



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARIA DE SALUD DE SALUD PUBLICA DEL
ESTADO SE TABASCO
UNIDAD ACADEMICA
CARDENAS, TABASCO**

**FACTORES SOCIOECONOMICOS DE LA FAMILIA QUE
INFLUYEN EN LA RECUPERACION DE LA DESNUTRICION
EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD
MELCHOR OCAMPO, CÁRDENAS, TABASCO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

MARIBEL MONOLA RIVERA

CARDENAS, TABASCO

MARZO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES SOCIOECONOMICOS DE LA FAMILIA QUE INFLUYEN EN LA
RECUPERACION DE LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL
CENTRO DE SALUD MELCHOR OCAMPO, CÁRDENAS, TABASCO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

MARIBEL MONOLA RIVERA

ASESOR DE TESIS

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

AUTORIZACIONES

DR. JORGE LUIS ESCOBAR VILLANUEVA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
CARDENAS, TABASCO



DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS

DR. JAIME FARIAS ECHAVARRIA
JEFE DE ENSEÑANZA CARDENAS, TABASCO

CARDENAS, TABASCO

MARZO 2015

**FACTORES SOCIOECONOMICOS DE LA FAMILIA QUE INFLUYEN EN LA
RECUPERACION DE LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL CENTRO DE SALUD MELCHOR OCAMPO, CÁRDENAS, TABASCO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

MARIBEL MONOLA RIVERA

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

INDICE GENERAL

No.	Titulo	No. Pag.
I	MARCO TEORICO	6
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
III	JUSTIFICACIÓN	22
IV	OBJETIVOS	23
	General	23
	Específicos	23
V	MATERIAL Y MÉTODOS	24
VI	RESULTADOS	28
VII	DISCUCIÓN DE RESULTADOS	40
VIII	CONCLUSIONES	46
IX	RECOMENDACIONES	48
X	BIBLIOGRAFÍA	49
XI	ANEXOS	52

MARCO TEORICO

De acuerdo con UNICEF, 165 millones de niños en el mundo que ahora tienen menos de 5 años, tendrán en el futuro problemas de desarrollo físico y mental que afectarán irremediabilmente su desempeño, primero en la vida escolar, y después en la etapa adulta, todo esto debido a las alteraciones de su estado nutricional.

La pobre alimentación en los primeros 1,000 días de vida de un niño tiene consecuencias irreversibles que afectan su potencial, habilidades y salud de manera grave¹. En este periodo los niños que tiene una alimentación pobre suelen tener un peso y estatura menor a la de los demás, lo cual los hace presas fáciles de las enfermedades, también presentan un desempeño pobre en la escuela, y están más propensos a desarrollar obesidad en la vida adulta.

En un reporte de la UNICEF, 1 de cada 4 niños menores de 5 años en el mundo, no podrán desarrollar del todo su potencial debido a la desnutrición, y de estos casos el 80% de ellos se concentra en sólo 14 países, sobre todo de África¹.

A nivel mundial, más de un cuarto de los niños menores de 5 años (26%) padecieron desnutrición antes de los primeros 1,000 días de vida. sin embargo la prevalencia global de la desnutrición ha disminuido 36% en las pasadas dos décadas, de un estimado de 40% en 1990, a 26% en 2011.

La Asamblea Mundial de Salud ha establecido la meta de reducir en un 40% el número de niños malnutridos menores de 5 años para el 2025, lo que significa salvar a 70 millones de niños de la desnutrición.

El estatus nutricional de los niños está definido por tres factores, de acuerdo al UNICEF, la comida, la salud y los cuidados, que son influenciados por factores sociales, económicos y políticos distintos en cada país¹.

La desnutrición en América Latina

La información más reciente de la prevalencia de desnutrición a nivel de algunos países, revela que en las naciones latinoamericanas entre 10 y 11 millones de niños a nivel preescolar experimentan bajo peso al nacer. Aún más, 15 millones de infantes se ven afectados por desnutrición moderada y de tercer grado².

La comparación entre países varía por diferencias en tiempo, definición y precisión de los estimados nacionales. No hay duda de que el grueso de la desnutrición se encuentra en países con grandes poblaciones como Brasil y México, con

sustanciales concentraciones de pobreza, como Bolivia, Guatemala, Haití, Perú o con ambas. Un ejemplo de ello es la prevalencia de bajo peso al nacer, que excede el 30% en Brasil, Guatemala y Haití, y que está por debajo de 10% sólo en Chile, Costa Rica, Jamaica, Paraguay y Uruguay².

Es reconocido que la desnutrición en América Latina es un problema generalizado, particularmente entre niños de edad preescolar, y que el crecimiento económico por sí solo sería insuficiente para eliminar el problema; que existen otros medios más rápidos y eficaces para combatir la desnutrición, y que entre esos medios existen programas que proveen complementos nutricionales, educación y cuidado a la salud de niños vulnerables y a sus familias².

El panorama epidemiológico de la desnutrición en México se caracteriza por una profunda y creciente polarización, en la que las zonas pobres presentan una prevalencia muy elevada de desnutrición, en tanto que, el medio urbano tiene también en otro sentido, una mala nutrición, debido a excesos y desequilibrios en la dieta consumida, con consecuencia negativa para la salud³.

En México, la desnutrición en menores de 5 años de edad, durante varias décadas ha sido considerada uno de los principales problemas de salud pública, la cual está asociada a una alta prevalencia de morbilidad y mortalidad, a pesar de los avances en la materia de desnutrición infantil que se han experimentado en los últimos años, lo cierto es que las cifras siguen siendo alarmantes en algunos sectores de la población⁴.

El riesgo de que un niño o niña indígena se muera por diarrea, desnutrición o anemia es tres veces mayor que entre la población no indígena. Si bien en los últimos años la desnutrición crónica ha disminuido entre adolescentes, también es cierto que se ha evidenciado un mayor desequilibrio entre las zonas norte y sur de nuestro país. La prevalencia de la desnutrición crónica es tres veces mayor en el sur que en el norte, en esta franja de edad.

Diversas intervenciones, como los programas de vacunación universal, la administración masiva de vitamina A, los programas de desparasitación y la mayor disponibilidad de alimentos, gracias a los programas de desarrollo social, han sido eficientes para disminuir el radio de niños y niñas que presentan malnutrición. Sin embargo las prevalencias altas persisten en zonas rurales y en la población indígena⁴.

De acuerdo con diversas estimaciones, se ha considerado que la desnutrición en el país es relativamente grave, ya que la encontramos con un porcentaje global de desnutrición de casi 30% de la población infantil menor de 5 años, de la cual casi la mitad se encuentra en situación de desnutrición grave; ya que la incidencia de bajo peso en los estados de la región sur del país, principalmente Guerrero, Oaxaca y Chiapas, es 2.2 veces mayor que en el norte y centro de la República Mexicana, y que el 77% de las personas con alto grado de desnutrición y pobreza se encuentran en el medio rural².

La desnutrición afecta a un porcentaje importante de la población y, asociada con otros factores, es responsable de la mayor parte de la mortalidad evitable y de considerables daños a la salud de la niñez. En las tres últimas décadas, ha disminuido la desnutrición en las zonas del país donde el desarrollo económico es mayor⁵.

En cambio, las zonas pobres y de extrema pobreza, han quedado excluidas casi por completo de los beneficios del desarrollo económico social, esta población es de alrededor de 20 millones de mexicanos, y padecen graves problemas de desnutrición, que lejos de solucionarse muestran una tendencia al deterioro, sin que los problemas para el mejoramiento alimentario y nutricional de esta población indiquen algún efecto positivo⁵.

Las zonas con mayor deterioro nutricional son las poblaciones indígenas. Como se menciona en las últimas cifras publicadas al respecto, puede apreciarse, un ligero descenso en los niveles de desnutrición en la población preescolar del medio rural mexicano, predominantemente en la última década, fue en la población no indígena. Las comunidades indígenas no tienen prácticamente ninguna mejoría, por lo contrario, durante la última década sufrieron un mayor deterioro, no obstante que diez años atrás, ya presentaban niveles muy altos de desnutrición⁵.

El ciclo pobreza-enfermedad inicia desde la gestación, cuando la insuficiente nutrición de la madre, las características del patrón (edad al procrear, número y frecuencia de hijos), la inapropiada atención prenatal y del parto, provocan elevadas tasas de desnutrición infantil, con un alto riesgo de bajo peso del recién nacido y son más propensos a padecer enfermedades⁵.

Entre las causas básicas de la desnutrición se encuentran; el insuficiente consumo de energía, principalmente el consumo de macro y micro nutrientes, secundario a una dieta inadecuada. La mayor parte de los hogares no cubren sus

requerimientos de energía y que los déficit de proteínas, grasas y nutrientes son alarmantes entre la población⁶.

Definición.- Según la OMS define la desnutrición como el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas.

El consumo de energía, de macro y micronutrientes es capital para el crecimiento, formación y mantenimiento de los tejidos y sistema inmunológico, por lo que, las deficiencias explican las prevalencias de desnutrición encontradas⁶.

Factores que influyen en la desnutrición

Se ha mencionado a la pobreza como la causa principal de la desnutrición, sin embargo existen otras causas como; la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas; la falta de educación y de información sobre la adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos y el costo de los alimentos⁴.

Un factor importante que contribuye al problema de desnutrición infantil, es la educación y las costumbres alimenticias que se brindan en casa; ya que se fomenta el consumo de productos chatarra como alimentos regulares, supliendo a los alimentos recomendados como frutas y verduras.

En las escuelas la venta de alimentos chatarra llaman la atención de los niños, los cuales a pesar de que lleven refrigerios preparados en sus casas, se ven seducidos a comprar las frituras, refrescos, que con un sabor llamativo hace olvidar a los niños, la ingestión de alimentos que les proporcionen una buena nutrición. A los niños no les gusta desayunar, y cuando lo hacen sólo toman un vaso de leche que no cubre los requerimientos nutricionales para iniciar el día y después de 4 horas toman un «lunch» con bajo contenido nutricional.

Entre otros factores importantes de la desnutrición esta la edad de la madre, en muchos de los casos es menor de edad, el número de hijos que ella tiene, los malos hábitos higiénicos en los alimentos; la falta de atención a una consulta para la llevar un buen control a la alimentación, también la falta de interés de proporcionar buena alimentación hacia el niño⁴.

La desnutrición es una asimilación deficiente de alimentos por el organismo, que conduce a un estado patológico de distintos grados de severidad y variadas manifestaciones clínicas. Esto la sitúa como un estado de deficiencia en el

consumo o disposición biológica de energía o nutrientes que va a afectar de modo negativo la salud de quien la padece, incluso puede, según el grado de afectación, dejar secuelas permanentes o poner en peligro la vida⁵.

La desnutrición en menores de cinco años provoca un gran número de consecuencias en diversas áreas del individuo, se han detectado efectos a corto, mediano y largo plazo. Estos deterioros pueden ser en funciones como el crecimiento, el desarrollo, la respuesta inmunológica, el aumento en la morbilidad y riesgo de muerte⁵.

Por otro lado la desnutrición puede deberse a una ingesta impropia e inadecuada o a una deficiente absorción de alimentos. Las causas pueden ser debidas al aporte alimentario insuficiente, a malos hábitos dietéticos, desinterés por los alimentos o por ciertos factores emocionales⁵.

Por lo anterior es que la lactancia materna es fundamental para el niño, porque contribuye a su protección, a su crecimiento y desarrollo, y fortalece su sistema inmunológico, de ahí que el inicio y la duración de la lactancia materna son factores determinantes para la nutrición y para los índices de morbi-mortalidad infantil⁶.

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con el índice elevado de enfermedades infecciosas son causas principales de desnutrición en los primeros años de vida, por esta razón es necesario asegurar que las personas encargadas del cuidado y la salud del niño reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños³.

Antes de los 6 meses de edad, la leche materna proporciona todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño; a partir de los seis meses de edad, las necesidades de los nutrientes se incrementan, la leche materna ya no puede proporcionarlos en cantidad suficiente y debe comenzar la alimentación complementaria⁶.

Cabe hacer mención que un tercio de las madres comienza este tipo de alimentación en forma temprana y un quinto en forma tardía, estos desfases son los que suministra una clara prioridad para las políticas y programas de salud y nutrición⁶, ya que la nutrición adecuada en los primeros años de vida es determinante para el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños, pues necesidades individuales varían de acuerdo con las diferencias genéticas y

metabólicas, por lo que una buena nutrición ayuda a prevenir enfermedades agudas y crónicas.

En México la desnutrición en niños menores de 5 años de edad durante varias décadas ha sido considerada uno de los principales problemas de salud pública asociada a una alta prevalencia de morbilidad y mortalidad.

Con base en lo anterior, se han llevado múltiples esfuerzos gubernamentales a través de la implementación de diversos programas dirigidos a mejorar la salud y la nutrición de los niños, mismos que, a través de los años, han sido evaluados, modificados y mejorados, adaptándose a las necesidades de la época, basándose en evidencia científica proporcionada por las distintas evaluaciones de dichos programas⁷

Uno de los mayores problemas aún vigente en México, en la población menor de 5 años, es la talla baja, la cual indica que el individuo que la padece ha pasado por periodos prolongados de deficiencias nutricias que le impiden crecer y desarrollarse normalmente, aunado a otro problema de malnutrición asociado a la deficiencia, como lo es la anemia⁷.

Como consecuencia de las estadísticas tan altas que se venían observando y dadas las repercusiones a futuro que trae consigo estas patologías, desde la década de los setentas surge la llamada “vigilancia de la nutrición”, encaminado a mejorar las condiciones nutricionales y dar seguimiento a los grupos de riesgo³.

Por tal motivo en México se establece el Sistema para la Vigilancia Alimentaria Nutricional (SPVAN), basado en un seguimiento de los grupos de la población de riesgos, mediante un procedimiento de evaluación rápida y permanente de sus problemas nutricios, el cual comprende las siguientes acciones:

1. Identificación de los sectores mal nutridos de la población por regiones y niveles socioeconómicos
2. Análisis de los factores y fenómenos que condicionan los problemas de alimentación y nutrición, y
3. Proposición de programas y acciones resolutivas a los responsables de la política alimentaria³.

Al respecto, la información que se tiene actualmente para monitorear la magnitud y distribución de la desnutrición en nuestro país son las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición⁷ (ENSANUT 2006 y 2012), La ENSANUT2012, actualiza la

información que genera el Sistema Nacional de Encuestas de Salud puesto en marcha desde 1986. Este sistema ha permitido contar con evidencia para la planeación en el Sector Salud, y para la evaluación del desempeño del mismo, al documentar la cobertura de los programas y acciones del Sector, y las condiciones de salud y nutrición de la población⁸. De acuerdo con la ENSANUT 2012, en todo el país el 2.8% de los menores de cinco años presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla y 1.6% desnutrición aguda (emaciación)⁴.

Desde la creación del sistema de vigilancia alimentaria nutricional, se han llevado a cabo algunas intervenciones mediante la incorporación de suplemento alimenticio en la dieta en grupos afectados, o de programas teóricos-prácticos, en los que se orienta a la población a un manejo más adecuado de los conocimientos sobre alimentación³.

Se considera que la investigación en el rubro de desnutrición de México ya constituye una fuerte tradición dentro de las ciencias, tanto en su aspecto biológico como en los sociales, el impulso que se prestó a la nutrición, ahora se conoce como nutrición pública.

Existieron tiempos en los que se decía que el problema de la desnutrición no era del campo de las ciencias médicas, si no del campo social, del bienestar o aun del desarrollo, sin embargo el trabajo de publicación de muchos artículos, monografías, libros, tuvo su base que sentó el concepto de atención primaria, expresado en publicaciones en Alma Ata⁹ en 1978.

Es difícil aceptar que a pesar de tener más recursos que otros países y mayor infraestructura para llevar a cabo acciones y programas de alimentación, no se logre un impacto sustancial en el mejoramiento del estado nutricional e incluso, la erradicación de la desnutrición como ha sucedido en países tercermundistas, que a través de programas de amplia cobertura en control de salud, vacunación y distribución de alimentación complementaria, especialmente leche en polvo y recuperación de cifras de lactancia materna lo logra.⁹

En Tabasco, podemos mencionar que a pesar de que cuenta con una economía mediana, existe una gran distorsión en la distribución del ingreso. Conforme los ingresos familiares son menores, el gasto en alimentación se torna proporcionalmente mayor y llega a representar hasta un 60% del gasto total de la familia.¹⁰

Viéndose estas consecuencias, principalmente en las familias más pobres y generalmente de las comunidades más alejadas de la capital, en donde se incrementa el número de niños desnutridos y donde se aplican principalmente programas sociales.

Además de la restricción económica y en franco contraste con los centros urbanos en los que la disponibilidad de alimentos es más amplia, variada y abundante, la disponibilidad comunal de alimentos en el medio rural es más limitada y precaria conforme la comunidad es más pequeña¹⁰.

En los 17 municipios de nuestro estado, sobreviven alrededor de 567 mil personas en pobreza extrema y con carencia de alimentos, lo que equivale a 302 mil hogares. Lo anterior refiere que en la entidad, el 25 por ciento de la población sufra desnutrición, de los cuales, 33 mil 779 son menores de cinco años, que se refieren con efectos leve, moderada o crónica en su estado nutricional, presentando riesgo de perder la vida por las complicaciones que le acarrearán este padecimiento¹⁰.

La desnutrición grave es habitual en zonas donde los alimentos son insuficientes, así como el conocimiento de las técnicas alimentarias no es el adecuado o la higiene no es la correcta, dado que una primera de las manifestaciones fundamentales de la desnutrición es el retraso del crecimiento actual, lo cual se refleja en las curvas de seguimiento nutricional, por medio de las cuales identificamos los diversos grados de desnutrición¹¹ (leve, moderada y severa).

El estado nutricional por su intensidad se clasifica en leve, cuando la cantidad y variedad de alimentos son menores a los requeridos; moderada, cuando la falta de nutrimentos se prolongan y severa cuando la carencia acentuada de alimentos continua asociada a infecciones¹¹.

Tipos de indicadores nutricionales

Existen indicadores para la valoración del estado de nutrición de un individuo, los cuales pueden ser de tipo dietético, clínico, antropométrico, bioquímico o biofísico, cuyo objetivo es diagnosticar desviaciones observables tanto en la salud como en la enfermedad¹¹. La antropometría es el recurso más sencillo y económico para medir la situación nutricional. Tres son los indicadores antropométricos más utilizados: el peso para la edad, la talla para la edad, y el peso para la talla¹¹.

Los indicadores de peso-talla, relacionado con la edad, parámetros antropométricos de referencia los cuales utilizamos en el centro de salud para valorar mensualmente el estado de nutrición del niño, constituyen un método

apropiado, sencillo y confiable y de bajo costo para la vigilancia y seguimiento del crecimiento y estado de nutrición del niño. Por lo tanto se debe de contar en la unidad con balanza pesa bebe, infantometro, estadímetros de pared y balanzas con estadímetro, los cuales se utilizaran según la edad del niño.¹¹

Graficas de peso-edad: Identifica desnutrición aguda o crónica, actual o pasada ya que el peso es el indicador. El peso relacionado con la edad permite observar cambios rápidos en la pérdida del mismo. También es indicador de la recuperación del niño en caso de desnutrición.¹¹

Los indicadores alimentarios son útiles para caracterizar el primer estadio de la deficiencia nutricional, los indicadores bioquímicos evalúan un nutriente en particular ya sea a nivel de la disminución de sus reservas o de las alteraciones funcionales que su carencia ocasiona¹².

Brazalete para medir el grado de desnutrición infantil

La ONG Médicos sin Fronteras, ha diseñado un brazalete que permite detectar a través de la circunferencia media del brazo (perímetro braquial), el grado de desnutrición que sufren los niños, en este sentido insisten en que dicha medida no varía entre los 6 meses y los 5 años de edad, por lo que es un buen indicador del nivel de desnutrición. El brazalete tiene 4 colores que indican el grado de desnutrición, siendo la zona roja, inferior a los 104 milímetros, la que muestra un grado severo. El perímetro braquial se mide en el brazo izquierdo a media altura entre el hombro y el codo¹³.

Dependiendo de la intensidad de la desnutrición, el tiempo y la edad, el niño puede presentar para toda su vida; bajo crecimiento, menor rendimiento intelectual, menor capacidad física, mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas, mayor peligro de morir en los primeros años de vida.

La clasificación de acuerdo a su duración e intensidad puede ser aguda, debido a la restricción de alimentos y crónica cuando la privación de alimento se prolonga¹⁴.

Las secuelas de la desnutrición son muy grandes y ponen en desventaja al mexicano desnutrido, ya que las consecuencias van desde una disminución en el coeficiente intelectual, problemas de aprendizaje, retención y memoria, escaso desarrollo muscular y enfermedades infecciosas frecuentes en la niñez, hasta un mayor riesgo a enfermedades crónicas en la edad adulta¹⁴.

Las consecuencias en el corazón van principalmente relacionadas a la pérdida de masa muscular, así como perdida en otros músculos del cuerpo. En el estado más

avanzado hay una insuficiencia cardiaca y posteriormente muerte; el sistema inmunológico se torna ineficiente; el cuerpo humano no puede producir glóbulos blancos y esto causa múltiples infecciones intestinales y respiratorias entre otras⁴, en la sangre es posible que ocurra un cuadro de anemia ferropénica relacionada a la desnutrición. En el tracto intestinal hay una menor secreción de ácido clorhídrico por el estómago, tomando ese ambiente más favorable para la proliferación de bacterias., el intestino disminuye su ritmo de peristáltico y su absorción de nutrientes es muy reducida. En la persona hay una disminución de su coeficiente intelectual, problemas de aprendizaje, de retención de memoria, en menores existe un menor crecimiento y desarrollo físico⁴.

Los síntomas de la desnutrición pueden variar de acuerdo a la causa de la misma; se pueden mencionar síntomas generales como fatiga, mareo y pérdida de peso.

En los niños con desnutrición se puede observar que no crecen, están tristes, no juegan, no quieren comer, lloran con facilidad, y se enferman fácilmente.

En medicina se puede detectar la malnutrición o la desnutrición midiendo la talla y el peso y comparando estos con tablas de crecimiento, verificando si hay un desvío de los valores normales de talla y peso para la edad dada del niño⁴. En niños y niñas en la primera infancia hasta 5 años, existe el nuevo patrón de crecimiento infantil a nivel mundial, desarrollado por la OMS. Los niños que siguen el desarrollo normal en este patrón tienen un crecimiento adecuado⁴.

Cuadro clínico de la desnutrición

- Desnutrición de primer grado: El niño se vuelve crónicamente llorón y descontento, contrastando con el buen humor y el buen sueño que antes tenía; este paso es insensible y frecuentemente no lo notan las madres, a menos que sean buenas observadoras. Así el dato principal que se observa es el estacionamiento en el peso o un ligero descenso de él que persiste a través de las semanas.
- Desnutrición de segundo grado: Insensiblemente la pérdida de peso se acentúa y va pasando del 10 o 15%, a pérdidas mayores; la fontanela se hunde, se van hundiendo también los ojos y los tejidos del cuerpo se hacen flojos, perdiendo su turgencia y su elasticidad, el niño duerme con los ojos entreabiertos, fácilmente hay trastornos diarreicos y otros tipos de infecciones.
- Desnutrición de tercer grado: se caracteriza por la exageración de todos los síntomas que se han enumerado en las dos etapas anteriores de la desnutrición^{15,16}.

El retraso en el crecimiento está ampliamente aceptado como indicador de la desnutrición, ya que alrededor de 168 millones de niños y niñas en el mundo en desarrollo presentan retraso en el crecimiento o tienen una talla demasiado reducida para su edad. También con otros dos datos, el peso inferior al normal y la emaciación (demasiados delgados) se puede llegar al diagnóstico de desnutrición, ya que es fácil medir el retraso en el crecimiento.

Sin embargo a diferencia de los otros dos que se pueden solucionar mediante intervenciones oportunas y apropiadas como la provisión de alimentos o la alimentación terapéutica, los efectos en el retraso del crecimiento son irreversibles¹⁷.

La muerte es el caso extremo del daño a la salud por la desnutrición, antes de que ocurra, el organismo trata de adaptarse sacrificando crecimiento, desarrollo y calidad de vida. Los millones de niños mexicanos sobrevivientes con algún grado de desnutrición verán mermada frecuentemente en forma irreversible su potencial humano.

La mortalidad de los menores de 5 años en Latinoamérica y el Caribe se redujo a un 28.3% en la última década, según las estadísticas del informe anual de UNICEF sobre la situación de la infancia¹⁷. Esto llevó a las autoridades de salud de la época a crear el Servicio de Salud, en el que a través de programas de amplia cobertura en control de salud, vacunación y distribución de alimentación complementaria y recuperación de las cifras de lactancia materna, fue capaz de reducir las cifras de desnutrición a los niveles actuales, permitiendo que para el siglo XXI ya no se considere a la desnutrición infantil un problema de salud pública, sino más bien un problema que afecta principalmente a grupos de extrema marginalidad¹⁸.

En 1996 se ubica a la desnutrición como la quinta causa de mortalidad infantil, en 2002 la Secretaría de Salud informó que ocupa el decimoprimer lugar, situación que refleja una disminución con el paso del tiempo¹⁸.

Terminar con la desnutrición infantil debe ser una de las prioridades estratégicas para el desarrollo social, económico y político de nuestro país. En 1990 se habían fijado siete objetivos a alcanzar en el 2000. La primera meta era reducir la mortalidad infantil y la mortalidad de los niños menores de 5 años en un 33%, sin embargo solo se logró una reducción del 14% y se salvaron 3 000 000 vidas¹⁸.

Con todos estos antecedentes el gobierno de la República crea, en el sexsenio pasado, el Programa Oportunidades, actualmente Prospera, con la finalidad de apoyar a las familias que viven en extrema pobreza, el cual incluye prestaciones de salud y distribución de suplementos alimenticios entre otros, con el propósito fundamental de apoyar la alimentación y nutrición de la población más vulnerable, los niños menores de 5 años¹⁹.

Para detectar el estado nutricional, Prospera utiliza el índice antropométrico, peso para la edad, la cual lo clasifica en: Obesidad, sobrepeso, normal, desnutrición leve, desnutrición moderada y desnutrición severa. Utilizando la tabla de valores de la NCHS, la cual tiene dos tablas una para niñas y otra para niños de 0 a 6 años¹⁹.

Considerando las anterior el gobierno federal, a través de la Secretaria de salud, ha considerado adecuado ayudar a los menores de 5 años, en su alimentación por medio de la implementación de complementos alimenticios ricos en vitaminas y otros componentes, dejando a la empresa Liconsa el encargo de proporcionar y elaborar estos complementos a través de las papillas correspondientes, cuya fórmula es responsabilidad de la Secretaria de Salud y la distribución queda a cargo del programa Prospera, así como la verificación y monitoreo la efectúan también organizaciones de la sociedad civil¹⁹.

Vitaniño es el suplemento alimenticio que otorga el programa Prospera para niños y niñas de 6 a 59 meses de edad proporcionándose ahora a niños que estén o no estén desnutridos, cuya fórmula original fue desarrollada en la Secretaria de Salud por un grupo de expertos en nutrición del Hospital Infantil de México y los institutos Nacionales de Ciencias Médicas y Nutrición, Salud Pública, Pediatría y Perinatología; cuya fórmula contiene: Carbohidratos, azúcares, proteínas, grasas, sodio, vitamina C, Hierro, Zinc, vitamina E, vitamina B2, vitamina A, ácido fólico, vitamina B12, malto dextrina. Mesclando un sobre diario del suplemento con una porción pequeña de comida sólida.¹⁹

Según algunos expertos, la deficiencia de hierro tiene que ser corregida antes que los niños cumplan los 2 años de edad, porque, de lo contrario sufrirán daño en su desarrollo mental y crecimiento físico. Así mismos los niños presentan una mayor predisposición a un cierto número de infecciones y enfermedades además de registran bajo rendimiento escolar²⁰.

Además de considerar que algunos minerales como el hierro son esenciales en la nutrición de los niños, pues al conjugarse este con la hemoglobina, este ayudara

a tener un mejor desarrollo en general así como también el ácido fólico, el cual es una vitamina del complejo B, y que puede ayudar a prevenir defectos del nacimiento en el cerebro y médula espinal²⁰.

Por otro lado también hay que considerar a la vitamina C, la cual es necesaria para el crecimiento y reparación de los tejidos en todas las partes del cuerpo, ayuda a formar el colágeno y que también es esencial para la cicatrización de heridas y para la reparación y mantenimiento de cartílago, huesos y dientes²⁰.

De acuerdo con las autoridades sanitarias con estas mejoras el complemento alimenticio proporcionado en el Programa Prospera se convierte en un “producto único en el mundo” para prevenir problemas de desnutrición, pues integra 100% de los requerimientos de nutrientes claves²⁰.

Factores socioculturales de la familia:

La alimentación es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos ya que el alimento es una forma de comunicación, vehículo de conductas, normas y prohibiciones religiosas.

Cada comunidad selecciona sus alimentos de entre los que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, medioambientales, socioeconómicas. La alimentación es un aspecto de la vida que sirve, a nivel social, para crear relaciones del hombre con el hombre, con sus divinidades y con el entorno natural²¹.

Algunos de los factores que afectan la elección de los alimentos y que pueden condicionar el estado nutricional de los infantes son, entre otros; las pautas de crianza, los cuidados y la alimentación del niño, el marco familiar, las preferencias alimentarias, los tabúes, la religión, el marco social, el costumbrismo, el nivel cultural, el marco educativo, los hábitos de higiene, el estado de salud, la educación nutricional, la disponibilidad económica²¹.

El espacio natural donde se concretan las condiciones para la seguridad alimentaria y nutricional es el hogar, entendiéndose a este como el grupo de personas que comparten una vivienda y que en forma habitual consumen la misma alimentación. Al interior del hogar es necesario reconocer la situación diferencial para los distintos miembros del hogar en razón a la edad, el sexo, los patrones culturales o inherentes a los roles económicos y de autoridad que se ejercen en su interior.

Por lo menos cinco aspectos están relacionados entre el grado de seguridad alimentaria y nutricional en los hogares y su bienestar nutricional:

- La disponibilidad de alimentos en el mercado local
- La capacidad de los hogares para adquirir los alimentos
- La cultura alimentaria
- Las condiciones sanitarias, el estado nutricional y de salud de los individuos
- Los conocimientos sobre alimentación²².

La inseguridad alimentaria y nutricional tiene implicaciones físicas, psicológicas y socio familiares: Las implicaciones físicas se resumen en el hambre; en el plano psicológico, se incluyen problemas de autoestima debido a la sensación de exclusión al acceso de bienes y servicios alimentarios, a la disminución de la capacidad productiva y el rendimiento escolar de los niños; en lo socio familiar, se pueden mencionar la modificación de los patrones alimentarios del hogar, los trastornos en la dinámica familiar, dificultad para la adquisición de alimentos²³.

Los factores socioeconómicos familiares son los detonantes que más resaltan de la desnutrición infantil. El estado nutricional del niño es un aspecto que no se encuentra aislado, ya que existen factores socioeconómicos tales como; vivienda, estructura familiar, educación, salud e ingreso que influyen para bien o para mal.

Una insuficiente ingesta de alimentos tanto en cantidad como en calidad no es la única causa de la desnutrición infantil, los fenómenos socioeconómicos, ambientales, culturales y educacionales que caracterizan al país y, más específicamente, a la familia del niño influyen sobremanera para la presentación de la desnutrición. Esta suma de factores se traducirá en expresiones cambiantes, ya que son causa, efecto, determinante y consecuencia de este problema de salud pública.

Los componentes económicos como el desempleo y un presupuesto familiar en nivel de pobreza, el componente educativo y de capacitación, como es el caso de unos padres que tienen un bajo nivel educativo, o unos niños en edad escolar sin inserción en el sistema educativo, el componente estructural y dinámico de la familiar, que comprende una familia numerosa y una madre adolescente, o una madre o padre solo y, el componente físico ambiental que encierra la calidad de la vivienda, el hacinamiento y el agua para el consumo sin tratamiento, son aspectos que no aseguran el bienestar nutricional de los niños y niñas.

Entre los factores familiares, está el espacio intergenesico, ya que cuando hay un intervalo corto entre el nacimiento de un niño y otro niño, así como también las familias con varios hijos²³, el problema fundamental es un bajo consumo de alimentos, debido a deficiencias de la economía, la organización social, los sistemas alimentarios de los países, o el bajo poder adquisitivo o producción de las familias pobres, o bien en el aprovechamiento biológico inadecuado de los nutrientes.

La familia juega un papel muy importante en toda esta problemática debido a la desintegración y desorganización familiar, así como la carencia de medios de subsistencia, las cuales hacen imposible la satisfacción de las necesidades vitales, tales como atención, afecto, alimentación, educación y salud.

Todo parece indicar que de una madre desnutrida y anémica nace un niño que no solamente puede pesar y medir menos, sino que su cerebro es más pequeño y con un número menor de células lo cual condiciona una situación de inferioridad difícilmente superada, aun cuando se intente la sobrealimentación después del nacimiento, pues no parece posible regenerar los tejidos nerviosos²⁴.

Los especialistas aseguran que los niveles de desnutrición están creciendo aceleradamente debido a la grave situación económica nacional, encarecimiento de los productos de la canasta básica, alta tasa de desempleo y el surgimiento de las zonas marginales, el problema de la desnutrición en la comunidad es de manera similar a la del estado en general, en donde el sueldo o salario devengado por las familias no son lo suficiente para solventar la problemática planteada, debido a que no pueden adquirir los alimentos que contengan los nutrientes necesarios para contrarrestar dicha patología²⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una adecuada nutrición en la infancia es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo.

La desnutrición en menores de 5 años se considera un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y en Tabasco es considerada de la misma manera.

La desnutrición continúa siendo un problema significativo sobre todo en niños menores de 5 años; las causas o factores que influyen son económicos, sociales, políticos y culturales.

Los factores de riesgo dentro de la familia de niños con desnutrición son sin lugar a dudas básico para entender ante qué tipo de fenómeno estamos.

Se ha observado que en el Centro de salud de la Colonia Melchor Ocampo del Municipio de Cárdenas, Tabasco donde se atienden a niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición; algunos de estos presentan datos de recuperación en menor tiempo que otros niños, recibiendo el mismo trato en la consulta la misma atención, indicaciones y el mismo tratamiento.

Debido a que estos niños, a nivel de la consulta externa del centro de salud, ocupan tiempo de ella para su atención y que en ocasiones esta es prolongado, se hace necesario revisar que exista una mejoría y recuperación oportuna de su peso y talla, debido a que esto implica distraer recursos, tiempo del personal, de la familia y de los demás pacientes que requieren otro tipo de atenciones.

Por tal motivo se hace necesaria la participación de la familia, la cual constituye un pilar importante para su atención y recuperación, ya que ellas son las encargadas de darles, cuidados y la alimentación adecuada para estos niños.

Por lo que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores socioeconómicos presentes en la familia, que influyen en la recuperación de los niños con desnutrición menores de 5 años que acuden a la consulta externa del Centro de Salud de la Colonia Melchor Ocampo del municipio de Cárdenas, Tabasco?

JUSTIFICACION

Se ha considerado que la desnutrición infantil en el país es relativamente grave, ya que su porcentaje global es de casi 30% de la población infantil en niños menores de 5 años.

1 de cada 4 niños menores de 5 años en el mundo no podrán desarrollar todo su potencial debido a la Desnutrición.

En Tabasco se considera que el 25% de la población menor de 5 años sufren algún grado de desnutrición.

Por lo que el tiempo que demora un niño en recuperarse es muy importante, ya que mientras más se prolongue este estado de desnutrición, más daño ocasionara en el desarrollo y crecimiento de este.

En el control de la Desnutrición que se lleva a cabo en el centro de salud colonia Melchor Ocampo, mediante una consulta mensual otorgada a los niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición se ha observado que presentan diferentes tiempos en la recuperación de la desnutrición en cada uno de ellos.

Se tienen datos en el Centro de Salud de la Colonia Melchor Ocampo de niños que llevan más de tres años con algún tipo de desnutrición sin recuperarse de esta, inclusive algunos niños recibiendo suplementos alimenticios de programas sociales.

Por lo que se pretende investigar los principales factores socioeconómicos de la familia que repercuten en la recuperación y tratar de mejorarlos ya que esta juega un papel muy importante es esta problemática.

Con lo que tendremos algunos datos que nos permitan incidir en la pronta recuperación del estado nutricional de los pacientes y sobre todo ayudar a abatir el déficit nutricional en este grupo, además de dar a conocer los datos a la comunidad y de ser posible publicar dichos resultados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar qué factores socioeconómicos de la familia influyen en la recuperación de la desnutrición en niños menores de 5 años que acuden a control en el centro de salud de la colonia Melchor Ocampo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer si la recuperación de la desnutrición está relacionado con el número de integrantes de cada familia del niño desnutrido.
- Determinar si la edad de la madre influye en la recuperación de la desnutrición del niño.
- Investigar si el ingreso económico familiar está relacionado con la recuperación de la desnutrición del niño.
- Investigar si el estado civil de las madres repercute en la recuperación de la desnutrición del niño.
- Conocer si el grado escolar de la madre está relacionado con la recuperación de la desnutrición en el niño.

HIPOTESIS.-

No aplica por ser un estudio observacional, descriptivo.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio: Se pretende realizar el presente estudio en familias de niños desnutridos menores de 5 años , que acuden a control al centro de salud de la colonia Melchor Ocampo, Cárdenas, Tabasco, durante el periodo de abril a mayo del año 2015.

Tipo y tamaño de la muestra: Muestra no probabilística por conveniencia, en donde se incluye todo el universo.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Desnutridos menores de 5 años que acudan a control al centro de salud Col. Melchor Ocampo.
- Que pertenezcan a la colonia Melchor Ocampo
- Tenga o no patología agregada
- Que acuda frecuentemente a su valoración de estado nutricional.
- Que la madre o familiar acepte participar en el estudio

Criterios de Exclusión

- Que no lleven control en el centro de salud Col. Melchor Ocampo
- Que pertenezcan a otras colonias.
- Niños que acudan irregularmente a valoración de su estado nutricional.

Criterios de eliminación

- Desnutridos que fueron dados de alta y que vuelvan a regresar por misma situación.
- Desnutridos que abandonen su tratamiento por largo tiempo.
- Desnutridos que su familia no acepte el estudio
- Cuestionarios incompletos
- Pacientes que abandonaron el estudio

VARIABLES A INVESTIGAR

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición
Edad	Independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Número de años cumplidos hasta el momento actual	Cuantitativa Ordinal
Escolaridad	Independiente	Tiempo dedicado a la instrucción en la escuela	Años u nivel utilizado para la instrucción en la escuela	Cualitativa Nominal
Estado Civil	Independiente	Situación afectiva que tienen las personas al momento actual	Estado afectivo de las personas: Soltero, casado, Separado, Divorciado	Cualitativa Nominal
Ingreso Económico	Independiente	Cantidad de dinero percibida por los individuos en el desarrollo de una actividad laboral	Salario considerado por desarrollar una actividad laboral	Cuantitativa Nominal
Ingreso Familiar	Independiente	Cantidad de dinero que se refiere en todos los integrantes de la familia que aportan para su mantenimiento	Salario conjunto de todos los integrantes de la familia	Cuantitativa Nominal

Procedimiento para captar la información

Se utilizó la encuesta de Graffar- Méndez Castella modificada que estudia los factores socioeconómicos de la familia y pueda ser aplicada a las madres o familiar de los niños desnutridos. Se realizara por medio de entrevista con el familiar responsable del niño. Las preguntas tienen más de 2 opciones para responder. Apoyada con la tarjeta censal familiar.

Los datos de los niños desnutridos se obtendrán en la consulta mensual del niño desnutrido. Se realizan y registran las siguientes acciones:

- Edad en años y meses
- Peso en kilogramos y gramos
- Talla en centímetros
- Estado de salud el niño
- Fortalecimiento del proceso educativo a la madre o familiar del menor a fin de garantizar la adecuada alimentación del niño.
- Tiempo que lleva acudiendo a control de la desnutrición.

El instrumento de medición que se utiliza es el de índice antropométricos peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad. Por lo tanto se debe de contar en la unidad con bascula pesa bebe, infantometro, estadímetros de pared y basculas con estadímetro, los cuales se utilizaran según la edad del niño.

Entre las actividades está el control del peso mensual en niños con desnutrición leve y quincenal en niños con desnutrición moderada-severa.

Para valorar la estatura: Los niños mayores de 24 meses se mide con escala adherida a la pared, sin zapatos, con la punta de los pies ligeramente separados y los talones juntos.

Consideraciones éticas

Este estudio se apega íntegramente a los siguientes lineamientos:

Ley General de Salud en referencia al apartado de la investigación Artículo 17, párrafo 1 y artículo 23 del capítulo 1 en donde se dice que es investigación sin riesgo en seres humanos del 7 de febrero de 1984 y los resultados permanecerán bajo resguardo y protegidos de usos inadecuados. Y de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial con sus diferentes modificaciones hasta la última de Fortaleza Brasil en 2013. A la carta de consentimiento informado.

Declaración de Helsinki

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente.

Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad.

Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental.

En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear.

Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.

Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

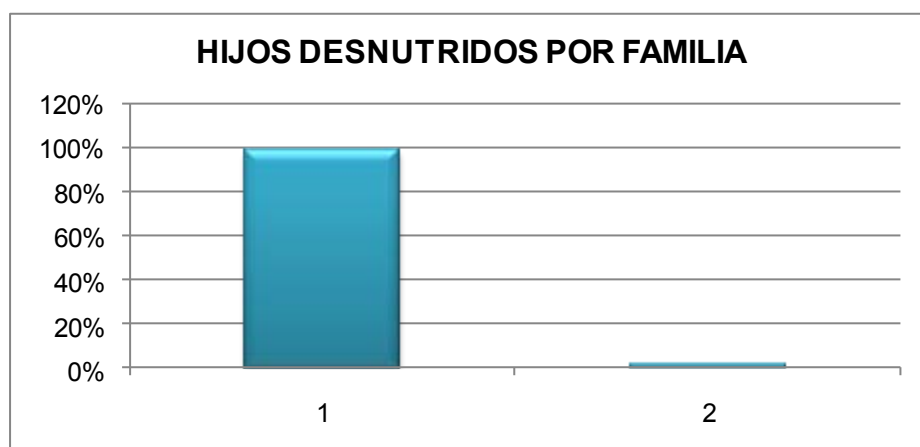
Se señala a los padres que no habrá ninguna intervención que ponga en peligro a sus hijos y se consideran aspectos que puedan aclarar dudas al respecto.

RESULTADOS

Los siguientes son los datos obtenidos por entrevistas realizadas al familiar del niño desnutrido y datos de las consultas de control.

De las 26 familias entrevistadas en este estudio se encontró que el 98% tienen un hijo desnutrido y el 2% 2 hijos desnutridos.

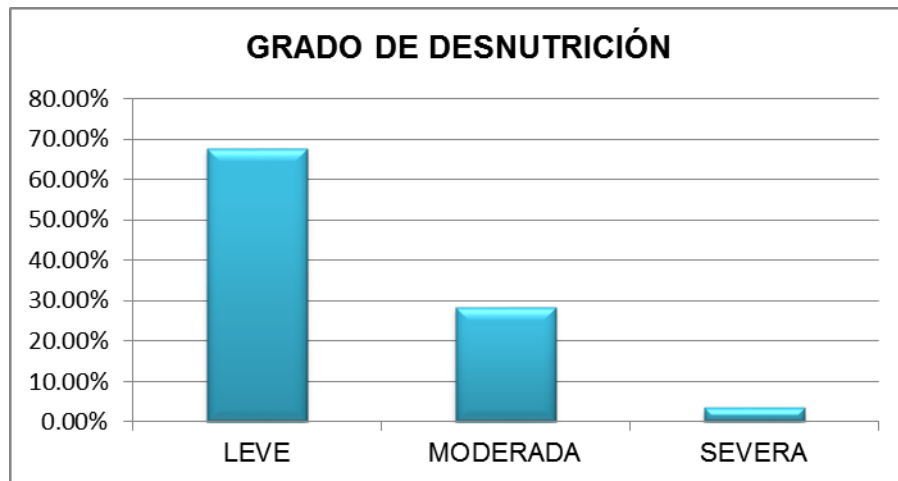
Gráfica No. 1



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos.

De acuerdo al grado de desnutrición de estos niños, 19 de ellos refieren desnutrición leve 67.8 %, 8 con desnutrición moderada 28.5% y 1 con desnutrición severa 3.5%.

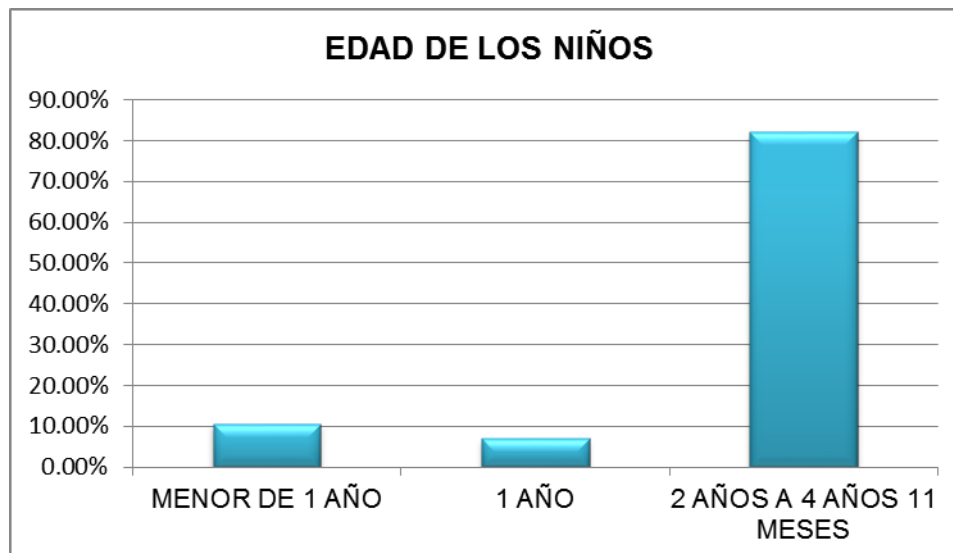
Gráfica No. 2



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

En relación con las edades de los niños, encontramos los siguientes datos; 3 son menores de un año 10.7%, 2 son de un año 7.1% y 23 están en el rango de los 2 a 4 a. 11 meses 82.1%.

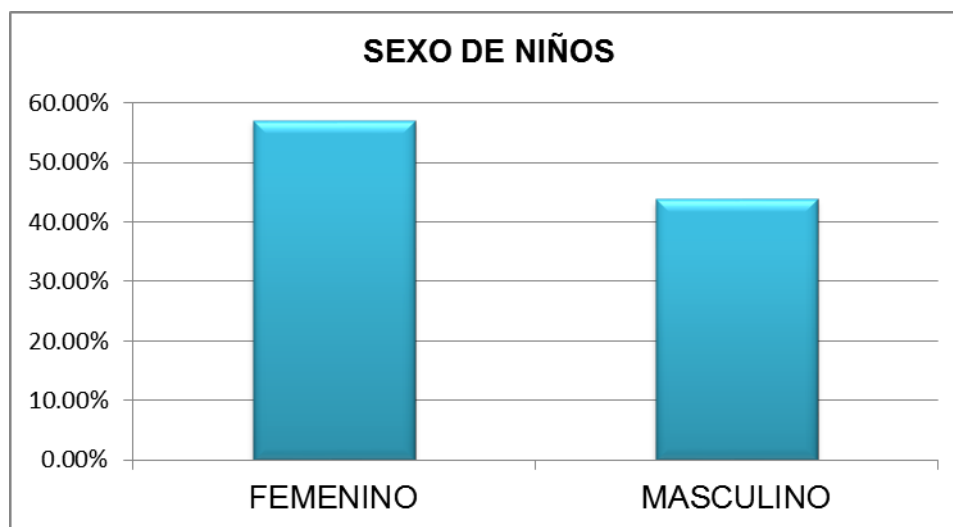
Gráfica No.3



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

De los 28 niños de esas familias revisados, 16 corresponden al sexo femenino 57.1% y 12 al sexo masculino 42.8%.

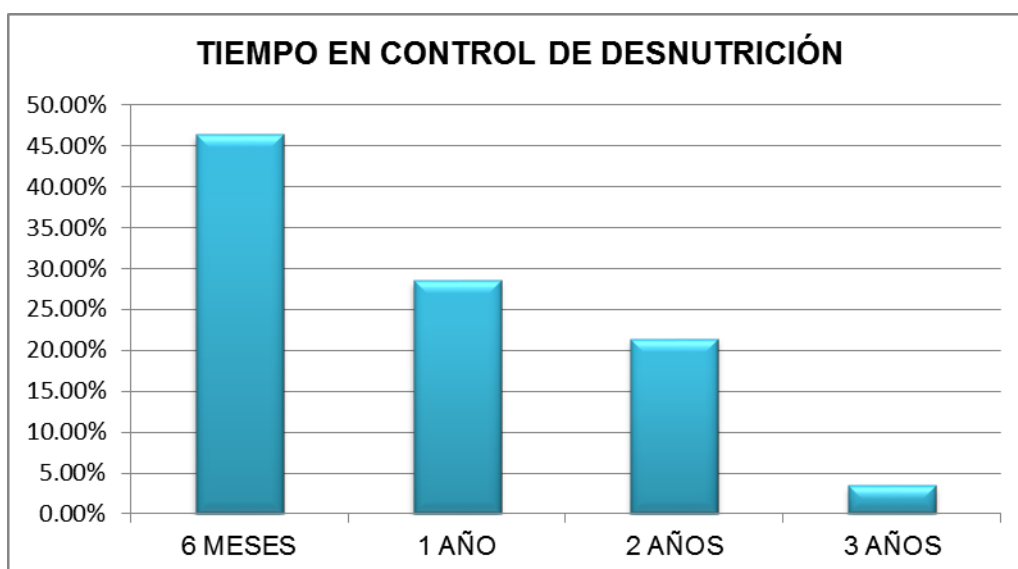
Gráfica No 4



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

En relación al tiempo que llevan en control de su estado nutricional (desnutrición), se encontró que 13 niños llevan 6 meses 46.4%, 8 niños llevan 1 año 28.5%, 6 llevan 2 años 21.4% y 1 lleva 3 años en control, 3.5%.

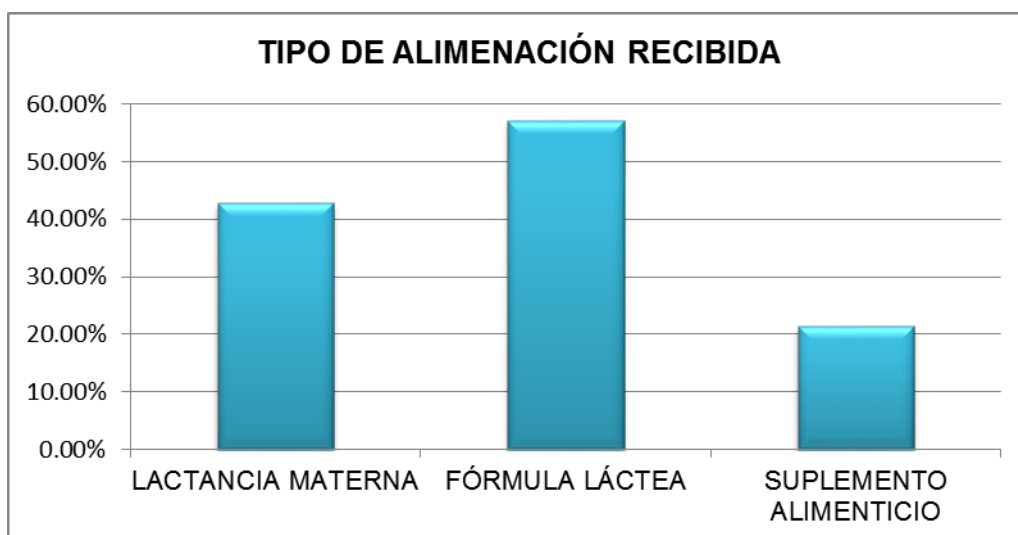
Grafica No.5



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, solo 12 niños recibieron lactancia materna 42.8 y 16 niños no recibieron lactancia materna fueron alimentados con formula láctea 57.1%. Encontrándose que solo 6 niños de los 28 reciben suplemento alimenticio del programa prospera 21.4%.

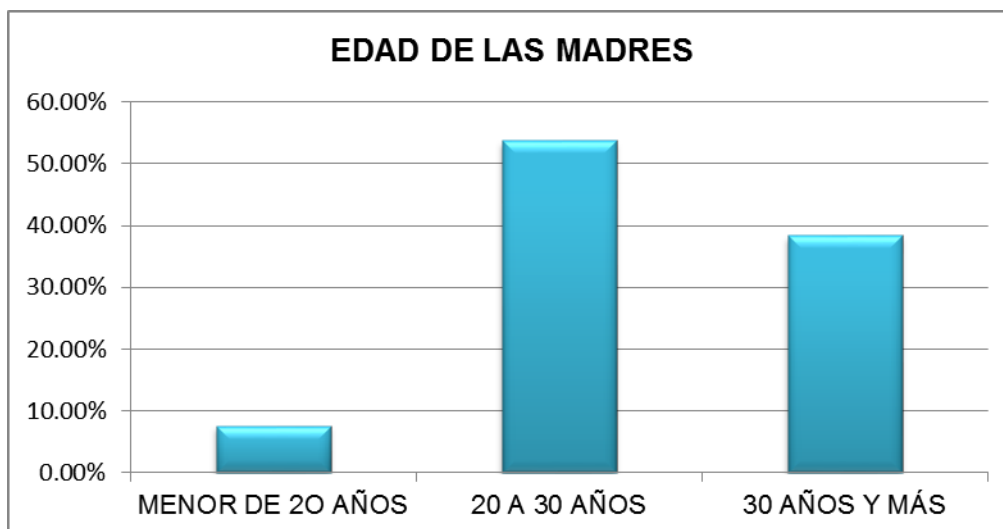
Gráfica No. 6



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

La edad de las madres de estos niños fue referida con los siguientes datos; 2 de ellas son menores de 20 años 7.6%, 14 madres de 20 a 30 años 53.8% y 10 son mayores de 30 años 38.4%.

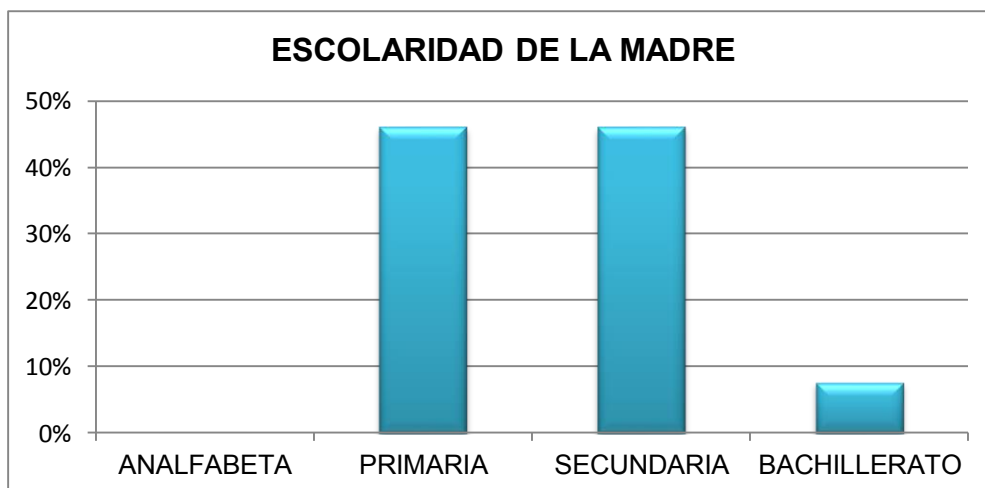
Grafica No.7



Fuente: entrevistas realizada a familiares de niños desnutridos

En relación al nivel educativo de la madre, se encontraron 12 con primaria completa 46.1%, 12 madres con secundaria completa 46.1%, 2 preparatoria completa 7.6% y ninguna analfabeta.

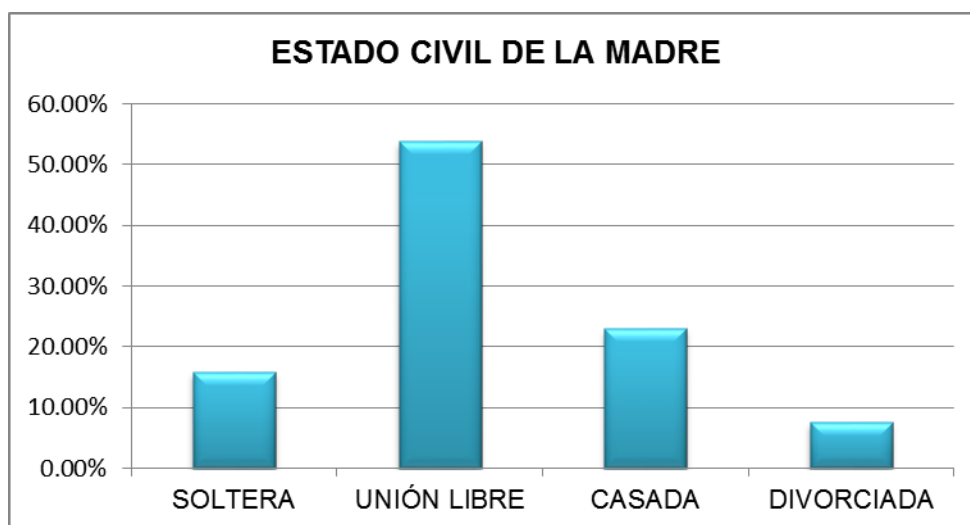
Gráfica No. 8



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

En el estado civil de las madres entrevistadas; 4 refieren ser solteras 15.8%, 14 viven en unión libre 53.8%, 6 de ellas son casadas 23% y 2 divorciadas 7.6%

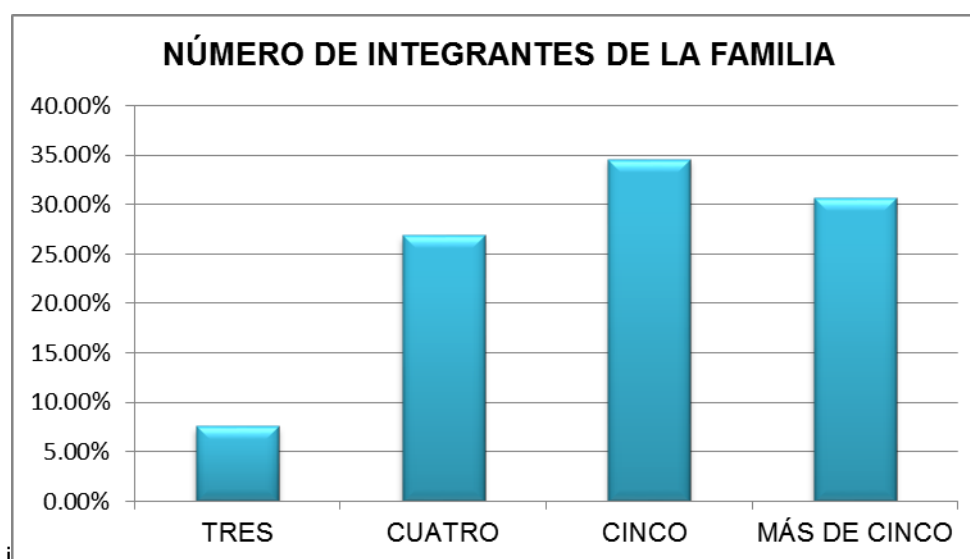
Gráfica No.9



Fuente: entrevista a familiares de niños desnutridos.

Con relación al número de integrantes por familia de los niños en estudio, 2 familias tienen 3 integrantes 7.6%, 7 tienen 4 integrantes 26.9%, 9 familias tienen 5 integrantes 34.6% y 8 familias más de 5 integrantes 30.7%

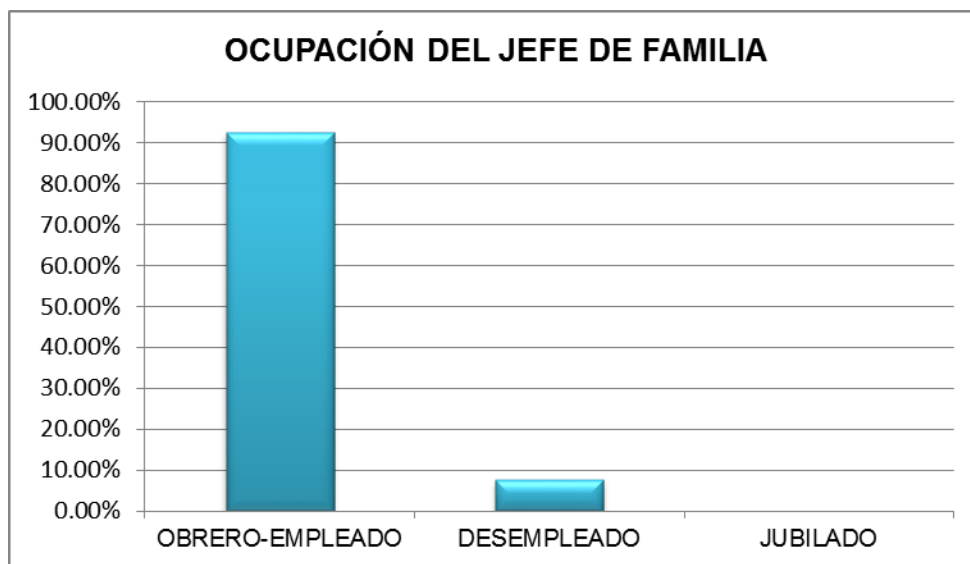
Gráfica No. 10.



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

En la ocupación del jefe de familia se encontró que la principal es de trabajador (obrero-empelado) 24 92.3%, y solo 2 jefes de familia son desempleados. 7.6%.

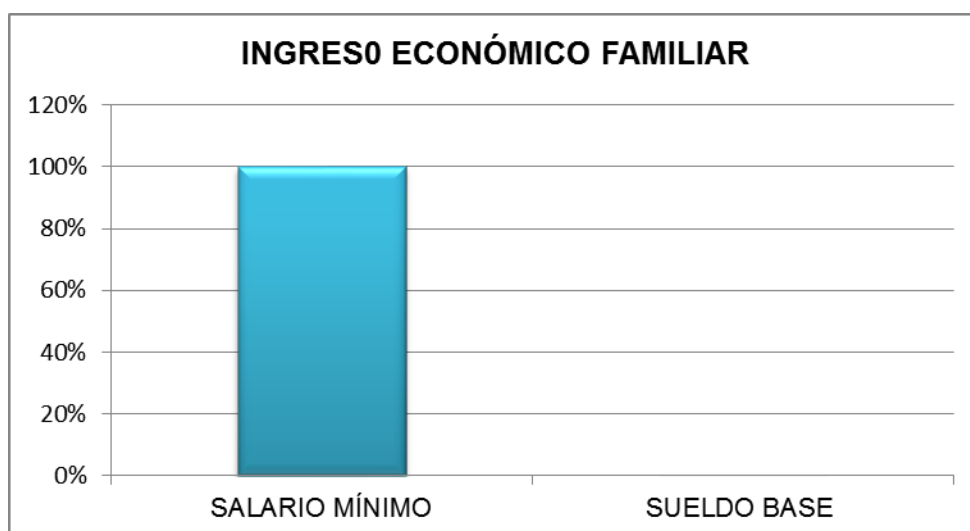
Gráfica No. 11



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

En cuanto al ingreso económico reportado, se refirió de salario minino en todos los jefes de familia entrevistadas 24. 92.3%.

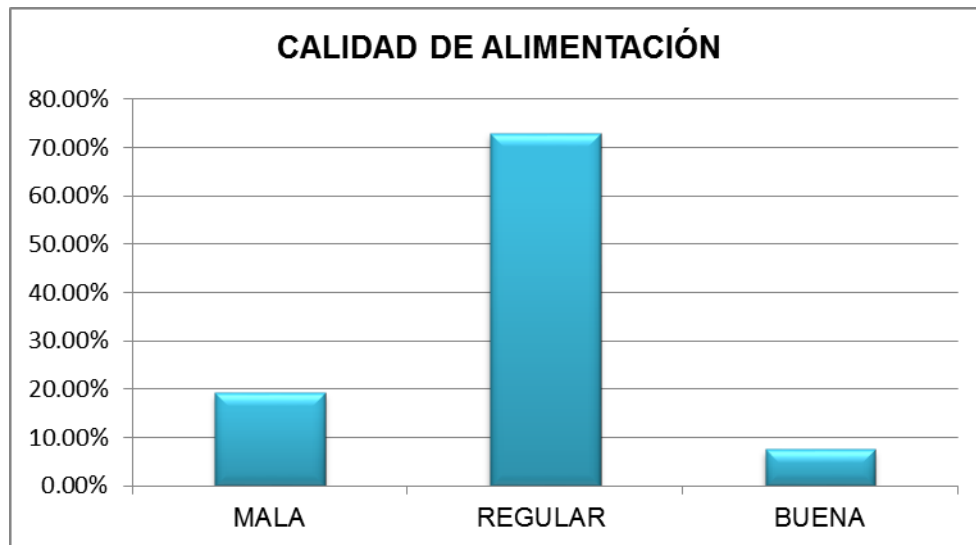
Gráfica No. 12



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos.

En relación a la calidad de la alimentación se refirió de la siguiente manera; 19 familias 73%, de las 26 entrevistadas, refieren proporcionar alimentación de regular cantidad, 5 mala alimentación 19.2% y 2 buena alimentación. 7.6%.

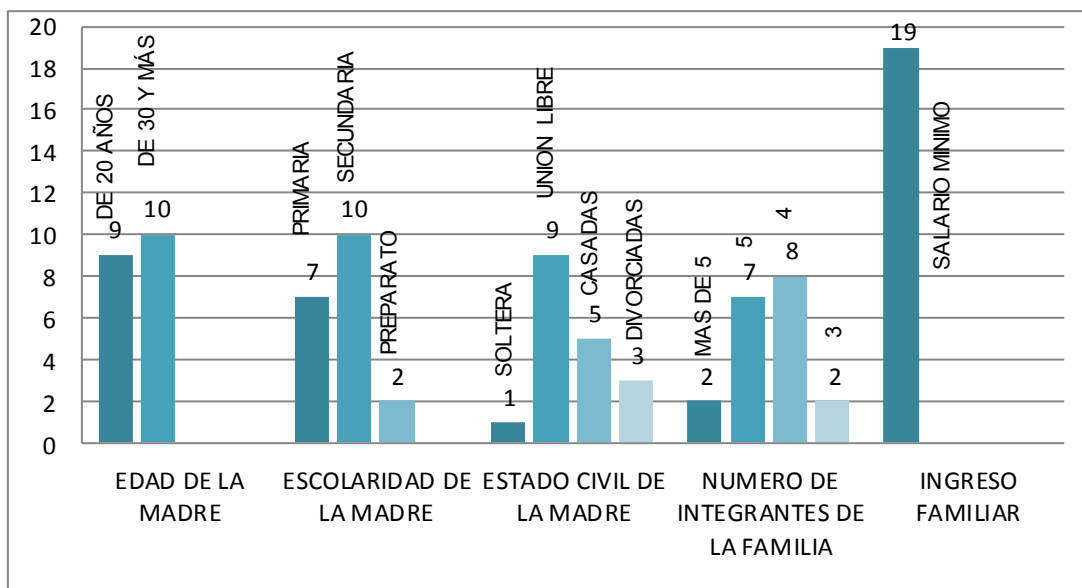
Gráfica No. 13



Fuente: entrevista realizada a los familiares de niños desnutridos

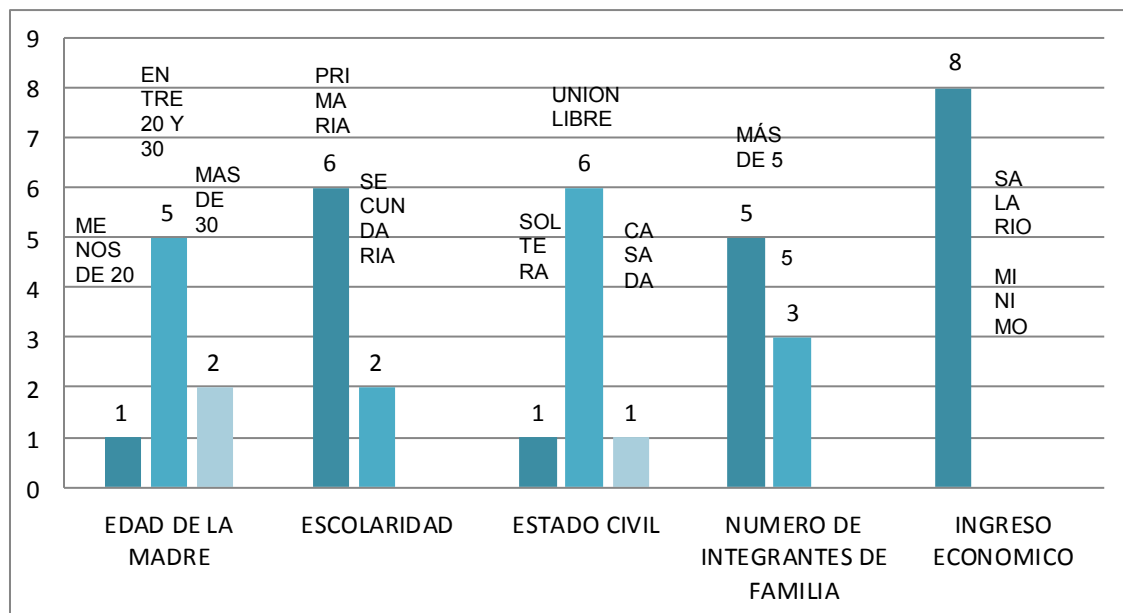
GRAFICAS COMPARATIVAS

NIÑOS CON DESNUTRICION LEVE



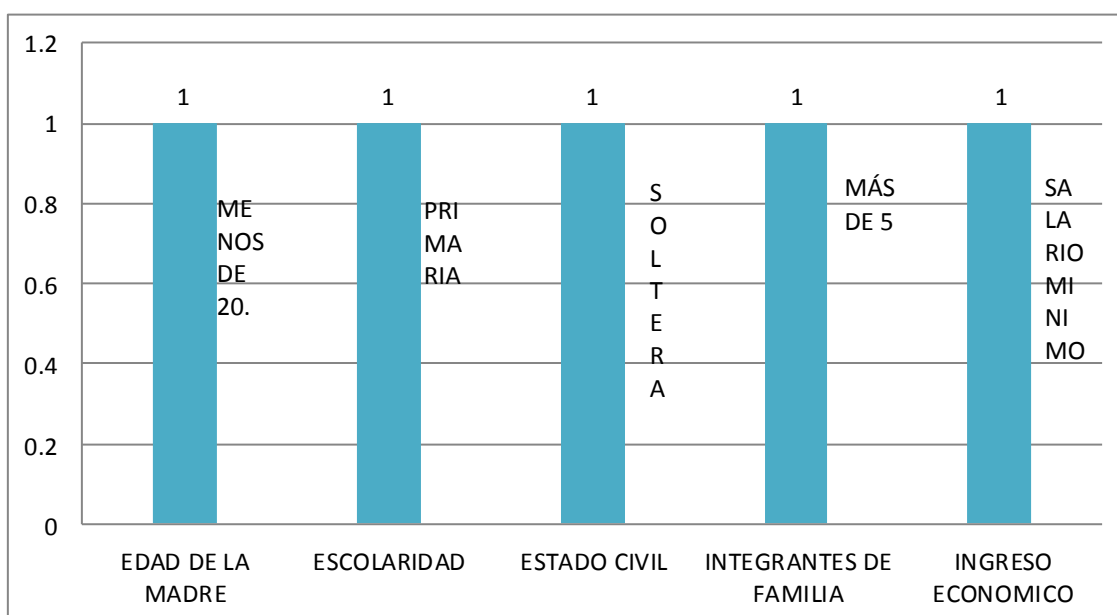
Fuente. Entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

NIÑOS CON DESNUTRICION MODERADA



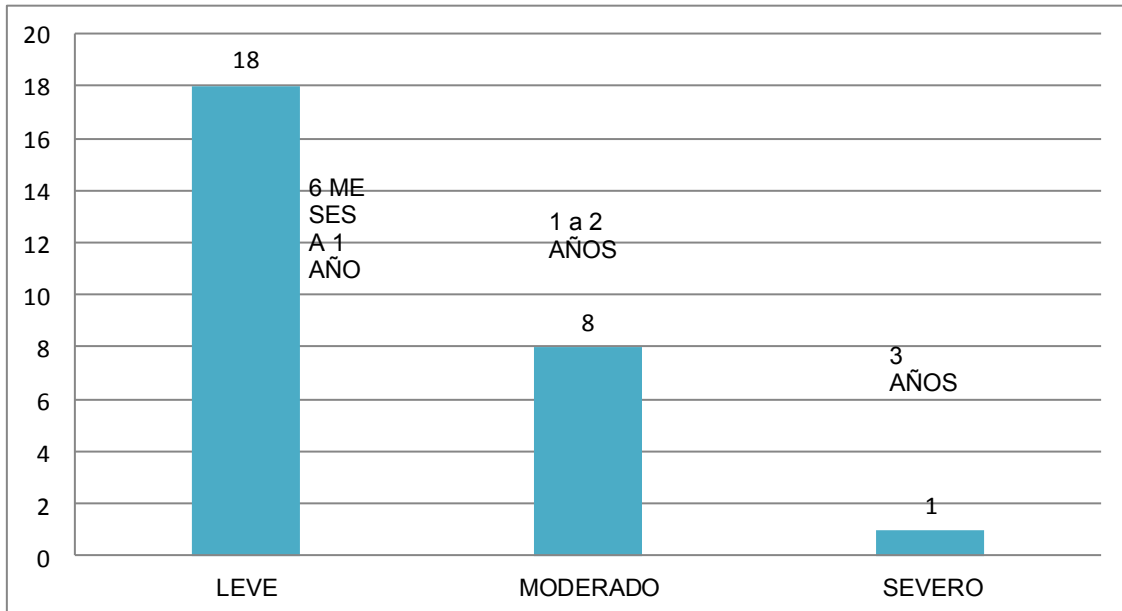
Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

NIÑOS CON DESNUTRICION SEVERA



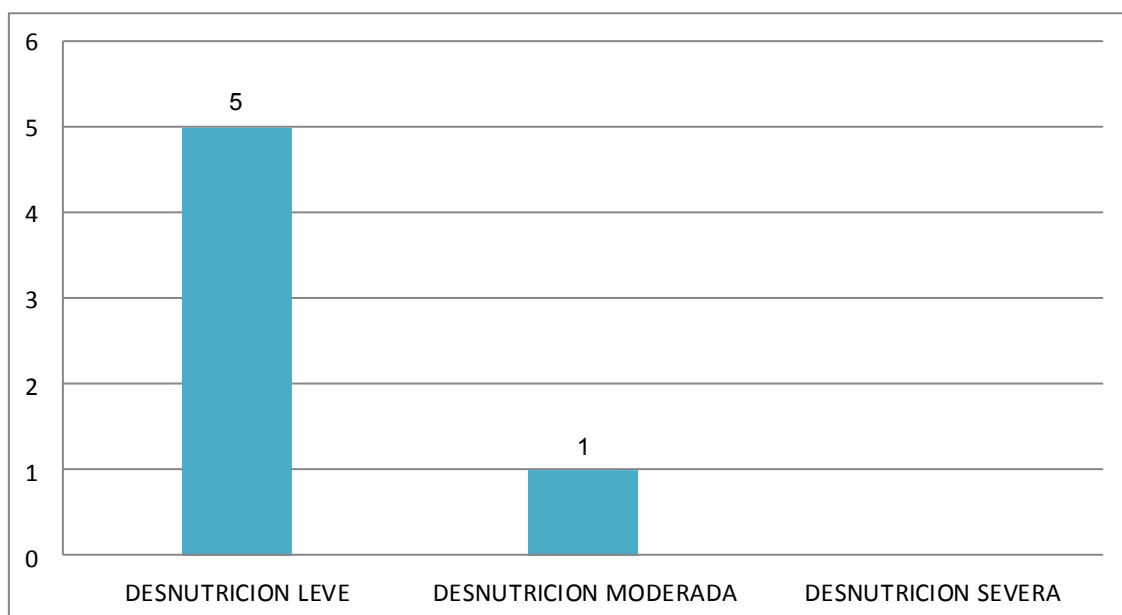
Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

TIEMPO QUE LLEVAN EN CONTROL DE LA DESNUTRICION



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

NIÑOS QUE RECIBEN SUPLEMENTO ALIMENTICIO



Fuente: entrevista realizada a familiares de niños desnutridos

DISCUSION DE RESULTADOS

De los resultados encontrados podemos mencionar que en las 26 familias participantes, se encontraron 28 niños con algún grado de desnutrición, de los cuales dos pertenecían a una sola familia.

También se encontró que el grado de desnutrición más frecuente fue el de tipo Leve (67.8%), refiriéndose en menor porcentaje la desnutrición moderada y solo un caso de desnutrición severa.

Cuando se observa la edad de los niños en tratamiento por desnutrición la edad más frecuente es de 2 a 4 años 11 meses de edad, seguida por los menores de un año. Lo cual nos indica que los niños menores de 1 año y algunos de un año siguen o suspendieron hace poco tiempo la lactancia materna; algunos autores comenta que el período crítico de la desnutrición comienza a partir de los 12 meses, que es cuando ya se refleja las consecuencias de una alimentación complementaria deficiente, la cual se inicia, en promedio a los 8 meses de edad.⁶

Con relación al sexo de los niños estudiados, predomina el sexo femenino con un 57.1% y en muy mínima proporción el sexo masculino, sin embargo no encontramos referencias en la literatura que nos indiquen que la desnutrición tenga mayor incidencia en alguno de los sexos.

Al analizar el tiempo que los niños llevan en control de la desnutrición encontramos que, 13 niños llevan más de 6 meses sin llegar al año aun. Pero si encontramos niños con 1 año, 2 años y un niño que lleva 3 años en control de la desnutrición sin poder recuperarse de esta, habiendo iniciado con desnutrición leve, en 3 casos se observó el paso de desnutrición leve a moderada y el caso que tenemos con desnutrición severa inicio con desnutrición moderada, lo que nos indica que entre más demore el tiempo de recuperación de la desnutrición más daño ocasiona en el niño.

De estos niños solo el 42.6% recibieron lactancia materna en los primeros meses de vida, el resto se alimentó con fórmulas lácteas desde su nacimiento. Y del total de los niños en estudio; 6 reciben suplemento alimenticio ya que se encuentran dentro del programa Prospera.

Tanto la literatura internacional como la nacional refieren que la lactancia materna es fundamental para el niño, entre otras cosas porque contribuye a su protección, crecimiento, desarrollo y fortalece su sistema inmunológico, de ahí que el inicio y

la duración de la lactancia materna sean factores determinantes para la nutrición y para los índices de morbi-mortalidad infantil.⁶

Mencionamos también que dentro de los resultados encontrados las madres de este estudio no le dan gran importancia alimentar a sus hijos con lactancia materna, lo cual nos da un resultado significativo en este estudio.

La edad de la madre es considerada como un factor coadyuvante en el proceso de la desnutrición; las adolescentes debido a su inestabilidad económica y a la inmadurez psicológica para atender a sus hijos, tienen mayores probabilidades de tener hijos desnutridos.²⁵

La edad de la persona que realiza el cuidado del niño fluctúa entre los 20 y 30 años en proporciones casi iguales a otros estudios, la cuidadora primaria fue la madre en 100% de los casos, mencionaremos que encontramos un resultado no esperado, ya que se reconoce una asociación causal entre el estado nutricional del niño y la edad de la madre, pues solo dos madres son menores de 20 años.

Al analizar el nivel educativo de las madres se puede observar que la mayoría de madres tiene un nivel en igual proporción para primaria y secundaria terminada y solo 2 madres tienen bachillerato, no existió ninguna analfabeta.

En estudio de investigación realizado por la Sociedad Latinoamericana de Nutrición se refiere que madres con mayor nivel educativo estarían mejor preparadas para seguir las indicaciones impartidas y aprovechar los conocimientos productos de las actividades formativas que se realizan en el centro de salud, lo cual conllevaría a una más pronta y sostenida recuperación nutricional de sus hijos.

Otros autores consideran que un buen nivel educativo de la madre, actúa con un efecto protector, pues habría mayor acceso a bienes y servicios que determinan un buen mantenimiento del estado nutricional.²⁵

En relación a esto la literatura consultada menciona que el nivel de educación de la madre está íntimamente relacionada con el estado nutricional de los niños, porque ayuda a elegir estilos de vida más sanos, permite comprender mejor la relación entre el comportamiento y la salud, también se considera que se relacione con alguna variable económica (mejor salario, por ejemplo), o que aumente la eficiencia productiva⁶. Lo que se pudo demostrar en este estudio viendo el nivel educativo de las madres y la persistencia de la desnutrición en los niños.

En relación al estado civil de la madre más de la mitad se encuentran viviendo en unión libre, otra cuarta parte casada y las demás solteras y divorciadas, de las cuales las 2 solteras son la únicas que trabajan y probablemente el tiempo que dediquen a sus hijos sea menos, pero las demás dedican la mayor parte de su tiempo a cuidarlos ya que sus parejas son los que trabajan. Las divorciadas cuentan con pensión para los niños por parte del padre.

Esto es un factor favorable para que los niños y niñas superen la desnutrición, pero para ello es necesario que las madres le den la importancia a las indicaciones dadas, estimulen al niño para que coma, les proporcionen las vitaminas y suplementos indicados, lo que indica la gran necesidad de un fuerte componente de educación a las madres para el adecuado cuidado de sus hijos.

Un factor importante que contribuye a la desnutrición infantil es el número de integrantes²⁵ de la familia, ya que encontramos que el 65% de las familias del estudio tienen 5 y más integrantes por familia.

Esto tiene importancia significativa en este estudio ya que el comportamiento esperado es que estos niños que pertenecen a familias numerosas y que por lo tanto deban de competir con el resto de la familia por la obtención de los recursos alimenticios los mantenga en un estado de desnutrición continua.

Se puede observar que en la mayoría de los hogares es el padre quien aporta el dinero a la familia, encontrándose en el 92.3%, incluyendo a las 2 madres trabajadoras, y solo 2 jefes de familia refieren estar desempleados al momento.

También se encontró que el ingreso familiar es de salario mínimo, el cual debe ser dividido entre las necesidades básicas de la familia, como lo es agua, electricidad y transporte, esto evidencia que los ingresos son limitados para cubrir las necesidades básicas: alimentación, vivienda, salud, ya que solo para la alimentación, el 85% de las familias aseguro que se le asigna más de la mitad de lo percibido. Esto refleja la crítica situación de la población estudiada.

La estructura del gasto es otro indicador que refleja las dificultades que tienen los hogares estudiados para consumir adecuadamente, sumado a esto la tendencia creciente de los precios de los alimentos básicos, determina el poder adquisitivo de los hogares y contribuye a explicar el deficiente consumo alimentario.⁶

Como se mencionó más de a mitad del salario percibido son dedicados a la compra alimentos, el 73% de las familias refieren que consideran darle a sus hijos

alimentación de regular calidad que incluye principalmente harinas, cereales y vegetales; alimentando a sus hijos menos de 4 veces al día, algo que también tiene importancia significativa por la edad de los niños que necesitan recibir sus alimentos varias veces al día para mejor desarrollo.

Algunas madres no proporcionan el suplemento alimenticio que les otorga el programa prospera a sus hijos, tal como se les indica, al igual que el hierro que se les suministrada en las unidades médicas.

Con la entrega y consumo del suplemento alimenticio, se busca reforzar la alimentación y con ello la nutrición de los niños, ya que tiene como objetivo agregar a la alimentación habitual 100% de micronutrientes que proporcionen el desarrollo físico y mental de los niños. Indicado darlo 2 veces al día mezclado con los alimentos.²⁰

Ya que la anemia afecta mayormente a los niños desnutridos, y sobre todo a los niños de 1 a 2 años de edad.⁷ por lo que se les indica hierro a todos los niños con desnutrición.

Discusión de resultados de graficas comparativas

De los resultados encontrados en las 28 encuestas realizadas a las familias de los niños con los diferentes grados de desnutrición, ya sea leve, moderada y severa se realizaron estudios comparativos los cuales reportaron:

De los 19 niños con Desnutrición Leve se observó que pertenecen a 17 familias ya que 2 de ellas cuentan con 2 niños desnutridos; con respecto a la edad de la madre 8 madres con edad de 20 a 30 años y 9 con más de 30 años de edad.

La escolaridad de estas madres 5 con educación primaria, 10 con secundaria completa y 2 con estudios de bachillerato.

El estado civil de ellas reporta que 2 madres son solteras, 8 viven en unión libre, 5 están casadas y 2 son divorciadas. El número de integrantes por familia, 2 de las 17 familias encuestadas tienen 3 integrantes, 7 tienen 4 integrantes, 6 tienen 5 integrantes y 2 más de 5 integrantes, considerando además que las 17 familias tienen como ingreso económico el salario mínimo.

De los 8 niños que presentan desnutrición moderada la edad de la madre corresponden a 1 menor de 20 años, 5 tienen de 20 a 30 años y 2 tienen más de 30 años. La escolaridad de las madres 6 de ellas con educación primaria y 2 con estudios de secundaria completa.

En relación al estado civil de la madres; 1 de ellas es madre soltera, 6 viven en unión libre y 1 es casada. Con referencia a número de integrantes por familia; 5 familias tienen más de 5 integrantes y 3 familias tienen 5 integrantes. Como ya mencionamos anteriormente el ingreso económico de estas familias es salario mínimo.

Solo encontramos un niño con desnutrición severa, su familia presenta las siguientes características; la edad de la madre es menor de 20 años, con estudios de primaria, soltera, con más de 5 integrantes y con ingreso económico de salario mínimo.

Con referencia al tiempo que llevan en control los niños con sus diferentes grados de desnutrición, los niños con desnutrición leve, llevan de 6 meses a menos de 1 año, los niños con desnutrición moderada, de 1 a 2 años en control y el niño con desnutrición severa lleva, 3 años en control, e inicio con desnutrición moderada.

De los 6 niños desnutridos que reciben suplemento alimenticio del programa prospera; 5 corresponden a desnutrición leve y 1 con desnutrición moderada.

En la literatura revisada, para la elaboración de este trabajo no encontramos datos relacionados con el uso del suplemento alimenticio del programa prospera, con los cuales se puedan corroborar nuestros resultados, sin embargo vemos que a pesar de utilizarse el resultado es prácticamente nulo, esto debido a diferentes motivos que pueden ser abordados en una investigación posterior.

Pero si datos relacionados con los factores socioeconómicos estudiados en esta investigación y ya comentados.

CONCLUSIONES

Además de los resultados obtenidos en la presente investigación podemos considerar que se alcanzaron los objetivos planteados y dimos respuesta a la pregunta de investigación; encontrando además los siguientes puntos de importancia como conclusiones:

- 1- La economía familiar de las familias entrevistadas es el factor principal en este estudio, debido a la estrecha de relación con el nivel socioeconómico de los mismos, siendo una condicionante que influye en el estado nutricional de los niños y en el tiempo de recuperación, se observó que en los diferentes grados de desnutrición todas las familias reciben salario mínimo.
- 2- Otro aspecto de importancia para el estudio de la investigación está relacionado con el grado de escolaridad de la madre, pues como ya se en el caso de desnutrición severa y los casos de desnutrición moderada predomina la educación primaria y en los casos de desnutrición leve la educación secundaria y de bachillerato. Lo que nos indica que las madres con mayor nivel educativo estarían mejor preparadas para seguir las indicaciones impartidas que se realizan en el centro de salud, lo cual conllevaría a una más pronta y sostenida recuperación nutricional de sus hijos y no regresar más adelante con el mismo problema de desnutrición, esto considerando que la instrucción escolar sea de buena calidad, ya que los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas.
- 3- Otro factor importante en la persistencia de la desnutrición, en general, es el número de integrantes por familia, en el caso de la desnutrición severa es una familia con más de 5 integrantes, y en los casos de la desnutrición moderada son familias de más de 5 integrantes y en los casos de desnutrición leve se observan menos integrantes en las familias. Lo que nos indica mientras más numerosas las familias más acentuados los problemas de desnutrición. Lo cual está relacionado con la economía familiar, ya que al no poder cubrir las necesidades de una alimentación balanceada de los integrantes de la familia, da paso a la presentación de la desnutrición en sus diferentes grados.
- 4- Con referencia a la edad de la madre se observó en el caso de desnutrición severa que la madre era adolescente, en los casos de desnutrición moderada una madre adolescente y la mayoría tiene de 20 a 30 años, en los casos de desnutrición leve la mayoría de 20 a 30 años y 30 años y mas

no se encontró ninguna adolescente. Por lo que la edad de la madre es de tomarse en cuenta en el este estudio y para futuras investigaciones.

- 5- El consumo de alimentos de los niños desnutridos referido por sus familiares entrevistados está basado generalmente en carbohidratos, faltándole los demás grupos de alimentos necesarios para superar la desnutrición y solo 6 niños reciben suplemento alimenticio del programa Prospera los cuales 5 se encuentran en desnutrición leve y uno en desnutrición moderada por lo que debemos de considerar que el suplemento alimenticio no tiene influencia directa sobre el estado nutricional de los encuestados.
- 6- El estado civil de la madre de los niños desnutridos encontramos en el caso de la desnutrición severa, la madre es soltera y en ocasiones sale a trabajar y dejando a su hijo al cuidado de terceras personas. Las madres de los niños con desnutrición moderada, una es soltera y las demás viven en unión libre y son casadas por lo que el cuidado de sus niños se centra en ellas, al igual que los niños con desnutrición leve, pudiendo ser este un factor favorable para que los niños superen la desnutrición, ya que si otra persona los atendiera no pondría la misma importancia que las madres.

Finalmente podemos mencionar que a pesar de que los resultados muestran diferentes estados nutricionales, el suplemento alimenticio proporcionado por el gobierno federal, no ayuda a mejorar el estado nutricional de los infantes, el cual tiene como etiología un factor de tipo socioeconómico predominantemente.

RECOMENDACIONES

Por lo tanto y derivado de las conclusiones anteriores nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones:

- 1- Implementar más actividades de orientación y promoción de la salud que permita a la madre utilizar los recursos con lo que se cuenta para poder superar la desnutrición, comprender la relación existente entre el estado nutricional deficiente y las condiciones de vida que imperan en sus hogares, promoviendo además de conocer los factores que causan la desnutrición y las consecuencias de esta enfermedad.
- 2- Concientizar a las madres de familia, a través de charlas y talleres sobre la importancia de la preparación de los alimentos y el número de veces que se debe proporcionar al día principalmente en sus hijos desnutridos y menores de 5 años, así como proporcionar como se indica los suplementos alimenticios a los niños desnutridos que pertenecen al programa prospera. Y su dosis diaria de hierro que se le proporciona a todos los niños en control de desnutrición.
- 3- Concientizar a las madres sobre la necesidad de proporcionar al niño la atención adecuada y cuidados que este necesita, lo cual se puede lograr a través de charlas y talleres con el apoyo de promotores de salud, enfermeras y médicos.
- 4- Lograr una integración de todas estas madres (club) que les permita proporcionarse mutuo apoyo para el cuidado y atención de sus niños.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Moreno, David. Radiografía de la Desnutrición Infantil en el mundo. Septiembre 11,2013. Disponible: www.vertigopolitico.com.../Radiografia-de-la-desnutricion-en-el-mundo Consultado 10 02 15.
- 2.- Iturbide Galindo Laura, Rodríguez Arana Ricardo, Gonzalo Olea Edgar; Economía, teórica y práctica. La desnutrición Infantil en México: una propuesta de medición. Num.9. 37-46. Disponible: www.lzt.vam.mx/economiatyp/numeros/097articulos-PDF3La-desnutricion.pdf consultado 11 02 15
- 3.- Báez, Báez, María Guadalupe. Alcances y limitaciones de las intervenciones alimentarias en México. Investigación en salud, vol. V, num 2, agosto 2003. Disponible: <http://www.redalvc.org/articulo.oa?id=14250207>. Consultado 22 01 15
- 4.- Desnutrición Infantil-Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible: es.wikipedia.org/wiki/desnutricion-infantil. Consultado 01 02 15
- 5.- Ibáñez, Silvia. Manual de pediatría. Desnutrición Infantil. Disponible: escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/desnutric.html. Consultado 02 02 15.
- 6.- Desnutrición en niños menores de cinco años-BVSDE Disponible: www.bvsde.pahs-org/texcom/nutricion/wfp199553/desnutricion.pdf. Consultado: 09 04 15
- 7.- Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Estudio de la magnitud de la Desnutrición infantil. Disponible: www.2006-2012.sedesol.gob.mx/...Estudios/INSP2012.Desnutricion.pdf consultado 09 04 15
- 8.- Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012. Disponible: ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosManualespdf Consultado 02 02 15
- 9.- Chávez M., Adolfo: Departamento de Nutrición aplicada y Educación Nutricional. Instituto Nacional de Salud Pública. Salud Pública Mex. Vol 4 num.2. Disponible: www.sciebos.org./pdf/spmV40N2/yo400201pdf consultado 06 02 15
- 10.- INEGI. Tabasco 2012 consultado: Disponible: [:www.inegiorg.mx/prod-serv/tab/pers-tabpdf](http://www.inegiorg.mx/prod-serv/tab/pers-tabpdf). Consultado 06 02 15

11.- Silvestre, F.PAC. Programa de actualización continua en pediatría. Valoración del estado de Nutrición. Libro 2 parte B.38-44

12.- Sánchez, Gilberto. Monografías de la Desnutrición.

Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos15/desnutrición/desnutricionsht>. Consultado 20 03 15

13.- Jano, On-line. Brazaletes para medir el grado de Desnutrición Infantil. Médicos sin fronteras. Octubre 2006. Disponible:

www.intramed.net/contenidoover=43085 consultado 06 02 15

14.- Vergara, María de los Ángeles. Manual de Pediatría. Desarrollo psicológico del niño en la edad preescolar. Julio 2006.

Disponible: escuela.med.puc/paginas/publicaciones/manuelped/dessPsicPreescHTML consultado 22 02 15

15.- Guerrero, Teare, Alejandra. Manual de Pediatría. Desarrollo del niño durante el periodo escolar. Julio 2006.

Disponible:

escuela.med.puc/paginas/publicaciones7manuelped/desspsicoesc.html consultado 22 02 15

16.- Gómez, Federico Dr. Desnutrición. Salud Pública México. Vol. 45-Suppl. 4 Disponible:

www.scielosp-org/pdf/spm/v45s4.pdf consultado: 22 02 15

17.- UNICEF. Progreso para la infancia. Nutrición en situaciones de emergencia. Retraso en el crecimiento. Un balance sobre nutrición. Disponible:

www.unicef.org/spanish/publications/progreso-para-la-infancia.no.4.pdf consultado 01 03 15

18.- Guillen, Guillermina. El Universal. Nota destacada. Disminuye la desnutrición infantil. Octubre 2005. Disponible:

www.eluniversal.com.mx/notas/313231.html consultado 03 03 15

19.- Sedesol-Prospera. Programa de Inclusión Social. Enero 5, 2015

<https://www.prospera.gob.mx> consultado 10 02 15

20.- Lineamientos del Programa Oportunidades 2012. Secretaria de Salud.

<https://www.oporunidades.gob.mx/...lineamientos%20op> consultado 0503015

21.- Montoya, Sáez, Patricia. Alimentación, nutrición y salud- observatorio del derecho.

www.oda-alc.org/documentos/1341945107.pdf. Consultado 03 03 15

22.- Álvarez, Uribe, Martha Cecilia. Factores Socioeconómicos, alimentarios y nutricionales. Universidad de Antioquia Colombia.

www.brsde.paho.org/nutrición/memredson4pdf consultado 10 04 15

23.- Revista Médica Electrónica. Portales Médicos. Factores que influyen en la desnutrición infantil.

www.Revista-portalesmedicos.com/factores-desnutricion-infantil. Consultado: 10 04 15

24.- González, Mercedes; Sotillet, Luisa. Factores socioeconómicos asociados a la desnutrición en niños en edad comprendida de 0 a 2 años. Venezuela.

Disponible: saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/1301.pdf. Consultado 10 04 15

25.-Mariño A. Mariana, Martínez L. José. Azuaje Arelis. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano. Caracas-Venezuela. Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Trabajo de Investigación.

<file:///D:/Recuperación%20nutricional%20de%20niños%20con%20desnutrición%20leve>. 12 03 2015.

ENCUESTA DE FACTORES SOCIOECONOMICOS DE LA FAMILIA

1.-EDAD DE LA MADRE

- (1) MENOR DE 20 AÑOS
- (2) DE 20 A 30 AÑOS
- (3) MAS DE 30 AÑOS

2.-ESCOLARIDAD DE LA MADRE

- (1) ANALFABETA
- (2) PRIMARIA
- (3) SECUNDARIA
- (4) BACHILLERATO

3.-ESTADO CIVIL DE LA MADRE

- (1) SOLTERA
- (2) UNION LIBRE
- (3) CASADA
- (4) DIVORCIADA

4. OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA

- (1) TRABAJADOR (OBRERO, EMPLEADO)
- (2) DESEMPLEADO
- (3) JUBILADO

5.-INGRESO ECONOMICO MENSUAL FAMILIAR

- (1) SALARIO MINIMO
- (2) SUELDO BASE

6.-NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA

- (1) TRES

(2) CUATRO

(3) CINCO

(4) MAS DE CINCO

7.-CALIDAD DE LA ALIMENTACION (CONSIDERADA POR LA MAMA)

(1) MALA

(2) REGULAR

(3) BUENA

DATOS DE CONSULTA:

GRADO DE DESNUTICION

- (1) LEVE
- (2) MODERADA
- (3) SEVERA

EDADES DE LOS NIÑOS

- (1) MENOR DE 1 AÑO
- (2) 1 AÑO
- (3) 2 A 4 AÑOS 11 MESES

SEXO DE LOS NIÑOS

- (1) MASCULINO
- (2) FEMENINO

TIEMPO DE CONTROL NUTRICIONAL

- (1) 6 MESES
- (2) 1 AÑO
- (3) 2 AÑOS
- (4) 3 AÑOS Y MÁS.

TIPO DE ALIMENTACION RECIBIDA

- (1) LACTANCIA MATERNA
- (2) FORMULA LACTEA
- (3) SUPLEMENTO ALIMENTICIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:.....de..... Años de edad, por este medio o hago constar

Que me han informado acerca del estudio denominado:

“Factores Socioeconómicos de la familia que influyen en la recuperación de la desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Col. Melchor Ocampo, Cárdenas Tabasco.” Se me ha explicado que el objetivo es conocer los factores socioeconómicos de la familia que influyen en la desnutrición de los niños y poder tratar de mejorarlos. Se me informo que el médico me realizara una entrevista cuando lleve a mi hijo a control sobre algunos datos de mi familia. Se me informo que el estudio no pone en riesgo a ningún integrante de mi familia y que no se utilizara mucho tiempo para la realización de la entrevista. Que el único beneficio es poder ayudar a mejorar la nutrición de los niños menores de 5 años, que no recibiré ninguna compensación o retribución por participar en él. Que no habrá ninguna sanción para mí o mi familia si no acepto participar. Se guardara estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación. Aclarándome que en el momento que considere no continuar adelante con el mismo puedo retirarme sin perder ningún beneficio que me proporcionan en el centro de salud.

Sin más que hace constar se extiende la presente a los 3 días del mes de Mayo del dos mil quince.

Firma: -----.

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre del Investigador: DRA. MARIBEL MONOLA RIVERA

Celular: 9371465634