



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**SECRETARÍA DE SALUD**

**CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD  
VILLA BENITO JUAREZ, MACUSPANA, TABASCO**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESNUTRICION  
EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL C.A.A.P.S VILLA  
BENITO JUAREZ, MACUSPANA, TABASCO.**

**PRESENTA**

**FERNANDO MANUEL MORALES HERNANDEZ**

**VILLAHERMOSA, TABASCO**

**2007**



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.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESNUTRICION  
EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL C.A.A.P.S VILLA  
BENITO JUAREZ, MACUSPANA, TABASCO.**

**PRESENTA**

**FERNANDO MANUEL MORALES HERNANDEZ**

**A U T O R I Z A C I O N E S :**

**DR MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

**DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**VILLAHERMOSA, TABASCO**

**2007**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESNUTRICION EN  
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL C.A.A.P.S VILLA BENITO  
JUAREZ, MACUSPANA, TABASCO.**

**PRESENTA**

**FERNANDO MANUEL MORALES HERNANDEZ**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**MF. BLADIMIR MORALES ARIAS**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL  
CAAPS VILLA BENITO JUAREZ,  
MACUSPANA, TABASCO

**DR. RAUL PÉREZ HERNÁNDEZ**

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

**VILLAHERMOSA, TABASCO**

**2007**

# FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL C.A.A.P.S VILLA BENITO JUAREZ, MACUSPANA, TABASCO.

*Morales Hernández, Fernando Manuel*

Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud Villa Benito Juárez.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo que se asocian a la desnutrición en los niños menores de cinco años del C.A.A.P.S Villa Benito Juárez, Macuspana, Tabasco.

**Material y método:** Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional, realizándose con un universo total de 104 niños desnutridos menores de 5 años, del C.A.A.P.S Villa Benito Juárez. A la población sujeta a estudio se le realizó una entrevista a través de la cual se le aplicó una encuesta que contenía las variables de estudio, siendo contestada por la madre o responsable del niño.

**Resultados:** Se encontró que al 79.80% de los niños se le proporcionó lactancia materna por más de 6 meses, al 58.65% se le inició la ablactación entre los 3 y 5 meses. La ingesta de proteínas 58.65% lo realizan 5 veces a la semana, carbohidratos 66.34% 5 veces a la semana, vitaminas y minerales 63.46% 5 veces a la semana. La frecuencia de episodios de infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, es significativa en niños desnutridos. El nivel de ingreso bajo es un factor fuertemente condicionante para esta enfermedad.

**Conclusiones:** El inicio temprano de la ablactación, la regular ingesta de alimentos a base de proteínas, carbohidratos y vitaminas y minerales, es un factor de riesgo asociado para la desnutrición en los primeros 5 años de vida. El bajo nivel de estudio, el hacinamiento y la regular higiene del niño, propician esta entidad patológica, lo que pone de manifiesto que la ignorancia, la pobreza y el hambre la pueden condicionar. Las enfermedades infecciosas agravan la desnutrición.

Palabras clave: Desnutrición, niños.

## **1.- TITULO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A  
DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS  
DEL C.A.A.P.S VILLA BENITO JUAREZ,  
MACUSPANA, TABASCO.**

## 2.-INDICE GENERAL

1.-TÍTULO.....	05
2.-INDICE GENERAL.....	06
3.-MARCO TEORICO.....	07
4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
5.-JUSTIFICACIÓN.....	18
6.-OBJETIVOS.....	20
1.- GENERAL	
2.- ESPECÍFICOS	
7.- HIPÓTESIS.....	21
8.-METODOLOGÍA.....	22
1.- TIPO DE ESTUDIO	
3.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
4.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓ	
6.- INFORMACIÓN A RECOLECTAR	
7.- METODO O PROCEDIMIENTO	
8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
9.-RESULTADOS.....	27
1.- DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	
2.- GRAFICAS	
10.- DISCUSION.....	32
11.- CONCLUSION.....	35
12.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38
13.-ANEXOS.....	41

### 3.-MARCO TEORICO

“La asimilación deficiente de alimentos por el organismo, conduce a un estado patológico de distintos grados de severidad y de variadas manifestaciones clínicas”, que Gómez definió como desnutrición. Este autor, califica la desnutrición de primer grado cuando la pérdida de peso en los niños se encuentra entre el 10 y 25% de peso ideal con relación a su edad; identifica la desnutrición de segundo grado cuando la pérdida de peso fluctúa entre el 25 y 40%; y considera la desnutrición de tercer grado cuando la pérdida de peso es mayor del 40%. <sup>(1)</sup>

La desnutrición calórico-proteica es un término que describe una clase de trastornos clínicos resultado de varias combinaciones y grados de deficiencia de proteínas y energía, usualmente se acompaña de factores agravantes fisiológicos y ambientales. Estos trastornos con frecuencia empeoran por procesos infecciosos y se acompañan de otras deficiencias nutricionales como la deficiencia severa de vitamina A. <sup>(2)</sup>

La desnutrición es un síndrome conocido desde hace muchos años, que proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por utilización defectuosa por parte del organismo. <sup>(3)</sup>

Es un estado patológico que afecta a todo el organismo, es potencialmente reversible y refleja el estado sociocultural y económico de un país. <sup>(4)</sup>

El niño es especialmente vulnerable a la desnutrición y, por tanto la instauración del soporte nutricional en el paciente de riesgo debe ser precoz y adaptada a las condiciones biológicas propias de la edad. <sup>(5)</sup>

Es un hecho indudable que la desnutrición es uno de los azotes que afligen a esta humanidad. Hay más de 200 mil niños menores de 5 años en el mundo que no tienen suficientes alimentos. La alimentación actual de los mexicanos, se



caracteriza por ser diferente en cantidades y mantener profundos desequilibrios nutricios, debido a la adopción de patrones de consumo ajenos a nuestra cultura alimentaría, que han alejado de la dieta popular muchos de los alimentos básicos tradicionales y regionales de tipo silvestre, animal y vegetal. <sup>(6)</sup>

América latina muestra números que, aun no siendo tan críticos, son lo suficientemente preocupantes como para llamar la atención. En el continente hay más de 10 millones de niños menores de cinco años (21% del total) que muestran signos de desnutrición. <sup>(7)</sup>

La desnutrición en niños preescolares en México es un problema de salud pública que persiste a pesar de las acciones gubernamentales para combatirla. Resulta paradójico que con la gran cantidad de conocimientos adquiridos en diferentes campos relacionados con el problema, no ocurra una clara disminución de los niveles de desnutrición, los cuales continúan siendo críticos en ciertas regiones del país. <sup>(8)</sup>

Conceptualmente la valoración del estado de desnutrición puede definirse como la evaluación del estado nutricional de un individuo o comunidad, que se efectúa mediante una serie de indicadores sociodemográficos, educacionales, sociales, económicos, culturales, dietéticos, clínicos, antropométricos, bioquímicos y biofísicos cuyo objetivo es diagnosticar desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad. Su importancia en pediatría es indiscutible ya que evalúa al ser humano durante la etapa crucial del crecimiento y desarrollo. El diagnóstico de tales desviaciones en el estado de desnutrición permite el establecimiento de medidas preventivas, curativas, delimitación del daño y rehabilitación con el propósito de integrar al individuo a la sociedad en las condiciones más óptimas posibles. <sup>(9)</sup>

La desnutrición es un problema de salud actual que implica un riesgo para el futuro de los niños, debido a que tienen como consecuencias, graves secuelas que impiden el pleno desarrollo del potencial genético individual. <sup>(10)</sup>

La enfermedad ataca con mayor intensidad a ciertos grupos sociales y tiene una considerable importancia clínica durante etapas críticas del desarrollo del niño, como son la lactancia y los años previos a la escolaridad, que se caracterizan por un rápido crecimiento y grandes necesidades nutricionales.

Las causas de malnutrición pueden clasificarse como primarias -suministro insuficiente de alimentos, o nutrición insuficiente- y secundarias o condicionadas – mala absorción, aumento de la excreción, aumento de las necesidades (Jolliffe, 1950). <sup>(11)</sup>

Se han identificado numerosos factores relacionados con la ocurrencia de desnutrición, como ingesta insuficiente calórico proteica, carencias simultáneas de varios micro nutrientes (vitamina A, hierro, zinc), cambio en los patrones de alimentación que se llevan a cabo durante los primeros dos años de vida y episodios de enfermedades infecciosas agudas como parasitosis intestinal. <sup>(12)</sup>

Velásquez Pérez analiza la duración de la lactancia materna exclusiva, predominando el grupo menor de 4 meses para un 45%, esto hasta cierto punto puede no ser significativo ya que se considera de extrema importancia que se mantenga en la totalidad de los niños menores de 6 meses, incluso hasta el año de vida. Es un factor indiscutiblemente protector. Sus ventajas son muy conocidas, el lactante obtiene mejor estado digestivo, metabólico, mejor estado nutritivo y mayor protección inmunológica, mayor evolución psicológica, lo que trae aparejado menor morbilidad y mortalidad infantil. Se obtuvo como resultado en la encuesta realizada por dicha autora que la lactancia materna exclusiva se proporcione hasta los 6 meses en un 75% y a mas de los 6 meses en un 25%. <sup>(13)</sup>

La introducción de alimentos distintos a la leche en la dieta del niño, constituye uno de los eventos más esperados por la madre, pero que desafortunadamente está influenciado por una serie de mitos y tabúes transmitidos de familia en familia, que dificultan la labor educativa del médico sobre la edad más apropiada para hacerlo y el tipo de alimentos que pueden ofrecerse. Las más recientes opiniones de la OMSS, de los pediatras y de los organismos técnicos sobre nutrición pediátrica, como el Comité en Nutrición de la AAP, recomiendan que la introducción de alimentos se efectúe después de que el niño haya cumplido los 6 meses de edad, ya no a los 4 meses o entre los 4 a 6 meses como se recomendaba anteriormente. Esta recomendación de introducir los alimentos sólidos mucho después de la edad que anteriormente se recomendaba tiene bases fisiológicas y también lógicas.

Se sabe que la leche es un alimento que nutre adecuadamente al niño durante los primeros 6 a 9 meses de vida, por lo que no tiene una necesidad absoluta de otros alimentos antes de dicha edad. <sup>(14)</sup>

La alta prevalencia de desnutrición crónica en la población de extrema pobreza y pobreza, plantea la necesidad de abordar el problema de la alimentación infantil de una manera urgente, integral y más efectiva. <sup>(15)</sup>

Las poblaciones indígenas tienen poco acceso a los servicios de salud, lo que favorecen que la desnutrición no sea atendida oportunamente, y ocasione con ello retraso en el desarrollo físico y mental de los niños, además de aumentar la susceptibilidad a enfermedades infecciosas y contribuir de manera importante a las principales causas de muerte en este grupo de edad. <sup>(16)</sup>

Durante más de cuatro décadas la desnutrición se ha concebido como un problema básicamente deficitario, lo que ha llevado a desarrollar programas de suplementación alimenticia. Desde luego, en el estudio de la desnutrición en general y de la infantil y preescolar en particular se considera que el déficit de nutrimentos es consecuencia de la falta de recursos económicos. Se ha señalado,

además, que es en las familias rurales donde se encuentra la mayor prevalencia de desnutrición en los países en desarrollo, entre ellos México. Al ser estas zonas donde se concentran los sectores de menos recursos, la desnutrición se relaciona con el estado de pobreza y se considera una enfermedad endémica de los pobres. (17)

Se concluye que en México los niños indígenas tienen mayor probabilidad de padecer baja talla y anemia en relación con los niños no indígenas. La alta probabilidad de baja talla es amplia y predominantemente explicada por factores socio económicos. (18)

Los principales problemas de nutrición en niños menores de cinco años, son la desnutrición crónica o retardo en estatura, la anemia y las deficiencias de vitaminas y minerales. Dichos problemas tienen efectos negativos en el desarrollo mental y en la respuesta inmunológica, lo que conduce a un aumento en el riesgo de enfermar y de morir. Además, tienen efectos adversos a largo plazo, como menor desempeño escolar e intelectual y menor rendimiento físico. (19)

Gómez también definió y estableció las causas de la desnutrición, señalando que en el 90% de los casos se debe a subalimentación del sujeto, bien sea por la calidad o la cantidad de los alimentos consumidos, donde la pobreza, la ignorancia y el hambre juegan un papel importante y se disputa la primacía de la causalidad. También Señalo que “la infección prolongada conduce a la desnutrición y la desnutrición prolongada, por su parte, expone al organismo a la invasión fácil de las infecciones”. Otras de sus contribuciones fueron las bases del tratamiento de estos niños de acuerdo al grado de desnutrición. (8)

Se ha documentado que la desnutrición se encuentra asociada en cuadros de neumonía comunitaria. (20)

De la misma forma también se tiene información de niños infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana que cursan con cuadros de desnutrición. Por lo que cuando se hace el diagnóstico de esta última, se debe de iniciar la intervención nutricia por vía oral, así como el adecuado manejo para corregir las manifestaciones de vómito y la diarrea, cuando éstas se presentan. Se debe hacer rutinariamente la estimación de la ingesta calórica y deben hacerse recomendaciones para aumentar la cantidad de calorías.<sup>(21)</sup>

En países desarrollados, se reportan cifras del 20% de desnutrición en niños hospitalizados; en países subdesarrollados, se llega a reportar hasta 80% de desnutrición en niños hospitalizados.<sup>(4)</sup>

Los niños desnutridos que se hospitalizan tienen antecedentes de menor tiempo de lactancia materna y de madres con baja escolaridad, además de un alto riesgo de tener estadios prolongados y mayores complicaciones que los no desnutridos.<sup>(22)</sup>

La desnutrición no es un problema simple con una solución sencilla, la desnutrición es un fenómeno debido a causas diversas e interrelacionadas, y para subsanarlas se necesitan respuestas igualmente complejas, polifacéticas y multisectoriales.

El análisis de las causas fundamentales de la desnutrición puede constituir un complejo proceso que, sin embargo, es indispensable cuando se desea que los programas puestos en marcha sean eficaces. La problemática de la desnutrición no puede considerarse al margen de otros temas como la agricultura, la economía, las prácticas sociales y los sistemas de bienestar.

Las causas inmediatas son la consecuencia de la interacción entre la ingestión alimentaría inadecuada y las enfermedades, una agrava la otra. El consumo alimentario inadecuado y las infecciones se producen siguiendo un ciclo vicioso

que puede considerarse como la causa de las altas tasas de mortalidad y morbilidad observadas en los países en desarrollo. Cuando los niños no comen lo suficiente o no comen bien, las defensas de su sistema inmunitario se resienten y, como consecuencia de ello, aumenta la frecuencia, gravedad y duración de las enfermedades. Estas últimas aceleran la pérdida de nutrientes y suprimen el apetito; por lo tanto, los niños enfermos tienden a no comer lo que deberían y el ciclo continúa.

Entre las causas indirectas, la ingestión alimentaría inadecuada y las enfermedades infecciosas tienen un conjunto de causas subyacentes (indirectas):

- *El acceso insuficiente a los alimentos por situaciones de inseguridad alimentaría en el hogar.*
- *Servicios de salud insuficientes.*
- *Medio ambiente insalubre.*
- *Atención inadecuada a las mujeres y los niños.*

Mediante su estrecha interrelación, los tres componentes de la nutrición, los alimentos, la salud y la atención, ejercen una importante influencia en la vida de la familia, con frecuencia, en los esfuerzos por satisfacer alguna de las condiciones necesarias para obtener una buena nutrición se compite por los mismos recursos que demanda la satisfacción de otra condición. Así, por ejemplo, si una mujer debe invertir una cantidad excesiva de tiempo en la producción de los alimentos necesarios para garantizar la seguridad alimentaría de su hogar, puede peligrar su capacidad para brindar atención adecuada a sus hijos, lo que puede ser causa de desnutrición en un hijo de corta edad.<sup>(23)</sup>

Modelo causal de la desnutrición, se debe a comida insuficiente por poca disponibilidad de dinero para comprar alimentos y no hay trabajo remunerado.<sup>(24)</sup>

En América Latina ha habido, en las últimas dos décadas, una importante mejoría en el estado nutricional de los niños menores de 5 años. Esta mejoría se ha manifestado en la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica de 25.6% en 1980 a 12.6% en el año 2000, pero la diferencia entre distintos países e incluso entre diferentes poblaciones de un mismo país pueden ser todavía enormes. Un estudio reciente ha demostrado la relación existente entre factores socioeconómicos, geográficos y étnicos y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en cuatro países andinos de América del Sur. En sus conclusiones, el estudio resaltó la necesidad de hacer mayores inversiones dirigidas a mejorar la educación y a aumentar el número de empleos y viviendas como estrategia clave para mejorar la nutrición de la población.<sup>(25)</sup>

En los niños, una escasa ingesta de alimentos provenientes de fuentes animales conduce a un deficiente consumo de vitamina A preformada, cuadro que se acentúa al prescindir de alimentos de origen vegetal amarillos o verde-oscuro ricos en carotenoides (pro-vitamina A), agregado a un consumo insuficiente de grasas y aceites, y una excesiva infestación por parásitos intestinales. Todo esto limita aún más la absorción de la vitamina A presente en la dieta, llegando a desencadenar una desnutrición proteico calórica y enfermedades respiratorias y diarreicas, así como virales.<sup>(26)</sup>

Cuando la subalimentación es moderada o únicamente se ha producido por un breve período, las “reservas nutricionales” del organismo no se consumen del todo y la malnutrición se manifiesta como un cuadro clínico discreto, en el que el peso del cuerpo se sitúa entre el 76% y 90% del promedio teórico para la edad del niño. A este estado lo denominamos malnutrición de primer grado. A medida que el efecto de la subalimentación se agrava, el cuadro clínico se acentúa, llegándose a la malnutrición de segundo grado. En esta etapa el peso oscila entre el 61% y el 75% del promedio teórico para la edad. El cuadro clínico, el pronóstico y el tratamiento se complican considerablemente, y a menudo el paciente requiere atención hospitalaria.

En la malnutrición de tercer grado, cuando las reservas nutricionales están prácticamente agotadas, el peso máximo nunca supera el 60% del promedio para la edad, y además se producen graves cambios somáticos y funcionales, e incluso psicológicos. El tratamiento resulta muy complicado y caro, y el paciente debe ser hospitalizado. En esta etapa la enfermedad se asocia a una alta tasa de mortalidad: las cifras dadas por varios autores oscilan entre el 30% y el 60% (Levinder, 1912; Gillman, 1951; Dean, 1954).<sup>(11)</sup>

Es conveniente aclarar que el término “malnutrición” se ha empleado de manera que además de ser un anglicismo de la palabra “malnutrition”, se ha utilizado para referirse a la desnutrición proteico-energética (DPE).<sup>(27)</sup>

Los infantes de peso bajo muestran la mayor labilidad de estos niños, para padecer distintas enfermedades con evolución tórpida, hace que la mortalidad sea considerablemente mayor que la de los nacidos con peso normal nacidos a termino. Es un factor de riesgo importante para las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y otras afecciones de carácter infeccioso. En el mundo uno de cada seis niños nace con peso bajo lo que representa 15% de los partos, esto puede incrementarse en los países en desarrollo y en poblaciones con malas condiciones socioeconómicas.<sup>(28)</sup>

La tesis sostenida por Federico Gómez, a saber que la malnutrición grave tiene un efecto importante en la mortalidad- es biológicamente plausible y casi nunca se ha cuestionado. Otros estudios han documentado que los niños gravemente mal nutridos corren un riesgo mucho mayor de morir que los niños sanos. Otra pregunta igualmente importante es la siguiente: ¿cuan estrecha es la relación entre una malnutrición leve o moderada y el riesgo de mortalidad infantil?, para que los programas de supervivencia infantil tengan resultados positivos hay que resolver a esa pregunta en forma precisa, por que el numero de niños con malnutrición leve o moderada es varias veces mayor que el numero de niños



gravemente mal nutridos. Si la malnutrición leve o moderada esta estrechamente asociada a un aumento de la mortalidad, los esfuerzos por reducir la mortalidad infantil deberán orientarse hacia el mejoramiento del estado nutricional de todos los niños, en lugar de centrarse, principal o exclusivamente, en los pacientes graves. <sup>(29)</sup>

La II Encuesta Estatal de Nutrición 1996 muestra que entre 1991 y 1996 ha disminuido la desnutrición en 1.2 puntos porcentuales y que consecuentemente, se ha incrementado el porcentaje de niños en nutrición normal de acuerdo con el indicador de peso para la edad. En 1996 se presento un balance entre la disminución del grado de desnutrición severa y el incremento del grado de desnutrición moderada; es decir, en Tabasco existen menos niños con desnutrición severa que hace cinco años, lo que sugiere cambios discretos pero importantes, acordes con las tendencias esperadas para una modificación sustancial del estado de nutrición en la población infantil. <sup>(30)</sup>

Es necesario que el médico del primer nivel de atención esté atento al control del estado nutricional y de enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre embarazada y del niño en los dos primeros años de vida. Estos periodos son críticos para promover el óptimo crecimiento, desarrollo y salud del niño. Los hábitos alimentarios y otros estilos de vida, se aprenden desde la infancia. Por esta razón las indicaciones y recomendaciones que el equipo de salud ofrezca a los pacientes, deben orientarse al grupo familiar en general. <sup>(31)</sup>

## **4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La desnutrición hoy es una emergencia, no sólo silenciosa, sino también, y con frecuencia, invisible. Tres cuartas partes de los niños del mundo que mueren debido a causas relacionadas con la desnutrición son niños a quienes los expertos en nutrición califican de leve a moderadamente desnutridos y que a los ojos de un no experto no muestran signos o síntomas de problemas.

Todos los años 12 millones de niños mueren antes de cumplir cinco años por enfermedades que en los países desarrollados son susceptibles de control y prevención.

En la comunidad de la Villa Benito Juárez, Macuspana, Tabasco, tenemos que se han presentado casos de desnutrición en niños menores de 5 años, de la siguiente manera: en menores de 1 año; 0 leve, 0 moderado, 1 severo; de 1 año, 8 leve, 2 moderado, 0 severo y de 2 a 4 años; 81 leve, 12 moderado, 0 severo. Todas estas cifras fueron encontradas, hasta el mes de mayo del año 2006.

Por lo que nace la necesidad de conocer las causas de esta patología, debido al incremento diario en la consulta externa, dando además origen al aumento de otras enfermedades, ocasionando alteraciones tanto de salud, así como de la dinámica familiar.

**¿Cuáles son los factores asociados a la desnutrición de niños menores de 5 años en el C.A.A.P.S. Villa Benito Juárez, Macuspana?**

## 5.-JUSTIFICACION

El presente trabajo se realiza con la finalidad de conocer los principales factores que se asocian para la presentación de desnutrición en niños menores de 5 años de nuestra comunidad, ya que como es sabido, es una entidad patológica que se presenta a nivel local, municipal, estatal, nacional e internacional.

Por otra parte en México se han llevado a cabo varias encuestas de alimentación en el medio rural; mostrándonos la gran magnitud, la última realizada en 1996 reporta una prevalencia nacional de desnutrición del 42.7% y en el estado de Veracruz de 26.7% de desnutrición leve y 12.7% de desnutrición moderada; la desnutrición severa se encontró en 4.2%.

Otros estudios en niños del área rural de Chihuahua reportan cifras similares de desnutrición. Cabe mencionar que en la encuesta de 1996 mencionan que en el estado de Tabasco había una mayor prevalencia de desnutrición en el área rural que en el área urbana.

Lastra- Escudero y col; encontraron desnutrición en 41%; únicamente en los municipios de Centro, Cunduacán y Jalapa presentaron prevalencia de desnutrición menores del 30%. Es curioso observar que a mayor edad la frecuencia de desnutrición es mas alta, tal como se informa en una encuesta hecha en el estado de Tabasco, en donde el 48.5% de los niños mayores de 4 años presentaron algún grado de desnutrición, todo esto lo redacta la encuesta de 1996.<sup>(30)</sup>

Y a nivel local tenemos que durante el 2006, hasta el mes de mayo se ha presentado en los niños menores de 5 años, una desnutrición leve del 7.8%, desnutrición moderada del 1.6%, y severa del 0.12%.

En la desnutrición la trascendencia sigue siendo una realidad en muchos países; un problema ampliamente distribuido y con consecuencias devastadoras. Es responsable aproximadamente de la mitad de las muertes de niños menores de 5 años, debilita el sistema inmune y agrava otras enfermedades. Los niños desnutridos que sobreviven tienen otra capacidad de aprendizaje reducida y una menor productividad en la vida adulta. La desnutrición reduce la calidad de vida y afecta negativamente a la economía de las familias, comunidades y países.

Se considera que la realización de este estudio es factible debido a que contamos con todos los medios necesarios en este nivel de atención a la salud, para la realización de dicho estudio.

## **6.-OBJETIVOS**

### **GENERAL**

**Determinar los factores de riesgo que se asocian a la desnutrición en los niños menores de 5 años del C.A.A.P.S Villa Benito Juárez, Macuspana, Tabasco.**

### **ESPECIFICOS**

1. Identificar los principales factores asociados a la desnutrición del niño menor de 5 años.
2. Conocer la asociación con enfermedades infecciosas agudas, como son la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.
3. Conocer el nivel de ingreso económico en que mayormente se presenta la desnutrición.

## **7.-HIPOTESIS**

No habrá por ser un estudio descriptivo.

## **8.-METODOLOGIA**

El presente estudio **“Los factores de riesgo que se asocian a la desnutrición en los niños menores de 5 años del C.A.A.P.S Villa Benito Juárez, Macuspana, Tabasco”**

### **Tipo de estudio:**

Es un estudio tipo descriptivo, transversal y observacional, en la que se estudiarán todos los casos de desnutrición que se presentan en este C.A.A.P.S hasta el mes de mayo del 2006, en la cual la información se recolectará mediante la aplicación de encuestas, que el investigador aplicará directamente a la madre o responsable del niño.

### **Población, lugar y tiempo de estudio:**

- ✓ Nuestro universo son 104 niños desnutridos menores de 5 años del C.A.A.P.S Benito Juárez.
- ✓ El tiempo de estudio se realizará a partir del 1ro. de enero del 2006 al 30 de mayo del mismo año.
- ✓ La definición de las unidades de observación, son las tarjetas de registro nutricional de los niños menores de 5 años.

### **Tipo y tamaño de la muestra:**

Se trabajará con todo el universo de niños desnutridos menores de 5 años, los cuales son 104 niños, siendo que tenemos 1 menor de 1 año, 10 de 1 año y 93 de 2 a 4 años.

**Criterios de inclusión:**

1. niños desnutridos menores de 5 años de ambos sexos.
2. niños que pertenezcan al C.A.A.P.S Benito Juárez.
3. Niños que se encuentren registrados en el censo nominal de este C.A.A.P.S.

**Criterios de Exclusión:**

1. niños que se encuentran inmunocomprometidos.
2. niños con bajo peso al nacer.
3. niños inmigrantes.
4. niños con malformaciones congénitas

**Criterios de eliminación:**

1. niños en los que no se puede recabar información completa.
2. niños que no tienen un domicilio permanente.
3. niños emigrantes.



## DEFINICIÓN DE VARIABLES

DEFINICION CONCEPTUAL VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	MODO DE MEDICIÓN
EDAD	Duración o medida del tiempo de la existencia de una persona u objeto.	- de 1 año, 1 año, 2 años, 3 años y 4 años
SEXO	Distinción fundamental de los humanos.	Femenino y masculino
LACTANCIA MATERNA	Etapas de la vida en que la madre amamanta a su hijo.	Menos de 6 meses, mas de 6 meses o nula
ABLACTACIÓN	Inicio de consumo de alimentos sólidos	De 3 a 5 meses, de 6 a 9 meses
TIPOS DE ALIMENTACIÓN	Se relaciona particularmente con las propiedades de los alimentos que propician la conformación del organismo y promueven la salud.	Buena, regular, mala, no los consume
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Enfermedad causada por multiplicación de microorganismos en el cuerpo; la mayor parte, aun que no todas son contagiosas.	0,1,2, 3 o mas
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en lo relativo hacia si es soltero, casado, viudo, separado, divorciado o religioso.	Casado, unión libre, soltero, divorciado y viudo
RELIGION	Conjunto de creencias relativas a la divinidad y de normas y ritos derivados de ellos.	Católica, protestante y ninguna
OCUPACION	Actividad laboral a la que se dedica una persona.	Empleado, desempleado, labores del hogar, campesino, obrero, comerciante, artesano, profesionista.
GRADO DE ESTUDIOS	Nivel de aprendizaje alcanzado por una persona	Analfabeta, primaria completa, primaria incompleta, secundaria incompleta, secundaria completa, bachiller incompleto, bachiller completo, profesional incompleto, profesional completo
Nivel de ingresos	Remuneración salarial por la realización de una actividad laboral	Menos de un salario mínimo, 1 salario mínimo, dos salarios mínimos, 3 o mas salarios mínimos
HACINAMIENTO	Numero excesivo de personas que habitan en una sola casa.	Si o no
HIGIENE	Sistemas de principios para promover y propiciar la conservación de la salud.	Buena, regular o mala

**Método o procedimiento para captar la información:**

Es la muestra, la captación de la información, en donde se empleara una encuesta y por último el procesamiento estadístico de los datos obtenidos del cuestionario, creándose una base de datos en el programa automatizado Microsoft Excel. La presentación de esta información se realizó a través de graficas a fin de objetivizar la misma.

**Programas de trabajo**

Se realizará a partir del 1ro. de Marzo del 2004 al 28 de Febrero del 2007.

**Recursos humanos:**

Médico encargado de Núcleo Básico 1, Enfermera Clínica y Enfermero de Campo, ambos también adscritos al núcleo básico 1, del C.A.A.P.S Benito Juárez, Macuspana, Tabasco.

**Recursos materiales:**

Lápices, goma de borrar, bascula de Salter, bascula de piso, cinta métrica, encuestas y sistemas de cómputo.

Este estudio fue autofinanciado con los recursos propios de la autor del proyecto.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se hace énfasis que es muy importante señalar que desde el punto de vista ético, el presente trabajo de investigación, no afecta en ningún momento la integridad física ni emocional de los niños, así como tampoco la de sus padres, ya que se realizó en base a los preceptos médicos y legales que protegen la integridad física y emocional del paciente, según los criterios de Helsinki, siéndoselo notificado a nuestro universo de trabajo al momento de la entrevista y se le solicitó consentimiento en forma verbal.

## 9.- RESULTADOS

El C.A.A.P.S. de la villa Benito Juárez, Macuspana, Tabasco, cuenta con una población de 104 niños desnutridos menores de 5 años, institución que imparte atención médica a dichos pacientes, los cuales son no derechohabientes a institución médica, así como también derechohabientes a instituciones médicas, siendo la atención de tipo preventiva y curativa.

La población del presente estudio fue de todo el universo de dichos niños. Al haber realizado este trabajo hemos podido observar y llegar a obtener los siguientes resultados.

De un total de 104 niños desnutridos, se observa que en nuestro C.A.A.P.S la lactancia materna se proporciona de la siguiente manera, al 15.38% se le proporciono menos de 6 meses, al 79.80% más de 6 meses, y al 4.80% no se le proporcionó. (Tabla no. 1).

TABLA. 1. EDAD HASTA QUE SE LE PROPORCIONO LA LACTANCIA MATERNA A LOS NIÑOS DESNUTRIDOS.

EDAD	NUMERO DE NIÑOS	%
Menos de 6 meses	16	15.38
Mas de 6 meses	83	79.80
No se le proporciono	5	4.80

FUENTE: Encuesta.

La ablactación se presenta de la siguiente manera, al 58.65% se le inicio de los 3 a 5 meses y al 41.34% se le inicio de los 6 a 9 meses. (Tabla no. 2).

TABLA. 2. EDAD EN QUE SE LE INICIO LA ABLACTACIÓN A LOS NIÑOS DESNUTRIDOS.

EDAD	NUMERO DE NIÑOS	%
3-5 meses	61	58.65
6-9 meses	43	41.34

FUENTE: Encuesta.

La frecuencia diaria de la alimentación a base de proteínas, la encuesta la arroja con un porcentaje del 7.69% para los que lo consumen 7 días a la semana, 58.65% para los que lo consumen 5 días a la semana, 33.65% para los que lo consumen 1 día a la semana, y 0% no lo consumen. La frecuencia diaria de la alimentación a base de carbohidratos, la encuesta la arroja con un porcentaje del 7.69% para los que lo consumen 7 días a la semana, 66.34% para los que los consumen 5 días a la semana, 23.07% para los que lo consumen 1 día a la semana, y 2.88% no lo consumen. La frecuencia diaria de la alimentación a base de vitaminas y minerales, la encuesta la arroja con un porcentaje del 5.76% para los que lo consumen 7 días a la semana, 63.46% para los que lo consumen 5 veces a la semana, 27.88% para los que lo consumen 1 vez a la semana y 2.88% para los que no lo consumen. (Tabla no.3).

**TABLA 3. FRECUENCIA SEMANAL EN QUE ES ALIMENTADO EL NIÑO EN RELACIÓN AL GRUPO DE ALIMENTOS BASICOS.**

ALIMENTO	HALLASGOS PRINCIPALES No. DE NIÑOS Y %	OTROS HALLASGOS No. DE NIÑOS Y %
Proteínas	5 veces a la semana 61 niños. 58.65%	7 veces a la semana 8 niños. 7.69% 1 vez a la semana 35 niños. 33.65% No lo consumen 0 niños. 0%
Carbohidratos	5 veces a la semana 69 niños. 66.34%	7 veces a la semana 8 niños. 7.69% 1 vez a la semana 24 niños. 23.07% No lo consumen 3 niños. 2.88%
Vitaminas y Minerales	5 veces a la semana 66 niños. 63.46%	7 veces a la semana 6 niños. 5.76% 1 vez a la semana 29 niños. 27.88% No lo consumen 3 niños. 2.88%

FUENTE: Encuesta.

Del total de los niños desnutridos, se denota que las infecciones respiratoria aguda, presentado en los últimos 3 meses, se comporta de la siguiente manera, 0 cuadro con un 13.46%, 1 cuadro con un 38.46%. 2 cuadros con 25.96% y 3 y mas cuadros con un 22.11%. Del total de los niños desnutridos se denota que las enfermedades diarreicas aguda, presentado en los últimos 3 meses, se comporta de la siguiente manera, 0 cuadro con un 26.92%, 1 cuadro con un 30.76%, 2 cuadros 16.34% y 3 o mas cuadros con un 25.96%. (Tabla no. 4)

**TABLA. 4. CUADRO DE ENFERMEDAD INFECCIOSA AGUDA PRESENTADO POR EL NIÑO EN LOS ULTIMOS 3 MESES**

ENFERMEDAD	HALLASGOS PRINCIPALES No. DE NIÑOS Y %	OTROS HALLASGOS No. DE NIÑOS Y %
Infección Respiratoria Aguda	1 cuadro 40 niños, 38.46%	0 cuadro, 14 niños, 13.46% 2 cuadros, 27 niños, 25.96% 3 o mas cuadros, 23 niños, 22.11%
Enfermedad Diarreica Aguda	1 Cuadro 32 niños, 30.76%	0 cuadro, 28 niños, 26.92% 2 cuadros, 17 niños, 16.34% 3 o mas cuadros, 27 niños, 25.96%

FUENTE: Encuesta.

En cuanto al estado civil de la madre o responsable del cuidado del niño encontramos, que el 6.73%, son soltero, el 70.19% son casado, el 16.34% viven en unión libre, el 1.92% son divorciado y 4.80% son viudo. En cuanto a la religión de la madre o responsable del niño encontramos que el 100% profesan la religión católica. En lo que se relaciona a la ocupación de la madre o responsable del niño, se presenta que el 5.76% son campesinos, el 2.88% son empleados, el 0.96% son desempleados, el 88.46% se dedican a las labores del hogar, así como el 0% son profesionistas. En lo que se relaciona al grado de estudio de la madre o responsable del niño, se obtuvo como resultado, que el 1.92% son analfabeta, el 27.88% tienen primaria incompleta, el 24.03% primaria completa, el 7.69% tienen secundaria incompleta, el 33.65% tienen secundaria completa, el 4.80% tienen

bachillerato incompleto, no se presentó porcentaje en bachillerato completo, profesional incompleto y profesional completo. Se encontró como resultado con respecto a nivel de ingreso diario que percibe la familia en que vive el niño, que el 26.92% percibe menos de 1 salario mínimo, el 66.34% percibe 1 salario mínimo, el 6.73% percibe 2 salarios mínimos, y no se encontró porcentaje con respecto a la percepción de 3 o más salarios mínimos. (Tabla no. 5).

TABLA. 5. DATOS DEMOGRAFICOS DE LA MADRE O RESPONSABLE DEL NIÑO EN ESTUDIO.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	HALLASGOS PRINCIPALES No. Y %	OTROS HALLASGOS No.Y %
Estado Civil	Casado 73, 70.19%	Unión Libre 17, 16.34% Soltero 7, 6.73% Viudo 5, 4.80% Divorciado 2, 1.92%
Religión	Católico 104, 100%	
Ocupación	Labores del Hogar 92, 88.46%	Campesino 6, 5.76% Empleado 3, 2.88% Obrero 2, 1.92% Desempleado 1, 0.96% Profesionista 0, 0%
Grado de Estudio	Secundaria Completa 35, 33.65%	Primaria Incompleta 29, 27.88% Primaria Completa 25, 24.03% Secundaria Incompleta 8, 7.69% Bachillerato Incompleto 5, 4.80% Analfabeta 2, 1.92%
Nivel de Ingresos	1 Salario Mínimo Diario 69, 66.34%	Menos de 1 Salario mínimo Diario 28, 26.92% 2 Salarios Mínimos diario 7, 6.73% 3 o Mas Salarios Mínimos Diarios 0, 0%

FUENTE: Encuesta.

Con respecto a la presencia de hacinamiento en el hogar del niño, se reporta que si existe en el 40.38%, y que no existe en el 59.61%. Con respecto a la higiene que presenta el niño, se reporta que el 88.46% presenta buena higiene, el 11.53% presenta regular higiene, y no se reporta porcentaje para la mala higiene. (Tabla no. 6)

TABLA No. 6 PRESENCIA DE CONDICIONES EN QUE VIVE EL NIÑO DESNUTRIDO.

CONDICION	HALLAZGO PRINCIPAL No. Y %.	OTROS HALLAZGOS No. Y %.
HACINAMIENTO	NO. 62, 59.61%.	SI. 42, 40.38%.
HIGIENE DEL NIÑO	Buena 92, 88.46%.	Regular 12, 11.53% Mala 0, 0%.

FUENTE: Encuesta.



## 10.- DISCUSION

El presente estudio nos muestra que en nuestro C.A.A.P.S, se le proporciono lactancia materna en un 79.80% a los niños desnutridos menores de 5 años de edad, por un periodo de más de 6 meses, coincidiendo con los principios de la OMS y de los organismos técnicos sobre nutrición pediátrica como el Comité en Nutrición de la AAP. <sup>(14)</sup> Indicando que la leche es un alimento que nutre adecuadamente al niño durante los primeros 6 a 9 meses de vida, por lo que no tiene una necesidad absoluta de otros alimentos antes de dicha edad, sin embargo vemos que en nuestro medio se le proporciona lactancia materna por menos de 6 meses, a un 15.38% y que no se les proporciono a un 4.80%, por lo que estamos de acuerdo con dichos autores, que puede ser la causa de desnutrición en los infantes.

En cuanto al inicio de la ablactación, encontramos en nuestra investigación que se le inicio a un 58.65%, en el periodo comprendido de 3 a 5 meses, difiriendo de Alcaraz <sup>(14)</sup>, que recomienda que la introducción de alimentos se efectúe después de que el niño haya cumplido los 6 meses de edad, ya no a los 4 meses o entre los 4 a 6 meses como se recomendaba anteriormente, dándonos la pauta de una posible causa de desnutrición en niños menores de 5 años.

Se encontró en este estudio que las condiciones de la frecuencia de la alimentación no son las adecuadas, en una dieta balanceada, en donde se debe de proporcionar todos los días la ingesta de los tres grupos de alimentos, como son las proteínas, carbohidratos, y vitaminas y minerales, presentándose en el universo de estudio, que solo el 7.69%, consumen todos los días proteínas, 7.69% consumen todos los días carbohidratos, y solo el 5.76% consumen todos los días vitaminas y minerales, como es de verse el resto del porcentaje fluctúan en una frecuencia de ingesta de dicho grupo de alimentos, en 5 días a menos. Por lo que se deduce que el inadecuado balance calórico-proteico de la alimentación de estos niños esta condicionado por una dieta incompleta y poco variada. Llama la atención que a pesar de encontrarnos en un medio propicio para la agricultura,

exista un bajo consumo de frutas, lo cual se traduce en baja ingesta de retinol. Lo anterior se puede relacionar con los arraigados hábitos alimentarios de la población, a base de un alimento típico, llamado pozol, con escasa incorporación de otros alimentos disponibles en la región.

Con respecto a la relación de la presencia de cuadros infecciosos, del tipo de infecciones respiratorias agudas, se reporta el mayor porcentaje del 38.46%, en el cual los niños presentan un cuadro de dicha patología en un intervalo de 3 meses. Y con respecto a enfermedades diarreicas agudas, encontramos el mayor porcentaje en la variable de 1 cuadro en tres meses, el cual es del 30.76%. Lo que estamos de acuerdo con d Onis M. <sup>(29)</sup>, que menciona que las causas inmediatas de la desnutrición son la consecuencia de la interacción entre la ingestión alimentaria inadecuada y las enfermedades, una agrava la otra. Por lo que la mala ingesta alimenticia y las infecciones se producen siguiendo un ciclo vicioso que puede considerarse como la causa de las altas tasas de mortalidad y morbilidad observada en los países en desarrollo.

En esta investigación encontramos que con respecto al estado civil de la madre o responsable del niño, se reporta el mayor porcentaje con un estado civil de casado, el cual equivale al 70.19%. En religión el 100% son católicos. Con respecto al grado de estudio encontramos que el mayor porcentaje es del 33.65% para quienes cursaron la secundaria completa y solo el 4.80% curso el bachillerato incompleto. Con respecto a la ocupación el mayor porcentaje lo tienen con un 88.46% las labores del hogar y el 0% para profesionistas. Lo que nos pone de acuerdo con Romero V. E. <sup>(22)</sup>, que pone de manifiesto que la valoración del estado de desnutrición puede definirse como la evaluación del estado nutricional de un individuo o comunidad, que se efectúa mediante una serie de indicadores sociodemográficos, educacionales, sociales, económicos, culturales, entre otros, cuyo objetivo es diagnosticar desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad. Siendo que para nosotros lo ideal es que la madre o responsable del niño menor de 5 años, perfile en los estándares aceptables de estado civil,

ocupación y grado de estudio, para poderle proporcionar al infante los cuidados y aportaciones nutricionales necesarias para su buen desarrollo.

Como se ha expuesto anteriormente, los factores condicionantes de la desnutrición, también giran alrededor de la pobreza extrema, en la que viven nuestra gente, trayendo consigo de la mano la inadecuada adquisición de viviendas adecuadas y salubres, para darse un buen ciclo de vida saludable. Lo que se refleja en este estudio, es de que el 66.34% de la población estudiada tiene como ingreso familiar diario 1 salario minio. Se denota además hacinamiento en un 40.38%. Y con respecto a la higiene del niño un 11.53% tiene regular higiene. Por lo que podemos deducir que la desnutrición no solo es problema médico, sino que además se comporta como una problemática compleja, en donde se debe de actuar para corregir las condicionantes agravantes, como lo son la falta de empleos bien reeditados con ingresos que logre satisfacer las necesidades demandantes de las familias, y principalmente para la adquisición de alimentos y nutrientes básicos diarios para el buen desarrollo del futuro de México, que son nuestros niños menores de 5 años, porque de lo contrario no se podrá romper el circulo vicioso que condicionan los factores de riesgo asociados a la desnutrición infantil.

## 11.- CONCLUSION

Los principales factores condicionantes de desnutrición en niños menores de 5 años del C.A.A.P.S Benito Juárez, fueron el inicio temprano de la ablactación, la cual la iniciaron antes de los 6 meses. La regular ingesta de proteínas, carbohidratos y vitaminas y minerales. Entre otros factores asociados, encontramos que el mayor porcentaje de los responsables de los niños solo curso la secundaria completa, equivaliendo al 33.65%, existiendo hacinamiento en el 40.38% y regular higiene en el 11.53%, lo que pone de manifiesto, que la ignorancia, la pobreza y el hambre juegan un papel importante, para el desencadenamiento de esta enfermedad.

Existe una marcada relación de infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica, ya que el mayor porcentaje de cuadro presentado en los últimos 3 meses, se reporto con 1 cuadro (38.46%) y 1 cuadro (30.76%), respectivamente, lo que nos sugiere que la ingestión alimentaría inadecuada, propicia la aparición de enfermedades infecciosas, y estas a su vez condicionan el agravamiento de la desnutrición, formándose un ciclo vicioso.

Como era de esperarse en este estudio se ve que un porcentaje alto, de la familia del niño, perciben menos de un salario mínimo, equivaliendo al 66.34%, siendo un nivel de ingreso bajo, lo que manifiesta que la desnutrición ataca con mayor intensidad a grupos sociales, que se encuentran en extrema pobreza.

## **RECOMENDACIONES:**

Para una buena y adecuada nutrición en los menores de 5 años de edad, es necesario iniciar desde el principio, la cual es la alimentación con leche materna exclusiva, como mínimo hasta los primeros 6 meses de edad, ya que es la más adecuada aportación de carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales, existentes hasta la actualidad, no siendo igualada ni por formulas lácteas.

La ablactación como segunda opción, siguiendo un orden, debe de administrarse hasta después de los primeros 6 meses de vida, siendo esta con una frecuencia diaria, en donde se involucren todos los componentes nutricios, para lograr una buena calidad, y por ende evitar la desnutrición.

Toda persona involucrada en la prevención y tratamiento de esta entidad patológica, debe de reforzar la vigilancia epidemiológica de la nutrición, de manera progresiva y permanente, empezando con la población de mayor riesgo.

Recomendamos mayor apego de los responsables de los niños, así como también de los trabajadores de la salud, para promover acciones encaminadas a la buena calidad de vida, así como evitar la aparición de esta patología, que tanto estragos trae a nuestra población en general. Como opciones tenemos el de implementación de complementos alimenticios, que se proporcionen por medio de instituciones gubernamentales o por asociaciones voluntarias; aplicación de complemento alimenticio (hierro y retinol); así como el aprovechamiento de los recursos agrícolas con los que cuenta la comunidad, por medio de demostraciones en la preparación de la alimentación balanceada en calidad y cantidad adecuada. Proponemos además la realización de huertos familiares, para explotar la riqueza de la tierra con la que se cuenta, así como la implementación de granjas familiares, que podrían beneficiar a la población de dos maneras, una sería la de mejorar los ingresos económicos y la otra la de ser auto consumistas.

Hacer énfasis además que una de las herramientas con las que se cuenta para prevenir y combatir esta enfermedad, es la de estrechar la coordinación intersectorial basada en la salud y educación de nuestro pueblo.

## 12.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Dodero C. E., Falcón C. A., de la Paz y Paz F. de M. C., Rodríguez G. R., Rodríguez G. L. M. Frecuencia de desnutrición en niños que asisten a centros de aprendizaje para preescolares. Revista mexicana de pediatría. 2001 68(4):132-134.
- 2.- kathlen M. L., Escote S. S. Nutrición y dietoterapia de Krase. McGraw Hill Interamericana. 2001. 9ª. Edición. 124-125.
- 3.- Sfeir B. R. Desnutrición en niños menores e 5 años. Revista del instituto médico "Sucre". C.N.S. Hospital obrero no. 3 Santa Cruz, Bolivia. 2000.116(16):43-53.
- 4.- López A. G., Aldano G., Campos A. Desnutrición en niños hospitalizados menores de 5 años. VII Foro regional de investigación en salud del IMSS. Región Norte. Revista Salud Pública y Nutrición Monterrey N.L. 2002.  
<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/fororegional/130.htm>
- 5.- Moreno V. J. M., Oliveros L. L. Desnutrición hospitalaria en niños. Acta pediátrica. España. 2005. 63:63-69.
- 6.- Fernández F. M., García G. A., Ibarra V. E. Estudio en pacientes desnutridos de 1 a 4 años manejados con soya. Revista del hospital general "La Quebrada". 2002. 1(1):24-27.
- 7.- Schongart R. La desnutrición infantil. El mayor problema de la niñez de Honduras. Republica de Honduras. 2005.  
<http://www.websolidaridad.org/home.html>
- 8.- Betancourt R. M., González T. C., Najera M. O. La desnutrición en México: Revisión de los programas gubernamentales y los estudios diagnósticos de alcance nacional. Boletín medico del Hospital Infantil de México. México, D.F. 2001. 58(2):120-133.
- 9.- Romero V. E., Vásquez G. E. M. Valoración del estado de nutrición del niño en México. Parte I. Boletín Médico del hospital Infantil de México. 2001. 58(7):476-490.
- 10.- Fernández L. A., Jáuregui M. I. Desnutrición en niños menores de cinco años en el Bo. 17 de Agosto de la ciudad de Corrientes en el año 2002. Facultad de Medicina-UNNC. Corrientes, Argentina. 2002. [http://www.unne.edu.ar/cyt/2002/03-Medicas/M\\_062.pdf](http://www.unne.edu.ar/cyt/2002/03-Medicas/M_062.pdf)

- 11.- Ramos G. R., Cravioto M. J., Chávez R. Mortalidad asociada a la mal Nutrición de segundo y tercer grado. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2002. 59(8):1-11.
- 12.- Sandoval P. A. A., Reyes M. H. Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de 2 años. Salud Pública. México. 2002.44:41-49.
- 13.- Velásquez P. A. Desnutrición proteica-calórica. Estudio clínico-epidemiológico. Hospital pediátrico provincial docente "Martires de las tunas". La Habana, Cuba. 2005.  
<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEEVIVkkukOuWURZmJ.php>
- 14.- Alcaraz V. Ablactación. Colegio de Pediatras del Estado de Sonora.  
<http://www.copeson.org.mx/información/ablacta.htm>
- 15.- Guevara L. X. Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavin de Huantar. Asociación de médicos residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño. Lima Perú. Paediatrica 2003. 5(1):14-20.
- 16.- Chavéz Z. M. C., Madrigal F., Villa A. R. Alta prevalencia de desnutrición en la población infantil indígena mexicana. Encuesta nacional de nutrición 1999. Rev. Esp. Salud Pública. Madrid, España. 2003. 77(2):245-255.
- 17.- Pelcastre V. F., Riquer F. F. ¿Qué se hace para no morir de hambre? Dinamicas domésticas y alimentación en la niñez en un área rural de extrema pobreza de México. Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Publica. Cuernavaca, Méx. 2006. 48(006):490-497.
- 18.- Riviera J. A., Monterrubio E. A. Estado nutricio de los niños indígenas menores de 5 años de edad en México. Resultados de una encuesta nacional pirobalística. Salud Pública México. 2003. 45 (4):465-476.
- 19.- Rivera D. J., Shamah L. T. Presentación de resultados de la encuesta nacional de nutrición 1999. Estado nutricio de niños y mujeres en México. Instituto nacional de salud pública. Salud pública México. Cuernavaca, Morelos, México. 2002. 44(2):188-190.
- 20.- Ibarra C. J. E., Serrano S. G., Rivas M. E. E. Identificación de factores asociados con muertes hospitalarias en niños menores de cinco años con neumonía comunitaria. Bol. Med. Hospital Infantil Méx. ISSN. 2002. 59(12):767-774.
- 21.- Martínez R. H. Prevención y tratamiento de la desnutrición en niños con VIH. Revista mexicana de pediatría. 2002. 69(4):155-163.



22.- Acevedo E., Sanabria M., Bellenzier A. Evolución del estado nutricional de pacientes pediátricos hospitalizados. Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. 2005. 32 (2).

[http://www.spp.org.py/revistas/ed\\_2005/evol\\_vol2\\_2005.htm](http://www.spp.org.py/revistas/ed_2005/evol_vol2_2005.htm)

23.- Gómez de A. Rev. El hambre ¿todavía existe? La malnutrición en el nuevo milenio. Un reto pendiente. Pediatr aten Primaria. 2004.6:249-261.

24.- Ochoa R. T. Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años. El caso de la sierra Tarahumara, Chih. Universidad Iberoamericana, Plantel Santa Fe. 2003.

<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/conferencias/06.pdf>

25.- Buitron D., Hurting Karin., San Sebastián M. Estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonia Ecuatoriana. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004. 15(3):151-159.

26.- Ortega P., Díaz M. E., Amaya D. Prevalencia de deficiencia subclínica de vitamina A y desnutrición en niños marginales de Maracaibo – Venezuela. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Organó Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. 2001. 51(1):25-32.

27.- Romero V. E., Vásquez G. E. M. Valoración del estado de nutrición del niño en México. Parte II. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2001. 58(8):565-575.

28.- Coronel C. C., Rivera L. I. Peso bajo al nacer. Su influencia en la salud durante el primer año de vida. Revista mexicana de pediatría. 2003. 70(6):283-287.

29.- de Onis M. Medición del estado nutricional en relación con la mortalidad. Boletín médico del hospital infantil de México. 2002. 59(1):70-75.

30.- Lastra E. L.G., Roldán F. S. G., Hernández M. E., Hernández T. A. P. Prevalencia de desnutrición en menores de cinco años de Tabasco. Salud Pública Méx. 1988. 40: 408-414.

31.- Casanueva L. E., Díaz G. L., Domínguez P. M. La mala nutrición en niños menores de cinco años. Práctica Médica Efectiva. 2003. 5(3):1-6.

P.D: Las referencias bibliográficas que no cuentan con paginas y volumen es debido, a que fueron obtenidos del Internet pero de las cuales anexos las direcciones electrónicas para cualquier consulta.

# **13.- ANEXOS**

## CUESTIONARIO

### Instructivo

Este es un cuestionario diseñado para conocer **los factores de riesgo asociados a desnutrición en niños menores de 5 años del C.A.A.P.S Villa Benito Juárez**. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere saber. Le suplicamos responder todas las preguntas:

**EDAD DEL NIÑO:\_\_\_\_\_.** **SEXO:\_\_\_\_\_.**

**2.- HASTA QUE EDAD SE LE PROPORCION LA LACTANCIA MATERNA.**

1). – de 6 m.      2). Más de 6 m.    3). No se le proporciono.

**3.- EDAD EN QUE SE LE INICIO LA ABLACTACION.**

1). Temprana de 3 a 5 m.      2). Tardía de 6 a 9 m.

**4.- CON QUE FRECUENCIA ES ALIMENTADO EL NIÑO, EN RELACION DE ESTOS ALIMENTOS (CARNES ROJAS, POLLO, PESCADO, LECHE Y SUS DERIVADOS).**

1). Buena. 7 veces a la semana.    2). Regular. 5 veces a la semana.    3). Mala. 1 vez a la semana.      4). No los consume.

**5.- CON QUE FRECUENCIA ES ALIMENTADO EL NIÑO, EN RELACION DE ESTOS ALIMENTOS (CEREALES, LEGUMINOSAS Y TUBERCULOS).**

1). Buena. 7 veces a la semana.    2). Regular. 5 veces a la semana.    3). Mala. 1 vez a la semana.      4). No los consume.

**6.- CON QUE FRECUENCIA ES ALIMENTADO EL NIÑO, EN RELACION DE ESTOS ALIMENTOS (FRUTAS, VERDURAS Y LEGUMBRES).**

1). Buena. 7 veces a la semana. 2). Regular. 5 veces a la semana. 3). Mala. 1 vez a la semana. 4). No los consume.

**7.- CUANTOS CUADROS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA HA PRESENTADO EL NIÑO EN LOS ULTIMOS 3 MESES.**

1). 0. 2). 1. 3). 2. 4). 3 o más.

**8.- CUANTOS CUADROS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA HA PRESENTADO EL NIÑO EN LOS ULTIMOS 3 MESES.**

1). 0. 2). 1. 3). 2. 4). 3 o más.

**9.- ESTADO CIVIL DE LA MADRE O REPOSABLE DEL NIÑO.**

1). Soltero. 2). Casado. 3). Unión libre.  
4). Divorciado. 5). Viudo.

**10.- RELIGIÓN DE LA MADRE O RESPONSABLE DEL NIÑO**

1). Católica. 2). Protestante. 3). Ninguna.

**11.- OCUPACIÓN DE LA MADRE O RESPONSABLE DEL NIÑO**

1). Campesino. 2). Obrero. 3). Comerciante.  
4). Artesano. 5). Empleado. 6). Desempleado.  
7). Profesionista. 8). Labores del hogar.

**12.- GRADOS DE ESTUDIOS DE LA MADRE O RESPONSABLE DEL NIÑO.**

1). Analfabeta. 2). Primaria incompleta.  
3). Primaria completa. 4). Secundaria incompleta.  
5). Secundaria completa. 6). Bachiller incompleto.  
6). Bachiller completo. 7). Profesional incompleto.  
8). Profesional completo.

**13.-QUE NIVEL DE INGRESOS PERCIBE LA FAMILIA EN QUE VIVE EL NIÑO CON RESPECTO AL SALARIO MINIMO DIARIO.**

- 1). Menos de 1 salario.      2). 1 salario      3). 2 salarios.  
4). 3 o más salarios.

**14.- SE PRESENTA HACINAMIENTO EN EL HOGAR EN QUE VIVE EL NIÑO.**

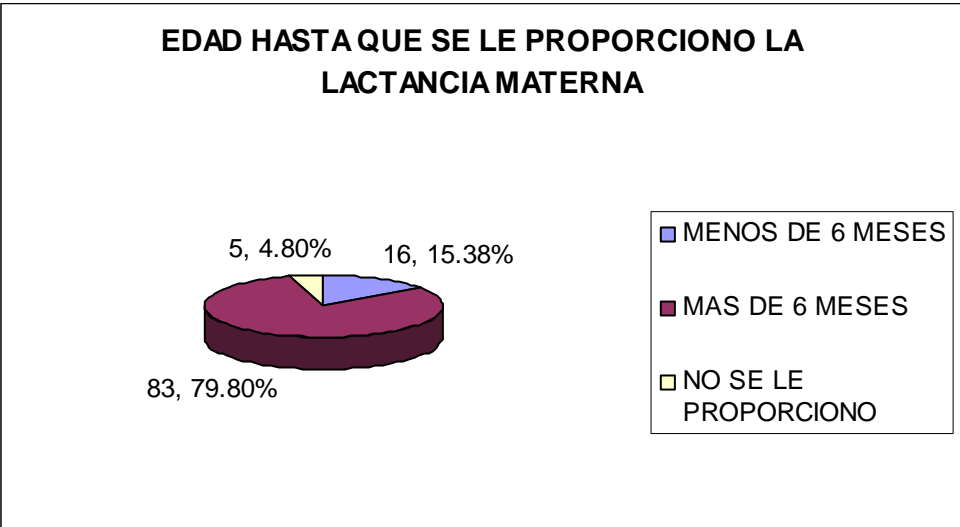
- 1). SI.      2). NO.

**15. HIGIENE DEL NIÑO.**

- 1). Buena. Baño diario con cambio de ropa y cepillado dental 3 Veces al día.      2). Regular. Baño cada 2 días con cambio de ropa, 2 cepillados al día.      3). Mala. Baño cada 3er. día con cambio de ropa, un cepillado al día.

**Gracias por su respuesta.**

GRAFICO. 1



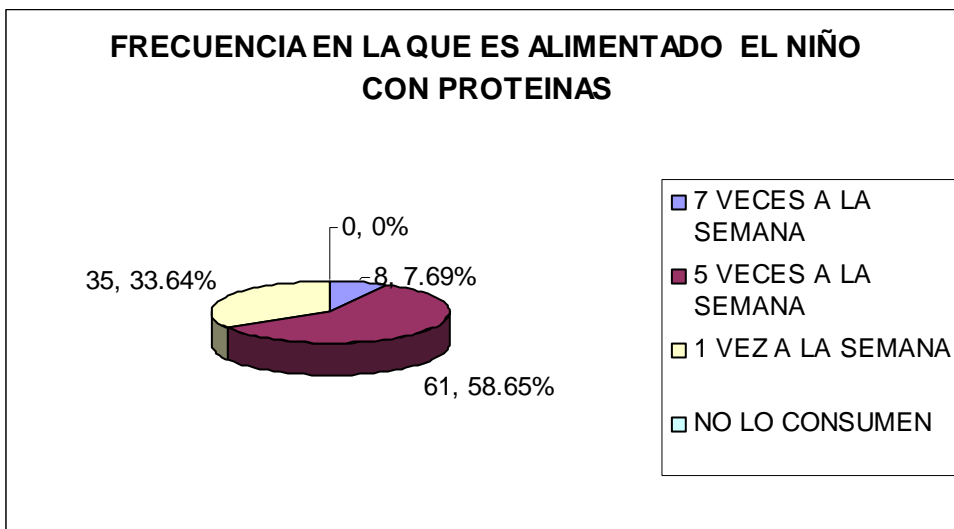
FUENTE: TABLA no. 1

GRAFICO.2



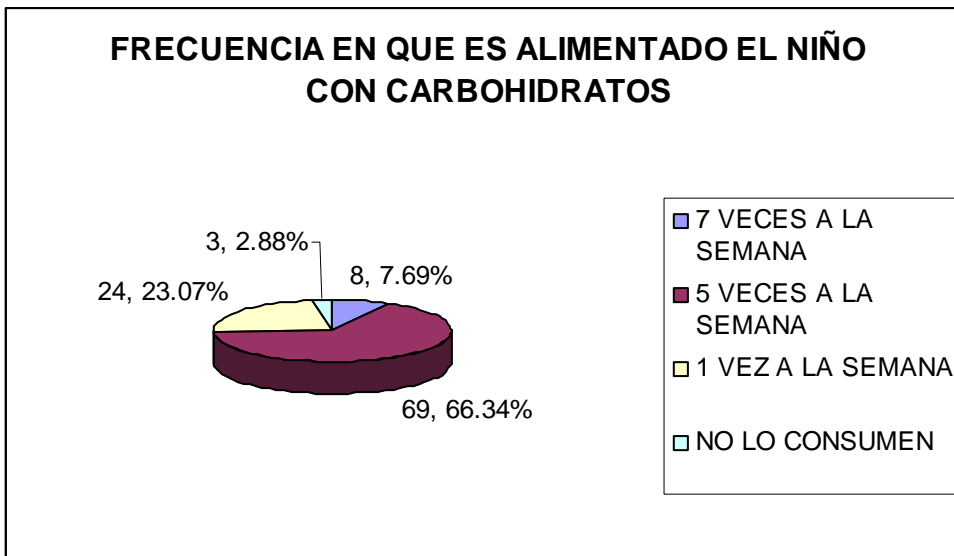
FUENTE: TABLA no. 2

GRAFICO. 3



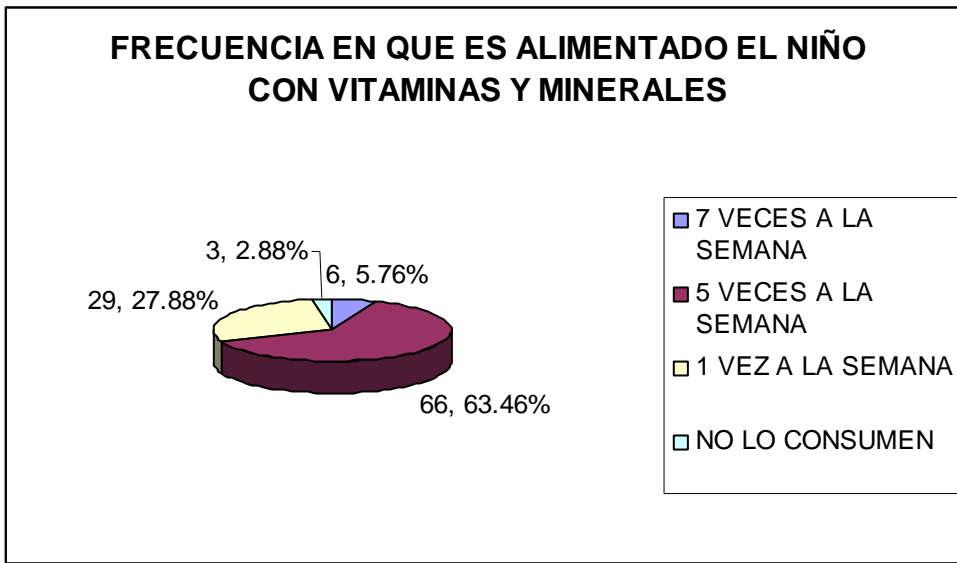
FUENTE: TABLA no. 3

GRAFICO. 4



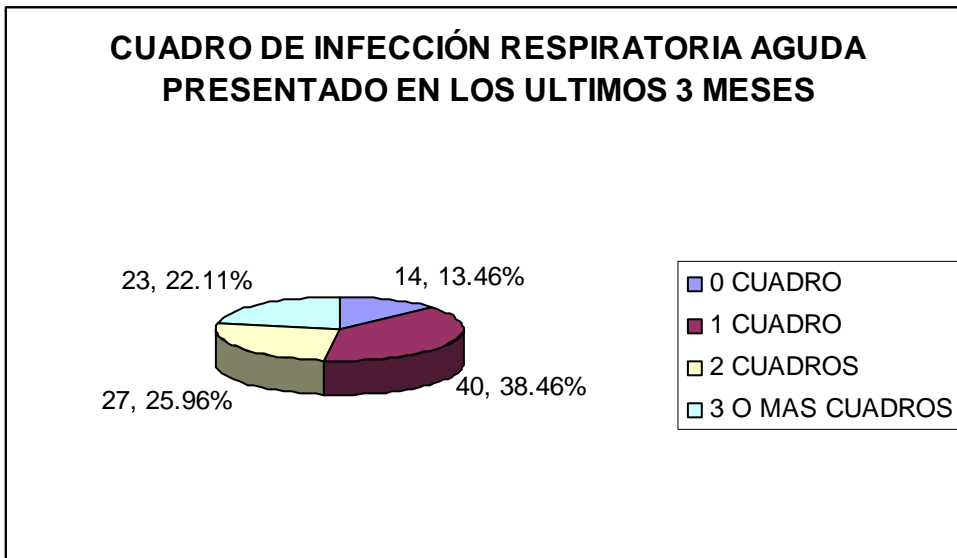
FUENTE: TABLA no. 3

GRAFICO. 5



FUENTE: TABLA no.3

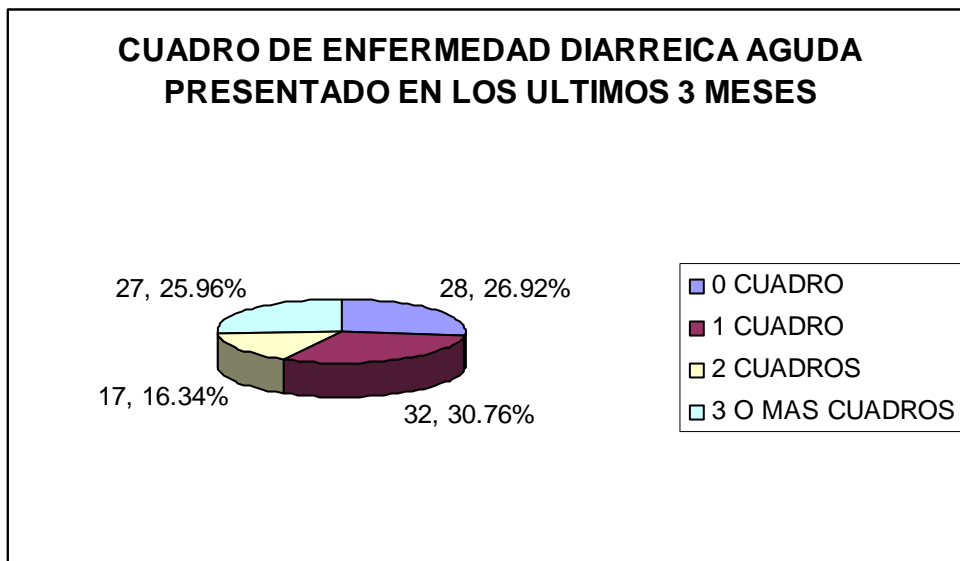
GRAFICO. 6



FUENTE: TABLA no. 4

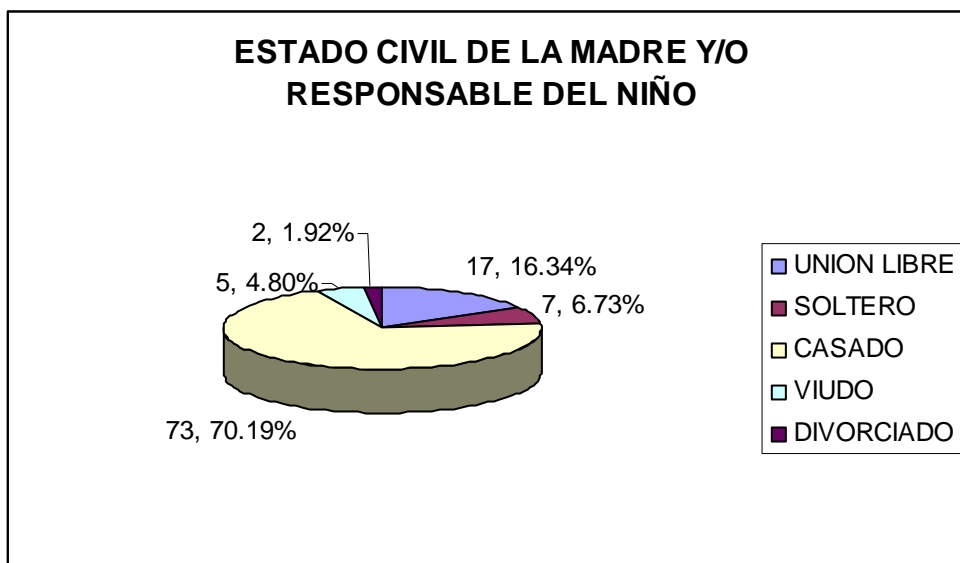


GRAFICO. 7



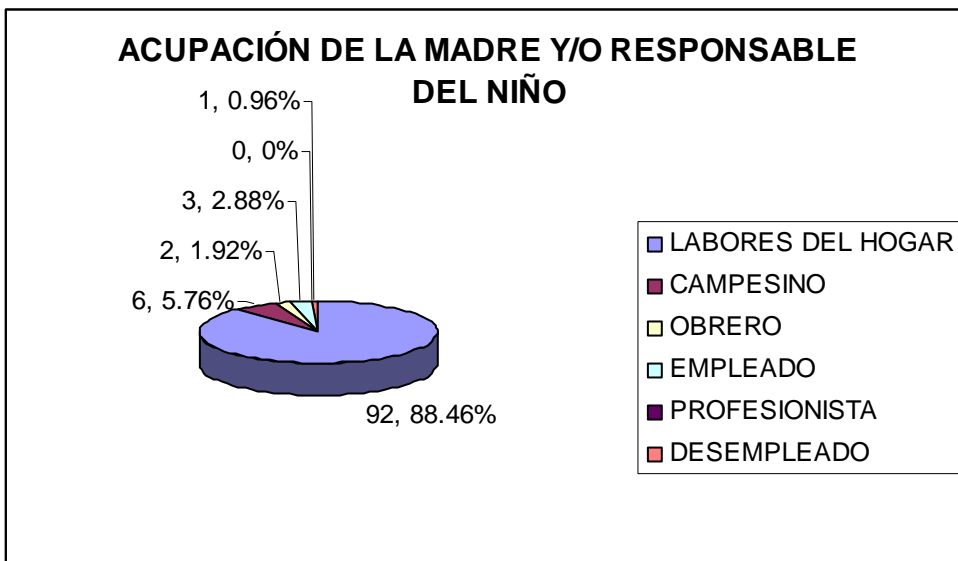
FUENTE: TABLA no.4

GRAFICO. 8



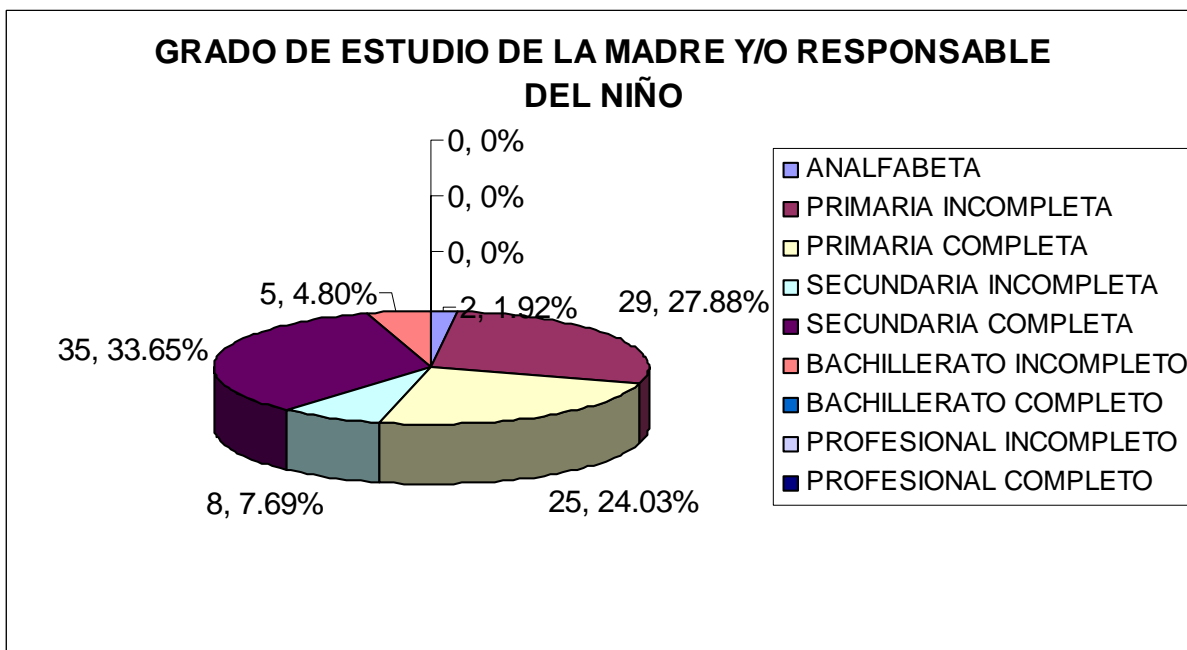
FUENTE: TABLA no. 5

GRAFICO. 9



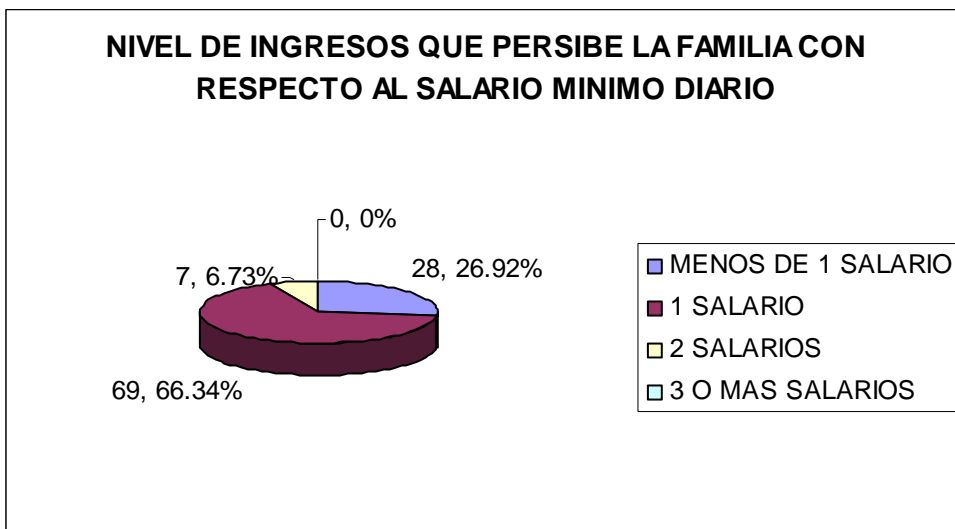
FUENTE TABLA no. 5

GRAFICO.10



FUENTE: TABLA no. 5

GRAFICO. 11



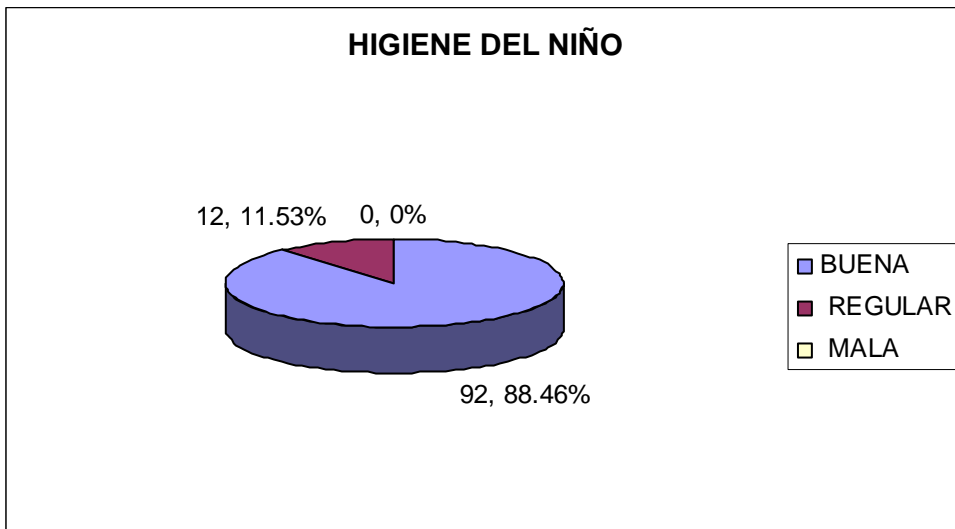
FUENTE: TABLA no. 5

GRAFICO. 12



FUENTE: TABLA no. 6

GRAFICO. 13



FUENTE: TABLA no. 6