimiento: _____ Talla al nacimiento: _____
 4.- Peso actual: _____ Talla actual: _____
 5.- Producto sexo: _____ Embarazo: _____ Parto: _____ Cesárea: _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

- 6.- En la familia ha habido algún grado de desnutrición. _____
 7.- En la familia ha habido alguna defunción por desnutrición. _____
 8.- En la familia ha habido padecimientos que lleven a la desnutrición. _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

- 9.- Acostumbra usted a comer vegetales y verduras. _____
 10. Cuantas comidas realiza al día. _____
 11. Acostumbra a comer carne, leche, huevo. _____
 12. Tiene hábitos higiénicos adecuados. _____
 13. Hierbe el agua antes de beberla. _____
 14. Acostumbra a lavar frutas y verduras antes de comerlos. _____
 15. Acostumbra a comer alimentos chatarra. _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

16. Ha tenido internamientos por patología quirúrgicas. _____

17. Ha presentado algún cuadro de desnutrición previo a éste. _____
18. La madre acostumbra a fumar o ingerir alguna bebida alcoholica. _____
19. Antecedentes de infecciones respiratorias o intestinales frecuentes. _____

DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0 - 59 MESES DE EDAD.

20. Edad en que sostiene la cabeza. _____
21. Edad en que manifiesta la sonrisa social. _____
22. A los cuantos meses se rueda por si solo. _____
23. A los cuantos meses se sienta con ayuda. _____
24. A los cuantos meses se lleva los pies a la boca. _____
25. Monosilabos Da da, Mama. _____
26. Edad en que intenta levantarse. _____
27. Edad a la que gatea. _____
28. A que edad fija la mirada. _____
27. A que edad palmotea o manipula objetos. _____
28. A que edad camina con apoyo. _____
29. Edad a la que se levanta por si solo. _____
30. A que edad fija la mirada. _____
31. Dice: Mira, ahí, Papá, Mamá. _____
32. Camina solo. _____
33. Edad a la que corre, sube y baja escaleras. _____
34. Alterna pies al subir escaleras. _____
35. Intenta o anda en un pie. _____
36. Tiene esquema completo de inmunizaciones. _____
37. Frecuencia con la que acude al medico por año. _____
38. A que edad aparecieron los primeros dientes. _____

ANEXO No. 2

FICHA DE IDENTIFICACION Y DETECCION DE ANOMIA (FIDA)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____

ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION: _____

Tipo de vivienda: casa sola () departamento ()

vecindad () otros ()

Tenencia: propia () rentada ()

otros ()

Número de personas que viven en la casa: _____

Número de cuartos para dormir: _____

Número de personas que duermen en un cuarto. _____

Tiene animales en su casa. _____

Saben leer y escribir. _____

Tiene radio y televisión. _____

Ve diariamente la televisión. _____

Que religión practica usted y su familia. _____

Sueldo mensual total por familia. _____

Cuanto destina para los alimentos. _____

ANEXO No. 3**AMBITO LABORAL**

- 1.- Por la enfermedad de su niño ha dejado de trabajar. _____
- 2.- Por la enfermedad del niño ha cambiado de trabajo. _____
- 3.- Desde que su niño está enfermo han cambiado las relaciones en su trabajo. _____
- 4.- Cree que la enfermedad de su niño tiene relación con su trabajo. _____

AMBITO FAMILIAR

- 5.- Desde la enfermedad de su hijo han cambiado las relaciones con su pareja. _____
- 6.- Desde que sabe que su hijo está enfermo ha perdido interés por el desarrollo escolar de sus otros hijos. _____
- 7.- Ha disminuido el número de relaciones sexuales desde que está enfermo el niño. _____

AMBITO SOCIAL

- 8.- Desde el padecimiento de su hijo ha dejado de asistir a lugares de diversión. _____

ANEXO No. 4

APGAR FAMILIAR

Casi
siempre

Algunas
veces

Difícilmente

A. Está satisfecho con la
ayuda que recibe de sus
familiares cuando usted
tiene algún problema ?

B. Conversan entre ustedes
los problemas que tienen
en casa ?

C. Las decisiones importan-
tes se toman en conjunto
en casa ?

D. Los fines de semana son
compartidos con todos
los de la casa ?

E. Siente usted que su fami-
lia lo quiere ?
