

ESTRUCTURA FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS DE LA FUNDACION SANTA SOFIA

GINA MARCELA INFANTE SÁNCHEZ
DIANA ESTEFANIA OLAYA MONTOYA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
MEDICINA HUMANA, BOGOTA D.C
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
BOGOTA D.C

2015

ESTRUCTURA FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS DE LA FUNDACION SANTA SOFIA

GINA MARCELA INFANTE SÁNCHEZ
DIANA ESTEFANIA OLAYA MONTOYA

PROYECTO DE GRADO

DOCTORA CATALINA ASCANIO NOREÑA
MÉDICA FAMILIAR

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
MEDICINA HUMANA, BOGOTA D.C
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
BOGOTA D.C

2015

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos a Dios por la sabiduría e inteligencia para la realización de esta investigación, a nuestros padres y hermanos quienes con su apoyo incondicional moral y ético, nos incentivaron a la culminación de esta.

A nuestra tutora quien nos guio por medio de sus conocimientos y experiencia en esta investigación.

Y por último agradecemos a La Fundación Santa Sofía por permitirnos tener acceso al material y por la excelente atención prestada.

En memoria de María Campos Acevedo Martínez 27 de febrero de 1930 – 16 de octubre del 2015.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	5
LISTA DE TABLAS	6
1. INTRODUCCIÓN	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. OBJETIVOS.....	13
4.1. Objetivo general.....	13
4.2. Objetivos específicos	13
5. MARCO TEÓRICO	14
5.1. Qué es la familia	14
5.2 Estructura Familiar	20
5.3. Ciclo vital familiar	25
5.4. Familiograma	27
5.4.1 Cómo interpretar el familiograma	28
5.5 Estado nutricional	34
5.5.1. Factores influyentes en el estado nutricional del niño	37
5. 6 Más allá del crecimiento y desarrollo	39
5. 7 Hábitos alimentarios saludables desde la niñez	41
5.8 Lactancia materna y alimentación complementaria	43
5.9 Cifras.....	50
5.9.1 Cifras América Latina Y El Caribe	50
5.9.2 Cifras nacionales.....	55
5.10 Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010.....	59
6. METODOLOGIA	62
6.1 Características de la muestra	62
7. RESULTADOS.....	66
8. DISCUSION	86
9. CONCLUSIONES	90
10. RECOMENDACIONES.....	91

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Familiograma familia nuclear
- Figura 2: Familiograma familia nuclear
- Figura 3: Familiograma familia monoparental
- Figura 4: Familiograma familia reconstituida
- Figura 5: Familiograma familia extensa
- Figura 6: Familiograma familia extensa
- Figura 7: Evolución de la desnutrición crónica en menores de 5 años comparativo entre 1990 – 1995 y la última medición disponible en América Latina
- Figura 8: Reducción de la desnutrición global en menores de 5 años en América Latina y el Caribe
- Figura 9: América Latina y el Caribe (25 países): desnutrición global en niños menores de 5 años, 1995 – 2002
- Figura 10: América Latina y el Caribe (25 países): evolución de la desnutrición global en menores de 5 años, 1990 y 1995 – 2002
- Figura 11: Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años
- Figura 12: Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años
- Figura 13: Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años
- Figura 14: número de muestras por desnutrición en menores de 5 años

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Áreas del funcionamiento familiar

Tabla 2: Modelo OMS de etapas secuenciales del ciclo vital familiar

Tabla 3: Categorías de interpretación del familiograma

Tabla 4: Áreas de la interpretación del familiograma

Tabla 5: Categorías de alimentos para la alimentación complementaria

Tabla 6: Comidas mínimas diarias

Tabla 7: Desnutrición global en menores de 5 años

Tabla 8: Desnutrición crónica en menores de 5 años

Tabla 9: Descripción sexo niños

Tabla 10: Descripción edad niños

Tabla 11: Estadísticos descriptivos

Tabla 12: Descriptivo edad madre

Tabla 13: Descriptivo embarazo

Tabla 14: Descriptivo tipo de parto

Tabla 15: Descriptivo patología perinatal

Tabla 16: Lactancia materna exclusiva (meses)

Tabla 17: Lactancia materna total (meses)

Tabla 18: Quien le da de comer (alimentador 1)

Tabla 19: Quien le da de comer (alimentador 2)

Tabla 20: Quien lo cuida (cuidador 1)

Tabla 21: Quien lo cuida (cuidador 2)

Tabla 22: Estructura familiar

Tabla 23: Actividad económica de la madre

Tabla 24: Actividad económica del padre

Tabla 25: Actividad de recreación

Tabla 26: Asiste a jardín

Tabla 27: Estadísticos descriptivos

Tabla 28: Estado nutricional peso para la edad

Tabla 29: Estado nutricional talla para la edad

Tabla 30: Estado nutricional – peso para la edad * estructura familiar. Tabulación cruzada

Tabla 31: Estado nutricional – talla para la edad * sexo. Tabulación cruzada

Tabla 32: Estado nutricional – peso para la edad * sexo. Tabulación cruzada

Tabla 33: Estado nutricional – talla para la edad* tipo de parto. Tabulación cruzada

1. INTRODUCCIÓN

La vida familiar es de vital importancia en el desarrollo infantil, particularmente en su estado nutricional, ya que la familia es el ejemplo que el infante sigue.

De manera particular el tema de esta investigación, estructura familiar y estado nutricional en niños menores de 5 años de la fundación santa Sofía ha sido un tema de interés en salud pública centrado en el estado nutricional del niño, por los altos índices de desnutrición en nuestro país como lo informa la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia, adicional como la unión familia es influyente sobre los hábitos que desarrolla el infante.

Esta investigación pretende darle a esta problemática un enfoque grupal en el cual aborda la familia y los factores biopsicosociales en los que esta influye sobre el niño.

Entendiendo a la familia como una unidad que se encuentra en un proceso dinámico y sufre cambios según la etapa del ciclo vital familiar donde se encuentre; es importante entender que las familias de los niños que padecen de desnutrición se encuentran principalmente ya sea en la fase de consolidación y expansión

La estructura familiar visualizada en la historia clínica familiar por medio de la herramienta familiograma da una concepción de la conformación familiar, sus

integrantes, grado de parentesco y aspectos como estado de salud, nivel social y económico, relaciones visibles y puntos fuertes y débiles de la familia, concluyendo una hipótesis sobre lo que ocurre en el sistema familiar.

Múltiples factores de riesgo influyen sobre el estado nutricional del niño como son la lactancia materna, la diversidad alimentaria, los hábitos alimentarios, la persona encargada de su cuidado y alimentación, la asistencia al jardín entre otros, lo demuestra que es una problemática de interés de salud pública.

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia brinda la información necesaria sobre factores influyentes en el estado nutricional del niño, herramienta primordial para la evaluación del estado nutricional del grupo a estudio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudios desarrollados en Bolivia y México demostraron que el 40% de los menores de 5 años tienen desnutrición crónica; las principales causas encontradas fueron: mala lactancia materna exclusiva en los 6 meses de vida, incorrecto consumo de alimento, enfermedades infecciosas y respiratorias agudas, inadecuada utilización del tiempo libre y poca realización de actividad física. También se encontró que este tipo de malnutrición es más frecuente en familias con disfunción severa. En general los niños menores de 5 años que tienen un adecuado peso y talla para su edad son aquellos que conviven con una familia que se caracteriza por tener una adecuada estructura familiar.¹⁻²

Para Colombia la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2010 demuestra que los niños menores de 5 años tienen retraso en su crecimiento, tienen bajo peso para la edad, y algunos padecen de sobrepeso u obesidad.³

Teniendo en cuenta la importancia de los múltiples factores de riesgo que interactúan con la salud del infante, se plantea el posible nexo existente entre la estructura familiar y el estado nutricional del menor de 5 años. La pregunta central sería: ¿La estructura familiar tiene algún nexo, con el estado nutricional de los menores de cinco años?

El presente estudio se basó en el análisis de 120 historias clínicas desde septiembre del 2013 hasta septiembre del 2015, de niños de 0 a 5 años que asistieron a la Fundación Santa Sofía de la localidad de Barrios Unidos, a un control de crecimiento y desarrollo en una consulta de medicina familiar.

3. JUSTIFICACIÓN

Para la salud pública es de vital importancia, la investigación de factores de riesgo que afectan el estado nutricional del niño menor de 5 años como lo son: inadecuada lactancia materna en los primeros 6 meses de vida, insuficiente e inadecuado consumo de alimentos y enfermedades infecciosas, diarreas, parasitosis e infecciones respiratorias agudas.²⁻⁴

En coordinación con el grupo de investigación se pretende realizar un abordaje biopsicosocial de la temática para identificar de la manera adecuada las principales causas que conllevan a un estado de desnutrición, además poder evaluar la efectividad del familiograma, para valorar los factores de riesgo ya nombrados e identificar los principales que alteren el estado nutricional, y demostrar que la estructura familiar juega un papel de vital importancia en la alimentación de los niños.

Palabras claves: Nutrición, familia, estado nutricional, estructura familiar, alimentación, familiograma.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Describir mediante el análisis de historias clínicas, la estructura familiar y el estado nutricional en niños menores de 5 años que asisten a la fundación Santa Sofía de la Localidad de Barrios Unidos de la ciudad de Bogotá entre septiembre del 2013 al septiembre del 2015.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar el tipo de familia más frecuente en los menores de 5 años que asisten a la fundación Santa Sofía.
- Enumerar los principales factores que interactúan con la estructura familiar y el estado de malnutrición de los niños menores de 5 años que asisten a la Fundación Santa Sofía.
- Posicionar el familiograma como una herramienta en la atención integral de los menores de 5 años.
- Describir la importancia que tiene el cuidador sobre la alimentación del infante.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Qué es la familia

Desde el punto de vista de la medicina familiar, es importante entender de manera clara el concepto de familia, ya que en la desnutrición se pasa de un problema individual a uno de orden familiar.

La Organización de las Naciones Unidas define la familia como: “grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que convivan con ellos”⁵. La familia también se encuentra definida en la Declaración universal de los derechos humanos como: “elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”⁶. De esta manera se puede comprender la familia como una unidad de carácter biopsicosocial integrada por personas que se encuentran relacionadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que conviven bajo el mismo hogar. Entendiéndose el hogar como un espacio físico donde habita la familia.⁷⁻⁸

De la Revilla propone una definición un tanto más completa de familia: “forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, que responde a la

clase social a la que pertenece, es decir que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social".⁷

La estructura familiar es un proceso dinámico por eso la familia ha tenido una evolución antropológica, iniciando con la familia consanguínea, seguido de la familia punulúa, la familia sindiásmica y por último la familia monogámica.⁸

La familia consanguínea es aquella donde los grupos conyugales se clasificaban por generaciones: todos los abuelos y abuelas eran esposos entre sí por eso todos los hermanos, hermanas, primos y primas eran entre sí hermanos y hermanas y por esto mismo maridos y mujeres unos de otros. Luego surgió la familia punulúa donde uno o más grupos de hermanas se convertían en el núcleo de una comunidad y sus hermanos en el núcleo de otra. También en este tipo de familia una serie de hermanos tenían en matrimonio común a unas cuantas mujeres que no fueran sus hermanas, de ahí el nombre de este tipo de familia porque las mujeres en común se denominaban punulúas. La tercera familia es la sindiásmica donde un hombre vivía con una mujer, pero no había fidelidad absoluta hacia ella y los hijos sólo pertenecían a la madre. La última familia es la monogámica que se fundamenta en el predominio del hombre, cuya única finalidad es la de procrear de los hijos, esta familia se diferencia de la sindiásmica porque si existe solidez de los lazos conyugales y fidelidad hacia la esposa.⁸

Esta organización grupal tiene unas funciones que se conciben como tareas y actividades que realizan todos sus integrantes y son repartidas según la posición y

el papel de cada uno de los integrantes que cumplan en la familia, en busca del cumplimiento de ciertos objetivos como lo son los psicobiológicos, culturales, educativos y económicos. Además la familia cumple funciones vitales como la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia.⁷⁻⁸ En la siguiente tabla se resumen las áreas del funcionamiento familiar:

Tabla 1: Áreas del funcionamiento familiar

Funciones psicobiológicas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reproducción ❖ Desarrollo y crecimiento de niños y adolescentes ❖ Adquisición del sentido de identidad familiar
Funciones socioculturales y educativas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Transmisión de conocimientos y habilidades. ❖ Transmisión de valores y creencias
Funciones económicas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Capacidad de producción ❖ Capacidad de consumo

Tomada de: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar.

En concreto las funciones básicas de la familia se pueden enumerar de la siguiente manera:

1. Comunicación: función esencial ya que permite que las otras 5 funciones se puedan cumplir. Se comprende de mensajes verbales y no verbales

mediante los cuales se transmite afecto, ayuda, comprensión y cuando es necesario autoridad.

2. Afectividad: se define como la relación que involucra cariño o amor entre los miembros de una familia. Se considera función básica porque mediante esta se transfiere apoyo en momentos de crisis.
3. Apoyo: puede ser de: tipo económico, afectivo, financiero, entre otros, con este se pueden solucionar problemas y momentos de crisis que estén afectando a un solo integrante o a toda la familia. Dependiendo del papel que cumpla cada persona dentro de la familia así mismo será el apoyo que brinde por ejemplo el padre brinda apoyo económico mientras que la madre otorga apoyo sanitario.
4. Adaptabilidad: se entiende como la capacidad de cambio para resolver una nueva situación, puesto que la familia es un grupo dinámico que mantiene unas relaciones externas e internas que están sujetas a modificaciones repentinas e inesperadas, dichos cambios se pueden relacionar con las etapas del ciclo vital o un hecho estresante.
5. Autonomía: todos los integrantes de la familia tienen cierto grado de independencia con el fin de tener un crecimiento y maduración; esta autonomía se instaure marcando límites entre dependencia e independencia, para así lograr una integridad equilibrada entre lo permitido y lo prohibido de cada individuo.

6. Reglas y normas: sobre todo de comportamiento para mantener un orden y armonía tanto dentro como fuera del hogar para permitir de una manera más fácil las relaciones e identificación de funciones.⁷⁻⁸

Por lo tanto, la familia se entiende como un sistema abierto, dinámico e independiente, que se encuentra conformado por varios elementos como lo son los padres, los hermanos y los hijos. Cada uno asume su papel dentro de la familia, ejecuta las funciones correspondientes, se comunica con los demás miembros y admite las normas y reglas impuestas. ⁷

Este sistema desempeña funciones mediante 3 subsistemas: el primero de ellos el *subsistema conyugal* que se integra por dos adultos de sexo opuesto que se unen para formar una familia; deberán sufrir un proceso de acomodación mutua, crear normas y reglas, demarcar límites con otros subsistemas y su entorno y determinar las funciones de la familia. El segundo subsistema es el *subsistema paternal* se forma con el fin de cumplir con la crianza y socialización de los hijos se forma por el padre y/o madre y en algunas ocasiones por abuelos, tíos o hermanos. El último subsistema, el *subsistema fraterno* se integra por los hermanos para incentivar un apoyo mutuo y pautas de comportamiento.⁷

El subsistema fraterno tiene unos aspectos estructurales los cuales se deben tener en cuenta, el primero de estos aspectos es el número de hijos, se dice que los miembros de las familias grandes tienen mayor capacidad para tomar papeles que

les permita socializar con la familia y demás personas promoviendo así una mejor convivencia.⁷

Otro aspecto es el orden de nacimiento porque en el hijo mayor los padres depositan todas sus grandes expectativas de ahí que sea el hermano más responsable y paternal además de ser un colaborador en la educación y desarrollo de sus hermanos, el hijo menor es el más libre y el que menos responsabilidades tiene a cargo por lo cual tiene menos respeto por la autoridad; también están los hijos del medio, ellos tienen que ganarse su espacio dentro de la familia y tienen características tanto de los hijos mayores como los menores; y de últimas se encuentran los hijos únicos que son el centro exclusivo de la atención de los padres y pueden ser más independientes y sociables o por el contrario ser más apegados a sus padres.⁷

El siguiente aspecto es la diferencia de edad, se dice que entre menos diferencia de edad entre hermanos mayor será la relación y las experiencias compartidas, cuando esta diferencia es mayor a seis años la posibilidad de compartir experiencias es nula porque no existen contactos ni comportamientos en común.

Por último en el subsistema fraterno se debe tener en cuenta el sexo de los hijos, porque los hermanos se reúnen según el género, pero por ejemplo un hombre que solo tenga hermanas va a relacionarse muy bien en un futuro con las mujeres y le será un poco más difícil más no imposible integrarse con hombres.⁷

5.2 Estructura Familiar

Es trascendental conocer la composición de la familia, cuantos integrantes son y su grado de parentesco, entre otros aspectos que conforman su estructura; porque así se puede tener un primer acercamiento, y nos permita indagar más sobre las relaciones, papeles y funciones de cada uno.

Hoy en día se manejan diversos tipos de estructura familiar debido al número de miembros y su composición, dentro de los cuales encontramos los siguientes:

- 1) Familia nuclear: se considera un subsistema social que se constituye de dos adultos de sexo opuesto y que cumplen el papel de padres de uno o más hijos.⁸

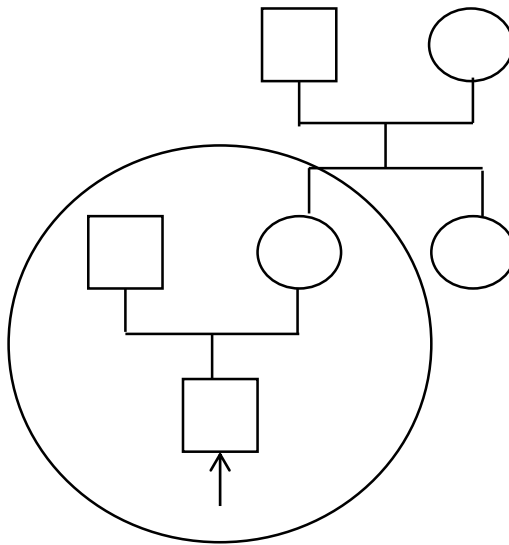


Figura 1: Familiograma familia Nuclear

Imagen tomada de: historias clínicas

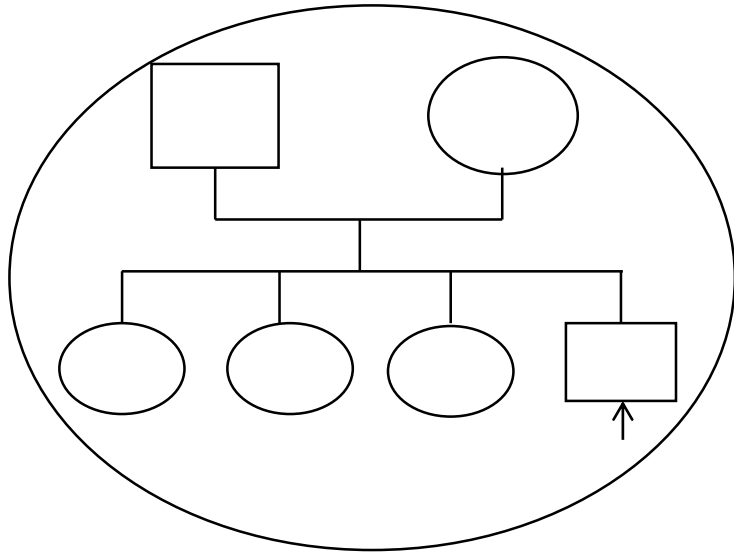


Figura 2: Familiograma familia Nuclear

Imagen tomada de: historias clínicas

- 2) Familia monoparental: conformada por el padre o la madre y los hijos. Este tipo de familia surge como resultado del abandono del hogar por parte de uno de los cónyuges ya sea por muerte, divorcio o por ser padres solteros. ⁸

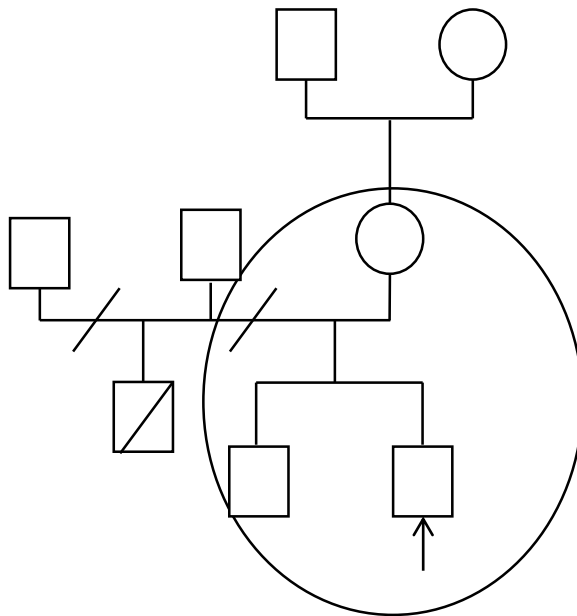


Figura 3: Familiograma familia monoparental

Imagen tomada de: historias clínicas

- 3) Familia reconstituida: es una estructura familiar que se caracteriza porque al menos uno de los miembros de la pareja aporta uno o más hijos de una relación previa, generando así nuevos términos como padrastros y/o madrastras. ⁸

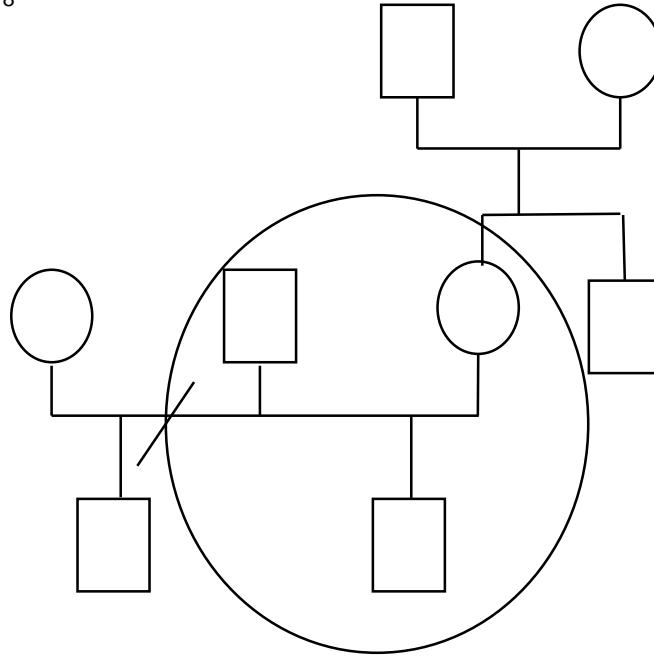


Figura 4: Familiograma familia reconstituida

Imagen tomada de: historias clínicas

- 4) Familia extensa: constituida por varios miembros de la familia incluidos abuelos, tíos, primos, padres e hijos. ⁸

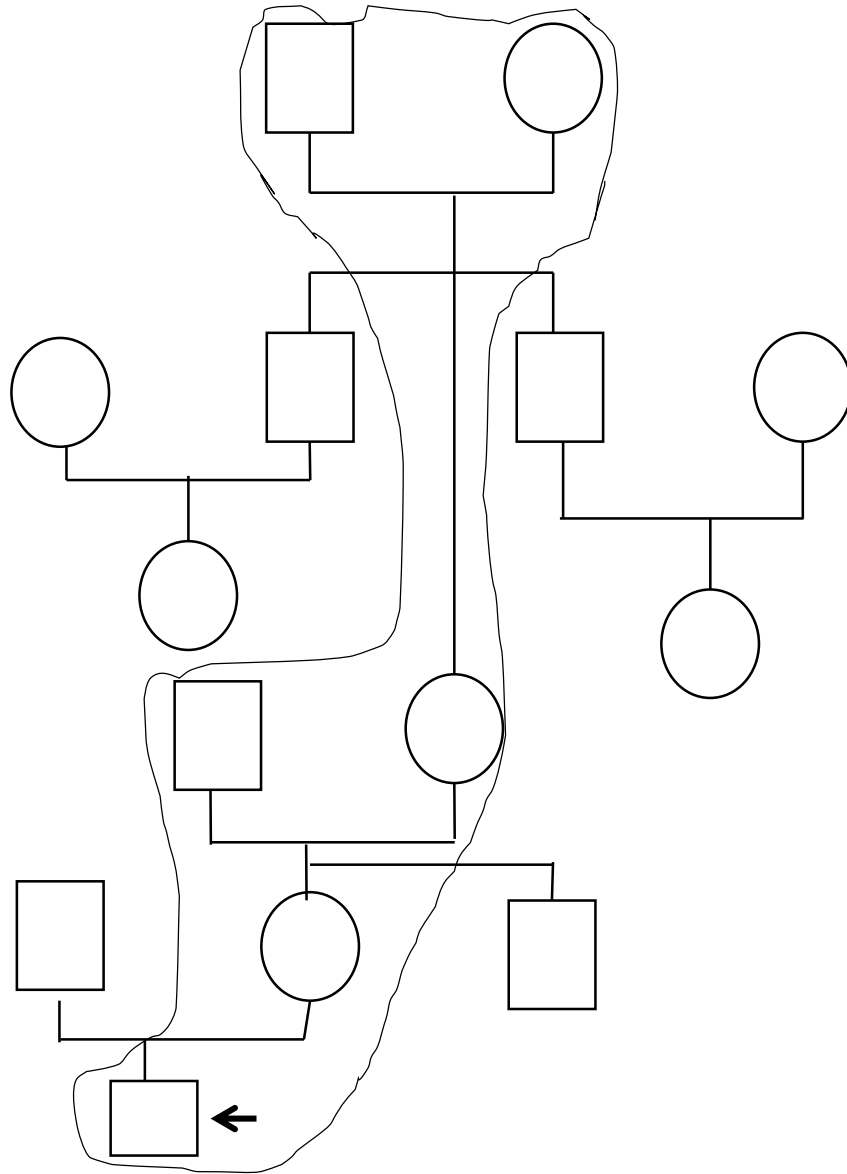


Figura 5: Familiograma familia extensa

Imagen tomada de: historias clínicas

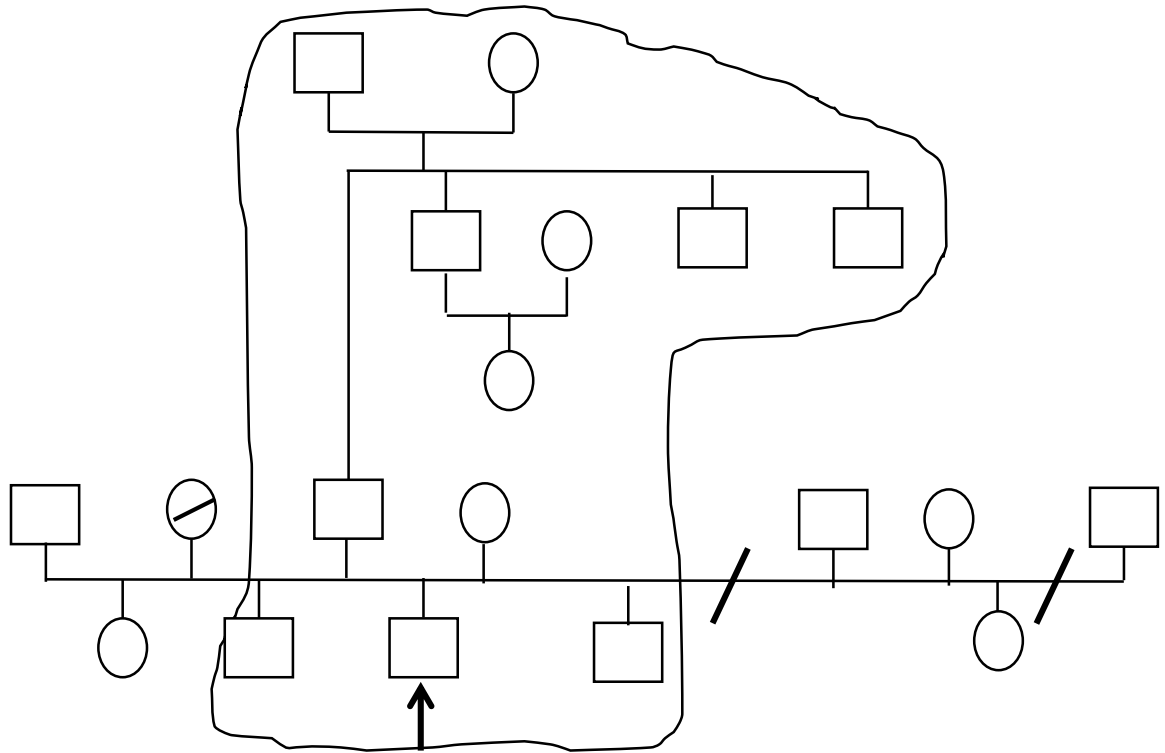


Figura 6: Famiograma familia extensa

Imagen tomada de: historias clínicas

- 5) Personas sin familia: se incluye el adulto soltero, los divorcios o viudos sin hijos y jóvenes.⁸

- 6) Equivalentes familiares: son personas que conviven en un mismo hogar sin conformar un núcleo familiar tradicional, aquí se incluyen las parejas homosexuales, grupos de amigos, comunidades religiosas, etc.⁸

5.3. Ciclo vital familiar

El ciclo vital familiar es la secuencia de estadios por lo que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.⁹

La OMS propone un modelo de etapas secuenciales por las que atraviesa la familia

Tabla 2: Modelo de la OMS modificado

ETAPA	DESDE	HASTA
I Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
IIA Extensión	Nacimiento del primer hijo	El primer hijo tiene 11 años
IIB Extensión	El primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El primer hijo abandona e hogar
IV Contracción	El primer hijo abandona e hogar	El último hijo abandona el hogar
V final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	Muerte del primer conyugue
VI Disolución	Muerte del primer conyugue (extinción)	Muerte del conyugue superviviente

Tomada de: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar.

- I. Fase de formación: Acuerdo entre un hombre y una mujer de vivir juntos aportando necesidades y con la formación de un nuevo grupo primario, como lo es el noviazgo. ¹⁰
- II. Fase de extensión: Cambio sustancial de la pareja por el nacimiento de su primer hijo. Ocupación de la madre en su hijo. ¹⁰
- II. Fase de extensión: La infancia de su primer hijo es una etapa importante en la evolución de la familia, el desarrollo de su personalidad, su primer desprendimiento del seno familiar y su apertura al mundo externo. ¹⁰
- III. Fase final de la extensión: inicio de la adolescencia, desarrollo emocional propio del adolescente, lucha por el control de su libertad, los padres buscan un equilibrio entre libertad y responsabilidad, dependencia e independencia. ¹⁰
- IV. Fase de contracción: se desarrolla a partir del abandono del hogar del primer hijo, esta fase tiene como denominador común la producción de pérdidas, tanto la salida de los hijos del hogar como la jubilación. ¹⁰
- V. Fase final de la contracción: La etapa de “nido vacío” compuesta por el abandono del hogar del último hijo, se presenta una adaptación por la nueva soledad y la presencia de problemas de salud dados por la senectud. ¹⁰
- VI. Fase de disolución: compuesta por la Muerte del primer cónyuge y la Muerte del cónyuge sobreviviente, en la muerte del conyugue el sobreviviente de enfrenta a la soledad. ¹⁰⁻¹¹

5.4. Familiograma

El familiograma o genograma es un instrumento de vital importancia en el campo de la medicina familiar ya que brinda una visión gráfica de la familia permitiendo conocer datos y relaciones visibles de cada uno de los miembros de la familia y sus generaciones, en él también se pueden observar los puntos fuertes y débiles de la familia . ¹²⁻¹³

Cormack refiere que el genograma es un retrato familiar que permite observar acontecimientos importantes: de tipo psicosocial, demográficos, edad, sexo, de todos los miembros de la familia incluyendo aquellos que no asisten a la consulta.

¹²

El diseño de un familiograma debe cumplir con las siguientes especificaciones:

- a) Debe tener como mínimo tres generaciones.
- b) Cada miembro de la familia debe tener su nombre, edad o fecha de nacimiento.
- c) Fecha y causa de las muertes.
- d) Antecedentes de importancia.
- e) Líneas de relación según el caso: matrimonio o separación.
- f) El padre a la izquierda y la madre a la derecha.
- g) Los hijos deben ir en orden cronológico de izquierda a derecha.
- h) Incluir a todos los miembros que vivan en el hogar así no tengan vínculos consanguíneos. ¹⁵

5.4.1 Cómo interpretar el familiograma

Debe hacerse de una manera y metódica, observando primero la estructura familiar, luego el tipo de familia, el subsistema fraternal, el ciclo vital familiar y por último las pautas relacionales. Pero al final la visión global de todos estos elementos son los que nos permiten generar una hipótesis sobre lo que está sucediendo en el sistema familiar.¹⁶

En la actualidad se cuenta con seis categorías para la interpretación del familiograma dada por McGoldrick y Gerson, las cuales se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3: Categorías de interpretación del familiograma

Categoría	Descripción
1	Estructura familiar
2	Adaptación al ciclo vital
3	Repetición de pautas a través de las generaciones
4	Sucesos de la vida y funcionamiento familiar
5	Pautas vinculantes y triángulos
6	Equilibrio y desequilibrio familiar

Tomada de: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar.

Es importante recalcar que la buena interpretación del familiograma depende de la calidad de la construcción del mismo porque si a la persona que lo dibuja se le olvida representar algo, esto no se podrá leer en su análisis; otro factor que influye es la experiencia que tiene la persona en cuanto a su interpretación, entre más aplique este instrumento tendrá mejores conocimientos y condiciones para interpretarlo.¹⁶

Como ya se dijo para la lectura del familiograma hay que tener en cuenta cinco áreas las cuales a su vez se subdividen como lo muestra esta tabla:

Tabla 4: Áreas de interpretación del familiograma

Estructura familiar	Tipología familiar Subsistema fraternal
Ciclo vital familiar	Transiciones de las distintas etapas del ciclo y las crisis de maduración Acontecimientos asincrónicos del ciclo vital familiar
Repetición de patrones familiares a lo largo del tiempo	Repetición de patrones estructurales Repetición de patrones de funcionamiento
Patrones relacionales familiares	Tipos de relación intrafamiliar

	Triángulos Tipos de relación con miembros ajenos a la familia
--	--

Tomada de: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar.

A continuación se realiza un desglose de cada área:

1. Estructura familiar: una familia extensa se caracteriza por tener lazos afectivos muy intensos y siempre hay un respeto por las decisiones de la pareja de más edad que en la mayoría de los casos son los abuelos, los cuales también son los encargados de dirigir a la familia y ordenar el trabajo en el hogar. La familia nuclear íntegra siendo la más común en la sociedad son matrimonios de personas de sexo opuesto con hijos biológicos. En el familiograma de la familia nuclear con parientes próximos no se manifiesta la proximidad de parientes, pero la presencia de ellos tiene más interés porque sirve de apoyo en las primeras etapas del ciclo familiar. En la familia nuclear ampliada en este hogar pueden vivir personas que tengan entre sí vínculos consanguíneos y otras no, esto es de vital importancia porque según el papel que tengan y las relaciones pueden ser causa de conflictos internos. En la familia binuclear el médico debe reconocer el impacto que realizan los nuevos matrimonios sobre los miembros de la familia que con más frecuencia son los hijos. Y por último la familia monoparental hay que tener en claro que la pérdida ya sea del padre o de la

madre puede generar problemas económicos o de crianza asociado a cambios de los papeles de los demás miembros de la familia. ¹⁶

2. Subsistema fraternal: lo primero que debe ser analizado es el orden de nacimiento ya que los mayores tienen más responsabilidades y funciones parentales mientras que los menores son más libres y desinteresados. Otro aspecto es la diferencia de edad, se dice que a menor diferencia mayor tiempo compartido y mejor relación de hermanos. Si en una familia predomina cierto género las experiencias compartidas se basarán en el modelo de género que predomina. ¹⁶
3. Transiciones de las distintas etapas del ciclo y las crisis de maduración: esta transición comienza con el matrimonio y termina con el fallecimiento del cónyuge viviente y esto conlleva a cambios y adaptaciones que involucran a toda la familia. ¹⁶
4. Acontecimientos asincrónicos del ciclo vital familiar: los que más ocurren son la muerte prematura, retraso en la fase de contracción, edad en que la pareja contrae matrimonio en especial en los extremos de la vida, edades diferentes en la pareja, maternidad tardía; estos pueden bloquear o atrasar el inicio de una nueva fase del ciclo. ¹⁶

5. Repetición de patrones estructurales: es cuando se repiten pautas estructurales en diferentes generaciones por ejemplo familias monoparentales, matrimonios de hijos mayores con hijos mayores y personas sin familia. ¹⁶
6. Repetición de pautas de funcionamiento: se puede transmitir ya sea de manera lineal es decir en todas las generaciones o discontinua se altera por generaciones, las pautas que más deben ser estudiadas son el alcoholismo, suicidios y violencia con el objetivo de interrumpir estas pautas y hallar explicaciones a actitudes de rechazo. ¹⁶
7. Acontecimientos vitales estresantes recientes: el caso más sobresaliente es la muerte de un ser querido porque después de su fallecimiento se presentaran dificultades para readaptarse, todo esto debe ser entendido según el tipo de familia y las edades de los miembros, por ejemplo en una familia extensa o nuclear con parientes próximos se cuenta con más apoyo afectivo para sobreponerse a esta crítica situación. ¹⁶
8. Coincidencia o recurrencia de fechas, edades o acontecimientos significativos: aquí se incluyen las reacciones de aniversario, estas se desencadenan en un miembro de la familia por un aniversario de un acontecimiento vital por ejemplo cuando una persona entra en depresión cerca a la fecha de aniversario de muerte de alguno de sus padres. ¹⁶
9. Recursos familiares: se entiende como recursos los mecanismos ya sea defensivos, de adaptación, económicos, afectivos o de conducta que se ponen

en marcha ante situaciones estresantes como lo son una enfermedad un conflicto o una crisis. En el familiograma se puede evidenciar los recursos cuantitativos como lo son las personas a las que se dirige la familia en estos momentos y los recursos cualitativos que es el tipo de recurso que se necesita en esa situación. ¹⁶

10. Tipos de relaciones intrafamiliares: como ya se dijo la familia se compone de subsistemas para llevar a cabo ciertas funciones, el estudio de relaciones dentro y fuera de estos subsistemas permite conocer más a fondo quien es el encargado de desempeñar ciertas tareas como la socialización de los hijos. ¹⁶

11. Triángulos: se conforma emocionalmente por tres personas en el que el funcionamiento de cada persona va a depender y a influir en las otras dos, con el familiograma se pueden trazar hipótesis triangulares que pueden ser multigeneracionales, padre/hijo, familiar binucleares. El primer caso se presenta más que todo cuando el abuelo se une al nieto para confrontar a los padres; el segundo tipo de triángulo se presenta con mayor frecuencia cuando los padres tiene mala relación entre si y la solución a esto es aliarse con un hijo, también se presentan cuando la madre y el hijo se unen en pro del bienestar del padre enfermo. Y el último se observa más que todo en familias reconstituidas porque se evidencia una relación más estrecha de los hijos con el padre o madre ausente, pero los más comunes de este tipo es el triángulo que se centra en la relación padre e hijo, frente a la hostilidad de éste hacia la madrastra. ¹⁶

12. Tipos de relaciones con miembros ajenos a la familia: la más dañina de todas es la relación extramatrimonial porque en un futuro puede llevar a disfunciones que terminaran en una ruptura del vínculo matrimonial.¹⁶

5.5 Estado nutricional

El estado nutricional es el resultado del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y nutricionales del cuerpo humano, se define malnutrición como “condición patológica, consecuencia del desequilibrio en el estado nutricional”³, que puede deberse a diversos motivos como lo son: un déficit en la ingesta de alimentos nutritivos, un estado de sobrenutrición o alguna modificación en el uso de estos nutrientes en el cuerpo humano.³

Centrándose en la malnutrición y según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 la más frecuente en el país, en especial en los menores de 5 años, deben tenerse en claro sus manifestaciones que se pueden expresar como desnutrición, sobrepeso, obesidad y deficiencia de micronutrientes.

3

La primera de éstas es el resultado del consumo deficiente ya sea de energía o de nutrientes durante cierto período de tiempo, lo que conlleva a pérdidas de peso y crecimiento alterando el desarrollo del niño, haciéndolo más propenso a contraer ciertas enfermedades que pueden desencadenar en la muerte del menor.³

La desnutrición también puede deberse a enfermedades que incrementen las necesidades nutricionales, disminuyan su consumo o reduzcan la capacidad del

organismo para utilizarlos de la manera correcta; siendo también influenciada por aspectos socioeconómicos y medioambientales. ³

Las principales consecuencias a futuro de la malnutrición en los menores de 5 años son: aumento de la morbimortalidad infantil, retraso en la talla y desarrollo infantil, reducción del desarrollo muscular y alteraciones cognitivas. ³

5.5.1. Factores influyentes en el estado nutricional del niño

Teniendo en cuenta los múltiples factores que influyen en el estado nutricional de los niños como lo son: inadecuada lactancia materna en los primeros 6 meses de vida, insuficiente e inadecuado consumo de alimentos y enfermedades infecciosas, es necesario resaltar que la familia es un determinante del equilibrio nutricional del niño brindándole seguridad y estabilidad. Al referirnos sobre la familia es importante tener en cuenta características que influyen directamente como son: el lugar de residencia, estrato socioeconómico, nivel educacional, las condiciones sanitarias y la presencia de hacinamiento y los cuales están afectando la calidad de vida del niño y afectando su proceso de crecimiento como consecuencia del desequilibrio en su estado nutricional.¹⁷

Es por ello y de importancia en salud pública que se han implementado normas y políticas para ofrecer una seguridad alimentaria brindando medios que permitan acceder a una buena nutrición. En cabeza de estas políticas, para luchar por la seguridad alimentaria, están los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), los cuales fueron trazados por los miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU), dentro de los cuales se encuentra “erradicar la pobreza extrema y el hambre” y a los cuales Colombia se unió y por ello estableció una serie de documentos aprobados por el Consejo Nacional de Política Económica y Social

(CONPES) y Planes Nacionales de Desarrollo para ejecutar y alcanzar la meta planteada en dicho objetivo.³⁻¹⁷

Para ello, dentro del abordaje del tema observaremos que la inseguridad alimentaria presenta cuatro dimensiones referidas a: calidad, cantidad, experiencias psicológicas y sociales. Es de ahí que observaremos como estos cuatro factores se ven reflejados en nuestro grupo poblacional.¹⁷⁻¹⁸

De la misma manera será necesario observar como al interior de la familia influye quien sea la cabeza y de esta misma manera el tiempo que sea invertido por este miembro de la familia en velar por el equilibrio nutricional y la seguridad alimentaria de los menores.³⁻¹⁹

De esta forma es de vital importancia la forma cómo influye la estabilidad y equilibrio de la familia y cada uno de sus factores en la calidad nutricional del niño y la eficiencia de los nutrientes en su desarrollo.¹⁸⁻¹⁹

La importancia de las normas establecidas en: la Constitución Nacional de Colombia, el Código de Infancia y Adolescencia, los Derechos Humanos y los Derecho de los Niños, todas estas se basan en mantener un balance en las medidas de seguridad que le ofrece la familia a un niño que necesita alcanzar su total desarrollo en equilibrio y formar un hogar que brinde las cualidades absolutas para este alcance.³⁻¹⁹

5. 6 Más allá del crecimiento y desarrollo

El artículo 44 de la Constitución Política de Colombia refiere: “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.”²⁰ Quienes están obligados a proteger a los niños y asegurarles un desarrollo armónico e integral son: la familia, la sociedad y el estado. Es de recalcar que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de las demás personas.²⁰

Los derechos antes citados promueven la garantía de un buen desarrollo físico, cognitivo, emocional, social lo cual permite un desarrollo integral; es de importancia para lograr dicho objetivo, desarrollarse en un ambiente óptimo, ya que se ha concluido en diferentes estudios que condiciones de pobreza, fallas en el acceso al agua potable, saneamiento ambiental, servicios en salud de calidad, aporte nutricional apropiado, nivel educativo de los padres adecuado aumentan significativamente la probabilidad de un desarrollo del niño inadecuado.²¹

De esta manera es importante el ambiente y apoyo familiar que se le brinde al infante, ya que es en el entorno familiar donde se establecen relaciones y elementos para que se produzca un adecuado desarrollo. En la infancia se suele imitar los hábitos alimentarios de quien el niño considere su modelo a seguir y

según con quien comparta el mayor tiempo, siendo este un riesgo para la nutrición.¹⁷

Es de vital importancia la relación o vínculo afectivo que se da entre la persona encargada del cuidado del niño, ya que este puede afectar negativamente la aceptación del alimento, llevando a un rechazo que perjudica el estado nutricional del niño. Es durante la niñez que el niño interactúa con los alimentos y aprende de ellos, de ahí lo importante del rol materno ya que es la madre quien presenta los alimentos al niño generándole una aceptación.¹⁷

El ambiente y apoyo familiar permite que los niños se sientan mejor alimentados, se observa que los niños que mantienen un mejor estado nutricional y que pueden llegar a tener un exceso de peso son aquellos que en su entorno tienen mejor condición afectiva más acompañamiento de su madre diferencia a los niños que tienen riesgo nutricional ya que permanecen en un ambiente conflictivo.¹⁷

Los hábitos de compartir el momento del consumo de los alimentos, permite crear relaciones estrechas, ya que permite el dialogo, socialización y aprendizaje en esta edad en la que aprenden de su modelo.¹⁷

5. 7 Hábitos alimentarios saludables desde la niñez

La Organización Mundial de la Salud reporta que en países en vía de desarrollo se observan altos índices de malnutrición infantil teniendo como punto de referencia países industrializados.^{5 - 23} Es de vital importancia la información estadística en la cual se difiere una estrecha relación con una variedad de factores de riesgo que influyen en el estado nutricional del niño, algunos como la condición social económica, el nivel educativo, y el área de vivienda²³.

La mala nutrición es una importante limitante en el desarrollo físico, psicológico y fisiológico del niño, que le impide conseguir su potencial máximo, por eso la nutrición en los primeros 5 años de vida se debe desarrollar con mayor énfasis ya que permitirá el desarrollo y crecimiento adecuado del niño, por medio de los nutrientes contenidos en los alimentos necesarios para la formación mantenimiento de los tejidos.²³

Cada uno de los nutrientes cumple con una función fisiológica específica siendo estas proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua; de igual forma las funciones se clasifican como energética, plástica y reguladora.²³

La función energética encargada de producir la energía para la formación de nuevos tejidos y para el adecuado funcionamiento del organismo, en este grupo interactúan nutrientes como carbohidratos, lípidos y proteínas; función plástica enfatizada en la formación de nuevos tejidos, en este interactúan las proteínas y

minerales; y por último la función reguladora en la cual interactúan sustancias energéticas y plásticas por medio de nutrientes como minerales y vitaminas.²³

El requerimiento nutricional “es la cantidad mínima que un individuo necesita de un nutriente específico para mantener su salud y prevenir la aparición de manifestaciones clínicas de desnutrición o carencias específicas”.²³

Grupos	Edad (años)	Peso (kg)	Talla (cm)	Necesidades energéticas			Proteínas (g)	Vitaminas liposolubles		
				kcal	Extremos kcal	M J		Vitamina A (µg/ER)	Vitamina D (µg)	Vitamina E (µg/ET)
Lactantes	0.0-0.59	6	60	Kg *115	95-415(X kg)	Kg *.48	Kg *2.2	420	10	3
	0.60-1.0	9	71	Kg *105	80-135 (X Kg)	Kg *.44	Kg *2.0	400	10	4
Niños	1.00-3.9	13	90	1300	900 – 1800	5.5	23	400	10	5
	4.0-6.9	20	112	1700	1300 – 2300	7.1	30	500	10	6
	7.0-10.9	28	132	2400	1650 – 3300	10.1	34	700	10	7

Figura 14: Necesidades energéticas según la edad

Figura tomada de: http://www.oocities.org/jorge_a6/requerimientos.html

Profesor Pedro Escudero refiere la alimentación debe ser completa en el contenido de todos los nutrientes entre sí, equilibrada en la proporción de los nutrientes, adecuada al momento fisiológico o fisiopatológico del niño y suficiente en calorías para las necesidades específicas. De esta manera el objetivo de la alimentación saludable principalmente en la primera infancia es la producción de energía necesaria para la tarea de mantener y formar nuevos tejidos con la composición ideal.²³

5.8 Lactancia materna y alimentación complementaria

La lactancia materna es una manera práctica, sencilla y económica para alimentar al recién nacido sus primeros 6 meses de vida, además que otorga ciertos beneficios para la madre como lo son una rápida involución uterina, menos posibilidad de cáncer de ovario y de seno, y lo más importante promueve un desarrollo y vínculo psicoafectivo entre madre e hijo. ²⁴⁻²⁵

Se deben tener en cuenta ciertas definiciones de la Organización Mundial de la Salud:

- Lactancia materna exclusiva: en esta el niño recibe de manera exclusivamente leche materna y se puede asociar a rehidratación oral con vitaminas y minerales. Esta se recomienda los primeros 6 meses de vida
- Lactancia materna predominante: en este caso la principal fuente de alimentación es la leche materna pero además algunas de sus tomas se reemplazan por agua, jugos de frutas y otros líquidos no lácteos.
- Alimentación complementaria: aquí ya se asocia la leche materna con alimentos sólidos y semisólidos, y de manera opcional emplear líquidos donde no se incluya la leche materna. ²⁴⁻²⁵

Un derecho fundamental de los niños y niñas en el país según la constitución política de 1991 es una alimentación equilibrada, por lo tanto es obligación del Estado, la sociedad y la familia proteger al menor para garantizarle un desarrollo

integral y un ejercicio pleno de sus derechos. Para fortalecer este derecho el Gobierno a través del tiempo ha tenido ciertos programas como lo son: Plan nacional de alimentación y nutrición que se llevó a cabo entre 1996 y 2005, Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional en el año 2008 y actualmente y hasta el año 2020 se cuenta con el Plan decenal de lactancia materna.²⁰⁻²⁴

Se recomienda que en la primera hora de vida se le proporcione al recién nacido lactancia materna para que así reciban el calostro que posee grandes cantidades de inmunoglobulinas y anticuerpos y de la misma manera promueve la producción de leche materna²⁵. En la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN) se encontró que el 96% de las madres daban lactancia materna en la primera hora de vida de su hijo, el 4% restante no lo realizó porque no producía leche, el recién nacido falleció o no quiso recibir la leche materna o tuvo necesidad de hospitalización, también porque la madre se encontraba enferma o tuviera algún problema en el pezón. Se evidenció que el 36,2% de los niños en sus primeros tres días de vida recibieron algo diferente a la leche materna como leche en polvo, té o aromática, agua o leche líquida.²⁴

La complementación de la lactancia materna exclusiva es progresiva rápidamente desde el nacimiento hasta los nueve meses de edad y a los 24 meses de nacido ya la mitad de los niños no recibe lactancia materna; se tiene como mediana de duración de la lactancia materna para el año 2010 un 14,9 meses, mientras que la

mediana de la lactancia materna exclusiva fue de 1,8 meses y la mediana de duración de la lactancia materna predominante fue de 2,7 meses. ²⁴

Se recomienda que a partir del sexto mes de vida se incorporen a la dieta del niño alimentos apropiados para su edad para así suplir sus necesidades nutricionales, para esto tanto a nivel mundial como nacional se han propuesto 11 categorías de alimentos ²⁴ :

Tabla 5: Categorías de alimentos para alimentación complementaria

1	Fórmula infantil: leche en polvo específica para infantes.
2	Otros lácteos: otras leches, quesos, kumis, yogurt y derivados de la leche
3	Otros líquidos: jugo de frutas, chocolate, agua de panela, té, café, caldo, aromática.
4	Cereales: arroz, trigo, maíz, avena y cebada y productos elaborados con ellos.
5	Leguminosas secas: frijol, arveja, garbanzo, lenteja, soya, maní y habas.
6	Tubérculos y raíces: papa, plátano, yuca, arracacha, ñame.
7	Carnes y huevo: huevo, carne de res, pollo, cerdo, pescado, atún y vísceras.
8	Alimentos preparados con grasas: manteca, mantequilla, aceite.
9	Frutas y verduras fuente de vitamina A: ahuyama, acelga, zanahoria,

	espinaca, mango, papaya, durazno, chontaduro.
10	Otras frutas y verduras: lechuga, arveja verde, habichuela, brócoli, guayaba, naranja, granadilla, manzana, banano.
11	Otros alimentos: mezclas vegetales, dulces, sal y condimentos

Tomada de: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010

(ENSIN)

En Colombia para el 2010 a los niños amamantados antes de los 6 meses ya se les había iniciado otros líquidos y alimentos. Entre 6 y 9 meses de edad se les introdujo cereales y otros líquidos no lácteos. Y un poco más de la mitad recibió proteínas de fuente animal. ²⁴

La Organización Mundial de la Salud elaboró unos indicadores mundiales para evaluar las prácticas de alimentación en niños menores de 2 años, se compone de 15 indicadores donde los primeros ocho son básicos y los otros 7 son opcionales; estos indicadores son ²⁴:

1. Inicio de lactancia materna
2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses
3. Lactancia materna continua al año de vida
4. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves
5. Diversidad alimentaria mínima
6. Frecuencia (número) mínima de comidas diarias

7. Dieta mínima aceptable
8. Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con él
9. Niños que fueron amamantados alguna vez
10. Lactancia materna continua a los 2 años
11. Lactancia materna adecuada según la edad
12. Lactancia materna predominante antes de los 6 meses
13. Duración de lactancia materna
14. Alimentación con biberón
15. Frecuencia (número) de tomas de leche por niños no amamantados

En el año 2010 fue la primera vez que se midieron estos indicadores en Colombia, arrojando los siguientes resultados: la mayor parte de los niños fueron amamantados iniciándose de forma temprana en la primera hora posterior al nacimiento, pero solo fue exclusiva durante los 6 primeros meses para el 42,8% de los niños, también se encontró que la duración total de la lactancia materna en menores de 3 años fue menos de lo recomendado.²⁴

Después de los 6 meses de edad se debe iniciar la alimentación complementaria y para esto la Organización Mundial de la Salud propone unas definiciones²⁴⁻²⁶:

- Diversidad alimentaria mínima: cuando se ofrece a los niños por lo menos 4 grupos de estos alimentos el día anterior (cereales, raíces y tubérculos, leguminosas y nueces, lácteos, carnes, huevos, frutas y verduras ricas en vitamina A, y otras frutas y verduras), por lo cual se deduce que el niño tuvo la

posibilidad de ingerir un alimento de origen animal, una fruta o verdura y un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo).²⁴⁻²⁶

- Frecuencia mínima de comidas: acercamiento al consumo energético global diario proveniente de alimentos que no sean la leche materna; en esta definición se hace una diferenciación entre niños amamantados y no amamantados, para los primeros se incluyen alimentos sólidos y semisólidos y para los segundos tomas de leche y alimentos sólidos y semisólidos.²⁴⁻²⁶

Tabla 6: Comidas mínimas diarias

Niños amamantados de 6 a 8 meses	Dos veces
Niños amamantados de 9 a 23 meses	Tres veces
Niños no amamantados de 6 a 23 meses	Cuatro veces

Tomada de: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010

(ENSIN)

- Dieta mínima aceptable: valora las prácticas de alimentación complementaria en menores de 2 años, se encuentra conformado por: diversidad en el tipo de alimentos recibidos y frecuencia de comidas ofrecidas.²⁴⁻²⁶

En la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del año 2010 se observa una adecuada introducción de alimentos sólidos y semisólidos en la

dieta de los menores entre 6 y 8 meses con un 84,0%, pero para niños amantados de esta misma edad la frecuencia de comidas mínimas diarias fue de 68,6% y la dieta mínima aceptable 38,1%. La dieta de niños amamantados entre 9 y 23 meses fue mucho mejor con una diversidad alimentaria del 70,4%, frecuencia mínima de comidas de 85,1% y dieta mínima aceptable de 72,8%. Mientras que para los niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad se obtuvo una dieta mínima aceptable de 83,5%, pero la frecuencia de comidas y la dieta mínima no fue la correcta en un tercio de los menores, aun cuando ingerían mínimo dos tomas de leche diarias.²⁴

Con todos estos resultados se concluye que las mujeres necesitan de un ambiente adecuado para amamantar donde se proteja, apoye y promueva la lactancia materna; y para esto es de suma importancia fortalecer el inicio de la misma en la primera hora de vida del recién nacido. También es importante resaltar la adecuada alimentación complementaria infantil, para lo cual se deben realizar estrategias educativas donde se integre la parte teórica con la práctica además de mejorar la atención hacia las madres en los controles de crecimiento y desarrollo de los hospitales y en los hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.²⁴

5.9 Cifras

5.9.1 Cifras América Latina Y El Caribe

La desnutrición infantil sigue siendo prioridad como problema de salud pública aun frente de la problemática de sobrepeso y la obesidad, pues su prevalencia es consecuencia de una falta de alimentación adecuada en muchos países latinoamericanos y caribeños, de esta manera obteniendo un déficit de nutrientes y energía necesaria para un adecuado desarrollo. ²⁷

Para definir un estado de desnutrición usualmente se usan tres medidas para niños menores de cinco años 1: desnutrición crónica o “achaparramiento” 2: desnutrición aguda o emaciación 3: desnutrición global o insuficiencia ponderal teniendo esta como índice de evaluación para el avance de las metas de los objetivos del desarrollo del milenio 1c *erradicar la pobreza extrema y el hambre*.²⁷

Se evidencia comparativamente entre los años 1995 a 2010 una disminución del porcentaje de desnutrición crónica en menores de cinco años en un 7%

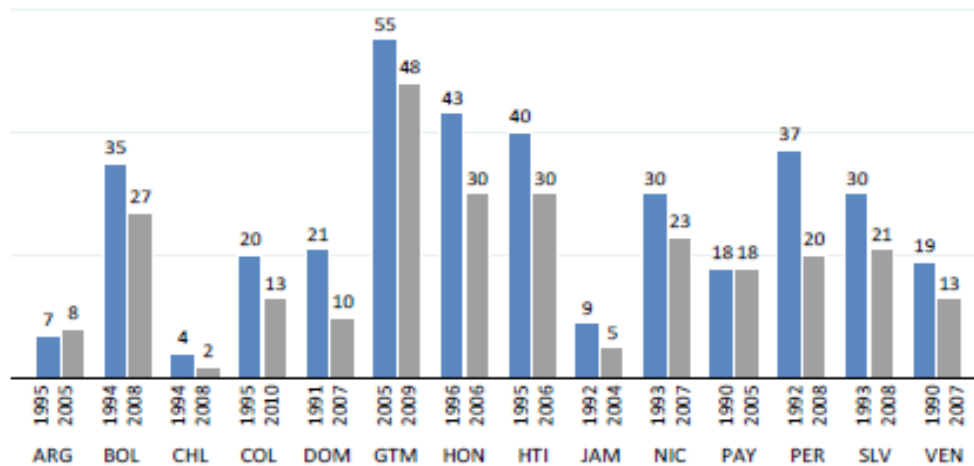


Figura 7: Evolución de la desnutrición crónica en menores de 5 años comparativo entre 1990-1995 y la última medición disponible en América latina

Tomado de: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio: Desnutrición infantil en América Latina y El Caribe

Se observa una disminución en la desnutrición global de la mitad del porcentaje en comparación con los años de 1990 a 1996 la cual para los años 2012 se encontraba en 3,4%.

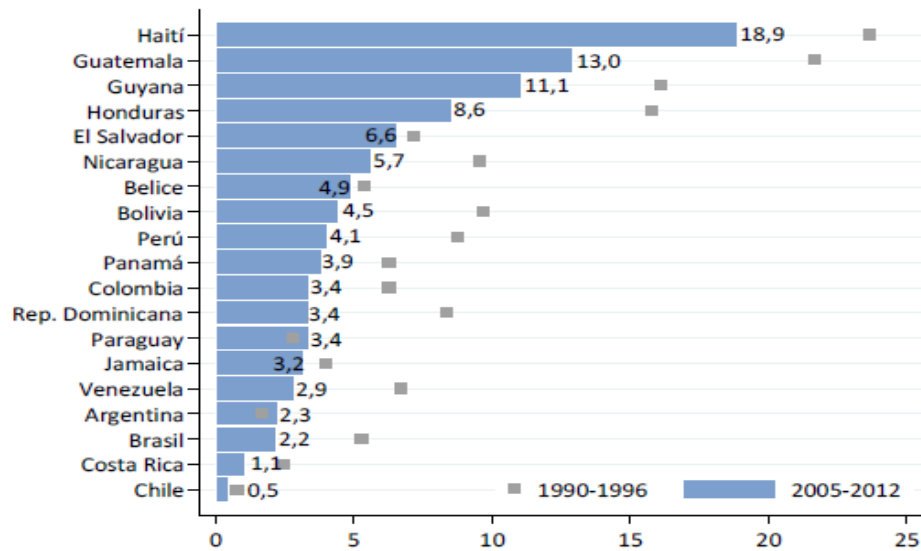


Figura 8: Reducción de la desnutrición global en menores de 5 años en América latina y el caribe

Tomado de: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio: Desnutrición infantil en América Latina y El Caribe

Para el año 2000 se observa en Colombia un 6,7% de desnutrición global en los niños menores de 5 años.

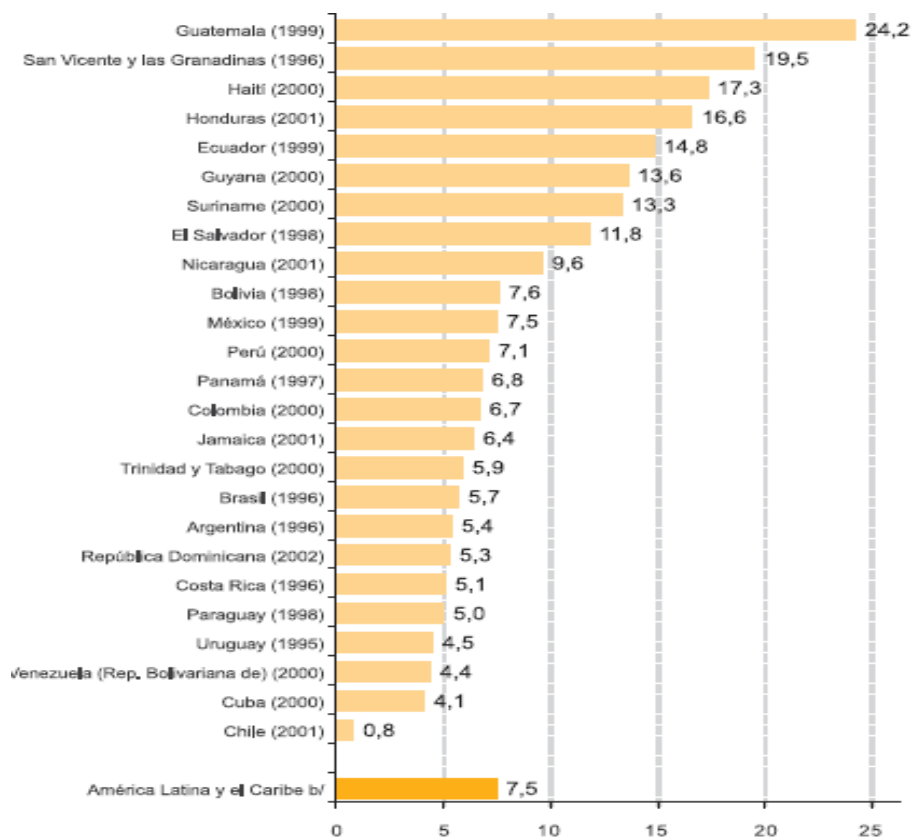


Figura 9: América latina y el caribe (25 países): desnutrición global en niños menores de 5 años, 1995-2002

Tomada de: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio: Desnutrición infantil en América Latina y El Caribe

Se evidencia una disminución del porcentaje respecto al año 1990 a 1995-2002 correspondiente al año 2002 al 13,5%.

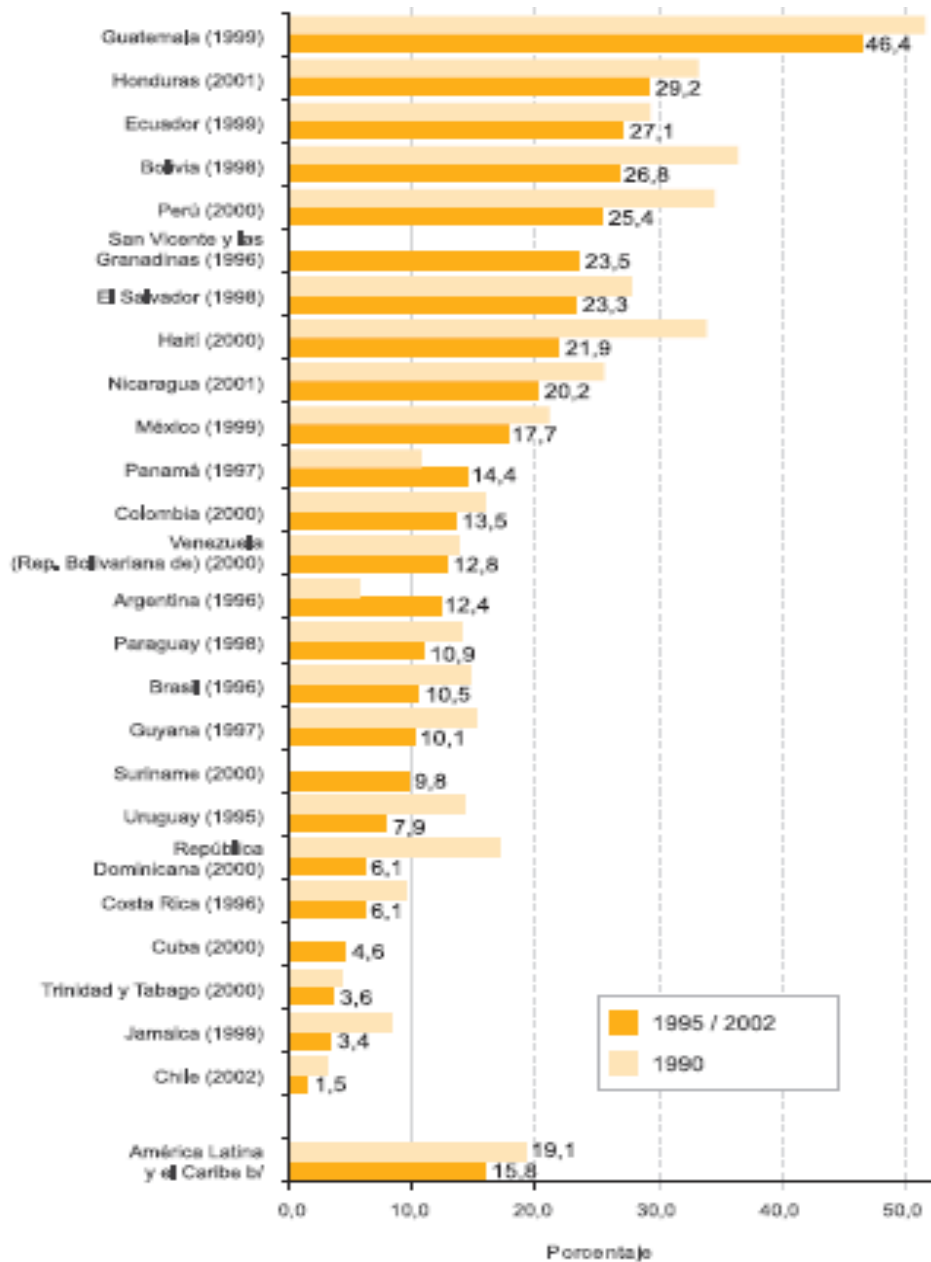


Figura 10: América latina y el caribe (25 países): evolución de la desnutrición global en niños menores de 5 años, 1990 y 1995-2002

Tomado de: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio: Desnutrición infantil en América Latina y El Caribe

5.9.2 Cifras nacionales

Es necesario mencionar el alcance nacional del cumplimiento de los objetivos del milenio referido por el Ministerio de Salud como una disminución sostenida de la desnutrición global y crónica en los menores de cinco años, haciendo énfasis en el primero objetivo del milenio *erradicar la pobreza extrema y el hambre*, la meta universal “Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre” y la meta de la salud nacional radicaba en un “acceso a una alimentación adecuada y suficiente” quienes refieren una reducción de 60% desde 1990. ²⁸

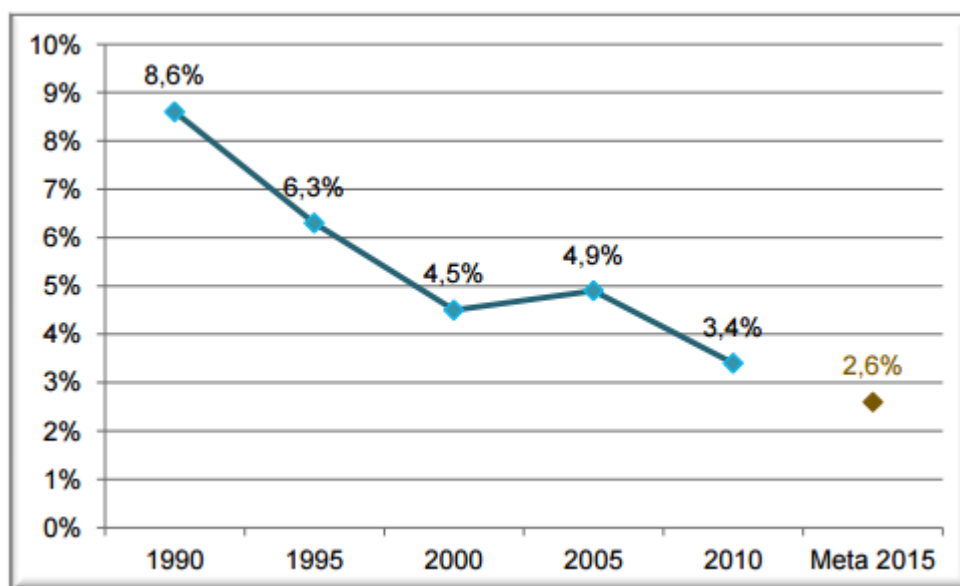


Figura 11: Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años

Tomado de: Monitoreo a los objetivos de desarrollo del milenio 2014

Observándose una reducción del 49% desde 1990

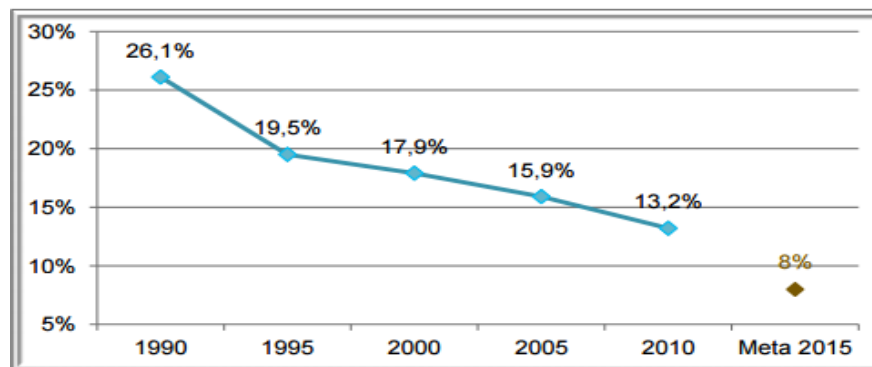


Figura 12: Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años

Tomado de: Monitoreo a los objetivos de desarrollo del milenio 2014

Reducción del 49% desde el 2005

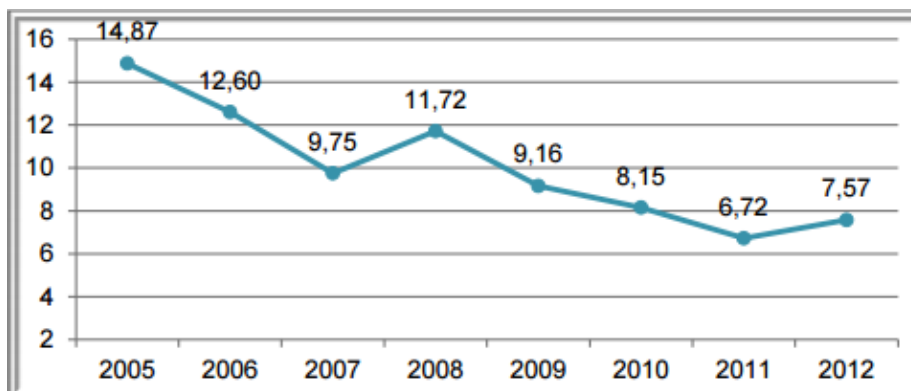


Figura 13: Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años-tasa x 100.000

Tomado de: Monitoreo a los objetivos de desarrollo del milenio 2014- Ministerio de salud y protección social

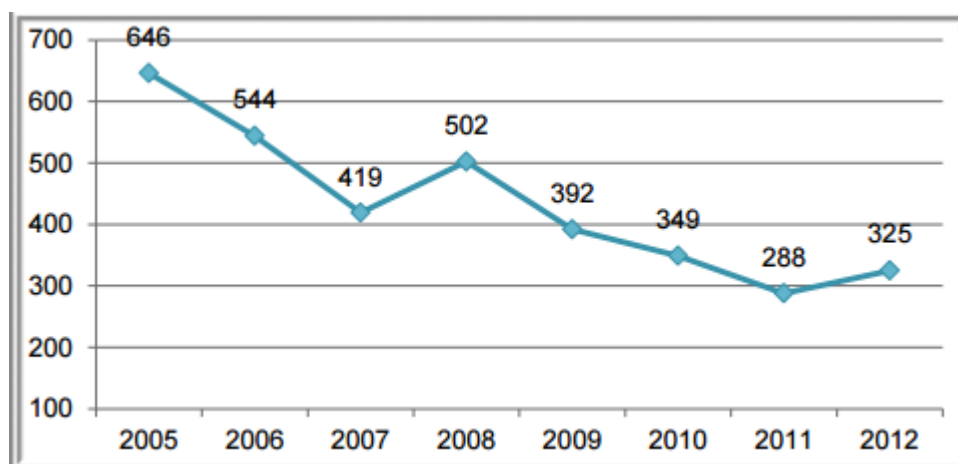


Figura 14: Número de muertes por desnutrición en menores de 5 años

Tomado de: Monitoreo a los objetivos de desarrollo del milenio 2014

Los principales departamentos que manejan cifras críticas según ENSIN 2010 para desnutrición global de menores de 5 años ³⁻²⁸:

Tabla 7: Desnutrición global en menores de 5 años

AMAZONAS	5.8 %
CHOCO	6.3 %
LA GUAJIRA	11.2 %

MAGDALENA	6.8 %
-----------	-------

Tomada de: Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 –
ENSIN

Los principales departamentos que manejan cifras críticas según ENSIN 2010 para desnutrición crónica de menores de 5 años³⁻²⁸:

Tabla 8: Desnutrición crónica en menores de 5 años

AMAZONAS	28.6 %
CAUCA	23.0 %
GUAINIA	23,4 %
LA GUAJIRA	27.9 %
VAUPÉS	34.6 %

Tomada de: Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 –
ENSIN

6.0 Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN), se centra en realizar una toma de medidas antropométricas como lo son el peso y la talla, con énfasis en niños y niñas menores de 5 años ya que ambas son las mejores para realizar una valoración nutricional y así conocer con más precisión el estado de desnutrición de este grupo etario, ya que en la ENSIN 2005 este indicador tuvo una gran prevalencia y además no se tuvieron en cuenta los nuevos patrones de crecimiento dados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2006 y aceptados por el Gobierno Nacional en Junio del 2010 para niños dentro de este grupo de edad, donde se tiene en cuenta: nacimiento a término de un solo niño, nivel socioeconómico que sea favorable para el crecimiento y desarrollo, madres no fumadoras, nivel de migración de las familias, sistema de apoyo a la lactancia materna y recomendaciones alimenticias.³

Para clasificar la desnutrición infantil en niños y niñas menores de 5 años en el país para la ENSIN 2010 se tuvo en cuenta los indicadores de talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla y el índice de masa corporal (IMC); los cuales fueron expresados en puntuaciones de derivaciones estándar para así poder describir la distancia entre la medida de un niño colombiano y su par por edad y sexo que es dada por la referencia internacional de la OMS.³

Se analizó información de 17.696 niños menores de 5 años, de los cuales el 49% eran de sexo femenino y el 51% restantes eran de sexo masculino.³

Para el indicador talla/edad se obtuvo un porcentaje del 13,2% que es mayor al esperado, demostrando que los niños colombianos menores de 5 años tienen retraso en su crecimiento, siendo más prevalente en niñas de 1 y 2 años de edad que hayan sido la sexta hija en orden de nacimiento, que tuvieran bajo peso al nacer y longitud al nacer menor de 47 cm. También es más frecuente en hijos de madres que no tenían educación y que pertenecían al nivel más bajo del SISBEN.³

De igual forma se observó una alta tasa de este indicador en las zonas rurales, como también en la región de Bogotá, siendo el departamento con mayor número de afectados el Valle del Cauca. Cabe resaltar que se obtuvo un descenso importante cercano al 50% en cuanto a este indicador en 20 años, pero si la tendencia sigue en aumento, para Colombia será difícil alcanzar la meta para el 2015.³

Otro indicador evaluado fue peso/edad donde se observó un 3,4% con bajo peso para la edad y un 0,6% para desnutrición global severa, que son porcentajes mayores a los esperados para los niños colombianos menores de 5 años ; aunque para la OMS son bajos por ser menor al 10% por lo cual no necesita de vigilancia.³

La desnutrición global comparte características con el retraso en el crecimiento pues es frecuente en la misma población en cuanto al orden de nacimiento, peso y talla al nacer, madres sin educación y con un nivel bajo en el SISBEN; de la misma manera el área más afectada fue la rural pero en este caso la región con más niños con desnutrición fue la Atlántica y el departamento fue La Guajira. Este indicador en los últimos 20 años tuvo una caída mayor al 50% y si la cifra tiende a disminuir para el 2015 se alcanzaría la meta propuesta por el país.³

En cuanto al bajo peso para la talla o desnutrición aguda se alcanzó un 0,9% que se encuentra dentro de los porcentajes esperados para la población colombiana menor a 5 años, siendo más frecuente en niños menores de 1 año cuyas madres no tenían nivel alguno de educación. Además con el pasar del tiempo se ha demostrado una disminución poco significativa en cuanto a este indicador³

6. METODOLOGIA

La investigación se basa en un estudio descriptivo transversal, el cual permite por medio de la observación de fuentes de información en este caso las historias clínicas de la FUNDACIÓN SANTA SOFIA resolver una duda o problemática.

1. Estudio descriptivo: La epidemiología descriptiva se centra en la identificación del comportamiento de la salud y la enfermedad en poblaciones, midiendo variables en persona, tiempo y lugar, con el fin de obtener medidas de frecuencia que indicaran la ocurrencia de un evento.²⁹
2. Estudio transversal: Una muestra de la población se examina en un punto dado del tiempo, mediante el registro de información sobre el desenlace de la enfermedad y las exposiciones un punto único del tiempo.²⁹

6.1 Características de la muestra

La muestra se obtiene con permiso de la Fundación Santa Sofía con un total de 120 historias clínicas correspondientes a 43 niños donde 22 pertenecen al sexo femenino y 21 al sexo masculino.

La información sobre la estructura familiar se obtuvo por medio de la herramienta familiograma.

El análisis del estado nutricional se realizó por medio de las tablas de la Organización Mundial de la salud contenidas en la historia clínica.

Criterios de inclusión:

1. Niños entre 30 días y 5 años con diagnóstico nutricional.
2. Familia que desee participar en el estudio.
3. Realización de 1 consulta.

Criterios de exclusión:

1. Niños con déficit mental.
2. Niños con enfermedad neoplásica o crónica.
3. Ausencia de curvas de desarrollo y familiograma en la historia clínica.

Sujetos:

Tabla 9. Descriptivos sexo niños

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	21	47,7	48,8	48,8
	Masculino	22	50,0	51,2	100,0
	Total	43	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,3		
Total		44	100,0		

La población total fue de 44 niños donde 1 tuvo que ser excluido ya que era mayor de 5 años; 21 de ellos eran de sexo femenino y 22 eran de sexo masculino

Tabla 10. Descripción edad niños

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	2,3	2,3	2,3
	3	3	6,8	7,0	9,3
	4	1	2,3	2,3	11,6
	7	1	2,3	2,3	14,0
	8	1	2,3	2,3	16,3
	10	2	4,5	4,7	20,9
	13	1	2,3	2,3	23,3
	15	1	2,3	2,3	25,6
	16	1	2,3	2,3	27,9
	18	2	4,5	4,7	32,6
	19	2	4,5	4,7	37,2
	21	1	2,3	2,3	39,5
	22	2	4,5	4,7	44,2
	23	1	2,3	2,3	46,5
	24	1	2,3	2,3	48,8
	25	1	2,3	2,3	51,2
	27	1	2,3	2,3	53,5

28	1	2,3	2,3	55,8
29	1	2,3	2,3	58,1
33	1	2,3	2,3	60,5
38	1	2,3	2,3	62,8
39	1	2,3	2,3	65,1
40	1	2,3	2,3	67,4
42	1	2,3	2,3	69,8
45	2	4,5	4,7	74,4
46	2	4,5	4,7	79,1
47	1	2,3	2,3	81,4
50	2	4,5	4,7	86,0
51	1	2,3	2,3	88,4
52	1	2,3	2,3	90,7
54	2	4,5	4,7	95,3
55	1	2,3	2,3	97,7
60	1	2,3	2,3	100,0
Total	43	97,7	100,0	
Perdidos Sistema	1	2,3		
Total	44	100,0		

La edad promedio en nuestra muestra fue de 6,8 meses

7. RESULTADOS

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos univariados de cada una de las variables del estudio.

Tabla 11: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Caso	44	1	44	22,50	12,845	165,000
Sexo	43	1	2	1,51	,506	,256
Edad niño	43	1	60	28,72	17,641	311,206
Edadmadre	43	14	39	27,70	6,731	45,311
Embarazo	43	1	4	1,98	1,058	1,118
Tipo departo	43	1	2	1,40	,495	,245
Patologíaperinatal	43	0	1	,33	,474	,225
Lactancia maternaexclusiva	39	0	9	4,79	1,852	3,430
Lactanciamaterna	33	2	36	11,94	8,254	68,121
Quien le da de comer1	40	1	7	3,67	1,366	1,866
Quien lo cuida	43	1	4	3,37	1,196	1,430
Estructurafamiliar	35	1	9	4,09	1,837	3,375
Actividad derecreación	39	1	7	4,38	1,138	1,296
Asiste jardín	37	0	1	,78	,417	,174
Peso	43	4,00	19,90	11,2953	3,66664	13,444
Talla	43	40,00	109,00	81,6047	16,07296	258,340
PC	41	17,00	53,50	45,7195	5,79552	33,588
N válido (por lista)	22					

Tabla 12. Descriptivo edad madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	14	1	2,3	2,3	2,3
	16	2	4,5	4,7	7,0
	20	4	9,1	9,3	16,3
	21	3	6,8	7,0	23,3
	22	2	4,5	4,7	27,9
	24	3	6,8	7,0	34,9
	25	2	4,5	4,7	39,5
	26	2	4,5	4,7	44,2
	27	4	9,1	9,3	53,5
	29	1	2,3	2,3	55,8
	30	3	6,8	7,0	62,8
	31	4	9,1	9,3	72,1
	33	1	2,3	2,3	74,4
	34	1	2,3	2,3	76,7
	35	2	4,5	4,7	81,4
	36	5	11,4	11,6	93,0
	38	1	2,3	2,3	95,3
	39	2	4,5	4,7	100,0
	Total	43	97,7	100,0	
Total		44	100,0		

En general, que la mayoría de la muestra Se observa que la edad promedio de las madres fue 36 años

Tabla 13: Descriptivo Embarazo numero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	18	40,9	41,9	41,9
	2	14	31,8	32,6	74,4
	3	5	11,4	11,6	86,0
	4	6	13,6	14,0	100,0
	Total	43	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,3		
Total		44	100,0		

Se observa que en los casos estudiados, el 40,9 % de las madres tienen un hijo.

Tabla 14: Descriptivo tipo parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cesárea	26	59,1	60,5	60,5
	Vaginal	17	38,6	39,5	100,0
	Total	43	97,7	100,0	

Perdidos	Sistema	1	2,3		
	Total	44	100,0		

De la anterior tabla se concluye que de las 43 madres informantes el 59,1% tuvo el parto por cesárea y el 38.6 % fue atendido por parto vaginal.

Tabla 15. Descriptivo patología perinatal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	29	65,9	67,4	67,4
	Si	14	31,8	32,6	100,0
	Total	43	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,3		
	a				
	Total	44	100,0		

Se evidencia que el 65,9% de los niños no presentaron patología perinatal y el 31,8 % presento alguna complicación. No descrita puntualmente en la historia clínica.

Tabla 16: Lactancia materna exclusiva (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	1	2,3	2,6	2,6
	2	5	11,4	12,8	15,4
	3	5	11,4	12,8	28,2
	4	4	9,1	10,3	38,5
	5	1	2,3	2,6	41,0
	6	22	50,0	56,4	97,4
	9	1	2,3	2,6	100,0
	Total	39	88,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	11,4		
Total		44	100,0		

Se observa que el 52,3% de las madres cumplieron la recomendación de lactar a su hijo durante un periodo igual o superior a seis meses.

Tabla 17. Lactancia materna total (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	2	4,5	6,1	6,1
	3	3	6,8	9,1	15,2
	4	1	2,3	3,0	18,2
	6	4	9,1	12,1	30,3
	8	5	11,4	15,2	45,5
	9	1	2,3	3,0	48,5
	10	1	2,3	3,0	51,5
	12	6	13,6	18,2	69,7
	14	1	2,3	3,0	72,7
	18	4	9,1	12,1	84,8
	22	1	2,3	3,0	87,9
	24	2	4,5	6,1	93,9
	30	1	2,3	3,0	97,0
	36	1	2,3	3,0	100,0
	Total	33	75,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	25,0		
	Total	44	100,0		

En la presente tabla se encuentra que el 13,6 % de los niños recibieron lactancia materna por un periodo de 12 meses. De la misma se referencia que el 25% de los casos no se reporta la información.

Tabla 18. Quien le da de comer1 (alimentador 1)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abuela	6	13,6	15,0	15,0
	Bisabuela	1	2,3	2,5	17,5
	Jardín	1	2,3	2,5	20,0
	Madre	28	63,6	70,0	90,0
	Padre	1	2,3	2,5	92,5
	Solo	2	4,5	5,0	97,5
	Todos	1	2,3	2,5	100,0
	Total	40	90,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	9,1		
Total		44	100,0		

Tabla 19. Quien le da de comer 2 (alimentador 2)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin 2 cuidador	38	86,4	86,4	86,4
	Abuela	2	4,5	4,5	90,9
	Jardín	2	4,5	4,5	95,5
	Madre	2	4,5	4,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Respecto a las tablas 9 y 10 se evidencia que el 86,4% de los niños tienen un solo alimentador. El 63,6 % del total son alimentados por la madre (alimentador 1) y el 13,5% el segundo alimentador es la abuela, el jardín o la madre equitativamente.

Tabla 20. Quien lo cuida (cuidador 1)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abuela	8	18,2	18,6	18,6
	Bisabuela	1	2,3	2,3	20,9
	Jardín	1	2,3	2,3	23,3
	Madre	33	75,0	76,7	100,0
	Total	43	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,3		
Total		44	100,0		

Tabla 21: Quien lo cuida 2 (cuidador 2)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No reportan 2 cuidador	41	93,2	93,2	93,2
	Abuela	1	2,3	2,3	95,5
	Madre	1	2,3	2,3	97,7
	Padre	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Respecto a las tablas 11 y 12 se observa que el 93,2% de los casos no tienen un segundo cuidador. El 75 % del total son cuidados por la madre (cuidador 1).

Tabla 22: Estructura Familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Monoparental	3	7,0	7,0	7,0
	Reconstituida	9	20,9	20,9	27,9
	Extensa	11	25,6	25,6	53,5
	Nuclear	20	46,5	46,5	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Se evidencia que la familia predominante es la nuclear con un 46,5%, la familia extensa con un 25,6%, la familia reconstituida con un 20,9% y la familia monoparental con un 7,0%

Tabla 23: Actividad Económica Madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Adicta a sustancias psicoactivas	1	2,3	2,3	2,3
	Ama de casa	9	20,5	20,5	22,7
	Auxiliar contable	3	6,8	6,8	29,5

Belleza	1	2,3	2,3	31,8
Bodega materiales construcción	1	2,3	2,3	34,1
Cajera	1	2,3	2,3	36,4
Droguería	1	2,3	2,3	38,6
Empleada domestica	2	4,5	4,5	43,2
Empresa de consultoría	1	2,3	2,3	45,5
Empresa empackadora	1	2,3	2,3	47,7
Enfermera	1	2,3	2,3	50,0
Estudiante	3	6,8	6,8	56,8
Fábrica de carpas	1	2,3	2,3	59,1
No refiere	8	18,2	18,2	77,3
Publicista	1	2,3	2,3	79,5
Restaurante	3	6,8	6,8	86,4
Ventas	6	13,6	13,6	100,0
Total	44	100,0	100,0	

De la tabla se encuentra que el 20,5% de las madres no realizan actividad económica alguna y son amas de casa. Las actividades económicas que siguen en frecuencia son ventas y auxiliar contable.

Tabla 24: Actividad Económica Padre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2,3	2,3	2,3
Apiaria	2	4,5	4,5	6,8
Artes	1	2,3	2,3	9,1
Auxiliar de odontología	1	2,3	2,3	11,4
Casa de familia	1	2,3	2,3	13,6
Chef	1	2,3	2,3	15,9
Conductor	1	2,3	2,3	18,2
Contador	1	2,3	2,3	20,5
Ebanista	1	2,3	2,3	22,7
Ejercito	1	2,3	2,3	25,0
Empleado en empresa de gas	1	2,3	2,3	27,3
Estudiante décimo grado	1	2,3	2,3	29,5
Fábrica de carpas	1	2,3	2,3	31,8
Instalador de sonidos	1	2,3	2,3	34,1
Lijado de muebles	1	2,3	2,3	36,4
Mecánico	2	4,5	4,5	40,9
Mecánico dental	1	2,3	2,3	43,2
Mensajero	1	2,3	2,3	45,5
Músico profesional	1	2,3	2,3	47,7

No refiere	10	22,7	22,7	70,5
Operador medios tecnológicos	1	2,3	2,3	72,7
Orientador	1	2,3	2,3	75,0
Panadería	1	2,3	2,3	77,3
Pintor	1	2,3	2,3	79,5
Representante de ventas	1	2,3	2,3	81,8
Taxista	3	6,8	6,8	88,6
Técnico de aire acondicionado	1	2,3	2,3	90,9
Trabajador en supermercado	1	2,3	2,3	93,2
VENTAS	3	6,8	6,8	100,0
Total	44	100,0	100,0	

De los 44 casos objeto de estudio, la actividad predominante entre los padres son las ventas y la conducción de taxi con el 6,8% respectivamente. A su vez el 22,7% de los casos no refieren información al respecto.

Tabla 25. Actividad De Recreación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bailar	1	2,3	2,6	2,6
Computador	1	2,3	2,6	5,1

	Jugar	4	9,1	10,3	15,4
	Ninguna	14	31,8	35,9	51,3
	Parque	16	36,4	41,0	92,3
	Tabla	1	2,3	2,6	94,9
	TV	2	4,5	5,1	100,0
	Total	39	88,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	11,4		
	Total	44	100,0		

Se observa que el 36,4% de los niños realizan como actividad recreativa salidas al parque. Por otro lado se identifica que el 31,8% de los niños no practican ninguna actividad de recreación.

Tabla 26. Asiste a jardín

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
8	18,2	21,6
29	65,9	78,4
37	84,1	100,0
7	15,9	
44	100,0	

De la totalidad de los niños que cuyos padres informan la asistencia al jardín de sus hijos, se evidencia que el 65,9% informan asistir.

Tabla 27: Estadísticos descriptivos

Estadísticos descriptivos								
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media		Desviación estándar	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Estadístico
Peso	43	15,90	4,00	19,90	11,2953	,55916	3,66664	13,444
Talla	43	69,00	40,00	109,00	81,6047	2,45110	16,07296	258,340
PC	41	36,50	17,00	53,50	45,7195	,90511	5,79552	33,588
N válido (por lista)	41							

Por otro lado, respecto al peso de los infantes, se evidencia que la media es 11,29 kg., la desviación estándar 3,6, la varianza 13,44, el peso mínimo de la muestra fue de 4 kg. y el máximo 19,80; la media de la talla es 81,60 cm, la desviación estándar 16,07, la varianza 258,34, la talla mínima de la muestra fue de 40 cm y la máxima de 109,00 cm. Finalmente, la media del perímetro cefálico es 45, 71 cm, la desviación estándar 5,79, la varianza 33,58, el valor mínimo de la muestra fue de 17 cm y el máximo 53,50 cm.

Tabla 28. Estado nutricional Peso para la edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2,3	2,3	2,3
Bajo peso	16	37,2	37,2	39,5
Desnutrición crónica	3	7,0	7,0	46,5
Peso adecuado	23	53,5	53,5	100,0
Total	43	100,0	100,0	

Respecto al estado nutricional peso para la edad se identifica que un 53,5% se encuentran en un peso adecuado para la edad.

Por otro lado se observa un 37,2% de niños con bajo peso y un 7,0% que se encuentran en desnutrición.

Tabla 29. Estado nutricional Talla para la edad

Estado nutricional Talla para la edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5	11,6	11,6	11,6
Baja talla	18	41,9	41,9	53,5
Desnutrición crónica	3	7,0	7,0	60,5
Peso adecuado	1	2,3	2,3	62,8
Talla adecuada	16	37,2	37,2	100,0
Total	43	100,0	100,0	

En la presente tabla se identifica que el 41,9% de los niños presentan baja talla para la edad. Un 7,0% corresponde a desnutrición y un 37,2% se encuentran en talla adecuada para la edad

Igualmente, de la tabla cruzada del peso para la edad vs. la estructura familiar, se señala que los niños que presentan desnutrición crónica pertenecen a una estructura familiar reconstituida, mientras los infantes que presentan peso adecuado pertenecen en su mayoría a una estructura familiar monoparental.

Tabla 30. Estado nutricional Peso para la edad*ESTRUCTURA FAMILIAR tabulación cruzada

			Estado nutricional Peso para la edad				Total
				Bajo peso	Desnutrición crónica	Peso adecuado	
ESTRUCTURA FAMILIAR	Monoparental	Recuento	0	1	0	2	3
		% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
		% dentro de Estado nutricional Peso para la edad	0,0%	6,3%	0,0%	8,7%	7,0%
		% del total	0,0%	2,3%	0,0%	4,7%	7,0%
ESTRUCTURA FAMILIAR	Reconstituida	Recuento	0	4	2	3	9
		% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	0,0%	44,4%	22,2%	33,3%	100,0%
		% dentro de Estado nutricional Peso para la edad	0,0%	25,0%	66,7%	13,0%	20,9%
		% del total	0,0%	14,6%	7,4%	13,0%	35,0%

	% del total	0,0%	9,3%	4,7%	7,0%	20,9%
Extensa	Recuento	0	4	1	6	11
	% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	0,0%	36,4%	9,1%	54,5%	100,0%
	% dentro de Estado nutricional Peso para la edad	0,0%	25,0%	33,3%	26,1%	25,6%
	% del total	0,0%	9,3%	2,3%	14,0%	25,6%
Nuclear	Recuento	1	7	0	12	20
	% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	5,0%	35,0%	0,0%	60,0%	100,0%
	% dentro de Estado nutricional Peso para la edad	100,0%	43,8%	0,0%	52,2%	46,5%
	% del total	2,3%	16,3%	0,0%	27,9%	46,5%
Total	Recuento	1	16	3	23	43
	% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	2,3%	37,2%	7,0%	53,5%	100,0%
	% dentro de Estado nutricional Peso para la edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	2,3%	37,2%	7,0%	53,5%	100,0%

En la tabla número 30 encontramos que del total de niños, predomina con un 53.5% los casos con un peso adecuado. Es evidente en el tipo de familia reconstituida, que la mayoría de sus casos (el 44,4% de estos casos) tienen bajo peso.

Tabla 31. Estado nutricional talla para la edad*sexo tabulación
cruzada

Recuento

		SEXO		Total
		1,0	2,0	
Estado nutricional Talla		0	5	5
para la edad	Baja talla	9	10	19
	Desnutrición crónica	2	1	3
	Talla adecuada	10	6	16
Total		21	22	43

No se presentan diferencias entre sexo respecto a talla para la edad.

Tabla 32. Estado nutricional Peso para la edad*sexo tabulación
cruzada

		SEXO		Total
		F	M	
Estado nutricional Peso		0	1	1
para la edad	Bajo peso	9	7	16
	Desnutrición crónica	2	1	3
	Peso adecuado	10	13	23
Total		21	22	43

No se presentan diferencias entre sexo respecto al peso para la edad.

Tabla 33. Estado nutricional Talla para la edad*TIPO DE PARTO
tabulación cruzada

		TIPO DE PARTO		Total
		cesárea	vaginal	
Estado nutricional Talla para la edad		5	0	5
	Baja talla	13	6	19
	Desnutrición crónica	2	1	3
	Talla adecuada	6	10	16
Total		26	17	43

Se evidencia que las madres que tuvieron sus hijos por parto cesárea presentan en su mayoría niños con baja talla para la edad. Los principales motivos de cesárea encontrados en el estudio fueron: macrosomía fetal, por cesárea iterativa, preeclampsia materna y presentación podálica.

8. DISCUSION

Los resultados mostraron que en este grupo de padres y sus hijos, la variable del estado nutricional, valorado a partir del peso y talla para la edad, están relacionadas con la estructura familiar nuclear y reconstituida. En Bogotá en el presente estudio se encontró un 43,2% de niños menores de 5 años con bajo peso, mientras que en Cochabamba (Bolivia) en este mismo grupo de edad se encontró que el 54% de los niños tenían un adecuado estado nutricional, otra diferencia entre este estudio y el de la revista Científica Ciencia Médica es que en el primero es más frecuente que hayan niños de bajo peso en familias nucleares o reconstituidas; y en el segundo el 50% de los niños pertenecen a familias nucleares y el otro 50% a familias reconstituidas. Pero en este estudio se obtuvo que el 54% de los niños con adecuado peso pertenecían a familias nucleares, concordando con el presente estudio donde lo más prevalente en las familias nucleares fue el adecuado peso para la talla con un 22% seguido de un bajo peso con el 13%.²

Centrándose en el país y con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) en Colombia 2010 se tienen resultados similares en comparación con este estudio pues lo más prevalente en menores de 5 años es el bajo peso para la talla. En cuanto a la desnutrición la menos frecuente es la crónica y en este estudio se encontró con más prevalencia en familias reconstituidas, este último dato no se puede correlacionar con la ENSIN, ya que esta encuesta solo se basa

en índices antropométricos de los infantes ³. Según la Organización Mundial de la Salud el 0,6% de desnutrición global severa obtenido en el 2010 es bajo pero necesita de estricta vigilancia, para así poder alcanzar el cuarto objetivo de desarrollo del milenio: "Reducir la mortalidad en niños menores de 5 años " ³⁰ y contribuir con el primer objetivo "Erradicar la pobreza extrema y el hambre" ³⁰ .

Por otro lado, a diferencia de estudios que señalan la relación entre el nacimiento por cesárea y obesidad especialmente en el primer año de vida, como un estudio realizado en Chile publicado en la Revista Chilena de Pediatría donde el 61,8% de los partos fueron vaginales y un 38,2% fueron cesárea, de estos el 40% de los recién nacidos tuvo exceso de peso en su primer año. En comparación con el presente estudio donde fue más frecuente la cesárea con un 59,1% frente a un 38,6% de parto vaginal y también se halló que los recién nacidos por cesárea en sus primeros cinco años iban a tener baja talla y peso para la edad. ³¹

En cuanto a la patología perinatal en el presente estudio la más frecuente fue el bajo peso al nacer que se encuentra relacionado con el bajo peso en los primeros 5 años según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 ³ .En otros estudios se encuentra que el bajo peso al nacer tienen mayor probabilidad de padecer desnutrición postnatal y tienen probabilidad de tener una talla menor a la esperada para su edad. La prematurez es una condición que altera significativamente la obtención total de nutrientes por la inmadurez orgánica que conlleva.³²

Para la lactancia materna exclusiva en la ENSIN 2010 la recibieron el 42,8% durante 6 meses que es lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud y en el presente estudio se obtuvo un mejor porcentaje de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida que fue 52,3% de la población estudiada. ²⁴. Al revisar la ENSIN 2010 se encontró que antes de los 6 meses muchas madres colombianas iniciaban otros alimentos líquidos a sus hijos sustituyendo de esta forma la leche materna, pero en este estudio la lactancia materna se mantuvo hasta los 12 meses de vida en un 13,6%. ²⁴

El médico encargado de realizar el seguimiento de los niños menores de 5 años debe prestar especial atención a los cuidadores y alimentadores de los niños ya que en este estudio se encontró que el 86,4% solo era alimentado por una persona que era la madre en el 63,6%; y en un 93,2% eran cuidados exclusivamente por su madre. Mientras que en un estudio realizado en Victoria (Australia) se demostró que cuando el cuidador es un hombre los niños consumen más comidas rápidas, tres veces al mes, paquetes de papas 2 veces a la semana y bebidas dulces. Este consumo excesivo para la edad fue más frecuente en familias monoparentales con malos hábitos alimenticios en especial en niños entre 4 y 5 años. De esta situación se analiza que los comportamientos alimentarios de los niños se forman mediante tres maneras: 1) los padres son los encargados de cocinar los alimentos y bebidas para los niños, 2) los padres establecen como se ofrece la comida y como debe ser cada porción y 3) los padres son los

responsables de transmitir a sus hijos los hábitos alimenticios saludables; estas tres condiciones se ven muchas veces afectadas en las familias monoparentales ya que la única figura paterna debe salir a trabajar y deja a los niños bajo el cuidado de un familiar o niñera. ¹⁸

Por último en el presente estudio también se analizó la actividad económica de la madre encontrándose que el 20,5% se dedicaban a labores del hogar y solo el 79,5% tenían un trabajo siendo el más prevalente trabajar en el sector de las ventas. En un estudio realizado en la ciudad de Tlaxcala (México) se demostró como factor de riesgo para padecer desnutrición ingresos menores a 38 dólares mensuales que en pesos colombianos equivalen a \$110.00 mensuales, que en su mayoría son familias mononucleares donde la cabeza de hogar es la madre o familias nucleares donde solo trabaja el padre y se concluyó que a mayores ingresos económicos mejor estado de salud para toda la familia en especial para los más susceptibles: menores de 5 años y mujeres.³³ Mientras que en Australia no se obtuvo una diferencia significativa entre los ingresos mensuales y hábitos alimenticios saludables. ¹⁸

9. CONCLUSIONES

1. Mediante el análisis de historias clínicas se comprueba el nexo entre la estructura familiar y el estado nutricional en niños menores de 5 años.
2. La principal familia observada en el grupo a estudio es la familia nuclear.
3. En el presente estudio se encontraron como factores de riesgo: el nacimiento por cesárea, bajo peso al nacer, tener un segundo alimentador, bajos recursos económicos y hábitos alimenticios saludables.
4. El grupo a estudio cumple con el factor protector de lactancia materna exclusiva.
5. Se encontró que la mayoría de niños menores de 5 años se encontraban en adecuado peso para la edad y pertenecían a familias monoparentales.
6. La mayoría de niños con bajo peso para la talla correspondían a una familia reconstituida y la desnutrición crónica se encontró un elevado porcentaje en la familia reconstituida.
7. El cuidador y alimentador principal es la madre.
8. el familiograma como herramienta primordial para la identificación de factores de riesgo dentro de la historia clínica.

10. RECOMENDACIONES

1. A partir de los análisis de resultados, se recomienda tomar una muestra a partir de modelos paramétricos que permita ponderar los casos en factores de expansión para que los resultados sean generalizables a nivel poblacional. De lo contrario, es difícil extraer conclusiones generales a través de los estudios. También, se propone prestar atención a los instrumentos de medición, y ampliar los análisis teniendo en cuenta un indicador global a partir de diseños experimentales.
2. En general, los datos obtenidos en el análisis descriptivo exploratorio nos animan a continuar con la investigación en esta línea, la cual se centrará en mejorar y aumentar las propiedades metodológicas de los estudios con el fin de comparar los puntajes obtenidos en distintos grupos sociales y en investigaciones longitudinales.
3. Posicionar el familiograma como parte de la historia clínica en la atención integral de los niños menores de 5 años.
4. Incluir en la atención médica datos socioeconómicos de la familia del niño menor de 5 años.
5. Analizar el impacto a nivel del estado nutricional que presentan los niños menores de 5 años de familias reconstituidas.

BIBLIOGRAFIA

1. Magaña Ruiz P., Ibarra Ramírez F., Ruiz García J., Rodríguez-Orozco A. Hay relación entre estado nutricional estimado por antropometría y tipología familiar, en niños mexicanos entre 1 y 4 años. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Sep 10]; 24(6): 751-752. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000600019&lng=es.
2. Bellot Rocha F., Cahuana Santamaria 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 Cienc Méd* [revista en la internet]. 2010 Ago [citado 2014 Sep 10]; 13 (1):22 – 24. Disponible en: www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332010000100008&script=sci_arttext
3. Álvarez Uribe M, Estrada Restrepo A, Fonseca Centeno Z, Forero Torres Y, Gempeler Rueda J, Heredia Vargas A, Ocampo Téllez P, Rodríguez Guarín M, Samper Kutschbach B, Sarmiento Dueñas O. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 – ENSIN: Primera edición. Bogotá D.C: Da Vinci Editores & CÍA. S N C; 2011.
4. Reyes H., Pérez R., Sandoval A., Castillo R., Santos J., Douvona S., Gutiérrez G., The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case-control study. *BMC Public Health* [revista en la internet]. 2004 Abr [Citado 2014 Sep 10]; 4 (57). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539253/>

5. Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia. [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Inc.; C1976. [Citado 2014 Sep 10]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40938/1/WHO_TRS_587_spa.pdf
6. Asamblea General de las Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: Declaración universal de los derechos humanos. c1948. [citado 2014 Sep 10]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
7. De la Revilla L. Qué es la familia. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Primera edición. Barcelona (España): Ediciones Doyma S.A; 1994. 7 – 15.
8. Gallego A. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características [Internet]. Bogotá: Revista Virtual Universidad Católica del Norte; 2012 [citado 2015, Abr 11]. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>
9. De la Revilla L. Estructura familiar. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Primera edición. Barcelona (España): Ediciones Doyma S.A; 1994. 27 – 35
10. Pérez C. La familia en su etapa de formación. Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en internet]. 1999, Jun. [Citado 2014 Sep 10]; 15 (3): 237 – 240. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000300003&script=sci_arttext
11. De la Revilla L. Ciclo vital familiar. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Primera edición. Barcelona (España): Ediciones Doyma S.A; 1994. 37

12. Actiweb [Internet]. México D.F: Familia y Ciclo vital familiar. [citado 2014 Sep 10]. Disponible en: <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>
13. De la Revilla L. Qué es el familiograma. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Primera edición. Barcelona (España): Ediciones Doyma S.A; 1994. 101 - 109
14. Alegre, Y., Suárez M. Instrumentos de atención a la familia: el Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA [Revista en la internet]. 2006. [Citado 2014 Sep 10];1 (1): 48- 57. Disponible en: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>
15. Fundación Universitaria Juan N Corpas. [Internet]. Bogotá: Guías: modelos de atención en salud familiar con enfoque de riesgo. C2011 [Citado 2014 Sep 10]. Disponible en: <https://www.juanncorpas.edu.co/uploads/media/CartillaDefinitivaTalleresPoliciaDic9de2011.pdf>
16. De la Revilla L. El genograma: cómo interpretarlo. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Primera edición. Barcelona (España): Ediciones Doyma S.A; 1994. 111 - 123
17. Gallego M, Restrepo S. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. Boletín de Antropología de la Universidad de Antioquia [Internet]. 2005 [citado 2014, Sep 10]; 19 (36): 127 – 148. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/boletin/article/viewFile/69>

[19/6333](#)

- 18.** Andre M., Renzaho D., Atemthi D., Cyril S., Ayala G. The influence of family functioning on the consumption of unhealthy foods and beverages among 1- to 12-y-old children in Victoria, Australia. *Nutrition* [revista en la internet]. 2014, Mar. [Citado 2014 Sep 10]; 30 (2014): 1028 – 1033. Disponible en: [http://www.nutritionjrnl.com/article/S0899-9007\(14\)00091-4/abstract](http://www.nutritionjrnl.com/article/S0899-9007(14)00091-4/abstract)
- 19.** Lyke J., Matsen J. Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors* [revista en la internet]. 2013, Agos. [Citado 2014 Sep 10]; 14 (2013): 497 – 499. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015313001037>
- 20.** Gómez F. Constitución política de Colombia anotada. Trigésima edición. Bogotá (Colombia): Leyer Editorial; 2012. 73
- 21.** Soto G., Botero D., Luque R., Díaz A., Ballesteros A., Pinzón C. Más allá del crecimiento y desarrollo. Puericultura: el reto de la crianza hoy. Primera edición. Bogotá (Colombia): Editorial Revista Bienestar S.as; 2014. 762 - 797
- 22.** Instituto colombiano de bienestar familiar [Internet]. Bogotá: Caracterización de las familias en Colombia. C2012 [citado 2014 Sep 10]. Disponible en: [http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/IntranetICBF/macro_procesos/MP_misionales/G_atencion_familiasycomunidades/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20\(Doc%20Final-Rev%20%20ACTUALIZACION%20MA.pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/IntranetICBF/macro_procesos/MP_misionales/G_atencion_familiasycomunidades/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20(Doc%20Final-Rev%20%20ACTUALIZACION%20MA.pdf)
- 23.** Soto G., Botero D., Luque R., Díaz A., Ballesteros A., Pinzón C. Higiene de la alimentación. Puericultura: el reto de la crianza hoy. Primera edición. Bogotá (Colombia): Editorial Revista Bienestar S.as; 2014. 569 - 587

- 24.** Álvarez Uribe M, Estrada Restrepo A, Fonseca Centeno Z, Forero Torres Y, Gempeler Rueda J, Heredia Vargas A, Ocampo Téllez P, Rodríguez Guarín M, Samper Kutschbach B, Sarmiento Dueñas O. Lactancia materna y alimentación complementaria. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 – ENSIN: Primera edición. Bogotá D.C: Da Vinci Editores & CÍA. S N C; 2011.
- 25.** Soto G., Botero D., Luque R., Díaz A., Ballesteros A., Pinzón C. Lactancia materna el mejor comienzo nutricional. Puericultura: el reto de la crianza hoy. Primera edición. Bogotá (Colombia): Editorial Revista Bienestar S.as; 2014. 519-549
- 26.** Jiménez R., Curbelo J., Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. Colombia Médica [revista en la internet]. 2009, Nov. [Citado 2014 Sep 10]; 36(4): 19 – 25. Disponible en: colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/395
- 27.** Hopenhayn M., Montaña S., Rodríguez J., Sottoli S., Crotti E., Mazuera C. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio: Desnutrición infantil en América Latina y El Caribe [revista en internet]. 2006, Abr. [citado 2014 Sep 10]; 2 (2006):1 – 12. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)
- 28.** Oficina asesora de planeación y estudios sectoriales [Internet]. Bogotá: Monitoreo a los objetivos de desarrollo del milenio, C2014 [citado 2014 Sep 10]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/bolet%C3%ADn%20ODM%202014.pdf>

- 29.** Szklo M., Nieto J. Los diseños básicos de estudios en epidemiología analítica. Epidemiología intermedia: conceptos y aplicaciones. Primera edición. Madrid (España): Ediciones Díaz de Santos; 2003. 62 - 73
- 30.** Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio y más allá de 2015. [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, Inc: C2015. [Citado 2015 Sep 20]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- 31.** Loaíza S., Bustos P. Factores asociados al exceso de peso durante el primer año de vida. Revista Chilena de Pediatría [Revista en la Internet]. 2007, Abr. [Citado 2015 Sep 20]; 78 (2): 143 - 150. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000200004
- 32.** Velázquez N., Masud J., Ávila R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas al futuro. Bol. Med. Hops. Infant. Mex [Revista en la internet]. 2004, Feb. [Citado 2015 Sep 20]; 61 (1): 73 – 86. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100010&script=sci_arttext
- 33.** Sandoval A., Reyes H., Pérez R., Abrego R., Orrico E. Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años. Salud pública Mex [Revista en la internet]. 2002. [Citado 2015 Sep 20]; 2002 (44): 41 – 49. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n1/8560.pdf>