

11026  
2ej  
130



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado



RELACION ENTRE LA ALIMENTACION, PESO Y TALLA  
EN EL LACTANTE MAYOR EN UNA POBLACION SUBURBANA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Titulo de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a

DR. MIGUEL HERNANDEZ MEJIA

México, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	PAG.
I.- INTRODUCCION.....	1-4
a) Justificación	
b) Objetivos	
c) Hipótesis de Trabajo	
II.- GENERALIDADES.....	5-9
a) Planteamiento del problema	
b) Antecedentes científicos	
III.- MATERIAL Y METODOS.....	10-11
IV.- RESULTADOS.....	12-15
V.- ANALISIS Y COMENTARIOS.....	16-19
a) Análisis Estadístico	
b) Análisis de Resultados	
VI.- TABLAS Y ANALISIS ESTADISTICO.....	20-29
VII.- CONCLUSIONES.....	30-31
VIII.- FORMATO DE LA ENCUESTA.....	32-33
IX.- BIBLIOGRAFIA.....	34-35

Los niños que crecen impelidos por el caudal de la vida, pronto se encuentran sitiados en un medio adverso a la vida. Testigos de este rechazo no sólo pierden el poder de reconocimiento, aprecio y amor a la vida, sino que también pierden la fe en que - pueden sobrevivir a expensas del desarrollo de las propias fuerzas vitales.

## INTRODUCCION

Las primeras comunicaciones en materia de la ciencia en la salud de los niños, estaban dirigidos únicamente hacia la conservación de la vida y versaban sobre los cuidados y enfermedades más comunes en las diferentes edades. Hasta épocas recientes los estudios sobre crecimiento y desarrollo del niño eran considerados como una "ciencia de lujo" debido a que el ejercicio médico se concentraba en disminuir los índices de mortalidad neonatal y en la primera infancia.

La superstición y la religión desempeñaban en aquellos tiempos un papel importante en el crecimiento de los niños. En cambio acerca del fomento de la nutrición, a pesar de que recibió seguramente mucho impulso, se posee poca información, sobre todo en lo concerniente con el peso y talla de los niños. Esto probablemente atribuible a que madura el sentir de que el conocimiento de esta relación no era indispensable. Sin embargo los avances en la tecnología de los alimentos, en los medios de comunicación humana y en los sistemas sociales han contribuido a modificar este concepto, tan es así que actualmente contamos con un arsenal de conocimientos al respecto.

Es por esto que surge como necesidad considerar los criterios que existen para valorar el estado nutricional, basado en una serie de factores sociales, culturales, económicos; en que se encuentra inmerso nuestra población infantil y en forma particular el binomio madre-hijo. En virtud de que una deficiente e inadecuada alimentación deteriora la salud física y restringe la capacidad mental del niño; bajo estas circunstancias se altera la dinámica biopsicosocial del niño, dando origen a una peculiar forma de integración social.

Por lo tanto, al ofrecerle a ustedes en estas páginas este tema de interés, sabemos que no agotamos el tema ya no digamos en sus aspectos universales, ni siquiera en los particulares relativos de nuestra población; no obstante proponemos un intento de abordar este tema de interés social estrictamente ligado al campo de la medicina clínica y en concreto al de la medicina familiar.

No es punto de azar haber escogido este estudio, como primer tema de interés de la problemática social, misma en que se encuentra comprometida la medicina familiar. Sino que surge como necesidad agrupar los factores que constituyen el medio en donde crecen y se desarrollan la casi totalidad de nuestros pacientes y en donde se va a gestar la salud o enfermedad, trátase de aspectos físicos o psicomotores.

Ahora bien, separar los aspectos orgánicos de los psicomotores es conveniente para el estudio y la clasificación de las alteraciones del niño, o también cuando existen objetivos académicos con indicaciones precisas respecto al enfoque clínico; más es absolutamente inadecuado cuando se desea lograr una imagen integradora del enfermo y el manejo de su patología como individuo y como un miembro de una comunidad.

Por lo que es necesario penetrar al mundo social del niño para descubrir las variantes que influyen en forma definitiva y conformadora en el nivel de salud.

## JUSTIFICACION.

El crecimiento del niño es uno de los índices más importantes del desarrollo del ser humano, que se presta para ser evaluado de una manera sencilla. El desarrollo integral del organismo depende de múltiples causas, entre las que destacan las genéticas, las ambientales, las culturales, particularmente la nutrición, el estado funcional del organismo y finalmente el factor tiempo. De estas causas, el estado nutricional es epidemiológicamente la más importante, no abunda información disponible acerca de los factores culturales que participan en el crecimiento del ser humano, debido en parte a la dificultad para obtener un índice del estado nutricional individual y del nivel cultural en nuestra población.

Una manera indirecta de obtener la información del estado nutricional es conocer los hábitos nutricionales del individuo condicionados por la edad y escolaridad de la madre, con objeto de estudiar una relación que existe entre el peso y talla del lactante y la escolaridad y edad materna.

Por lo tanto consideramos conveniente realizar esta investigación para determinar en forma indirecta la influencia de la edad y escolaridad de la madre en relación al peso y talla del lactante mayor, con el fin de establecer su problemática social y establecer una orientación y educación dirigida a la madre con respecto a la alimentación y nutrición del niño, ya que es la responsable directa de orientar, orientar, valorar y vigilar el crecimiento y desarrollo del niño, derecho biológico y privilegio natural que todo ser humano tiene.

## OBJETIVOS .

- 1.- Determinar la influencia de la escolaridad y edad de la madre en el peso y talla del lactante mayor.
- 2.- Determinar los hábitos alimenticios del lactante mayor en una población suburbana.
- 3.- Determinar la repercusión de los hábitos alimenticios del lactante mayor en relación a su peso y talla.
- 4.- Conocer la influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la alimentación del lactante mayor.
- 5.- Investigar quienes son responsables de la orientación nutricional en la madre y cuales son las causas que favorecen esta función.
- 6.- Correlacionar el ingreso económico familiar para determinar los hábitos alimenticios del niño.
- 7.- Analizar la relación entre el tipo de familia con los hábitos alimenticios del niño.

## HIPOTESIS .

- 1.- Hipótesis Nula ( $H_0$ ).

No hay influencia de la edad y escolaridad de la madre en relación al peso y talla del lactante mayor.

- 2.- Hipótesis Alternativa ( $H_1$ ).

Existe influencia de la edad y escolaridad de la madre en relación al peso y talla del lactante mayor.



## GENERALIDADES

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la evaluación del estado de salud a nivel individual o colectivo en especial la valoración de crecimiento y el estado nutricional, se tropieza con frecuencia con la dificultad que se carece de patrones de referencia que permitan ubicar adecuadamente en tiempo y espacio el caso o el problema motivo de estudio, con objeto de obtener de esta comparación bases para un programa de acción que sea lógico.

Es por eso que la formulación de una referencia es prioridad para marcar y actualizar esta y pueda ser inicial para establecer medidas preventivas al enfrentarse a una demanda de una población.

En base a lo antes mencionado y de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, podemos inferir que existe la necesidad de analizar los factores socio-culturales y su influencia en el crecimiento del niño, en especial menores de dos años. Esto con propósito de establecer una correlación altamente significativa entre la edad y escolaridad materna en relación con el peso y talla del lactante mayor, para que nos permita establecer diferencias principales de nuestra población.

La razón de esta diferencia podría estar en relación a las costumbres alimentarias, nivel socioeconómico, tipo de familia y particularmente la orientación que haya recibido la madre; con respecto al peso y talla del lactante. De esta forma podríamos determinar la forma, tamaño, composición y función del cuerpo y señalar las anomalías de los segmentos antropométricos.

Observando esto, es contradictorio de que no exista una fomenta

ción de la evolución constante del crecimiento y desarrollo que son fenómenos esenciales de la vida, en relación a la madre del niño - originando una improvisación en su alimentación de acuerdo a los - múltiples factores que intervienen en su mundo social.

Por lo que al conocer las deficiencias que existen en la madre para alimentar a sus hijos, nos permite determinar y jerarquizar la problemática social e iniciar programas de orientación familiar para posteriormente efectuar otra evaluación que debe reflejarse con una mayoría en el nivel de salud.

Por lo que el presente estudio se plantea sin dificultades ya que se trabajara con una población infantil adscrita a una unidad - de medicina familiar, la cual ha sido sujeta a otros estudios similares con resultados favorables.

El costo es mínimo ya que la obtención de las variables se realizaran en la clínica de las familias adscritas y en particular del binomio madre-hijo que acude al servicio de medicina preventiva de - la unidad, lo cual solo implica tiempo y una correcta aplicación de la encuesta sobre alimentación y una obtención correcta del peso y talla del lactante mayor.

#### ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Una de las necesidades básicas para el bienestar del ser humano es una buena alimentación y cuando esta no se realiza en forma adecuada se tienen vastas consecuencias sociales, económicas y de salud. (4,5,7). Tradicionalmente la alimentación en nuestra población infantil ha sido deficiente en calidad y cantidad a tal grado que ocasiona serios trastornos en su desarrollo funcional, psíquico y por ende en su crecimiento somático. (15,17,18 y 19). De la misma manera hay -

que recordar que en las manifestaciones de crecimiento y desarrollo existe una variabilidad normal, originada por la multiplicidad de factores que determinan esos fenómenos. (5,8,9). En algunos aspectos la dispersión es mayor que en otros y su magnitud aumenta a medida que el sujeto tiene mayor edad. (9,13-15,16). Tal es la importancia que múltiples investigadores han tratado de determinar la -- deceleración o la detención del desarrollo físico y funcional del -- niño en relación a los factores alimenticios y ambientales. (3)

A través del tiempo, se ha acumulado una gran cantidad de datos que nos permite analizar la importancia del crecimiento y desarrollo y tener un criterio dinámico o evolutivo.

La primera publicación sobre referencias anatómicas entre el -- niño y el adulto, fue escrita por Gabrielo Zerbis en 1502. El estudio más viejo considerado como longitudinal y uno de los mejores de un niño fue el del Conde Philibert Gueneau de Montbellard ,complementado por su amigo Buffon en 1837.

También se le debe dar crédito al astrónomo y estadísta belga Lambert Adolphe Jacques Quetelet (1797-1874), quien efectuó el primer estudio completo de crecimiento físico de los niños, con propósitos comparativos hasta nuestro tiempo; también a él se debe el -- término antropometría. (1).

Mientras que en Boston el Dr. Bowditch en 1875, efectuaba un estudio estadístico completo sobre el crecimiento de los niños. Es -- hasta el año de 1922 cuando se establecen los primeros centros de -- investigación sobre el crecimiento y desarrollo en la unión americana. (1).

En México el primer estudio fue realizado por el Dr. Mariano -- Vázquez hace 60 años, cuando establece índice somatométrico en niños --

preescolares y escolares, en familias de clase media en México. En 1950 el Dr. Rosales establece el índice morfométrico en función al peso y talla del niño.

En un estudio realizado por Torregrosa y Nieto en el año de 1966, establecen un enfoque sobre talla y peso del niño preescolar considerando como variable el medio socioeconómico. (10)

Quizás uno de los más relevantes investigadores en nuestro medio es el Dr. Ramos Galván, que desde 1969 hizo referencia del peso y talla en niños de 0-18 años de edad, haciendo relación con múltiples factores que constituyen el mundo social del niño. (13)

Con respecto a la alimentación se ha pretendido establecer el estado de nutrición basados en la influencia de diferentes factores ambientales del niño, tan es así que la información data desde 1966 en que el investigador Frazer manifiesta que tanto los excesos como las deficiencias pueden imponer una "carga pesada" orgánica al feto. Posteriormente Jackson observó la influencia de la nutrición sobre el crecimiento físico en los primeros años de vida.

Chow and Lee, en 1964 revelaron que una restricción grave en la dieta materna durante el embarazo puede afectar el crecimiento y desarrollo del descendiente. Posteriormente Cravioto menciona al respecto que una alimentación deficiente no solo afecta a la estatura y peso del niño, sino que también otros aspectos del desarrollo incluyendo la interacción de los sentidos. (10)

Al respecto Barnes en 1966, infiere que la alimentación además de mantener al niño y fomentar su crecimiento incluye el de la preservación de la vida y de una crecimiento apropiado, así como la ausencia de infección e inmunidad apropiada, desarrollo social y mental conforme al pleno potencial genético y la inhibición de en -

fermedades degenerativas. Posteriormente, Griffith en 1967, agrega la coordinación neuromuscular y la estabilidad neurológica y psicológica.

El Investigador Almuist and W. en 1974 indica que un niño bien nutrido es más demandante de tal manera que la madre tiene que responder con una mayor interacción a las demandas del niño. (3)

Alarcón H. en 1972, manifiesta que la alimentación en la población infantil ha sido deficiente en calidad y cantidad, a tal grado que el 50% de nuestra población sufre consecuencias de una alimentación inadecuada como con una desnutrición endémica, alteraciones en el crecimiento y desarrollo y la letalidad para la adquisición de enfermedades incapacitantes. (2)

Obviamente no podemos pasar por alto la influencia que tiene los patrones culturales de una sociedad que han influido en la madre para perpetuar una malnutrición proteinoenergética ocasionando una insuficiencia ponderal y retardo en el crecimiento.

Por lo descrito previamente, consideramos que al nacer un niño hace que se adquieran diversos patrones de personalidad, así como hábitos en la alimentación que pueden ser confortables y satisfactorias para el niño. Por lo tanto es conveniente identificar los problemas para proporcionar pautas para mejorar las necesidades de salud de una población como la nuestra.

## MATERIAL Y METODOS

Este estudio fué realizado en 50 niños de ambos sexos menores de 24 meses y mayores de 12 meses. Todos ellos derechohabientes de la Unidad Médica Familiar Núm. 35 (IMSS), ubicada en zona periférica de la ciudad de México. Estos niños asistían a la clínica para ser vacunados ó a la consulta externa por enfermedades respiratorias. Siendo realizado en un período comprendido de los meses de Octubre-Noviembre de 1983.

**Criterios de inclusión:** Madres que tuvieran hijos lactantes - independientemente de la edad y escolaridad materna, del nivel socioeconómico, costumbres alimentarias, ocupación del padre, tipo de familia, tipo de vivienda, etc.

**Criterios de exclusión:** Alteraciones congénitas o adquiridas, y enfermedades intercurrentes durante el crecimiento del niño.

A cada niño se le hizo un estudio que se dividió en dos partes:

#### I.- Peso y Talla

Se realizó una observación clínica para descartar alguna alteración orgánica, que fue realizada por el médico participante en el estudio auxiliado por una enfermera auxiliar.

#### II.- Aplicación de un cuestionario abierto a la madre del niño:

Dicho cuestionario comprendía determinación de la edad y escolaridad de los padres, encuesta en relación a la frecuencia de ingestión de alimentos proporcionados al lactante, ocupación del padre, nivel socioeconómico, tipo de familia y tipo de vivienda.

También se determinó la fuente de orientación y concepto de alimentación de la madre.

Una vez tomada la muestra se correlacionaron las variables como: edad y escolaridad materna, peso y talla del lactante para marcar las diferencias. La calificación del peso y talla del niño se clasificó según la edad, considerando talla y peso ideal en su relación.

Por otro lado se correlacionaron otras variables como son; la ocupación del padre e ingreso familiar, para determinar el nivel socioeconómico, así como la frecuencia de alimentos en forma numérica se correlaciona con el nivel socioeconómico.

Obtención de la muestra: Los niños lactantes pertenecían a una población suburbana.

Tratamiento estadístico: Se llevó a cabo mediante el método estadístico de Chi cuadrada. ( $\chi^2$ )

Se prevee la necesidad de que en un futuro se realice otra investigación con la variable de alimentación y nivel socioeconómico para comparar su repercusión primordial en el crecimiento y desarrollo del niño.

## RESULTADOS

## DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La muestra de los 50 niños lactantes se tomo en base a las variables de trabajo que son: edad y escolaridad materna, así como peso y talla del niño.

1.- La edad materna se clasificó en tres grupos. El primero comprendió entre los 18 y 22 años (32%), el segundo entre los 23 y los 30 años (56%) y el tercer grupo entre los 31 y 43 años. (12%). (Tabla 1).

2.- Escolaridad. Se clasificó en tres grupos. El primer grupo correspondió a las madres con primaria (44%), el segundo con escolaridad secundaria (36%) y el último grupo con estudios profesionales (20%). (Tabla 2).

3.- Los niños eran menores de 24 meses y mayores de 12 meses - siendo de ambos sexos, correspondiendo a 26 femeninos y 24 masculinos. (Tabla 9-10).

4.- Peso. Se clasificó en tres grupos, de acuerdo a la relación peso-talla y edad-sexo. El primer grupo correspondió a la relación peso y talla normal (24%), el segundo grupo comprendió peso bajo y talla baja (52%) y el tercer grupo peso bajo y talla normal (24%). (Tabla 9).

5.- Talla. Se clasificó en tres grupos, de acuerdo a la relación peso-talla y edad-sexo. El primer grupo correspondió a la talla normal y peso normal (24%), el segundo grupo a talla y peso bajo (52%) y el tercer grupo con talla normal y peso bajo (24%). (Tabla 9).

6.- Morfología. Se clasificó de acuerdo a la conformación del



del niño. El primero en tipo ectomórfico (34%), el segundo en tipo mesomórfico (60%) y el tercero en tipo endomórfico (6%). (Tabla 10).

#### INFORMACION SOBRE RESULTADOS DE LA ENCUESTA

1.- La edad de los padres se clasificó en tres grupos. El primero comprendió entre los 18 y los 22 años (10%), el segundo entre los 23 y los 30 años (54%) y el tercer grupo de los 31 a los 43 años (35%). (Tabla 1).

2.- La escolaridad de los padres se clasificó en tres grupos. En el primer grupo con escolaridad primaria (44%), el segundo con - secundaria (26%) y el tercer grupo con estudios profesionales (30%) (Tabla 2).

3.- Ocupación. De las madres el 90% se dedicaban a labores domésticas, un 4% eran obreras, un 4% comerciantes y un 2% empleadas. De los padres el 10% era chofer, un 52% como obreros, el 16% comerciantes, el 18% empleados y el 4% profesionistas. (Tabla 3).

4.- Tipo de familia. Consideramos el 52% como tipo nuclear, el 24% como polinuclear, el 20% como extensa y el 4% como compuesta. (Tabla 4).

5.- No. de integrantes por familia. Se clasificó en tres grupos. El primero comprendió entre 3 a 4 integrantes (32%), el segundo entre 5 y 6 integrantes (42%) y el tercer grupo entre 7 y 8 integrantes (26%). (Tabla 5).

6.- Tipo de vivienda. Se determinó en relación al número de cuartos. El primer grupo comprendió entre 1 y 2 cuartos (60%), el segundo grupo comprendió entre 3 y 4 cuartos (36%) y el tercer grupo comprendió entre 5 o más cuartos (4%). (Tabla 6).

7.- Nivel socio-económico. Se determinó en base al ingreso fa-

miliar y ocupación de los padres. En el nivel bajo encontramos al 48 %, en el segundo nivel medio el 36 % y en el nivel alto el 16 %. (Tabla 7).

8.- Gasto familiar en alimentación. Se determinó en base al gasto familiar mensual. Se clasificó en tres niveles de acuerdo al nivel socio-económico. El nivel bajo comprendió un 36 %, el nivel medio un 60% y el nivel alto un 4%. (Tabla 8).

9.- La frecuencia de consumo de alimentos se determinó en base al nivel socio-económico familiar. Se clasificó en tres niveles. En el primer nivel alto encontramos una predominancia en su dieta de carnes y sus derivados, pan y galletas en un 100 %, huevo y leche en un 87.5 %, verduras en un 75% ; en un segundo término consideramos a las harinas en un 62.5% , frutas, refrescos y alimentos industrializados en un 50% y en tercer término a tortillas, frijol, queso y grasas en un 37.5% , arroz y pastas en un 25% . A nivel medio se consideró como alimento básico del lactante a la leche en un 100% , huevo en un 94.4% , frutas en un 88.8% , en segundo término carnes y derivados, harinas y grasas en un 83.3% , verduras, pan y galletas en un 72.2% , arroz, pastas, refrescos y alimentos industrializados en un 66.6% y en tercer término, tortillas en un 50% , frijol en un 55.5% y queso en 11.1% . A nivel bajo se consideró como alimento básico al huevo, pastas y frutas en un 100% , leche y grasas en un 85.8% , frijol en un 79.1% , en segundo término pan y galletas, harinas, carnes y derivados en un 75% , verduras en un 70.8% y en tercer término a tortilla, arroz en un 66.6% , refresco y alimentos industrializados en un 62.5 y queso en un 33.3% . (Tabla II).

10.- Orientación en la alimentación a la madre. De acuerdo a su fuente de información encontramos que el 14% recibió información

en un centro de salud para alimentar a su hijo en un 14% , el 48% - recibió información por su madre llevando implícito todos su errores, el 24% por su "experiencia" adquirida a través de haber alimentado a otros infantes y el 14% adquirió información por personas cercanas a ella, cimentando así mismo una serie de creencias indebidas con respecto a la alimentación. (Tabla 12).

11.- Concepto de la alimentación del hijo por rama materna de acuerdo a su idiocircrta. El 18% consideró mala o deficiente la alimentación del niño, el 26% como buena , el 40% como regular, el 10% como balanceada, siendo esto sin justificación clara. (Tabla 13)

12.- Orientación nutricional. Se tomo el índice de asistencia por plática de las madres , siendo un 20% en la primera plática, el 30% en la segunda, el 16% en la tercera y el 14% en la última información. Se desconocen motivos de ausencia o falta de interés al respecto. (Tabla 14).

## ANÁLISIS Y COMENTARIOS

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al realizar el análisis estadístico de nuestro estudio concretamos en relación a nuestras hipótesis de trabajo los siguientes datos:

I.- Relación entre la edad y escolaridad materna con el peso y talla del lactante mayor.

Ho.- No hay influencia de la edad y escolaridad materna en relación a peso y talla del lactante mayor.

Hi.- Existe influencia de la edad y escolaridad materna en el peso y talla del lactante mayor.

Con respecto a la relación entre la edad de la madre y peso-edad del niño, rechazamos hipótesis nula ( $H_0$ ), ya que se obtuvo una  $\chi^2_c$  de 6.83 con una  $\chi^2_t$  de 5.99 con 2 gl para una P menor de 0.05, lo anterior nos demarca una significancia estadística. (Tabla 15).

Con respecto a la relación entre la escolaridad de la madre y peso-edad del niño, rechazamos hipótesis nula ( $H_0$ ), ya que se obtuvo una  $\chi^2_c$  de 11.32 que es mayor a una  $\chi^2_t$  de 5.99 con 2 gl para una P menor de 0.05, con lo que se establece significancia estadística. (Tabla 16).

Con respecto a la relación entre la edad de la madre y talla-edad, encontramos aceptación de hipótesis nula ( $H_0$ ), ya que  $\chi^2_c$  es de 0.75 que es menor a  $\chi^2_t$  de 5.99 con 2 gl para una P menor de 0.05, lo cual no es estadísticamente significativo. (Tabla 17).

Con respecto a la relación talla-edad y escolaridad de la madre nos indica una aceptación de hipótesis nula ( $H_0$ ), ya que  $\chi^2_c$  de 0.6 es menor de  $\chi^2_t$  de 5.99 con 2 gl para una P menor de 0.05 -

lo cual traduce no significancia estadística. (Tabla 18)

#### ANÁLISIS DE RESULTADOS

Analizando los datos previamente mencionados encontramos que la población infantil se encuentra inmersa en una serie de factores socio-culturales y económicos que van a condicionar una serie de trastornos a nivel de su crecimiento y desarrollo. Por lo que el enfoque que consideramos en este estudio es tratar de determinar en particular alguno de estos factores y ellos son; la edad y el nivel cultural de la madre en relación al crecimiento del niño, ya que consideramos que el grado de dispersión de los trastornos de los niños probablemente sea paralelo.

Como era de esperarse nosotros encontramos una alta incidencia de niños con peso bajo que es paralelo a una talla baja dando una predominancia de morfología mesomórfica peculiar en nuestra población. Tan es así que la significancia estadística nos demarco esta peculiaridad y que se ve influenciado por la edad y el nivel cultural de la madre. (Tabla 15-16). Sin embargo no obstante de no ser significativo en relación talla-edad del niño si consideramos que hay una relación peso-talla del niño. (Tabla 9).

La explicación que podría darse a los puntos iniciales serían las costumbres alimentarias que adquiere la madre a través de las diversas fuentes de información en su mundo social. Esto viene a establecer que el aporte nutritivo del niño sea ineficiente e inadecuado y que se vea favorecido por la negligencia, ignorancia y bajo nivel cultural de la madre, que determina un pobre conocimiento en materia de nutrición. (Tabla 12-14)

Teniendo este marco conceptual podríamos establecer que el

régimen dietético es ineficiente e inadecuado para el niño y que no esta en el hecho de que sufra hambre el niño, sino que está adaptado a ésta deficiencia.

La responsabilidad materna con todo y su patrón cultural es -- una pieza fundamental ya que es la que delinea la deficiencia nutricional del niño, considerándolo causa básica del trastorno del crecimiento del niño.

Al establecer el diagnóstico e identificación del problema social nos lleva a marcar pautas para delinear un programa multidisciplinario que abarcaría tres aspectos fundamentales que son: orientación nutricional, vigilancia nutricional y recuperación nutricional, esto con un propósito de responder a las necesidades de salud de la población.

En la orientación nutricional conceptualizemos la necesidad - del hombre en cuanto a su alimentación, el aprovechamiento de los - alimentos por el organismo y los efectos en el crecimiento y desarrollo, actividad y resistencia a las enfermedades, capacidad mental y social.

Esta información sobre aspectos de nutrición y alimentación debe basarse en el nivel de vida de la población y sus patrones culturales. Por lo que es necesario el cambio favorable en la población tan es así que se requiere otorgarle conocimientos que le den mayores y mejores alternativas para mejorar su alimentación y por ende su nutrición.

La vigilancia nutricional implica identificar las deficiencias nutricionales a través del conocimiento de sus costumbres alimenticias para determinar el momento en que se requiere una acción de - orientación nutricional en los grupos considerados como vulnerables.

La recuperación nutricional se fundamenta en el conocimiento de la deficiencia nutricional para tratar la causa fundamental.

En la medida en que la edad de la madre sea mayor y la escolaridad sea mejor la educación alimentaria será favorecida, esta circunstancia aunada en la economía influirá por un lado sobre la dieta familiar y por otro lado en el manejo higiénico de los alimentos y la repartición intrafamiliar en la dieta, claro que esto se puede modificar por la modalidad que adopta la cultura alimentaria entre los habitantes de la región.

De tal manera que es necesario responder en gran medida a las actividades de vigilancia nutricional para mejorar el estado nutricional de la población. Lo que se precisa también es determinar un sistema en el que participen las instituciones de salud en forma coordinada.

TADLAL



## GRUPOS DE EDAD DE LOS PADRES

## PORCENTAJES

GRUPOS DE EDAD	PADRE	%	MADRE	%
Adolescente (De los 18 a los 22 años)	5	10	16	32
Adulto (De los 23 a los 30 años)	27	54	28	56
Adulto (De los 31 a los 43 años)	18	36	6	12
Totales	50	100	50	100

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO A 50 FAMILIAS

Tabla 1

## GRUPOS DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

## PORCENTAJES

GRUPOS DE ESCOLARIDAD	PADRE	%	MADRE	%
PRIMARIA	22	44	22	44
SECUNDARIA	13	26	18	36
PROFESIONAL	15	30	10	20
TOTALES	50	100	50	100

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS

Tabla 2

## OCUPACION DE LOS PADRES

## PORCENTAJES

OCUPACION	PADRE	%	MADRE	%
Al hogar	-	-	45	90
Chofer	5	10	-	-
Obrero	26	52	2	4
Comerciante	8	16	2	4
Empleado	7	14	1	2
Profesional	2	4	-	-
Totales	50	100	50	100

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO A 50 FAMILIAS

TABLA 3

## TIPO DE FAMILIA

## PORCENTAJES

FAMILIA	No.	%
Nuclear	26	52
Polinuclear	12	24
Extensa	10	20
Compuesta	2	4
Totales	50	100

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO A 50 FAMILIAS

TABLA 4

## INTEGRACION FAMILIAR

## PORCENTAJES

No. de Integrantes	No.	%
3-4	16	32
5-6	21	42
7-8	13	26
Totales	50	100

Tabla 5

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS.

## TIPO DE VIVIENDA

## PORCENTAJES

No. de Cuartos	No.	%
1-2	30	60
3-4	18	36
5 o más	2	4
Totales	50	100

Tabla 6

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS

NIVEL SOCIOECONOMICO FAMILIAR  
PORCENTAJES

NIVEL SOCIOECONOMICO	NUMERO	%
NIVEL BAJO	24	48
NIVEL MEDIO	18	36
NIVEL ALTO	8	16
Totales	50	100

Tabla 7.

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS

GASTO FAMILIAR EN ALIMENTACION

EGRESO EN ALIMENTACION	NUMERO	%
NIVEL BAJO ( De \$ 5 a 10,000. )	18	36
NIVEL MEDIO ( De \$ 11 a 20,000. )	30	60
NIVEL ALTO ( De \$ 21 a 30,000. )	2	4
Totales	50	100

Tabla 8.

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS.

## RELACION PESO TALLA DEL NIÑO

RELACION PESO/TALLA	MASC	FEM	TOTAL	%
PESO/TALLA NORMAL	6	6	12	24
PESO/TALLA BAJA	12	14	26	52
PESO BAJO TALLA NORMAL	6	6	12	24
Totales	24	26	50	100

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS

Tabla 9

## TIPO DE MORFOLOGIA DEL NIÑO

TIPO	MASC	FEM	TOTAL	%
ECTOMORFICO	8	9	17	34
MESOMORFICO	14	16	30	60
ENDOMORFICO	2	1	3	6
Totales	24	26	50	100

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS

Tabla 10

RELACION ENTRE NIVEL SOCIOECONOMICO Y  
CONSUMO DIARIO PROMEDIO DE ALIMENTOS

ALIMENTO	NIVEL ALTO		NIVEL MEDIO		NIVEL BAJO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Carnes y derivados	8	100	15	83.3	18	75
Huevo	7	87.5	17	84.4	24	100
Leche*	7	87.5	18	100	23	95.8
Hueso	3	37.5	2	11.1	8	33.3
Verduras**	6	75	13	72.2	17	70.8
Frutas***	4	50	16	88.8	24	100
Arroz	2	25	12	66.6	16	66.6
Pastas	2	25	12	66.6	24	100
Tortillas	3	37.5	9	50	16	66.6
Pan y galletas	8	100	13	72.2	18	75
Harinas	5	62.5	15	83.3	18	75
Frijol	3	37.5	10	55.5	18	75.0
Refresco	4	50	12	66.6	15	62.5
Grasas	3	37.5	15	83.3	23	95.8
Alimentos Industrializados	4	50	12	66.6	15	62.5

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO A 50 FAMILIAS

Tabla II

\*Comprende leche entera en polvo, evaporadas y pasteurizadas.

\*\*Comprende vegetales de hoja verde, zanahoria, papa y jitomate.

\*\*\* Comprende platano, manzana, naranja y mandarina.

## ORIENTACION EN LA ALIMENTACION A LA MADRE

FUENTE	No.	%
En Centro de Salud	7	14
Por su madre	24	48
Por experiencia	12	24
Por compañeras	7	14
TOTALES	50	100

Tabla 12

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS

CONCEPTO DE LA ALIMENTACION DEL NIÑO POR  
PARTE MATERNA

CONCEPTO	No.	%
Deficiente	7	14
Buena	13	26
Regular	20	40
Apropiada	5	10
Balanceda	3	6
Totales	50	100

Tabla 13

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS

## ORIENTACION NUTRICIONAL

Pláticas Otorgadas	No. de Asistentes	%
1	10	20
2	15	30
3	8	16
4	7	14
Totales	40	80

Tabla 14

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS



RELACION ENTRE LA EDAD Y ESCOLARIDAD MATERNA  
Y PESO/EDAD DEL LACTANTE MAYOR

## ANALISIS ESTADISTICO

EDAD MATERNA	PESO BAJO		PESO NORMAL		TOTAL
	Fo	Fe	Fo	Fe	
De los 18 a los 27 años	11	12	5	6	16
De los 23 a los 30 años	24	21	4	7	28
De los 31 a los 43 años	3	5	3	1	6
Totales	38		12		50

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS Tabla 15

$$\chi^2_c \text{.- } 6.83$$

$$\chi^2_t \text{.- } 5.99 \text{ con } 2\text{gL para una } P < 0.05$$

Por lo que se rechaza  $H_0$ , ya que  $\chi^2_c$  es  $>$  que  $\chi^2_t$

ESCOLARIDAD MATERNA	PESO BAJO		PESO NORMAL		TOTAL
	Fo	Fe	Fo	Fe	
PRIMARIA	20	17	2	5	22
SECUNDARIA	14	14	4	4	18
PROFESIONAL	4	8	6	2	10
Totales	38		12		50

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS Tabla 16

$$\chi^2_c \text{- } 11.32$$

$$\chi^2_t \text{- } 5.99 \text{ con } 2 \text{ gL para una } P < 0.05$$

Por lo que se rechaza  $H_0$ , ya que  $\chi^2_c$  es  $>$  que  $\chi^2_t$

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

RELACION ENTRE LA EDAD Y ESCOLARIDAD MATERNA

Y TALLA/EDAD DEL LACTANTE MAYOR

ANALISIS ESTADISTICO

EDAD MATERNA	TALLA BAJA		TALLA NORMAL		TOTAL
	Fo	Fe	Fo	Fe	
De los 18 a los 22 años	9	8	7	8	16
De los 23 a los 30 años	13	15	15	13	28
De los 31 a los 43 años	4	3	2	3	6
Totales	26		24		50

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS Tabla 17

$$\chi^2_{c.} = 0.75$$

$$\chi^2_{t.} = 5.99 \text{ con } 2 \text{ gl para una } P < 0.05$$

Por lo que se rechaza  $H_0$  ya que  $\chi^2_c$  es menor a  $\chi^2_t$

ESCOLARIDAD MATERNA	TALLA BAJA		TALLA NORMAL		TOTAL
	Fo	Fe	Fo	Fe	
PRIMARIA	11	11	11	11	22
SECUNDARIA	9	9	9	9	18
PROFESIONAL	6	5	4	5	10
Totales	26		24		50

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN 50 FAMILIAS Tabla 18

$$\chi^2_{c.} = 0.6$$

$$\chi^2_{t.} = 5.99 \text{ con } 2 \text{ gl para una } P < 0.05$$

Por lo que se rechaza  $H_0$  ya que  $\chi^2_c$  es menor que  $\chi^2_t$

## CONCLUSIONES

Todo niño nacido en el seno de una familia esta expuesto a - correr el destino de este grupo; la palabra "destino" no significa en este caso la buena ventura sino a la consecución de logros en mayor o menor grado de existencia en el medio social en que - convive.

De tal manera que al analizar nuestro estudio encontramos -- que en nuestro medio se ha demostrado ampliamente que los factores condicionantes de una mala nutrición no dependen esencialmente - de la capa social o la capacidad económica del grupo, sino que se encuentra directamente asociada con la edad y educación de los padres y condicionado de manera estrecha por la de la madre.

Parece lógico pensar que los padres de menor cultura son localizables en las capas socioeconómicas de menores recursos y por - ello no es extraño que en la mayoría de las ocasiones , cuando se analiza el problema de crecimiento y desarrollo sea en función del aspecto socioeconómico y se hable de capas o sectores sociales, sin enfatizar la relación fundamental de la edad y cultura materna con los índices de crecimiento y desarrollo; si bien hay una relación bastante clara y efectiva entre economía y cultura, también es cierto que dentro de ciertos marcos antropológicos hay madres jóvenes pero cultas concientes de su misión y de la necesidad de su función maternal indispensable .

Al respecto es enérgico, el señalar que de todos los factores que influyen en el desarrollo intelectual del niño, se considera - que el nivel de educación de la madre y a la actitud maternal hacia la inteligencia, entre los más importantes.

Con esto podríamos establecer que el éxito o fracaso del desarrollo físico, emocional, intelectual y social, dependerá primordialmente del estímulo que recibe de los padres y del estado nutricional que éstos y la comunidad le ofrezcan.

De tal manera que un niño demandante nos infiere un estado nutricional adecuado, lo cual reflejaría en forma indirecta el nivel cultural de la madre y del medio social con el que convive.

Estas verdades incommensurablemente trágicas en el sistema social de nuestra comunidad, donde la ausencia de técnicas educacionales comunitarias, por apatía o falta de recursos estatales facilitan o condicionan la perseverancia de núcleos humanos favorecidos - res de ciclos biológicos inamovibles en sus arcaicos conceptos socioculturales que no por antiguos sino inoperantes condenan al subdesarrollo y subcrecimiento a una buena parte de nuestra población.

## FORMATO DE LA ENCUESTA

## I.- FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Peso:            kgs.                                    Talla:            cms

Madre: a) Edad	Padre: a) Edad
b) Escolaridad	b) Escolaridad
c) Ocupación	c) Ocupación
d) Ingreso económico	d) Ingreso económico

Status económico:                                    Tipo de Familia:

a) Proletario	No. de Integrentes por Familia:
b) Medio	
c) Elitario	

Tipo de Vivienda: a) No. de cuartos

## I.- Quién la orientó en la alimentación de su hijo.

- a) Madre
- b) Centro de salud
- c) Experiencia
- d) Compañera

## 2.- Como considera actualmente la alimentación de su hijo.

- |                       |               |
|-----------------------|---------------|
| a) Buena              | e) balanceada |
| b) Mala o deficiente  |               |
| c) Regular            |               |
| d) Adecuada a su edad |               |

3.- Que alimento consume el niño más frecuente en una semana.

Carnes y derivados.

Huevo

Leche

Suizo

Verduras

Frutas

Frijol

Arroz

Pastas

Tortillas

Pan y galletas

Grasas

Refresco

Alimentos industrializados

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ando F. Yoshida: Historia del crecimiento y desarrollo. Rev. - Med. IMSS. 1982;20:220-225.
- 2.- Bejarano L. A: Nutrición y alimentación. Bol. IV Reunion nacional de salud pública. SSA. 1972.
- 3.- Chavez A, Martínez and Yashinet: La importancia de la nutrición y los estímulos sobre el desarrollo mental y social del niño. Symposia of swedish nutricion fundation VIII. Almqvist & Wiksell upp. sala sweden. 1974 : 211.
- 4.- Chavez V. A: La alimentación y los problemas nutricionales. En: Ortiz Quezada F. (Eds) Vida y muerte del mexicano. México, D.F; Edit. Folios ediciones. 1978, pp. 59-90.
- 5.- Casillas L, Vargas L. A: Evaluación de distintas técnicas entre pométricas para determinar el estado nutricional. Cuadernos de nutrición. 1980;5: 169-183.
- 6.- Díaz B. E: Nutrición y alimentación. Bol. IV Reunion nacional de salud pública. SSA. 1975.
- 7.- Hernández M, Chavez H, Mendoza : Valor nutritivo de los alimentos y la alimentación. Tablas uso práctico. 1. Edición de la - Div. de Nutrición L-L2 México D.F. 1971.
- 8.- Malacara J.M.: Correlación entre la talla y las costumbres alimentarias. Seceta Fed. de Méx. 1979 ;115: 3 -405.
- 9.- Martínez C, Chavez: Peso y Talla en niños de diferente nivel socioeconómico. 5. Edición de la Div. de Nutrición L-5 México, D.F; 1966.
- 10.- Max. Salas y Col. Síndromes Pediátricos. Mexico, D.F; Edit. - La Prensa médica mexicana . 1979, pp 90-116.

- 11.- Muñoz Ch, Hernández M., Pérez G., Chávez.: Guía de educación -  
nutricional, unidades educativas de uso práctico en México.  
Edición de la Div. de Nutrición L-19. México, D.F; 1974.
- 12.- Ramírez J. Chávez A. Aspectos socioeconómicos de los alimen- -  
tos y la alimentación en México. Rev. Comer. Ext. 1971.
- 13.- Ramos Galván R.: Somatometría pediátrica estudio semilongitudi-  
nal en niños de la ciudad de México. Arch. Invest. Med. 1975; -  
5: 83-396.
- 14.- Ramos Galván R.: Análisis de dos estudios de peso y talla he-  
chos en 50 años de diferencia en niños de la ciudad de México.  
Bol. Med. Hosp. Infant. 1978; 35: 441-463.
- 15.- Ramos Galván R.: La Somatometría en el diagnóstico del estado  
de nutrición. Gaceta Med. de Méx. 1976; III: 321-333.
- 16.- Ramos Galván R, Terregrosa.: Determinación del porcentaje de -  
peso para la edad. IMPI. México, D.F.: 1969.
- 17.- Sotelo A. Sousa L., López L., Fierro R., García T.: Evaluación  
nutricional de niños lactantes y preescolares. Bol. Med. IMSS.  
1977; 19: 243-252.
- 18.- Valenzuela H. V.: Manual de pediatría. México, D.F. Edit. In-  
teramericana. 1975. pp. 78-99.
- 19.- Vaughan Mc. Key. H.: Tratado de pediatría Tomo I. México, D.F;  
Edit. Salvat. 1978; pp. 15-53.