

## Algunos factores familiares asociados a fallo de medro en lactantes

### Some Family Factors Associated To Growth Failure in Infants

Lic. MSc. María de Lourdes Fernández Fernández, Dr. MSc. Carlos Enrique Piña Borrego, Lorena Karla Piña Rodríguez

Policlínico Universitario "Manuel González Díaz", municipio Bahía Honda, provincia Artemisa, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el fallo de medro es un problema comúnmente identificado en consultas ambulatorias, asociado con frecuencia a problemas médicos y psicosociales.

**Objetivo:** identificar algunos factores familiares de riesgo de fallo de medro en lactantes.

**Métodos:** estudio observacional de cohortes, prospectivo, en el Policlínico "Manuel González Díaz", del municipio Bahía Honda, provincia Artemisa, en el período de enero de 2009 a mayo de 2011. El universo estuvo constituido por 815 lactantes que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, dividiéndose a la población en dos estratos, en dependencia de la presencia o no de fallo de medro, conformándose un grupo de casos constituido por 158 lactantes con fallo de medro y un grupo de control formado por 316 lactantes sin fallo de medro. El trabajo se desarrolló en dos etapas. En la primera, se efectuó la captación de los niños que formaron parte del estudio y se identificó la incidencia de la entidad en lactantes nacidos durante la etapa investigada. La segunda, posibilitó el diagnóstico de los factores de riesgo.

**Resultados:** la incidencia de fallo de medro en lactantes fue del 19,4 %. Ser hijo de madre no acompañada [OR 1,9; IC 95 % (1,24-2,91)] y vivir en el seno de una familia disfuncional [OR 4,5; IC 95 % (2,94-6,95)] constituyeron factores asociados a dicha entidad.

**Conclusiones:** el fallo de medro es un problema identificado frecuentemente por médicos de familia. Ser hijo de madre no acompañada y vivir en el seno de una familia disfuncional constituyeron factores de riesgo asociados a esta condición.

**Palabras clave:** familia; factores familiares; pobre crecimiento físico; fallo de medro; lactantes.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the failure to thrive is a common problem identified in ambulatory medicine, frequently associate with medical and psychosocial disorder.

**Objectives:** to identify some risk families factors of failure to thrive in breastfed babies.

**Methods:** a prospective cohort study was conducted in "Manuel Gonzalez Diaz" polyclinics in Bahia Honda municipality in two phases in the 2009 to 2011 period. In the first phase, the screening of children who participated in the study and of the incidence of disease together with the description of the relevant characteristics in 815 breastfed babies born in the studied phase; in the second one, the diagnosis of risk family factors was possible.

**Results:** the incidence of the failure to thrive in breastfed babies was 19.4 %. To be child of unmarried woman [OR 1,9 IC 95 % (1,24-2,91)] and to live under dysfunctional family [OR 4,5 IC 95 % (2,94-6,95)] were factors associates to failure to thrive.

**Conclusions:** the failure to thrive is a common entity, identify for family doctors. To be child of unmarried woman and to live under dysfunctional family were factors associates to failure to thrive in breastfed babies.

**Keywords:** families factors, poor physical grow, failure to thrive, breastfed babies.

---

## INTRODUCCIÓN

Durante la infancia es donde el proceso de crecimiento, especialmente intenso en la etapa de lactante, adquiere particular importancia, por la rapidez de los cambios somáticos que experimenta el niño.

Se invocan cuatro factores que intervienen en el proceso de crecimiento: los determinantes o genéticos; los permisivos o ambientales; los realizadores, formados por el cartílago de crecimiento y el esqueleto; y los reguladores u hormonales, interactuando todos de manera que el plasma germinal recibe la información para crecer, favorecida por el aporte de energía procedente de los nutrientes, permitido por los otros factores ambientales y regulado por las hormonas.<sup>1</sup>

Diversos autores coinciden en señalar que el crecimiento adecuado durante el primer año de edad es la base para un desarrollo físico, intelectual y social de los niños, sobre todo de aquellos que nacieron con deudas importantes de nutrientes. Especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en él.<sup>2-4</sup>

El fallo de medro (FDM), también denominado pobre crecimiento físico, es diagnosticado en un infante o niño con un crecimiento físico significativamente menor que sus semejantes, y está asociado frecuentemente con pobre desarrollo mental y

psicoemocional. Su diagnóstico ha sido dividido en cuatro categorías: (I) FDM orgánico, (II) FDM no orgánico o psicosocial, (III) FDM mixto y (IV) variantes de la normalidad. Su espectro clínico es amplio y abarca desde el fallo en la ganancia de peso y el crecimiento esperados para la edad, hasta formas graves de desnutrición como el marasmo y el Kwashiorkor.<sup>5</sup>

Según diversos autores, la incidencia exacta del FDM no está bien establecida, se estima, entre el 1 a 5 % de lactantes y párvulos ingresados en hospitales, y hasta un 10 % en familias con problemas médicos y psicosociales o bajo estatus socioeconómico. En Estados Unidos, la incidencia oscila entre 7,56 % y 4,69 %, siendo el 78,35 % de los niños menores de dos años.<sup>6,7</sup> En Cuba, algunas series determinaron un 16,6 % de prevalencia.<sup>8,9</sup>

Al constituir la familia el entorno fundamental donde transcurre la etapa de lactante, esta adquiere un rol fundamental en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños.

El FDM es causa de interconsulta frecuente en la atención ambulatoria, se trata de una condición que se detecta primariamente en la actividad de puericultura que realizan los médicos de la familia. Es reconocido por diferentes autores que el primer año de vida, influye decisivamente sobre el desarrollo futuro del niño, por lo que se planteó como objetivo del presente trabajo, identificar algunos factores familiares asociados al FDM en lactantes del Municipio de Bahía Honda.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de cohortes, prospectivo, en el Policlínico "Manuel González Díaz", del municipio Bahía Honda, en la provincia de Artemisa, en el período de enero de 2009 a mayo de 2011. El universo estuvo constituido por los 815 lactantes que cumplieron los criterios de inclusión del estudio.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, y se dividió a la población en dos estratos, en dependencia de la presencia o no de FDM. Se conformó un grupo de casos constituido por 158 lactantes, en los que se identificó la presencia de FDM; y un grupo de control formado por 316 lactantes sin FDM, en proporción de 2 controles por cada caso, elegidos por muestreo aleatorio simple probabilístico, a partir de la base de datos establecida para esta investigación, una vez excluidos los niños con FDM. El trabajo se desarrolló en dos etapas.

**PRIMERA ETAPA:** los lactantes fueron seguidos durante su primer año en una consulta centralizada, en la que se le abrió a cada niño una planilla de recogida de datos ([anexo](#)) con las variables necesarias para la investigación, se identificó la incidencia de FDM en los 815 lactantes. Las fuentes de información fueron el carné obstétrico, las historias clínicas individuales, las fichas familiares, el interrogatorio y el examen físico directo a los lactantes (antropometría): peso, talla, circunferencia cefálica, determinación del peso para la talla, peso para la edad, talla para la edad y circunferencia cefálica para la edad. El procesamiento estadístico de esta etapa incluyó números absolutos y porcentajes.

Los criterios de inclusión del grupo de casos fueron los lactantes en los que se identificó la presencia de FDM en cualquier período de su etapa de estudio, según los criterios propuestos por *Oberby*<sup>10</sup> y los criterios de inclusión del grupo control fueron lactantes en los que no se identificó la presencia de FDM, en todo el período de su

etapa de estudio. En ambos grupos fueron criterios de salida los lactantes en los que se identificó o no la presencia de FDM en cualquier período de su etapa de lactante, y que interrumpieron por cualquier motivo el seguimiento. Se operacionalizaron diez variables:

- Estado conyugal de la pareja: madre no acompañada (madres divorciadas y solteras), o madre acompañada (unión estable y el vínculo matrimonial legal).
- Edad de la madre: 19 años o menos, o 20 o más.
- Edad de del padre: 19 años o menos, o 20 o más.
- Nivel de escolaridad: primario, medio, medio superior, universitario.
- Ingreso per cápita familiar: bajo (menos de 50 pesos), o normal (50 o más pesos).
- Clasificación de la familia según la ontogénesis: extensa-ampliada, o nuclear.
- Funcionalismo familiar: la funcional incluyó categorías de funcional y moderadamente funcional; y la disfuncional, las categorías de disfuncional y severamente disfuncional, según test FF-SIL.
- FDM: con FDM, sin FDM. Se emplearon los criterios de *Oberby*<sup>10</sup> con modificaciones puntuales en 3 de sus aspectos, como se muestra a continuación:

Criterios estáticos (relacionados con crecimiento alcanzado), la detección inicial de al menos uno ya confirmó la presencia de FDM sin límite de tiempo:

1. Peso/edad < tercer percentil de las curvas de crecimiento.
2. Peso/talla < tercer percentil de las curvas de crecimiento.

Criterios dinámicos (relacionados con la velocidad de crecimiento), al menos uno, o mejor varios, tenían que persistir en un intervalo mayor de dos meses:

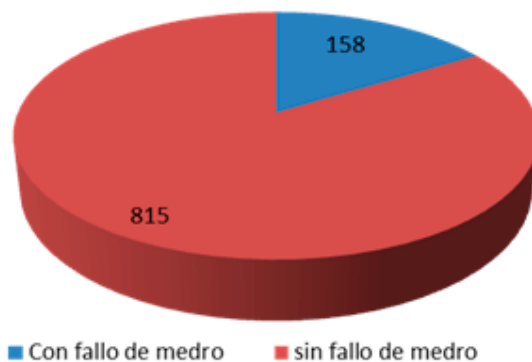
1. Disminución de la ganancia de peso: < 20 g/día de 0 < 3 meses de edad, < 15 g/día de 3 < 6 meses de edad, < 12 g/día entre 6 < 9 meses, o < 9 g/día entre 9 y 12 meses.
2. Descenso en las curvas de crecimiento previamente establecidas: Caída de  $\geq 2$  percentiles mayores de las curvas de crecimiento, y/o constatación de pérdida de peso

SEGUNDA ETAPA: luego de la recogida de las variables, se realizó un análisis univariado para la identificación de aquellas relacionadas significativamente con el FDM, lo que permitió identificar los factores de riesgo familiares asociados a esta entidad, según los valores de sus odds ratios (OR crudos). A estas últimas se les realizó un análisis multivariante, a través de la regresión logística múltiple, con respuesta dicotómica, con lo que se pudo valorar cuáles variables contribuyeron a un riesgo significativo independiente de FDM (OR ajustado), a la vez que se diseñó un modelo pronóstico. Para la calibración del modelo se realizó la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow y la estimación del área bajo la curva ROC (ABC ROC).

Se solicitó el consentimiento informado de los padres de los niños para participar en la investigación, se garantizó la confidencialidad de los datos y se contó con la aprobación del Comité de Ética de las Investigaciones en Salud del centro.

## RESULTADOS

Se identificaron 158 niños con diagnóstico de FDM entre los 815 investigados, lo que representa una incidencia del 19,4 % (Fig. 1).



**Fig. 1.** Incidencia de lactantes con fallo de medro. Policlínico Universitario "Manuel González Díaz", Bahía Honda, enero de 2009 a mayo de 2011.

Según el análisis univariado, fueron identificados cinco factores familiares asociados a FDM en lactantes: ser hijo de madre no acompañada (59,5 %), [OR 5,21 IC 95 % (3,45-7,88)]; ser hijo de madre adolescente (30,4 %) [OR 5,01 IC 95 % (2,96-8,49)]; per cápita familiar bajo (41,1 %) [OR 2,68 IC 95 % (1,77-4,08)]; pertenecer a una familia extensa/ampliada (75,9) [OR 3,33 IC 95 % (2,18-5,09)] y vivir en el seno de una familia disfuncional (65,2 %) [OR 4,39 IC 95 % (2,92-6,58)] (tabla 1).

Una vez concluido el análisis de regresión logística, solo dos factores se asociaron a FDM: ser hijo de madre no acompañada [OR 1,9 IC 95 % (1,24-2,91)] y vivir en el seno de una familia disfuncional [OR 4,5 IC 95 % (2,94-6,95)] (tabla 1).

Al realizar la Prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow, el Ji-cuadrado fue de 6,9909 y el valor p de 0,5376, lo que demostró que no hubo diferencias significativas entre las frecuencias observadas y las esperadas en ninguno de los grupos de respuesta, por lo que el modelo se ajusta correctamente a la realidad (tabla 2).

**Tabla 1.** Factores de riesgo familiares asociados a fallo de medro en lactantes. Policlínico Universitario "Manuel González Díaz", Bahía Honda, enero de 2009 a mayo de 2011

Variables y sus componentes	Con FDM		Sin FDM		OR crudo	IC 95 %	OR ajustado	IC 95 %
	n= 158	%	n= 316	%				
<b>Edad de la madre</b>								
19 o menos	48	30,4	25	7,9	5,01	(2,96-8,49)	1,2	(0,80-1,88)
20 o más	110	69,6	291	92,1				
<b>Estado conyugal</b>								
Madre no acompañada	94	59,5	69	21,8	5,21	(3,45-7,88)	1,9	(1,24-2,91)
Madre acompañada	64	40,5	247	78,2				
<b>Ingreso percápita familiar</b>								
Bajo	65	41,1	65	20,6	2,68	(1,77-4,08)	1,11	(0,72-1,69)
Normal	93	58,9	251	79,4				
<b>Tipo de familia</b>								
Extensa/ampliada	120	75,9	153	48,4	3,33	(2,18-5,09)	1,13	(0,74-1,72)
Nuclear	38	24,1	163	51,6				
<b>Funcionalismo familiar</b>								
Familia disfuncional	103	65,2	94	29,7	4,39	(2,92-6,58)	4,5	(2,94-6,95)
Familia funcional	55	34,8	222	70,3				

Fuente: Planilla de recogida de datos.

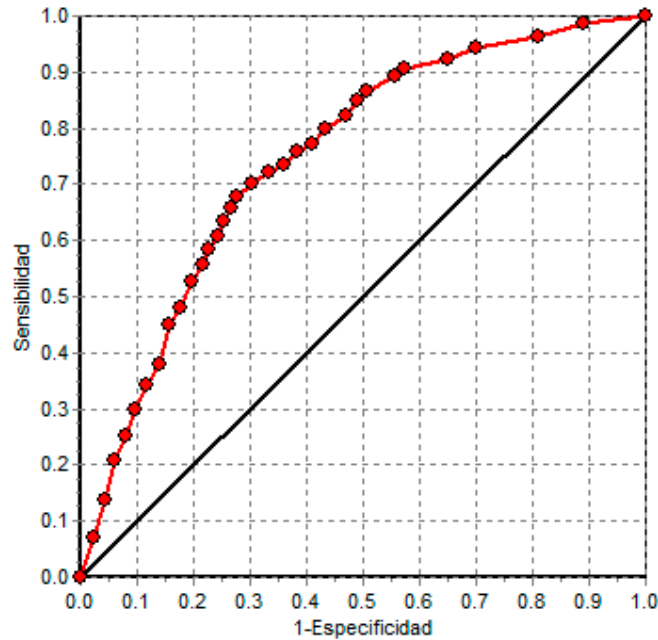
**Tabla 2.** Factores de riesgo familiares asociados a fallo de medro en lactantes. Prueba de Bondad de Ajuste de Hosmer y Lemeshow. Policlínico Universitario "Manuel González Díaz", Bahía Honda, enero de 2009 a mayo de 2011

Grupo de probabilidad	Grupos basados en los deciles			
	Respuesta = 0		Respuesta = 1	
	Valor observado	Valor esperado	Valor observado	Valor esperado
1	60	57,33	6	8,67
2	35	32,65	3	5,35
3	40	38,97	6	7,03
4	33	37,64	13	8,36
5	34	36,28	14	11,72
6	30	29,40	12	12,60
7	28	30,62	28	25,38
8	19	18,51	22	22,49
9	23	21,52	32	33,48
10	14	12,71	22	23,29

Ji-cuadrado= 6,9909 gl= Valor p= 0,5376

Fuente: Planilla de recogida de datos.

Como se aprecia en la figura 2, el área bajo la curva ROC es considerablemente alta (0,75), hecho coherente con que las cinco variables incorporadas consiguen una reducción significativa de la lejanía.



Área ROC	EE	IC (95 %)		
0,7479	0,0232	0,7025	0,7933	DeLong
	0,0251	0,6986	0,7972	Hanley & McNeil

**Fig. 2.** Curva ROC. Factores familiares asociados a fallo de medro en lactantes. Análisis multivariante. Policlínico Universitario "Manuel González Díaz", Bahía Honda, enero de 2009 a mayo de 2011.

## DISCUSIÓN

El FDM es un problema frecuente en la práctica clínica pediátrica y su incidencia es muy variable, dependiendo de la definición aceptada y de la población estudiada. Según algunas series en Estados Unidos, supone alrededor del 3-10 % de los casos remitidos a hospitales pediátricos o centros hospitalarios terciarios.<sup>11</sup> En opinión de *Barrio y Calvo*,<sup>12</sup> cuando se considera una población indigente, este porcentaje se eleva al 15-25 % de ingresos de niños menores de 2 años.

A criterio de estos autores, se trata de una condición de presentación frecuente, fundamentalmente en las consultas de la atención ambulatoria, donde el criterio usado para su identificación influye notablemente en las diferencias estadísticas presentadas por diversos investigadores. Se hace necesario establecer un consenso con criterios uniformes que permita la identificación de esta entidad.

Según *De Grandis y cols.*,<sup>13</sup> en España existen factores familiares y sociales que se corresponden con negligencia y riesgo nutricional, entre los que se destacan los problemas de familia monoparental (madre soltera o divorciados). *Surkan y cols.*,<sup>14</sup> en Estados Unidos, demostraron en su investigación que en la familia monoparental se incrementaron significativamente los síntomas moderados y severos de depresión materna ( $p < 001$ ), lo cual afectó el crecimiento físico en la infancia temprana. *Caycho*

y cols.,<sup>15</sup> en Perú, encontraron asociación entre la baja estatura de los niños y las inestables relaciones de convivencia de las madres. Los resultados de la presente serie coinciden con lo reportado por la literatura.

Ser hijo de madre no acompañada podría tener una relación directamente proporcional con factores determinantes del crecimiento infantil, como los psicológicos, pues se ha observado que niños sometidos a estrés prolongado tienen un pobre crecimiento, y los socioeconómicos, con el posible compromiso del nivel de ingresos, que forman el denominador común de los factores ambientales,<sup>1</sup> todo lo cual se conoce puede comprometer el crecimiento y desarrollo de los niños.

Diferentes autores coinciden en señalar que la adolescencia es una etapa con graves problemas de salud reproductiva. La gestante adolescente enfrenta un mayor riesgo de anemia, toxemia, parto distócico, recién nacidos bajo peso y enfermedades genéticas.<sup>16-18</sup> Para Piña y cols.,<sup>8</sup> en Bahía Honda, se trata de un organismo no preparado para la reproducción, donde coincide un crecimiento acelerado tanto en la madre como en el feto, lo cual demanda un elevado gasto energético cuyas consecuencias pueden extenderse a la etapa de la lactancia. Martínez y Bueno,<sup>19</sup> en España, consideran que las madres adolescentes constituyen un factor de riesgo para fallo de medro por abandono o maltrato. Es probable que las influencias nocivas de un organismo inmaduro desde el punto de vista biopsicosocial repercutan sobre el crecimiento posnatal del lactante, si se toman en consideración toda la gama de problemas que acarrea este fenómeno: violencia, crisis familiar, abandono, etcétera.

Definir la variable per cápita familiar en Cuba acarrea grandes problemas, por la cantidad de ingresos no oficiales o ilegales que reciben las personas, lo que implica valorar con precaución cualquier dato aportado al respecto.

El ingreso económico influye directamente sobre el crecimiento y desarrollo infantil.<sup>1</sup> Machado y cols.,<sup>20</sup> en Colombia, lo consideraron en su investigación como un elemento altamente correlacionado a inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en niños ( $p=0,014$ ). Louro,<sup>21</sup> al analizar la situación actual de la familia cubana plantea que en la década de los 90 el país sufrió una fuerte contracción económica producto de las limitaciones de intercambio comercial por la desintegración del campo socialista europeo y el recrudecimiento del bloqueo impuesto por los Estados Unidos de América, que tuvo y tiene repercusiones importantes en la vida familiar, en un inicio súbitas, eminentemente económicas y que de manera progresiva se han hecho crónicas e impactado en la esfera social. Según esta autora, diferentes procesos económicos y sociales han exigido de la familia un sobreesfuerzo para satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes, carencia de los servicios domésticos y de mantenimiento de los hogares. Hacia el interior de las viviendas se encuentran nuevos comportamientos familiares relacionados con negocios de familia, doble jornada –estatal y particular– compra y venta ilícita de productos para la alimentación, entre otros. Álvarez y cols.,<sup>22</sup> en Cuba, aseguran que los factores sociales y económicos que definen el entorno social y económico del individuo y las poblaciones son elementos claves en la salud; la inversión social en desarrollo humano, así como la producción y la distribución equitativa de la riqueza constituyen influencias importantes. Estos autores son del criterio que la situación de salud se deteriora en la misma medida en que disminuyen los ingresos y la capacidad de compra del individuo y su familia. Si los ingresos aumentan, mejoran las condiciones de vida y el bienestar humano, incluida la inclusión social. Las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades que tienen una distribución equitativa de la riqueza.

Compartimos los criterios de los investigadores citados, pues casi la mitad del grupo de estudio vive con bajos ingresos económicos, lo cual podría estar en relación directa con el fallo de medro en estos niños. El municipio Bahía Honda ha sido uno de los



territorios más impactado por la crisis de los noventa, su situación geográfica ha influido como un factor negativo en su desarrollo socioeconómico, tómesese en cuenta que las vías de acceso al mismo desde Artemisa, San Cristóbal y La Habana se encuentran en muy mal estado, lo que limita el intercambio comercial. Además, se trata de un territorio donde su principal renglón económico es la industria azucarera, con poca diversidad de producciones agrícolas que garanticen una alimentación saludable.

Múltiples han sido las definiciones enunciadas por los expertos para definir el término funcionamiento familiar. La funcionalidad de la familia se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se establece en el interior de cada familia y que le dan identidad propia. Es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre sus miembros y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.<sup>21</sup> Es criterio de varios autores que el escenario clave en el que se manifiestan los condicionamientos futuros del desarrollo y la salud del niño es el hogar. Las condiciones de vida de la familia, así como las características y las dinámicas familiares no son solamente agentes causales en la salud y el desarrollo del niño, sino también poderosas fuerzas moduladoras de la influencia del contexto, que pueden actuar en uno u otro sentido, favoreciendo o entorpeciendo su trayectoria de crecimiento y desarrollo.<sup>23-25</sup> Los problemas de funcionalismo familiar pueden influir tanto en la aparición como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud.<sup>14</sup> Según *Louro*,<sup>21</sup> en Cuba, las familias de bajos ingresos, con hacinamiento y condiciones de vida más desfavorables son las más expuestas a la disfuncionalidad. Plantea esa propia autora que la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el Equipo de Atención Primaria, pues el grupo familiar cumple funciones importantes relacionadas con la reproducción, el crecimiento y el desarrollo del ser humano. *Granados y cols.*,<sup>26</sup> en México, determinaron como los principales factores de riesgo de desnutrición primaria en lactantes a la menor edad de los padres (Razón de momios (RM) 2,60 [1,03-6,60], madres con menor escolaridad (RM 5,76 [1,34-28,3]  $p= 0,014$ ), madres solteras (RM 2,25 [1,01-5,03], ( $p= 0,029$ ), padres con alcoholismo (RM 3,47 [1,09-11,4] ( $p= 0,018$ ), viviendas con piso de tierra RM 3,67 (1,05-14,0), ( $p= 0,02$ ), mayor número de miembros en la familias ( $p= 0,04$ ) y menor ingreso económico ( $p= 0,02$ ), variables todas generadoras de disfuncionalidad familiar. *Campo y cols.*,<sup>27</sup> en Guanabacoa, concuerdan en plantear que la disfuncionalidad en familias de madres adolescentes incrementa la probabilidad de maltrato infantil, siendo la negligencia la manifestación de mayor incidencia, con un 62,9 % en su serie. *Pinto y Losantos*,<sup>28</sup> en Bolivia, también asocian la disfuncionalidad familiar al maltrato infantil. *Fragoso y cols.*,<sup>29</sup> en Cabaiguán, hallaron que el 75 % de los lactantes desnutridos viven en el seno de una familia disfuncional.

Aunque se cita por la literatura que los hogares disfuncionales pueden generar trastornos del crecimiento infantil, estos autores no encontraron trabajos que relacionaran el fallo de medro en lactantes con el grado de funcionabilidad familiar, sin embargo es evidente que los lactantes requieren de un ambiente familiar favorable para su normal crecimiento y desarrollo, lo cual explica los resultados reportados en el presente trabajo.

Se concluye que el fallo de medro es un problema identificado frecuentemente por médicos de familia. Ser hijo de madre no acompañada y vivir en el seno de una familia disfuncional constituyeron factores de riesgo asociados a esta condición. La profundización en el estudio de estos factores permitirá aplicar estrategias específicas para la prevención del fallo de medro y su evolución a formas clínicas más severas.

## Anexo

### Planilla de recogida de datos

#### A) Datos recogidos en la primera consulta

- Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
- Consultorio médico: \_\_\_\_\_
- Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
- Color de la piel: Negra \_\_\_\_\_ Blanca \_\_\_\_\_ Amarilla \_\_\_\_\_ Mestiza \_\_\_\_\_
- Lugar de residencia (área urbana o rural): Urbano \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_
- Edad materna: 19 o menos \_\_\_\_\_ 20 a 34 \_\_\_\_\_ 35 o más \_\_\_\_\_
- Edad del padre: 19 o menos \_\_\_\_\_ 20 a 34 \_\_\_\_\_ 35 o más \_\_\_\_\_
- Estado conyugal: Casados \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_  
Unión estable \_\_\_\_\_ Madre soltera \_\_\_\_\_
- Ingreso económico según cálculo del per cápita familiar:
- \$ 50 o más \_\_\_\_\_ (Normal) Menos de \$ 50 (Bajo) \_\_\_\_\_
- Nivel de escolaridad de la madre:
  - \_\_\_\_\_ Primario \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Medio superior \_\_\_\_\_ Universitario
- Familiograma (Dibujar)
- Clasificación de la familia: Nuclear \_\_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_\_ Ampliada \_\_\_\_\_
- Funcionalismo familiar (Según test FF-SIL)
  - Puntos \_\_\_\_\_
  - Familia funcional \_\_\_\_\_ Familia Disfuncional \_\_\_\_\_

#### B) Datos a recoger durante el seguimiento mensual

Fecha: \_\_\_\_\_

Desarrollo físico: Peso \_\_\_\_\_ g Talla \_\_\_\_\_ cm

Circunferencia cefálica \_\_\_\_\_ cm

#### C) Datos a recoger al final del estudio

\_\_\_\_\_ Con fallo de medro

\_\_\_\_\_ Sin fallo de medro

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina Z. Crecimiento y desarrollo. Detección de los retrasos en el desarrollo. En: Alvares R, Hernández G, Báster JC, García RD, editores. Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Ecimed; 2008. p. 138-60.
2. Guerra D, Del Rey D, Reyes A, Reyes Y. Valoración antropométrica en niños con bajo peso al nacer. Revista de Ciencias Médicas 2010 [citado 14 Jul 2010];16(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/revistas/cienmed/vol16\\_2\\_10/.htm](http://scielo.sld.cu/revistas/cienmed/vol16_2_10/.htm)
3. Olivares JL. Etiología y diagnóstico del fallo de medro. An Pediatr 2005;62:316-9
4. León A, Terry B, Quintana I. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2009 [citado 2 May 2011];47(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/revistas/epidemiol/vol47\\_1\\_09/.htm](http://scielo.sld.cu/revistas/epidemiol/vol47_1_09/.htm)
5. Mc Lean HS, Price DT. Failure to thrive. In: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, St. Geme JW, Behrman RE, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. W.B. 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders Company; 2011. p. 147-9.
6. Edwards AGK, Halse PC, Parkin JM, Waterston AJR. Recognising failure to thrive in early childhood. Arch Dis Child 1990;65:1263-5.
7. Bueno M, Olivares JL, Lázaro A, Sarrría A. Situaciones malnutritivas actuales y crecimiento insuficiente. An Esp Pediatr. 1995;(Supl 42):106-8.
8. Piña CE, Fernández ML, Uranga R. Factores biológicos prenatales y perinatales asociados al pobre crecimiento físico en lactantes, Bahía Honda, 2010. Panorama Cuba y Salud 2012;7(2):15-21.
9. Piña CE, Fernández ML, Uranga R. Comportamiento de algunos factores ambientales de riesgo de pobre crecimiento físico en lactantes. Panorama Cuba y Salud 2013;8(2):3-9.
10. Rudolph AM, Kormei RK. Fundamentals of pediatrics. New York: McGraw-Hill; 2002.
11. Kersten B, Bennett David. A Multidisciplinary Team Experience with Food Insecurity & Failure to Thrive. Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk 2012;3(1):[aprox. 10 p.]. Available from: <http://digitalcommons.library.tmc.edu/childrenatrisk/vol3/iss1/6>
12. Barrio A, Calvo C. Actuación ante un niño con fallo de medro. En: AEP-SEGHNPE editores. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: Ergon S.A.; 2010. p. 67-75.
13. De Grandis ES, Armeliniby PA, Cuestas E. Evaluación de la calidad de vida en escolares con antecedentes de desnutrición temprana severa. An Pediatr (Barc) 2014 [citado 25 Mar 2015];81(3):368-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.11.021>

14. Surkan PJ, Ettinger AK, Ahmed S, Minkovitz CS, Strobino D. Impact of Maternal Depressive Symptoms on Growth of Preschool- and School-Aged Children. *Pediatrics* 2012;130(4):846-56.
15. Caycho T, Villegas G, Sotelo N. Correlatos psicosociales y biológicos de la estatura en niños rurales del Perú. *Rev Psicol Trujillo* 2011;13(2):199-214.
16. Garcés MS, Gómez YE. Factores de riesgo relacionados con recién nacidos bajo peso, de gestantes adolescentes de la Policlínica Mario Gutiérrez. *Correo Científico Médico de Holguín* 2011;15(4):4.
17. Ticona M, Huanco D. Factores de riesgo del peso insuficiente al nacer, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2001-2010. *Rev Peru Ginecol Obstet* 2012;58(3):169-76.
18. Zapata N, Restrepo SL. Factores asociados con el índice de masa corporal materno en un grupo de gestantes adolescentes, Medellín, Colombia. *Cad Saúde Pública* 2013;29(5):921-34.
19. Martínez V, Bueno S. Fallo de medro. *Pediatr Integral* 2011;15(5):409-14.
20. Machado ME, Calderón V, Machado JE. Determinantes socioeconómicos, inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en población desplazada de primera infancia, Pereira, Colombia. *Rev. Méd. Risaralda* 2014;20(1):3-8.
21. Louro I. Familia en el ejercicio de la medicina general integral. En: Alvares R, Hernández G, Báster JC, García RD, editores. *Medicina General Integral*. 3ra ed. La Habana: Ecimed; 2014. pp. 533-54.
22. Álvarez AG, Luis I, García A, Rodríguez A, Bonet M, Alegret M, et al. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2010 [citado 14 mayo 2011];48(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/revistas/epidemiol/vol48\\_2\\_10/htm](http://scielo.sld.cu/revistas/epidemiol/vol48_2_10/htm)
23. Bacallao J, Peña M, Díaz A. Reducción de la desnutrición crónica en las bases biosociales para la promoción de la salud y el desarrollo. *Rev Panam Salud Pública* 2012;32(2):145-50.
24. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe Regional sobre Desarrollo Humano para la América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. San José de Costa Rica: PNUD; 2010.
25. McNeill T. Family as a social determinant of health. Implications for governments ban institutions to promote the health and well-being of families. *Healthcare Quarterly* 2010;14:60-7.
26. Granados CE, Granados A, Vásquez EM, Romero E, Ramírez OY, García E. Factores de riesgo de desnutrición primaria y secundaria en lactantes y preescolares hospitalizados. *Revista Mexicana de Pediatría* 2012;79(4):167-73.
27. Campo A, Alonso RM, Amador R, Díaz R, Durán MI, Ballesté I. Maltrato infantil en hijos de madres adolescentes en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa

(2005-2006). Rev Cubana Med Gen Integr. Dic 2011 [citado 21 Nov 2012];27(4):477-85. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252011000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252011000400006&lng=es)

28. Pinto B, Losantos M. Percepción de Factores Familiares de Riesgo de Maltrato Infantil en Niños y Adolescentes en Riesgo Social de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz. *Ajayu* 2011;9(2):308-323.

29. Fragoso T, Torres NC, Orcasita AM. Factores asociados a la malnutrición por defecto en los menores de un año. Área urbana de Cabaiguán 2010. *Revista Infocencia* 2012;16(3):1-12.

Recibido: 3 de febrero de 2015.  
Aprobado: 23 de abril de 2015.

*María de Lourdes Fernández Fernández*. Licenciada en Enfermería, Master en Atención Integral al Niño. Policlínico Universitario "Manuel González Díaz", Bahía Honda. Calle 26, Edificio 6, apto. 28, municipio Bahía Honda, provincia Artemisa. Teléfono: 52288813.  
E-mail: lk9604@infomed.sld.cu