

FACTORES FAMILIARES DE LA DESNUTRICION PROTEICO CALORICA EN EL PRE-ESCOLAR, EN APOPA, EL SALVADOR

Dr. José María Ticas.**
Dr. Werner Ascoli ***
Dr. Miguel A. Guzmán ****
Srta. Olga Tatiana Osegueda*****

ANTECEDENTES

En la epidemiología de la malnutrición se han descrito un gran número de factores contribuyentes, entre ellos se pueden mencionar: pobreza, ignorancia, infecciones frecuentes, abandono por la madre, creencias o hábitos alimentarios malos, baja disponibilidad de alimentos, etc. Existen muchos trabajos en que se mencionan estos factores (1,2,3,4,5), pero raras veces han sido cuantificados.

En 1959, Welbourn (6) en Uganda, Africa, estudió un grupo de niños africanos que habían asistido con regularidad a un Centro de Salud. Comparando aquellos niños que desarrollaron malnutrición severa con aquellos que se desarrollaron normalmente encontró que los malnutri-

-
- * Trabajo presentado en el I Congreso Latinoamericano de Nutrición-Caracas 1968.
 - ** Director de la División de Atención Materno Infantil y Nutrición, Dirección General de Salud.
 - *** Oficial Médico,
División de Nutrición Aplicada
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
 - **** Director de la División de Estadísticas,
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
 - ***** Nutricionista de la División de Atención Materno Infantil y Nutrición,
Dirección General de Salud.

dos venían con mayor frecuencia del área rural y de familias con mortalidad alta. El siguiente cuadro muestra otras diferencias:

	Malnutridos %	Normales %
Abandono por la madre	46	9
Lactancia por un año o más	9	52
Lactancia por menos de 6 meses	64	13
Destete antes de un año de edad	73	41

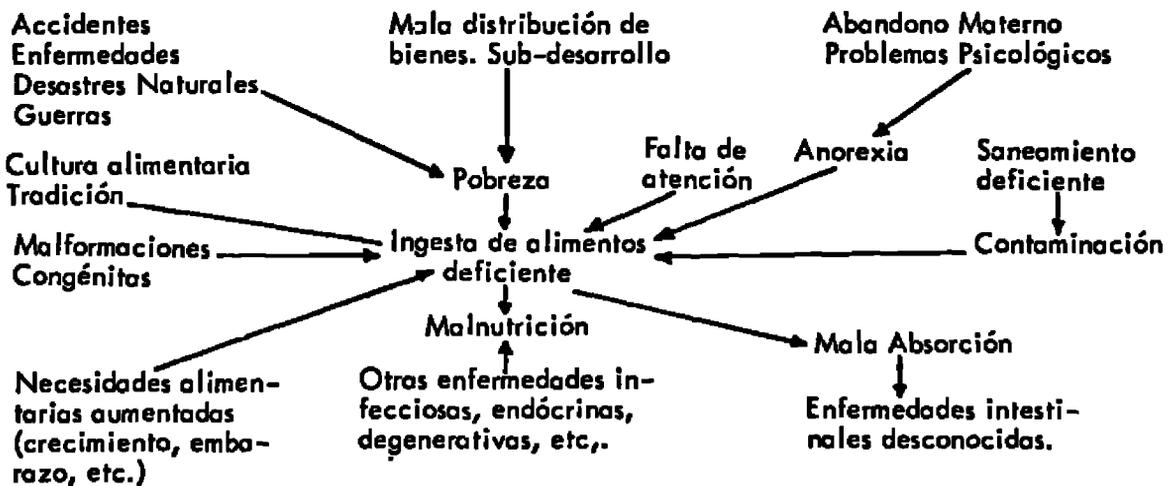
En Durban, también en Africa, Scragg y Rubidge (7) estudiaron las causas contribuyentes en 1565 casos de malnutrición severa hospitalizados. Aunque no cuantifican sus resultados, entre las causas mencionan: pobreza, viviendas malas, falta de atención materna, alta tasa de ilegitimidad, ignorancia e infecciones.

Mundel y Fischl (8), en Israel, también sin cuantificar sus datos, compararon a 87 niños malnutridos con un grupo de niños normales, encontrando los siguientes factores: familias más numerosas, familias más inestables en su lugar de residencia, enfermedades y hospitalizaciones.

Williams (4) en Ghana, en un estudio de 28 niños con Kwashiorkor, encontró 48 causas básicas divididas en la siguiente forma:

- 4 falta de alimentos
- 19 causas sociales y psicológicas
- 17 infecciones
- 8 destete prematuro.

En el mismo artículo, la autora presenta un esquema sobre algunas causas de malnutrición que parece interesante:



En vista de que existen muy pocos trabajos que dan una idea cuantitativa del problema nutricional, y que aún existen menos datos que permitan al trabajador de Salud Pública atacar el problema nutricional al nivel de la familia, se considera de sumo interés realizar un trabajo que permita llenar estos dos vacíos.

En muchas ocasiones hemos observado la "frustración" del trabajador de Salud Pública ante una situación la cual no puede atacar por falta de conocimientos adecuados.

Conociendo en detalle el peso que cada factor desencadenante ejerce sobre la situación nutricional de la familia, pone en mano de estos trabajadores un arma para atacarlo eficientemente.

Considerando el problema nutricional a nivel regional o nacional, este tipo de datos permite trazar planes a largo plazo mucho más realistas y factibles.

MATERIAL Y METODOS

1.- Muestra.

Se seleccionaron 80 familias de Apopa una comunidad en la parte Central de El Salvador que contaba con pre-escolares que recibían atención rutinaria en el Servicio de Salud. El estado Nutricional del niño menor de cada familia se clasificó según Gómez (9) en Normales y Desnutridos de 1o., 2o., y 3o., grados.

El criterio para su selección fue conforme al orden de llegada a la Unidad de Salud, cuando alguno de sus miembros buscaba atención médica.

2.- Recolección de Datos.

Se elaboró una ficha para poder registrar los datos de la encuesta, recurriéndose a la entrevista en el hogar para interrogar a la madre y también realizar la encuesta dietética respectiva.

A nivel comunal se verificó un estudio para determinar que clase de alimentos existían en el mercado, sus precios y sus unidades de medida para poderlas convertir a medidas de peso.

a) DATOS DIETETICOS.

Se realizaron encuestas dietéticas, siguiendo el método del registro diario (Observación Directa) en 32 de las 80 familias del estudio.

b) DATOS ECONOMICOS.

Para poder valorar el poder adquisitivo de las familias se procedió al interrogatorio de las madres de todas las 80 familias sobre los

ingresos mensuales procedentes de salarios, ventas de productos agrícolas, pecuarios, manufacturados etc.,

c) DATOS SOCIALES Y CULTURALES.

Estos datos fueron obtenidos por interrogatorio de las madres.

d) DATOS PATOLOGICOS.

Estos datos se obtuvieron por la revisión de los expedientes clínicos del servicio más el interrogatorio de las madres. La información fue limitada a los 3 meses previos a la encuesta.

RESULTADOS.

Las características demográficas de la muestra se indican en la tabla No. 1. El número de niños para cada uno de los grupos nutricionales es de 13 para los normales, 44 para los desnutridos de primer grado y 23 para los de segundo y tercer grado.

El número de miembros por familia para cada grupo aumenta con los diferentes grados, lo que indica que los grados más avanzados ocurren en familias con mayor número de niños pre-escolares. Sin embargo, el número de niños escolares disminuye, lo cual pudiera indicar una mayor mortalidad en las familias con los grados más avanzados de desnutrición o un egreso de los niños más temprano del hogar.

En la tabla No. 2 se observan los gastos de las familias para la alimentación. Mientras más avanzado es el grado de desnutrición, menos es el gasto mensual para alimentación por familia y por individuo.

Igualmente es menor el ingreso mensual, mientras que la proporción de egresos para la alimentación no difiere en mucho.

Por último se muestra el costo mensual de una dieta mínima adecuada, que en el caso de las familias con niños de 2o. y 3o. grado de desnutrición sobrepasa los ingresos mensuales en un 16.5 %.

A continuación, la tabla No. 3 muestra la adecuación de calorías y proteínas de las familias y de los niños. Estos datos indican que solamente en la adecuación de calorías los niños en la familia con desnutrición de segundo y tercer grado están en desventaja en relación a la familia. Con respecto a proteínas totales y proteínas de origen animal la distribución intrafamiliar es equitativa en los tres grupos, aunque proporcionalmente menor conforme aumenta el grado de desnutrición.

El ausentismo de la madre durante las comidas del niño se observa en la tabla No. 4. Tanto el porcentaje de madres que se ausentan como en el porcentaje de comidas sin la madre, los niños con los mayores grados de desnutrición son los más afectados. Este hecho parece indicar que estas madres se ausentan del hogar por razones económicas.

El abandono del hogar por el padre también se investigó, no encontrándose diferencias entre los tres grupos nutricionales.

La investigación de las razones para no dar alimentos de alto valor nutritivo a los niños, por interrogatorio de las madres dió los resultados que se muestran en la tabla No. 5.

La gran mayoría de las madres manifestaron que al niño no le gustan estos alimentos. Una tercera parte dieron razones económicas, y una quinta parte razones de enfermedad. Los factores ignorancia y no disponibilidad fueron menores. En vista de los datos económicos presentados anteriormente pudiera pensarse que la mayoría de las madres trata de encubrir su pobreza dando la razón de que los alimentos no le gustan al niño o bien expresan sus propios gustos.

El factor enfermedades infecciosas se encuentra en la tabla No. 6. Entre éstas se incluyen diarreas, infecciones respiratorias, sarampión y tosferina. La incidencia en los tres grupos no varía mientras que la duración promedio de las enfermedades y por consiguiente el número de días de enfermedad por niño por año aumentan apresuradamente conforme aumenta la desnutrición. Este hecho indica que la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas es igual, pero su duración y probablemente su severidad aumentan con la desnutrición. Estas enfermedades también influyen a empeorar el grado de desnutrición, tanto por su efecto directo sobre el organismo como por la anorexia y menor absorción que las acompaña.

DISCUSION.

El presente estudio podría constituir un método para establecer el diagnóstico referente al consumo de alimentos en la familia y, en cierta medida, a la utilización de nutrientes puesto que analiza la incidencia de infecciones en los niños.

Su utilidad es válida para cualquier familia que se estudie, ya que trata de identificar aquellos factores que son responsables de un bajo consumo de alimentos en los menores de 5 años, llegando así a tener una concepción más ajustada de la realidad socio-económico y cultural de la familia, lo cual significaría una enorme ventaja para el trabajador de campo que trata de recuperar a niños desnutridos, porque sólo entendiendo la problemática familiar se puede esperar posibilidad de obtener éxito en la rehabilitación nutricional.

También es útil para medir estos factores a un nivel comunal, tal como se ha detallado en el estudio, permitiendo el establecimiento de normas más racionales en la determinación de programas nutricionales, así por ejemplo, en la comunidad estudiada se hace evidente el grave problema económico familiar, seguido por el de las enfermedades infecciosas y terminando con los de orden social y cultural, de tal manera que cualquier programa de nutrición aplicada en este tipo de comunidades debe incluir una suplementación alimentaria a la mayoría de las familias mientras no existan disponibles en el mercado productos de alto valor biológico y bajo costo lo cual permitiría rescatar un buen número de familias, de la indigencia alimentaria en que viven.

Otra actividad a desarrollar, por su trascendencia para la solvencia económica de muchas familias, sería el de una planificación familiar, sanamente orientada.

Dado el impacto que significan las infecciones para el estado nutricional, nunca será de más insistir sobre el saneamiento ambiental apareado a un programa educativo tendiente a disminuir la alta contaminación fecal del ambiente y, finalmente, aumentar a niveles óptimos la cobertura de individuos vacunados.

Obviamente, estos resultados no incluyen una serie de factores a nivel nacional tales como producción, distribución, almacenamiento y mercadeo de alimentos que atacados por una política nacional de alimentación al más alto nivel, de por sí, pueden reducir su costo y aumentar la disponibilidad a nivel de la familia en comunidades como la aquí estudiada.

TABLA No. 1
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA
APOPA 1966 - 67.

ESTADO NUTRICIONAL	No. de Niños Menores de 5 años.	Miembro/familia.	Promedio de Niños de 0-4 años por familia.	Promedio de Niños de 5-14 años por familia.
Normal	13	5.8	1.7	1.9
Desnutrición de 1er. grado	44	6.2	1.8	1.7
Desnutrición de 2o. y 3er. grado.	23	6.6	2.0	1.4

INCAP-68-694.

TABLA No. 2
GASTOS PARA LA ALIMENTACION FAMILIAR
APOPA 1966 - 67

ESTADO NUTRICIONAL	Promedio de Gastos para Alimentación ¢/mes.		Promedio de ingreso ¢/mes	% de Egresos para alimentación.	Costo de Dieta Mínima adecuada ¢/mes	% costo de Dieta Mínima/ingreso.
	Familia	Persona				
Normal	130.84	22.4	214.37	61.0	150.30	70.1
Desnutrición de 1er. gda.	102.98	16.6	198.01	52.0	160.40	81.0
Desnutrición de 2o. y 3o. grado.	81.24	12.3	146.04	55.6	170.20	116.5

INCAP - 68 - 695.

TABLA No. 3
POR CIENTO ADECUACION DE CALORIAS Y PROTEINAS EN 32
FAMILIAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.
(METODO DE REGISTRO)
APOPA 1966-67.

ESTADO NUTRICIONAL	CALORIAS		PROTEINAS TOTALES.		PROTEINAS ANIMALES	
	Familia	Niño	Familia	Niño	Familia	Niño
Normal	89.5	106.1	116.7	157.0	50.4	46.7
Desnutrido de 1er. gdo.	109.7	101.1	109.7	135.1	32.5	49.7
Desnutrido de 2o. y 3er. grado.	90.0	67.4	101.3	94.1	23.2	29.0

INCAP - 68-696.

TABLA No. 4
AUSENTISMO DE LOS PADRES - APOPA 1966-67.

ESTADO NUTRICIONAL	MADRE		PADRE
	% que se ausentan	% de comidas que se Ausentan.	% de Ausentes.
Normal	7.7	15.3	7.7
Desnutrición de 1er. gdo.	6.3	20.5	31.8
Desnutrición de 2do. y 3er. grado.	11.9	26.4	17.4

INCAP - 68-697.

TABLA No. 5
 RAZONES PARA NO DAR ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRITIVO
 APOPA 1966- 67.

R A Z O N E S	% DE FAMILIAS
No gusta al niño	86.4
Económicas	30.9
Producen enfermedades al niño	19.8
Falta de conocimiento	13.6
No existen en el mercado	2.5

INCAP - 68.

TABLA No. 6
 ENFERMEDADES INFECCIOSAS POR TASA DE ATAQUE, DURACION
 Y DIAS DE ENFERMEDADES POR NIÑO.
 APOPA 1966-67.

ESTADO NUTRICIONAL	Tasa de ataque/ 100	Duracion Pro- medio (Días)	Días Enfermedad/ Niño/año.
Normal	470	6.1	45.9
Desnutrición de 1er. gdo.	460	7.1	52.1
Desnutrición de 2do. y 3er. grado.	480	9.7	70.7

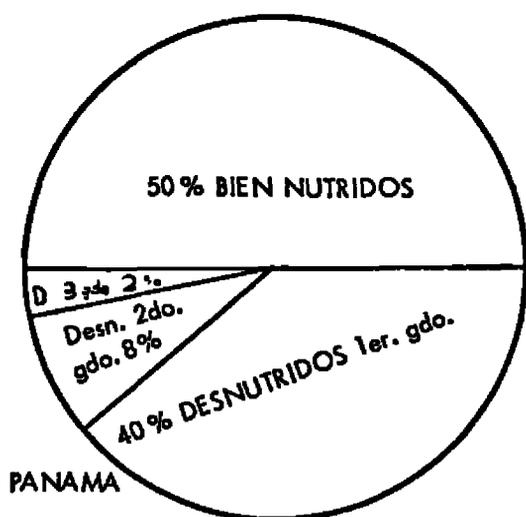
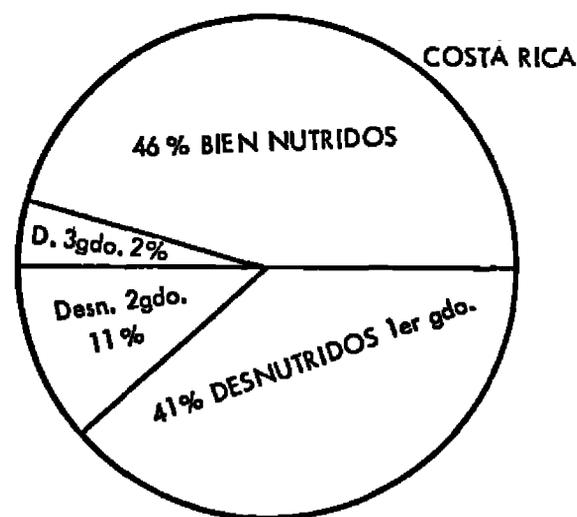
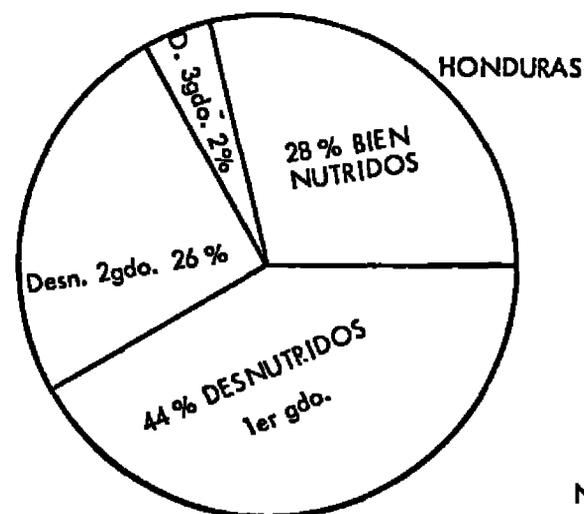
INCAP - 68 - 699.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1) La desnutrición Infantil en México. Sus aspectos estadístico, clínico, dietético y social.
 Ramos Galván, R.
 Bol. Med. Hosp. Infantil Mex., 15 (6); 1958.

- 2) Progress in Understanding and-Preventing Protein Malnutrition in Central América.
Pérez C.
Fed. Prec., 18 (Part II): 89-93; 1959.
- 3) Nutritional Problems of Children in Central America and Panama
Scrimshaw, N.S.; M. Béhar, C. Pérez, F. Viteri Pediatrics,
16 (3) 378; 1955
- 4) The Story of Kwashiorkor.
Williams, C.D.
Courrier, 13: 361-367; 1963.
- 5) Ecological Factors in Nutritional Disease.
Scrimshaw, N.S.
Am. J. Clin. Nutr. 14: 112-122; 1964
- 6) Backgrounds and follow-up of Children with Kwashiorkor.
Welbourn, H.F.
J. Trop. Ped. 5 (3): 84-95; 1959
- 7) Kwashiorkor in African Children in Durban.
Scragg, J.; and C. Rubidge
Br. Med. J. No. 5215: 1759-1766; 1960
- 8) Malnutrition in Infants in Israel (A Sociological, Clinical and bio-chemical investigation).
Mundel, G.; J. Fischl; I. Varsano
J. Trop. Ped. 7 (1): 23-28; 1961
- 9) Desnutrición
Gómez F.
Bol. Méd. Hosp, Inf. (México) 3:543; 1946.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN CENTRO AMERICA



FUENTE: Gráficos elaborados según datos notificados en : "Hechos que revelan Progreso en Salud" 1971. Publicación de OPS.