



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 1 NORTE DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33  
“EL ROSARIO”**



**FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES, DE CAUSA NO ENDÓCRINA, RELACIONADOS CON TALLA BAJA EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS DE EDAD DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33, “EL ROSARIO”.**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A  
DRA. LILIANA LÓPEZ ARROYO**

**RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**A S E S O R A  
INVESTIGADOR RESPONSABLE  
DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN.  
MÉDICO FAMILIAR MATRICULA: 99374257  
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33, “EL ROSARIO”**

MÉXICO, D. F.

AGOSTO DE 2015



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.

## AUTORIZACIONES

---

**DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA**

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

---

**DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

---

**DRA. MONICA OSORIO GRANJENO**

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

---

**DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN**

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO" ASESOR DE TESIS

---

**DRA. LÓPEZ ARROYO LILIANA**

RESIDENTE DE TERCER DEL AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

## DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Taide, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante en los buenos y malos momentos que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su cariño y constancia quien.

A mi padre Arturo quien a través de su perseverancia y constancia me ha infundado el amor sobre la gran labor de ser médico, impulsándome para salir adelante y alcanzar mis metas.

A mi familia en general, especialmente a mi prima Jocelin, porque sin el amparo incondicional que me otorgaron, entendiendo mis ausencias y mis malos momentos, este proceso no habría sido posible.

A todos mis compañeros y amigos, estén donde estén, y sin excepción tanto del grupo de Moñoñongos como de la especialidad, ya que con ellos he compartido aula de estudio, áreas de hospital y aprendizaje, así mismo incontables horas de trabajo y buenos ratos lo cual no tiene precio. Por todo el tiempo que me han dado, por las conversaciones de las que tanto provecho he sacado, por el respaldo y la amistad. Gracias por lo bueno y lo malo, por aguantarme y por escucharme, por estar siempre allí; nos hemos dado ánimos por el camino y eso siempre ayuda; a todos ellos, GRACIAS.

A mis amigos Ofelia e Israel por haber logrado nuestro gran objetivo con mucha perseverancia, por demostrarme que podemos ser grandes amigos y compañeros de trabajo a la vez; por sus risas, por los momentos de escucha, por sus consejos y palabras de reflexión, por tenderme la mano en los puntos de inflexión, por sus ánimos en los de melancolía, me llevo dos grandes que en mi vida perdurarán.

Finalmente a la "inspiración", que formó inicialmente parte de este gran proyecto de vida, aunque ya no estés aquí, deseo agradecerte porque formas parte de la persona que ahora soy, porque ayudaste a que floreciera en mi corazón el coraje para enfrentar nuevos retos cuando solo conseguía caer, por demostrarme la fortaleza que guardaba en mi interior y a no temer al cambio, por ser mi soporte indirecto y dejarme conocer mi capacidad de amar a los demás.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de tesis, realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron distintas personas opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad. Este trabajo me ha permitido aprovechar la competencia y la experiencia de muchas personas que deseo agradecer en este apartado.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi asesora de tesis, Dra. Concepción Vargas León, por su paciencia ante mi inconsistencia, por su valiosa dirección, apoyo y confianza en mi trabajo, debo agradecer también su amabilidad y disponibilidad durante mis asesorías, durante las cuales tuve todo el soporte profesional y logístico para alcanzar los objetivos perseguidos. Muchas gracias por permitirme vivir una experiencia tan importante para mi formación como investigadora.

Quiero extender un sincero agradecimiento a la Dra. Mónica Sánchez Corona, Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud del Curso de especialización en medicina familiar, por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir su experiencia y amplio conocimiento sobre la fabricación del material contenido en esta tesis. Su colaboración fue de gran ayuda durante mi formación. Le agradezco también por sus siempre atentas y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes surgidas durante el desarrollo de este trabajo. Muchas gracias.

A la profesora Mónica Osorio Granjeno, un especial agradecimiento su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable para mi desarrollo como especialista en Medicina Familiar. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos como equipo de enseñanza- aprendizaje, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el transcurrir del proceso de especialización. Muchas gracias Profesora.

## ÍNDICE

<i>Resumen</i>	6
<i>Introducción</i>	7
<i>Antecedentes</i>	8
<i>Planteamiento del problema</i>	20
<i>Objetivos</i>	21
<i>Material y Método</i>	22
<i>Resultados</i>	23
<i>Tablas y Gráficas</i>	32
<i>Discusión</i>	69
<i>Conclusiones</i>	75
<i>Bibliografía</i>	77
<i>Anexos</i>	80

**López A.L, Vargas L.C. Frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario". IMSS. México Julio 2015.**

**Introducción:** La talla baja es la condición en la cual la altura de un niño(a) es más de dos desviaciones estándar por debajo del promedio esperado para su edad y sexo.

**Objetivo:** Identificar la frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar no. 33, "El Rosario". **Material y métodos:** Estudio no experimental, observacional, prospectivo, transversal, muestreo no probabilístico a conveniencia, incluyó valoración antropométrica, nutricional, atención a enfermedades y factores de riesgo familiares a través de la aplicación de cuestionario ex profeso, análisis con estadística descriptiva y tablas cruzadas para evaluar la relación con talla baja.

**Resultados:** Muestra constituida por 255 niños, 193 de 0 y 12 meses, 35 de 13 a 24 meses y 27 de 25 y 36 meses; 132 mujeres y 123 varones. Se reportó talla baja en 9 casos, en factores de riesgo relacionados 78 madres con secundaria incompleta (*d de Somers* 0.060), composición extensa en 96 familias con una  $p=0.134$ , estatus socioeconómico medio bajo en 108 casos (*d de Somers* 0.060), diarrea aguda persistente en 13 niños con  $p=0.000$ , rinofaringitis aguda recurrente en 12 niños  $p=0.000$ , e infección de vías urinarias en 1 caso  $p=0.011$ . **Conclusiones:** Existen factores de riesgo familiar que sumados a infecciones agudas recurrentes o persistentes, coexisten y afectan la talla final en los menores de 3 años de edad, detectables y prevenibles en el primer nivel de atención.

**Palabras clave:** Talla Baja, factores de riesgo modificables, niños de 0 a 3 años de edad.

## INTRODUCCIÓN

En México, a lo largo de los últimos catorce años (2000-2014) se han diseñado y puesto en práctica un número importante de estrategias de política pública y programas para combatir la pobreza, ampliar el acceso a la salud y disminuir la desnutrición infantil. Datos del 2012 muestran que 2.8% de niñas y niños menores de 5 años presentan bajo peso, 13.6% talla baja, 1.6% desnutrición aguda y 23.3% padecen anemia, si bien las cifras de desnutrición aguda y bajo peso parecen menores, las prevalencias de baja talla y anemia son significativas en términos de salud pública y reflejan la carencia sostenida de una alimentación adecuada y el pobre acceso a servicios de salud de calidad.

La talla constituye uno de los principales motivos de consulta del paciente pediátrico en medicina del primer contacto. El Instituto Mexicano del Seguro social se ha destacado por ser una institución que se encarga de promover una Medicina enfocada en la prevención, en lo que respecta a las Unidades de Medicina Familiar se contempla la atención especial hacia grupos vulnerables y es así como se estructura el plan de atención para la vigilancia del crecimiento en el menor de 5 años. La evaluación del crecimiento de los niños representa un indicador sensible de su estado de salud y permite medir el impacto de las enfermedades y de otros factores psicosociales y medioambientales que afectan su desarrollo, permite, además, adecuadamente instaurada, una detección temprana de eventos prevenibles.

El estudio resume los aspectos generales con respecto al crecimiento desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, incluye los factores que repercuten de manera directa en su adecuada confección y las prácticas que se llevan a cabo por el personal de salud para su vigilancia así como registro, realizándose una revisión bibliográfica acerca de la talla baja así como los elementos necesarios para efectuar su correcto diagnóstico; se toman en cuenta, además, las tendencias más recientes de la talla baja en México para conocer en dónde se concentra y qué implicaciones tiene en términos de salud.

Con el objeto de dar luz sobre los factores de riesgo de causa no endócrina relacionados con talla baja, este estudio se enfocó en la valoración antropométrica y nutricional, así como la atención a enfermedades infecciosas agudas, tomando en cuenta también factores familiares y socioeconómicos. Nos concentramos en estos puntos porque son los que en teoría tienen repercusión en la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad y por lo tanto en su potencial de crecimiento, lo que nos daría una ventana de oportunidad para su atención integral impactando a la par en el esquema y la selección de estrategias familiares con el afán de mejorar sus condiciones de salud. A través del análisis de estos factores de riesgo buscamos responder en qué medida constituyen una prioridad para la atención primaria a la salud y que retos existen para efectivamente aplicar maniobras de prevención de los mismos en la población atendida por la Unidad de Medicina familiar No. 33 "El Rosario". Finalmente, se ofrecen conclusiones y recomendaciones con base en la evidencia recabada.

## ANTECEDENTES

El crecimiento y el desarrollo del niño son los ejes conceptuales alrededor de los cuales se va estructurar la atención de su salud. El monitoreo del crecimiento se destaca como una de las estrategias básicas para la supervivencia infantil. Entre los objetivos principales de esta asistencia no sólo se cuenta el de atender a las necesidades actuales del niño a una edad determinada, sino el de asistirlo con un criterio preventivo, evolutivo y aun prospectivo, teniendo en cuenta sus características cambiantes, dinámicas, para que llegue a ser un adulto sano.

Como definición el crecimiento se trata de un fenómeno continuo que se inicia en el momento de la concepción y culmina al final de la pubertad, período durante el cual se alcanza la madurez en los aspectos físico, psicosocial y reproductivo. Esta transformación involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos. El aumento en el tamaño y masa corporal es el resultado de la multiplicación e hiperplasia celular, proceso conocido como crecimiento mientras que los cambios en la organización y diferenciación funcional de tejidos, órganos y sistemas son el resultado del proceso de desarrollo o maduración.<sup>1</sup>

El balance entre la velocidad de síntesis y la de destrucción, se puede manifestar por aumento, mantenimiento o disminución de la masa que conforma el organismo, y se le denomina "signo del crecimiento" y que puede expresarse como positivo, neutro o negativo.<sup>2</sup>

El signo positivo se caracteriza por un incremento de la masa con respecto a la previa y puede manifestarse a nivel celular por hiperplasia (aumento del número de células), hipertrofia (aumento del volumen celular) y acreción (aumenta la cantidad de tejido intercelular secundario a una mayor síntesis celular)<sup>2</sup>. El ejemplo más representativo ocurre entre la fecundación y al término de la pubertad, y sus manifestaciones clínicas son el aumento de estatura y peso. Puede también observarse en edades posteriores, cuando el organismo se recupera de una lesión o de una pérdida de tejido.<sup>2</sup>

El signo neutro del crecimiento se debe a un balance entre la síntesis y la destrucción, de tal manera que la masa corporal se mantiene estable, depende de períodos negativos seguidos por positivos. Este signo se observa desde el término de la pubertad y hasta el inicio de la senectud, pero cuando las condiciones nutricionales y ambientales son adversas, puede manifestarse durante la infancia, demostrándose detención de peso, talla y otras medidas antropométricas, con la finalidad de mantener la función y la vida, a expensas del tamaño.<sup>2</sup>

El signo negativo del crecimiento consiste en una pérdida de la masa corporal con respecto a la etapa inmediata anterior, sea porque disminuye la capacidad de síntesis,

porque aumenta la destrucción o por la combinación de ambas. En situaciones normales se observa a partir de la senectud o cuando se presentan enfermedades catabólicas. El crecimiento inicial de muchos tejidos se caracteriza por un rápido incremento en el número de células, representa un "momento crítico de crecimiento", etapa en la que el organismo es más susceptible a sufrir daños permanentes, malformaciones o crecimiento anormal.<sup>2</sup>

#### A. Fase de crecimiento rápido

**De 0 a 1 mes:** Del nacimiento a los 3 o 4 días de vida el recién nacido presenta una pérdida fisiológica de peso de hasta un 10 % del que tenía al nacer; esto es lo habitual y no debe suponer alarma. El peso perdido debe recuperarse, o incluso sobrepasarse, a los 12-14 días de vida.<sup>2</sup>

**De 0 a 2 meses:** el peso del lactante aumenta aproximadamente 30 g al día durante los tres primeros meses de vida. Esto supone un aumento total del peso, al finalizar cada mes, de unos 900 g y, por tanto, unos 3 kg al finalizar el primer trimestre de vida. El crecimiento en longitud es de 3,5 cm por mes. Al término de los tres meses de vida, el lactante medirá unos 10,5 cm más que al nacer. El perímetro cefálico se incrementa en 2 cm cada mes. Serán 6 cm más de circunferencia transcurridos los tres meses desde el nacimiento.<sup>3</sup>

**De 3 a 6 meses:** el crecimiento continúa a un ritmo rápido, aunque no tan marcado como en el periodo intrauterino y en los primeros dos meses de vida. A pesar de que la velocidad de crecimiento es elevada, va disminuyendo progresivamente. En el tercer mes de vida, el ritmo de crecimiento es idéntico al del primer mes: un aumento de 30 g al día, lo que supone 900 g al mes. La longitud progresa a un ritmo de 3,5 cm al mes y el perímetro cefálico se incrementa en 2 cm al mes.<sup>3</sup>

Entre el cuarto y el sexto mes varían un poco estos valores: el peso aumenta cada día 20 g, lo que supone 500 g más al mes; el crecimiento en longitud es de 2 cm al mes y el perímetro cefálico se incrementa mensualmente en 1 cm.<sup>3</sup>

**De 7 a 12 meses:** continúa la tendencia de crecimiento a una velocidad progresivamente menor conforme avanza el tiempo. El aumento diario de peso es de 15 g, lo que supone 450 g más cada mes; la longitud se incrementa en 1,5 cm al mes y el crecimiento del perímetro cefálico es de 0,5 cm por mes.<sup>3</sup>

Estos niveles se alteran entre los 10 y los 12 meses: el peso aumenta 12 g al día, esto es, 368 g al mes; el crecimiento en longitud es de 1,2 cm por mes y el del perímetro cefálico, de 0,5 cm al mes.<sup>3</sup>

**De 1 a 2 años:** Si durante los primeros 12 meses la mayoría de los bebés crece 25 cm y triplica el peso con que nació, durante este segundo año crecerá la mitad: unos 12-14 cm y engordará solo 3-4 kg. Sus brazos y piernas se alargan. Desarrolla los músculos. El tronco pierde un poco de grasa, aunque sigue teniendo un abdomen

prominente. La cabeza crece más despacio. Parece más proporcionada con el cuerpo. Empieza a perder la redondez de las mejillas, crece su nariz, tiene más dientes. Aprende a andar y se mueve continuamente. Esto le lleva a desarrollar la musculatura y a quemar una mayor cantidad de grasa.<sup>3</sup>

## B. Fase de transición

**De 2 a 3 años:** El niño sigue creciendo, aunque de forma más lenta y gradual que en los primeros años. En líneas generales, aumenta unos 3 o 4 kg de peso y crece alrededor de 5 cm.<sup>3</sup>

Culmina la transformación de bebé a niño. Uno de los cambios más evidentes es la pérdida de volumen del cuerpo: las piernas y los brazos se estilizan y los músculos de las extremidades se desarrollan. Esto es gracias, en gran medida, a que el niño practica más actividades físicas: andar, correr, saltar.<sup>3</sup>

La columna se endereza, por lo que el niño camina más erguido. El cuello se alarga (se diferencia mejor la cabeza del cuerpo) y el tronco pierde corpulencia. En general, el niño adquiere un aspecto más proporcionado. La cara se afina (el niño pierde los mofletes característicos de los bebés) y la dentadura, por lo general, se completa. Los dientes que le faltan suelen brotar durante esta etapa. Cambia el aspecto de sus pies, ya que empieza a desaparecer la almohadilla de grasa bajo el arco de la planta del pie, típica de los bebés. Esta almohadilla daba una apariencia de pies planos.<sup>3</sup>

## C. Fase de crecimiento lento y estable

**De 3 a 6 años:** Desde los 3 años hasta la pubertad ( $\pm$  12 años) se produce una ganancia media del peso total de 25 kg y un aumento de la talla de 50 cm. En cuanto al crecimiento físico, en general los niños son ligeramente más altos y pesados que las niñas.<sup>3</sup>

Los sistemas muscular, óseo, nervioso, respiratorio, circulatorio e inmunológico se encuentran madurando y aparece la primera dentición. El crecimiento y la salud dependen de la nutrición. Los requerimientos nutritivos del preescolar y del escolar están en función del metabolismo basal, de la edad, del ritmo de crecimiento individual, de la actividad física, de la termorregulación, etc.<sup>3</sup>

Las necesidades energéticas diarias son de 80-90 kcal/kg/día, lo que supone, aproximadamente, un aporte de 1800 kcal diarias en niños de 4-6 años. Aunque esta cifra es orientativa, ya que existe una enorme variabilidad individual en cuanto a la actividad física que determina en gran medida las necesidades energéticas.<sup>3</sup>

Los procesos de crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes. Ambos tienen características comunes a todos los individuos de la misma especie, lo que los hace predecibles, pero también presentan algunas diferencias entre los sujetos debidas al carácter individual del patrón de crecimiento y desarrollo.<sup>3</sup>

Sólo a través de observaciones y mediciones repetidas con intervalos regulares de tipo y graficadas en curvas estandarizadas puede evaluarse el crecimiento.<sup>2</sup>

Son características del crecimiento:

1. Dirección: Céfalocaudal y próximo distal.
2. Velocidad: Crecimiento en unidad de tiempo. En etapas iniciales de la vida tiene su máxima rapidez y disminuye gradualmente hasta estabilizarse en la vida adulta.
3. Ritmo: Se refiere al patrón particular de crecimiento que tiene cada tejido u órgano a través del tiempo, el nivel de madurez de cada uno de ellos se alcanza en diferentes etapas de la vida. Por ej. El sistema nervioso central es el primero en alcanzar un mayor desarrollo y el aparato genital lo alcanza hasta la década de la vida.
4. Momento: Cada tejido tiene un momento en particular en el que se observan los mayores logros en crecimiento, desarrollo y madurez.
5. Equilibrio: Pese a que el crecimiento tiene distintas velocidades, alcanzando en su momento un nivel de armonía que se considera normal.<sup>2</sup>

Los padres heredan a sus hijos la capacidad de crecimiento (genotipo), que en condiciones ideales son similares para todos los hijos del mismo sexo (fenotipo), pero su expresión final (epigenotipo) depende de las condiciones ambientales de cada individuo en lo particular<sup>2</sup>. La información genética establece de forma muy precisa la secuencia y los tiempos en que se han de presentar el potencial de crecimiento y la magnitud con que éste se expresa, de modo que si alguna anomalía actúa en las diferentes etapas impidiendo que un evento ocurra en los plazos establecidos, puede producirse un trastorno definitivo del crecimiento y del desarrollo (periodos críticos). La herencia no solo influye en la talla final y en las proporciones corporales de un individuo, sino también en diversos procesos dinámicos de maduración, como la secuencia de maduración ósea y dentaria, la velocidad de crecimiento, la edad de menarquía, etc.<sup>3</sup>

En relación con la talla, los efectos genéticos se ven claramente ejemplificados al observar el patrón de crecimiento de los diferentes grupos étnicos; así, el ejemplo más extremo podemos encontrarlo al comparar la notable diferencia de talla que existe entre individuos de origen nórdico y los pigmeos de Nueva Guinea. Las diferencias familiares son tan evidentes como las diferencias que existen entre las razas.<sup>3</sup>

La influencia ambiental está determinada por diversos factores del ambiente físico, psicosocial y sociocultural de los individuos, siendo particularmente importantes los referidos al nivel de educación e ingreso familiar, así como a la composición y estabilidad de la familia. La interacción negativa entre todos ellos crea las condiciones de riesgo para contraer enfermedades. Dentro de los factores ambientales, la nutrición y las enfermedades infectocontagiosas son particularmente importantes en las comunidades en desarrollo. Esto hace que la evaluación del crecimiento y el desarrollo sea un buen indicador de las condiciones de salud del individuo o del grupo poblacional evaluado. Un buen ejemplo de la influencia de los factores ambientales sobre el crecimiento está representado por la menor estatura que alcanzan los adultos provenientes de niveles socioeconómicos bajos, en relación con los de estratos con mejores ingresos, dentro de una misma población.<sup>3</sup>

Hasta los 5 o 6 años de edad, las diferencias en el crecimiento dependen de la nutrición, del modo de alimentarse, del medio ambiente y de la atención sanitaria, más que de posibles factores genéticos o étnicos.<sup>3</sup>

La nutrición tiene una profunda influencia en el crecimiento y en el desarrollo. Los niños no son simplemente adultos pequeños, sino que pasan por diversos períodos evolutivos que son decisivos para el desarrollo de los órganos. Las deficiencias nutricionales durante estas fases críticas pueden dar lugar a retardos en el crecimiento que pueden no ser recuperados posteriormente.<sup>4</sup>

La exposición pre y posnatal a factores ambientales tiene efectos reproductivos tanto al nacimiento (retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad, alteraciones del desarrollo neurológico) como sobre la salud en etapas posteriores de la vida, incluyendo morbilidad en la edad adulta por cáncer, asma y alergia, enfermedades cardiovasculares, alteraciones cognitivas, etc. De la misma forma la dieta y la nutrición durante la etapa fetal y primera infancia es fundamental para el correcto desarrollo infantil así como para la salud posterior.<sup>5</sup> Existe cada vez una mayor evidencia sobre la influencia de la dieta durante el embarazo y los primeros meses de vida en el desarrollo fetal e infantil y la salud posterior del niño. Nutrientes como los ácidos grasos esenciales, los folatos y las sustancias antioxidantes se han implicado en el crecimiento intrauterino, el desarrollo del síndrome clínico de la pre eclampsia y en patologías infantiles como el asma y trastornos menores del desarrollo neuroconductual. Hay estudios que relacionan la ingesta de pescado (rico en el ácido graso esencial omega 3) durante el embarazo y el desarrollo neuroconductual posterior.<sup>5</sup>

La desnutrición proteínico-energética es una enfermedad sistémica que afecta a todos los órganos y sistemas del ser humano; es ocasionada por la reducción drástica, aguda o crónica de la disponibilidad de alimentos, sea por una ingestión insuficiente, la inadecuada absorción de nutrimentos o la pérdida excesiva de éstos, o bien, por la conjunción de dos o más de estos factores. Según la evolución, la desnutrición proteínico energética puede ser aguda (cuando el niño tiene un déficit en el índice de peso/talla) o crónica (cuando el déficit es en el índice talla/edad). También es pertinente señalar que, en los niños, la desnutrición aguda puede prolongarse y tener los rasgos clínicos de una desnutrición crónica de igual manera y por otro lado un niño con desnutrición crónica puede sufrir un evento clínico adverso que agudice su desnutrición. Es así como ambas circunstancias conducirían a una desnutrición crónica-agudizada (con déficit simultáneo en los índices peso/talla y talla/edad).<sup>1</sup>

Se estima que en el mundo 178 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica que ha ocasionado 35% (3.5 millones) de muertes en ese grupo de edad. La desnutrición durante el periodo crítico de la gestación y los primeros dos años de vida tiene efectos adversos en el crecimiento, desarrollo mental, desempeño intelectual y desarrollo de capacidades. La anemia por deficiencia de hierro es una de las carencias más frecuentes en el mundo. El hierro juega un papel importante en otras funciones del

organismo, en su carencia, se han descrito efectos adversos sobre el desarrollo psicomotor y cognitivo en menores de 2 años, sobre la capacidad de aprendizaje, la conducta, la condición física, mayor susceptibilidad a la infecciones (principalmente de tracto respiratorio), disminución de la velocidad de crecimiento y un incremento en la mortalidad infantil.<sup>7</sup>

El balance energético resulta de la diferencia entre la energía que ingresa al organismo (nutrientes) y el gasto energético total. Éste a su vez es la suma del gasto metabólico basal, gasto por metabolización y depósito de los alimentos, pérdidas, energía para crecimiento y gasto para actividad física. A partir de esta ecuación se pueden deducir distintos mecanismos que habitualmente coexisten y favorecen el compromiso nutricional en los niños con enfermedades respiratorias agudas de repetición y pulmonares crónicas, siendo la disminución de la ingesta y el aumento del gasto metabólico basal las más frecuentes.<sup>8</sup>

La relación entre nutrición y función pulmonar es compleja: así como las enfermedades pulmonares crónicas pueden alterar el crecimiento y desarrollo infantil, se ha demostrado que la desnutrición infantil influye en el crecimiento y desarrollo del pulmón. Esta interacción es especialmente delicada dentro de los dos primeros años de vida y se relaciona al desarrollo normal del pulmón y musculatura respiratoria, cuyo detrimento aumenta el trabajo respiratorio y las infecciones. Éstas, a su vez, aumentan requerimientos y favorecen el desarrollo de un círculo vicioso en que aumenta la morbimortalidad y desnutrición, aumentando el riesgo de infecciones.<sup>4</sup>

En lo respectivo a las enfermedades renales, éstas ocupan el cuarto lugar entre los problemas de salud en América Latina y el décimo tercero como causa de ingresos hospitalarios en México. La información epidemiológica sobre la prevalencia e incidencia de enfermedades renales en pacientes pediátricos es muy limitada. Un estudio realizado en menores de 15 años las principales enfermedades del sistema urinario, ordenadas por frecuencia, son: infección urinaria, litiasis urinaria, síndrome nefrótico, malformación urinaria, insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrítico, tubulopatías, hematuria y tumores. El impacto negativo en el crecimiento de los pacientes pediátricos con enfermedades renales se debe de manera general a infecciones frecuentes, poliuria, pérdida de nutrientes por la orina, uremia, acidosis y anorexia.<sup>9</sup>

Se describe que la infección crónica de vías urinarias puede conducir a un estado carencial, como la desnutrición protéico-energética, estableciéndose el ciclo de desnutrición e infección. Diversos estudios establecen una relación entre enfermedades renales y retraso en el crecimiento y la desnutrición; sin embargo, estos trabajos se centran en niños con insuficiencia renal, acidosis tubular e infección crónica de vías urinarias, no encontrándose descripciones del estado nutricional de niños con otras enfermedades del sistema urinario.<sup>6</sup>

En referencia a la diarrea, esta entidad tiene un alto impacto en las tasas de morbilidad y mortalidad en las poblaciones pediátricas en países en desarrollo. Los episodios recurrentes en los primeros años de vida suelen originar mal absorción intestinal y desnutrición. Como la diarrea suele presentarse en niños que cursan la etapa de crecimiento físico más intensa, en la que ocurre un acelerado desarrollo psicomotor, cuadros repetitivos son un importante factor de afectación tanto del crecimiento y el estado nutricional como de las funciones cognitiva e intelectual y en el futuro rendimiento escolar. Mientras la edad del niño es menor, mayor riesgo de pérdidas hidroelectrolíticas.<sup>10</sup>

En los países desarrollados, las alteraciones en el crecimiento de causa nutricional suelen producirse no de forma primaria, por falta de alimentos, sino como consecuencia de patologías orgánicas que condicionan aprovechamiento inadecuado de nutrientes o por aumento de sus pérdidas, de dietas inadecuadas voluntariamente asumidas (vegetarianas estrictas, restrictivas por hipercolesterolemia, alergias alimentarias, etc.) o por trastornos del comportamiento alimentario (anorexia, bulimia nerviosa y síndrome de temor a la obesidad). Realizar una historia alimentaria completa para estimar la ingestión de nutrientes y la tolerancia digestiva antes del primer año de vida y su continuación resulta entonces esencial para valorar el efecto de un consumo adecuado sobre la talla.<sup>1</sup>

Los hábitos alimentarios se forman desde los primeros años de vida y son el resultado de múltiples factores que interactúan en el individuo durante todo su crecimiento y desarrollo. Las diferentes experiencias con los alimentos, vinculadas a situaciones familiares, sociales y del ambiente que forman parte de la vida del individuo (principalmente durante la niñez), contribuirán positiva o negativamente en la formación de sus hábitos alimentarios.<sup>3</sup>

El aumento regular de peso y talla es el indicador más fiable de que el niño goza de un buen estado general de salud y se desarrolla adecuadamente. Los educadores deben recordar a los padres la importancia del aumento de peso y talla de cada niño en particular, y no con respecto a los demás. Todos los niños con edades comprendidas entre los primeros meses de la vida y los 3 años deben acudir a una revisión periódica, en la que se controle su medida y peso.<sup>3</sup>

La antropometría ha sido ampliamente utilizada como un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición. Su bajo costo, simplicidad, validez y aceptación social justifican su uso en la vigilancia nutricional, es el método no-invasivo más aplicable para evaluar el tamaño, las proporciones e, indirectamente, la composición del cuerpo humano.<sup>3</sup>

La antropometría hace posible la identificación de individuos o poblaciones en riesgo, reflejo de situaciones pasadas o presentes, y también predecir riesgos futuros. Esta identificación permite seleccionarlos para la implementación de intervenciones y, al mismo tiempo, evaluar el impacto de las intervenciones.<sup>10</sup>

Situarse en la realidad local permitirá planificar las acciones a desarrollar, la organización del servicio y los roles de los miembros del equipo; asimismo, identificar las necesidades de recursos y los temas a desarrollar por medio de la educación alimentaria y la comunicación dirigida a las familias y a la comunidad, entre otras cuestiones. A partir de todo ello, se podrá también evaluar el impacto de las actividades realizadas.<sup>10</sup>

Para la evaluación individual, hay dos formas básicas de evaluar el crecimiento: una transversal y otra longitudinal.<sup>10</sup>

El tamaño alcanzado es la comparación de una medición tomada a una edad determinada con la variación normal en la población a esa edad. Si se encuentra dentro de la variación normal, el peso o la talla son normales; si está por debajo, el peso o la talla son bajos. Se utilizan criterios de tamizaje considerando un límite prefijado, por ejemplo: talla/edad inferior al percentilo.<sup>10</sup>

La evaluación longitudinal o de velocidades ofrece su mayor utilidad para el diagnóstico antropométrico en el seguimiento del niño a lo largo de controles sucesivos sobre su curva de crecimiento. Sus mediciones se ubican como puntos en un gráfico de referencia y se unen con una línea, así se obtiene la curva de crecimiento del niño. Si esta curva es paralela a las de la gráfica, el crecimiento del niño es normal.<sup>10</sup>

Si el propósito de la evaluación es hacer un diagnóstico poblacional, la literatura universal recomienda utilizar un valor límite estricto, en general  $-2$  desvíos estándar o el percentilo 3. La probabilidad de que los niños con uno o más índices por debajo de  $-2$  desvíos estándar sean "normales" es de 2,3%.<sup>10</sup>

La interpretación de los hallazgos anormales variará según la edad y según la prevalencia de la condición de interés (por ej. baja talla) en la población local. Todas las condiciones que dan lugar a los principales déficits de crecimiento en las áreas con buen nivel socioeconómico (desórdenes orgánicos, enfermedades crónicas, fallo de crecimiento no orgánico) están también presentes en las áreas menos desarrolladas. Sin embargo, su contribución relativa a la prevalencia global de acortamiento o bajo peso es pequeña.<sup>10</sup>

La Norma oficial mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, establece los momentos para realizar de manera rutinaria la evaluación del crecimiento en el niño por parte de los médicos de primer contacto y, por ende, la medición de la talla:

En el niño < 28 días, dos mediciones: a los siete y 28 días.

En el menor de 1 año, cada dos meses.

En el niño de uno a cuatro años, cada seis meses.

Al respecto, la Academia Americana de Pediatría recomienda que el médico familiar evalúe el crecimiento del recién nacido, a los meses 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 y a los dos años; posteriormente, una vez por año hasta que termine el crecimiento y el desarrollo.<sup>11</sup>

La alteración más frecuente del crecimiento es la talla baja, Se considera que la talla es baja cuando ésta se sitúa por debajo de -2,5 desviaciones estándar (DE) de la media para la edad, sexo y grupo étnico del individuo o más de dos desviaciones estándar por debajo de la talla media familiar, una vez que se descartan las variantes normales del crecimiento.<sup>11</sup>

La existencia de una talla dentro de los límites normales no excluye la posibilidad de un crecimiento anómalo. Por este motivo hay que valorar siempre la velocidad de crecimiento, que depende de la edad y sexo, pero también de otros factores, como el ritmo individual de maduración, o el componente genético de talla. En general, una velocidad de crecimiento mantenida inferior a -1 DE de la media para la edad y sexo (aproximadamente el percentil 10) debe hacer considerar patología asociada.<sup>12</sup>

La terminología utilizada para denominar y clasificar los problemas de retraso de crecimiento es variada. Tradicionalmente, en la práctica clínica se ha clasificado en dos tipos, las variantes normales (talla baja familiar y retraso constitucional del crecimiento) y las patológicas. Actualmente, sin embargo, se prefiere clasificar la talla baja en talla baja patológica y talla baja idiopática.<sup>13</sup>

La talla baja idiopática (TBI) hace referencia a todas aquellas condiciones de talla baja en la que desconocemos la causa de la misma y que, además, cumplen los siguientes criterios: longitud y peso del recién nacido normal para la edad gestacional, proporciones corporales normales, ausencia de enfermedad crónica, orgánica, endocrinopatía o trastornos psicoafectivos, nutrición adecuada y un tiempo de crecimiento o maduración que puede ser normal o lento.<sup>12</sup>

En la práctica clínica se continúa utilizando los términos de talla baja familiar (TBF) y retraso constitucional del crecimiento y desarrollo (RCCD), debido a que nos permiten abordar de una forma práctica en la consulta la talla baja idiopática (TBI) y, sobre todo, porque facilita la orientación al paciente y su familia. Debemos considerar que un paciente presenta talla baja familiar cuando cumple con los siguientes criterios diagnósticos: peso y longitud normales al nacimiento, talla por debajo de -2 desviaciones estándar para edad, sexo y población de referencia, antecedentes familiares de talla baja, proporciones corporales normales, velocidad de crecimiento normal, pubertad normal, edad ósea concordante, pronóstico de talla adulta semejante a talla diana, talla final baja y ausencia de enfermedad orgánica, endocrina, nutricional o carencia afectiva. El retraso constitucional del crecimiento y desarrollo, sin embargo, se ha descrito como un enlentecimiento en el ritmo de maduración. Desde el punto de vista de la herencia, su comportamiento es autosómico dominante, por lo que está ampliamente difundido en la población en la que podemos encontrar hasta en un 50% de familias uno o dos sujetos afectados; además, en los niños existirá el antecedente en uno o ambos padres en un 60 hasta un 80%.<sup>12</sup>

En el grupo de pacientes con talla baja patológica se engloban todas las causas conocidas que pueden ocasionar efectos negativos en la evolución normal de la talla. Se puede su clasificar en función del análisis de las proporciones corporales, que nos orientara hacia la etiopatogenia, distinguiendo aquellos niños con talla baja y proporciones normales (armónicas) de los segmentos corporales de los que presentan talla baja con proporciones corporales inadecuadas (disarmónicas).<sup>12</sup>

En función de las proporciones normales se debe valorar el momento del inicio de la desviación del crecimiento, y según este podemos diferenciarlas en formas: prenatales y posnatales.<sup>12</sup>

En el grupo de los niños con alteraciones prenatales consideraremos el retraso del crecimiento intrauterino, ejemplo claro, el niño pequeño para edad gestacional que engloba a aquellos recién nacidos cuyo peso y/o longitud se sitúa por debajo del límite inferior de lo normal para su edad gestacional. Si bien muchos de estos niños van a presentar una recuperación de su crecimiento antes de los dos años de edad, en algunos (aproximadamente 1 de cada 10) el retraso persistirá.<sup>12</sup>

Dentro de las alteraciones postnatales se presentan los hipo crecimientos de origen psicosocial (talla baja en niños en asociación con hostigamiento psicológico o de privación emocional), de origen nutricional (malnutrición severa), en las enfermedades crónicas, en las enfermedades cardiopulmonares, en la enfermedad hepática, en infecciones crónicas o recurrentes, en enfermedades hematológicas, etc.<sup>12</sup>

Resultados correspondientes a la Encuesta Nacional Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) reflejan que de 1988 a 1999 la prevalencia de talla baja –desnutrición crónica- disminuyó 0.49 pp./año (2.02%/anual); durante el periodo 1999-2006 fue de 0.86 pp./año (4.57% anual) y entre 2006 y 2012 de 0.32 pp./año (2.16%/anual). En lo que a porcentajes se refiere, se reporta una franca disminución de la frecuencia de presentación de talla baja en la población preescolar, al pasar de 26.9% en 1988 a 13.6% en 2012, el descenso más importante se dio entre 1999 y 2006, cuando pasó de 21.5 a 15.5%; de 2006 a 2012 se observa también una disminución, pero de menor proporción de 15.5 a 13.6%, respectivamente.<sup>6</sup>

Se llevó a cabo un estudio comparativo, transversal y aleatorio simple en madres menores de 20 años de edad y madres adultas de 20 a 35 años, en comunidades rurales del estado de Querétaro desde agosto de 2008 a mayo de 2009, con una población total de 550 mujeres, donde se investigó la asociación del estado nutricional con la edad materna y las variables socio demográficas. De acuerdo con los resultados las madres adolescentes tuvieron mayor porcentaje de estudios de secundaria (41%) que las madres adultas (32%), así mismo en el indicador de peso para la edad se encontró mayor desnutrición leve en los hijos de madres adolescentes: 13.8 vs 10.5% en los hijos de madres adultas; sin embargo, hubo más sobrepeso-obesidad en los niños de estas últimas; la presencia de talla baja (T/E) en hijos de madres adolescentes tuvo una prevalencia de 12.4 % vs

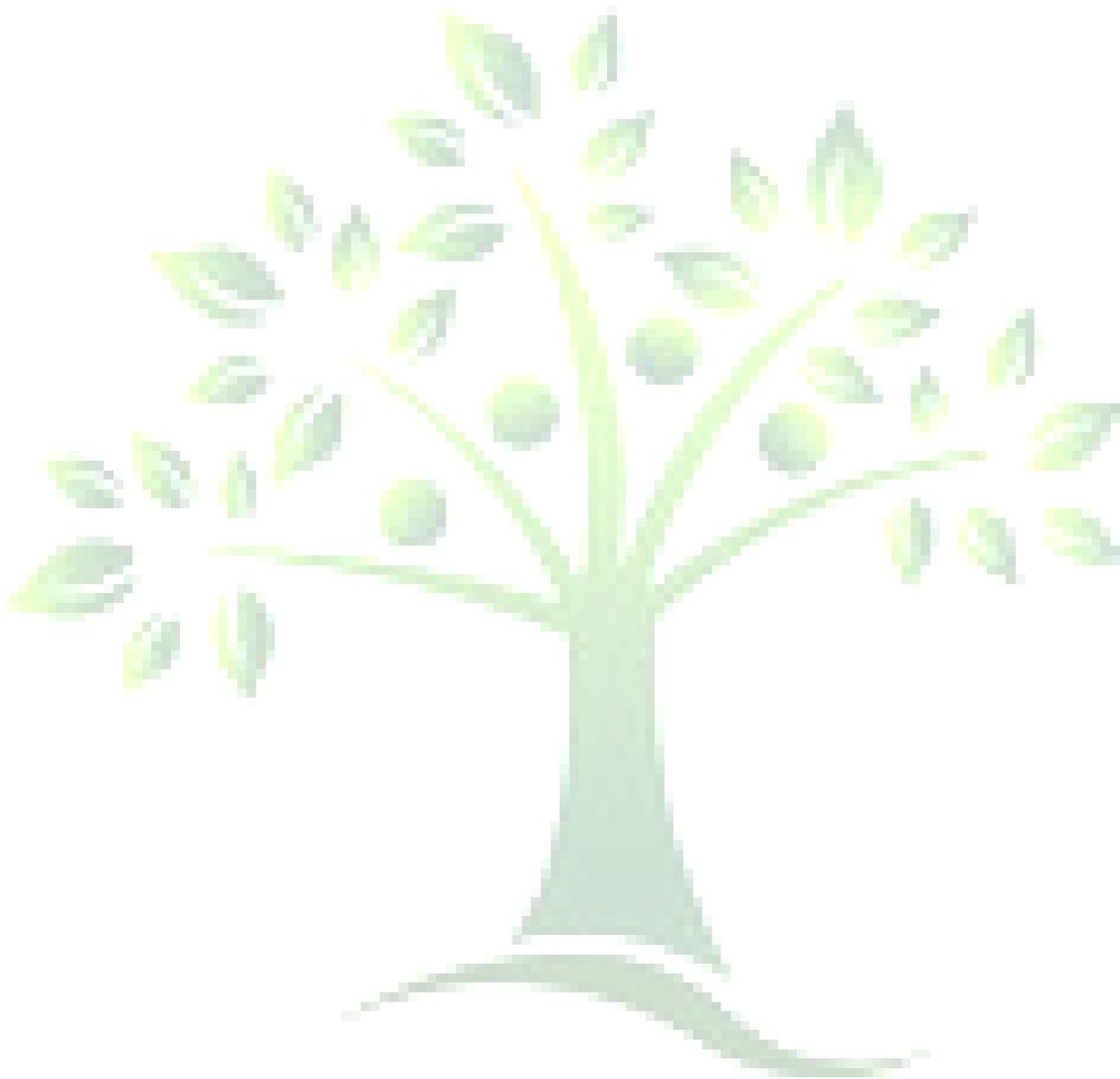
11.6% de los hijos de madres adultas; en el peso para la talla el sobrepeso fue importante en ambos grupos: 22.2% contra 19.6%. Existió mayor analfabetismo en las madres adultas hasta en 3.6 veces más en relación con las madres adolescentes y se observó mayor porcentaje de estudios de secundaria en estas últimas. En la asociación de variables, las madres adolescentes presentaron un estado socioeconómico "marginal" de Graffar, con una razón de momios de 2.229 (IC 95% 1.423-3.492) así como prematuridad con una razón de momios de 3.139, (IC 95% 1.125-8.761).<sup>14</sup>

Con respecto a las prácticas de alimentación, con la finalidad de evaluar la lactancia materna, en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en México, se llevó a cabo un estudio en 2006, prospectivo, de cohorte y analítico; se realizó un seguimiento a un grupo de binomios madre-hijo egresados del servicio de alojamiento conjunto durante un período de seis meses, se incluyeron en el estudio 194 binomios. En esta población predominó el grupo de edad entre 18 a 34 años, la escolaridad de 7-12 años (secundaria, preparatoria o su equivalente en carrera técnica), el nivel socioeconómico tres (clase media), el estado civil casado o en unión libre entre otros; se compararon dos grupos aquellos que recibían lactancia materna exclusiva y aquellos con lactancia mixta, sólo el grupo con escolaridad de cero a seis años resultó con significancia estadística a favor de la lactancia materna exclusiva con un riesgo relativo (RR) de 1.29 y un intervalo de confianza (IC) al 95% de 1.01, 1.64, con una P=0.11 (exacta de Fisher). La prevalencia de lactancia materna exclusiva a seis meses resultó alta (67.6%), iniciándose el seguimiento al primer mes con 74.9%, 13 puntos porcentuales por debajo de 88% reportado al alta hospitalaria.<sup>15</sup>

A partir de la Encuesta Nacional Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), se obtuvieron información con respecto a la lactancia materna, los resultados arrojaron que ésta inicia por debajo de lo que recomienda la OMS y desciende rápidamente con la edad del niño; la mediana de la duración de lactancia es alrededor de 10 meses. Específicamente en la ciudad de México se encontró que de la población analizada recibió lactancia por 6.7 meses en promedio, 94.5% de los niños menores de 24 meses alguna vez fueron amamantados, 14.9% tuvo acceso a lactancia materna exclusiva menos de 6 meses, 24.6% mantuvo lactancia materna predominante menos de 6 meses y sólo un 37.1% fue amamantado de forma continua incluso posterior al primer año de edad (12-15 meses). Con respecto al perfil materno encontrado, en la ciudad de México, la media de la educación en años correspondía a 10.1 + 0.3 años, la edad oscilaba entre los 27.5 + 0.7 años, 35.2% de las mujeres encuestadas contaba con un empleo y 60.5% con derechohabencia a algún servicio de salud, 24.9% pertenecían al estrato socioeconómico bajo contra un 32.4% del medio y 42.8% al alto.<sup>16</sup>

A diferencia de las prácticas de lactancia, las de alimentación complementaria se acercan más a las recomendaciones de la Organización Mundial para la Salud. La mayoría de los niños (94.8%) recibe alimentos entre los 6 y 8 meses, y tres cuartas partes consume una dieta con una mínima diversidad en el segundo semestre de su vida; ambos indicadores tuvieron valores significativamente mejores en los últimos seis años. Hubo un importante

porcentaje de niños que consumieron una dieta con una diversidad mínima. Con respecto a la ciudad de México se observó que de la población encuestada, 93.9% presentó diversidad alimentaria mínima entre los 6 y 11 meses de edad, mientras que el porcentaje correspondiente a consumo de alimentos fortificados o ricos en hierro correspondió a un 74.9% de este mismo grupo.<sup>16</sup>



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mayores prevalencias de déficit nutricional en los países de América Latina se registran en el indicador talla para la edad. La talla de los niños comienza a detenerse a partir de los 6 meses de vida, agudizándose el problema a partir de los 12 meses consolidándose como deficiencia hacia los 59 meses, a esa edad, la talla ya se encuentra totalmente comprometida. De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la talla baja se asocia a situaciones de pobreza y los efectos adversos impactan sobre la salud (crecimiento) así como el desarrollo de capacidades (capital humano adulto, productividad económica). Las causas inmediatas incluyen la alimentación inadecuada en cantidad y calidad, la incidencia de enfermedades infecciosas y el cuidado inadecuado de los niños; mismas que son a su vez el resultado de inapropiada disponibilidad de alimentos, de servicios de salud, educación y de infraestructura sanitaria deficiente, consecuencia final de la inequidad en la distribución de los recursos. Como resultado, surge la necesidad de un abordaje integral que permita identificar, a través de dichos factores, los niños con riesgo de ser afectados.

La familia parece un punto de partida apropiado como unidad intermedia de análisis; es una institución con un papel mediador entre el contexto social y el individuo, según las condiciones de existencia que les impone su pertenencia a un determinado ambiente social, desarrolla arreglos domésticos, comportamientos o acciones para satisfacer las necesidades básicas de sobrevivencia. El niño menor de tres años es uno de los elementos más vulnerables de la familia, y sus condiciones de salud y nutricionales representan un indicador apropiado de la salud de la propia familia.

Aunque la talla baja continua siendo un desafío para las sociedades en desarrollo, debemos enfrentarla con acciones concretas y comprometidas que estén al alcance de nuestra población en base a sus recursos, como equipo de salud llevar a cabo la planeación apropiada con estrategias que impliquen educación y evaluación de resultados, hacen imperativo el reforzar nuestra relación con la sociedad a través del núcleo familiar.

En la Unidad de Medicina Familiar No.33 no existe un registro que nos oriente para relacionar los factores de riesgo existentes en el interior de la familia con el estado nutricional y la talla del menor de 3 años de edad, aspecto que considero sería la base para otras investigaciones así como para implementar acciones de tipo preventivo que impacten de forma positiva en la salud de nuestros derechohabientes.

De lo anterior me permito hacer la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario"?**

## OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los elementos de riesgo familiar, como factor de riesgo modificable, de causa no endócrina, relacionados con talla baja, en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
2. Determinar el nivel socioeconómico, como factor de riesgo modificable, de causa no endócrina, relacionado con talla baja, en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
3. Determinar la frecuencia de presentación de lactancia materna, como factor de riesgo modificable, de causa no endócrina, relacionado con talla baja, en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
4. Determinar la frecuencia de desnutrición, como factor de riesgo modificable, de causa no endócrina, relacionado con talla baja, en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
5. Determinar la frecuencia de rinofaringitis aguda recurrente, como factor de riesgo modificable, de causa no endócrina, relacionado con talla baja, en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
6. Determinar la frecuencia de diarrea aguda persistente, como factor de riesgo modificable, de causa no endócrina, relacionado con talla baja, en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
7. Determinar la frecuencia de infecciones de vías urinarias recurrentes, como factor de riesgo modificable, de causa no endócrina, relacionado con talla baja, en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
8. Describir los patrones alimentarios en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, transversal, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, calculando un tamaño de muestra de 255 niños de entre 0 y 3 años de edad, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 6%. El objetivo de estudio fue identificar la frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".

La población se constituyó por niños preescolares de ambos sexos, derechohabientes, que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, enfermería materno infantil y a los módulos de atención de medicina preventiva. La valoración nutricional, atención a enfermedades y factores ambientales de todos los niños de 0 a 36 meses se registró en dos cuestionarios (anexos 2 y 3): el primero diseñado exprofeso para identificar los factores de riesgo relacionados con la presencia de talla baja incluyó la adaptación del método de Graffar-Méndez para valorar nivel socioeconómico; el segundo adaptado a las necesidades del grupo etario a partir del cuestionario frecuencia de consumo de alimentos del manual de procedimientos para proyectos de nutrición. Ambos cuestionarios se aplicaron al individuo adulto que acompañaba al menor previo consentimiento informado (anexo 1). La valoración antropométrica se efectuó en las instalaciones de la unidad de medicina familiar localizadas en el consultorio de enfermería materno infantil. Los objetivos antes planteados se cumplieron en al menos 1 entrevista, los cuestionarios tuvieron una duración de 10 minutos y la valoración antropométrica 05 minutos en condiciones generales.

Los criterios de exclusión considerados comprendieron a los niños con antecedentes de enfermedades endócrinas o enfermedades congénitas corroboradas y la negativa a la participación del menor en el estudio por parte del tutor o adulto acompañante, eliminándose del estudio a aquellos niños cuyo llenado del cuestionario y valoración antropométrica se efectuaron de forma incompleta.

En lo que refiere a los factores de riesgo incluidos en el estudio, se tomaron en cuenta: rinofaringitis aguda recurrente, diarrea aguda persistente, infecciones de vías urinarias recurrentes, lactancia materna, patrones alimentarios, desnutrición, elementos de riesgo familiar y nivel socioeconómico.

Una vez recolectados los datos, se registraron en el programa estadístico SPSS22, el análisis se llevó a cabo con estadística descriptiva, se reportaron los porcentajes y frecuencias con que se presentó cada factor de riesgo, y se emplearon tablas cruzadas para evaluar la asociación entre talla baja y factores de riesgo. La representación de resultados se realizó con gráficas de barras e histogramas. Finalmente los datos obtenidos se compararon con la literatura existente y se discutieron sus implicaciones para dejar un camino abierto para investigaciones subsecuentes.

## RESULTADOS

De los 255 niños entre 0 y 3 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" que participaron en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto a la **edad** de los niños participantes, para facilitar su análisis se decidió incluirlos en 3 grupos, niños entre 0 y 12 meses de edad, niños con 12 a 24 meses de edad y niños de 25 a 36 meses de edad y se distribuyó de la siguiente manera: de un total de 255 (100%) de niños, **193 (75.7%) correspondió al grupo de 0 a 12 meses de edad, 35 (13.7%) se incluyeron entre los 13 y los 24 meses de edad y finalmente 27 (10.6%) pertenecían a la edad de entre 25 y 36 meses.** Con respecto a las **medidas de tendencia central**, se observa que los niños presentaron en **promedio una edad comprendida entre los 0 y 12 meses de edad con una media aritmética de 0.35, identificando una mediana de .00 incluida en este grupo y una moda de 0 lo cual nos confirma particularmente este grupo etario como el valor más frecuente en el conjunto.** Por otro lado, con respecto a la **curva de frecuencia**, se puede valorar una **distribución asimétrica de los niños lo cual informa aproximadamente un 75.7% de la población total presentó una edad promedio entre los 0 y 12 meses de edad con una distribución estándar de  $\pm 0.664$  meses.** (Tablas 1 y 2, gráfica No.1).

En lo referente al **género** de los niños incluidos en el estudio, la frecuencia de los casos se distribuyó de la siguiente forma: **51.76% de los casos evaluados correspondió al género femenino mientras que 48.24% al género masculino.** (Tabla 3, gráfica 2)

Con respecto a los factores de riesgo familiar, el **alfabetismo de los padres** se distribuyó de la siguiente forma: **de los 255 casos incluidos en esta investigación, el 100% de los padres contó con alfabetización.** (Tabla 4, gráfica 3)

En relación a la **escolaridad materna** la disposición de datos de presentó como sigue: del total de 255 madres incluidas (100%), **cuentan con primaria completa o incompleta 5 (2%), secundaria incompleta 78 (30.6%), Secundaria completa o bachillerato completo 121 (47.5%) y estudios universitarios 51 (20%).** En lo referente a las medidas de tendencia central, **se observa en promedio una escolaridad materna de educación media, es decir secundaria, con una media aritmética de 2.85, identificando una mediana de 3 correspondiente a la educación media superior predominante y una moda de 3 que nos marca como valor más frecuente en el conjunto la secundaria/bachillerato completos.** Por otro lado, con respecto a la **curva de frecuencia**, se puede valorar una **distribución simétrica con respecto a la educación materna aproximadamente un 47.5% de la población total presentó una escolaridad promedio de nivel medio superior con una distribución estándar de  $\pm 0.752$ .** (Tablas 1 y 5, gráfica No.4)

En lo referente a la **composición familiar** se recoge la siguiente información: del total de niños incluidos en el estudio (255=100%), **52 (20.4%) viven en familias**

**monoparentales, 107 (42.0%) en familias nucleares y 96 (37,6%) en familias extensas.** (Tabla 6 y gráfica 5)

Con respecto al factor **edad materna**, la frecuencia se distribuyó de la siguiente forma: de los **255 (100%) de casos revisados, 236 madres equivalentes al 92.55% de la muestra tenía 20 años o más al nacimiento de su hijo evaluado y únicamente el 7.45% correspondiente a 19 mujeres tenía 19 años o menos durante el evento de nacimiento.** (Tabla 7, gráfica 6)

Se tomó en cuenta también el factor **nivel o estatus socioeconómico** del grupo familiar al que pertenecía cada niño en nuestra muestra obteniéndose la siguiente frecuencia: del total de 255 familias revisadas (100%), **pertenecen al estrato socioeconómico medio alto 26 es decir el 10.2%, ocupan el estrato socioeconómico medio bajo 108 familias lo que equivale a un 42.4% del total, finalmente en el estrato socioeconómico obrero se encuentran 121 familias que equivalen al restante 47.5% de la muestra.** Respecto a las medidas de tendencia central, **se observa en promedio las familias cuentan con estrato socioeconómico medio bajo con una media aritmética de 3.37, identificando una mediana de 3 que nuevamente se incluye en este nivel socioeconómico y una moda de 4 que nos marca como valor más frecuente en el conjunto el estrato socioeconómico obrero. Por otro lado, con respecto a la curva de frecuencia, se puede valorar una distribución asimétrica negativa pues aproximadamente un 47.5% de la población total presentó un nivel socioeconómico promedio obrero con una distribución estándar de  $\pm 1.0.663$ .** (Tablas 1 y 8, gráfica 7)

En relación a las **toxicomanías** maternas durante el embarazo se obtuvo la distribución de las siguientes frecuencias: del total de la población materna, 255 mujeres que representaron el 100%, **únicamente 1 mujer consumió tabaco durante la gestación lo cual equivale a un porcentaje de 0.4% del total de la población, 2 mujeres consumieron alcohol representando un 0.8% y 252 mujeres negaron el consumo de alguna sustancia durante el embarazo lo que representó un total de 98.8%.** (Tabla 9, gráfica 8)

Acerca de la **lactancia materna** proporcionada en la población de los niños estudiados, la frecuencia se distribuyó de la siguiente forma: del total de los 255 casos incluidos en el estudio (100%), se encuentra **lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida en 43 niños, es decir el 16.9% de la población total estudiada; con respecto a la lactancia mixta (lactancia materna + lactancia con fórmula suplementaria) ésta se observó en 169 casos correspondiendo a un porcentaje de 66.3% del total de la muestra. Finalmente un 16.9% del total de los individuos incluidos en el estudio, equivalente a 43 niños, fueron referidos sin lactancia materna.** (Tabla 10, gráfica 9)

De acuerdo al **inicio de alimentación complementaria**, la frecuencia de distribución se presentó: del total de 255 niños incluidos en el estudio (100%), **75 niños (29.4%) no han iniciado ablactación, en 13 niños (5.1%) se inició la ablactación antes de los 4**

meses mientras que en 99 (38.8%) se inició entre los 4 y los 6 meses de vida, por último 68 niños fueron abracados después del sexto mes de nacidos. En las medidas de tendencia central, se observa en promedio la ablactación tuvo a lugar entre los 4 y seis meses de vida de los niños incluidos en el estudio con una media aritmética de 1.63, identificando una mediana de 2 que nuevamente se incluye en el período de ablactación previamente comentado y una moda de 2 que nos marca como valor más frecuente en el conjunto la ablactación en este mismo intervalo de edad. Por otro lado, con respecto a la curva de frecuencia, se puede valorar una distribución simétrica pues el tiempo promedio en que la ablactación tuvo a lugar se presentó entre los 4 y 6 meses de vida con una distribución estándar de  $\pm 1.166$ . (Tablas 1 y 11, gráfica No.10)

En lo referente a la **diarrea aguda persistente** se obtuvo la distribución de las siguientes frecuencias: de los 255 niños evaluados (100%), **13 presentaron diarrea aguda persistente lo que equivale a un 5.1% de la muestra total, mientras tanto 242 niños (94.9%) reportaron nunca haber cursado con dicha entidad nosológica.** (Tabla No.12 y gráfica No.11)

Según el factor **rinofaringitis aguda recurrente** se obtuvo la siguiente distribución de frecuencias: tomando en cuenta una muestra de 255 niños como el 100%, **4.7%, es decir 12 niños, cursaron con criterios clínicos de rinofaringitis aguda persistente mientras que 243 niños (95.3%) no.** (Tabla No. 13 y gráfica No. 12)

De acuerdo al factor **infección de vías urinarias recurrente** se obtuvo la siguiente distribución de frecuencias: tomando como base una muestra total de 255 individuos como el 100%, **el 0.4% representado por 1 individuo curso con infección de vías urinarias recurrente en tanto que 254 niños, equivalente a 99.6%, no.** (Tabla No.14 y gráfica No. 13)

Respecto al **estado nutricional** de los niños incluidos en el estudio, con el objeto de facilitar la organización de los datos, se decidió incluirlos en 6 grupos de acuerdo a la OMS, arrojando los siguientes resultados: tomando en cuenta una muestra de 255 niños como el 100%, **5 niños (2.0%) presentaron peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa, se reportaron con peso bajo para la talla o desnutrición aguda 11 niños (4.3%), con riesgo de bajo peso para la talla 20 niños (7.8%), con peso adecuado para la talla cursaron 155 niños (60.8%), con sobrepeso 45 niños (17.6%) del total de la muestra y finalmente 19 niños (7.5%) con obesidad.** En lo referente a las medidas de tendencia central el promedio de peso en los niños estudiados correspondió al peso adecuado para la talla con un a media aritmética de 4.11, identificando una mediana de 4 que se incluye también en este grupo de peso y una moda de 4 lo cual nos confirma el peso adecuado para la talla como el valor más frecuente en el conjunto estudiado. Con respecto a la curva de frecuencia, se observa una distribución simétrica con respecto al peso encontrado; lo anterior debido a que aproximadamente un 60.8% de la población total presentó

**peso adecuado para la talla acorde a las tablas de índice de masa corporal de la Organización Mundial para la Salud con una desviación estándar de +/- 0.946. (Tablas 1 y 15, gráfica 14)**

De acuerdo a la talla se decidió agrupar a los participante en 4 subgrupos para la organización de la información, la frecuencia de distribución se presentó de la siguiente forma: del total de 255 niños contenidos en el estudio 100%, **9 presentaron baja talla ocupando un 3.5% de la muestra, 25 niños se incluyeron en el grupo alerta de baja talla lo que equivale a 9.8% de la muestra, 217 niños tenían talla adecuada es decir el 81.5% del total de niños estudiados; mientras que 4 niños, 1.6% del total de la muestra, presentaron alta talla. Respecto a las medidas de tendencia central se observa un promedio entre alerta de talla baja y talla adecuada para la edad con una media aritmética de 3.85% identificando una mediana de 4 que corresponde a talla adecuada para la edad con una moda de 4 que nos corrobora ésta última como valor más frecuente en el conjunto. Por otro lado, con respecto a la curva de frecuencia, se valora una distribución simétrica, pues aproximadamente 85.1% del total de la población estudiada cursó con talla adecuada para la edad con una desviación estándar de +/- 0.482. (Tablas 1 y 16, gráfica 15)**

En las tablas de contingencia, buscando relaciones de dependencia entre las variables escolaridad de la madre y talla del niño en estudio se presentan los siguientes resultados: tomando en cuenta con universo de estudio 255 niños, **5 niños de talla adecuada correspondientes a un porcentaje de 2.3% se incluyeron en el grupo de hijos de madres con escolaridad primaria completa o incompleta; 06 niños con talla baja (2.4%), 10 niños con alerta de talla baja (3.9%), 60 niños con talla adecuada (23.5%) y 2 niños con talla alta (0.8%) se presentaron en las madres con secundaria incompleta. Para las madres con secundaria completa/técnica superior o bachillerato completo se reportaron 3 niños con talla baja (1.2%), 9 con alerta de talla baja (3.5%), 107 con talla adecuada (42%) y 2 con talla alta (.08%); finalmente, 6 niños con alerta de talla baja (2.4%) y 45 niños con talla adecuada (17.6%) se encontraron en madres con escolaridad universitaria. (Tablas 17, 18 y 19)**

**En las medidas direccionales “*d de Somers*” se encuentra el valor 0.060 para la simetría, el valor 0.103 para la escolaridad de la madre, y el valor 0.043 respecto a la talla para la edad del niño en estudio. En las medidas simétricas “*Tau-b de Kendall*” cuenta con un valor de 0.066, “*Tau-c de Kendall*” con un valor de 0.036 y “*Gamma*” con un valor de 0.158. (Tablas 17, 18 y 19)**

Buscando relaciones de dependencia entre las variables nivel o estatus socioeconómico y talla del niño en estudio, en las tablas de contingencia se presentan los siguientes resultados: tomando en cuenta con universo de estudio 255 niños, **4 niños (1.6%) de talla baja y 22 niños con talla adecuada (8.6%) pertenecieron al estrato medio alto; 7 niños (2.7%) con talla baja, 5 niños (2.0%) con alerta de talla baja y 96 (39.6%) con talla adecuada se presentaron en el estrato medio bajo, mientras que 2 (0.8%) niños**

con talla baja, 16 (6.3%) niños con alerta de talla baja, 99 (38.8%) niños con talla adecuada y 4 (1.6%) niños con talla alta se encontraron en el estrato obrero. (Tablas 20, 21 y 22)

En las medidas direccionales "*d de Somers*" se encuentra el valor 0.013 para la simetría, el valor 0.021 para el nivel o estatus socioeconómico, mientras que el valor 0.010 a la talla para la edad del niño en estudio. En las medidas simétricas "*Tau-b de Kendall*" cuenta con un valor de 0.014, "*Tau-c de Kendall*" con un valor de 0.008 y "*Gamma*" con un valor de 0.036. (Tablas 20, 21 y 22)

En las tablas de contingencia, buscando relaciones de dependencia entre las variables inicio de alimentación complementaria y talla del niño en estudio se presentan los siguientes resultados: tomando en cuenta con universo de estudio 255 niños, 2 (0.8%) casos de talla baja, 7 (2.7%) niños con alerta de talla baja y 64 (25%) niños con talla adecuada y 2 (0.8%) niños con talla alta en niños que no han iniciado alimentación suplementaria; en aquellos niños que iniciaron ablactación antes de los 4 meses sólo 1 (0.4%) presenta alerta talla baja y 12 (4.7%) talla adecuada. En aquellos en quienes se inició la ablactación entre los 4 y 6 meses, 5 (2.0%) presentan talla baja, 10 (3.9%) niños alerta de talla baja y 84 (32.9%) niños talla adecuada; finalmente, en aquellos niños en quienes se inició la ablactación después de los 6 meses, 2 (0.8%) presentaron talla baja, 7 (2.7%) alerta de talla baja, 57 (22.4%) talla adecuada y 2 talla alta (0.8%). (Tablas 23, 24 y 25)

En las medidas direccionales "*d de Somers*" se encuentra el valor -0.017 para la simetría, el valor -0.030 para el inicio de la alimentación complementaria, y el valor -0.012 respecto a la talla para la edad del niño en estudio. En las medidas simétricas "*Tau-b de Kendall*" asume un valor de -0.019, "*Tau-c de Kendall*" un valor de -0.011 y "*Gamma*" con un valor de -0.044. (Tablas 23, 24 y 25)

Con respecto a las relaciones de dependencia entre las variables desnutrición por índice de masa corporal y talla del niño en estudio, en las tablas de contingencia se presentan los siguientes resultados: tomando en cuenta con universo de estudio 255 niños, 3 (1.2%) niños con alerta de talla baja y 2 niños (0.8%) con talla adecuada presentaron peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa, 11 niños (4.3%) con talla adecuada se encuentran en el grupo de peso bajo para la talla o desnutrición aguda en este rubro no se presentan niños con talla baja; 2 niños (0.8%) con talla baja, 8 niños (3.1%) con riesgo de talla baja y 10 niños (2.9%) con talla adecuada se encontraron en riesgo de peso bajo para la talla; 3 niños (12%) con talla baja, 9 niños con riesgo de talla baja (3.5%), 139 niños (54.5%) con talla adecuada y 4 niños (1.6%) con talla alta presentaron peso adecuado para la talla, en los niños con sobrepeso 2 niños (0.8%) tienen talla baja, 5 niños (2.0%) presentan riesgo de talla baja y 38 niños (14.9%) talla adecuada. Finalmente los niños que cursan con obesidad 2 niños (0.8%) presentan talla baja y 17 niños (6.7%) talla adecuada. (Tablas 26, 27 y 28)

En las medidas direccionales "*d de Somers*" se encuentra el valor 0.089 para la simetría, el valor 0.142 para la desnutrición por índice de masa corporal y el valor 0.064 a la talla para la edad del niño en estudio. En las medidas simétricas "*Tau-b de Kendall*" cuenta con un valor de 0.096, "*Tau-c de Kendall*" con un valor de 0.050 y "*Gamma*" con un valor de 0.209. (Tablas 26, 27 y 28)

Para efecto del análisis de tablas cruzadas entre variables se decidió agrupar en clases los datos hasta obtener frecuencias esperadas recodificándose la variable talla para la edad en una nueva variable agrupando los valores muy baja talla, baja talla y alerta de baja talla en el nuevo valor talla baja, mientras que talla adecuada y alta talla en el valor talla adecuada. Se recodificó también la variable escolaridad de la madre agrupando los valores primaria incompleta y secundaria incompleta en escolaridad media incompleta manteniendo constantes los valores secundaria completa/técnica superior o bachillerato completo y estudios universitarios.

En las tablas de contingencia buscando relaciones de dependencia entre composición familiar y talla del niño estudiado se presentan los siguientes resultados: **en los niños incluidos en las familias monoparentales, 8 niños (3.1%) presentan talla baja y 44 niños (17.3%) talla adecuada, en las familias nucleares 9 (3.5%) niños presentan talla baja y 98 (38.4%) niños talla adecuada, en el caso de las familias extensas 17 (6.7%) niños presentan talla baja y 79 (31.0%) talla adecuada. En las pruebas no paramétricas el estadístico chi-cuadrada toma el valor 4.023, en el caso del valor coeficiente Phi es de 0.126, V de Cramer 0.126 y el coeficiente de contingencia de Pearson es de 0.125. (Tablas 29, 30 y 31)**

Buscando relaciones de dependencia entre edad materna al nacimiento del niño y talla, en las tablas de contingencia se presentan los siguientes resultados: **en las madres cuyo parto se produjo entre los 19 años o menos, se presentan 4 (1.6%) niños con talla baja y 15 (5.9%) con talla adecuada, mientras que en aquellas madres con 20 años o más al momento del nacimiento se incluyen 30 (11.8%) niños con talla baja y 206 (80.8%) con talla adecuada. En las pruebas no paramétricas el estadístico Chi-cuadrada toma el valor 1.059, en el caso del valor coeficiente Phi es de 0.064, V de Cramer 0.064 y el coeficiente de contingencia de Pearson es de 0.064. (Tablas 32, 33, 34 y gráfica 21)**

En tablas de contingencia, buscando relaciones de lactancia materna y talla del niño, se obtienen los siguientes resultados: **en los niños que presentaron lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida 5 (2.0%) tuvieron talla baja y 38 (14.9%) talla adecuada, de los niños con lactancia mixta 22 (8.6%) niños tuvieron talla baja y 147 (57.6%) talla adecuada; finalmente de aquellos que no presentaron lactancia materna 7 (2.7%) presentaron talla baja y 36 (14.1%) talla adecuada. En las pruebas no paramétricas el estadístico chi-cuadrada toma el valor 0.446, en el caso del valor coeficiente Phi es de 0.042, V de Cramer 0.042 y el coeficiente de contingencia de Pearson es de 0.042. (Tablas 35, 36 y 37)**

Evaluando relaciones de dependencia entre diarrea aguda persistente y la talla del niño en estudio, en las tablas de contingencia se presentan los siguientes resultados: en los niños que si han presentado diarrea aguda persistente por clínica, **8 (3.1%) muestran datos de talla baja y 5 (2.0%) de talla adecuada, de los niños que no ha presentado cuadros de diarrea aguda persistente 26 (10.2%) tienen talla baja y 216 (84.7%) talla adecuada.** En las pruebas no paramétricas el estadístico chi-cuadrada toma el valor **27.546**, en el caso del valor coeficiente Phi es de **0.329**, V de Cramer **0.329** y el coeficiente de contingencia de Pearson es de **0.312**. (Tablas 38, 39 y 40)

Evaluando relaciones de dependencia entre rinofaringitis aguda recurrente y la talla del niño en estudio, en las tablas de contingencia se presentan los siguientes resultados: de los niños que clínicamente cursaron con rinofaringitis aguda recurrente, **8 (3.1%) presentaron talla baja y 4 (1.6%) talla adecuada, de los niños que no presentaron la clínica antes referida 26 (10.2%) tienen talla baja y 217 (85.1%) talla adecuada.** En las pruebas no paramétricas el estadístico chi-cuadrada toma el valor **30.997**, en el caso del valor coeficiente Phi es de **0.349**, V de Cramer **0.349** y el coeficiente de contingencia de Pearson es de **0.329**. (Tablas 41, 42, y43)

Evaluando relaciones de dependencia entre infección de vías urinarias recurrente y la talla del niño en estudio, en las tablas de contingencia se presentan los siguientes resultados: **el único caso (0.4%) que cursó con infección de vías urinarias recurrente presentó talla baja, mientras que en aquellos que no se presentó el cuadro de infección 33 (12.9%) tienen talla baja y 221 (86.7%) talla adecuada.** En las pruebas no paramétricas el estadístico chi-cuadrada toma el valor **6,536**, en el caso del valor coeficiente Phi es de **0.160**, V de Cramer **0.160** y el coeficiente de contingencia de Pearson es de **0.158**. (Tablas 44, 45 y 46)

Con respecto al patrón de consumo alimentario se obtuvieron los siguientes resultados:

Consumo de lácteos: **en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de 2 a 4 veces por semana con una media aritmética de 2.28, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 2 a 4 veces por semana con una media aritmética de 2.36, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 2 a 4 veces por semana con una media de 2.20.** (Tabla 47)

Consumo de frutas: **en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 y 2 veces por semana con una media aritmética de 1.78, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media aritmética de 1.83, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media de 1.79.** (Tabla 48)

Consumo de verduras: **en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 y 2 veces por semana con una media aritmética de 1.87, de**

**13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media aritmética de 1.92, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media de 1.86. (Tabla 49)**

**Consumo de carnes: en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 y 2 veces por semana con una media aritmética de 1.69, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media aritmética de 1.65, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media de 1.89. (Tabla 50)**

**Consumo de pescados y mariscos: en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 vez por semana con una media aritmética de 0.81, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 vez por semana con una media aritmética de 1.23, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 vez por semana con una media de 1.21. (Tabla 51)**

**Consumo de leguminosas: en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 y 2 veces por semana con una media aritmética de 1.59, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media aritmética de 1.57, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 vez por semana con una media de 1.49. (Tabla 52)**

**Consumo de cereales: en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 y 2 veces por semana con una media aritmética de 1.80, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media aritmética de 1.80, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media de 1.85. (Tabla 53)**

**Consumo de tortilla: en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 y 2 veces por semana con una media aritmética de 1.85, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media aritmética de 1.80, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media de 1.76. (Tabla 54)**

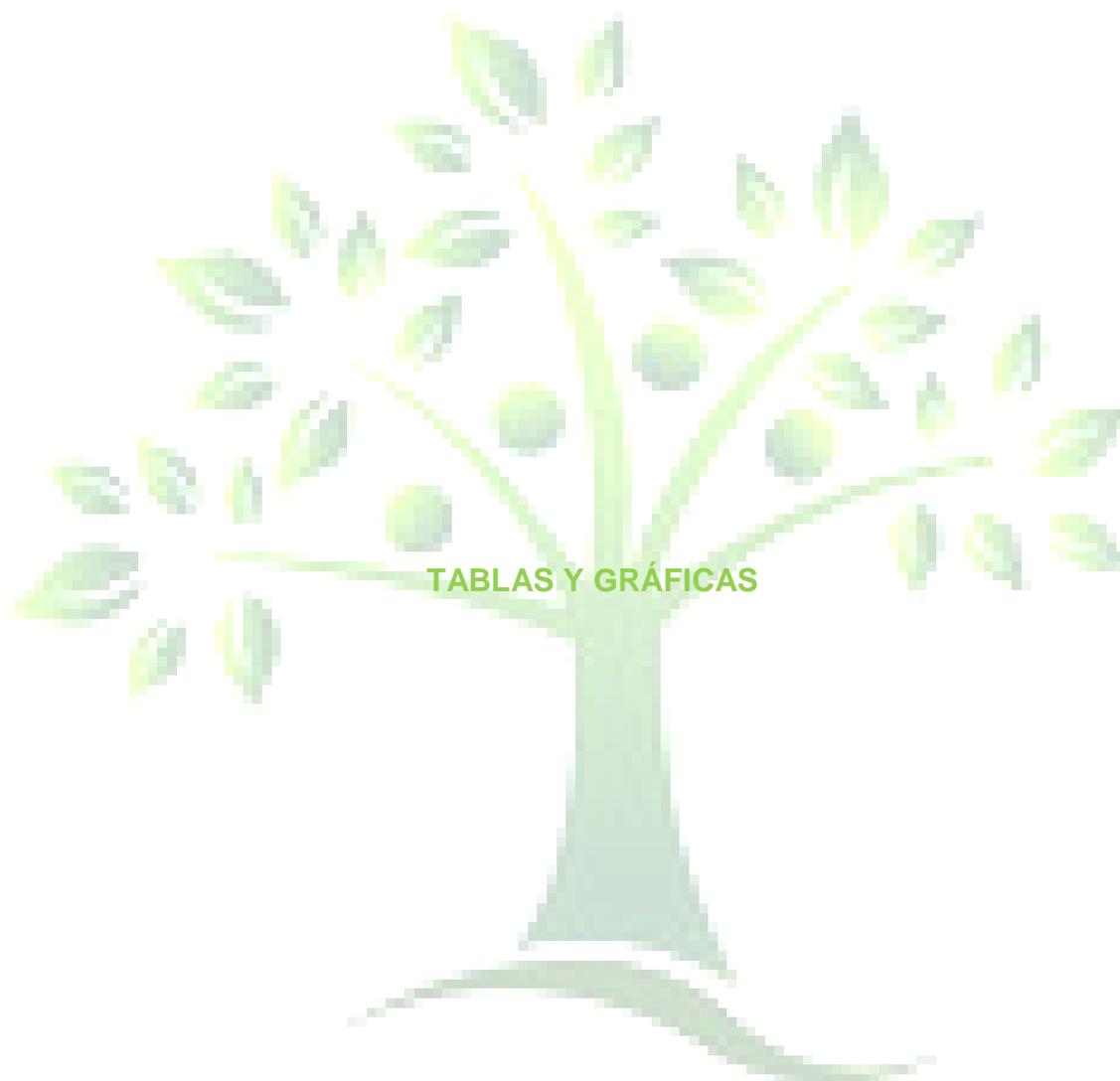
**Consumo de bebidas: en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 y 2 veces por semana con una media aritmética de 1.94, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 2 a 4 veces por semana con una media aritmética de 2.07, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media de 1.67. (Tabla 55)**

**Consumo de grasas: en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 vez por semana con una media aritmética de 1.24, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una**

**media aritmética de 1.51, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media de 1.72. (Tabla 56)**

**Consumo de azúcares: en el grupo de niños de 0 a 12 meses de edad el consumo promedio fue de entre 1 y 2 veces por semana con una media aritmética de 1.56, de 13 a 24 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media aritmética de 1.69, el del 25 a 36 meses de edad el consumo promedio fue de 1 a 2 veces por semana con una media de 1.94. (Tabla 57)**





## TABLAS Y GRÁFICAS

**Tabla No. 1. Tendencias centrales de las variables escolaridad de la madre, estatus socioeconómico familiar, edad del niño, inicio de ablactación, índice de masa corporal y talla de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF 33**

		Escolaridad de la madre del niño en estudio	Nivel o estatus socioeconómico	Edad del niño en estudio	Inicio de ablactación en el niño en estudio	Peso por índice de masa corporal	Talla del niño en estudio
N	Válido	255	255	255	255	255	255
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		2.85	3.37	.35	1.63	4.11	3.85
Mediana		3.00	3.00	.00	2.00	4.00	4.00
Moda		3	4	0	2	4	4
Desviación estándar		.752	.663	.664	1.166	.966	.482
Varianza		.565	.439	.441	1.361	.933	.232
Mínimo		1	2	0	0	1	2
Máximo		4	4	2	3	7	5

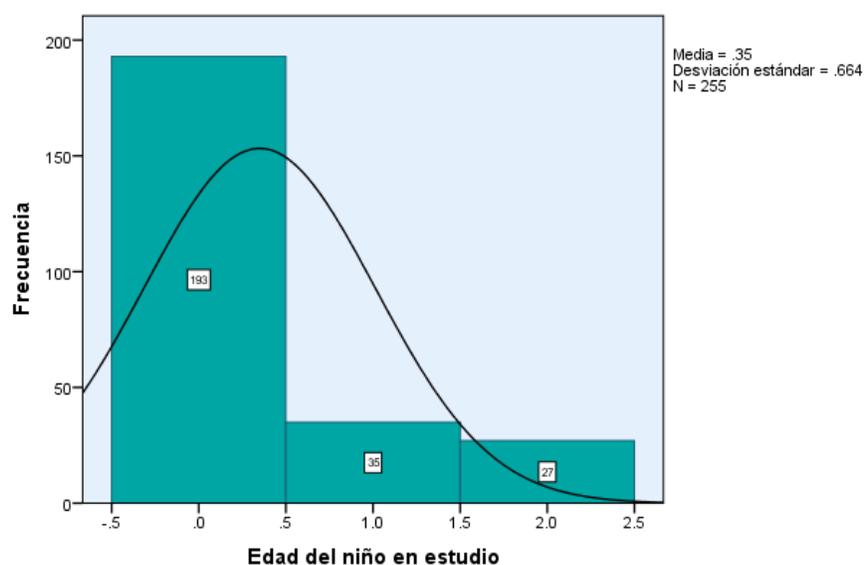
Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 2. Frecuencia de edades de los niños entrevistados de 0 a 3 años de edad en la UMF 33<sup>a</sup>**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 a 12 meses de edad	193	75.7	75.7	75.7
	13 a 24 meses de edad	35	13.7	13.7	89.4
	25 a 36 meses de edad	27	10.6	10.6	100.0
	Total	255	100.0	100.0	

a. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Gáfica No. 1. Tendencia central y dispersión por frecuencias de las edades de los niños de 0 a 3 años de edad de la UMF 33**



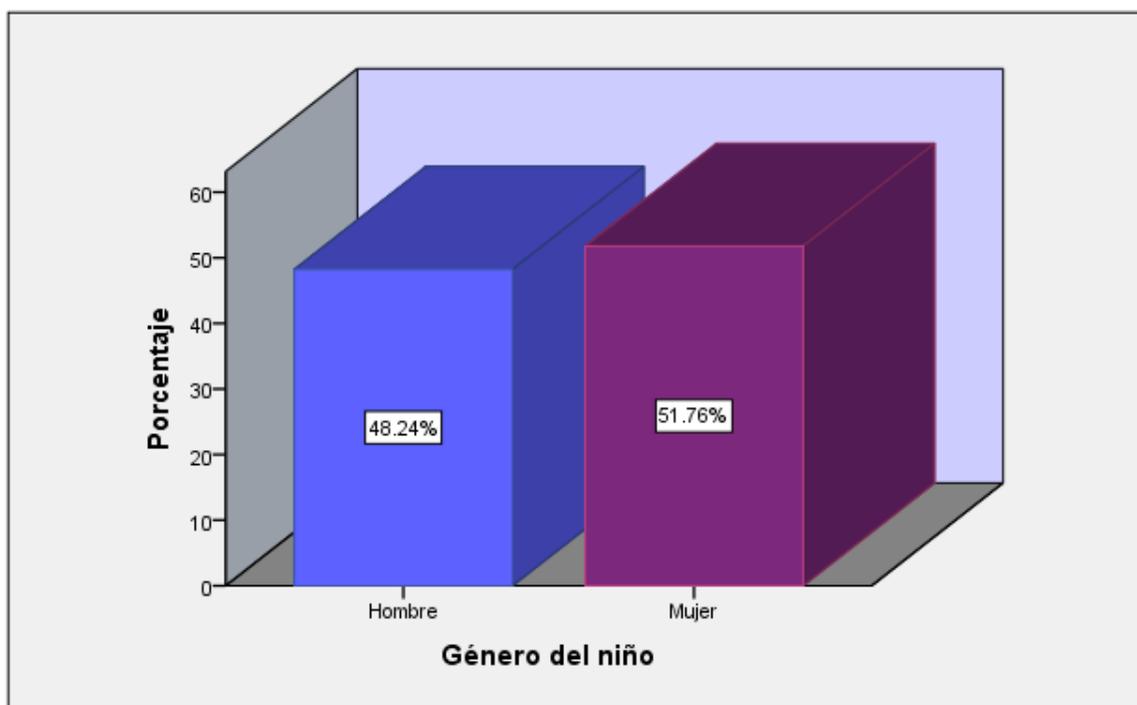
Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No.3. Frecuencia de género de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No.33**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	123	48.2	48.2	48.2
Mujer	132	51.8	51.8	100.0
Total	255	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Gráfica No. 2. Frecuencia de género de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No.33**



Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

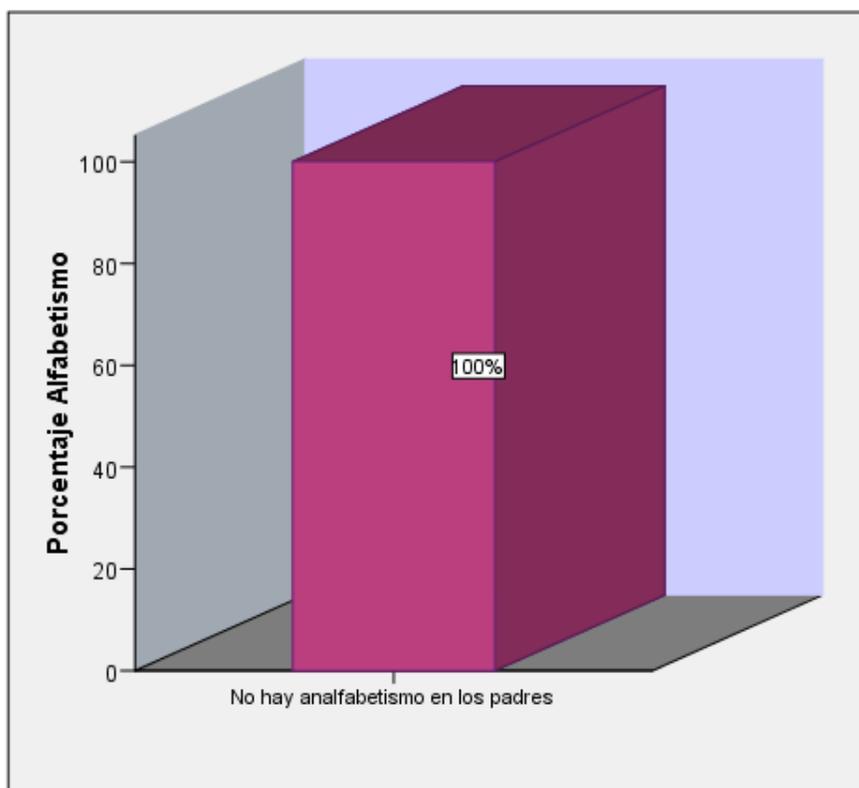
**Tabla No. 4. Frecuencia de analfabetismo en los padres de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF 33**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hay analfabetismo en los padres	255	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No. 33



**Gráfica No. 3. Frecuencia de analfabetismo en los padres de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF 33**



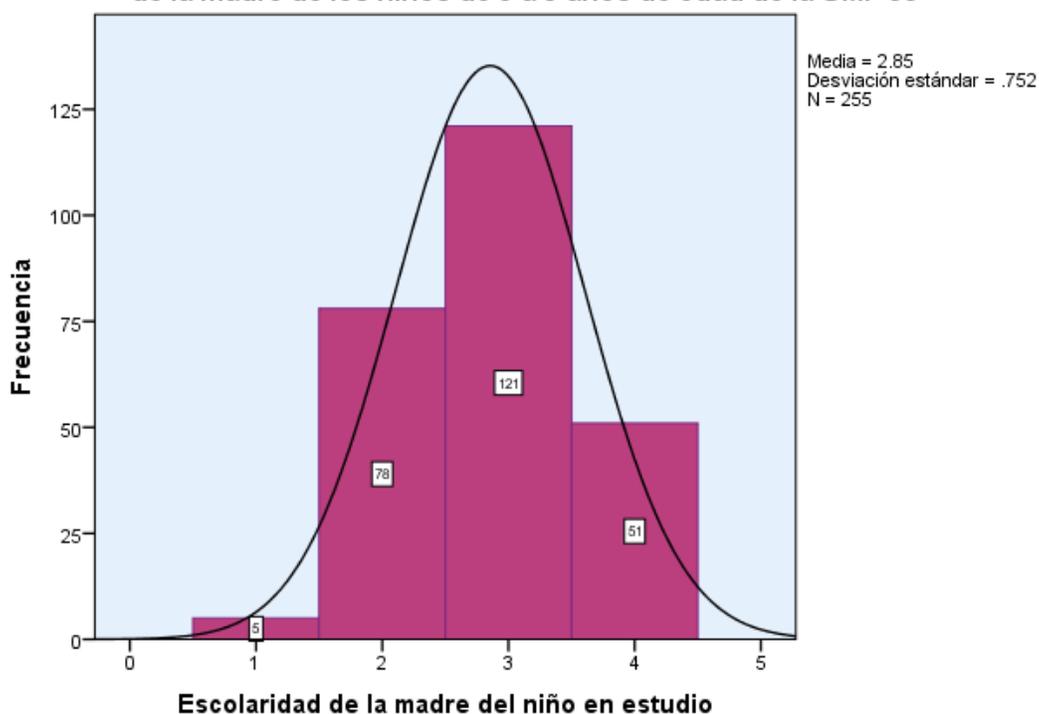
Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 5. Frecuencia de escolaridad en las madres de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF 33<sup>a</sup>**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Primaria completa o incompleta	5	2.0	2.0	2.0
Secundaria incompleta	78	30.6	30.6	32.5
Secundaria completa, técnica superior o bachillerato completo	121	47.5	47.5	80.0
Estudios universitarios	51	20.0	20.0	100.0
Total	255	100.0	100.0	

a. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Gráfica No. 4. Tendencia central y dispersión por frecuencias de la escolaridad de la madre de los niños de 0 a 3 años de edad de la UMF 33**



Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

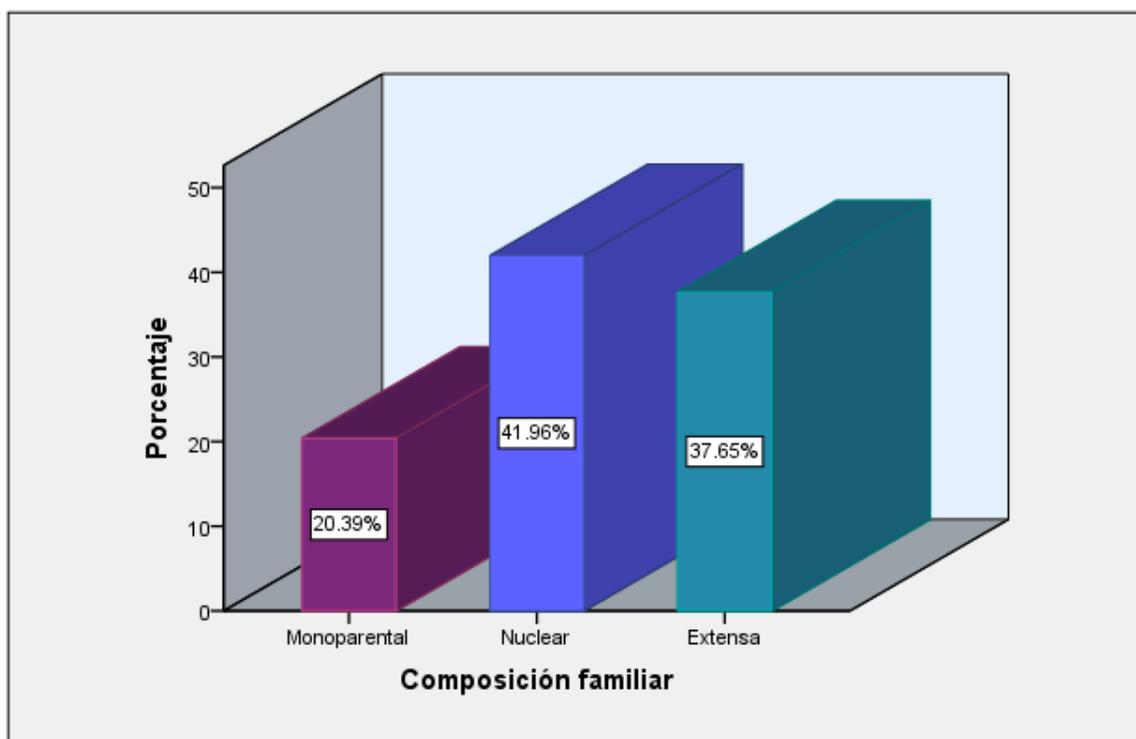
**Tabla No. 6. Frecuencia de composición familiar de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Monoparental	52	20.4	20.4	20.4
	Nuclear	107	42.0	42.0	62.4
	Extensa	96	37.6	37.6	100.0
	Total	255	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33



**Gráfica No.5. Frecuencia de composición familiar de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**



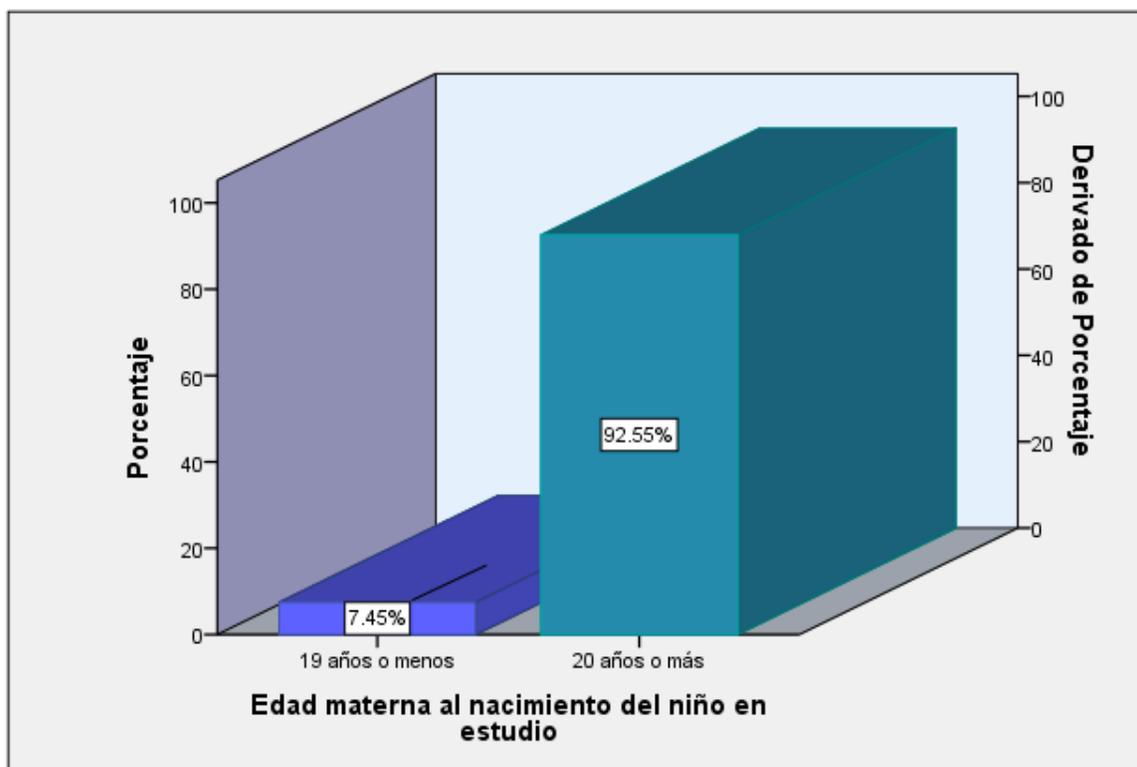
Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 7. Frecuencia de la edad materna a momento del nacimiento de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 19 años o menos	19	7.5	7.5	7.5
Válido 20 años o más	236	92.5	92.5	100.0
Total	255	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No. 33

**Gráfica No. 6. Frecuencia de la edad materna a momento del nacimiento de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**



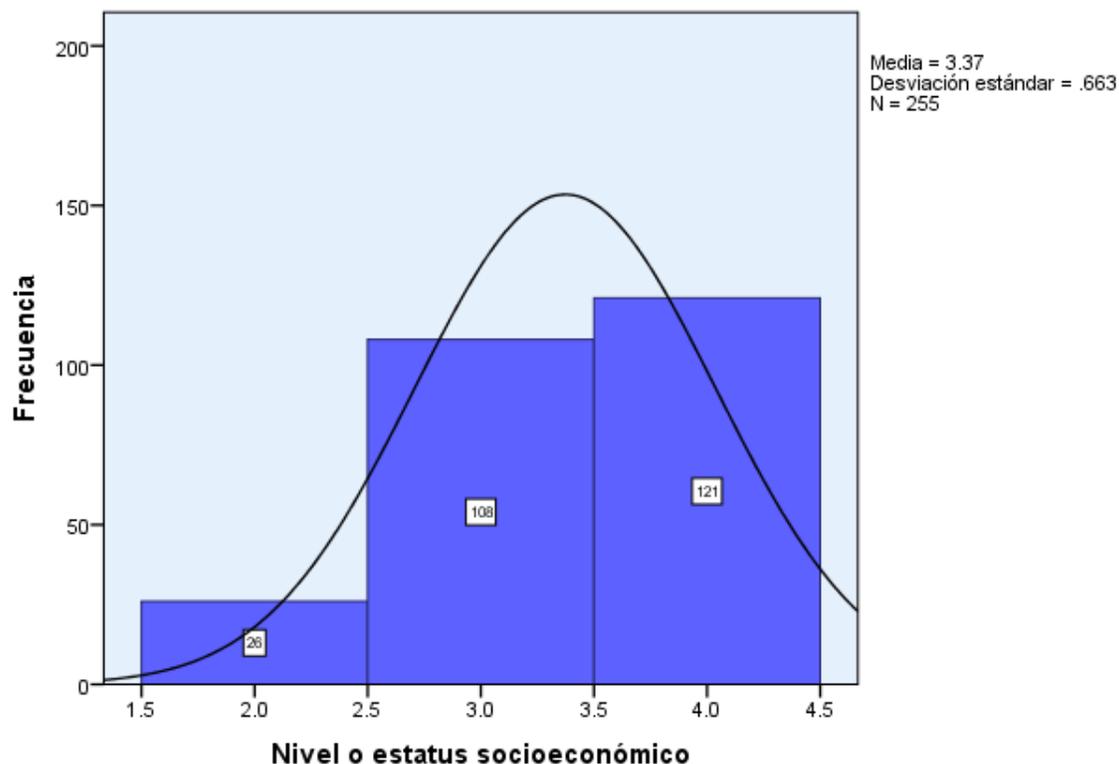
Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 8. Frecuencia de nivel o estatus socioeconómico en las familias de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF 33<sup>a</sup>**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Estrato medio alto	26	10.2	10.2	10.2
Válido Estrato medio bajo	108	42.4	42.4	52.5
Válido Estrato obrero	121	47.5	47.5	100.0
Total	255	100.0	100.0	

a. Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Gáfica No. 7. Tendencia central y dispersión por frecuencias del nivel o estatus socioeconómico de las familias de los niños de 0 a 3 años de edad de la UMF 33**



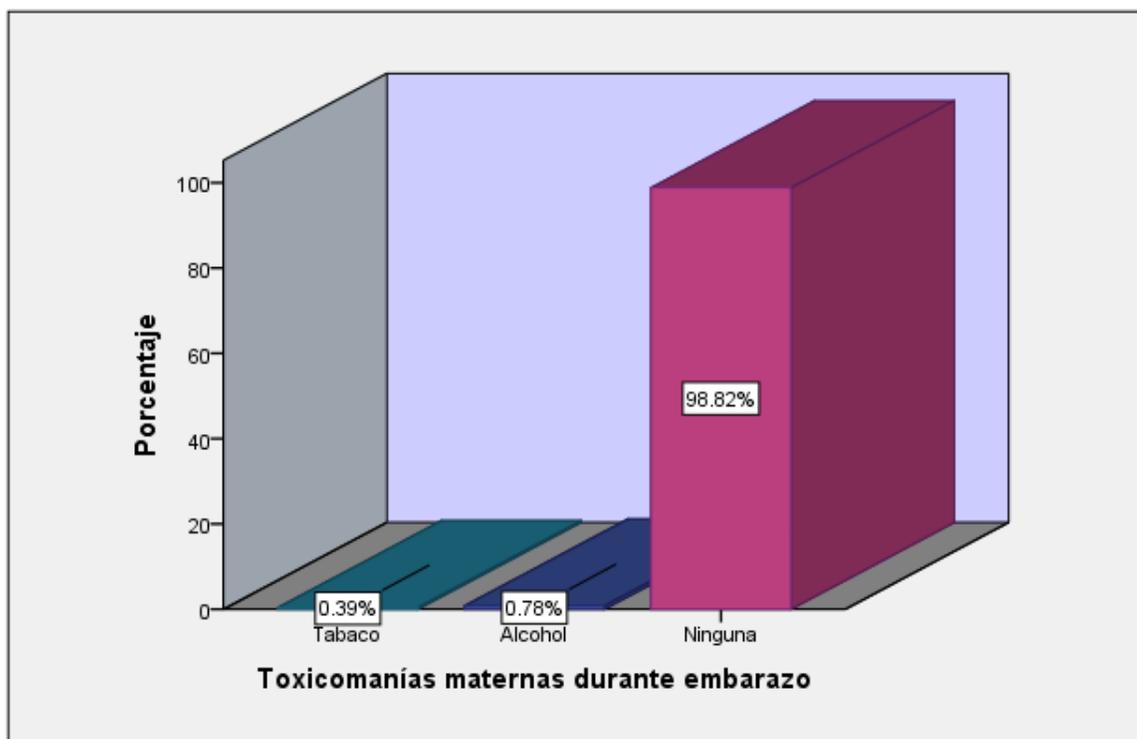
Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 9. Frecuencia de toxicomanías maternas durante el embarazo en las madres de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Tabaco	1	.4	.4	.4
Válido Alcohol	2	.8	.8	1.2
Válido Ninguna	252	98.8	98.8	100.0
Total	255	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Gráfica No. 8. Frecuencia de toxicomanías maternas durante el embarazo en las madres de los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**

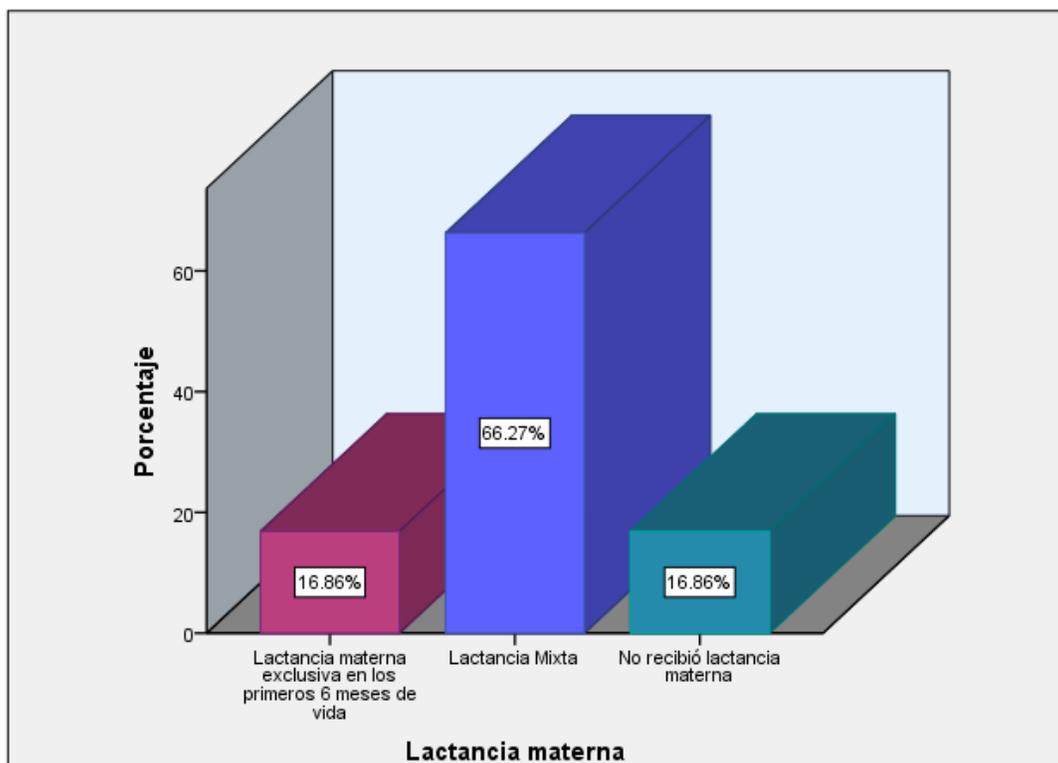


Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No.10. Frecuencia de lactancia materna en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida	43	16.9	16.9	16.9
Lactancia Mixta	169	66.3	66.3	83.1
No recibió lactancia	43	16.9	16.9	100.0

**Gráfica No.9. Frecuencia de lactancia materna en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**



Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

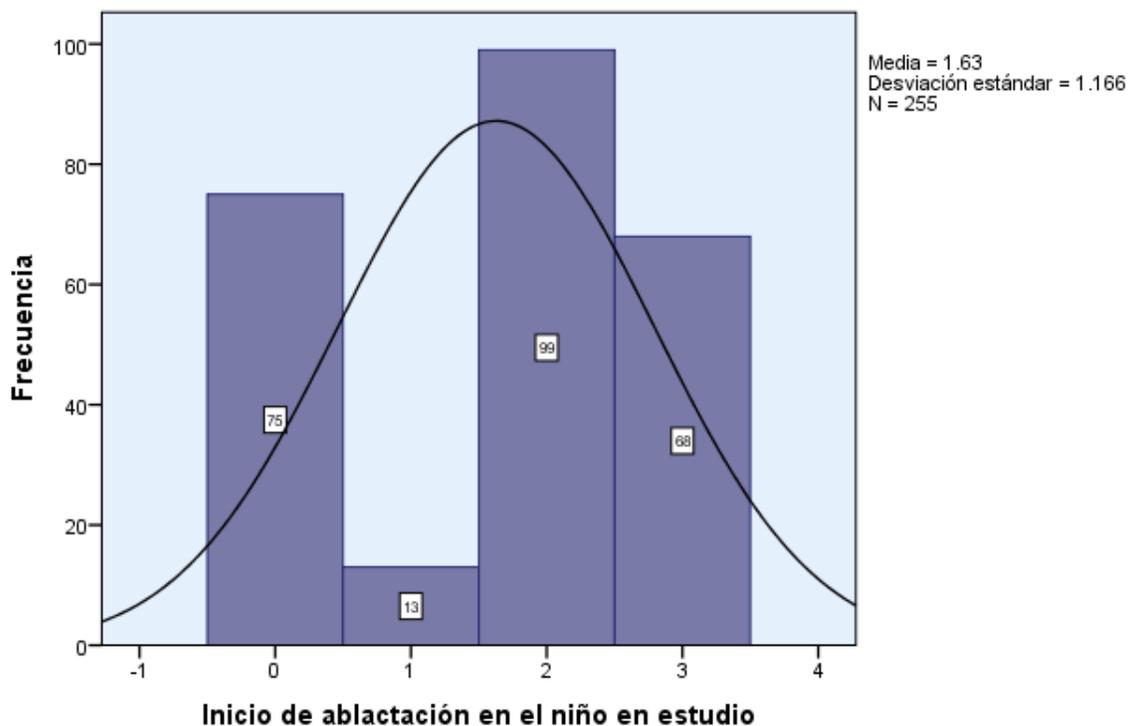
**Tabla No. 11. Frecuencia de inicio de ablactación en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF 33<sup>a</sup>**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No ha iniciado	75	29.4	29.4	29.4
	Antes de los 4 meses	13	5.1	5.1	34.5
	Entre los 4 y 6 meses	99	38.8	38.8	73.3
	Después de los 6 meses	68	26.7	26.7	100.0
	Total	255	100.0	100.0	

a. Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33



**Gráfica No.10. Tendencia central y dispersión por frecuencias del inicio de ablactación de los niños de 0 a 3 años de edad de la UMF 33**



Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

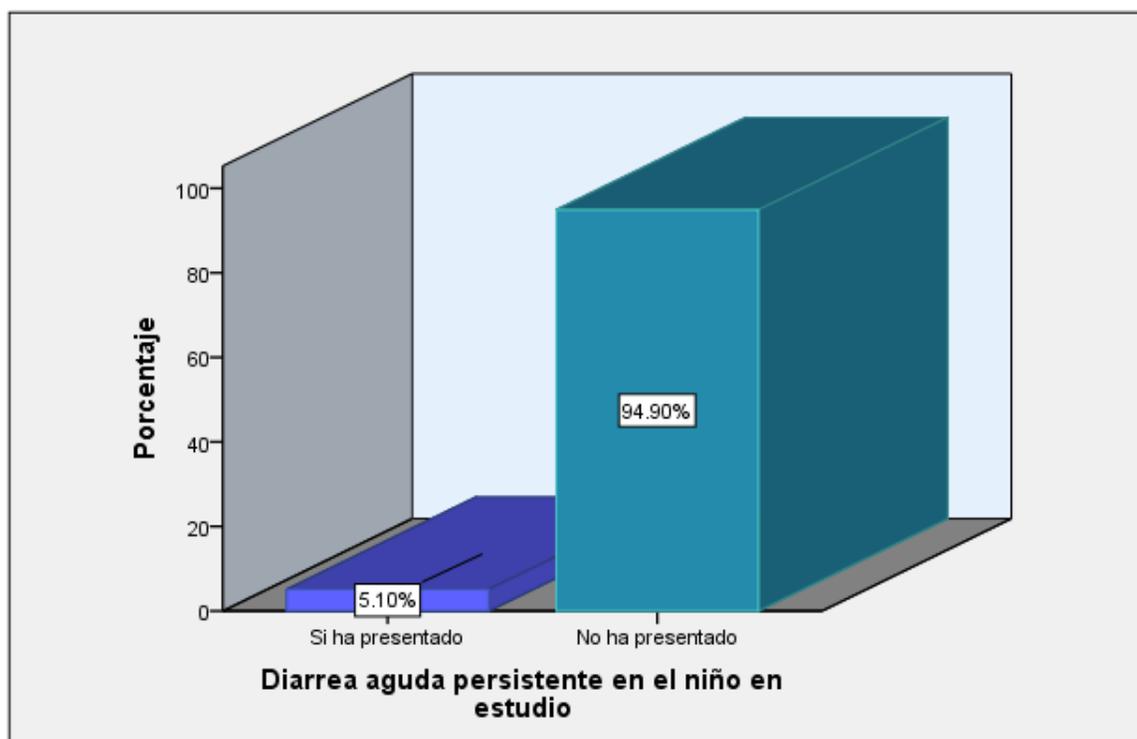
**Tabla No.12. Frecuencia de diarrea aguda persistente en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si ha presentado	13	5.1	5.1	5.1
	No ha presentado	242	94.9	94.9	100.0
	Total	255	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No. 33



**Grafica No. 11. Frecuencia de diarrea aguda persistente en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**



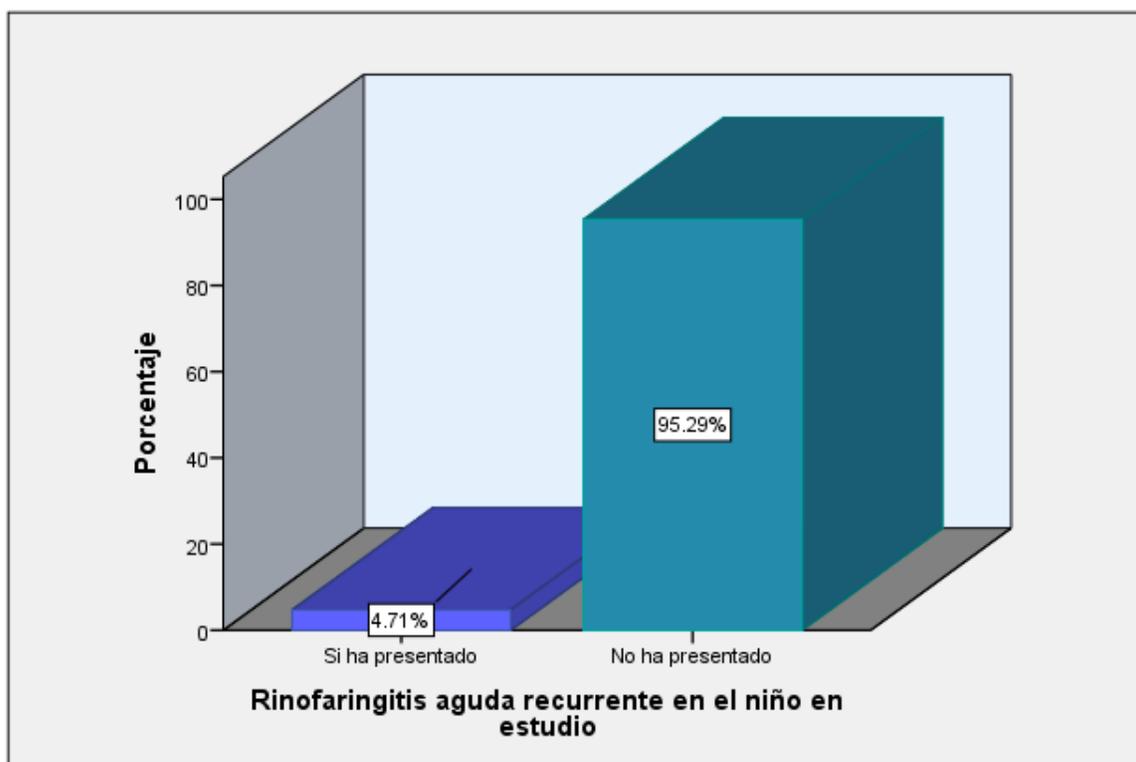
Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No.13. Frecuencia de rinofaringitis aguda recurrente en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si ha presentado	12	4.7	4.7	4.7
	No ha presentado	243	95.3	95.3	100.0
	Total	255	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No. 33

**Gráfica No.12. Frecuencia de rinofaringitis aguda recurrente en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**



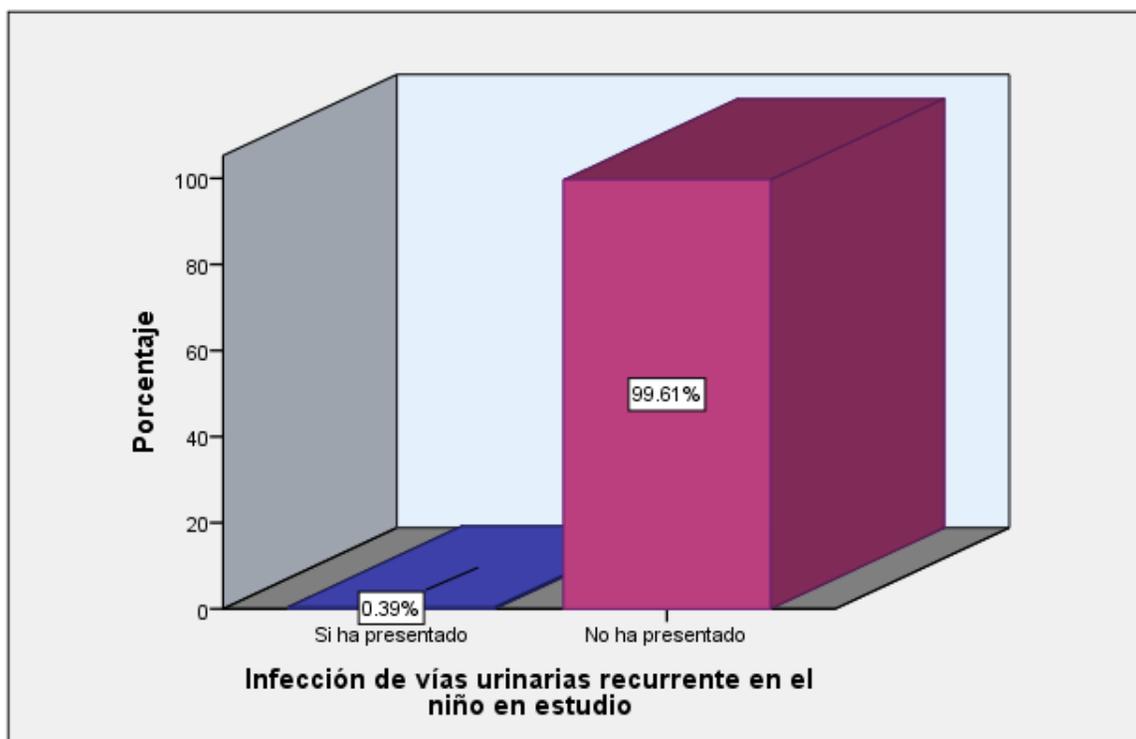
Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No.14. Frecuencia de infección de vías urinarias en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si ha presentado	1	.4	.4	.4
	No ha presentado	254	99.6	99.6	100.0
	Total	255	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No. 33

**Gráfica No. 13. Frecuencia de infección de vías urinarias en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF No. 33**



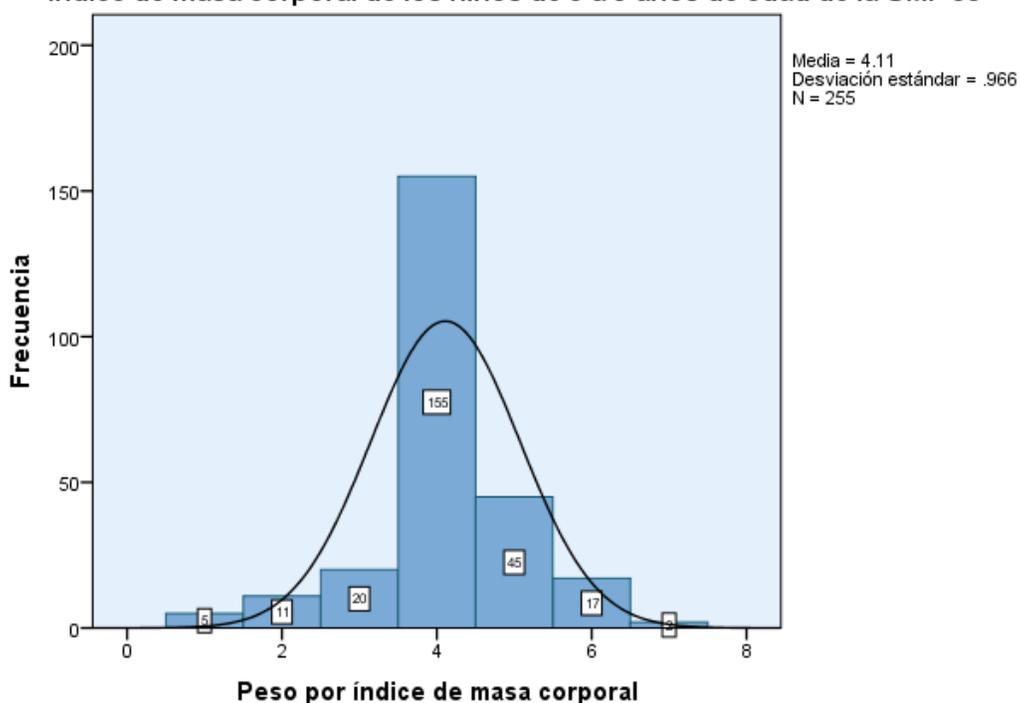
Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 15. Frecuencia de peso por índice de masa corporal presente en los niños de 0 a 3 años de edad en la UMF 33<sup>a</sup>**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo peso (</- -3PZ)	5	2.0	2.0	2.0
Bajo peso (</- -2PZ y > -3PZ)	11	4.3	4.3	6.3
Alerta bajo peso (</- -1.5PZ y > -2PZ)	20	7.8	7.8	14.1
Peso adecuado (> -1.5PZ y <+1PZ)	155	60.8	60.8	74.9
Riesgo de sobrepeso (>+1PZ y <+2PZ)	45	17.6	17.6	92.5
Alto peso (>+2PZ y <+3PZ)	17	6.7	6.7	99.2
Muy alto peso (>+3PZ)	2	.8	.8	100.0
Total	255	100.0	100.0	

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Gráfica No. 14. Tendencia central y dispersión por frecuencias del peso por índice de masa corporal de los niños de 0 a 3 años de edad de la UMF 33**



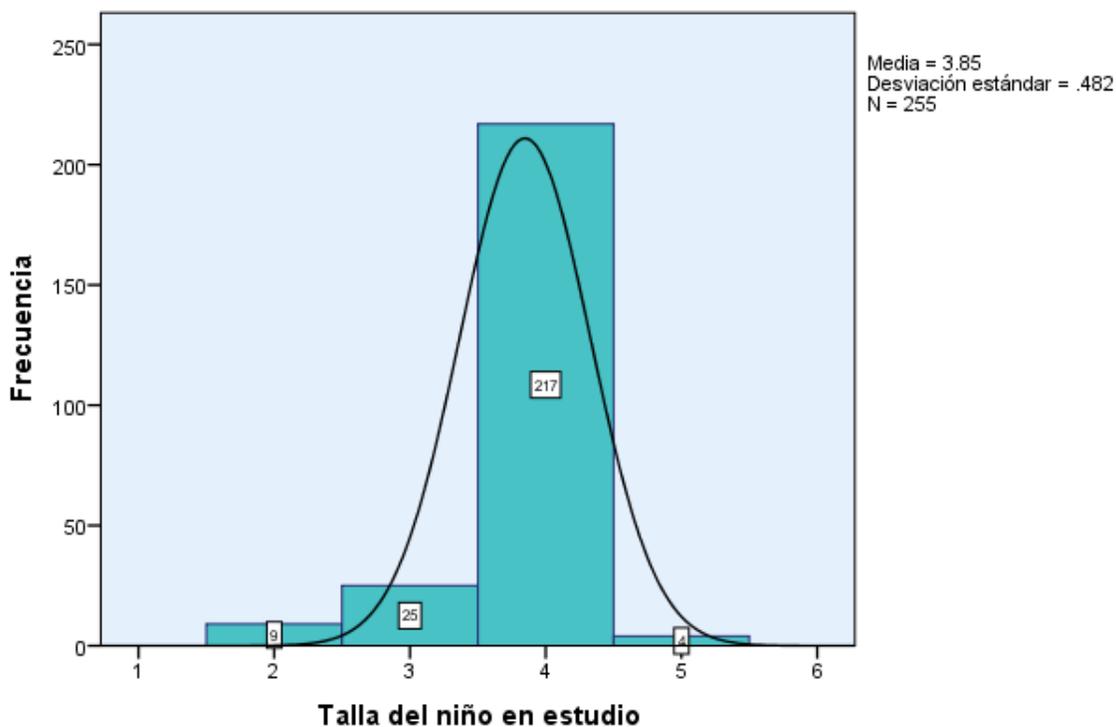
Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 16. Frecuencia de tallas presentes en los niños de 0 a 3 años de edad de la UMF 33<sup>a</sup>**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja talla ( $\leq -2$ PZ y $> -3$ PZ)	9	3.5	3.5	3.5
Alerta baja talla ( $\leq -1.5$ PZ y $> -2$ PZ)	25	9.8	9.8	13.3
Válido Talla adecuada ( $> -1.5$ PZ y $\leq +2$ PZ)	217	85.1	85.1	98.4
Alta talla ( $> +2$ PZ)	4	1.6	1.6	100.0
Total	255	100.0	100.0	

a. Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Gráfica No. 15. Tendencia central y dispersión por frecuencias de la talla de los niños de 0 a 3 años de edad de la UMF 33**



Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 17. Tabla de contingencia entre Escolaridad de la madre y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

			Talla del niño en estudio				Total
			Baja talla (</-2PZ y >-3PZ)	Alerta baja talla (</-1.5PZ y >-2PZ)	Talla adecuada (>-1.5PZ y <+2PZ)	Alta talla (>+2PZ)	
Escolaridad de la madre del niño en estudio	Primaria completa o incompleta	Recuento	0	0	5	0	5
		% del total	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	2.0%
		Residuo corregido	-.4	-.7	.9	-.3	
	Secundaria incompleta	Recuento	6	10	60	2	78
		% del total	2.4%	3.9%	23.5%	0.8%	30.6%
		Residuo corregido	2.4	1.1	-2.4	.8	
	Secundaria completa, técnica superior o bachillerato completo	Recuento	3	9	107	2	121
		% del total	1.2%	3.5%	42.0%	0.8%	47.5%
		Residuo corregido	-.9	-1.2	1.4	.1	
	Estudios universitarios	Recuento	0	6	45	0	51
		% del total	0.0%	2.4%	17.6%	0.0%	20.0%
		Residuo corregido	-1.5	.5	.7	-1.0	
Total	Recuento	9	25	217	4	255	
	% del total	3.5%	9.8%	85.1%	1.6%	100.0%	

Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 18. Tabla de Medidas direccionales entre el Escolaridad de la madre y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

			Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	d de Somers	Simétrico	.060	.054	1.108	.268
		Escolaridad de la madre del niño en estudio dependiente	.103	.092	1.108	.268
		Talla del niño en estudio dependiente	.043	.039	1.108	.268

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 19. Tabla de Medidas simétricas entre Escolaridad de la madre y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	.066	.059	1.108	.268
	Tau-c de Kendall	.036	.033	1.108	.268
	Gamma	.158	.141	1.108	.268
N de casos válidos		255			

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 20. Tabla de contingencia entre el Nivel o estatus socioeconómico y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>a</sup>**

			Talla del niño en estudio				Total
			Baja talla (</-2PZ y >-3PZ)	Alerta baja talla (</-1.5 PZ y >-2PZ)	Talla adecuada (>-1.5PZ y <+2PZ)	Alta talla (>+2PZ)	
Nivel o estatus socioeconómico	Estrato medio alto	Recuento	0	4	22	0	26
		% del total	0.0%	1.6%	8.6%	0.0%	10.2%
		Residuo corregido	-1.0	1.0	-.1	-.7	
	Estrato medio bajo	Recuento	7	5	96	0	108
		% del total	2.7%	2.0%	37.6%	0.0%	42.4%
		Residuo corregido	2.2	-2.4	1.5	-1.7	
Estrato obrero	Recuento	2	16	99	4	121	
	% del total	0.8%	6.3%	38.8%	1.6%	47.5%	
	Residuo corregido	-1.5	1.7	-1.4	2.1		
Total	Recuento	9	25	217	4	255	
	% del total	3.5%	9.8%	85.1%	1.6%	100.0%	

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 21. Tabla de Medidas direccionales entre el Nivel o estatus socioeconómico y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

			Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	d de Somers	Simétrico	.013	.055	.238	.812
		Nivel o estatus socioeconómico dependiente	.021	.089	.238	.812
		Talla del niño en estudio dependiente	.010	.040	.238	.812

b. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 22. Tabla de Medidas simétricas entre el Nivel o estatus socioeconómico y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

			Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall		.014	.060	.238	.812
	Tau-c de Kendall		.008	.035	.238	.812
	Gamma		.036	.151	.238	.812
N de casos válidos			255			

b. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 23. Tabla de contingencia entre inicio de ablactación en el niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>a</sup>**

			Talla del niño en estudio <sup>a</sup>				Total <sup>a</sup>
			Baja talla (</=-2PZ y > -3PZ) <sup>a</sup>	Alerta baja talla (</=-1.5 PZ y >-2PZ) <sup>a</sup>	Talla adecuada (> -1.5PZ y <<+2PZ) <sup>a</sup>	Alta talla (>+2PZ) <sup>a</sup>	
Inicio de ablactación en el niño en estudio <sup>a</sup>	No ha iniciado <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	64 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	75 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	0.8% <sup>a</sup>	2.7% <sup>a</sup>	25.1% <sup>a</sup>	0.8% <sup>a</sup>	29.4% <sup>a</sup>
		Residuo corregido <sup>a</sup>	-.5 <sup>a</sup>	-.2 <sup>a</sup>	.1 <sup>a</sup>	.9 <sup>a</sup>	
	Antes de los 4 meses <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	12 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	13 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	0.0% <sup>a</sup>	0.4% <sup>a</sup>	4.7% <sup>a</sup>	0.0% <sup>a</sup>	5.1% <sup>a</sup>
		Residuo corregido <sup>a</sup>	-.7 <sup>a</sup>	-.3 <sup>a</sup>	.7 <sup>a</sup>	-.5 <sup>a</sup>	
	Entre los 4 y 6 meses <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	84 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	99 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	2.0% <sup>a</sup>	3.9% <sup>a</sup>	32.9% <sup>a</sup>	0.0% <sup>a</sup>	38.8% <sup>a</sup>
		Residuo corregido <sup>a</sup>	1.0 <sup>a</sup>	.1 <sup>a</sup>	-.1 <sup>a</sup>	-1.6 <sup>a</sup>	
	Después de los 6 meses <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	57 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	68 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	0.8% <sup>a</sup>	2.7% <sup>a</sup>	22.4% <sup>a</sup>	0.8% <sup>a</sup>	26.7% <sup>a</sup>
		Residuo corregido <sup>a</sup>	-.3 <sup>a</sup>	.2 <sup>a</sup>	-.3 <sup>a</sup>	1.1 <sup>a</sup>	
Total <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	25 <sup>a</sup>	217 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	255 <sup>a</sup>	
	% del total <sup>a</sup>	3.5% <sup>a</sup>	9.8% <sup>a</sup>	85.1% <sup>a</sup>	1.6% <sup>a</sup>	100.0% <sup>a</sup>	

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 24. Tabla de Medidas direccionales entre el inicio de ablactación en el niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

			Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	d de Somers	Simétrico	-.017	.052	-.324	.746
		Inicio de ablactación en el niño en estudio dependiente	-.030	.094	-.324	.746
		Talla del niño en estudio dependiente	-.012	.036	-.324	.746

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 25. Tabla de Medidas simétricas entre el inicio de ablactación del niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

			Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall		-.019	.058	-.324	.746
	Tau-c de Kendall		-.011	.033	-.324	.746
	Gamma		-.044	.137	-.324	.746
N de casos válidos			255			

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 26. Tabla de contingencia entre Peso por índice de masa corporal y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>a</sup>**

			Talla del niño en estudio				Total
			Baja talla (</-2PZ y >-3PZ)	Alerta baja talla (</-1.5 PZ y >-2PZ)	Talla adecuada (>-1.5PZ y <+2PZ)	Alta talla (>+2PZ)	
Peso por índice de masa corporal	Peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa (</-3PZ)	Recuento	0	3	2	0	5
		% del total	0.0%	1.2%	0.8%	0.0%	2.0%
		Residuo corregido	-4	3.8	-2.9	-3	
	Peso bajo para la talla o desnutrición aguda (</-2PZ y >-3PZ)	Recuento	0	0	11	0	11
		% del total	0.0%	0.0%	4.3%	0.0%	4.3%
		Residuo corregido	-6	-1.1	1.4	-4	
	Riego de peso bajo para la talla (</-1.5PZ y >-2PZ)	Recuento	2	8	10	0	20
		% del total	0.8%	3.1%	3.9%	0.0%	7.8%
		Residuo corregido	1.6	4.7	-4.6	-6	
	Peso adecuado para la talla (>-1.5PZ y <+1PZ)	Recuento	3	9	139	4	155
		% del total	1.2%	3.5%	54.5%	1.6%	60.8%
		Residuo corregido	-1.7	-2.7	2.6	1.6	
Sobrepeso (>+1PZ y <+2PZ)	Recuento	2	5	38	0	45	
	% del total	0.8%	2.0%	14.9%	0.0%	17.6%	
	Residuo corregido	.4	.3	-1	-9		
Obesidad (>+2PZ y <+3PZ)	Recuento	2	0	17	0	19	
	% del total	0.8%	0.0%	6.7%	0.0%	7.5%	
	Residuo corregido	1.7	-1.5	.6	-6		
Total	Recuento	9	25	217	4	255	
	% del total	3.5%	9.8%	85.1%	1.6%	100.0%	

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 27. Tabla de Medidas direccionales entre Peso por índice de masa corporal del niño y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>c</sup>**

		Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Simétrico	.089	.062	1.406	.160
	Peso por índice de masa corporal dependiente	.142	.100	1.406	.160
	Talla del niño en estudio dependiente	.064	.045	1.406	.160

c. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 28. Tabla de Medidas simétricas entre Peso por índice de masa corporal y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>c</sup>**

		Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	.096	.067	1.406	.160
	Tau-c de Kendall	.050	.036	1.406	.160
	Gamma	.209	.144	1.406	.160
N de casos válidos		255			

c. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 29. Tabla de contingencia entre Composición familiar y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>a</sup>**

			Talla del niño en estudio <sup>a</sup>		
			Baja talla (</-2PZ y >-3PZ) <sup>a</sup>	Talla adecuada (>-1.5PZ y <+2PZ) <sup>a</sup>	Total <sup>a</sup>
Composición familiar <sup>a</sup>	Monoparental <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	44 <sup>a</sup>	52 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	3.1% <sup>a</sup>	17.3% <sup>a</sup>	20.4% <sup>a</sup>
		Residuo corregido <sup>a</sup>	.5 <sup>a</sup>	-.5 <sup>a</sup>	
	Nuclear <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	98 <sup>a</sup>	107 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	3.5% <sup>a</sup>	38.4% <sup>a</sup>	42.0% <sup>a</sup>
		Residuo corregido <sup>a</sup>	-2.0 <sup>a</sup>	2.0 <sup>a</sup>	
Extensa <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	17 <sup>a</sup>	79 <sup>a</sup>	96 <sup>a</sup>	
	% del total <sup>a</sup>	6.7% <sup>a</sup>	31.0% <sup>a</sup>	37.6% <sup>a</sup>	
	Residuo corregido <sup>a</sup>	1.6 <sup>a</sup>	-1.6 <sup>a</sup>		
Total <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	34 <sup>a</sup>	221 <sup>a</sup>	255 <sup>a</sup>	
	% del total <sup>a</sup>	13.3% <sup>a</sup>	86.7% <sup>a</sup>	100.0% <sup>a</sup>	

a. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 30. Tabla de Pruebas de chi-cuadrado entre Composición familiar y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4.023 <sup>a</sup>	2	.134
Razón de verosimilitud	4.180	2	.124
Asociación lineal por lineal	.603	1	.438
N de casos válidos	255		

a. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 31. Tabla de Medidas simétricas entre Composición familiar y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	.126	.134
	V de Cramer	.126	.134
	Coefficiente de contingencia	.125	.134
N de casos válidos		255	

Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 32. Tabla de contingencia entre Edad materna al nacimiento del niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>a</sup>**

			Talla del niño en estudio		
			Baja talla (</= -2PZ y > -3PZ)	Talla adecuada (> -1.5PZ y < +2PZ)	Total
Edad materna al nacimiento del niño en estudio	19 años o menos	Recuento	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>19</b>
		% del total	<b>1.6%</b>	<b>5.9%</b>	<b>7.5%</b>
	20 años o más	Residuo corregido	<b>1.0</b>	<b>-1.0</b>	
		Recuento	<b>30</b>	<b>206</b>	<b>236</b>
Total	% del total	<b>11.8%</b>	<b>80.8%</b>	<b>92.5%</b>	
	Residuo corregido	<b>-1.0</b>	<b>1.0</b>		
Total			<b>34</b>	<b>221</b>	<b>255</b>
			<b>13.3%</b>	<b>86.7%</b>	<b>100.0%</b>

a. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 33. Tabla de Pruebas de chi-cuadrado entre Edad materna al nacimiento del niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>1.059<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>.304</b>		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	<b>.460</b>	<b>1</b>	<b>.498</b>		
Razón de verosimilitud	<b>.935</b>	<b>1</b>	<b>.333</b>		
Prueba exacta de Fisher				<b>.295</b>	<b>.236</b>
Asociación lineal por lineal	<b>1.054</b>	<b>1</b>	<b>.304</b>		
N de casos válidos	<b>255</b>				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Tabla No. 34. Tabla de Medidas simétricas entre Edad materna al nacimiento del niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>c</sup>**

		Valor <sup>c</sup>	Aprox. Sig. <sup>c</sup>
Nominal por Nominal <sup>c</sup>	Phi <sup>c</sup>	<b>.064<sup>c</sup></b>	<b>.304<sup>c</sup></b>
	V de Cramer <sup>c</sup>	<b>.064<sup>c</sup></b>	<b>.304<sup>c</sup></b>
	Coefficiente de contingencia <sup>c</sup>	<b>.064<sup>c</sup></b>	<b>.304<sup>c</sup></b>
N de casos válidos		<b>255</b>	

c. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 35. Tabla de contingencia entre Lactancia materna y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

			Talla del niño en estudio		
			Baja talla (</-2PZ y >-3PZ)	Talla adecuada (>-1.5PZ y <+2PZ)	Total
Lactancia materna	Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida	Recuento	5	38	43
		% del total	2.0%	14.9%	16.9%
		Residuo corregido	-.4	.4	
	Lactancia Mixta	Recuento	22	147	169
		% del total	8.6%	57.6%	66.3%
		Residuo corregido	-.2	.2	
	No recibió lactancia materna	Recuento	7	36	43
		% del total	2.7%	14.1%	16.9%
		Residuo corregido	.6	-.6	
Total		Recuento	34	221	255
		% del total	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 36. Tabla de Pruebas de chi-cuadrado entre Lactancia materna y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.446 <sup>a</sup>	2	.800
Razón de verosimilitud	.432	2	.806
Asociación lineal por lineal	.401	1	.527
N de casos válidos	255		

a. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 37. Tabla de Medidas simétricas entre Lactancia materna y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>c</sup>**

		Valor <sup>c</sup>	Aprox. Sig. <sup>c</sup>
Nominal por Nominal <sup>c</sup>	Phi <sup>c</sup>	.042 <sup>c</sup>	.800 <sup>c</sup>
	V de Cramer <sup>c</sup>	.042 <sup>c</sup>	.800 <sup>c</sup>
	Coefficiente de contingencia <sup>c</sup>	.042 <sup>c</sup>	.800 <sup>c</sup>
N de casos válidos		255	

c. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 38. Tabla de contingencia entre Diarrea aguda persistente en el niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>a</sup>**

		Talla del niño en estudio <sup>a</sup>			
		Baja talla (<math>\leq -2PZ y > -3PZ)</math> <sup>a</sup>	Talla adecuada (> -1.5PZ y <math>< +2PZ)</math> <sup>a</sup>	Total <sup>a</sup>	
Diarrea aguda persistente en el niño en estudio <sup>a</sup>	Si ha presentado	<sup>a</sup> Recuento <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	13 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	3.1% <sup>a</sup>	2.0% <sup>a</sup>	5.1% <sup>a</sup>
	No ha presentado <sup>a</sup>	Residuo corregido <sup>a</sup>	5.2 <sup>a</sup>	-5.2 <sup>a</sup>	
		Recuento <sup>a</sup>	26 <sup>a</sup>	216 <sup>a</sup>	242 <sup>a</sup>
Total <sup>a</sup>	% del total <sup>a</sup>	10.2% <sup>a</sup>	84.7% <sup>a</sup>	94.9% <sup>a</sup>	
	Residuo corregido <sup>a</sup>	-5.2 <sup>a</sup>	5.2 <sup>a</sup>		
		Recuento <sup>a</sup>	34 <sup>a</sup>	221 <sup>a</sup>	255 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	13.3% <sup>a</sup>	86.7% <sup>a</sup>	100.0% <sup>a</sup>

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 39. Tabla de Pruebas de chi-cuadrado entre Diarrea aguda persistente en el niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No. 33**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	27.546 <sup>a</sup>	1	.000		
Corrección de continuidad	23.326	1	.000		
Razón de verosimilitud	17.836	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	27.438	1	.000		
N de casos válidos	255				

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 40. Tabla de Medidas simétricas entre Diarrea aguda persistente en el niño en estudio y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No. 33<sup>c</sup>**

		Valor <sup>c</sup>	Aprox. Sig. <sup>c</sup>
Nominal por Nominal <sup>c</sup>	Phi <sup>c</sup>	.329 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>
	V de Cramer <sup>c</sup>	.329 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>
	Coefficiente de contingencia <sup>c</sup>	.312 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>
N de casos válidos		255	

c. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 41. Tabla de contingencia entre Rinofaringitis aguda recurrente y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>a</sup>**

		Talla del niño en estudio <sup>a</sup>			
		Baja talla (</-2PZ y > -3PZ) <sup>a</sup>	Talla adecuada (> -1.5PZ y <+2PZ) <sup>a</sup>	Total <sup>a</sup>	
Rinofaringitis aguda recurrente en el niño en estudio <sup>a</sup>	Si ha presentado	<sup>a</sup> Recuento <sup>a</sup>	<b>8<sup>a</sup></b>	<b>4<sup>a</sup></b>	<b>12<sup>a</sup></b>
		% del total <sup>a</sup>	<b>3.1%<sup>a</sup></b>	<b>1.6%<sup>a</sup></b>	<b>4.7%<sup>a</sup></b>
	No ha presentado <sup>a</sup>	Residuo corregido <sup>a</sup>	<b>5.6<sup>a</sup></b>	<b>-5.6<sup>a</sup></b>	
		Recuento <sup>a</sup>	<b>26<sup>a</sup></b>	<b>217<sup>a</sup></b>	<b>243<sup>a</sup></b>
		% del total <sup>a</sup>	<b>10.2%<sup>a</sup></b>	<b>85.1%<sup>a</sup></b>	<b>95.3%<sup>a</sup></b>
		Residuo corregido <sup>a</sup>	<b>-5.6<sup>a</sup></b>	<b>5.6<sup>a</sup></b>	
Total <sup>a</sup>	Recuento <sup>a</sup>	<b>34<sup>a</sup></b>	<b>221<sup>a</sup></b>	<b>255<sup>a</sup></b>	
	% del total <sup>a</sup>	<b>13.3%<sup>a</sup></b>	<b>86.7%<sup>a</sup></b>	<b>100.0%<sup>a</sup></b>	

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 42. Tabla de Pruebas de chi-cuadrado entre Rinofarinjitis aguda recurrente y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>30.997<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>.000</b>		
Corrección de continuidad	<b>26.343</b>	<b>1</b>	<b>.000</b>		
Razón de verosimilitud	<b>19.656</b>	<b>1</b>	<b>.000</b>		
Prueba exacta de Fisher				<b>.000</b>	<b>.000</b>
Asociación lineal por lineal	<b>30.876</b>	<b>1</b>	<b>.000</b>		
N de casos válidos	<b>255</b>				

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 43. Tabla de Medidas simétricas entre Rinofarinjitis aguda recurrente y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>c</sup>**

	Valor <sup>c</sup>	Aprox. Sig. <sup>c</sup>
Phi <sup>c</sup>	<b>.349<sup>c</sup></b>	<b>.000<sup>c</sup></b>
Nominal por Nominal <sup>c</sup>	<b>.349<sup>c</sup></b>	<b>.000<sup>c</sup></b>
V de Cramer <sup>c</sup>	<b>.329<sup>c</sup></b>	<b>.000<sup>c</sup></b>
Coefficiente de contingencia <sup>c</sup>	<b>.329<sup>c</sup></b>	<b>.000<sup>c</sup></b>
N de casos válidos	<b>255</b>	

c. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 44. Tabla de contingencia entre Infección de vías urinarias y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33<sup>a</sup>**

			Talla del niño en estudio <sup>a</sup>		
			Baja talla (<= $-2PZ$ y > $-3PZ$ ) <sup>a</sup>	Talla adecuada (> $-1.5PZ$ y < $+2PZ$ ) <sup>a</sup>	Total <sup>a</sup>
Infección de vías urinarias recurrente en el niño en estudio <sup>a</sup>	Si ha presentado	<sup>a</sup> Recuento <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	0.4% <sup>a</sup>	0.0% <sup>a</sup>	0.4% <sup>a</sup>
	No ha presentado <sup>a</sup>	Residuo corregido <sup>a</sup>	2.6 <sup>a</sup>	-2.6 <sup>a</sup>	
		Recuento <sup>a</sup>	33 <sup>a</sup>	221 <sup>a</sup>	254 <sup>a</sup>
	Total <sup>a</sup>	% del total <sup>a</sup>	12.9% <sup>a</sup>	86.7% <sup>a</sup>	99.6% <sup>a</sup>
		Residuo corregido <sup>a</sup>	-2.6 <sup>a</sup>	2.6 <sup>a</sup>	
		Recuento <sup>a</sup>	34 <sup>a</sup>	221 <sup>a</sup>	255 <sup>a</sup>
		% del total <sup>a</sup>	13.3% <sup>a</sup>	86.7% <sup>a</sup>	100.0% <sup>a</sup>

a. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 45. Tabla de Pruebas de chi-cuadrado entre infección de vías urinarias y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6.526 <sup>a</sup>	1	.011		
Corrección de continuidad	1.168	1	.280		
Razón de verosimilitud	4.056	1	.044		
Prueba exacta de Fisher				.133	.133
Asociación lineal por lineal	6.500	1	.011		
N de casos válidos	255				

a. Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 46. Tabla de Medidas simétricas entre Infección de vías urinarias y la talla de los niños entre 0 y 3 años de edad de la UMF No.33**

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	.160	.011
	V de Cramer	.160	.011
	Coefficiente de contingencia	.158	.011
N de casos válidos		255	

Fuente: Cuestionario exprofeso, variables sociodemográficas e instrumentos de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 47. Frecuencia de consumo de lácteos por edad<sup>a</sup>**

Edad del niño en estudio		Frecuencia de consumo de leche	Frecuencia de consumo de queso	Frecuencia de consumo de yogurth
0 a 12 meses de edad	Media	<b>2.98</b>	<b>1.74</b>	<b>2.15</b>
	N	<b>183</b>	<b>39</b>	<b>46</b>
	Mínimo	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>4</b>
	% de N total	<b>74.7%</b>	<b>45.3%</b>	<b>46.5%</b>
13 a 24 meses de edad	Media	<b>2.94</b>	<b>1.96</b>	<b>2.19</b>
	N	<b>35</b>	<b>27</b>	<b>31</b>
	Mínimo	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5</b>
	% de N total	<b>14.3%</b>	<b>31.4%</b>	<b>31.3%</b>
25 a 36 meses de edad	Media	<b>3.00</b>	<b>1.80</b>	<b>1.82</b>
	N	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>22</b>
	Mínimo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>
	% de N total	<b>11.0%</b>	<b>23.3%</b>	<b>22.2%</b>
Total	Media	<b>2.98</b>	<b>1.83</b>	<b>2.09</b>
	N	<b>245</b>	<b>86</b>	<b>99</b>
	Mínimo	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5</b>
	% de N total	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

Tabla No. 48. Frecuencia de consumo de frutas por edad<sup>a</sup>

Edad del niño en estudio	Frecuencia de consumo de plátano	Frecuencia de consumo de jicama	Frecuencia de consumo de mandarina	Frecuencia de consumo de manzana	Frecuencia de consumo de melón	Frecuencia de consumo de guayaba	Frecuencia de consumo de pera	Frecuencia de consumo de durazno
Media	1.95	1.50	1.75	2.04	1.61	1.85	1.92	1.66
N	104	10	16	111	44	68	97	29
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	2-4 veces por semana	5	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana
% de N total	62.7%	27.8%	31.4%	68.1%	49.4%	59.6%	70.8%	45.3%
Media	2.09	1.29	2.24	2.11	1.70	1.79	1.92	1.50
N	35	14	17	28	27	29	25	20
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	4	4	4	4	4	4	4	4
% de N total	21.4%	38.9%	33.3%	17.2%	30.3%	25.4%	18.2%	31.3%
Media	2.07	1.25	2.28	2.08	1.67	2.18	1.60	1.20
N	27	12	18	24	18	17	15	15
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	2-4 veces por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	2-4 veces por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana
% de N total	16.3%	33.3%	35.3%	14.7%	20.2%	14.9%	10.9%	23.4%
Media	2.00	1.33	2.10	2.06	1.65	1.89	1.88	1.50
N	166	36	51	163	89	114	137	64
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	4	4	4	5	4	4	4	4
% de N total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

a. Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UIMF No.33

Tabla No. 49. Frecuencia de consumo de verduras por edad

Edad del niño en estudio	Frecuencia de consumo de jitomate	Frecuencia de consumo de tomate	Frecuencia de consumo de hojas verdes	Frecuencia de consumo de cebolla	Frecuencia de consumo de chile	Frecuencia de consumo de zanahoria	Frecuencia de consumo de calabacita	Frecuencia de consumo de betabel	Frecuencia de consumo de chicharro	Frecuencia de consumo de champiñón	Frecuencia de consumo de brócoli
Media	2.29	1.47	2.23	2.12	1.29	2.27	2.38	1.52	1.86	1.55	1.67
N	56	15	61	25	7	96	89	25	42	11	43
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	4	2-4 veces por semana	4	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	4	6	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana
% de N total	51.9%	30.0%	57.0%	36.8%	29.2%	62.7%	62.2%	53.2%	53.8%	30.6%	48.3%
Media	2.66	1.63	2.19	2.14	1.64	2.00	2.00	1.60	2.05	1.29	1.96
N	29	19	27	21	11	32	33	15	22	17	26
Mínimo	2-4 veces por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
% de N total	26.9%	38.0%	25.2%	30.9%	45.8%	20.9%	23.1%	31.9%	28.2%	47.2%	29.2%
Media	2.70	1.50	1.42	2.59	1.17	1.88	2.05	1.43	2.43	1.50	1.80
N	23	16	19	22	6	25	21	7	14	8	20
Mínimo	2-4 veces por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana
% de N total	21.3%	32.0%	17.8%	32.4%	25.0%	16.3%	14.7%	14.9%	17.9%	22.2%	22.5%
Media	2.47	1.54	2.07	2.28	1.42	2.15	2.24	1.53	2.01	1.42	1.79
N	108	50	107	68	24	153	143	47	78	36	89
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	4	4	4	4	4	4	6	4	4	4	4
% de N total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

a. Fuente: Cuestionario exploratorio, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UIMF No.33

**Tabla No. 50. Frecuencia de consumo de carnes por edad<sup>a</sup>**

Edad del niño en estudio		Frecuencia de consumo de carne de cerdo	Frecuencia de consumo de carne de res	Frecuencia de consumo de embutidos	Frecuencia de consumo de carne de pollo	Frecuencia de consumo de huevo
0 a 12 meses de edad	Media	<b>1.20</b>	<b>1.71</b>	<b>1.69</b>	<b>2.16</b>	<b>1.71</b>
	N	<b>25</b>	<b>58</b>	<b>39</b>	<b>87</b>	<b>35</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
	% de N total	<b>43.1%</b>	<b>53.7%</b>	<b>42.9%</b>	<b>58.8%</b>	<b>38.9%</b>
13 a 24 meses de edad	Media	<b>1.00</b>	<b>1.64</b>	<b>1.37</b>	<b>2.21</b>	<b>2.07</b>
	N	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>34</b>	<b>28</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>1 vez por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>
	% de N total	<b>29.3%</b>	<b>23.1%</b>	<b>29.7%</b>	<b>23.0%</b>	<b>31.1%</b>
25 a 36 meses de edad	Media	<b>1.44</b>	<b>1.72</b>	<b>2.00</b>	<b>2.19</b>	<b>2.11</b>
	N	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>
	% de N total	<b>27.6%</b>	<b>23.1%</b>	<b>27.5%</b>	<b>18.2%</b>	<b>30.0%</b>
Total	Media	<b>1.21</b>	<b>1.69</b>	<b>1.68</b>	<b>2.18</b>	<b>1.94</b>
	N	<b>58</b>	<b>108</b>	<b>91</b>	<b>148</b>	<b>90</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
	% de N total	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 51. Frecuencia de consumo de pescados y mariscos por grupos de edad<sup>a</sup>**

Edad del niño en estudio		Frecuencia de consumo de pescado	Frecuencia de consumo de camarón	Frecuencia de consumo de atún
0 a 12 meses de edad	Media	<b>1.07</b>		<b>1.36</b>
	N	<b>15</b>		<b>11</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>		<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>2-4 veces por semana</b>		<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>31.3%</b>		<b>20.0%</b>
13 a 24 meses de edad	Media	<b>1.45</b>	<b>1.00</b>	<b>1.25</b>
	N	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>24</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>41.7%</b>	<b>40.0%</b>	<b>43.6%</b>
25 a 36 meses de edad	Media	<b>1.38</b>	<b>1.00</b>	<b>1.25</b>
	N	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>27.1%</b>	<b>60.0%</b>	<b>36.4%</b>
Total	Media	<b>1.31</b>	<b>1.00</b>	<b>1.27</b>
	N	<b>48</b>	<b>5</b>	<b>55</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

a. Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 52. Frecuencia de consumo de leguminosas por edad<sup>a</sup>**

Edad del niño en estudio		Frecuencia de consumo de frijoles	Frecuencia de consumo de habas	Frecuencia de consumo de lentejas
0 a 12 meses de edad	Media	<b>1.79</b>	<b>1.55</b>	<b>1.44</b>
	N	<b>67</b>	<b>20</b>	<b>50</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>53.6%</b>	<b>45.5%</b>	<b>50.0%</b>
13 a 24 meses de edad	Media	<b>1.90</b>	<b>1.36</b>	<b>1.46</b>
	N	<b>31</b>	<b>14</b>	<b>28</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>24.8%</b>	<b>31.8%</b>	<b>28.0%</b>
25 a 36 meses de edad	Media	<b>1.74</b>	<b>1.30</b>	<b>1.45</b>
	N	<b>27</b>	<b>10</b>	<b>22</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>21.6%</b>	<b>22.7%</b>	<b>22.0%</b>
Total	Media	<b>1.81</b>	<b>1.43</b>	<b>1.45</b>
	N	<b>125</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

Tabla No.53. Frecuencia de consumo de cereales por edad<sup>a</sup>

Edad del niño en estudio	Frecuencia de consumo de arroz	Frecuencia de consumo de pan blanco/bolillo	Frecuencia de consumo de pan dulce	Frecuencia de consumo de pastillitos	Frecuencia de consumo de pasta	Frecuencia de consumo de papas cocidas	Frecuencia de consumo de productos de maíz	Frecuencia de consumo de cereal
Media	1.97	2.12	2.13	1.20	1.90	1.63	1.82	2.10
N	67	49	23	5	68	49	17	29
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	4	4	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana
% de N total	52.8%	55.1%	39.0%	16.1%	60.7%	53.8%	39.5%	38.2%
Media	1.79	1.92	1.88	1.92	2.14	1.72	1.20	1.91
N	33	24	17	12	22	25	10	22
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana
% de N total	26.0%	27.0%	28.8%	38.7%	19.6%	27.5%	23.3%	28.9%
Media	1.93	1.94	1.63	1.36	2.50	1.88	1.38	2.20
N	27	16	19	14	22	17	16	25
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	2-4 veces por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana
% de N total	21.3%	18.0%	32.2%	45.2%	19.6%	18.7%	37.2%	32.9%
Media	1.91	2.03	1.90	1.55	2.06	1.70	1.51	2.08
N	127	89	59	31	112	91	43	76
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	4	4	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana
% de N total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

a. Fuente: Cuestionario expreso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMIF No.33

**Tabla No. 54. Frecuencia de consumo de tortilla por edad<sup>a</sup>**

Edad del niño en estudio		Frecuencia de consumo de tortilla de maíz	Frecuencia de consumo de tortilla de trigo
0 a 12 meses de edad	Media	<b>2.10</b>	<b>1.67</b>
	N	<b>61</b>	<b>6</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>4</b>	<b>5-6 veces por semana</b>
	% de N total	<b>51.3%</b>	<b>40.0%</b>
13 a 24 meses de edad	Media	<b>2.27</b>	<b>1.33</b>
	N	<b>33</b>	<b>3</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>
	% de N total	<b>27.7%</b>	<b>20.0%</b>
25 a 36 meses de edad	Media	<b>2.52</b>	<b>1.00</b>
	N	<b>25</b>	<b>6</b>
	Mínimo	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	% de N total	<b>21.0%</b>	<b>40.0%</b>
Total	Media	<b>2.24</b>	<b>1.33</b>
	N	<b>119</b>	<b>15</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>4</b>	<b>5-6 veces por semana</b>
	% de N total	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

Tabla No. 55. Frecuencia de consumo de bebidas por edad<sup>a</sup>

Edad del niño en estudio	Frecuencia de consumo de refresco	Frecuencia de consumo de café	Frecuencia de consumo de té	Frecuencia de consumo de jugos embotellados	Frecuencia de consumo de agua de frutas	Frecuencia de consumo de agua de horchata	Frecuencia de consumo de consomé
Media	1.78	2.00	1.78	2.42	2.32	1.20	2.11
N	18	4	27	57	37	5	44
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	4	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	4
% de N total	36.0%	36.4%	50.9%	57.0%	39.8%	23.8%	57.1%
Media	1.54	2.00	2.07	1.91	2.53	2.67	1.81
N	13	2	15	22	30	3	16
Mínimo	1 vez por semana	2-4 veces por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	2-4 veces por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	4	4	4
% de N total	26.0%	18.2%	28.3%	22.0%	32.3%	14.3%	20.8%
Media	1.47	1.60	1.36	2.38	2.35	1.31	1.29
N	19	5	11	21	26	13	17
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana
% de N total	38.0%	45.5%	20.8%	21.0%	28.0%	61.9%	22.1%
Media	1.60	1.82	1.77	2.30	2.40	1.48	1.87
N	50	11	53	100	93	21	77
Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
Máximo	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	5-6 veces por semana	4	4	4	4
% de N total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

a. Fuente: Cuestionario expresivo, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMIF No.33

**Tabla No. 56. Frecuencia de consumo de grasas por edad<sup>a</sup>**

Edad del niño en estudio		Frecuencia de consumo de aceite	Frecuencia de consumo de manteca	Frecuencia de consumo de margarina	Frecuencia de consumo de mantequilla
0 a 12 meses de edad	Media	2.29		1.33	1.36
	N	28		9	11
	Mínimo	1 vez por semana		1 vez por semana	1 vez por semana
	Máximo	4		2-4 veces por semana	2-4 veces por semana
	% de N total	40.0%		56.3%	36.7%
13 a 24 meses de edad	Media	2.27		2.00	1.80
	N	22		3	5
	Mínimo	2-4 veces por semana		1 vez por semana	1 vez por semana
	Máximo	5-6 veces por semana		4	5-6 veces por semana
	% de N total	31.4%		18.8%	16.7%
25 a 36 meses de edad	Media	2.55	1.00	1.50	1.86
	N	20	2	4	14
	Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
	Máximo	5-6 veces por semana	1 vez por semana	2-4 veces por semana	5-6 veces por semana
	% de N total	28.6%	100.0%	25.0%	46.7%
Total	Media	2.36	1.00	1.50	1.67
	N	70	2	16	30
	Mínimo	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por semana
	Máximo	4	1 vez por semana	4	5-6 veces por semana
	% de N total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

**Tabla No. 57. Frecuencia de consumo de azúcares por edad<sup>a</sup>**

Edad del niño en estudio		Frecuencia de consumo de azúcar	Frecuencia de consumo de chocolate	Frecuencia de consumo de dulce	Frecuencia de consumo de frituras
0 a 12 meses de edad	Media	<b>2.00</b>	<b>1.33</b>	<b>1.56</b>	<b>1.36</b>
	N	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>11</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>
	% de N total	<b>32.3%</b>	<b>39.5%</b>	<b>33.3%</b>	<b>28.9%</b>
13 a 24 meses de edad	Media	<b>2.71</b>	<b>1.67</b>	<b>1.38</b>	<b>1.00</b>
	N	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
	Mínimo	<b>2-4 veces por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1 vez por semana</b>
	% de N total	<b>22.6%</b>	<b>23.7%</b>	<b>33.3%</b>	<b>13.2%</b>
25 a 36 meses de edad	Media	<b>1.71</b>	<b>2.57</b>	<b>1.81</b>	<b>1.68</b>
	N	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>22</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>5-6 veces por semana</b>
	% de N total	<b>45.2%</b>	<b>36.8%</b>	<b>33.3%</b>	<b>57.9%</b>
Total	Media	<b>2.03</b>	<b>1.87</b>	<b>1.58</b>	<b>1.50</b>
	N	<b>31</b>	<b>38</b>	<b>48</b>	<b>38</b>
	Mínimo	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>
	Máximo	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5-6 veces por semana</b>
	% de N total	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

a. Fuente: Cuestionario expofeso, variables sociodemográficas e instrumento de factores de riesgo modificables relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad de la UMF No.33

## DISCUSION

De acuerdo a los resultados encontrados en este estudio la población total incluida se constituyó por 255 niños, 193 (75.7%) entre 0 y 12 meses de edad, 35 (13.7%) de 13 a 24 meses de edad y 27 (10.6%) entre 25 y 36 meses de edad; de éstos 132 (51.76%) fueron mujeres y 123 (48.24%) varones. El 100% de los padres contaba con al menos algún grado de escolaridad, en este rubro la mayor frecuencia de educación materna se presentó en el rubro secundaria completa, técnica superior o bachillerato completo con una frecuencia de 121 (47.5%). La composición familiar 102 familias (42.0%) fueron nucleares, las madres con mayor presencia fueron las que tenían 20 años o más al momento del nacimiento de los niños estudiados representadas por una frecuencia de 92.555 (236 mujeres), así mismo se encuentra que el nivel socioeconómico predominante en nuestra población es el obrero con una representatividad de 121 familias (47.5%). Respecto a la alimentación, la lactancia mixta se observó en 169 casos (66.3%), el inicio de la ablactación complementaria se presenta con mayor frecuencia (99 niños, 38.8%) entre los 4 y 6 meses de edad. En el panorama de enfermedades agudas la diarrea aguda persistente se presentó con una frecuencia de 5.1% (13 niños), rinofaringitis aguda recurrente se presentó en 12 niños (4.7%) y la infección de vías urinarias sólo en 1 individuo (0.4%). En lo relativo a las medidas antropométricas, el estado nutricional presenta una frecuencia de 60.8% (155 niños) con el peso adecuado para la talla, por otro lado, la talla normal fue la más frecuente con 217 niños (81.5%), mientras que se encuentran 9 casos (3.5%) con talla baja quienes son el objeto principal de nuestro estudio.

En la literatura consultada no se encontraron investigaciones anteriores que tomen en cuenta todos los factores de riesgo incluidos en este estudio relacionados con talla baja, se encuentran al menos 3 que investigan por separado parte de los factores.

Respecto a la escolaridad materna, en los resultados reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012<sup>16</sup> con respecto al perfil materno encontrado, en la ciudad de México, la media de la educación en años correspondía a 10.1 + 0.3 años, correspondiente a la educación media completa<sup>16</sup>, nuestro estudio coincide reportándose en promedio que las madres incluidas cuentan con secundaria, identificando una mediana y moda correspondiente a secundaria completa, técnica superior o bachillerato completos y una frecuencia de 47.5% (121), semejante también con lo reportado en otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes en 2006<sup>15</sup>, donde la escolaridad de los binomios estudiados en promedio fue de 7-12 años (secundaria, preparatoria o su equivalente en carrera técnica).

Por otro lado analizando en la relación de la escolaridad materna con la talla de los menores, 30.6% (78) de las madres participantes cuenta secundaria incompleta, que en relación con talla, muestra una frecuencia de 2.4% (6 niños) con talla baja, 3.9% (10 niños) con alerta de talla baja y 23.5% (60) con talla adecuada. Con respecto a las mujeres con secundaria, técnica superior o bachillerato completos la frecuencia es de 47.5% (121), que relacionada con la talla arroja las frecuencias de 1.2% (3 niños) para talla baja, 3.5% (9 niños) para alerta de talla baja y 42% (107 niños) para talla adecuada; con una relación baja de dependencia entre ambos, resulta importante nuestro estudio

porque deja patente que la frecuencia más elevada de talla baja se presenta conforme disminuye el grado de escolaridad materna, sin embargo por significación estadística aproximada, las diferencias observadas en nuestra muestra no son extrapolables al conjunto de la población. Los resultados reportados en nuestro estudio coinciden con la información bibliográfica recabada donde se destaca que los cuidados que reciben los niños en cuanto a alimentación e higiene, son una parte fundamental para su salud y crecimiento. Hay familias generadoras de salud y buena nutrición aún en los medios ambientes más adversos y esto se ha asociado con el ámbito personal de las madres/cuidadoras: mayor número de años de estudio, familia menos numerosa, más tiempo de la madre para alimentar al niño más pequeño, entre otros. Investigaciones previas han encontrado que el principal factor protector del estado nutricional de los niños en situación de la pobreza es el mejor nivel educativo de la madre.<sup>41</sup>

En el estudio realizado por Escartín Chávez y colaboradores<sup>14</sup> la frecuencia de talla baja en hijos de madres adolescentes se presenta en 12.4 % de la población estudiada vs 11.6% de los hijos de madres adultas. Nuestro estudio tiene la limitación de contar con una muestra poblacional de 255 elementos constituyentes de los cuales el grueso poblacional cae en la edad materna de 20 años o más al momento del nacimiento de los niños estudiados, con una frecuencia correspondiente a un 92.55%, que en relación con la talla actual de los niños reporta una frecuencia de 11.8% con relación a talla baja lo que coincide con la que reporta el estudio previamente citado. Vale la pena referir que en el análisis estadístico corroborado en nuestro estudio, la asociación entre el factor de riesgo edad materna y la talla obtenida por el menor, no existe.

Recordando que para efecto del análisis de tablas cruzadas entre variables ordinales y nominales se decidió recodificar la variable talla para la edad en una nueva variable agrupando los valores muy baja talla, baja talla y alerta de baja talla en el nuevo valor talla baja, mientras que talla adecuada y alta talla en el valor talla adecuada, en lo referente a la composición familiar la frecuencia 42.0% (107) corresponde a familias nucleares que con relación a la talla de sus integrantes menores de 3 años, 3.5% (9) niños presentan talla baja y 38.4% (98 niños) talla adecuada; se encontraron 37,6%(96) familias extensas en las que 6.7% (17) niños presentan talla baja y 31.0%(79) talla adecuada. Se evidencia en apariencia una relación entre la composición familiar y la talla baja, encontrando aumento de la frecuencia de talla baja a mayor número de integrantes en la familia, sin embargo por la diferencia de elementos incluidos en cada subgrupo familiar no se puede rechazar la posibilidad de que ambas variables no estén asociadas o correlacionadas debido a que al azar pudo haber influido en esta supuesta asociación. Cabe mencionar, sin embargo, que de acuerdo a la información revisada para este estudio las familias generadoras de salud y buena nutrición (que finalmente traducirán sus cambios a largo plazo sobre la talla) aun en los medios ambientes más adversos, son aquellas con menos integrantes en su composición.<sup>41</sup>

Respecto al nivel o estatus socioeconómico en el reporte de frecuencias se observa que de familias incluidas 47.5% (121) pertenecen al estrato socioeconómico obrero encontrando en sus niños talla baja en 0.8%(2 niños) y 6.3% (16 niños) con alerta de talla baja; por otro lado el estrato socioeconómico medio bajo con una frecuencia de 42.4% (108 familias) presenta 2.7%(7) niños con talla baja y 2.0%(5 niños) con alerta de talla

baja; con una mínima relación de dependencia aparentemente la frecuencia más elevada de talla baja aumentó conforme aumentaba el estrato socioeconómico pero la significación aproximada corroboró que la coincidencia no es extrapolable al conjunto de la población pues la muestra del estrato socioeconómico medio alto y obrero no fueron suficientes para reafirmar la dependencia. Del resultado anterior vale la pena comentar que en contexto económico actual por el que cursa el país, las familias con estrato socioeconómico obrero en su mayoría son abastecidas por un solo miembro familiar, mientras que en el caso del estrato socioeconómico medio bajo ambos padres son los que trabajan y aportan con la finalidad de elevar la calidad de vida; la ausencia de la madre para brindar los cuidados apropiados al menor en crecimiento puede mermar la talla final que éste alcance.<sup>41</sup>

En los resultados reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012<sup>16</sup> en la ciudad de México, 24.9% de las familias incluidas pertenecían al estrato socioeconómico bajo contra un 32.4% del medio y 42.8% al alto, en nuestro estudio se encuentra diferencia porcentual de aproximadamente 21.6% con respecto al estrato bajo encontrando nuestro grueso poblacional en el nivel socioeconómico medio con una frecuencia total de 52.6% y una diferencia porcentual de 20.2%, lo anterior resulta importante porque nos podemos percatar del tipo de población que tiene acceso a los servicios de salud pública y con ello su impacto en los indicadores de frecuencia de patologías y factores de riesgo asociadas a las mismas y que no concuerdan los datos con encuestas de mayor escala a nivel nacional mostrando entonces que podemos inferir, aunque no tenemos todo el sustento, en México existe aún rezago en las condiciones económicas prevalentes en la población.

En el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en México, se llevó a cabo un estudio en 2006<sup>15</sup>, la prevalencia de lactancia materna exclusiva a seis meses resultó alta con una frecuencia de 67.6%; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012)<sup>16</sup>, reporta que de la población incluida en sus investigaciones 14.9% tuvo acceso a lactancia materna exclusiva menos de 6 meses; nuestro estudio reporta frecuencias correspondientes al factor de riesgo lactancia materna destacando una lactancia materna mixta en al menos 66.3% (169 niños) de la población evaluada y lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida sólo en 16.9%(43 niños) este último valor en concordancia con lo reportado por las últimas estadísticas a nivel nacional de ENSANUT 2012. Cabe destacar que llama la atención la disminución en frecuencia de lactancia materna exclusiva en los últimos 6 años en tres encuestas diferentes y el impacto reflejo a nivel de la población pues se observa un marcado ascenso de lactancia mixta en las familias con acceso al primer nivel de atención en instancias de salud pública dónde el estrato socioeconómico representativo se localiza en el nivel estatus medio bajo quienes en teoría por condiciones económicas tendrían un menor acceso a fórmulas de lactancia suplementaria.

Relacionando el factor lactancia materna y talla del niño, no existe una asociación estadísticamente significativa con una chi-cuadrada de 0.446, coeficiente Phi de 0.042, V de Crammer 0.042 y el coeficiente de contingencia de Pearson de 0.042, indicando la ausencia de dependencia entre las variables, lo que se traduce en que

independientemente de la lactancia suministrada a los niños en crecimiento, ésta no tiene repercusión directa sobre la talla final resultante.

En referencia al factor de riesgo inicio de alimentación complementaria, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012<sup>16</sup> concluye el 94.8% de los niños recibe la ablactación entre los 6 y 8 meses de edad, nuestro estudio en 5.1% (13 niños) de la muestra se inició la ablactación antes de los 4 meses, en 38.8% (99 niños) se inició entre los 4 y los 6 meses de vida, y 26.7% (68) niños fueron ablactados después del sexto mes de nacidos, con ello se hace evidente un diferencial 68.1% entre ambas muestras, dejando entrever la posibilidad de que la población micro que es un reflejo de la nacional, persiste aún por debajo de lo indicado por la Organización Mundial para la Salud que señala a partir de los 6 meses de edad, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y de nutrientes; si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado.<sup>16</sup>

En lo referente al factor de riesgo diarrea aguda persistente, 8 (3.1%) niños muestran datos de talla baja y en las pruebas de relación entre ambas entidades chi-cuadrada toma el valor 27.546, con una significancia de 0.000, Phi es de 0.329, V de Cramer 0.329 y el coeficiente de contingencia de Pearson es de 0.312. lo que implica existencia de una asociación fuerte entre ambas patologías. Los datos obtenidos a partir de este estudio se apegan a lo encontrado en la bibliografía revisada donde los episodios recurrentes de diarrea en los primeros años de vida suelen originar malabsorción intestinal y desnutrición, regularmente presente en la etapa de crecimiento físico más intensa, convirtiéndose esta en importante factor de afectación del crecimiento longitudinal.<sup>10</sup>

En la evaluación del factor de riesgo rinofaringitis aguda recurrente, 8 niños (3.1%) presentaron talla baja con resultados en las pruebas chi-cuadrada de 30.997 con una significancia de 0.000, un valor coeficiente Phi de 0.349, V de Cramer 0.349 y el coeficiente de contingencia de Pearson es de 0.329, lo cual significa que existe una asociación fuerte entre los niños que cursaron con rinofaringitis aguda recurrente y su talla final. De acuerdo con los datos bibliográficos encontrados, la relación entre nutrición y función pulmonar es especialmente delicada dentro de los dos primeros años de vida y se relaciona al desarrollo normal del pulmón y musculatura respiratoria, cuyo detrimento aumenta el trabajo respiratorio y las infecciones; éstas, a su vez, aumentan requerimientos y favorecen el desarrollo de un círculo vicioso en que aumenta la morbimortalidad y desnutrición, aumentando el riesgo de infecciones.<sup>4</sup> Por lo anterior podemos inferir que la consecuencia de cuadros repetitivos de infecciones respiratorias agudas merma a largo plazo el potencial de crecimiento de los menores de 3 años de edad al sostener de manera crónica un proceso de desnutrición celular.

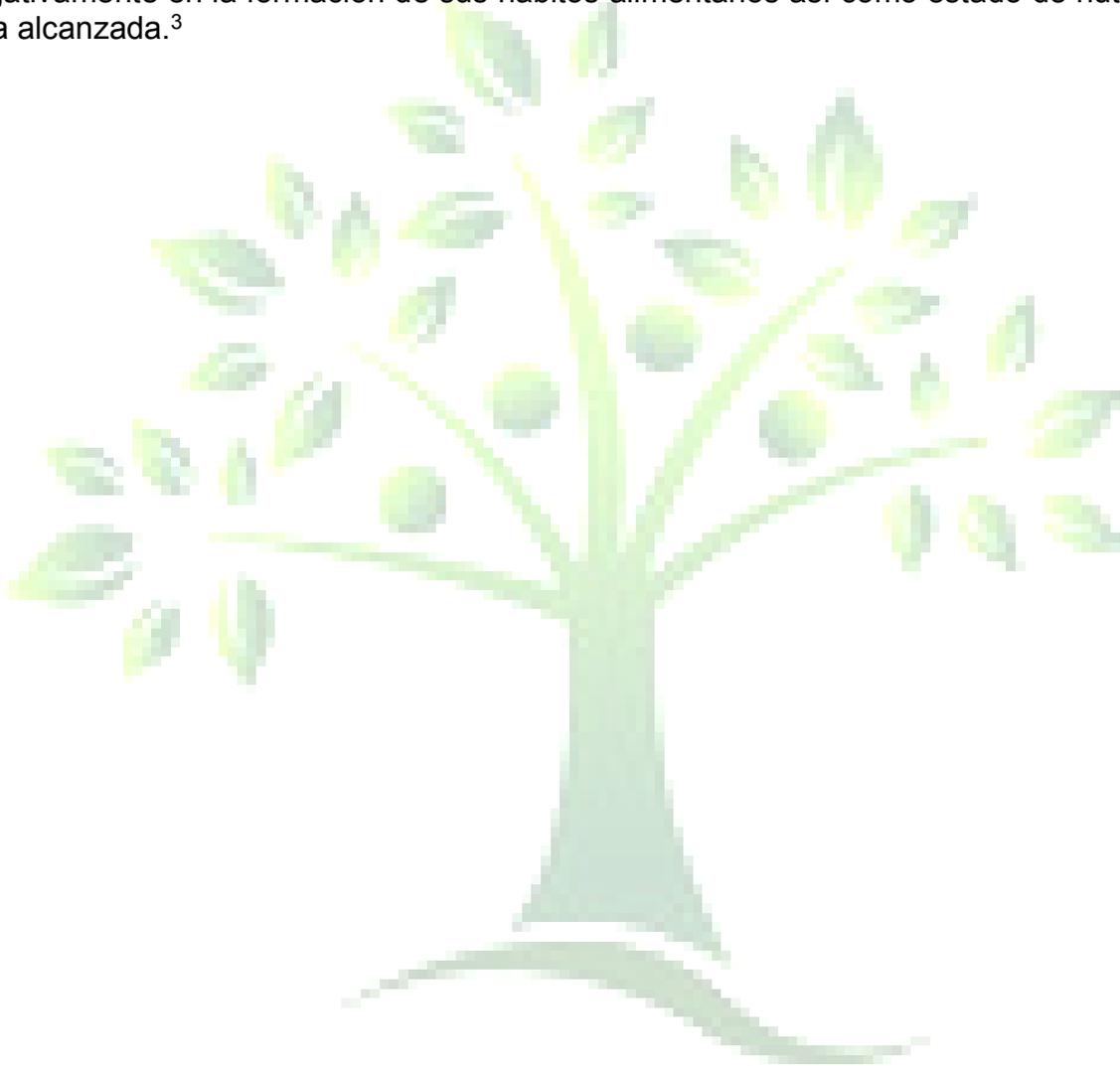
De acuerdo al factor de riesgo infección de vías urinarias recurrente la frecuencia reporta un solo individuo quien a su vez presenta talla baja, este resultado estadísticamente representado por chi-cuadrada con valor 6,536 con una significancia de 0.011, el coeficiente Phi es de 0.160, V de Cramer 0.160 y el coeficiente de contingencia de Pearson es de 0.158, lo que implica existencia de una asociación moderada entre la presencia de infección de vías urinarias y la talla final del niño estudiado. Nuestro

resultado concuerda con el material bibliográfico revisado donde se describe que la infección crónica de vías urinarias puede conducir a un estado carencial, inicialmente manifiesto como desnutrición protéico-energética y posteriormente con repercusiones sobre la talla, estableciéndose el ciclo de desnutrición e infección; sin embargo, hasta el momento no existen mayores descripciones de la talla de niños con este tipo de enfermedades del sistema urinario.<sup>6</sup>

Con respecto a las relaciones existentes desnutrición por índice de masa corporal y talla del niño en estudio, 2 niños correspondientes a una frecuencia de 0.8% cursan con talla baja y están en riesgo de peso bajo para la talla; por otro lado 2 niños con sobrepeso (0.8%) tienen talla baja, encontrando también que quienes cursan con obesidad (2 niños) que corresponden a una frecuencia de 0.8% presentan talla baja también. Las pruebas estadísticas no muestran una relación lineal evidente entre ambas características, la significación aproximada es menor que 0.5, por lo que se puede inferir no se encuentra una relación. Sin embargo, resalta a la vista que al menos 6 del total de 9 niños con talla baja encontrados en este estudio, presentan algún grado de desnutrición en base al índice de masa corporal. Es bien conocido en la literatura clínica que la desnutrición protéico-energética es una entidad sistémica con repercusiones a diferentes órganos y sistemas del ser humano, generalmente se condiciona por ingestión insuficiente, inadecuada absorción de nutrimentos o la pérdida excesiva de éstos; acorde al tiempo de evolución la desnutrición aguda (afectación al índice peso/talla) puede prolongarse y tener los rasgos clínicos de una desnutrición crónica agudizada con afectación directa en el indicador talla/edad<sup>1</sup>, por lo anterior, los resultados encontrados en nuestro estudio pueden funcionar como base para llevar a cabo medidas preventivas y limitar consecuencias resultantes de las afectaciones causadas por este factor de riesgo.

En la valoración del patrón de consumo alimentario, el consumo de lácteos se presenta con una frecuencia promedio de 2 a 4 veces por semana en niños de 0 a 3 años de edad; el consumo de frutas: reporta una frecuencia de consumo de 1 a 2 veces por semana en forma general, encontrando el consumo de verduras con una frecuencia promedio de 1 a 2 veces por semana; la frecuencia promedio de consumo de carnes presente en la muestra es de entre 1 y 2 veces por semana, mientras que el consumo de pescados y mariscos promedio tiene una frecuencia de 1 vez por semana. Especial relevancia muestra la frecuencia de consumo de leguminosas con una frecuencia de consumo de 1 a 2 veces por semana en los primeros 24 meses de vida mostrando un franco descenso de los 25 a 36 meses de edad con una frecuencia de consumo de 1 vez por semana; el consumo de cereales: promedio reporta una frecuencia de 1 y 2 veces por semana incluyéndose también en esta tendencia el consumo de tortillas. El consumo de bebidas diferentes de leche inicia con una frecuencia de entre 1 y 2 veces por semana hasta los 12 meses, un pico de frecuencia de consumo de 2 a 4 veces entre los 13 y 24 meses de edad mientras que desciende de nueva cuenta a 1 a 2 veces por semana en el grupo de 25 a 36 meses de edad. Respecto al consumo de grasas la frecuencia de consumo promedio en niños de 0 a 12 meses se reporta 1 vez por semana aumentando a 1 a 2 veces por semana de los 13 a 36 meses. Finalmente el consumo de azúcares reporta una frecuencia promedio entre 1 y 2 veces por semana. Se observa muy poca varianza alimentaria a lo largo de 36 meses de edad, manteniendo en forma promedio un consumo regular de alimentos de 1 a 2 veces por semana, destacando que la dieta al menos se

constituye por todos los grupos alimentarios como mínimo 1 vez por semana; el consumo más frecuente encontrado en este estudio corresponde al grupo de los lácteos mientras en menor al de pescados y mariscos probablemente asociado lo anterior al poder adquisitivo con que cuenta cada grupo familiar. Debemos recordar además de acuerdo con la revisión bibliográfica en este estudio que los hábitos alimentarios se forman desde los primeros años de vida y son el resultado de múltiples factores que interactúan en el individuo durante todo su crecimiento y desarrollo, así mismo, contribuirán positiva o negativamente en la formación de sus hábitos alimentarios así como estado de nutrición y talla alcanzada.<sup>3</sup>



## CONCLUSIONES

Dentro de los factores de riesgo, de causa no endócrina, relacionados con talla baja identificados en la investigación se encuentran predominantemente los factores escolaridad materna (donde predomina la escolaridad secundaria incompleta), composición familiar (familias extensas), nivel o estatus socioeconómico (representado por el nivel medio bajo) y enfermedades infecciosas como la diarrea aguda persistente, la rinofaringitis aguda recurrente y la infección de vías urinarias recurrente, que son los que tienen mayor influencia en el crecimiento longitudinal de los niños de 0 a 3 años de edad que acuden para su atención a la unidad de medicina familiar No.33.

Los cuidados que reciben los niños en sus primeros años de vida con respecto a su alimentación e higiene, son determinantes para un adecuado desarrollo y crecimiento; lo anterior se ha asociado principalmente con las madres/cuidadoras y sus características individuales: total de años de estudio, familia menos numerosa, más tiempo de la madre para alimentar al niño más pequeño, trabajo materno. La disminución en las cifras de morbilidad y mortalidad infantil en las últimas décadas puede ser atribuida a un mejor nivel educativo de la madre, que además de ofrecer mejor calidad económica a su hogar, le permite contar con un mayor acervo de información con respecto a las medidas de atención inicial con respecto a las enfermedades infecciosas agudas.

Con respecto a la familia, la disponibilidad doméstica de alimento depende entre muchos otros factores, del poder adquisitivo en función del ingreso y de la educación; actualmente la familia se adapta a las necesidades de un contexto cambiante y reajusta roles para obtener una mayor estabilidad socioeconómica, ambos padres se convierten en proveedores, el cuidado de los hijos queda fundamentalmente a cargo de las abuelas o las estancias infantiles, por lo anterior no se puede garantizar en un 100% que los niños reciban la alimentación más apropiada en base a su edad o bien la ausencia de contacto constante con focos infecciosos presentes en otros menores que compartan con ellos el aula.

Destaca en nuestro estudio que los niños que presentan talla baja además cursan con algún grado de desnutrición. La desnutrición en el niño es el resultado directo de una dieta inadecuada, en cantidad o calidad; al aparecer durante la edad preescolar provoca daños en funciones como el crecimiento y el desarrollo teniendo efectos adversos a largo plazo, incluyendo disminución en la capacidad de trabajo físico así como merma en el desempeño intelectual y escolar durante la adolescencia y la edad adulta.

En cuanto al patrón alimentario no encuentra gran variabilidad, independientemente del grupo etario del que se hable, encontrando únicamente una la frecuencia más alta en el consumo de lácteos y en menor frecuencia el consumo de pescados y mariscos.

Existen factores de riesgo familiar que sumados a infecciones agudas recurrentes o persistentes coexisten y afectan la talla final en los menores de 3 años de edad, todos detectables y prevenibles en el primer nivel de atención.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- Debido a que este estudio fue realizado en el primer nivel de atención, se esperaría que el cien por ciento de la población revisada contara con talla adecuada para la edad, lo anterior por los múltiples programas instaurados para la vigilancia del embarazo, la atención del parto y la vigilancia de desarrollo y crecimiento en el menor de 5 años de edad.
- Nuestro estudio conto con una muestra de 255 niños, se subdividió en 3 grupos etarios sin embargo sería conveniente que cada uno de los grupos contara con el mismo número de participantes con la finalidad de evitar sesgos y tener más claro si existe una relación real entre los factores de riesgo y la talla final de los pacientes.
- Es importante describir los conocimientos y las actitudes de los sujetos de estudios para apoyar a las madres con educación activa de acuerdo su nivel educativo, de manera constante para disminuir los riesgos de desconocimiento y malas actitudes en la atención de los niños menores de 3 años.
- El trabajo comunitario en salud es uno de los pilares fundamentales para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud, por lo que el personal de los servicios debe hacer su mayor esfuerzo en mejorar a través de sus programas la salud de los niños por ser un grupo etario de alto riesgo y vulnerabilidad de la población a la cual sirve por lo que deberá poner mayor énfasis en el trabajo con el control y seguimiento de estos niños a los que se les identifique algún tipo de problema y esto ayudará a las madres a poner mayor interés en la salud de sus hijos dando un seguimiento oportuno, consejería y un plan educacional personalizado respecto a nutrición infantil.
- Encontramos 9 casos de talla baja verdadera, que al momento no han sido detectados ni han tenido seguimiento por parte de la consulta externa de medicina familiar motivo por el cual sería importante referirlos al segundo nivel de atención y realizar las acciones pertinentes para su atención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco G, Pernas G, Mosqueira M, Juiz de Trogliero C, Raineri F, Piazza N. Evaluación del crecimiento de niños y niñas: Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud. 1ª ed. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2012. Pág. 5-37.
2. Franz Yugar R, Flores CE, Vargas TN, Vásquez RP. Estudio de talla baja en preescolares de 2 a 5 años atendidos en consulta externa de pediatría en el Hospital la Paz. Rev. Med La Paz 2009; 15(2): 15-20.
3. Grandy G, Weisstaub G, López de Romaña D. Deficiencia de hierro y zinc en niños. Rev. Soc. Bol Ped 2010; 49 (1): 25-31
4. Barja Yáñez S. Aspectos nutricionales en enfermedades respiratorias crónicas del niño. Neumología Pediátrica 2007; 2 (1): 11-14
5. Rivera Dommarco JA, Cuevas Nasu L, González de Cosío T, Shamah Levy T, García Feregrino R. Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. Salud Publica Mex 2013; 55 (2): S161-S169.
6. Granados Manzo CE, Granados Manzo A, Vásquez Garibay EM, Romero-Velarde E, Ramírez Magaña OY, García Morales E. Factores de riesgo de desnutrición primaria y secundaria en lactantes y preescolares hospitalizados. Rev. Mex Pediatr 2012; 79(4); 167-173
7. Ibáñez Toda L, Marcos Sala MV. Abordaje de la talla baja. En Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones 2012; p. 95-104.
8. Cardona González S, Castaño Castrillón J, Galeano Ramírez J, Gómez Ospina D, González Henao N, Guzmán Rodríguez M, et al. Principales hallazgos en el programa de crecimiento y desarrollo de los niños hasta los 60 meses de edad en la clínica ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia) entre los años 2002-2007. Arch Med (Manizales) 2011; 11(2): 127-139.
9. Figueredo Rodríguez N, Rodríguez Sánchez R, Jiménez García R, Bacallao Gallestey J. Talla al nacer y morbilidad en el primer año de vida. Medisur [revista en Internet] 2013; 11(3): 324-329.
10. Carrascosa A, Fernández Longás A, Gracia Bouthelie R, López Siguerod J, Pombo Ariase M, Yturriaga R, et al. Talla baja idiopática. Revisión y puesta al día. An Pediatr (Barc) 2011; 75(3): 204.e1—204.e11.
11. Pombo M, Castro Feijóo L, Cabanas Rodríguez P. El niño de talla baja. Protoc diagn ter pediatr 2011; 1: 236-254.
12. Allen D, Cuttler L. Short Stature in Childhood Challenges and Choices. N Engl J Med 2013; 368: 1220-1228.
13. Núñez Enríquez J, Arias Gómez J, Nishimura Meguro E. Proceso diagnóstico en talla baja. Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2012; 50 (6): 623-630.
14. Escartín Chávez M, Vega Malagón G, Torres CO, Manjarrez QC. Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades del estado de Querétaro. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(3):131-136.
15. Delgado Becerra A, Arroyo Cabrales L, Díaz García M, Quezada Salazar C. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2006; 63 (1): 31-39.

16. González de Cosío T, Escobar Zaragoza L, González Castell L, Rivera Dommarco J. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública Mex* 2013; 55 supl 2:S170-S179.
17. Cañón Buitrago S, Castaño Castrillón J, Duque Osorio D, Llano Castaño V, Martínez Alzate I, Méndez Cardona L, et al. Estudio multifactorial del estado nutricional y comparación tablas OMS/colombianas en niños de primero de primaria de 6 instituciones educativas de la ciudad de Manizales 2012-2014. *Arch Med (Manizales)* 2014; 14(2):236-48.
18. Lamas M. *Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE*. <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm>
19. Real Academia Española (1992). *Diccionario de la lengua española* (21a. ed.). Madrid: Espasa-Calpe. Pág. 1551 y 1978
20. Bobadilla Montes de Oca P, Mendieta Alcántara G. Lactancia materna exclusiva y su abandono en lactantes con cardiopatía congénita comparada con lactantes sanos. *Arch Inv. Mat Inf* 2013; V(2):56-66
21. García Roig C, Larre N, Pastene H, Gutiérrez L, Vaccaro J, Sciarrota J, et al. Características epidemiológicas y clínicas de las gastroenteritis agudas según su etiología por rotavirus u otra en niños menores de 5 años atendidos en una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Arch. argent. pediatr.* 2013; 111 (3): 218-223
22. Canales P, Allende F. Diarrea crónica en el niño. *Rev. Chil Pediatr* 2012; 83 (2): 179-184
23. López D, Tinoco D, Mendoza J. Factores de riesgo asociados a diarrea persistente en niños menores de 5 años, en el hospital niño Jesús. Barranquilla, enero de 2012-abril de 2013. *Biociencias* 2013; 8 (1): 53 - 59
24. González Yamilka O, Piloto Morejón M, Iglesias Gómez P. Clínica y epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años. *Rev. Ciencias Médicas* 2013; 17(1): 49-62.
25. Lopardo G, Calmaggi A, Clara L, Levy Hara G, Mykietiuik A, Pryluka D, et al. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de infecciones de vías respiratorias altas. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2012; 72: 484-494
26. Calderón Jaimes E, Casanova Román G, Galindo Fraga A, Gutiérrez Escoto P, Landa Juárez S, Moreno Espinosa S, Rodríguez Covarrubias F, et al. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones en vías urinarias: un enfoque multidisciplinario para casos no complicados. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2013; 70(1):03-10.
27. Florentin de Merech L, Lascurain de Arza A, Báez de Ladoux D, Martínez M, Troche de Hermosilla A, Rolón Arámbulo R, et al. Consenso de Infección Urinaria. Pautas de Diagnóstico y Tratamiento. *Pediatr. (Asunción)* 2011; 38 (1): 68-72
28. Medina Escobedo M, Landa Galván H. Evaluación del estado nutricional en niños con enfermedad crónica del sistema urinario. *Pediatría de México* 2011; 13 (1): 24-31.
29. Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS. Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño 2009. Pág. 1-40.
30. Aguirre M, Reyes Y, Ramírez M, Lara M, Briceño Y, Paoli M. Enfoque Diagnóstico Inicial del Paciente con Talla Baja. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* 2013; 11(3): 168-179.
31. Márquez González H, García Sámano V, Caltenco Serrano M, García Villegas E, Márquez Flores H, Villa-Romero A. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. *El Residente* 2012; 7 (2): 59-69

32. Díaz N, Páez M, Solano L. Situación nutricional por estrato social en niños escolarizados venezolanos. Acta Científica Venezolana 2002; 53: 284–289.
33. Abordaje diagnóstico y Seguimiento del Paciente con Talla baja. México: Secretaria de Salud, 2011.  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/510\\_GPC\\_Tallabaja/GER\\_TallaBaja.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/510_GPC_Tallabaja/GER_TallaBaja.pdf)
34. Córdoba Villalobos J, Hernández Ávila M, Ortiz Domínguez M, De León May M, Sotelo Morales J, Fernández del Castillo B, et al. Prevención de la mortalidad infantil. Programa de Acción Específico 2007-2012; 1: 1-71.
35. Barja Yañez S. Aspectos nutricionales de Enfermedades Respiratorias Crónicas del niño. Neumología Pediátrica 2007; 2(1): 11-14.
36. Koch E, Bravo M, Romero C, Díaz A, Castañeda H, Aguilera H, et al. Estatura, factores de riesgo cardiovascular y riesgo de mortalidad en adultos: Proyecto San Francisco, Chile. Rev. Chil Cardiol 2011; 30: 198 – 206
37. Abeyá Gilardon EO, Calvo EB, Durán P, Longo EN, Mazza C. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Pág. 1- 144.
38. UIS-UNESCO, Global Education Digest 2010, Glossary. (traducción del inglés, p. 264) <http://otra-educacion.blogspot.mx/2010/12/analfabetismo-y-alfabetizacion-de-que.html>
39. Huerta González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1ª ed. México: Alfil Editores; 2005.
40. <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/288>
41. Durán Rojas F, Wall Medrano A. La ocupación de la madre como factor determinante del estado nutricional de niños menores de 7 años de Ciudad Juárez. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Instituto De Ciencias Biomédicas; 2009.

## ANEXO I



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NIÑOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Azcapotzalco, Distrito Federal, a de Junio de 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".
Procedimientos:	Se aplicara un cuestionario para obtención de datos estadísticos. Se revisará la cartilla de control y citas médicas del menor en evaluación. Se llevará a cabo una evaluación antropométrica en la cual se recaben el peso y la talla del menor.
Posibles riesgos y molestias:	No se encuentra relacionado con algún tipo de intervención farmacológica o invasiva, que impliquen riesgos sobre la salud del participante.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La finalidad de este cuestionario es la obtención de datos estadísticos que a mediano o largo plazo puedan servir como una herramienta para el mejoramiento del manejo integral que se pueda dar a los niños que presenten factores de riesgo para presentar talla baja.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informarán los resultados obtenidos a los tutores de los participantes una vez concluido el estudio.
Participación o retiro:	El investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se trata de un instrumento totalmente confidencial, el no responder el cuestionario no modifica o altera de ninguna manera la atención personalizada que reciben los menores en las guarderías a las cuales acuden.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Concepción Vargas León

Matrícula: 99374257

Profesora Colaboradora del Curso de Especialización en Medicina Familiar

TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"

Colaboradores:

Dra. Lilita López Arroyo

Residente del tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de ambos padres o  
tutores o representante legal  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

## ANEXO II

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33 "EL ROSARIO"

### CUESTIONARIO

Frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".

Le solicito atentamente su participación para contestar el siguiente cuestionario. El objetivo de este estudio es: identificar la frecuencia de los factores de riesgo modificables, de causa no endócrina, relacionados con talla baja en niños de 0 a 3 años de edad derechohabientes de la UMF No. 33, "El Rosario". La información proporcionada no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma CONFIDENCIAL. De antemano agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: El estudio consiste en dos secciones. En la primera se le solicita leer cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una "X" la respuesta que más se acerque a su realidad y la de su hijo. En la segunda, el investigador procederá a medir el peso y talla del niño que está siendo estudiado.

1. Del siguiente listado, ¿qué personas son las que actualmente viven en el domicilio con el menor?

- \_\_\_\_\_ (1) Madre
- \_\_\_\_\_ (2) Padre
- \_\_\_\_\_ (3) Hijo o hijos
- \_\_\_\_\_ (4) Abuelos
- \_\_\_\_\_ (5) Otros, especifique:

*En relación con la madre del niño en estudio (preguntas 2 hasta la 6):*

2. ¿Cuál era su edad al momento de tener a su hijo (niño en estudio)?

- \_\_\_\_\_ (1) 19 años o menos
- \_\_\_\_\_ (2) 20 años o más

3. ¿Durante el embarazo de su hijo consumió alguna o algunas de las siguientes sustancias?

- \_\_\_\_\_ (1) Tabaco
- \_\_\_\_\_ (2) Alcohol
- \_\_\_\_\_ (3) Marihuana

4. ¿Cuál es su estado civil actual?

- \_\_\_\_\_ (1) Soltera
- \_\_\_\_\_ (2) Casada o en unión libre
- \_\_\_\_\_ (3) Separada o divorciada
- \_\_\_\_\_ (4) Viuda
- \_\_\_\_\_ (5) Otros, especifique:

5. ¿Qué nivel de estudios ha finalizado?

- \_\_\_\_\_ (5) No sabe leer ni escribir
- \_\_\_\_\_ (4) Primaria completa o incompleta
- \_\_\_\_\_ (3) Secundaria incompleta
- \_\_\_\_\_ (2) Secundaria completa, técnica superior o bachillerato completo

\_\_\_\_\_ (1) Estudios universitarios

6. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- \_\_\_\_\_ (1) Trabaja
- \_\_\_\_\_ (2) Desempleada
- \_\_\_\_\_ (3) Estudiante
- \_\_\_\_\_ (4) Ama de Casa

*En relación al padre del niño en estudio  
(preguntas 7 hasta la 8)*

7. ¿Cuál era su edad al momento de tener a su hijo  
(niño en estudio)?

\_\_\_\_\_ (1) 19 años o  
menos

\_\_\_\_\_ (2) 20 años o  
más

8. ¿Qué nivel de estudios ha finalizado?

\_\_\_\_\_ (1) No sabe leer ni escribir

\_\_\_\_\_ (2) Sin estudios o estudios primarios  
incompletos

\_\_\_\_\_ (3) Estudios primarios (primaria completa)

\_\_\_\_\_ (4) Estudios secundarios (secundaria  
completa)

\_\_\_\_\_ (5) Bachillerato completo

\_\_\_\_\_ (6) Estudios universitarios

\_\_\_\_\_ (7) Otros, especifique: \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es la profesión del jefe de familia?

\_\_\_\_\_ (1) Profesión universitaria, financistas,  
banqueros, comerciantes, gerentes, todos de alta  
productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si  
tienen un rango de educación superior)

\_\_\_\_\_ (2) Profesión técnica superior, medianos  
comerciantes o productores.

\_\_\_\_\_ (3) Empleado sin profesión técnica  
definida o universidad inconclusa, pequeños  
comerciantes o productores

\_\_\_\_\_ (4) Obrero especializado (tractoristas  
,taxistas) y parte de los trabajadores del sector  
informal (con primaria completa)

\_\_\_\_\_ (5) Obrero no especializado (servicio  
doméstico, albañiles) y otra parte del sector  
informal de la economía (sin primaria completa)

10. ¿Cuál es la principal fuente de ingreso de la  
familia?

\_\_\_\_\_ (1) Fortuna heredada o adquirida

\_\_\_\_\_ (2) Ganancias o beneficios, honorarios  
profesionales.

\_\_\_\_\_ (3) Sueldo mensual o quincenal

\_\_\_\_\_ (4) Salario semanal, por día o  
entrada a destajo

\_\_\_\_\_ (5) Donaciones de origen público o  
privado

11. ¿Con qué características cuenta la vivienda en  
la que habita el niño?

\_\_\_\_\_ (1) Es una vivienda muy grande y lujosa,  
construida con materiales durables y lujosos, tiene  
una habitación por cada miembro de la familia con  
baño individual, cuenta con jardín externo e interno  
así como acceso a agua potable y alcantarillado. Se  
ubica en zona residencial.

\_\_\_\_\_ (2) Es una vivienda grande, construida de  
materiales durables, cuenta con espacios  
suficientes, cada miembro de la familia tiene su  
propia habitación, cuenta con más de 2 baños,  
puede o no tener jardín; cuenta con acceso a agua  
potable y alcantarillado. Se ubica en zona  
residencial.

\_\_\_\_\_ (3) Es una vivienda confortable, construida  
de materiales durables con espacios suficientes,  
cada habitación es ocupada por máximo 2  
miembros de la familia; tiene 2 baños y al menos  
uno tiene regadera, con acceso a agua potable y  
alcantarillado. Se ubica en zona residencial,  
industrial o comercial.

\_\_\_\_\_ (4) Es una vivienda construida de  
materiales durables, con espacios reducidos, con  
poca ventilación e iluminación, cada habitación es  
ocupada por 2 o más miembros de la familia; tiene  
1 baño con regadera, puede o no haber  
deficiencias en el suministro de agua potable o  
electricidad. Se ubica en zona industrial, comercial  
o barrios.

\_\_\_\_\_ (5) Es una vivienda improvisada o  
construida con materiales de desecho, con  
espacios insuficientes para todas las personas que  
allí viven, no cuenta con agua potable o  
electricidad, la disposición de evacuaciones se  
efectúa en letrina o al ras del suelo. Se ubica en  
barrios marginados.

Acerca del niño (a) menor de 3 años que está bajo su cuidado, y que vive con usted:

12. ¿Cuál es el sexo del niño?

\_\_\_\_\_ (1) Hombre      \_\_\_\_\_ (2) Mujer

13. ¿Qué edad tiene actualmente?

\_\_\_\_\_ (0) 1 año o menos

\_\_\_\_\_ (1) de 1 a 2 años

\_\_\_\_\_ (2) de 2 a 3 años

14. ¿Cuánto tiempo dio exclusivamente leche materna a su hijo?

\_\_\_\_\_ (1) menos de 4 meses

\_\_\_\_\_ (2) de 4-6 meses

\_\_\_\_\_ (3) de 6-12 meses

\_\_\_\_\_ (4) más de 12 meses

\_\_\_\_\_ (5) No consumió leche materna

15. ¿Desde qué edad su hijo comenzó alimentación con fórmula infantil?

\_\_\_\_\_ (1) antes de los 6 meses

\_\_\_\_\_ (2) después de los 6 meses

16. ¿A qué edad comenzó a dar a su hijo alimentos diferentes a la leche materna? (té, cereales, fruta, jugos, verduras, otros)

\_\_\_\_\_ (1) antes de los 4 meses

\_\_\_\_\_ (2) entre los 4 y 6 meses

\_\_\_\_\_ (3) después de los 6 meses

17. ¿Su niño ha tenido cuadros de diarrea con duración mayor a dos semanas (14 días)?

\_\_\_\_\_ (1) Sí

\_\_\_\_\_ (2) No

\_\_\_\_\_ (3) No sé

18. Durante esos cuadros de diarrea su hijo ¿recibió tratamiento antibiótico?

\_\_\_\_\_ (1) Sí

\_\_\_\_\_ (2) No

\_\_\_\_\_ (3) No sé

19. Durante esos cuadros de diarrea su hijo ¿recibió atención médica hospitalaria?

\_\_\_\_\_ (1) Sí

\_\_\_\_\_ (2) No

\_\_\_\_\_ (3) No sé

20. ¿Cuántos días en promedio dura enfermo su niño cuando presenta gripe?

\_\_\_\_\_ (1) menos de 15 días

\_\_\_\_\_ (2) más de 15 días

\_\_\_\_\_ (3) No sé

21. ¿Cuántos cuadros de gripe ha tenido su hijo que hayan ameritado tratamiento con antibiótico en el último año?

\_\_\_\_\_ (1) 7 o menos

\_\_\_\_\_ (2) 8 o más

\_\_\_\_\_ (3) No sé

22. ¿Cuántos cuadros de infección de vías urinarias ha tenido su hijo que hayan ameritado tratamiento con antibiótico en el último año?

\_\_\_\_\_ (1) menos de 3

\_\_\_\_\_ (2) 3 o más

23. ¿Cuál es la talla/estatura de los padres del niño?

Madre: \_\_\_\_\_ m

Padre: \_\_\_\_\_ m

Somatometría

1. Peso del niño(a): \_\_\_\_\_ kgs

2. Talla o estatura del niño(a): \_\_\_\_\_ cm

### ANEXO III CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO

Esta parte de la encuesta es para conocer la dieta que ha seguido su hijo/a en la última semana y averiguar la variedad de su alimentación. Por ello, le agradecemos sinceramente que preste la máxima atención y colaboración informando en la medida de lo posible sobre la dieta que hace en casa y fuera (colegio, restaurantes, entre otros).

		Frecuencia de consumo						
Alimento	Porción	Consumo por semana			Consumo por día			
		1 vez por sem	2 - 4 veces por sem	5-6 veces por sem	1 vez por día	2-3 veces por día	4-5 veces por día	6 o más veces por día
<b>PRODUCTOS LACTEOS</b>								
1	Leche	4 a 6 onzas = vaso pequeño de hasta 150ml						
2	Queso	una porción o ración pequeña						
3	Yogurt	4 a 6 onzas = vaso pequeño de hasta 150ml						
<b>FRUTAS</b>								
4	Plátano	1/2 de la pieza o una pieza pequeña						
5	Jicama	1/2 taza						
6	Mandarina	1/2 de la pieza						
7	Manzana	1/2 de la pieza						
8	Melón	1/2 taza						
9	Guayaba	1 pieza pequeña						
10	Pera	1/2 de la pieza o una pieza pequeña						
11	Durazno	1/2 pieza o una pieza pequeña						
<b>VERDURAS</b>								
12	Jitomate	1 pieza pequeña						
13	Tomate	1 pieza pequeña						
14	Hojas verdes (acelgas, espinacas, quelites)	1/2 taza						
15	Cebolla	1/2 pieza pequeña						
16	Chile (pimiento morrón y otros chiles picantes)	1/2 pieza mediana o 1 1/2 cucharada sopera de salsa picante						
17	Zanahoria	media unidad pequeña o 2 cucharadas soperas						
18	Calabacitas	1 pieza chica						
19	Betabel	1/2 taza						
20	Chicharo	1/2 taza						
21	Champiñones	1/2 taza						
22	Brócoli, coliflor	ración pequeña o 2 ramilletes						

Alimento	Porción	Consumo por semana			Consumo por día			
		1 vez por sem	2 - 4 veces por sem	5-6 veces por sem	1 vez por día	2 -3 veces por día	4-5 veces por día	6 o más veces por día
<b>CARNES, HUEVO Y EMBUTIDOS</b>								
23	Carne de puerco	1/2 bistec (45 g)						
24	Carne de res	1/2 bistec (45 g)						
25	Embutidos	1 salchicha o 1 rebanada de jamón de 30g						
26	Pollo	1 pieza pequeña (pierna, muslo) o 1/2 pieza de pechuga chica						
		Alas, patas (70g)						
		Hígado y molleja 1 pieza						
27	Huevo	1 pieza entera						
<b>PESCADOS Y MARISCOS</b>								
28	Pescado	1/2 filete						
29	Camarón	50grs o 1/2 cóctel chico						
30	Atún o sardina	1/4 de lata o 40g						
<b>LEGUMINOSAS</b>								
31	Frijoles	Ración pequeña o 5 cucharadas soperas						
32	Habas	Ración pequeña o 5 cucharadas soperas						
33	Lentejas	Ración pequeña o 5 cucharadas soperas						
<b>CEREALES Y TUBÉRCULOS</b>								
34	Arroz	Ración pequeña o 5 cucharadas soperas						
35	Pan Blanco	1 rebanada de pan de caja o bolillo pequeño						
36	Pan Dulce	1/2 pieza						
37	Pastelillos	1 pieza						
38	Pastas	Ración pequeña o 5 cucharadas soperas						
39	Papas	1/2 pieza pequeña						
40	Productos de maíz (sopes, quesadillas, atole)	1 pieza o un vaso pequeño (150ml)						
41	Cereal de caja	3 cucharadas soperas						
<b>TORTILLAS</b>								
42	¿Con qué frecuencia come tortilla de maíz?							
43	¿Con qué frecuencia come tortilla de trigo?							

Alimento	Porción	Consumo por semana			Consumo por día			
		1 vez por sem	2 - 4 veces por sem	5-6 veces por sem	1 vez por día	2-3 veces por día	4-5 veces por día	6 o más veces por día
<b>BEBIDAS</b>								
44	Refresco	150ml vaso pequeño						
45	Café	1/2 taza						
46	Té o infusión	1 taza						
47	Jugos embotellados	150ml vaso pequeño						
48	Agua de frutas	1 vaso 250ml						
49	Agua de horchata	1 vaso 250ml						
50	Consomé	1/2 taza						
<b>GRASAS</b>								
51	Aceite vegetal	1 cucharada sopera						
52	Manteca	1 cucharada sopera						
53	Margarina	1 cucharada cafetera						
54	Mantequilla	1 cucharada cafetera						
<b>AZÚCARES</b>								
55	Azúcar	1 cucharada cafetera						
56	Chocolate	1 cucharada cafetera						
57	Dulce	1 pieza de 30gr ó 2 a 3 unidades pequeñas						
<b>FRITURAS</b>								
58	Frituras	1 paquete 35g						