



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



GUERRERO
NOS NECESITA A TODOS
SECRETARÍA DE SALUD

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO

**PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS Y SU
RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA FAMILIA DEL CENTRO DE
SALUD CNOP DE CHILPANCINGO, GUERRERO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NOEMÍ NIEVES MORALES

ASESOR

DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

SEMIS 33131016

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS Y SU
RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA FAMILIA DEL CENTRO DE
SALUD CNOP DE CHILPANCINGO, GUERRERO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA NOEMÍ NIEVES MORALES

AUTORIZACIONES:

DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ
PROFESOR TITULAR

DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ
ASESOR DE TESIS

DRA. MONICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA DE MEDICINA FAMILIAR SSGUERRERO

DRA. RUBÍ ÁLVAREZ NAVA
JEFE DE ENSEÑANZA DE SS GUERRERO

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACION EN SALUD

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

**PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS Y SU RELACIÓN
EN EL DESARROLLO DE LA FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD CNOP DE
CHILPANCINGO, GUERRERO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA NOEMÍ NIEVES MORALES

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

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

RESUMEN

En el mundo, cerca de mil millones de personas pasan hambre, según la FAO. Y cerca de 200 millones de niños menores 5 años sufren desnutrición crónica, cuyos efectos se harán sentir durante el resto de sus vidas. En torno al 13% de los niños menores de 5 años padecen desnutrición aguda, que requiere tratamiento inmediato y atención médica urgente. Además, alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. El objetivo fue Identificar la prevalencia y factores asociados entre la desnutrición y el desarrollo familiar en niños menores de 5 años. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, durante el periodo de enero a junio de 2017, en el Centro de Salud CNOP de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero. Se analizaron 21 casos de niños menores de 5 años lo que representa un 29.4% de la prevalencia de desnutrición, de estos los factores asociados resulto el número de hijos (un promedio de 3.33 ± 1.8 hijos) en la familia y nivel socioeconómico, otros factores importantes fueron el nivel de educación 47.6% curso hasta estudios de secundaria, un 38.1% tiene estudios de primaria, la ocupación, la edad con un promedio de 31.9 ± 4.7 años.

Conclusión: Se analizaron 21 casos de desnutrición, de los cuales las madres están inscritas al programa de PROSPERA, dentro de los factores asociados a la desnutrición identificados en la investigación se encuentran predominantemente los factores socioeconómicos seguido de socioculturales, educación de la madre, y familiar que son los que tienen mayor influencia como causa de la mala nutrición en los niños menores de cinco años del Centro de Salud CNOP, de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero.

Palabras claves: Desnutrición, disfunción familiar.

ABSTRACT:

In the world, about one billion people go hungry, according to the FAO. And about 200 million children under the age of 5 suffer from chronic malnutrition, whose effects will be felt for the rest of their lives. Around 13% of children under 5 suffer from acute malnutrition, which requires immediate treatment and urgent medical attention. In addition, around 45% of deaths of children under 5 years of age have to do with malnutrition. The objective was to identify the prevalence and associated factors between malnutrition and family development of children under 5 years of age.

Methodology: A descriptive, cross-sectional, retrospective study was conducted during the period from January to June 2017, at the CNOP Health Center in the city of Chilpancingo, Guerrero. We analyzed 21 cases of children under 5 years of age, which represents 29.4% of the prevalence of malnutrition, of these the associated factors resulted in the number of children (an average of 3.33 ± 1.8 children) in the family and socioeconomic level, other factors important were the level of education, 47.6% attended secondary school, 38.1% had primary school, occupation, age with an average of 31.9 ± 4.7 years.

Conclusion: 21 cases of malnutrition were analyzed, of which the mothers are enrolled in the PROSPERA program. Among the factors associated with malnutrition identified in the research are predominantly socioeconomic factors followed by sociocultural, mother education, and family which are the ones that have the greatest influence as a cause of poor nutrition in children under five years old at the CNOP Health Center, in the city of Chilpancingo, Guerrero.

Key words: Malnutrition, family dysfunction.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

ÍNDICE

1. Marco teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	17
3. Justificación.....	19
4. Objetivos.....	21
4.1. Objetivos General.....	21
4.2. Objetivos Específicos.....	21
5. Metodología.....	21
5.1. Tipo de estudio.....	21
5.2. Población.....	21
5.3. Tipo de muestra y tamaño.....	21
5.4. Criterios.....	22
5.5. Información a recolectar.....	22
5.6. Método.....	25
6. Consideraciones éticas.....	28
7. Resultados.....	29
8. Discusión.....	55
9. Conclusiones.....	59
10. Referencias bibliográficas.....	61
Anexos	

1. MARCO TEÓRICO

La desnutrición infantil tiene orígenes complejos que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. Sus causas inmediatas incluyen la alimentación inadecuada en cantidad o calidad, la incidencia de enfermedades infecciosas y el cuidado impropio del niño, del cual depende su adecuada alimentación y salud, éstas son, a su vez, el resultado de una inapropiada disponibilidad de alimentos, de servicios de salud, de educación, así como de una infraestructura sanitaria deficiente (causas subyacentes). Asimismo, éstas a su vez, son consecuencia de inequidad en la distribución de recursos, servicios, riqueza y oportunidades (causas básicas) (UNICEF, 2008).¹

La afirmación de que es inaceptable que el hambre siga extendiéndose por el mundo y que las personas tienen el derecho a no padecer hambre y desnutrición ha sido acogida y reafirmada en muchos instrumentos internacionales y por parte de diversos organismos intergubernamentales, entre ellos la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola (FIDA) y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA).²

A partir de la Segunda Guerra Mundial, el mundo centró sus esfuerzos en erradicar el hambre y garantizar la seguridad alimentaria mundial; sin embargo, estas iniciativas no fueron abordadas en el marco de los principios de los derechos humanos. La Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 y su seguimiento han impulsado profundos cambios en esta situación. La labor de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) y la FAO han permitido precisar el contenido del derecho a la alimentación.²

La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta. Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial.³

Las tasas de retraso del crecimiento entre los niños son más elevadas en África y Asia. En África del Este, por ejemplo, afecta al 42% de la población infantil, según las cifras de 2011.³

La desnutrición en México afecta principalmente a la población rural. La prevalencia de baja estatura en los menores de 5 años de zonas rurales es del 20.9%. El estado de nutrición en los/las infantes permite saber sus condiciones de salud. Cuando no cubren sus requerimientos nutricionales padecerán desnutrición, reflejada en el desarrollo físico (crecimiento), mental (intelecto) y psicomotor (habilidades)⁴

La desnutrición y la obesidad, afecta de un modo significativo a la región del sur de México, que a la del norte, se extienden a lo largo de todo el territorio mexicano, poniendo de manifiesto la necesidad de aumentar los esfuerzos en promover una dieta saludable y equilibrada en todos los grupos de edad, con especial hincapié en niños, niñas y adolescentes.⁵

A pesar de los avances en 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 población. En el grupo de edad de cinco a catorce años la desnutrición crónica es de 7.25% en las poblaciones urbanas, y la cifra se duplica en las rurales. 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.⁵

En este sentido, es sabido de los esfuerzos actuales se ha enfocado a relacionar los factores principales a los cuales se atribuyen desnutrición, que han sido el aumento en el consumo de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas, sal y azúcar y pobres en vitaminas, minerales y fibra; así como el descenso en la actividad física originado por los modelos de urbanización y sedentarismo de la población, ello, sin dejar de lado algunos factores genéticos que la originan.

Al respecto, se ha reportado en investigaciones realizadas en diferentes países acerca de prevalencia de la desnutrición en menores de 5 años y los factores que intervienen para que se de esta situación de mala nutrición, no se han realizado

estudios que asocian el desarrollo de la familia en relación al tema de la desnutrición. Ejemplo de estas investigaciones son las siguientes:

En Hernández *et al.*, en 2011 publicó en la revista Fundación Universitaria del Área Andina, su investigación en donde se valoró el estado nutricional de niños menores de 5 años y el nivel de seguridad alimentaria de sus hogares el estudio fue descriptivo. Se visitaron todos los hogares con menores de 5 años del corregimiento de la Florida, Pereira, Colombia. Previo consentimiento se aplicó la escala ELCSA y valoración de niños; se aplicaron curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud OMS 2006. La muestra final fue de 40 menores de 5 años con distribución igual por género. El 33% menores de 2 años; 43% familias nucleares; 65% con ingresos menores a un salario mínimo el 53% percibía algún grado de inseguridad alimentaria, 45% mostró alteraciones en el estado nutricional, 27,5% tenían sobrepeso, 17,5% desnutrición crónica, 12,5% desnutrición global y el 5% desnutrición aguda. Al final concluyeron que la alta proporción de alteraciones nutricionales en menores del área rural con inseguridad alimentaria, que ameritó intervención inmediata, deben continuarse los controles.⁶

En Cuevas Nasu *et al.*, 2013 en su investigación denominada “Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México” se estimó la proporción de hogares mexicanos en inseguridad alimentaria (IA) y se analizó su distribución de acuerdo con condiciones socioeconómicas y de nutrición. Se analizaron 40,809 hogares proveniente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). La IA se midió usando la versión armonizada para México de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Los hogares se clasificaron de acuerdo con el nivel de IA: Seguridad alimentaria, IA leve, IA moderada e IA severa. Sus resultados fueron: A nivel nacional, 28.2% de los hogares se clasificaron con IA moderada o severa. Los hogares rurales, indígenas y de nivel bajo de condiciones de bienestar fueron los más afectados por la IA moderada y severa: 35.4, 42.2 y 45.9%, respectivamente. Se observó una mayor prevalencia de baja talla en los preescolares de hogares con IA severa.⁷

En la publicación de Lafuente *et al.*, denominada “Prevalencia de la desnutrición

crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014”, investigaron la Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, Bolivia, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, incluyendo 654 menores de 5 años que asistieron al Centro de Salud Tacopaya, durante el primer semestre 2014. Los datos sobre el grupo talla, peso, edad, sexo y grupo etario fueron recogidos y analizados de acuerdo con los estándares de la OMS; para determinar la desnutrición crónica, se utilizó el indicador antropométrico talla para la edad. Los datos obtenidos fueron estratificados por sexo, grupo etario y comparados con otros periodos de otros años. Sus principales resultados fueron: 361 (55,20%) niños y 293 (40,8%) niñas fueron atendidos para su control talla, peso en el Centro de Salud Tacopaya, 106 (16,2%) presentaron desnutrición crónica. El número más alto de desnutrición crónica fue en el grupo etario de 1 año a menor de 2 años y de sexo masculino, y el registro más bajo de desnutrición crónica fue para menores de 1 año. En el primer semestre del 2012, la prevalencia de desnutrición crónica fue de un 20,2%, en 2013, 19,1% y en 2014, 15,9%. Conclusiones: La desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad, que asistieron al Centro de Salud Tacopaya, para pacientes ambulatorios alcanzó el 16,2% en 2014, mostrando mayor prevalencia en los niños que en las niñas. Los niños de 1 año hasta menos de 2 años fueron los más afectados. La desnutrición sigue siendo un problema muy grave que sigue afectando a la población boliviana. Esta información puede ser útil para la planificación de intervenciones nutricionales dirigidas a reducir desnutrición crónica.⁸

En Carrasco Quintero et al., 2016, en su investigación “Desnutrición y desarrollo cognitivo en infantes de zonas rurales marginadas de México”, tuvo como objetivo analizar la relación entre el estado nutricional medido por antropometría y el desarrollo mental, psicomotor y del lenguaje en infantes de zonas rurales marginadas de México. El estudio fue transversal con 576 infantes de 7 a 26 meses de edad de cuatro localidades rurales. Las variables fueron antropométricas y de desarrollo cognitivo. A los resultados a los que llegaron fueron: Los infantes con baja estatura tuvieron un menor índice de desarrollo del lenguaje, mientras que el peso al nacer se relacionó marginalmente con el desarrollo psicomotor. A la conclusión a la que

llegaron fue: aunque la desnutrición aguda (identificada por el peso) ya no es un problema en las zonas rurales de México, la desnutrición crónica (expresada como baja estatura) sigue siendo frecuente y se relaciona con alteraciones en el desarrollo mental de la población infantil.⁴

Huiracocha *et al.*, 2012, realizaron un estudio transversal en niños y niñas de 0 a 5 años de edad para determinar la prevalencia de los retrasos del desarrollo psicomotor de Cuenca, Ecuador. Se clasificó para los niños con retrasos en con discapacidad y sin discapacidad, registrando cuántos se beneficiaron de la atención temprana. Se buscó la asociación del retraso con desnutrición, microcefalia, familia no nuclear, migración de los padres y cuidadora no materna. La muestra probabilística aleatoria por estratos fue de 462. Siete equipos de especialistas con el test de Brunet-Lezine diagnosticaron primero el retraso y luego la discapacidad usando la Escala de Valoración de la Situación de Dependencia de 0 a 3 años y con Baremo de la Situación de Dependencia de 3 a 5 años. La desnutrición se identificó midiendo y ubicando la antropometría en desvíos estándar en las tablas de la Organización Mundial de la Salud. Las otras variables se indagaron por encuestas. El estudio reveló que el 11% (IC95%, 8 al 14%) presentó retraso, 6% sin discapacidad y 5% con discapacidad, el 31% se benefició de la atención temprana. Se encontró relación de retraso del desarrollo psicomotor con desnutrición ($p < 0,001$), microcefalia ($p < 0,002$) y con familia no nuclear ($p < 0,005$). No así con cuidadora no materna, ni con migración. Estos datos orientan a implementar tempranamente programas de intervención⁹

Nutrición

De acuerdo a la OMS, La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.¹⁰

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

Lactancia Materna

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.¹⁰

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.¹⁰

Alimentación recomendable para el niño en sus primeros años de vida

Los alimentos complementarios deben ser ricos en nutrientes y deben administrarse en cantidades suficientes. Los cuidadores deben empezar a introducir esos alimentos a los seis meses en pequeñas cantidades, aumentando gradualmente la proporción a medida que crezca el niño. Los niños pequeños deben recibir alimentos variados, incluidos productos cárnicos, pescado y huevos, con la mayor frecuencia posible. Los lactantes pueden comer alimentos en forma de puré, triturados y semisólidos a partir de los 6 meses; a partir de los 8 meses se puede dar a la mayoría de los niños diversos alimentos que se pueden comer con la mano, y a partir de los 12 meses pueden comer en general los mismos productos que el resto de la familia. Los alimentos deben tener una consistencia apropiada para la edad del niño. Los alimentos complementarios deben administrarse unas 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses, aumentando a 3-4 veces al día entre los 9 y los 11 meses. Entre los 12 y los 23 meses se les debe dar de comer unas 3 o 4 veces al día. Y dependiendo del apetito que tengan se pueden añadir 1 o 2 refrigerios nutritivos entre comidas.¹¹

La Desnutrición

La desnutrición es un problema de salud complejo que puede deberse a diversas carencias simultáneas de proteína, energía, y micronutrientes. En los países subdesarrollados en potencia del crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años está limitado por las deficiencias nutricionales. A medida que mejoran las condiciones de un país, se origina un desplazamiento de la edad de mayor incidencia de la desnutrición hacia etapas más tempranas de la vida.¹²

Tipos de desnutrición

La desnutrición, es el fracaso de un individuo a crecer como se esperaba en la estatura y/o el peso, de acuerdo a su edad y sexo. La desnutrición infantil puede adoptar tres formas graves: ¹³

La desnutrición crónica, es el retraso del crecimiento esperado para una edad dada y reflejado en la talla del menor. En niños en fase de crecimiento y desarrollo, el cuerpo retrasa su crecimiento ante la falta de nutrientes provocándole falencias que lo afectarán en el futuro. Esta desnutrición puede ser moderada o severa de acuerdo a la talla y en relación a la edad que se registre. Está muy ligada a la pobreza y en condiciones socioeconómicas muy desiguales la desnutrición crónica es mayor.¹³

La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.¹⁴

La emaciación o desnutrición aguda se deriva de la pérdida drástica de peso repentina conduciendo a tres tipos de desnutrición clínica: ¹³

Marasmo: cuando la grasa y los tejidos del cuerpo degeneran a un ritmo alarmante para compensar la falta de nutrientes. Como resultado, los procesos internos del

cuerpo comienzan a disminuir alarmantemente rápido como lo hace la actividad del sistema inmune.

Kwashiorkor: se caracteriza por edema bilateral (retención de líquido) en las piernas y los pies.

La insuficiencia ponderal: bajo peso al nacer (menos de 2,5 Kg. en partos al término).¹³

La carencia de micronutrientes o hambre oculta: se debe a la deficiencia en vitaminas y otros minerales como ácido fólico, yodo, hierro, zinc y selenio. Estas vitaminas y minerales son de suma importancia en varios procesos del cuerpo y su deficiencia puede hacer una persona desnutrida saludable.¹³

Evaluación del estado nutricional

La valoración nutricional puede ser definida como la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos. Dicha información es utilizada para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes

Para evaluar el estado de salud y nutrición del niño o la niña menor de 5 años, de acuerdo al Manual de Capacitación para el Personal de Salud, se debe realizar lo siguiente: ¹⁵

A)- La valoración del crecimiento. Se realiza con las tres gráficas que indican si el peso del niño o niña corresponde a su edad, la talla del niño o niña corresponde a su edad y si el peso actual del niño o niña coincide con su talla, verificando la edad en años y meses, el peso en kilogramos y gramos, utilizando una báscula pesa/bebé en los menores de 2 años, báscula de plataforma para mayores de 2 años o balanza pesa/bebé para niños de 0 a 4 años. Así como, la talla en centímetros, utilizando infantómetro para menores de 2 años y el estadímetro para niños mayores de 2 años. Estado de salud del niño o niña.

B)- La valoración del perímetro cefálico. Debido a la trascendencia de los problemas derivados de malformaciones congénitas ya sea por disfunción orgánica o alteraciones genéticas determinadas a nivel craneal se recomienda, en forma complementaria, medir mensualmente el perímetro cefálico, por lo menos desde el nacimiento hasta los tres meses de edad. En caso de detectarse problemas, deberá referirse al especialista que corresponda para que continúe su vigilancia.

C).- La valoración del desarrollo. La privación de alimentos en los infantes significa no sólo la escasez de los nutrimentos necesarios para el crecimiento y el desarrollo del organismo, sino también la falta de estímulos sensoriales y de experiencias sociales para el desarrollo mental del aprendizaje del niño o niña, que aunado a la estímulos afectivos y psicomotores propician que el individuo no alcance un pleno desarrollo de sus capacidades psicomotoras y sociales.

Para que el desarrollo del niño o niña vaya acorde con su edad deberá evaluarse periódicamente, el desarrollo psicomotor del menor de 5 años, en las áreas del lenguaje, social, coordinación y motora, paralelamente a la valoración del crecimiento físico, de acuerdo con los parámetros siguientes:

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS				
CONDUCTAS				
EDAD	LENGUAJE	SOCIAL	COORDINACIÓN	MOTORA
0 a 3 meses	Llora, ríe, emite, sonidos	Mira lo cara, sonríe espontáneamente	Sigue con la mirada objetos móviles. Giro la cabeza para seguir un objeto móvil.	Boca abajo, levanta 25° la cabeza. Mantiene erguida y firme la cabeza
0 a 3 meses	Llora Ríe, emite sonidos	Atiende con interés al sonido gira la cabeza en busca del sonido.	Intenta la presión de objetos. Presión global a mano plena (Barrido)	Eleva el tronco y la cabeza apoyándose en manos y antebrazos con ayuda tracciona hasta sentarse. Se mantiene sentado con apoyo.
4 a 6 meses	Balucea. "Da- da", "ma- ma"	Encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal. Es	Presión entre la base del pulgar y la base del dedo índice.	Gatea. Se sienta solo sin apoyo. Consigue pararse apoyado en muebles.

		inicialmente tímido con extraños		
7 a 9 meses	Lolea “do-do”, “mama”, “agu”. Utiliza consonantes. Imita el sonido que se le enseña.	Bebe de la tasa. Juego “palmitas”, “tortillitas”. Detiene la acción a la orden de ¡No!	Presión en pinza fina. Opone el índice al pulgar	Camina tomado de la mano.
10 a 12 meses	Construye frases de una sola palabra.	Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido. Obedece órdenes sencillas. Se viste con ayuda, juega solo	Construye torres de tres cubos. Introduce objetos grandes en otros. Introduce objetos pequeños en frascos o botellas	Sube escaleras gateando. Camina bien, solo, sin ayuda.
13 a 18 meses	Señala alguna parte del cuerpo; cumple órdenes simples, nombra un dibujo.	Hace la diferencia entre arriba y abajo. Reconoce parte del cuerpo. Ayuda a tareas simples de la casa.	Construye torres de tres a cinco cubos.	Patea la pelota. Salta en el lugar. Lanza pelota. Sube escaleras con ayuda.
19 a 24 meses	Construye frases. Cumple órdenes complejas	Se lava y seca las manos. Controla esfínteres. Se pone alguna ropa. Se viste sin ayuda. Comparte juegos.	Construye torres de más de cinco cubos. Copia el círculo. Copia la cruz.	Salta en un pie. Sube escaleras sin apoyo.
2 a 4 años	Verbaliza las oraciones que realiza. Empieza a usar “yo”	Compite jugando.	Copia el cuadrado.	Atrapa una pelota de rebote. Brinca la cuerda.

Clasificación del resultado de la evaluación

Normal: si ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica.

Limítrofe: si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica.

Anormal: si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad; ni las conductas correspondientes a la inmediata anterior.

Se debe mantener el control subsecuente de acuerdo con los siguientes hallazgos:

Cuando el desarrollo corresponde a su edad se debe dar orientación sobre técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo y citar a consulta subsecuente con la periodicidad que establece la NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

Si el desarrollo no corresponde a su edad, pero si a la inmediata inferior, se debe de orientar para favorecer el desarrollo del niño y citar a consulta subsecuente a las dos semanas siguientes al infante y tres meses después al preescolar; si no logra mejoría se refiere a la unidad de salud de mayor complejidad para la atención oportuna.

Si el desarrollo no corresponde a su edad ni a la inmediata inferior se refiere a una unidad de salud de mayor complejidad para su atención.

Consecuencias de la desnutrición

Cuando la alimentación es deficiente, problemas como la desnutrición y la deficiencia de micro nutrientes se hacen presentes, trayendo consigo una serie de consecuencias irreversibles.

Los niños desnutridos comienzan la vida con un terrible impedimento, son más vulnerables a las infecciones, que consecuentemente reducen su apetito, prolongan la desnutrición e inhiben su crecimiento.

El desarrollo cognitivo y del comportamiento de estos niños probablemente va a quedar afectado de igual manera. Si llegan a la edad escolar, su pobre desarrollo cerebral limitará su capacidad de aprender y no les permitirá concentrarse en los estudios que eventualmente le darían acceso a un buen puesto de trabajo.¹⁶

La desnutrición infantil es uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de pobreza y desigualdad. Además de los problemas éticos y sociales que entraña la desnutrición infantil, se añaden consecuencias económicas negativas.¹⁶

La desnutrición infantil priva a los niños de los nutrientes necesarios en su período más importante de crecimiento, generando secuelas tanto mentales como físicas que son irreversibles y permanentes. Además de impedir el desarrollo del completo potencial de estos niños, la desnutrición repercute también en el progreso económico e impone costos adicionales a la sociedad, añadiendo presión sobre los sistemas de educación y salud.¹⁶

Ingesta insuficiente y enfermedad se potencian mutuamente. Los niños desnutridos tienen menos resistencia a las enfermedades, principalmente infecciosas, por lo que tienen mayor riesgo de caer enfermos. Las infecciones pueden causar pérdida de apetito, incremento del metabolismo, mala absorción intestinal y lesiones en la mucosa intestinal, todo lo cual empeora aún más el estado nutricional.¹⁶

Prevalencias de desnutrición

En la actualidad está identificado el periodo fundamental para prevenir la desnutrición del niño: el embarazo y los dos primeros años de vida. Es el periodo que se conoce como los 1,000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de una alimentación y atención adecuadas produce daños físicos y cognitivos irreversibles que afectarán a la salud y al desarrollo intelectual del niño para el resto de su vida. ¹⁴

En estos 1,000 días hay cuatro etapas que requieren actuaciones diferentes: embarazo, nacimiento, de 0 a 6 meses, de 6 a 24 meses.¹⁴

Durante estas etapas, las intervenciones de UNICEF se agrupan en cuatro grandes Categorías:

Acciones de prevención

Cambios en el entorno sociocultural

Tratamiento de la desnutrición

Otros tratamientos y actuaciones

Sin embargo, estas intervenciones específicas son insuficientes para la erradicación de la desnutrición en ausencia de políticas que incidan en las causas básicas y subyacentes. Se recomienda, por tanto: ¹⁷

Continuar aplicando intervenciones de probada eficacia a gran escala y focalizada al período de los 1,000 días y a la población más pobre (quintil de condiciones de bienestar bajo, zonas rurales, región sur), incluyendo: a) servicios universales de nutrición y salud materna e infantil y b) acciones puntuales para mejorar la nutrición de la población más pobre mediante promoción de prácticas de alimentación infantil adecuada, incluyendo la promoción de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de lactancia prolongada acompañada de alimentación complementaria adecuada, incluyendo la provisión de complementos nutricionales de alto valor nutritivo. ¹⁷

Combinar las acciones específicas antes mencionadas con políticas de desarrollo social, incluyendo crecimiento económico, distribución de ingresos y dotación de servicios en infraestructura básica. ¹⁷

La provisión de servicios de nutrición de alta calidad que aseguren la demanda y adecuada utilización por la población beneficiaria de servicios de nutrición, alimentos y complementos distribuidos. ¹⁷

La evaluación independiente del diseño, procesos e impacto de las políticas y programas de prevención de la mala nutrición y el uso de los resultados para retroalimentar la toma de decisiones. ¹⁷

Evitar que los programas y acciones para mejorar la nutrición de las mujeres y niños promuevan aumento excesivo de peso. ¹⁷

Desarrollo de la familia

En los últimos años, la atención temprana ha sufrido un cambio conceptual importante y decisivo para la evolución hacia la definición de un área de competencias académica. Ha pasado del término “estimulación precoz”, que centraba la intervención en el niño, con una connotación de “demasiado pronto”, a incluir de manera determinante a la familia y su entorno, con el consensuado concepto de “atención temprana”, entendido como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.¹⁸

En 1978 la Organización Mundial de la Salud reunió un comité de expertos para definir la salud familiar y proponer indicadores de análisis del estado de la salud de la familia y de grupos de familia en el mundo, en función del tiempo y el lugar.¹⁹

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.¹⁹

La evaluación del funcionamiento familiar, es importante analizarla, ya que proporciona indicadores del entorno en la familia. Si se fragmenta la familia al menos provoca una precariedad de los vínculos intrafamiliares. Como resultado surgen familias disfuncionales, cuyos integrantes no sólo viven un tras tocamiento de valores, sino tienen dificultad de asumir la autocrítica. Estas estructuras familiares vulnerables tienen efectos graves en los primeros años de edad, pero son más evidentes en la adolescencia, ya que es el segmento de la vida donde seguramente

se ha de formar la personalidad de un individuo.¹⁹

En nuestra sociedad, los niños reciben la influencia de contextos diferentes a la familia, influencia que aumenta a medida que crecen y las interacciones sociales en las que participan se incrementan en cantidad y complejidad.²⁰

Hoy día consideramos a los niños y niñas como personas que deben ser objeto de un cuidado, protección y estimulación adecuados, y sujetos a una enorme aceleración evolutiva en los diferentes aspectos del desarrollo: físicos, cognitivos, comunicativos, lingüísticos, sociales y emocionales, por esto es transcendental plantear la importancia de la afectividad en la familia y de que ésta se muestre abiertamente a los niños, de modo que se sientan apoyados y confortados dentro de su familia, lo que genera un sentimiento de confianza y valía personal que les acompañará en su vida dentro y fuera del contexto familiar.

Desde el punto de vista de la salud, esta situación tiene serias implicaciones, toda vez que el Sistema de Seguridad Social no consigue garantizar un cubrimiento de óptima calidad para las necesidades que en materia de salud física y psicológica aquejan a las personas pertenecientes a los sectores menos favorecidos. Sumadas a la anterior situación, se encuentran diversas problemáticas como la violencia social, la desnutrición, el analfabetismo, el desempleo, la inseguridad y otras que propician un alto riesgo para la aparición de disfunciones al interior de la familia, las cuales resultan ser un terreno propicio para la ocurrencia del maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y para la aparición de trastornos en el desarrollo del infante.²¹

El alza de los precios de los alimentos, su escasez en zonas de conflicto y las catástrofes naturales reducen el acceso de las familias a alimentos apropiados y en cantidad suficiente, por lo que son factores que pueden provocar mala nutrición. Para contrarrestarla y salvar vidas es necesario llevar a cabo intervenciones nutricionales de emergencia. (3) Bajo este contexto, el gobierno federal, implementa el programa PROSPERA, el cual está orientado al beneficio de las familias y mejoramiento del bienestar en complemento a las acciones de generación de capacidades en materia de educación, salud y alimentación.

PROSPERA, programa de inclusión social

Dentro de los múltiples factores que explican la persistencia de la pobreza, las carencias en capacidades en educación, salud y alimentación han mostrado ser causa y efecto de dicha condición. En particular, los niños y niñas que crecen con dichas carencias están insertos en un círculo intergeneracional de la pobreza que les impide salir de dicha condición al presentar altas tasas de mortalidad, malnutrición y bajo nivel de escolaridad y, con ello, insertarse en las actividades productivas en condiciones desfavorables caracterizadas por bajos ingresos y carencia de seguridad social, principalmente.²²

Dentro de este programa sectorial se incluye la alimentación, y como se desprende de una decisión presidencial, la erradicación del hambre y la disminución de los indicadores de desnutrición infantil asociados a ella, son compromisos ineludibles para cualquier programa social en el marco de sus objetivos general y específico.²²

Bajo el componente alimentación de este programa, se otorga un apoyo monetario mensual a las familias integrantes del Programa, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad e incrementar la cantidad y variedad de los alimentos que consume la familia.²²

Además de los apoyos monetarios para mejorar la alimentación de las familias atendidas, PROSPERA realiza acciones de promoción de la nutrición y alimentación saludable para las niñas y los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia a través de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN), PROSPERA les otorga de manera bimestral nuevos suplementos alimenticios para complementar su dieta diaria y combatir la desnutrición entre estos grupos de la población beneficiaria.²²

Como parte de esta Estrategia, se lleva a cabo el equipamiento de las unidades de salud que atienden a las familias de PROSPERA para que puedan medir y dar seguimiento al crecimiento y estado nutricional de sus integrantes.²²

Hoy PROSPERA permite a todas las familias atendidas contar con los beneficios del

Programa de Abasto Social de Leche y adquirir, a un bajo costo, productos lácteos con un alto valor nutricional en las lecherías Liconsa.²²

Marco legal

A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el derecho a la alimentación fue reconocido formalmente como un derecho humano.²³

La Ley General de Salud en el CAPITULO I, disposición común: XI. Diseñar y ejecutar políticas públicas que propicien la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que contrarreste eficientemente la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria.²⁴

CAPITULO III Nutrición, Art. 114, Art. 115

Así como el ART 4° de la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Marco Normativo: ²⁵

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño

Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-1995, Bienes y Servicios. Alimentos para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales

Así como en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.²⁶

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición se ha consolidado como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, llamando la atención de los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), quienes dieron prioridad a la

desnutrición dentro de los problemas a resolver para el año 2015, con la formulación del objetivo 1 del milenio “erradicar la pobreza y el hambre”, en este objetivo la desnutrición queda representada en la adopción de la prevalencia de niños menores de cinco años con peso inferior a lo normal como indicador de evaluación y reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre como meta.²⁶

Guerrero, después de Oaxaca y Chiapas, es la tercera entidad federativa en el país con mayor porcentaje de población que vive en pobreza. El 65% de los guerrerenses viven en condiciones de pobreza, y una cuarta parte de ellos (24.5%) vive en pobreza extrema, lo cual significa que su ingreso es tan bajo que ni aun usándolo todo podrían adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida saludable.^{27, 28}

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reportó que el 85.1% de las familias que viven en la entidad presentan inseguridad alimentaria, y el 44% presenta inseguridad alimentaria moderada o severa. Estos porcentajes son mayores en las familias residentes de las comunidades rurales, pues solo un 10% de ellas tiene seguridad alimentaria.²⁹

La desnutrición infantil en Guerrero es uno de los problemas con mayor presencia en el estado, pues con el 23.7% de desnutrición crónica en niños menores de 5 años (85,700) se ubica como la segunda entidad federativa con mayor presencia de desnutrición infantil en el país, sólo por debajo de Chiapas. Esta situación es marcadamente mayor entre los niños miembros de familias residentes en comunidades rurales de Guerrero, en donde este porcentaje incrementa hasta 30.8%.²⁷

El descenso de la desnutrición en menores de cinco años, observado a partir de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988, ha continuado durante el periodo 2006-2012, aunque a menor velocidad que en el periodo previo. Asimismo, la anemia disminuyó entre 2006 y 2012 en todos los grupos de edad. Finalmente, la velocidad en el crecimiento de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad que se había venido observando a partir de 1988 disminuyó notablemente entre 2006 y 2012

en adolescentes y adultos y se contuvo en niños en edad escolar, aunque los niveles actuales distan mucho de ser aceptables.²⁹

La ENSANUT 2012, demuestra que la enfermedad diarreica aguda (EDA) a causa de la desnutrición en la población menor de cinco años de Guerrero reveló un aumento de 2006 a la fecha, además fue mayor al promedio nacional, en tanto que la prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) en el estado fue mayor a la reportada en el país (48.7 y 41.0%, respectivamente). En Guerrero, los signos de alarma de IRA indicativos de atención médica predominantemente referidos por las madres o cuidadores de los menores de diez años fueron verse más enfermos, presentar “calentura” por más de tres días, y no comer o beber.²⁹

Como se ha expuesto en este trabajo de investigación la nutrición en niños y niñas menores de 5 años es fundamental ya que los primeros 5 años de vida sufrirá las consecuencias de la desnutrición y esta trae consigo lesiones cerebrales irreversibles. Además de que los menores dependen para su alimentación enteramente de terceros, que en muchas ocasiones no tienen los recursos económicos suficientes o carecen de un nivel cultural, de ocupación o con disfuncionalidad familiar como para no cumplir adecuadamente su rol, por esto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La desnutrición en niños menores de 5 años, que son atendidos en el centro de salud CNOP en Chilpancingo, Guerrero, se da por factores socioeconómicos, culturales y de educación, está influenciado por la disfuncionalidad familiar?

3. JUSTIFICACIÓN

La buena nutrición es una condición fundamental para el crecimiento y el desarrollo normal. La dieta y sus contenidos influyen en todas las esferas del desarrollo psicomotor desde las etapas más tempranas, situación justificada por el importante crecimiento cerebral en los dos primeros años de la vida y el progreso de la mielinización. (30)

En los primeros meses de la vida la lactancia materna cubre las necesidades tanto nutricionales como psicoafectivas de la niña o el niño. Es un tiempo de aprendizaje compartido. Este proceso gradual y continuo fortalece la sensación de seguridad y protección de la niña o el niño y al mismo tiempo, reafirma en los padres o quien la/lo cuida y en la familia su competencia para la crianza, lo cual mejora su autoestima.
(30)

Este estudio pretende generar conocimiento que complementen los ya planteados por los estudios anteriores, fundamentándose en describir el proceso salud enfermedad de la desnutrición de una manera integral con la asociación de esta a factores y el desarrollo familiar que van más allá de las causas directas que históricamente se han ligado a la desnutrición como los ingresos insuficientes o el hambre, para dar valor a aquellos socio-demográficos como la edad de los padres, aquellos relacionados con los hábitos y el cuidado entre los que encontramos la distribución de los ingresos, los antecedentes de violencia intrafamiliar y como el desplazamiento forzado y la estructura familiar entre otros. La apuesta de este estudio se centra en determinar qué tanta asociación pueda haber entre los factores sociales antes mencionados con referencia a la desnutrición en las niñas y niños menores de cinco años del centro de salud CNOP de Chilpancingo, Guerrero.

Con esta investigación se busca aportar argumentos para la definición de nuevas estrategias de tipo integral para combatir la desnutrición, sabiendo que las experiencias poco exitosas de algunos programas buscan la disminución de la desnutrición con estrategias que solo aumenten los ingresos familiares el suministro de alimentos o la entrega de subsidios, los resultados poco exitosos de las mismas muchas veces se deben a la poca integralidad, debido al desconocimiento histórico de otros factores que influyen en la desnutrición determinándola tanto como los mismos ingresos, factores que merecen ser abordados y que buscare demostrar el presente estudio.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Identificar la prevalencia y factores asociados entre la desnutrición y el desarrollo familiar niños menores de 5 años que son atendidos en el centro de salud CNOP, de Chilpancingo, Guerrero.

4.2 Objetivos Específicos

Determinar el estado nutricional de los niños.

Establecer la asociación entre la desnutrición y las variables sociales económicas, demográficas y educativas.

Describir las características del menor de 5 años desnutrido en relación al tipo de alimentación, ingreso familiar, escolaridad del cuidador (padre o madre).

Identificar otros factores causales con relación a la desnutrición

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, durante el periodo de enero a junio de 2017, en el centro de salud CNOP de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero.

5.2 Población

Madres de niños menores de 5 años que acudan al centro de salud CNOP y que estén inscritas al programa nutrición de PROSPERA.

5.3 Tipo de Muestra y Tamaño.

El muestreo fue no probabilístico a conveniencia, ya que se seleccionaron a las

madres o tutores de menores de 5 años que están inscritas al programa social PROSPERA.

El estudio se realizó a todas las madres o tutores que asistan al centro de salud CNOP, y que tengan o estén a cargo de niños y niñas menores de 5 años, llegando a reunir a 21 madres que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

5.4 Criterios

Criterios de inclusión:

Padres o tutor de niños o niñas menores de 5 años que tengan un grado de desnutrición, que acudan al centro de salud CNOP, y que estén dentro del programa nutrición de PROSPERA, durante el periodo de enero a junio de 2017.

Niños de ambos géneros menores de 5 años que tengan un grado de desnutrición

Criterios de exclusión:

No se consideraron aquellas cuidadoras y madres que no asisten a control del programa PROSPERA, ni aquellos que no se encuentran inscritos en el centro de salud CNOP.

Criterios de eliminación:

Aquel padre o tutor que no acepte participar en la investigación.

Padre, madre o tutor que tenga hijos mayores a 5 años.

5.5 Información a recolectar

Variable dependiente:

Estado nutricional del menor de 5 años

Variable Independiente:

Datos los padres o tutor: escolaridad: escolaridad del padre, escolaridad, edad, genero, ingreso familiar, estrato social, estructura familiar, maltrato infantil, violencia intrafamiliar, características de la dieta, persona quien cuida el niño o la niña, distribución del ingreso, principal proveedor, administrador de los ingresos, hábitos relacionados con el suministro de la alimentación a los niños y las niñas, hábitos relacionados con todos los miembros de la familia, el padre sufre de enfermedad, la madre sufre de enfermedad, discapacidad, número de hermanos o hermanas, lactancia materna exclusiva, lactancia materna complementaria, afiliación al sistema de salud, esquema de vacunación, asistencia a vigilancia de crecimiento y desarrollo, peso al nacer, talla al nacer, tratamiento de excretas, hacinamiento, disfuncionalidad familiar.

Tabla de variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ALCANCE OPERACIONAL	ESCALA	ITEM
Género	Cualitativa nominal	Es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres»	Estandarizar una tasa con respecto al conocimiento en hombres o mujeres.	Femenino Masculino	Encuesta Ítem 1
Edad	Cuantitativa Discreta	Tiempo que ha vivido una persona	Edad en años que tiene el paciente o familiar al momento del estudio.	Edad en años cumplidos R=	Encuesta Ítem 1
Escolaridad	Cualitativa nominal	Período de tiempo el paciente o familiar asistió a la escuela para estudiar y aprender,	Nivel de preparación académica alcanzado el paciente o familiar.	1) Primaria 2) Secundaria o equivalencia. 3) Preparatoria o equivalencia. 4) Profesional. 5) Se ignora.	Encuesta Ítem 3
Ocupación	Cualitativa nominal	Actividad o trabajo	Actividad, remunerada o no, a la que se dedica la gestante al momento del	1. Ama de casa 2. Obrero 3. Desempleado 4. Estudiante 5. Maestra 6. Profesional	Encuesta Ítem 2

			estudio.		
Estado civil	Cualitativa nominal	Clase o condición de una persona en el orden social.	Condición social del paciente o familiar como parte de una pareja	1. Casada 2. Unión libre 3. Soltera 4. Otro	Encuesta Ítem 4
Factor económico	Cualitativa nominal	El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo	Situación en base a sus ingresos en la que se encuentra el paciente o familiar	Situación económica Dificultad en conseguir la variedad Cosecha algunos alimentos	Encuesta Ítem 5, 6, 7, 8, 9
Factor familiar	Cualitativa nominal	La familia es la única institución que permanece a lo largo de la historia de la humanidad. El apoyo sociocultural es importante en el papel que desempeña la familia nuclear y extendida en apoyo de la alimentación infantil.		Problemas familiares Está presente cuando alimenta al niño. Fuerza al niño para comer si él no quiere. Tiene tiempo para alimentar al niño. A la hora de comer lo molestan sus hermanitos. Prepara alguna comida en especial si su hijo le pide.	Encuesta Ítem 10, 11, 12, 13, 14 15
Diagnostico nutricional	Cualitativa nominal	La valoración del estado nutricional es una parte muy importante en la evaluación del crecimiento y el desarrollo de los niños, ya que permite identificar a aquellos que están de alguna manera en —Situaciones de riesgo nutricional, ya sea por deficiencia o exceso de nutrientes y dar atención sanitaria oportuna.		Desnutrición Leve Desnutrición Moderada Desnutrición Severa	

5.6 Método

Para el desarrollo de esta investigación, se presentó ante el departamento de investigación de la Secretaría de Salud en Guerrero el protocolo para su autorización, una vez aprobada la investigación se emitió un oficio de solicitud al centro de salud CNOP para tener acceso a los expedientes de las madres o tutores del menor de 5 años. Identificados los casos de estudio se procedió a localizar a la madre o tutor para informarle la realización de la investigación y si desea participar, Si afirma participar se le realizara la entrevista de obtención de datos, este procedimiento se realizó durante el periodo de estudio, los datos que se obtuvieron se capturaron en una hoja de Excel para su posterior análisis estadístico.

Se aplicó un cuestionario el cual consta de 19 preguntas o ítems que han sido construidas por la autora de esta investigación, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinó la validez de contenido, así mismo fue sometido a prueba piloto para el cálculo de la validez interna utilizando el alfa de Cronbach y finalmente fue aplicado a la unidad experimental las madres o tutores que tengan niños menores de 5 años con alguna clasificación de desnutrición de acuerdo a él Dr. Federico Gómez aún vigente en documentos como la Norma Oficial Mexicana; en ésta se divide en grados de desnutrición: aguda, crónica, leve, moderada y severa.³

1

Este índice de consistencia interna se calculó mediante el software SPSS versión 22. El valor mínimo aceptable para el coeficiente el alfa de Cronbach es de 0.7; por debajo de este valor la consistencia interna de la escala es baja. Un valor superior a 0.7 revela una fuerte relación entre las preguntas. En la tabla 1, se muestra el valor del alfa de Cronbach total del instrumento que fue de 0.88, superior al aceptable. El número de elementos corresponde al número de preguntas consideradas en el instrumento.³²

Tabla 1. Alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.88	19

En la tabla 2 la columna 1, indica la pregunta en total 19, en la columna 3 indica la media que es el índice de dificultad de cada pregunta con respecto a las opciones de respuesta estas oscilan entre 3.33 y 1.05, el número de la población en la muestra piloto (12), en total doce madres, la columna 2 marca. La desviación estándar indica el grado de dispersión de las observaciones individuales alrededor de la media, la mayor desviación la tiene la pregunta "Número de hijos" con $s=1.826$.

Tabla 2. Estadísticos de los elementos

	N	Media	Desv. est.
Edad del menor	12	2.86	.793
Genero del cuidador	12	1.95	.218
Estado civil	12	2.24	.889
Escolaridad	12	2.76	.700
Parentesco	12	1.05	.218
Número de hijos	12	3.33	1.826
Ocupación (Madre)	12	1.95	1.117
Estructura familiar (evaluada por examinador)	12	1.14	.359
Estado socioeconómico en base a la ocupación del jefe de familia	12	2.38	.498
En base a su integración	12	1.24	.436
En base a su desarrollo	12	1.48	.512
El niño/a se alimentó al seno materno	12	1.14	.359
Tiempo de alimentación al seno materno	12	1.76	.436
En la familia cuantas veces se alimentan al día	12	1.81	.402
Consumen carne	12	2.38	.498
Consumen Verduras	12	1.95	.590
Consumen fruta	12	1.48	.512
Consumen alimentos chatarra	12	1.19	.402
Número de hijos	12	1.38	.590

Los resultados de la validación interna muestran que el desempeño del instrumento es aceptable, por lo cual se utilizará para desarrollar esta investigación.

Análisis Estadístico:

Se realizó la recolección de la información, tabulación y organización de datos, posteriormente se ejecutó un análisis estadístico utilizando porcentajes, promedios, cálculo de riesgo, y se calculó la asociación de variables utilizando Chi Cuadrado con un nivel de significancia del 5% y un intervalo de confianza del 9 en SPSS, versión 22.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos son parte fundamental dentro de una investigación, teniendo en cuenta que los participantes son personas que tienen el derecho de ser respetadas y que poseen en particular valores morales culturales y sociales. En el estudio se aplicará el consentimiento informado a entrevistados, dando especial importancia a la libertad de expresión, veracidad, confidencialidad, en el manejo de los datos, de manera que los entrevistados se sientan seguros con el instrumento, se utilizó también de los siguientes principios de acuerdo a la declaración de Helsinki 2008 y el Código de Núremberg confidencialidad, discreción absoluta sobre el contenido de las entrevistas, también Autonomía es el derecho del paciente a dar un consentimiento informado, beneficencia es la virtud de hacer el bien.^{33,34}

Así mismo, se informó un dictamen a las autoridades para la recolección de datos del expediente clínico.³⁵

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en el TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO investigación para la salud: ³⁶

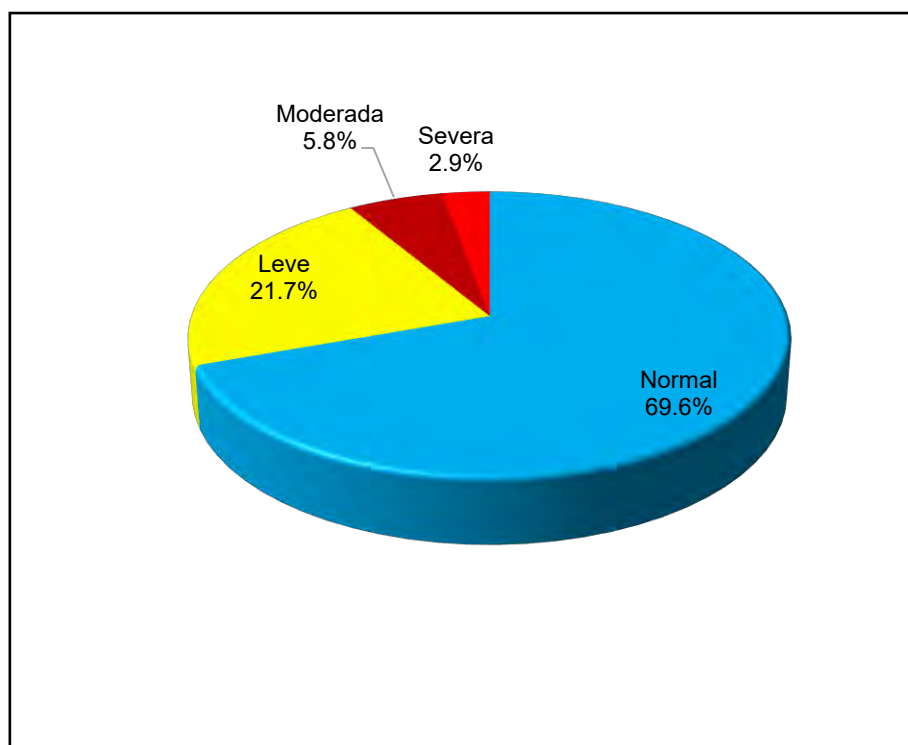
Anexo A. Cuestionario

Anexo B. Consentimiento informado

7. RESULTADOS

De los expedientes revisados, se identificó a 69 niños menores de 5 años de acuerdo a criterios clínicos y antropométricos, de los cuales 48 (69.6%) fueron niños con una condición de nutrición normal, de los restantes 21 niños (29.4%) de estos 15 (21.7%) con desnutrición leve, 4 (5.8%) con desnutrición moderada y 2 (2.9%) infantes con desnutrición severa.

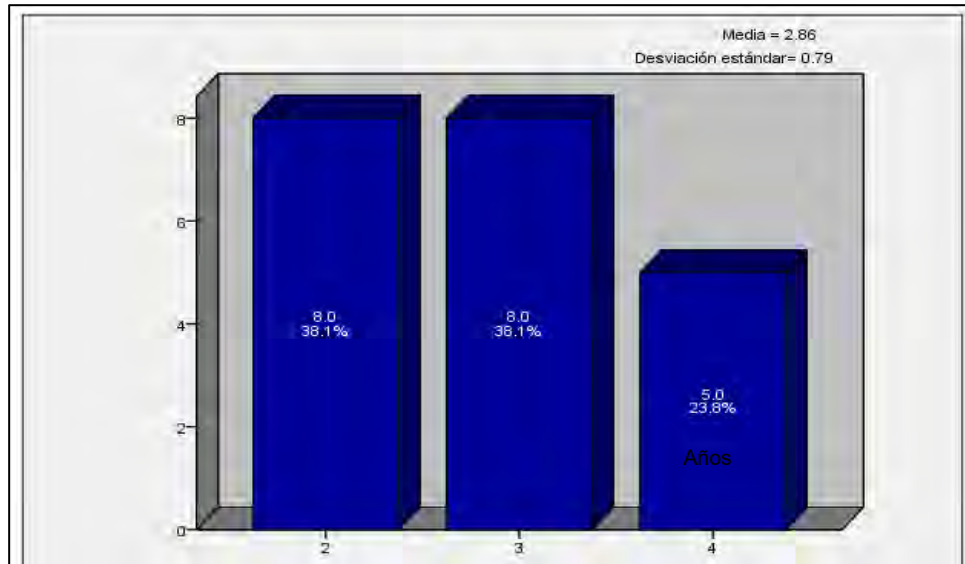
Gráfica 1. Tipo de desnutrición.



Fuente: Expedientes clínicos niños menores 5 años

De los 21 niños identificados con algún grado de desnutrición menores de 5 años de edad, 8 (38.1%) tiene 2 años, 8 (38.1%) niños tienen 3 años y 5 (23.4%) niños tiene 4 años, representando un promedio de 2.86 ± 0.79

Gráfica 2. Edad del menor.

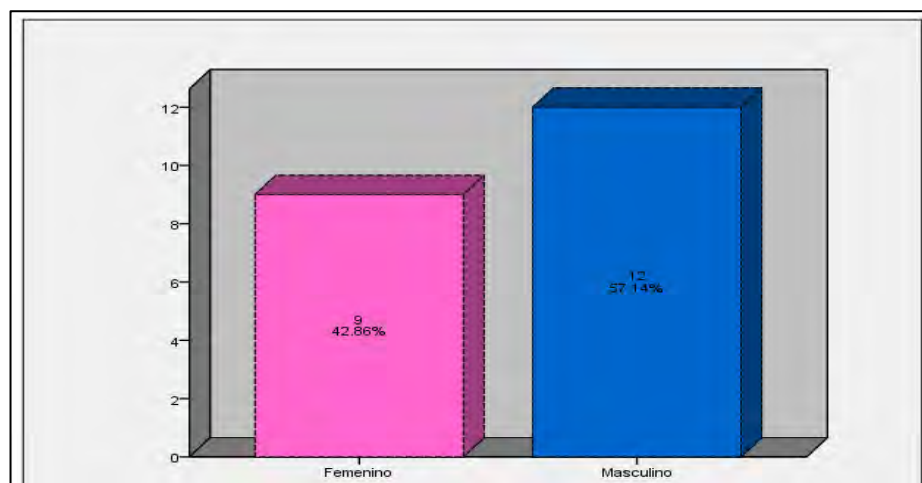


Fuente: expedientes clínicos

n=69

De los 21 menores de cinco años, 9 (42.8%) corresponde al género femenino y 12 (57.1%) al género masculino.

Gráfica 3. Género del menor



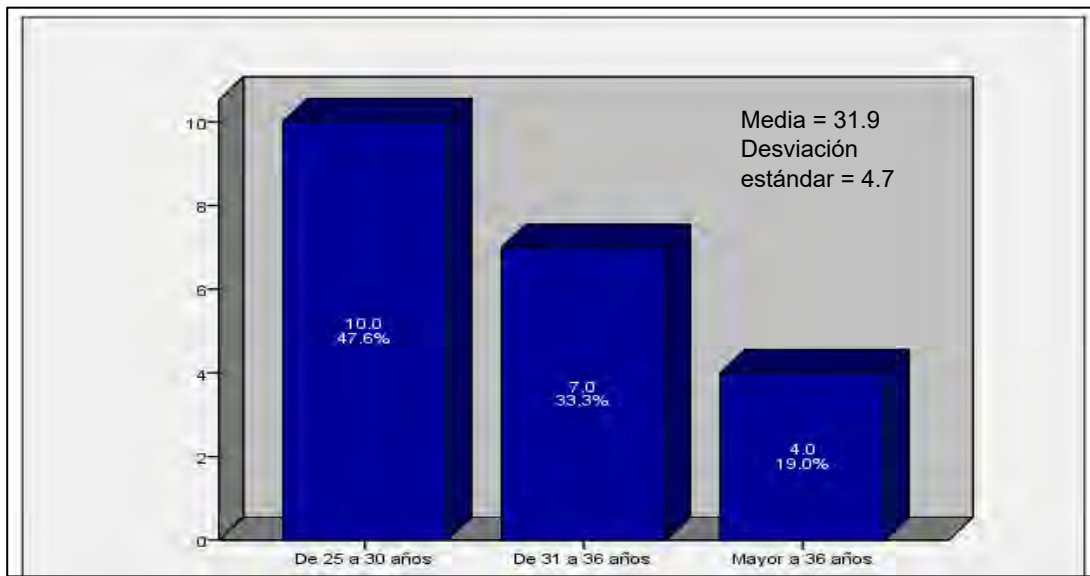
Fuente: Expedientes clínicos

n=69

Datos sociodemográficos de la madre o cuidador

Se encontró que 10 (47.6%) madres se encuentran dentro del grupo etario de 25 a 30 años, 7 (33.3%) madres corresponde al intervalo de 31 a 36 años de edad y 4(19.0%) son mayores a 36 años de edad, la edad promedio es de 31.9 ± 4.7

Gráfica 2. Edad de la madre o cuidador



Fuente: Expedientes clínicos

n=69

Los grupos de edad donde se presentaron más casos de desnutrición corresponde a madres de 25 a 30 años de edad y de 31 a 36 años con 6 (28.6%) casos respectivamente, se determinó que la edad no está asociada a la desnutrición $X^2 = 3.540$ y $p = 0.472$.

Tabla 3. Asociación entre edad de la madre y grado de desnutrición

Edad		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
De 25 a 30 años	Entrevistas	6	3	1	10
	%	28.6%	14.3%	4.8%	47.6%
De 31 a 36 años	Entrevistas	6	1	0	7
	%	28.6%	4.8%	0.00%	33.3%
Mayor a 36 años	Entrevistas	3	0	1	4
	%	14.3%	0.0%	4.8%	19.0%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$ $X^2 = 3.540$ $p = 0.472$ Criterio $p < \alpha$					

Referente al género del cuidador se puede observar que la mayoría son mujeres 20 (95.2%), sólo se presenta un (4.8%) caso de hombres dedicados al cuidado de su hijo.

Grafico 5. Genero del Cuidador



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

n=69

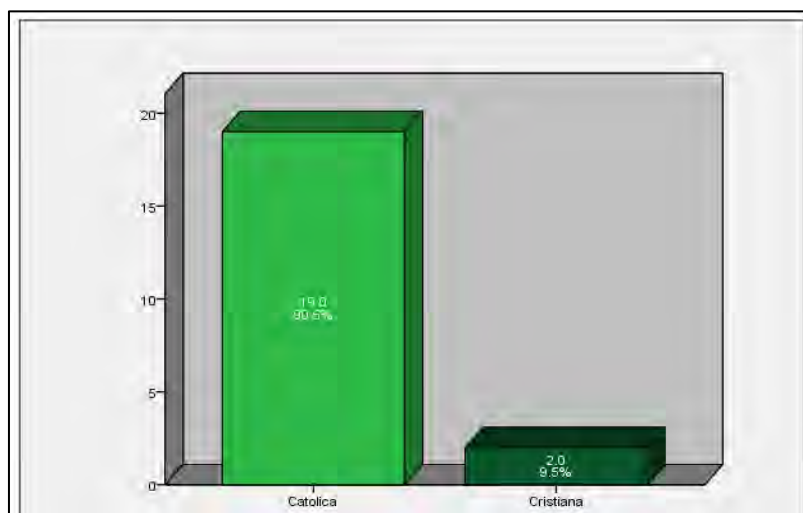
Dentro del grupo de pacientes con desnutrición, se determinó que la desnutrición leve predomina en los cuidadores de género femenino con 14 (66.7%) de los 15 casos. En el caso de la desnutrición moderada se presentaron 4 (19.0%) casos de cuidador femenino, y en el caso de desnutrición severo se presentó en 2 (9.5%) pacientes con cuidador femenino. En el caso del cuidador masculino se encuentra dentro de la clasificación de desnutrición leve (4.8%). Se determinó que el género no está asociada a la desnutrición $X^2 = 0.420$ y $p = 0.811$.

Tabla 4. Asociación del género del cuidador y diagnóstico de desnutrición

Genero del cuidador		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Masculino	Entrevistas	1	0	0	1
	%	4.80%	0.00%	0.00%	4.80%
Femenino	Entrevistas	14	4	2	20
	%	66.70%	19.00%	9.50%	95.20%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.40%	19.00%	9.50%	100.00%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = .420$ $p = 0.811$			Criterio $p < \alpha$

Con respecto a la religión, 19 (90.5%) cuidadores son de religión católica, y sólo 2 (9.5%) son de religión cristiana.

Gráfica 3. Religión del cuidador



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador

n=69

En cuanto a la religión 15 (71.4%) niños en estado de desnutrición sus cuidadores son católicos, de los dos cuidadores cristianos se tiene un caso como desnutrición moderada (4.8%) y otro caso en desnutrición severa (4.8%). La religión si está asociada a la desnutrición con un $X^2 = 6.493$ y un $p = 0.039$, tabla 5.

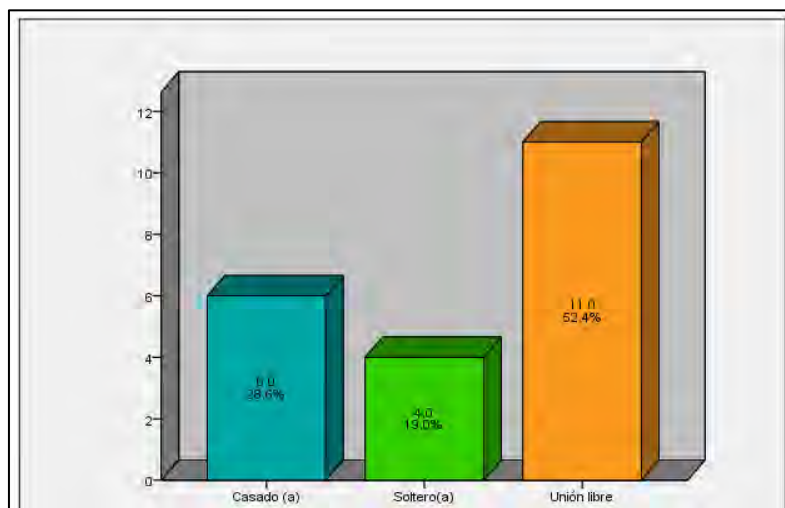
Tabla 5. Asociación entre religión y desnutrición del menor.

Religión		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Católica	Entrevistas	15	3	1	19
	%	71.40%	14.30%	4.80%	90.50%
Cristiana	Entrevistas	0	1	1	2
	%	0.00%	4.80%	4.80%	9.50%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.40%	19.00%	9.50%	100.00%

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$ $X^2 = 6.493$ $p = 0.039$ Criterio $p < \alpha$

Se puede observar el estado civil de los cuidadores de menores de 5 años, 6 (28.6%) están casados, 4 (19.0%) son solteras, 11 (52.4%) viven en unión libre.

Gráfica 4. Estado civil del cuidador



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

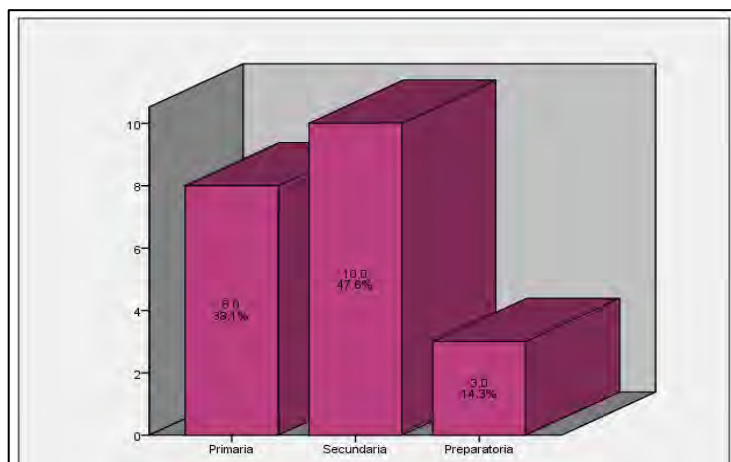
El 19.0% (4) de los casos con desnutrición leve son madres y/o cuidadores que están casadas, 2 (9.5%) menores están en desnutrición moderada y sus cuidadores están casadas. En el caso de los cuidadores que están en unión libre, 8 (38.1) menores se encuentran con desnutrición leve, 1 (4.8%) con desnutrición moderada y 2 (9.5%) en desnutrición severa. De las 4 (19.0%) cuidadoras solteras, tienen 3 (14.3%) menores en desnutrición leve y uno en desnutrición moderada (4.8%). Con respecto a la asociación el estado civil no está relacionado a la desnutrición, con un $X^2 = 3.137$ y un $p = 0.535$.

Tabla 6. Asociación entre estado civil y desnutrición del menor.

Estado civil		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Casado (a)	Entrevistas	4	2	0	6
	%	19.0%	9.5%	0.0%	28.6%
Soltero(a)	Entrevistas	3	1	0	4
	%	14.3%	4.8%	0.0%	19.0%
Unión libre	Entrevistas	8	1	2	11
	%	38.1%	4.8%	9.5%	52.4%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 3.137$ $p = 0.535$			Criterio $p < \alpha$

En cuanto a la escolaridad del cuidador se observa que el 47.6% (8) curso hasta estudios de secundaria, un 38.1% (8) tiene estudios de primaria y un 14.3% (4) terminó la preparatoria.

Gráfica 5. Escolaridad del cuidador del menor



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

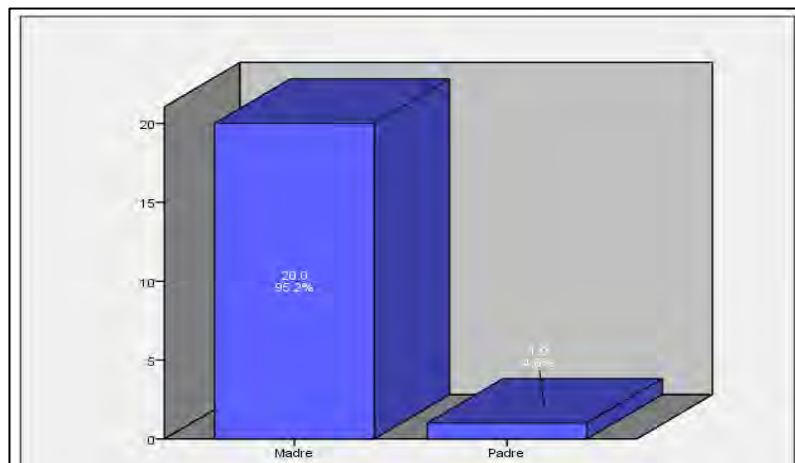
En la tabla 7, se puede observar los casos de desnutrición asociado a la escolaridad, lo notable es que los caso de desnutrición disminuyen considerablemente mientras el grado de estudios maternos sea superior, los niños de madres con primaria y secundaria fueron 6 (28.6%) casos respectivamente los más afectados por la desnutrición. No se encontró asociación entre estas dos variable educación y desnutrición con una $X^2 = 2.284$ y $p = 0.684$.

Tabla 7. Asociación entre escolaridad y desnutrición del menor.

Escolaridad		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Primaria	Entrevistas	6	1	1	8
	%	28.6%	4.8%	4.8%	38.1%
Secundaria	Entrevistas	6	3	1	10
	%	28.6%	14.3%	4.8%	47.6%
Preparatoria	Entrevistas	3	0	0	3
	%	14.3%	0.0%	0.0%	14.3%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 2.284$ $p = 0.684$			Criterio $p < \alpha$

Se observó que el 20 (95.2) de los cuidadores es la madre del menor y en el caso del género masculino es el padre quien es el responsable del cuidado del menor (4.8%), por lo que a partir de ahora nos referiremos como las madres en lugar de cuidadores.

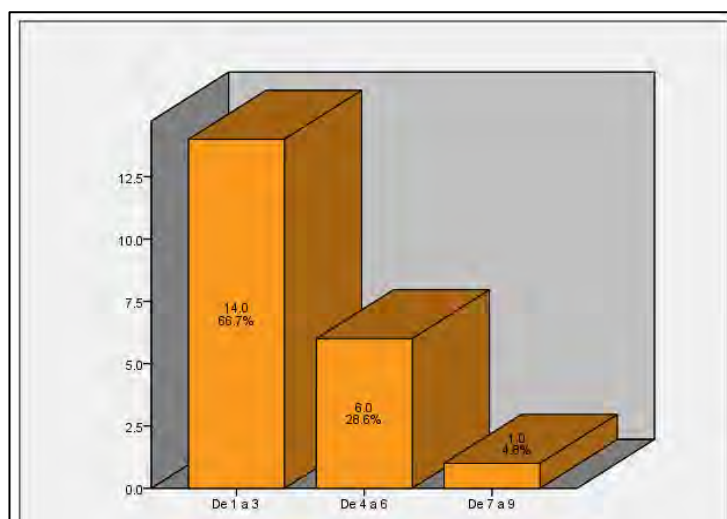
Gráfica 6. Parentesco con el menor de 5 años.



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

Encontramos que el 66.7% (14) de las madres entrevistadas en su mayoría tiene de 1 a 3 hijos, es decir que se tiene un promedio de 3.33 ± 1.8 , en total tienen 3 hijos por cada madre, un 28.6% (6) tiene de 4 a 6 hijos y una madre tiene 9 hijos (4.8%)

Gráfica 7. Número de hijos de las madres entrevistadas



Media = 3.33
Desviación estándar = 1.8

Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

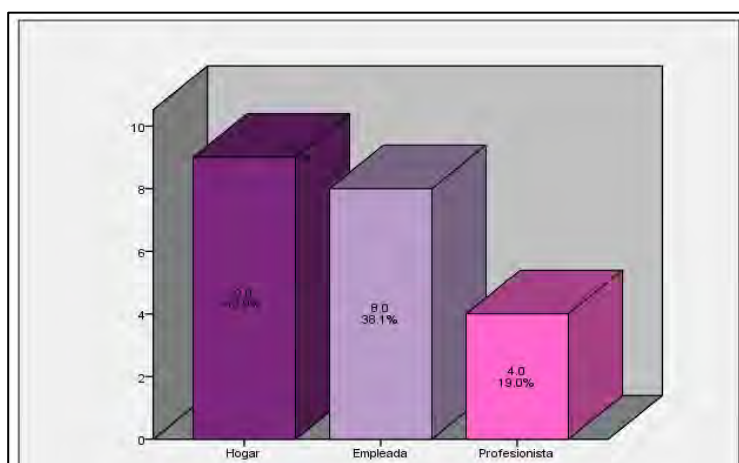
De igual forma en familias de 3 hijos, 11 (52.4%) menores de 5 años tienen desnutrición leve, 2 (9.5%) desnutrición moderada y uno en desnutrición severa (4.8%), en madres con 4 a 6 hijos 4 (19.0%) niños tienen desnutrición leve, y 2 (9.5%) tienen desnutrición moderada en el caso de la madre con nueve hijos el menor tiene desnutrición severa (4.8%). Es importante mencionar que para aquellas madres que tienen más de 3 hijos por familia esto significa riesgo para la protección en la seguridad alimentaria, en este caso si existe asociación entre el número de hijos y la desnutrición del menor con una $X^2 = 11.083$ y un $p = 0.026$.

Tabla 8. Asociación entre número de hijos y desnutrición del menor.

Número de hijos		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
De 1 a 3	Entrevistas	11	2	1	14
	%	52.4%	9.5%	4.8%	66.7%
De 4 a 6	Entrevistas	4	2	0	6
	%	19.0%	9.5%	0.0%	28.6%
De 7 a 9	Entrevistas	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	4.8%	4.8%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 11.083$ $p = 0.026$			Criterio $p < \alpha$

Se determinó la ocupación tanto paterna como materna siendo en el primer caso 9 (42.9%) madres de familia se dedica a labores del hogar, 8 (38.1%) madres son empleadas, y 4 (19.0%) madres son profesionistas.

Gráfica 8. Ocupación de la madre del menor de 5 años



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

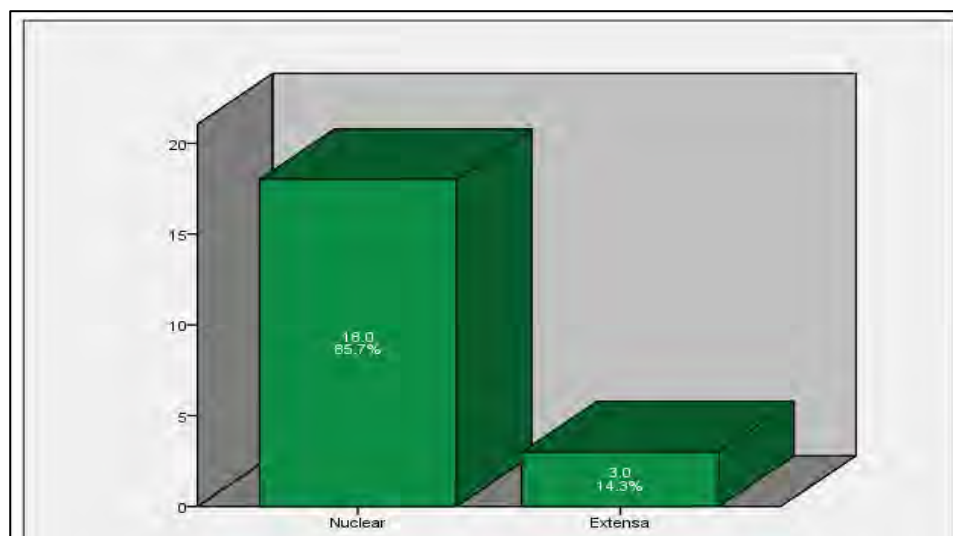
En la tabla 9, se determinó que la ocupación de la madre del menor es donde predominan casos de desnutrición que es el caso de hogar con 7 (33.3%) casos en desnutrición leve, un caso con desnutrición moderada (4.8%) y un caso de desnutrición severa (4.8%); el otro caso es el de empleada con 5 (23.8%) niños menores de 5 años con desnutrición leve, 3 (14.3%) casos con desnutrición moderada. No hubo asociación entre la ocupación y la desnutrición del menor de 5 años con un $X^2 = 4.428$ y un $p = 0.351$.

Tabla 9. Asociación entre la ocupación de la madre y desnutrición del menor.

Ocupación (Madre)		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Hogar	Entrevistas %	7 33.3%	1 4.8%	1 4.8%	9 42.9%
Empleada	Entrevistas %	5 23.8%	3 14.3%	0 0.0%	8 38.1%
Profesionista	Entrevistas %	3 14.3%	0 0.0%	1 4.8%	4 19.0%
Total	Entrevistas %	15 71.4%	4 19.0%	2 9.5%	21 100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$ $X^2 = 4.428$ $p = 0.351$ Criterio $p < \alpha$					

Se puede apreciar la estructura familiar 18 (85.7%) madres viven en una familia nuclear, es aquella que está conformada por padre, madre e hijos, en tanto que 3 (14.3%) menores de 5 años viven en una familia extensa, este tipo de familia está integrada por abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Gráfica 9. Estructura familiar de las madres del menor de 5 años



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

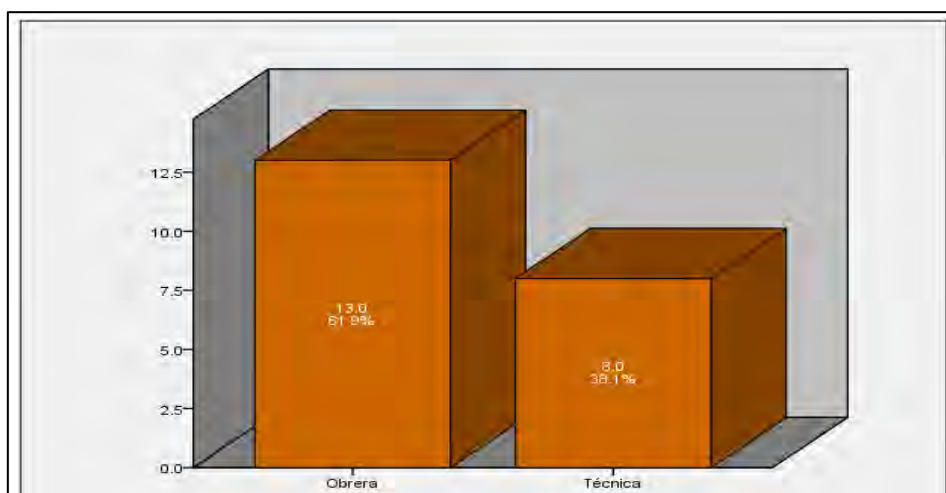
En la tabla 10 se puede observar que de los 18 niños que viven en una familia nuclear 13 (61.9%) están con desnutrición leve, 4 (19.0%) con desnutrición moderada y uno con desnutrición severa (4.8%); en el caso de los 3 niños menores de 5 años 2 (9.5%) tiene desnutrición leve y uno con desnutrición severa (4.8%). No se identificó asociación entre la estructura familiar y la desnutrición con un $X^2 = 2.761$ y un $p = 0.251$.

Tabla 10. Asociación entre estructura familiar y desnutrición del menor.

Estructura familiar		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Nuclear	Entrevistas	13	4	1	18
	%	61.9%	19.0%	4.8%	85.7%
Extensa	Entrevistas	2	0	1	3
	%	9.5%	0.0%	4.8%	14.3%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 2.761$ $p = 0.251$ Criterio $p < \alpha$			

El estado socioeconómico en base a la ocupación del jefe de familia, 13 (61.9%) están dentro de la categoría de obrero y 8 (38.1%) laboran en trabajos técnicos.

Gráfica 10. Estado socioeconómico en base a la ocupación del jefe de familia.



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

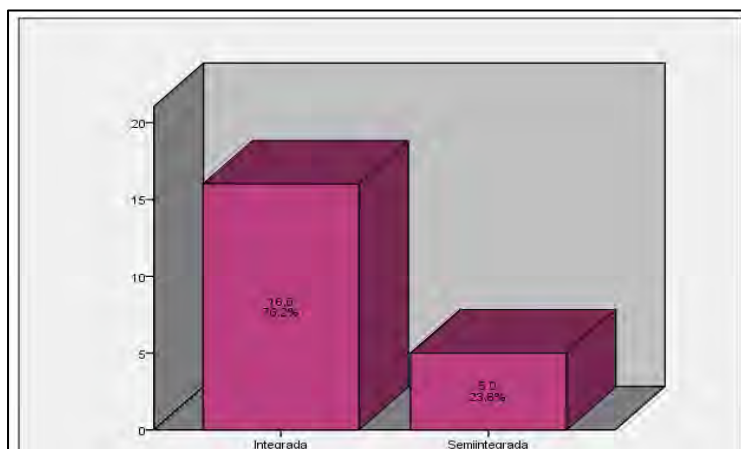
En cuanto a la asociación entre el estado socioeconómico y la desnutrición, para esta muestra no existe evidencia estadística suficiente para asociar las variables, con una $X^2 = 3.049$ y un $p = 0.218$. En cuanto a los 13 niños con padres obreros 8 (38.1%) presentaron desnutrición leve, 4 (19.0%) desnutrición moderada y uno desnutrición severa (4.8%); a los que laboran o viven con un oficio técnico 7 (33.3%) presenta desnutrición leve, y uno con desnutrición severa (4.8%).

Tabla 11. Asociación entre estado socioeconómico y desnutrición del menor.

Estado socioeconómico en base a la ocupación del jefe de familia		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Obrera	Entrevistas	8	4	1	13
	%	38.1%	19.0%	4.8%	61.9%
Técnica	Entrevistas	7	0	1	8
	%	33.3%	0.0%	4.8%	38.1%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
		Nivel de significancia $\alpha = 0.05$ $X^2 = 3.049$ $p = 0.218$ Criterio $p < \alpha$			

Se puede observar el indicador de la familia del menor en base a su integración, en donde 16 (76.2%) niños menores de 5 años pertenecen a una familia integrada y 5 (23.8%) tienen una familia semiintegrada

Gráfica 11. Desarrollo de la familia del menor en base a su integración.



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

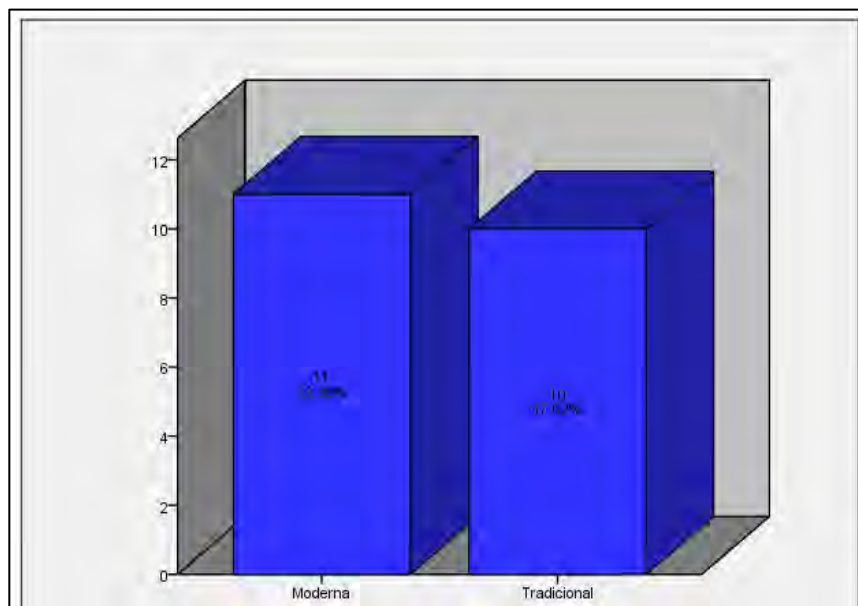
En referencia a los 16 niños que viven en una familia con desarrollo integral en donde 11 presentan desnutrición leve, 4 (19.0%) desnutrición moderada y uno con desnutrición severa (4.8%); con respecto al desarrollo semiintegrada 4 menores presentan desnutrición leve y uno desnutrición severa (4.8%). En este caso no existe asociación entre el desarrollo de la familia del menor en base a su integración y la desnutrición, con una $X^2 = 2.074$ y un $p = 0.355$

Tabla 12. Asociación entre la familia del menor en base a su integración y la desnutrición

En base a su integración		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Integrada	Entrevistas %	11 52.4%	4 19.0%	1 4.8%	16 76.2%
Semiintegrada	Entrevistas %	4 19.0%	0 0.0%	1 4.8%	5 23.8%
Total	Entrevistas %	15 71.4%	4 19.0%	2 9.5%	21 100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 2.074$ $p = 0.355$			Criterio $p < \alpha$

Se puede apreciar el desarrollo de la familia del menor, en la que se presenta la familia moderna en 11 (52.38) casos como familia moderna la cual consiste en que la familia tiene elementos de desarrollo los cuales son frecuentes en niveles socioeconómicos altos, pero se refiere en específico en donde la madre trabaja en iguales condiciones que el padre y 10 (47.62%) como familia tradicional, la cual es la que representa a la familia de clase media, respetando tradiciones familiares, valores sociales, es aquella donde el único proveedor es el padre.

Gráfica 12. Desarrollo de la familia del menor



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador

n=69

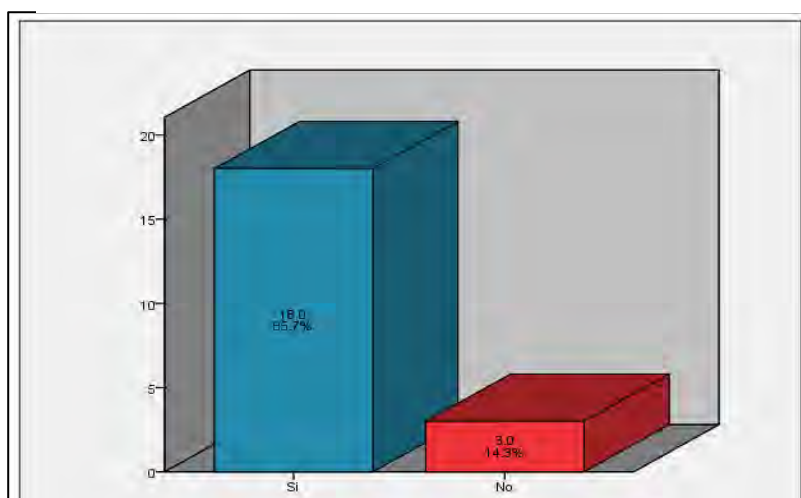
En la tabla 13, se puede observar los 11 niños menores de 5 años que pertenecen a una familia moderna de ellos, 8 (38.1%) tienen desnutrición leve, 3 (14.3%) están con desnutrición moderada, en el caso de los 10 niños menores de 5 años 7 (33.3%) presentan desnutrición leve, uno con desnutrición moderada y 2 (9.5%) con desnutrición severa; no se observa asociación entre la desnutrición y el desarrollo familiar, con un $X^2 = 3.026$ y un $p = 0.220$.

Tabla 13. Asociación entre la familia del menor en base a su integración y la desnutrición

En base a su desarrollo		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Moderna	Entrevistas %	8 38.1%	3 14.3%	0 0.0%	11 52.4%
Tradicional	Entrevistas %	7 33.3%	1 4.8%	2 9.5%	10 47.6%
Total	Entrevistas %	15 71.4%	4 19.0%	2 9.5%	21 100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 3.026$ $p = 0.220$			Criterio $p < \alpha$

Estado Nutricional de los Niños y niñas: Tipo de alimentación Se encontró que 18 (85.7%) niños menores de 5 años se alimentaron al seno materno, en tanto que 3 (14.3%) no se alimentó del seno materno.

Gráfica 13. El menor se alimentó del seno materno.



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

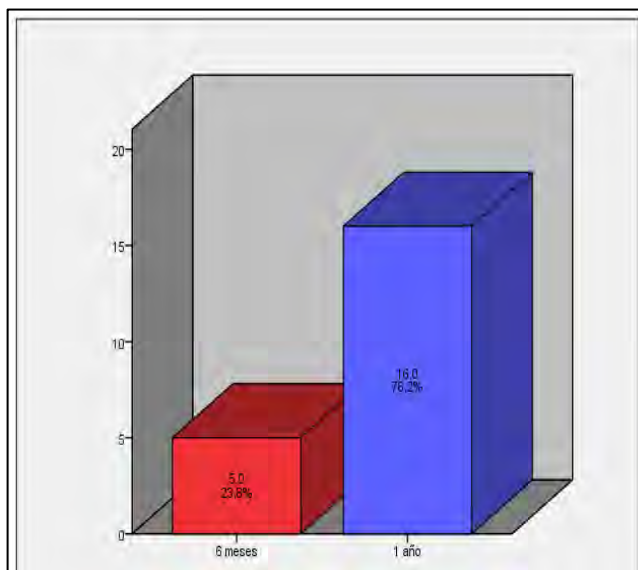
En la tabla 14, se presenta los niños menores de 5 años que se alimentaron con seno materno 13 (61.9%) tienen desnutrición leve, 4 (19.0%) desnutrición moderada y un caso de desnutrición severa. En el caso de los niños menores de 5 años que no se alimentaron con seno materno, 2 (9.5%) tuvieron desnutrición leve, y uno con desnutrición severa (4.8%). Para nuestra muestra no existió asociación entre la alimentación del seno materno y la desnutrición, con una $X^2 = 2.761$ y un $p = 0.251$.

Tabla 14. Asociación entre el alimentó materno y la desnutrición del menor

El niño/a se alimentó al seno materno		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Sí	Entrevistas	13	4	1	18
	%	61.9%	19.0%	4.8%	85.7%
No	Entrevistas	2	0	1	3
	%	9.5%	0.0%	4.8%	14.3%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$ $X^2 = 2.761$ $p = 0.251$ Criterio $p < \alpha$					

El tiempo en que el menor de 5 años estuvo alimentado al seno materno, 16(76.2%) niños se alimentaron hasta el primer año de vida; en tanto que 5(23.8%) niños solo los primeros 6 meses de vida fueron alimentados al seno materno.

Gráfica 14. Tiempo de alimentación al seno materno



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

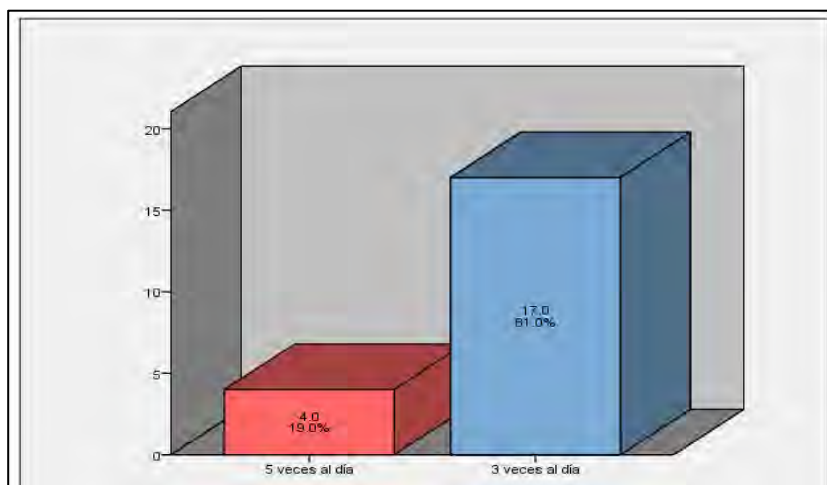
Con respecto a la relación entre el tiempo de alimentación del seno materno en la tabla 15 se observa que, de los 5 niños menores de 5 años, 3 de ellos presentaron desnutrición leve, uno desnutrición moderada (4.8%), y otro en desnutrición severa (4.8%), en el caso de los restantes 15 niños que tuvo alimentación al seno materno durante un año, 12 (57.1%) niños mostraron desnutrición leve, 3 (14.3%) niños con desnutrición moderada y un niño con desnutrición severa (4.8%). Con respecto a la asociación entre estas dos variables no se observó, con $X^2 = 0.879$ y un $p = 0.644$.

Tabla 15. Asociación entre el tiempo de alimentó materno y la desnutrición del menor

Tiempo de alimentación al seno materno		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
6 meses	Entrevistas	3	1	1	5
	%	14.3%	4.8%	4.8%	23.8%
1 año	Entrevistas	12	3	1	16
	%	57.1%	14.3%	4.8%	76.2%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$ $X^2 = 0.879$ $p = 0.644$ Criterio $p < \alpha$					

En cuanto a la pregunta, cuántas veces se alimenta la familia al día, de las 21 entrevistas realizadas, a las madres de los menores de 5 años, 17 (81.0%) madres respondieron que se alimentan 3 veces al día, y 4 (19.0%) que se alimentan hasta 5 veces al día.

Gráfica 15. En la familia cuantas veces se alimentan al día



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador

n=69

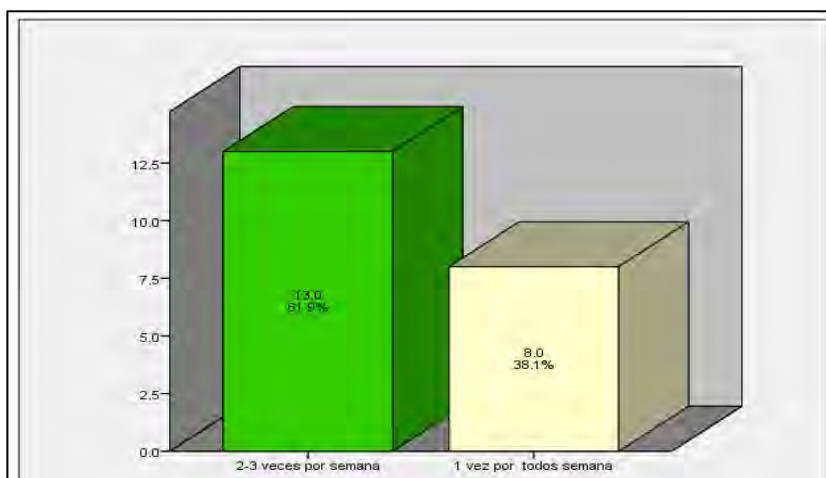
Las veces en que se alimenta la familia al día para los que se alimentan hasta 5 veces al día se detectaron 3 (14.3%) niños menores de 5 años con desnutrición leve y un niño con desnutrición severa (4.8%). En el caso de las familias que se alimentan 3 veces al día se tiene que 12 (57.1%) niños presentaron desnutrición severa, 4 (19.0%) niños con desnutrición moderada y un niño con desnutrición severa (4.8%). Al igual que otras variables no se observó asociación entre el estado nutricional y cuantas veces al día se alimenta la familia, con un $X^2 = 2.193$ y un $p = 0.334$, (Ver tabla 16).

Tabla 16. Asociación entre cuantas veces se alimentan al día en la familia y la desnutrición del menor

En la familia cuantas veces se alimentan al día		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
5 veces al día	Entrevistas %	3 14.3%	0 0.0%	1 4.8%	4 19.0%
3 veces al día	Entrevistas %	12 57.1%	4 19.0%	1 4.8%	17 81.0%
Total	Entrevistas %	15 71.4%	4 19.0%	2 9.5%	21 100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 2.193$ $p = 0.334$			Criterio $p < \alpha$

De las 21 madres que respondieron la encuesta se encontró que 13 (61.9%) madres consumen carne de 2 a 3 veces por semana, 8 (38.1%) madres consumen carne una vez por semana.

Gráfica 16. Cuántas veces comen carne a la semana



Fuente: expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

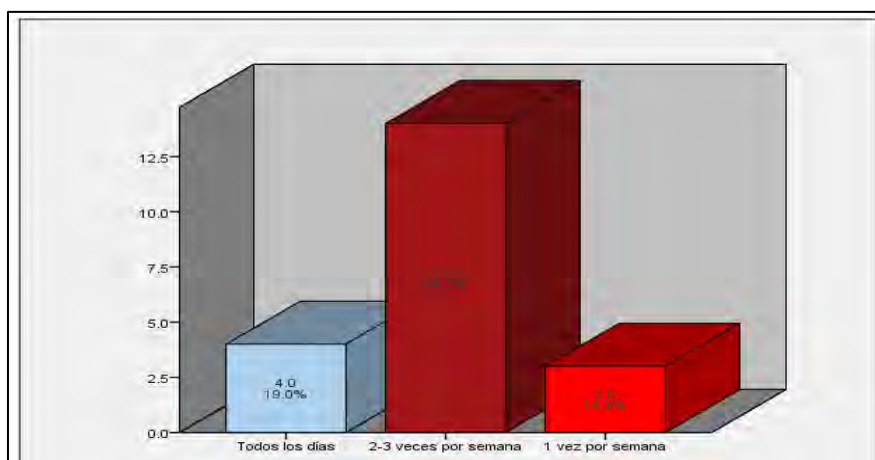
El consumo de carnes nos permite suponer que la alimentación de estos 21 niños no es la más idónea, pues de acuerdo con los datos mostrados en la tabla 17, nos permite evidenciar la ausencia de esta proteína, de las 13 madres que respondieron que consumen carne de 2 a 3 veces por semana 10 (47.6%) niños tienen desnutrición leve, 2 (9.5%) desnutrición moderada y uno desnutrición severa (4.8%). En el caso de las 8 madres que consumen carne una vez por semana, 5 (23.8%) mostraron desnutrición leve, 2 (9.5%) desnutrición moderada y un caso de desnutrición severa (4.8%). Asimismo, no se presentó asociación entre las variables cuantas veces consume carne y el estado nutricional de los menores de 5 años, con una $X^2 = 0.505$ y un $p = 0.777$.

Tabla 17. Asociación entre cuantas veces consumen carne a la semana la familia y la desnutrición del menor

Consumen carne		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
2-3 veces por semana	Entrevistas %	10 47.6%	2 9.5%	1 4.8%	13 61.9%
1 vez por todos semana	Entrevistas %	5 23.8%	2 9.5%	1 4.8%	8 38.1%
Total	Entrevistas %	15 71.4%	4 19.0%	2 9.5%	21 100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$ $X^2 = 0.505$ $p = 0.777$ Criterio $p < \alpha$					

Encontramos que el consumo de verduras es escaso en la muestra de los niños menores de 5 años delimitada en 4 (19.0%) familias que incluyen verduras en su alimentación todos los días; 14 (66.7%) madres respondieron que consumen verduras de 2 a 3 veces por semana y 3 (14.3%) madres que sólo consume una vez por semana (14.3%).

Gráfica 17. Consumo de verduras en la familia



Fuente: expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador

n=69

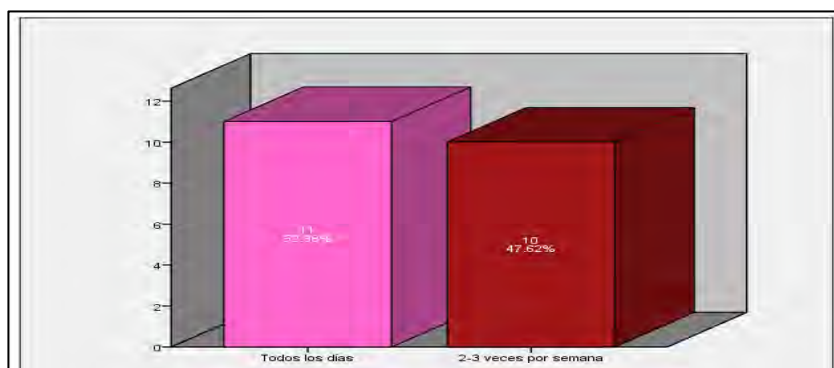
El consumo de verduras es importante en la dieta de los menores de 5 años, ya que se debe consumir diariamente para una adecuada alimentación, en la tabla 18 se puede observar que de las 4 madres que respondieron que todos los días consumen verduras, se presentaron 3 niños con desnutrición leve, y uno con desnutrición severa (4.8%); de las 14 madres que respondieron que consumen verduras de 2 a 3 veces por semana, 10 (47.6%) niños presentaron desnutrición leve, 4 (19.0%) desnutrición moderada, y 3 madres respondieron que una vez por semana consumen verduras, 2 (9.5%) niños mostraron desnutrición leve y uno con desnutrición severa(4.8%). Con respecto a la asociación entre las variables estado nutricional y cuantas veces consume verduras a la semana la familia no existió, con una $X^2 = 6.142$ y un $p = 0.189$.

Tabla 18. Asociación entre cuantas veces consumen verduras a la semana la familia y la desnutrición del menor

Consumen Verduras		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Todos los días	Entrevistas %	3 14.3%	0 0.0%	1 4.8%	4 19.0%
2-3 veces por semana	Entrevistas %	10 47.6%	4 19.0%	0 0.0%	14 66.7%
1 vez por semana	Entrevistas %	2 9.5%	0 0.0%	1 4.8%	3 14.3%
Total	Entrevistas %	15 71.4%	4 19.0%	2 9.5%	21 100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 6.142$ $p = 0.189$			Criterio $p < \alpha$

En lo que respecta al consumo de fruta, 11 (52.38%) madres respondieron que todos los días consumen fruta y 10 (47.2%) respondió que de 2 a 3 veces por semana.

Gráfica 18. Consumó de fruta a la semana de la familia



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

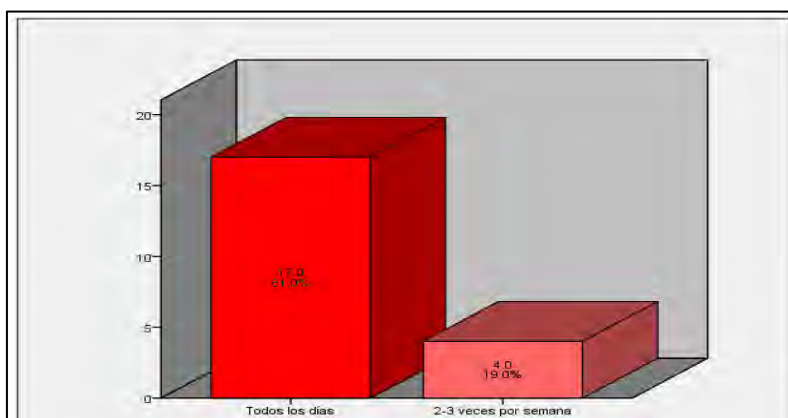
En lo concerniente al consumo de fruta a la semana, en la tabla 19 se puede apreciar que de las 11 madres que respondieron que todos los días consumen frutas, 9 (42,9%) presentaron desnutrición leve, uno con desnutrición moderada y otro con desnutrición severa (4.8%). De las madres que refirieron que de 2 a 3 veces por semana consumen fruta, se identificó que 6 (28.6%) presentan desnutrición leve, y 3 (14.3%) con desnutrición moderada y un caso de desnutrición severa (4.8%). Igualmente se puede observar que no existió asociación entre el consumo de fruta a la semana y la desnutrición del menor, con una $X^2 = 1.556$ y un $p = 0.459$.

Tabla 19. Asociación entre cuantas veces consumen frutas a la semana la familia y la desnutrición del menor

Consumen fruta		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Todos los días	Entrevistas	9	1	1	11
	%	42.9%	4.8%	4.8%	52.4%
2-3 veces por semana	Entrevistas	6	3	1	10
	%	28.6%	14.3%	4.8%	47.6%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 1.556$ $p = 0.459$			Criterio $p < \alpha$

Un aspecto importante dentro de la buena nutrición del niño menor de 5 años es evitar en lo posible el consumo de los alimentos chatarra, sin embargo 17 (81.0%) de las madres respondieron que todos los días consumen alimento chatarra y 4 (19.0%) contestó que de 2 a 3 veces por semana.

Gráfica 19. Consumo de alimento chatarra a la semana



Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada al cuidador n=69

De las 17 madres que respondió que de todos los días consumen alimento chatarra, 12 (57.1%) niños tienen desnutrición leve, 4 (19.0%) con desnutrición moderada y uno con desnutrición severa (4.8%). De las 4 madres que consumen alimento chatarra de 2 a 3 veces por semana 3 de sus hijos presentaron desnutrición leve, y el otro niño con desnutrición severa. Contrario a lo que se pensó, que la variable pudiera estar asociada a la desnutrición la prueba de $X^2 = 2.193$ no mostró evidencia significativa con un $p = 0.334$, es decir, las variables no están relacionadas.

Tabla 20. Asociación entre cuantas veces consumen alimentos chatarra a la semana y la desnutrición del menor

Consumen alimentos chatarra		Diagnóstico			Total
		Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	
Todos los días	Entrevistas	12	4	1	17
	%	57.1%	19.0%	4.8%	81.0%
2-3 veces por semana	Entrevistas	3	0	1	4
	%	14.3%	0.0%	4.8%	19.0%
Total	Entrevistas	15	4	2	21
	%	71.4%	19.0%	9.5%	100.0%
Nivel de significancia $\alpha = 0.05$		$X^2 = 2.193$ $p = 0.334$			Criterio $p < \alpha$

8. DISCUSIÓN

La investigación se desarrolló en el centro de salud de la colonia CNOP de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero, en la revisión de los expedientes se identificaron 69 casos de niños menores de 5 años, este dato nos sirvió para conocer la prevalencia de desnutrición la cual fue de 29.4%, identificándose 15 (21.7%) caso de desnutrición leve, 4 (5.8%) con desnutrición moderada y 2 (2.9%) infantes con desnutrición severa. Estos 21 casos se tomaron como un 100% de niños menores de 5 años con desnutrición y que de acuerdo con los criterios de inclusión fueron los seleccionados para el análisis de este estudio.

El estado nutricional de un niño es la resultante entre la ingesta y los requerimientos de nutrientes. Durante los 5 primeros años de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio, repercute rápidamente en él. Por esta razón el control periódico de los menores de cinco años constituye el elemento más valioso para la detección precoz de alteraciones nutricionales y permite obtener una evaluación oportuna y adecuada; la forma más fácil, económica y universalmente aplicable para observar el crecimiento físico es la antropometría, la cual fue utilizada en esta investigación para determinar el diagnóstico de desnutrición en estos 21 niños menores de edad, encontrando 15 casos de desnutrición leve (71.4%), 4 (19.0%) casos de desnutrición moderada y 2 (9.5%) casos con desnutrición severa, de estos, el mayor grupo etario estuvo entre 2 a 3 años, con una media de 2.86 ± 0.79 . En el caso del género del menor el mayor número de niños con desnutrición fue el género masculino con 12 (57.1%) casos y en menor número las niñas con 9 (42.8%) casos. A continuación, se presentan investigaciones en las cuales coinciden con los resultados analizados en esta investigación:

En el caso de estudio de Arrunátegui (2016), realizado en poblado de San Marcos, Ancash, Perú, evaluó el estado nutricional de los niños menores de 5 años, identificando una alta prevalencia de desnutrición moderada 28 (33.7%) casos y 10 (12.1%) casos en desnutrición severa en la mayoría de los niños estudiados, los dos tipos de desnutrición fue más frecuente en los niños de 3 años de edad. Estos casos se dieron en 17 (44.7%) niñas y 21 (55.3%) niños.³⁷

Como se puede apreciar en Lafuente y colaboradores (2016), en la investigación realizada en el Centro de Salud Tacopaya, Cochabamba, Bolivia, durante el primer semestre 2014 a 654 niños, se identificó una prevalencia de desnutrición de 16.2%, mostrando mayor prevalencia en los niños que en las niñas. Los niños de 1 año hasta menos de 2 años fueron los más afectados.³⁸

Shamah y colaboradores (2015), analizaron la Encuesta de Nutrición y salud 2012, en la cual identificaron la prevalencia de desnutrición en México de los menores de 5 años en 1.5 millones de niños de esta edad (13.6%) que sufren de desnutrición crónica.³⁹

Con respecto a las medidas antropométricas de las madre o cuidadores del niño menor de cinco años, la edad promedio fue de 31.9 ± 4.7 años, encontrándose dentro del grupo etario de 25 a 35 años en total 17 madres o cuidadores, con respecto al género 20 (95.2% femeninas) son madres y un padre (4.8% hombre), es decir en la mayoría de los caso son madres quienes se encargan de la alimentación y cuidado del niño menor de 5 años, de estas 19 (90.5%) madres son católicas y 2 con religión cristiana (9.5%), 6 (28.6%) están casadas 4 (19.0%) son solteras y 11 (52.4%) viven en unión libre, con referencia a la educación el 47.6% (10 casos) curso hasta estudios de secundaria, un 38.1% (8 casos) tiene estudios de primaria; sobresaliendo 9 (42.9%) madres que se dedica a labores del hogar, 8 (38.1%) madres son empleadas. Estos datos coinciden con los siguientes autores:

En Pally y Mejía (2012), se investigó factores de riesgo en 144 niños menores de cinco años atendidos en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” (La Paz); Hospital de Niños “Mario Ortiz Suarez” (Santa Cruz), Servicio de Pediatría del Hospital General “San Juan de Dios” (Oruro), los factores de riesgo para la desnutrición identificados en este estudio fue la actividad laboral de la madre (OR 2,21); presencia de niños menores de 5 años en el núcleo familiar además del paciente (OR 2,6), haber cursado solo la primaria, el riesgo de desnutrición grave en sus hijos es 1.06 veces más. Al igual que con otros autores en donde se estudió las características de las madres.⁴⁰

Vallejo y colaboradores (2016), estudió el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de edad de la comunidad del Resguardo Yunguillo y de Red Unidos del municipio de Mocoa, Colombia y su relación con los determinantes sociales. Vallejo y colaboradores encontraron que la edad, el nivel educativo, ocupación y condiciones habitacionales de los padres estuvo asociado a la desnutrición. El 56% de los padres y el 44% de las madres tienen un nivel educativo de primaria. La mayoría de las madres fueron amas de casa. ⁴¹

Cuevas y colaboradores (2014) encontró en su investigación que la escolaridad y la edad mayor de la madre fueron elementos asociados para la presencia de desnutrición con un $p= 0.01$, con una prevalencia de desnutrición moderada del 31%, esta investigación la realiza en 10, 513 preescolares y sus familias de la república mexicana. ⁴²

En nuestra investigación, con respecto a la vida en familia y nivel económico, se identificó un promedio de 3.33 ± 1.8 hijos por familia, referente al tipo de familia 18 (85.7%) madres respondieron que viven en una familia nuclear, con un estado socioeconómico de obrero 13 (61.9%), asimismo, respondieron que su familia en base a su integración 16 (76.2%) viven en una familia integrada y en base a su desarrollo 11 (52.38%) viven en una familia moderna y 10 (47.62%) en una familia tradicional, de estos factores sólo el número de hijos y nivel socioeconómico estuvo asociado al estado nutricional del niño menor de 5 años.

En nuestro estudio, con respecto a la alimentación 18 (85.7%) niños se alimentaron del seno materno, de estos 16 (76.2%) se alimentaron durante un año al seno materno. Con referencia a la alimentación en familia 17 (81.0%) madres respondieron que se alimentan 3 veces al día, 13 (61.9%) madres consumen carne de 2 a 3 veces por semana, 14 (66.7%) madres respondieron que consumen verduras de 2 a 3 veces por semana, 11 (52.38%) madres respondieron que todos los días consumen fruta y 10 (47.2%) respondió que de 2 a 3 veces por semana, sin embargo 17 (81.0%) de las madres respondieron que todos los días consumen alimento chatarra.

En Echagüe y colaboradores (2016) Se observó un consumo frecuente de frutas, seguida del consumo de proteína vegetal en población indígena y de proteína animal en los no indígenas. El 69.2% de los niños indígenas y el 3.7% de los niños no indígenas vivían en la pobreza extrema. Los principales problemas nutricionales encontrados fueron la desnutrición crónica, el riesgo de desnutrición y el sobrepeso. Los niños más fuertemente afectados son los indígenas, que sobreviven en difíciles condiciones socioeconómicas.⁴³

Pillaca y Villanueva (2015), en su investigación evaluaron la seguridad alimentaria y nutricional en familias del Distrito de los Morochucos en Ayacucho, Perú. Se encontró como positivo el alto el porcentaje de madres que práctica lactancia materna exclusiva, lo que protege de la desnutrición a los menores de 6 meses, así como el consumo de frutas ya que solo 3.9% las consume diariamente, la mayor parte de la población las consume una vez a la semana por lo que el aporte de micronutrientes es deficiente, esta situación es uno de los factores que influye en la desnutrición.⁴⁴

9. CONCLUSIONES

Se analizaron 21 casos de desnutrición, de los cuales las madres están inscritas al programa de PROSPERA, dentro de los factores asociados a la desnutrición identificados en la investigación se encuentran predominantemente los factores socioeconómicos seguido de socioculturales, educación de la madre, y familiar que son los que tienen mayor influencia como causa de la mala nutrición en los niños menores de cinco años del centro de salud CNOP, de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero.

Se identificó, 11 (52.4%) de las madres o cuidadores vive en unión libre lo que afecta la seguridad alimentaria y nutricional de los niños, teniendo menos responsabilidades en la manutención por parte del padre o la madre en proveerles lo necesario, especialmente en la alimentación que el niño necesita para su crecimiento y desarrollo adecuado, lo cual constituye un factor de riesgo para la supervivencia de los niños, 6 (28.6%) madres están casadas.

Las actitudes por ende de estas madres son la poca importancia al problema, resistencia a los cambios, así como al control del peso y talla de sus hijos, si lo hacen es por tener acceso a los programas del gobierno como la bolsa segura pero no lo hacen con el conocimiento para el bienestar nutricional de sus hijos.

Bajo este contexto, para lograr una alimentación correcta y prevenir la mala nutrición se recomienda incluir todos los grupos de alimentos: frutas y verduras, cereales y tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal, así como dar preferencia a los naturales.

Además, es recomendable disminuir el consumo de grasas, azúcares y sal, y beber agua natural en lugar de bebidas azucaradas. Todo ello, acompañado de ejercicio de manera rutinaria.

Un aspecto que es importante a considerar es el rescate de la cultura de la alimentación familiar de los mexicanos. En épocas recientes la UNESCO nombró la comida mexicana como Patrimonio Cultural de la Humanidad, ya que rescata alimentos sanos y nutritivos como el frijol, el maíz, los quelites y el amaranto, entre

otros, los cuales contribuyen a una alimentación correcta. Ésta es una vertiente que se recomienda en las acciones de la orientación alimentaria y nutricional para garantizar una alimentación sana y nutritiva.

RECOMENDACIONES:

Fortalecer los programas de salud y de desarrollo social que incluyen componentes de nutrición y alimentación que han probado eficacia, asegurando cobertura y focalización adecuada, así como servicios de calidad acordes a la situación cultural de las comunidades, con especial énfasis en los grupos vulnerables (niños, adultos mayores, comunidades marginadas).

Desarrollar un sistema de monitoreo del crecimiento y desarrollo infantil, en tiempo real.

Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y la alimentación complementaria oportuna como lo recomienda la OMS.

Suplementar a la población (a los menores de cinco años de edad, mujeres embarazadas y lactantes y a los adultos mayores) con micronutrientes (zinc, vitamina A, hierro).

El tratamiento debe realizarse en relación a la edad biológica y no a la edad cronológica

La lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria apropiada son dos prácticas importantes para evitar la desnutrición en los niños. Las frutas y verduras ejercen un efecto protector para la salud²⁰, y en poblaciones pobres puede lograrse un incremento en el consumo de frutas y verduras a través de estrategias educativas, sin embargo, el acceso limitado a equipos de transformación y conservación de alimentos es determinante del resultado final.

Es importante proporcionar orientación a las madres para fomentar el cuidado de los niños en el hogar con la meta de disminuir la desnutrición infantil y su consecuencia enseñándoles a aprovechar los recursos que se encuentren a su alcance en beneficio de la nutrición de sus hijos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shamah Levy e, Amaya Castellanos A, Cuevas Nasu. Desnutrición y obesidad: doble carga en México. Rev Dig Universitaria. 2015 Mayo; 16(5).
2. FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Ley marco derecho a la alimentación, seguridad y soberanía alimentaria. 2012. Aprobada en la XVIII Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano, Panamá.
3. OMS. Organización Mundial de la salud: 10 datos sobre nutrición. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 13. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>.
4. Carrasco Quintero MdR, Ortiz Hernández L, Roldán Amaro JA, Chávez Villasana A. Desnutrición y desarrollo cognitivo en infantes de zonas rurales marginadas de México. Gac Sanit. 2016; 30(4).
5. UNICEF MÉXICO. Salud y nutrición. [Online]. [cited 2016 Julio 13. Available from: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>.
6. Rodríguez J, Calderón LL, Echeverry PM. Estado nutricional de menores de 5 años y seguridad alimentaria de sus hogares. Corregimiento La Florida, Colombia 2010. Fundación Universitaria del Área Andina. 2011; 4(4).
7. Cuevas Nasu L, Morales Ruán C, Villagómez Ornelas P, Aparicio Jiménez RC, Pérez Escamilla R, Melgar Quiñonez HR, et al. Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México. Salud pública Méx. 2013; 55(supl.2).
8. Lafuente KV, Rodríguez S, Fontaine V, Yañez V. R. Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. Gac Med Bol. 2016 Enero - Julio; 39(1).

9. Huiracocha T, Robalino I G, Huiracocha T S, García A. L, Pazán T CG, Angulo. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. MASKANA. 2012; 3(1).
10. OMS. Organización Mundial de la Salud: Nutrición. [Online]. [cited 2016 Julio 13]. Available from: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.
11. OMS. Organización Mundial de la Salud: Cuál es la alimentación recomendable para el niño. [Online].; 2011 [cited 2016 Julio 14. Available from: <http://www.who.int/features/qa/57/es/>.
12. Anrango, Perugachi. Prevalencia de desnutrición y propuesta de administración de papillas y mezclas nutritivas para niños/as menores de cinco años en cuatro centros infantiles del buen vivir de la parroquia san pablo del lago período 2013. 2014. Universidad Técnica del Norte, Biblioteca Universitaria.
13. ACH: Acción contra el hambre. Tipos de desnutrición. España.
14. UNICEF. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2011..
15. Secretaría de salud. Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño. Manual de capacitación para el personal de salud: Paquete básico de servicios de salud.
16. ACH: ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE. Consecuencias de la desnutrición. ESPAÑA.
17. ENASUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. Instituto de Salud Pública.
18. GAT: Grupo de Atención Temprana. Libro Blanco de Atención Temprana. 2000. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

19. Hernández Castillo , Cargill-Foster R, Gutiérrez Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. Salud Tabasco. 2012 Enero - Abril; 18(1).
20. Muños Silva A. La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. PORTULARIA. 2005; 5(2).
21. Mora Antó A, Rojas Martínez AL. Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2005 Junio- Julio 2005; 3(1).
22. DOF. DOF - Diario Oficial de la Federación: Reglas de Operación de PROSPERA. [Online].; 2015 [cited 2016 Agosto 2. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421756&fecha=30/12/2015.
23. FAO. Derecho a la alimentación, seguridad y soberanía alimentaria. In Aprobada en la XVIII Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano 30 de noviembre al 1 de diciembre de 2012; Panamá.
24. DOF. LEY GENERAL DE SALUD. 2016. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.
25. DOF. Secretaría de Salud: Listados de Normas Oficiales. [Online]. [cited 2016 Julio 23. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>.
26. ODM. Objetivos de Desarrollo del Milenio. York.; Naciones Unidas; 2015.
27. KPMG Cárdenas Dosal S.C. Un Kilo de Ayuda A.C. [Online].; 2014 [cited 2016 Julio 28. Available from: <http://unkilodeayuda.org.mx/guerrero/>.
28. CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: Pobreza estatal. [Online].; 2014 [cited 2016 Julio 28. Available from: <http://www.coneval.org.mx/COORDINACION/ENTIDADES/GUERRERO/PAGINAS/PRINCIPAL.ASPX>.

29. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. 2013. Resultados por entidad federativa. Guerrero.
30. GPC. Control y seguimiento de la Salud En La Niña y el Niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. In Evidencias y Recomendaciones: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-029-08; 2015.
31. Secretaría de salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2- 2014, Para la atención a la salud de la infancia. 2015. Diario Oficial de la Federación.
32. Bojórquez Molina, López Aranda, Hernández Flores ME, Jiménez López E. Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. Eleventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology (LACCEI'2013). 2013 August.
33. CÓDIGO DE NÚREMBERG. Tribunal Internacional de Núremberg. [Online].; 1947 [cited 2016 Julio 2. Available from: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>.
34. Helsinki. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. 2008. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea.
35. Diario Oficial de la Federación. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [Online].; 2012 [cited 2018 Marzo 13. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787.
36. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. 2016..
37. Arrunátegui Correa V. Estado nutricional en niños menores de 5 años del distrito de San Marcos, Ancash, Perú. Rev. chil. nutr. 2016 junio; 43(2).

38. Lafuente Y. KV, Rodríguez S, Fontaine V, Yañez R. Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. *Gac. Med. Bol.* 2016 enero - junio; 39(1).
39. Shamah Levy T, Amaya Castellanos MA, Cuevas Nasu L. Desnutrición y obesidad: Doble carga en México. *Rev. Dig. Univ.* 2015 mayo; 16(5).
40. Pally Callisaya E, Mejía Salas. Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. *Rev. Soc. Bol. Ped.* 2012; 51(2).
41. Vallejo Solarte E, Castro Castro LM, Cerezo Correa MdP. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. *Rev. Universidad y Salud.* 2016 marzo; 18(1).
42. Cuevas Nasu L, Rivera Dommarco JA, Shamah Levy T, Mundo Rosas V, Méndez Gómez I. Inseguridad alimentaria y estado de nutrición en menores de cinco años de edad en México. *Rev. Salud pública Méx.* 2014; 56(supl 1).
43. Echagüe G, Sosa L, Díaz V, Funes , Rivas L, Granado D, et al. Malnutrición en niños menores de 5 años indígenas y no indígenas de zonas rurales, Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2016; 14(2).
44. Pillaca S, Villanueva M. Evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional en familias del distrito de los Morochucos en Ayacucho, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2015; 32(1).

Anexos

ANEXO A. CUESTIONARIO

Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años y su relación en el desarrollo de la familia del centro de salud CNOP de Chilpancingo Guerrero.”

Buen día mi nombre es Noemí Nieves Morales estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de identificar la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años y su relación en el desarrollo de la familia del centro de salud CNOP de Chilpancingo, Guerrero. Por lo que le invito a participar respondiendo este cuestionario que no tomara más de 10 minutos, no se le solicitará su nombre, es anónimo y confidencial; usted está en la libertad de abandonar la entrevista en cualquier momento.

Instrucciones: Elegir una opción de respuesta que corresponda a la pregunta y/o encierre en un círculo el inciso elegido.

Número de encuesta: _____ Diagnóstico: _____ Edad del menor (años y meses): _____ Genero del menor: _____

Numero	Preguntas para el cuidador	Respuesta
1	Edad	a) Menores de 20 años b) De 21 a 30 años c) De 31 a 40 años d) Mayores de 40 años
2	Genero	a) Masculino b) Femenino
3	Religión	
4	Estado civil	a) Casado (a) b) Soltero(a) c) Unión libre d) Viudo (a)
5	Escolaridad	a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Licenciatura
6	Parentesco	a) Madre b) Padre c) Abuela (o) d) Tío(a)
7	Número de hijos	a) De 1 a 3 b) De 4 a 6 c) De 7 a 9
8	Ocupación (Madre)	a) Hogar b) Empleada c) Estudiante d) Profesionista
9	Estructura familiar (evaluada por examinador)	a) Nuclear b) Extensa c) Extensa compuesta d) Sin familia

10	Estado socioeconómico en base a la ocupación del jefe de familia	a) Campesina b) Obrera c) Técnica d) Profesional técnica e) Profesional
11	En base a su integración	a) Integrada b) Semiintegrada c) Desintegrada
12	En base a su desarrollo	a) Moderna b) Tradicional
13	El niño/a se alimentó al seno materno	a) Si b) No
14	Tiempo de alimentación al seno materno	a) 6 meses b) 1 año c) 2 años
15	¿En la familia cuantas veces se alimentan al día?	a) 5 veces al día b) 3 veces al día c) 2 veces al día
16	Consumen carne	a) Todos los días b) 2-3 veces por semana c) 1 vez por semana d) nunca
17	Consumen Verduras	a) Todos los días b) 2 a 3 veces por semana c) 1 vez por semana d) nunca
18	Consumen fruta	a) Todos los días b) 2-3 veces por semana c) 1 vez por semana d) nunca
19	Consumen alimentos chatarra	a) todos los días b) 2-3 veces por semana c) 1 vez por todos semana d) Nunca

ANEXO B. Consentimiento Informado

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD CNOP DE CHILPANCINGO, GUERRERO

Estoy investigando sobre la asociación que tiene algunos factores familiares y acceso a servicios de salud en la desnutrición, por lo que le invitamos a que su hijo (a) participe en este estudio la participación no es obligatoria puede realizar preguntas sobre cualquier duda que tenga con respecto al tema.

Introducción: La desnutrición proteico calórico es una enfermedad que se da en 49% de los niños a nivel nacional, cuando no se trata a tiempo deja secuelas como retardo en el crecimiento de los niños, así como en el desarrollo psicomotriz, evidenciándose especialmente en los niños menores de 5 años, además la desnutrición puede estar asociado a otros factores como los aspectos familiares y acceso a servicios de salud que son los que se tratarán en esta investigación. Se ha demostrado que muchos de los niños menores de cinco años presentan desnutrición crónica la cual se puede encontrar pesando y midiendo la talla a los niños para un mejor control durante su crecimiento, por lo que se hace la invitación a los niños menores de cinco años comprendidos entre las edades de 0 a 4 años que asisten al Centro de Salud la colonia CNOP, UBICADO EN Chilpancingo, Guerrero. También se estará realizando 19 preguntas las cuales serán respondidas especialmente por la madre.

Participación voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Pueden elegir que usted y su hijo (a) participen o no a la investigación.

Procedimiento: La prueba se realizará de manera gratuita, no representa ningún riesgo, se pesará y tomará la talla al niño en este Centro de salud de y posteriormente se le realizará 19 preguntas referentes a su familia y alimentación, toda la información dada es totalmente confidencial.

Beneficio: Si su niño presenta problema de desnutrición recibirá su tratamiento de acuerdo al grado de desnutrición que el niño presente, se referirá en caso necesario al Hospital General de Chilpancingo para que se pueda dar tratamiento especializado.

Yo _____ madre (padre) de _____ de _____ años, autorizo que la Dra., Noemí Nieves Morales estudiante de la especialidad en medicina familiar ,con sede en el Hospital de la comunidad de Zumpango del Rio pese y mida a mi hijo, así como responder 19 preguntas que se realizarán referentes a mi familia y alimentación. Durante el periodo de septiembre de 2016 a junio de 2017.