



Factores asociados a las causas de abandono de la consulta de niños y adolescentes con malnutrición*

Nahr Velásquez, Edihover**

Resumen

El incumplimiento y el abandono a las consultas es un hecho frecuente en las instituciones de salud. Este abandono representa un costo económico alto en cualquier sistema de salud; además del efecto negativo que la deserción puede tener sobre la salud del paciente. El Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano (CANIA), no escapa de este problema, haciéndose más notorio en la medida que la demanda de atención se ha incrementado. El objetivo de esta investigación fue determinar los factores asociados a las causas del abandono a las consultas de los pacientes con malnutrición que asistieron al CANIA durante el período 2000-2008. La muestra estuvo conformada por 827 pacientes con evaluación social que abandonaron la consulta y solicitaron reevaluación. Fue un estudio descriptivo, de corte transversal. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas, familiares y variables individuales; se utilizaron distribuciones de frecuencias, el test estadístico chi-cuadrado a un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$ y Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM). Las variables que resultaron asociadas significativamente con las causas de abandono de la consulta fueron: grado de instrucción de la madre, estratificación social según Graffar modificado, ingresos inestables, y el no reconocimiento de la problemática nutricional. Conclusión: las principales causas del abandono fueron las limitaciones familiares, el descuido y los viajes y/o mudanzas; el reconocimiento de la problemática nutricional, debe ser abordado desde el primer contacto con el paciente y su familia; el grado de instrucción de la madre o representante no determina el reconocimiento de los problemas nutricionales como enfermedad.

Palabras clave: Abandono de la consulta, desnutrición, factores socioeconómicos, obesidad, niño.

Factors Associated with the Causes for Abandonment of Nutrition Counseling for Children and Adolescents with Malnutrition

Abstract

The non-compliance with and abandonment of medical counseling is frequent in health institutions. This abandonment represents a high economic cost in any health system in addition to the negative effect that the abandonment can have on patient health. The Antimano Center for Attention to Child Nutrition (Centro de

* Este trabajo fue financiado por Empresas Polar.

** Licenciada en Trabajo Social de la Gerencia Psicosocial del Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano (CANIA). Caracas-Venezuela. E-mail:enahr.cania@gmail.com

Atención Nutricional Infantil Antímamo-CANIA), does not escape this problem, which is more noticeable in that the demand for such care has increased. The aim of this research was to determine the factors associated with the causes of nutrition counseling abandonment by patients with malnutrition who attended CANIA during the 2000-2008 period. The sample consisted of 827 patients under social assessment who quit attending consultation and requested re-assessment. This was a descriptive, cross-sectional study. The variables studied related to socio-demographics, family and individuals. Frequency distributions, the chi squared statistics test with a significance level of $\alpha=0.05$ and Multiple Correspondence Analysis (MCA) were used. The variables significantly associated with the causes of counseling abandonment were: the mothers' level of education, social stratification according to Graffar's modified method, unstable incomes and failure to recognize the nutritional problem. In conclusion, the principle causes of abandonment were family limitations, carelessness and travels and/or moving. Recognition of a nutritional problem should be approached from the first encounter with the patient and his/her family. On the other hand, the level of education of the mother or legal guardian does not determine the recognition of malnutrition as a disease.

Keywords: Abandonment of counseling, malnutrition, socioeconomic factors, obesity, child.

Introducción

El incumplimiento y el abandono a las consultas es un hecho frecuente en las instituciones de salud. Los estudios realizados en diversos países mencionan cifras de abandono de la consulta entre el 20% y 50% (Palumbo, 2001). El término abandono de las consultas fue conceptualizado por Gavino y Godoy en 1993, como "la interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos" (citado por Sirvent, 2009:51).

Este incumplimiento por parte del paciente a las citas concertadas puede ser evaluado desde dos perspectivas: la institucional y la familiar (o del paciente). La primera visión representa un costo económico alto en cualquier sistema de salud, pues implica la infrautilización de los recursos humanos y materiales dispuestos para prestar una asistencia que finalmente no se realiza; estos efectos son aún mayores cuando resulta imposible dar nuevas citas a otros pacientes debido a que se satura la capacidad instalada (Fonseca *et al.*, 2001).

Desde el punto de vista familiar, el abandono de la consulta debe relacionarse con la percepción que tiene la familia frente a la enfermedad, ya que en el caso de la salud del

niño, los padres son los responsables de velar por su bienestar, inclusive tomar decisiones cuando el niño está enfermo.

En un estudio realizado sobre el abandono de la consulta en una muestra de pacientes hipertensos; Soto *et al.* (2000) encontraron que el factor "conocimiento inadecuado de la enfermedad" tuvo un porcentaje de 13,8%, seguido del "desinterés en el control mensual" y el "incumplimiento por no tener molestia" con 13,2% en ambos casos; los autores afirman que ello denota una conciencia inapropiada de la enfermedad.

Velásquez *et al.* (2000) con el fin de documentar la permanencia de los pacientes en el tratamiento proporcionado por una institución de salud mental de México encontraron que el motivo principal de abandono fue sentirse mejor (19,6%). Una investigación similar, realizada en Venezuela con 191 pacientes de una consulta de Psiquiatría, reseñó entre los motivos de abandono, la mejoría con un 30,5%, seguido de otras causas como: problemas laborales (11,9%); otros motivos no especificados (11,9%); dificultades de acceso al hospital (6,8%); e inconformidad con el tratamiento (3,3%) (Jo Tak y Almao, 2001).

En el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA), entre 1995 y 1996, Dini *et al.* realizaron un estudio sobre “logros pediátricos en el tratamiento de los niños desnutridos atendidos en un semi-internado”, en el cual, aunque no se evaluó directamente el problema de incumplimiento a las consultas, se encontró en niños mayores de 6 meses cifras de inasistencia entre 45% y 77% a partir de los controles ambulatorios post-egreso del seminternado, hecho que no permitió conocer el estado de salud posterior de estos niños (Dini *et al.*, 2000).

El abandono de las consultas ha sido objeto de preocupación en esta institución desde sus inicios: entre 1996 y 2008 el porcentaje de incumplimiento de las citas disminuyó de un 80,3% a un 43,9%, cifras que revelan una tendencia a la disminución, pero que continua siendo un indicador en revisión permanente para la organización, aún cuando se encuentra dentro del rango estimado a nivel mundial (entre el 20% a 50%) (CANIA, 2009).

El presente estudio se diseñó con el objetivo de identificar las posibles causas del abandono de la consulta de los pacientes con malnutrición primaria que asistieron al CANIA durante el período 2000-2008, así como también conocer la relación entre dichas causas y las variables sociodemográficas del paciente, a fin de generar estrategias para favorecer el cumplimiento del esquema de tratamiento previsto.

1. Metodología

El presente estudio fue una investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal. El grupo de estudio estuvo constituido por 827 pacientes, de 15 años o menos, que asistieron al CANIA durante el período enero 2000 a noviembre 2008, con diagnóstico de malnutrición primaria, que abandonaron el esquema de tratamiento y en un período posterior solicitaron ser reevaluados. Se descartaron todos aquellos pacientes con patologías crónicas que repercutieran sobre el estado nutricional.

Los datos de los pacientes y sus familias, correspondientes a la historia clínica y a la evaluación social (cuestionario semiestructurado de “Evaluación Social”, que forma parte de la historia social del paciente, elaborada por el consenso de un grupo de expertos <sociólogos, educadores y trabajadores sociales> en el año 1995 y validada con una prueba piloto ese mismo año en familias de la comunidad de Antímano), se obtuvieron del Sistema de Información del Paciente (SIP, programa informático de gestión de la base de datos de pacientes del CANIA).

A continuación se muestran las variables estudiadas:

Variables sociodemográficas:

Sexo	Se refiere a la condición biológica, masculina o femenina, del paciente que asiste al CANIA.
Edad	Tiempo transcurrido después del nacimiento de un individuo expresado en años cronológicos del niño, niña o adolescente para el momento del abandono de la consulta.
Años de escolaridad de la madre o representante	Número de años de escolaridad de la madre o representante de niño. Se categorizó de la siguiente manera: sin escolaridad, de 1 a 3 años, de 4 a 6 años, de 7 a 9 años, 11 o más y sin información.

Ocupación de la madre	Tipo de ocupación u oficio de la madre o representante. Se clasificaron de la siguiente forma: amas de casa, obreras y artesanas, profesionales universitarios y altos comerciantes, profesión técnica, empleados sin profesión universitaria o técnica media, otras ocupaciones, y sin información. Aunque se registraron los datos para ambos padres, en las relaciones que se establecieron en este estudio solo se utilizó la variable ocupación de la madre, pues esta es la asiste a las consultas de sus hijos.
Procedencia	Entidad estatal donde la familia tenía su domicilio para el momento del último control.
Origen de la referencia	Forma o manera en que el paciente solicitó los servicios de la institución la primera vez, puede ser: espontáneo, referido de instituciones de atención del niño, de personal institucional en la comunidad o por los promotores comunitarios de salud.
Diagnóstico nutricional integral (Henríquez y Dini, 2009)	Tipo de diagnóstico nutricional para el momento del abandono, reportado en la evaluación pediátrica.
Número de controles de seguimiento	Se consideró desde la primera consulta (incluyéndola) hasta la última a la que asistió el paciente antes de abandonar la consulta.

Variabes familiares

Tipología de la familia	Referida al tipo de familia bajo atención, tales como: nuclear, extendida y compuesta.
Familia monoparental	Familia nuclear compuesta por un solo progenitor (madre o padre biológicos o sustitutos) que cohabite con uno o varios hijos bajo su atención.
Reconocimiento de la problemática nutricional por parte del representante	Se entiende como el manejo de la información y aceptación del diagnóstico nutricional del hijo.

Variabes económicas

Clasificación social de la familia según línea de pobreza	Permite el cálculo del nivel de pobreza de la familia a partir de la comparación del total del ingreso familiar con el precio de la canasta conformada por un conjunto de alimentos suficientes para cubrir las necesidades nutricionales en la población. Las familias cuyo ingreso económico es menor al costo de la canasta básica (CB) se denominan pobres y aquellas con ingresos inferiores al costo de la canasta alimentaria (CA) se clasifican como pobres extremos (INE, 2010).
Clasificación social de la familia según el método Graffar Modificado	Método de estratificación social de las familias, constituido por 4 variables con 5 indicadores cada una. La elección de un indicador por variable y su sumatoria, permiten clasificar a la familia en un estrato: I= alto, II= medio alto, III= medio, IV= pobreza relativa, V= pobreza crítica (Méndez y de Méndez, 1994).
Ingresos económicos inestables	Hogares en los cuales 50 % o más del ingreso proviene de la remuneración diaria, semanal o mensual de los miembros económicamente activos, cuya relación laboral no es permanente sino a destajo o por contrato temporal.
Desempleo	Hogares donde los miembros económicamente activos (de 15 años y más) o el responsable económico de la familia o los padres, no están incorporados en el mercado laboral o expresan que están buscando empleo.

Del formato “Resumen de Reevaluación” de la historia clínica del niño, que fue llenada por el equipo tratante, se obtuvieron las causas del abandono a la consulta que fueron especificadas por el representante del paciente. Dicho formato fue llenado en el momento en que el representante acudió nuevamente al Centro para la reevaluación, donde expresa la limitación u obstáculo que experimentó y que contribuyó a su inasistencia a las consultas sucesivas en el CANIA. Entre las causas descritas se tienen las siguientes:

Causas del abandono a la consulta:

No precisa	Se refiere al desconocimiento o información imprecisa de la madre o representante, sobre el motivo que provocó el abandono a la consulta.
La madre vio a su hijo(a) mejor de salud nutricional	Percepción que tuvo la madre sobre mejoría en la salud del niño y la razón de su ausencia a la consulta.
Asistencia a otro centro de salud	Se refiere al cambio o uso de otro servicio de salud.
Descuido	Se refiere a las actitudes o conductas repetitivas de omisión de los representantes con respecto al tratamiento nutricional (olvidó la cita de control, desinterés en las consultas, extravió la tarjeta de control, irregularidad del tratamiento, entre otros).
Viaje o mudanza	Movilización o mudanza de la familia bajo atención a otro estado o país, limitando o impidiendo la asistencia a la consulta en CANIA.
Limitaciones familiares	Problemas o situaciones puntuales en el entorno familiar que interfieren con la asistencia a las consultas de CANIA (embarazo de la madre, separación de los padres, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia, etc.).

Los datos se transcribieron en una base de datos estructurada en Microsoft Excel a la cual se le realizó control de calidad. El tratamiento estadístico consistió en análisis de distribuciones de frecuencias y pruebas de Chi-Cuadrado para detectar asociaciones significativas entre las variables, con un nivel de significación de 5% o $\alpha=0,05$. Para ello se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 9 (SPSS, 1999).

Se realizó el análisis multivariante de los datos mediante un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) con el fin de visualizar las inter-asociaciones entre todas las variables, para este análisis se utilizó el programa SPAD versión 4.5.

2. Resultados

Al analizar las variables sociodemográficas se encontró lo siguiente: El 52,2% (n=432) de los pacientes eran de sexo femeni-

no y 47,8% (n=395) masculino. La distribución por grupos de edad fue la siguiente: un 19,6% (n= 162) eran < 2 años, 50,2% (n= 415) de 2 a 6 años, 22,7% (n= 188) tenían de 7 a 10 años y 7,5% (n= 62) 11 años y más.

En relación con los años de escolaridad de la madre, la mayoría, 63,2%, osciló entre 4 y 9 años de estudio (n=522) y 56,3% (n= 466) tenían como ocupación el ser amas de casa (Tabla I). Según la procedencia, el 93,6% provenían de distintas parroquias de la región Ca-

pital. En cuanto al origen de la referencia a CANIA, se encontró que 38,6% (n= 319) vieron espontáneamente, 35,8% (n=296) eran referidos por instituciones de atención al niño

(salud, educativas, etc.), 18,5% (n= 66) por personal institucional en trabajo comunitario y 7,1% (n=59) por cortesía (familiares de empleados de la institución).

Tabla I
Distribución de frecuencia de las variables sociodemográficas y familiares de las familias del grupo de estudio.

Variable	N	%
Sociodemográficas		
Grado de instrucción de la madre		
Sin escolaridad	39	4,7
1 a 3 años de escolaridad	71	8,6
4 a 6 años de escolaridad	261	31,6
7 a 9 años de escolaridad	261	31,6
11 o más años de escolaridad	189	22,9
Sin información	6	0,7
Ocupación de la madre		
Amas de casa	466	56,3
Obreras y artesanas	267	32,3
Profesionales y técnicos medios	69	8,3
Otras	15	1,8
Sin información	10	1,2
Familiares		
Tipo de familia		
Nuclear	502	60,7
Extendida	325	39,3
Madre sola		
Sí	214	25,9
No	613	74,1
Económicas		
Clasificación de la familia		
<i>Línea de Pobreza</i>		
No Pobre	279	33,7
Pobre	370	44,7
No precisa	178	21,5
<i>Graffar Modificado</i>		
Estratos II,III	45	5,4
Estrato IV	462	55,9
Estrato V	320	38,7
Ingresos inestables		
Sí	336	40,6
No	491	59,4
Desempleo		
Sí	158	19,1
No	669	80,9

Fuente: Elaboración propia (2012).

Los diagnósticos nutricionales de los niños oscilaron entre desnutrición (diversos grados), obesidad y sobrepeso. Los niños con desnutrición leve presentaron el mayor porcentaje de abandono de consulta (Tabla II).

Tabla II
Abandono de la consulta de los
pacientes pediátricos según estado
nutricional

Estado nutricional	Abandono de consulta (%)	n
Desnutrición grave	4,7	39
Desnutrición moderada	20,2	167
Desnutrición leve	24,8	205
Desnutrición subclínica	17,3	143
Sobrepeso	15,1	125
Obesidad	17,9	148

Fuente: Elaboración propia (2012).

Respecto al número de consultas de control de seguimiento en que se produjo el abandono de la consulta, en el 90,7% (n=698) de los casos ocurrió entre el primero y cuarto control, de los cuales el 82,2% abandonó antes de asistir al segundo control, y ya un 56,2% había abandonado la consulta antes del primer control.

En cuanto a las variables familiares, en la muestra predominó el tipo de familia nuclear con un 60,7% (n=502) y al relacionar este resultado con el dato obtenido de un 25,9% (n=214) de madres solas (Tabla I), puede deducirse en la muestra que del total de familias nucleares, el 57,4% (n=288) son biparentales y un 42,6% son hogares monoparentales de madres solas. Respecto al reconocimiento de la problemática nutricional, 60,1% (n= 497) de la muestra, no reconocía la malnutrición como enfermedad.

Los resultados de las variables económicas en la Tabla I revelan lo siguiente: De la clasificación de las familias por Línea de Pobreza se tiene un total de 58,3% (n=482) de familias en condición de pobreza. Por otra parte, según la estratificación por el método Graffar, un 94,6% (n=790) de las familias estaban en situación de pobreza (estratos IV y V). Los datos también muestran un 40,6% (n=336) de hogares con ingreso económico inestable y de desempleo en 19.1% (n=158).

El 71,6% de los pacientes (n=593) indicaron el motivo por el cual abandonaron la consulta, siendo la causa principal: las limitaciones familiares (26,2%, n=217), seguido por descuido (23,3%), viajes (14,3%) y asistencia a otro centro de salud (5,1%). Un 28,4% de los pacientes no precisó la causa de abandono de la consulta (Tabla III).

Al aplicar la prueba estadística Chi-Cuadrado, las variables que resultaron significativamente asociadas con las causas de abandono de la consulta fueron: edad de los pacientes (p-valor 0,046), la estratificación social según Graffar modificado (p-valor 0,021), ingresos inestables (p-valor 0,020), no reconocimiento de la problemática nutricional (p-valor 0,014) y años de escolaridad de la madre (p-valor 0,045) (Tabla III).

Las variables correspondientes al sexo, procedencia, origen de la referencia, tipo de familia, niveles de pobreza y diagnóstico nutricional, no presentaron ninguna asociación con este fenómeno.

Para el Análisis de Correspondencias Múltiples se decidió retener los 2 primeros ejes, los cuales recogen el 17,95% de la inercia o variabilidad total (bajo el criterio de la derivada matemática). En el primer plano factorial sólo se representaron las categorías de

Tabla III
Distribución de frecuencia de las causas de deserción a la consulta de los pacientes malnutridos asociadas a los factores estudiados.

Factores asociados	Causa de la deserción							Total	p-valor
	Limitaciones familiares	Por viajes	Descuido	Asistencia a otro centro de salud	La madre lo observó mejor	No precisa o no sabe	Total		
Edad	Menos de 2	27,8	19,8	14,2	6,8	1,9	29,6	100,0	
	De 2 a 6 años	28,2	13,7	26,0	4,8	2,2	25,1	100,0	<i>0,046</i>
	De 7 a 10 años	22,3	12,2	25,5	5,3	3,7	30,9	100,0	
	11 o más años	21,0	9,7	22,6	1,6	4,8	40,3	100,0	
Grafar	Estrato II-III	13,3	8,9	22,2	2,2	6,7	46,7	100,0	<i>0,021</i>
	Estrato IV-V	27,0	14,6	23,4	5,2	2,4	27,4	100,0	
Grado de instrucción de la madre	Sin escolaridad	25,6	2,6	20,5	10,3	0,0	41,0	100,0	<i>0,045</i>
	1 a 3 años	19,7	19,7	26,8	4,2	1,4	28,2	100,0	
	4 a 6 años	25,7	11,5	27,6	6,1	3,8	25,3	100,0	
	7 a 9 años	31,8	15,7	20,7	5,4	2,3	24,1	100,0	
	11 años o más	22,2	16,9	20,1	2,1	2,6	36,0	100,0	
Ingreso económico inestable	S/I	16,7	0,0	33,3	16,7	0,0	33,3	100,0	
	No	25,5	13,4	21,4	4,5	2,2	33,0	100,0	<i>0,020</i>
Reconocimiento de la problemática nutricional	Sí	27,4	15,5	26,2	6,0	3,3	21,7	100,0	
	No	26,6	15,5	23,5	6,8	2,6	24,9	100,0	<i>0,014</i>
	Sí	25,8	12,4	23,0	2,4	2,7	33,6	100,0	
Total		26,2	14,3	23,3	5,1	2,7	28,4	100,0	

*S/I: sin información.
Fuente: Elaboración propia (2012).

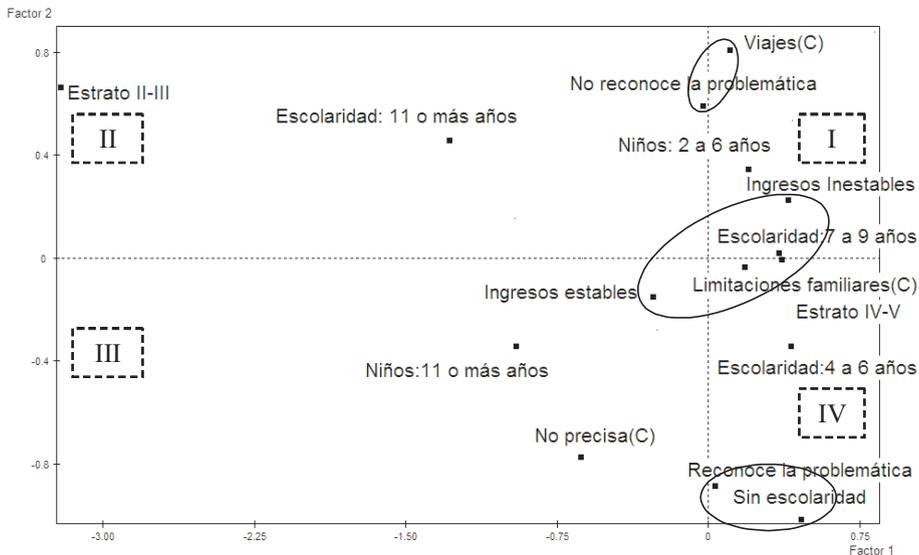
las variables proyectadas apropiadamente y que contribuyeron de una manera significativa a la construcción de cada uno de los ejes factoriales.

Se observó que las causas de abandono por: 1) asistencia a otro centro de salud y 2) opinión de la madre sobre mejoría del estado nutricional del niño o adolescente son poco usuales en las familias estudiadas; las familias de estrato II-III (Graffar), las madres sin instrucción escolar, las madres con 1 a 3 años de escolaridad y los niños con 11 años o más, también son poco frecuentes.

En el cuadrante I del primer plano factorial se agruparon las madres o representantes con un nivel de instrucción entre 7 y 9 años de escolaridad, con ingresos inestables, de los estratos IV-V y con hijos entre 2 y 6 años de edad; la mayoría de las familias reportaron los viajes y las limitaciones familiares como las principales causas de abandono a la consulta (Figura 1).

Por otro lado, en los cuadrantes II y III del plano factorial, se agruparon las madres o representantes que poseían 11 o más años de escolaridad, de estratos II-III, con ingresos estables y que podían o no reconocer la problemática nutricional; los representados de éstas madres tenían, en su mayoría, edades de 11 años de edad o más. Como motivo de abandono de la consulta fueron reportadas las mudanzas y en algunas ocasiones no precisaron la causa de dicho abandono (Figura 1).

Por último, en el cuadrante IV, se aglomeraron las madres o representantes con 4 a 6 años de escolaridad o sin educación formal, pertenecientes al estrato IV-V y que además reconocieron la problemática nutricional; este grupo expresó como principal causa de abandono a la consulta las limitaciones existentes dentro del grupo familiar (Figura 1).



Fuente: Elaboración propia (2012).

Figura 1. Primer plano factorial del ACM para las categorías bien representadas.

3. Discusión de los resultados

Algunas de las variables sociodemográficas, familiares y particulares estudiadas no se asociaron significativamente al abandono de la consulta, entre ellas: sexo, procedencia, origen, tipo de familia, clasificación de la familia por Línea de Pobreza, madre sola, desempleo y la variable diagnóstico nutricional.

Las familias residentes de la parroquia Antímano, radio de acción del CANIA, abandonan la consulta en mayor porcentaje que aquellos que viven fuera de la zona. Un hallazgo similar fue encontrado en un estudio realizado por Fonseca (2001), donde la inasistencia resultó mayor en aquellos pacientes que vivían cerca del centro de salud. Igualmente, otro estudio señala que “los pacientes que viven en el interior del país generalmente tienden a cumplir con los controles pautados, presentando una tasa de asistencia de un 100%” (Jo Tak y Almao, 2006).

Al analizar la variable número de controles a los que asistió el paciente hasta que se produjo el abandono, los resultados de este estudio son similares a los hallazgos de otras investigaciones; por ejemplo, Jo Tak y Almao (2001) encontraron que 44,1% de los pacientes sólo acude a la consulta de triaje (evaluación médica inicial para identificar el motivo de consulta). En otro trabajo, Fernández *et al.* (1996) observaron 76,5% de abandono entre la primera y cuarta sesión.

Este trabajo con otros en los cuales la edad del paciente también es una variable significativamente relacionada con las causas de abandono (Bueno, 2000). Sin embargo, se debe tomar en cuenta que la muestra en esta investigación fue de niños y adolescentes, quienes dependen exclusivamente de su representante (padre, madre o cuidador), res-

ponsable de su salud, educación, etc., en consecuencia, la continuidad de la asistencia a las consultas es dependiente de las decisiones del representante, a diferencia de otras investigaciones donde la muestra corresponde a pacientes adultos.

La mayoría de las madres de este estudio no culminan la educación media, es decir, tienen un nivel básico de cuando mucho 9 años de escolaridad y se desempeñan como amas de casa. En otros estudios se ha observado que las pacientes con menor nivel educativo tienden a abandonar el tratamiento con mayor frecuencia (Bueno, 1994; Velásquez, 2000 y Sánchez *et al.*, 2005).

La relación estadísticamente significativa entre el estrato socioeconómico según Graffar y las causas de abandono de la consulta se puede explicar, al menos en parte, debido a que algunos de los componentes del método de estratificación de Graffar, como lo son el grado de instrucción de la madre o el ingreso familiar, fueron variables que también se encontraron asociadas a las causas de abandono de la consulta del niño.

Casi la totalidad de las familias de la muestra se encuentran en estratos de pobreza, caracterizándose por agrupar a las poblaciones más vulnerables socialmente, con carencias económicas constantes como consecuencia de empleos de baja calificación y remuneración (estables e inestables), nivel educativo bajo o básico en el mejor de los casos, alojados en viviendas y contextos con marcadas deficiencias sanitarias y de habitabilidad. En estos estratos de pobreza, es posible que la visión y reconocimiento de los problemas de salud y nutrición no tengan la misma urgencia de atención, apareciendo las *limitaciones familiares* como primera causa de abandono de la consulta seguida del *descuido*; a diferencia de los estratos II-III, donde la relación es inversa

y el descuido se constituye en la causa principal de abandono.

En un estudio realizado en pacientes que abandonaron un programa de hipertensión arterial, se reportó que el desconocimiento o conciencia inapropiada de la enfermedad fue el factor determinante del abandono del programa, los autores recomendaron brindar mayor educación al paciente y familiares, incrementando el nivel de información y concientización de la enfermedad (Soto, 2000).

El problema del no reconocimiento se traduce en que la familia considera que la malnutrición se debe únicamente a un problema de comer o no comer, obviando otros factores multicausales que están implícitos; ello genera una limitante para buscar ayuda e implementar soluciones de mediano y largo plazo.

Esta suposición es de suma importancia, ya que si al no reconocimiento de la problemática nutricional, se le agrega la condición de pobreza, posiblemente existirá mayor probabilidad del abandono a la consulta, debido a que el principal interés estará centrado en la búsqueda de empleo o estrategias de manutención de la familia para satisfacer las necesidades de subsistencia (alimentación, vivienda, servicios, transporte, vestido, entre otros), restándole importancia a la enfermedad nutricional o habituándose a ella como algo natural, trayendo como consecuencia el abandono de la consulta, y delegando en algunos casos las decisiones de alimentación a cuidadores no sensibilizados u orientados adecuadamente.

La metodología de correspondencia múltiple mostró tres grupos discernibles de familias. Uno caracterizado por un bajo nivel educativo (4 a 6 años de escolaridad) y pobres (Graffar IV y V), que reconocen la problemática nutricional de sus representados y aduce como causas de abandono de la consulta las li-

mitaciones familiares. Un segundo grupo que presenta un nivel educativo medio, que también es pobre (Graffar IV y V), no reconoce la problemática nutricional de sus hijos e indica como causas de abandono los viajes y las limitaciones familiares. Por último, el tercer grupo corresponde a familias de nivel educativo alto y de clase media (Graffar II y III) que pueden o no reconocer la problemática nutricional y no precisan las causas de abandono o aluden como motivo los viajes o mudanzas. Estos resultados coinciden con los datos estadísticos de las familias usuarias del CANIA en los 17 años de funcionamiento, particularmente donde el no reconocimiento de la enfermedad nutricional por parte de los padres, está presente indistintamente del nivel de instrucción que posean.

En forma similar a las relaciones encontradas con el ACM, en un estudio realizado en Colombia con pacientes pediátricos, se halló que la principal causa de abandono de la consulta reportada por las madres fue el olvido de la cita (Barragán Díaz *et al.*, 2010). Sin embargo, la mayoría de los estudios de las causas de la inasistencia a las consultas se realizan en pacientes adultos. Una investigación realizada en el estado Carabobo (Venezuela), encontró que las principales causas de inasistencia reportadas a una consulta prenatal fueron la lejanía geográfica del centro de atención (52,3%) y el desconocimiento de la importancia del control prenatal (48,8%) que se puede asociar a un tipo de no reconocimiento de la situación de salud (Faneite *et al.*, 2009).

4. Conclusiones

El abandono depende principalmente de factores propios de la familia y de su entorno, especialmente las limitaciones familiares, seguido del descuido y situaciones de viajes y

mudanzas. Ninguno de los reportes de las madres o representantes indica causas relacionadas con la institución o del servicio que en ella se presta.

Siendo el no reconocimiento de la problemática nutricional uno de los factores que resultó asociado con el abandono de la consulta, se considera conveniente su abordaje desde el primer contacto con las familias por todos los especialistas y el personal institucional que tiene alguna relación con el grupo familiar; se deben revisar e innovar estrategias metodológicas y fortalecer su abordaje tanto en la atención individual como en las actividades grupales o educativas.

De igual forma, se debe hacer énfasis en identificar y abordar aquellas familias con ingresos inestables y madres con bajo nivel de instrucción porque podrían experimentar mayores dificultades para acudir a consulta o comprender la enfermedad y sus consecuencias.

Los resultados de este estudio, indican que no existe un perfil de los pacientes que abandonan la consulta; sin embargo, se tienen algunas características de las familias que pueden constituirse en un criterio o en variables predictibles del abandono y donde se debe focalizar la atención: madres con niños de 2 a 6 años, con bajo nivel instrucción y con carencias económicas.

Se recomienda implementar un esquema de atención más flexible para este tipo de familias, priorizando sus necesidades e involucrando a otros miembros del grupo familiar para garantizar la permanencia en el programa. De igual manera, se sugiere realizar una intervención donde se les ofrezcan herramientas a las familias, especialmente a la madre, que les permitan prevenir, detectar y manejar oportunamente el problema de la desnutrición.

Bibliografía citada

- Barragán Díaz, Ana María, Estrada Vélez, Victoria Eugenia y Sanmartín Laverde, Viviana (2010). "Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paul Caldas, Antioquia en el año 2009". TEG Universidad CES. Facultad de Medicina para obtención del grado de Especialista en Gerencia de la Salud Pública. Medellín. Colombia. 60p.
- Bueno Heredia, Amalio, Córdoba, Juan Antonio, Escolar Pujolar, Antonio y Carmona Calvo, José (2000). "Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental del Distrito de Jerez de la Frontera". **Psiquiatría Pública**. Vol. 12 (2). Pp. 139-149.
- Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) (2009). "Distribución de la situación actual de los pacientes según estrategia". Unidad de Información en Salud. Julio 1995 - Diciembre 2009. Caracas. Venezuela. Material no publicado.
- Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) (2005). "Tendencia de la distribución de los pacientes según diagnóstico nutricional". Disponible en: <http://www.cania.org.ve/estadisticas/triaje/tablas/diagnostico.pdf>. Consulta realizada el 16 de Marzo de 2012.
- Dini Golding, Elizabeth, Barboza Ríos, Yudy, Battaglini, Saira y Aliendres, Olis (2000). "Logros pediátricos en el tratamiento de desnutridos atendidos en un seminternado 1995-1996". **Anales Venezolanos de Nutrición**. Vol. 13 (2). Pp. 114-120.
- Faneite, Pedro, Rivera, Clara, Rodríguez, Fátima, Amato, Rosanna, Moreno, Shirley y Cangemi, Lynmer (2009). "Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica?" **Revista de Obstetricia y**

- Ginecología de Venezuela.** Vol. 69 (3). Pp. 147-151.
- FAO/SEDESOL/DICONSA (2005). "Informe de evaluación de la estrategia de capacitación en educación alimentaria y nutricional al personal y familias beneficiarias del programa de apoyo alimentario (Pal-Diconsa) Programa Piloto". México. 31p.
- Fonseca, Eduardo; Vázquez, Paz; Mata, Pilar; Pita, Salvador y Muiño, M. Luisa (2001). "Estudio de la inasistencia a las citas en un servicio de dermatología". **Piel.** Vol. 16 (10). Pp. 485-489.
- Henríquez Pérez, Gladys y Dini Golding, Elizabeth (2009). "Evaluación del estado nutricional". En: **Nutrición en Pediatría.** Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano (CANIA). Venezuela. Pp. 3-74.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). "**Ficha técnica de línea de pobreza por ingreso**". Caracas. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&id=336&Itemid=45&view=article%20%20%20%20. Consulta realizada el 24 de Agosto de 2012.
- Jo, Tak & Almaso, Samantha. "Abandono del tratamiento de una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica". Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm Consulta realizada el 9 de noviembre de 2011.
- Méndez Castellano Hernán y de Méndez María Cristina (1994). "Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano". FUNDACREDESA. Caracas, Venezuela. 206p.
- Méndez, María del Rosario (2000). "Informe sobre la evaluación de procesos de inasistencia y deserción a las consultas de primera y de control en CANIA". Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano. Caracas.
- Ortega F y Ponce C (1995) "Adhesión a los tratamientos: Análisis de los abandonos (datos preliminares)". **Maristan.** Vol. 4 (9). Pp. 55-63.
- Orueta, R, Gómez-Calcerrada, RM, Redondo, S, Soto, M, Alejandre, G. y López, J (2001). "Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos". **Medicina Familiar y Comunitaria.** Vol. 11 (3). Pp. 140-146.
- Palumbo, Giovanna (2001). Segundo Programa de Gerencia de Centros de Salud. Calidad de Servicios: El Usuario como Centro. Instituto de Estudios Superiores de Administración. Caracas. Venezuela.
- Sánchez, Nuria, Torres, Ana, Camprubí, Natalia, Vidal, Ángela y Salamero, Manel (2005). "Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama". **Psicooncología.** Vol. 2 (1). Pp. 21-32.
- Sirvent R, Carlos (2009). "Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico". **Norte de Salud Mental.** Vol. 8. (33). Pp. 51-58.
- Soto, Víctor, Zavaleta, Segundo y Bernilla, José (2002). "Factores determinantes del abandono del programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" EsSalud, Chiclayo 2000". *Anales de la Facultad de Medicina.* Vol. 63 (3). Pp. 185-190.
- SPSS Inc (2010). "SPSS Base 19.0 for Windows. Manual del usuario". SPSS Inc. Chicago, IL. USA. 341p.
- Velásquez, Alejandro, Sánchez Sosa, Juan José, Lara, María del Carmen y Senties, Héctor (2000). "El Abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional". **Revista de Psicología.** Vol. 18 (2). Pp. 315-340.