



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
TABASCO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD ACADEMICA

PARAISO, TABASCO

LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA DESNUTRICION EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DE VILLA ALDAMA MUNICIPIO DE
COMALCALCO, TABASCO

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. REYMUNDO MARIA CARRERA

PARAISO, TABASCO.

FEBRERO 2009



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.

**“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DE VILLA ALDAMA MUNICIPIO DE
COMALCALCO, TABASCO”**

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

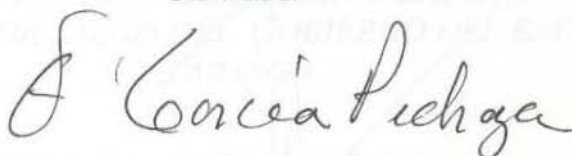
PRESENTA:

DR. REYMUNDO MARIA CARRERA

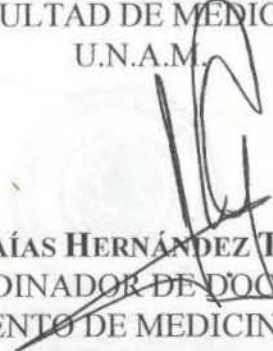
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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

**LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA DESNUTRICION EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DE VILLA ALDAMA MUNICIPIO DE
COMALCALCO, TABASCO**

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

PRESENTA

DR. REYMUNDO MARIA CARRERA

AUTORIZACIONES

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
TABASCO

QUIMICO. SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA E INVESTIGACION



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA EN SALUD

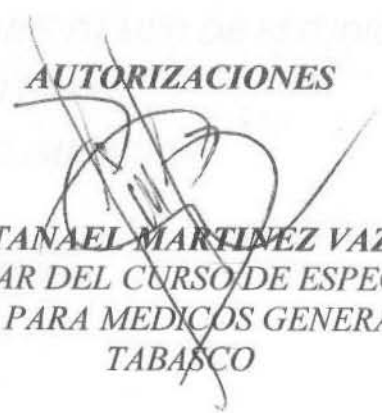
**LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA DESNUTRICION EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DE VILLA ALDAMA MUNICIPIO DE
COMALCALCO, TABASCO**

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

PRESENTA

DR. REYMUNDO MARIA CARRERA

AUTORIZACIONES



DR. NATANAEL MARTINEZ VAZQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES SEDE PARAISO
TABASCO

DR. MIGUEL PABLO GARCIA
ASESOR DE TESIS

PARAISO, TABASCO

FEBRERO 2009

INDICE

<i>1.- TITULO</i>	
<i>2.- INDICE GENERAL</i>	
<i>3.- MARCO TEORICO</i>	<i>1</i>
<i>4.-PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>17</i>
<i>5.- JUSTIFICACION</i>	<i>18</i>
<i>6.- OBJETIVOS</i>	<i>20</i>
<i>GENERAL</i>	
<i>ESPECIFICOS</i>	
<i>7.- METODOLOGIA</i>	<i>21</i>
<i>TIPO DE ESTUDIO</i>	
<i>POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO</i>	
<i>CRITERIOS DE INCLUSION,</i>	
<i>EXCLUSION Y DE ELIMINACION</i>	
<i>VARIABLES</i>	<i>22</i>
<i>METODO ESTADISTICO</i>	<i>25</i>
<i>CONSIDERACIONES ETICAS</i>	<i>26</i>
<i>8.- RESULTADOS</i>	<i>35</i>
<i>DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS</i>	
<i>GRAFICAS Y TABLAS</i>	
<i>9.- DISCUSION</i>	<i>43</i>
<i>10.- CONCLUSIONES</i>	<i>44</i>
<i>11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	<i>46</i>
<i>12.- ANEXOS</i>	<i>48</i>

A dios por la oportunidad que me dio una vez más de continuar en mi preparación académica

A los profesores

- Dr. Miguel Pablo García por todo el apoyo y la paciencia que se me brindo
- Dr. Julio Cecilio coordinador de servicios escolares por su apoyo incondicional

Amis compañeros de aula por el apoyo moral que me brindaron para la realización de este proceso de investigación

A todas las familias que contribuyeron con su información para la realización de este proyecto

Gracias doy a cada uno de ellos

A MI FAMILIA

Especialmente a mi esposa Isela por el apoyo incondicional y en especial
a mi hijo Jesús por el tiempo prestado.

A mi familia de Origen

Ami madre
A la memoria de mi padre +

ANTECEDENTES

En los países en vías de desarrollo, la desnutrición infantil se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad y se inserta en un contexto de variables sociales, económicas y culturales, que además de ser de ser muy desfavorable son, por sí mismas, factores de riesgo que alteran el desarrollo infantil. ⁽¹⁾

En México la desnutrición en menores de cinco años continúa siendo un grave problema de salud pública, a pesar de que durante décadas se han llevado a cabo diversos programas nacionales con el propósito de mejorar la situación. Reciente mente se han planteado la necesidad de articular las acciones de educación , salud y alimentación dirigiéndolas íntegramente a las comunidades indígenas, las zonas rurales y urbanas marginadas y particularmente a los miembros más vulnerables de las familias pobres.¹

A partir de 1958 el INNSZ inicio el estudio sistemático de las características, distribución y la magnitud de la desnutrición en México, en el año de 1974 se aplico la primera encuesta nacional de alimentación en el medio rural mexicano ENAL-74, en donde se estudiaron a 10772 familias de 90 comunidades rurales en donde se obtuvo información antropométrica de talla y perímetro mesobraquial de 7108 niños entre 1 año y 5 años, esta información no obtuvo el resultado esperado en cuando a la planeación de estrategias ni en la toma de decisiones de los programas y acciones. En 1979 se realiza el levantamiento de la segunda encuesta nacional de alimentación en el medio rural mexicano bajo la coordinación de INNSZ, la participación operativa del Instituto Nacional Indigenista y los servicios coordinados salud en los estados de la secretaria de salubridad y asistencia, en esta encuesta se estudiaron 21 243 familias de 219 comunidades rurales en la cual se obtuvo información antropométrica de talla y perímetro

mesobraquial en 11 500 niños de entre 1 y 5 años. En el periodo de 1982-1988 se produjo un vacío de información casi completo en materia de vigilancia epidemiológica de la nutrición. En 1988 la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud realizó el levantamiento de la Encuesta Nacional de Nutrición, debido a que el diseño muestra que la encuesta solo fue posible desagregar la información antropométrica de alrededor de 7 400 niños en cuatro grandes regiones geográficas del país sin diferenciación urbano-rural. Esto permitió obtener una estimación estadísticamente confiable de la prevalencia de desnutrición en la población menor de cinco años en el país, los marcadores antropométricos incluyeron peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla en relación con la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud Centro Nacional de Estadísticas en Salud (OMS / NCHS). En 1989 se llevó a cabo la tercera encuesta Nacional de alimentación ENAL-89 en donde participaron instituciones públicas como el IMSS, DIF. Además de estas encuestas se realizaron otros estudios recientes que permiten estimar la prevalencia y la distribución de los problemas de la desnutrición en México. El año de 1996 se realizó una prueba piloto en el estado de Morelos de las localidades rurales en donde la estimación del estado nutricional de los preescolares se consiguió de acuerdo con cuatro indicadores clásicos 1.- peso para la edad, 2.- talla para edad, 3.- peso para la talla y 4.- clasificación c de Gómez, la categoría de los tres primeros corresponde a la recomendación de Organización Mundial de la Salud, la cual considera como normales a los niños con valores antropométricos iguales o mayores a puntuación Z con desnutrición leve cuando el rango se ubica entre menor o igual de $-1-Z$ y mayor de $-2-Z$; moderada entre menor o igual a -2 y mayor que $-3Z$ y severa cuando el valor antropométrico se ubica por debajo de $-3-Z$ de la población.¹

En México se han realizado tres encuestas nacionales de nutrición la primera en 1988, la segunda en 1999 y la encuesta nacional de nutrición 2006 (ENSENAUT 2006). el diseño de estas tres encuestas ha ido politático y por conglomerado, lo cual permite hacer comparaciones entre ellas, además de ser representativas de cuatro regiones del país y de los diferentes grupos de población en el ámbito nacional.⁽²⁾ La ENSENAUT 2006 tiene la particularidad de ser una encuesta que además de tener la representatividad de ser una encuesta que además de tener representatividad nacional, regional y por zonas urbanas y rurales, permite hacer por primera vez inferencias a escala estatal y contar con información por género, durante el levantamiento del a Ensenaut 2006 se mido con las medidas antropométricas de la OMS / NCHS /CDC, como resultado se analizo a 7722 menores de cinco años de edad , que al aplicar los factores de expansión representan a 9 442 934 niños en todo el país, los resultados referentes a la prevalencia nacional de bajo peso , baja talla y emaciación , por grupos de edad muestran que en el 2006 se clasifico con bajo peso a 472 890 menores de cinco años (5%), 1 194 805 con baja talla (12.7%) y alrededor de 153 mil niños con emaciados (1.6%) en todo el país.²

La desnutrición esta implicada en más de la mitad de todas las causas de muerte infantil en el mundo (55%) tres cuartas partes mueren por desnutrición leve a moderada, que pasa desapercibida en las primeras etapas de la enfermedad. La FAO ha propuesto planes de acción, como la estabilidad económica y social mejorar la inseguridad alimentaría. En México la alimentación es deficiente hasta un 30% de los habitantes, quienes consumen una dieta inadecuada y más de 40 millones de mexicanos no cuentan con capacidad de adquirir los alimentos mínimos. El estado nutricional infantil es, reflejo de la estructura socioeconómica de un país, por lo cual es necesario adentrarse en el problema de los grupos

más vulnerables como las comunidades rurales buscando a través de su caracterización y alternativas de solución más factibles. Uno de los propósitos es identificar factores relacionados a la desnutrición en menores e 5 años. ⁽³⁾

El mejor indicador global de la salud de los niños es el crecimiento, `por que las infecciones y las practicas alimentarias inadecuadas, o mas a menudo la combinación de ambos, son factores que tiene una importante influencia en su crecimiento físico y su desarrollo mental. Ya que el crecimiento escaso se puede atribuir a una serie de factores vinculados estrechamente a las condiciones de vida en general. Los niños que sufren retraso en el crecimiento como consecuencia de una alimentación deficiente y/o de infecciones recurrentes tienden a presentar un mayor número de episodios diarreicos graves y una mayor vulnerabilidad a algunas enfermedades infecciosas. . La imposibilidad de comparar los resultados de los estudios ha dificultado considerablemente la vigilancia de las tendencias de la malnutrición infantil. En este estudio se obtuvieron datos transversales sobre la prevalencia de la malnutrición infantil a partir de encuestas nutricionales representativas de países integradas en el banco mundial de datos de la OMS. Esta base de datos e creo en 1986 para recopilar, normalizar y divulgar los resultados de encuestas nutricionales llevadas a cabo tanto en países en desarrollo como desarrollados. En América latina y el caribe, la prevalencia estimada del retraso del crecimiento ha disminuido del 25.6% en 1980 al 12.6% en el 2000. Se prevé que esa tendencia se prolongara, hasta alcanzarse un 9.3% en el 2005, pues la reducción media es de 0.65 puntos porcentuales al año. El numero afectados de niños en Centroamérica apenas ha variado durante los últimos 20 años mientras que en América del sur se ha registrado un descenso de 8.4 a 3.2 millones durante ese mismo periodo.⁽⁴⁾

En el año de 1991 la secretaria de salud gobierno del estado de Tabasco, con asesoría del INNSZ y del INSP se realizó la primera encuesta estatal de nutrición, cuyos resultados representan para el estado la aproximación más confiable a las condiciones de nutrición del preescolar tabasqueño. De acuerdo con los resultados, se han llevado a cabo intervenciones institucionales que han fortalecido al programa estatal de nutrición en Tabasco (PRONUTRA), que comenzó en 1993 realizaron acciones de detección-atención en los municipios con las prevalencias de desnutrición más altas Macuspana y Tacotalpa; en 1994 se creó el centro infantil para la nutrición de Tabasco entre otras acciones, Sin embargo, ante la transición epidemiológica, demográfica y de los sistemas de salud y frente al cambio en la tendencia histórica de indicadores básicos de salud, después de cinco años los resultados de este estudio perdieron vigencia para la planeación de acciones y para sustentar la toma de decisiones en el abordaje del problema nutricional dentro del estado, por lo que se actualizó la información entre 1991 y 1996.⁽⁵⁾

Con el propósito de la secretaria de salud del estado de Tabasco, se llevó a cabo entre agosto y octubre de 1996, la segunda encuesta estatal de nutrición, por lo que se describen fundamentalmente las prevalencias de la desnutrición obtenidas en los niños tabasqueños menores de 5 años, así como la frecuencia y la distribución de la desnutrición de acuerdo con la edad, el sexo y el área de residencia urbana y rural. En estas encuestas realizadas entre 1991 y 1996 se utilizaron muestras probabilísticas, calculadas con un nivel de confianza de 95%, y una precisión de 3% y un poder estadístico de 80%. El universo de estudio fueron los niños menores de 5 años, ambas encuestas cubrieron áreas urbanas y rurales en la que se incluyeron 509 comunidades, de las cuales 18 fueron urbanas y 491 rurales

⁵. El cuestionario que se aplicó en la II encuesta estatal de nutrición de 1996

fue el mismo que se utilizó en la encuesta nacional de alimentación del medio rural (ENAL 96), antes del levantamiento del INNSZ. La clasificación del estado nutricional se basó en la estimación probabilística mediante unidades de desviación estándar (puntuación z) de la relación del peso con la edad, de acuerdo con la población de referencia del National Center for Health Statistics y la OMS, en esa clasificación la condición normal se asume cuando el peso medido es menor a $2z$ y mayor o igual a $1z$ leve, menor de $-1z$ mayor de $-2z$; moderada, menor o igual a $-2z$ y mayor que $3z$, y severa, cuando el peso observado corresponde a menos de $-3z$. La información se procesó en el INNSZ utilizando el programa de SPSS versión 6.1/Windows 95 y en el análisis de la información antropométrica se utilizó el programa denominado sistema de Cálculo antropométrico SCAIN, el cual efectúa la valoración antropométrica con base a la puntuación de z bajo la referencia de NCHS Y OMS.

Esta encuesta permitió observar que había cuatro municipios con una prevalencia de desnutrición mayor de 20% dos menos que en la encuesta de 1991 los municipios afectados con la prevalencia de desnutrición moderada y severa fueron Macuspana, Jonuta, Centla y Nacajuca. Actualmente se les considera áreas críticas y prioritarias para la planeación y la distribución de recursos en materia de nutrición. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la desnutrición en Tabasco sigue siendo un problema de salud pública. La prevalencia de desnutrición de 41% en los menores de 5 años muestra que aproximadamente 105 371 niños padecen desnutrición⁵

Los estudios antropométricos ocupan un lugar destacado en relación a la historia natural de la malnutrición al permitir detectar en forma precoz alteraciones nutricionales que solo tardíamente aparecen bajo la forma de signos y síntomas clínicos. El uso de los indicadores Peso/Edad, Peso/Talla

y Talla/Edad, fueron recomendados por la OMS Según Salomón, el peso para la talla se asocia generalmente a variables relacionadas con la bio-disponibilidad de alimentos, lo cual nos indica la ganancia o déficit de tejido y masa grasa en comparación a lo esperado en niños de igual longitud (talla); Lo cual puede mostrar procesos agudos de malnutrición que resulten de una falla en la ganancia progresiva de peso o una pérdida actual de peso producida por procesos infecciosos. La talla para la edad suele asociarse a factores socioeconómicos como hacinamiento, bajos recursos económicos, condiciones desfavorables en el saneamiento ambiental, es un indicador de crecimiento lineal, lo cual puede mostrar el retraso del crecimiento en longitud (talla) que resulta de un proceso crónico de malnutrición. El peso para la edad es un indicador global o compuesto que se utiliza con frecuencia para efectuar en una primera instancia la selección de poblaciones vulnerables. Para los fines de vigilancia nutricional, la talla/edad constituyen un instrumento básico en la planificación del desarrollo de una región o país, en tanto que el peso/talla parece ser un indicador más útil en la evaluación a corto plazo de programas de rehabilitación nutricional y emergencia alimentaria, sin embargo, se recomienda la utilización combinada de los tres indicadores, ya que esto permite una evaluación más precisa del estado nutricional del menor de 5 años.⁶

En todos los niños menores de 5 años, es fundamental estar alerta sobre su estado nutricional, Las oportunidades perdidas en la evaluación sistemática del crecimiento y desarrollo de los niños que toman contacto con los efectores de salud por diferentes motivos de consulta y más en la atención a desnutridos que por su condición. A la desnutrición crónica suele asociarse a una serie de condiciones adversas que van desde alteraciones

inmunitarias y otras patológicas hasta el retardo de la maduración y de las funciones cognitivas e incrementado la morbilidad y mortalidad. La detección temprana de la desnutrición es de fundamental importancia por que condicione en gran medida un mejor pronóstico y evolución del paciente, del mismo modo de un adecuado control y seguimiento del desnutrido. El objetivo de este estudio fue analizar los antecedentes del niño y su grupo familiar, las practicas asistenciales dirigidas a su recuperación y los resultados obtenidos en relación con el diagnostico inicial de desnutrición en los desnutridos.⁶

Durante décadas en Tabasco se han llevado a cabo acciones dirigidas a mejorar la situación alimentaría y nutricional, entre las que destacan los programas de alimentación complementaria de la secretaria de salud publica; de asistencia social alimentaría a familias del sistema nacional para el desarrollo integral de la familia, hoy en día en la entidad es posible manejar el problema en forma coordinada, con la participación de diversas instituciones del sector publico.⁷

La población infantil afectada a nivel de latino- América y el caribe es aproximadamente de 14.5 millones de niños menores de 5 años con presencia de deficiencia de retinol serico⁸

En 1956 Federico Gómez y sus colaboradores describieron el cuadro clínico que precedía a la defunción y la causa de muerte en los niños malnutridos. Gómez y colaboradores se basaron en el peso teórico promedio que habían observado en los niños mexicanos los pacientes se clasificaron en tres grupos en primer grado (76%-90% del promedio del peso teórico para la edad del niño), de segundo grado (61%-75%) y de tercer grado menos del 60%.⁹

Para mejorar los actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con

mayor frecuencia pueden afectarlos, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación, ha considerado normar los siguientes aspectos en relación con la salud del niño: atención integrada, vacunación universal; prevención y control de enfermedades diarreicas; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.¹⁰

La presente Norma Oficial Mexicana establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las unidades que proporcionan atención a los niños residentes en la República Mexicana: aplicación de las vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se emplean en el esquema de Vacunación Universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y aquellas que son posibles de incorporar posteriormente.¹⁰

Objetivo y campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años.¹⁰

Se reconocen como elementos básicos principalmente dos características de la familia que le dan la naturaleza institucional, la primera por que establece las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer y la segunda por que determina el reconocimiento de los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos. En efecto es la familia en la que transcurre la vida del individuo y en ella también recibe información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica así como para su socialización para la real academia de la lengua española, señala que la familia se debe entender al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, el derecho civil señala que la familia es el conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y la procreación ¹¹

La organización mundial de la salud considera como familia a los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio. En medicina familiar se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio que interactúan y conviven en forma mas o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros, si se considera a la familia nuclear el modelo familiar más adecuado para el desarrollo del ser humano, se podría inferir que alteraciones en su dinámica provocarían trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes, especialmente en aquellos más vulnerables.¹²

Desde la última década del siglo XX se observo un cambio importante en la vida social urbana mexicana que obligo a replantar la relación de pareja. no solo por la creciente necesidad de la mujer de participar en el mercado laboral y aportar recursos económicos a la familia sino por su legitimo

deseo de la realización personal. Diferentes autores han considerado a la dinámica familiar como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que esta funcione bien o mal como unidad. En una dinámica familiar normal hay una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás, un instrumento para evaluar el funcionamiento de la familia es el apgar familiar. Este ha sido validado en diferentes familias de la comunidad internacional (norteamericanas, asiáticas e hispanas), y ofrece una correlación alta con pruebas especializadas. Con este instrumento los miembros de la familia pueden evaluar su funcionamiento y manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de sus parámetros básicos como adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. Por otra parte a los niños menores de 5 años se han considerado los miembros más vulnerables a múltiples causas de morbilidad y mortalidad que incluyen las diferentes formas del síndrome de la nutrición, particularmente la desnutrición crónica y anemia por deficiencia de hierro, problemas prioritarios en la salud pública de México, así mismo estudios realizados en nuestro país han demostrado que la disfunción familiar y ciertos factores socioeconómicos y demográficos se asocian significativamente a la desnutrición en este grupo de edad.¹²

La familia es un sistema y las personas sus subsistemas, cuando la familia. Se reconocen como elementos básicos principalmente a dos características de la familia que le dan un carácter institucional, el primero establece las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer, y el segundo Determina el reconocimiento de los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos.¹³

Algunos estudios del comportamiento humano señalan que el individuo no puede vivir solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos, por lo tanto consideran que la vida aparece como una experiencia compartida. Algunos autores, abordaron el tema desde los ángulos psicoanalíticos y psicosociales, declaran que: es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad.¹³

En efecto, es en la familia en la que transcurre la vida del individuo, y en ella también recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, y psicológica, así como para su socialización. Encontramos acerca de la etimología del término familia esta propuesta por el marqués de Morantes, el cual nos dice que la palabra familia deriva de la palabra latina *fámulos*, la cual significa “sirviente o esclavo doméstico”, vocablo que a su vez deriva del primitivo *famul* originado de la voz *hosca famel*.¹³

En la estructura original romana la familia era regida por el *pater*, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos. Con ello denotaba la idea de subordinación a un grupo de personas que poseen influencia en el desarrollo del individuo (moral, físico, psicológico, social) y contribuyen a su percepción en el medio humano en el que le corresponde vivir.¹⁴

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe Entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje." En esta definición, en la que están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar.¹⁴

Derecho Es el conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y la procreación. Para la Legislación Civil de Aguascalientes, conforme a los cambios sociales que se han generado, existen diversas agrupaciones de individuos que habitan una misma casa, por lo que es importante establecer que la garantía de la constitución del patrimonio familiar¹⁴

Consenso Canadiense. Canadá los Censos de 1941,1951 y 1961 definieron a la familia como aquella que consiste de un marido y una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo el mismo techo.

Consenso Americano. En la definición de Estados Unidos de 1950 y 1960 se reconoció como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o adopción. Aquí se nos permite incluir a familias con uno o ambos padres, abuelos o más personas relacionadas por sangre que vivan bajo el mismo techo.

La definición que ofrece el Censo en 1981 básicamente no difiere de la anterior, aunque se precisa la situación del servicio y de los huéspedes, en 1970 a los huéspedes no familiares se les cede el uso de una o más habitaciones, equipamiento de la misma.

Definición Sociológica. La familia se compone de instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y el cuidado de los hijos, así como también la transmisión de la propiedad privada (H. Gereth y C. Wright Mill).¹⁴

Definición Antropológica. La Familia es el refugio en el que sus miembros se reponen de las tensiones sociales, el niño y el adolescente aprenden a vivir con el prójimo y a ensayar su actuación futura y social. Para el adolescente, que el hombre se vuelva su padre o su hermano, y la mujer su madre o hermana (Pierre Furter).

Definición Psicológica. Es una serie de relaciones dialécticas, que al partir de la oposición de la personalidad tiende a superarla en una nueva dialéctica de autoridad y amor; esta nueva dialéctica a su vez puede resolverse en independencia para los hijos, y a su vez esa independencia tiende hacia la responsabilidad personal (nueva pareja) que dialécticamente se afirmará o negará en creación (Julio de Santa Ana).

Bottmore. Señala que "la familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera para la procreación y la crianza de los hijos", observamos que la pareja debe estar socialmente unida para tener relaciones sexuales, para que no sean descalificados por la sociedad en la que se encuentran inmersos¹⁵

Salvador Minuchin. Es el grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia, el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia; y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intra familiares, y por su participación con grupos extrafamiliares.

Sánchez Azcona. La define como "una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer a la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno a la legitimidad de la vida sexual entre los padres y de la formación y el cuidado de los hijos".

Javier Santacruz várela. Define a la familia como "un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar"¹⁵

Enrique Dulanto. La familia es la unidad primordial como experiencia de desarrollo en el adulto y el niño, en la que se contemplan sus primeros triunfos y fracasos y encuentran sus primeros intentos de socialización”.

Paúl Shrecker. La familia es una organización de diversos individuos basada en un origen común y destinada a conservar y transmitir determinados rasgos, posiciones, aptitudes y pautas de vidas físicas, mentales y sociales.

Rodríguez de Zepeda. Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

Berenstein. Conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea real o putativa. Se podría llamar familia al sin número de personas que integran al grupo unido por parentesco, de otros, aunque no ligados por lazos familiares se consideran miembros de la familia.

Enrique Pichón Rivier. Estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo) el cual constituye el modelo natural de integración.

Howard Warron. Es un grupo de individuos típicamente representados por el padre, la madre y los hijos, pero que incluye también grupos en los que falta uno de los padres, o grupos que abarcan a otros parientes hijos adoptivos y en algunas culturas esclavos y sirvientes.

Journal of Home Economics. Una unidad de personas interdependientes que están involucradas en transacciones íntimas y que comparten recursos, responsabilidad a lo largo del tiempo.

Existen otras definiciones desde el punto de vista demográfico y descritos como resultados de los censos de población que resultan interesantes mencionar y que a continuación se enlistan.

Censo de 1980 Hogar: conjunto de personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común, principalmente para comer.

Censo de 1990 Hogar: conjunto de personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda particular y se sostienen de un gasto común principalmente para comer. Una persona que vive sola, forma también un hogar.

Hogar familiar: hogar en el que por lo menos uno de los miembros tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Los hogares familiares se clasifican en: Nucleares, Ampliados y Compuestos

Hogar nuclear: constituido por un jefe y su cónyuge con hijos no casados; o un jefe con hijos no casados; dentro de estos hogares puede haber empleados (as) domésticos (as) o no. Se consideran hijos no casados, los hijos casados que viven con sus padres y no viven con su pareja, los hijos solteros, divorciados, viudos y separados, que viven con sus padres.

Hogar ampliado: formando por un hogar nuclear con otros parientes o un jefe con otros parientes. Dentro de estos hogares puede haber empleados (as) domésticos (as) o no. Hogar compuesto: formado por un hogar nuclear o ampliado con personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar.

Hogar no familiar: hogar en el que ninguno de los miembros tiene lazos de Parentesco con el jefe del hogar. Los hogares no familiares se clasifican en: Unipersonales: formado por una sola persona. Corresidentes: formado por dos o más personas que no guardan relaciones de parentesco con el jefe del hogar. De estas definiciones y conceptualizaciones, nosotros consideramos a la hecha por Javier Santacruz Varela como la más adecuada para los fines de la Medicina Familiar, ya que encierra todos los conceptos y elementos que estudia la familia, pues la describen de forma más clara y concreta, pero sobre todo porque nos da una visión sistémica del grupo familiar.¹⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización mundial de la salud calcula que en todo el mundo hay al menos 20 millones de menores de cinco años. Los 30 millones de niños que nacen cada año con insuficiencia ponderal el 23.8% de los nacidos sufren con frecuencia consecuencias graves para la salud a corto y alargo plazo.

En México la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años genera consecuencias graves de acuerdo a la encuesta nacional de nutrición de 1999 en la cual el 41.1% de la población infantil a nivel nacional presento bajo peso para la edad. La prevalencia observada de peso bajo según frecuencia fue en la región Sur de 49.8% en el centro de 34.0% y el norte de 22.6, superando la región sur superando el promedio nacional.

Entre los sectores mas afectados se encuentra la población infantil indígena, zonas marginadas, nivel socioeconómico bajo. Se han realizados estudios previos a nivel nacional en donde se muestra que la desnutrición global afecta al 42.7% de los niños de acuerdo con el indicador peso /talla y que como resultado sigue siendo un problema muy grave que no se ha solucionado y que sigue afectando a las regiones del sur en donde hay mayor prevalencia de grupos indígenas.

En Tabasco la cifra de niños con desnutrición ha disminuido parcialmente al incremento de la nutrición normal, así mismo ha disminuido de seis a cuatro municipios con base a las acciones realizadas por el sector salud en el estado. Comalcalco perteneciente municipio a la conformación del estado de Tabasco presenta una prevalencia de 10.7% de niños con un grado de desnutrición en menores de 5 años y las comunidades de Villa Aldama conforman parte de esta cifra, Los programas actuales para la desnutrición infantil han mejorado y así mismo a disminuido parcialmente la desnutrición. Es importante enfatizar que uno de los aspectos

importantes a tratar en la desnutrición es la disfunción familiar ya que una familia con disfunción entre sus integrantes alteran la homeostasis lo cual interviene en la desnutrición como causa o factor para el buen desarrollo físico y emocional del menor de 5 años.

Desde la última década del siglo 20 se observó un cambio importante en la vida social urbana mexicana que obligó a replantear la relación de pareja no solo por la creciente necesidad de la mujer de participar en el mercado laboral y recursos económico a la familia, si no por su legítimo deseo de realización personal

¿CUAL ES LA RELACION ENTRE LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE VILLA ALDAMA MUNICIPIO DE COMALCALCO, TABASCO?

JUSTIFICACIÓN

En todo el mundo hay 170 millones de niños con insuficiencia ponderal, de los que 3 millones morirán cada año, como consecuencia de su peso bajo, La Organización mundial de la salud estima que el mundo hay al menos 20 millones de niños menores de cinco años. La desnutrición en México según datos de la UNICEF el 12 % de los niños nacen con bajo peso y el 14% de los menores de 5 cursan con un grado de desnutrición y un 22 % presentan desnutrición crónica. En México se han realizado tres encuestas nacionales de nutrición (ENN), la primera fue en el año de 1988, la segunda en 1999 y la encuesta nacional de salud y nutrición 2006 (ENSENAUT, 2006), este tiene la particularidad de ser una encuesta que además de tener la representatividad nacional, regional y por zonas urbanas y rurales de la desnutrición. En Tabasco se percibe como uno de los principales problemas de salud pública con un porcentaje elevado en la población infantil menor de 5 años en 1991 se realizó la primera encuesta estatal de nutrición abarcando los diecisiete municipios que conforman la entidad con índices de un 46% de desnutrición de los cuales el 29.8% fue leve; el 12.8% moderada y el 3.4% severa, el 90% de los desnutridos severos se localizan en el medio rural. Esto afecta a la población infantil para su desarrollo físico, emocional y cultural. A pesar de los esfuerzos de las organizaciones nacionales e internacionales. La desnutrición es un fenómeno que produce una tasa de morbi-mortalidad además de que produce secuelas que incapacitan a los menores de 5 años en el desarrollo físico, emocional, educativo y cultural por lo representa un gasto económico para las instituciones, familias y por consiguiente un estilo de vida deficiente para los menores de 5 años con desnutrición. Tomar en cuenta a toda la población con desnutriciones menores de 5 años, así mismo hacer énfasis de la disfunción familiar en correlación con la desnutrición infantil. En la

comunidad de villa Aldama hay una prevalencia de 5% en el año d 1999 de niños desnutridos con desnutrición leve, se han implementados programas, estatales y del gobierno federal para disminuir.

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR SI LA DISFUNCION FAMILIAR ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA QUE SE PRESENTE LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención con hijos desnutridos menores de 5 años.

TIPO DE ESTUDIO

EL tipo de investigación es descriptivo, observacional y de corte transversal con un grupo de niños menores de 5 años de las localidades de Villa Aldama, donde no se ha hecho ninguna investigación al respecto.

Es un estudio transversal por que se establece un determinado tiempo en donde permite estudiar la distribución y magnitud del problema. Descriptivo por se dan a conocer las variables en estudio y Observacional por que permite medir las variables en estudio.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Los 145 niños menores de 5 años que se encuentra en el censo nominal actualizado con grados de desnutrición censados hasta diciembre del 2007, así como las familias de las cuales conforman

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se consideran para el estudio, los niños captados en el censo nominal actualizado de las comunidades de Villa Aldama, Comalcalco, Tabasco, incluyendo las edades de 0 a 5 años en un tiempo de 1 año comprendido del 3 de marzo de 2007 al 31 de enero del 2008

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

se excluirán todos aquellos niños que hayan cumplido 5 años antes del periodo de tiempo estimado para el estudio y los que cumplan 5 años durante el mismo, se excluirán los niños de otras comunidades que no pertenezcan a la localidad de Villa Aldama.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se eliminarán a todos los menores de 5 años que no se encuentren radicando en esta comunidad pero que hayan emigrado a otra comunidad así como a las familias de estos niños

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Desnutrición

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Disfunción familiar

Variable	Definición de variable	Tipo variable	Escala de medición de la variable
EDAD DE LOS PADRES O TUTORES	Tiempo expresado en años que un ser ha vivido, para el estudio.	CUANTITATIVA	AÑOS se establecen rangos de edad, como menores de 15 años, de 16 a 20 años, de 21 a 29 años, de 30 a 39 años y de 40 años y mas
EDAD DEL NIÑO	Tiempo expresado en años que un ser ha vivido para el estudio	CUANTITATIVA	AÑOS CUMPLIDOS 1.-1 Año 2.- 2añoa 3.- 3 años 4.- 4 años
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona dentro de la sociedad en relación con derechos y obligaciones con su conyugue.	NOMINAL	REGISTRO CIVIL se establece para el estudio 1.- soltero (a). 2.-casado (a). 3.-divorciado (a) 4.- unión libre

<p>OCUPACIÓN</p>	<p>Acción y efecto de ocupar, trabajo, oficio o actividad en que uno emplee el tiempo.</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>OFICIO</p> <p>Se emplea para el estudio ocupaciones comunes en la comunidad como</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-campesino 2.-albañil 3.- empleados 4.- carpintero 5.- chofer 6.- ama de casa 7.- profesionista.
<p>ESCOLARIDAD</p>	<p>Es el periodo del tiempo durante el cual se asiste a la escuela o algún centro de enseñanza.</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>GRADOS DE ESTUDIO</p> <p>Para el estudio se establecieron como variables.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- analfabetismo 2.-primaria completa incompleta 3.-secundaria completa incompleta 4.-preparatoria completa incompleta, 5.-universidad

DESNUTRICIÓN	Entidad patológica multisistémica, producida por la disminución aguda o crónica de los nutrientes	NOMINAL	Peso para la talla de la clasificación de NCHS de acuerdo a la organización mundial de la salud. Desnutrición 1.-Normal 2.- leve 3.-moderada 4.- severa
DISFUNCIÓN FAMILIAR	Es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado.	NOMINAL	FASES III 1.-flexiblemente conectados 2.- estructuralmente conectado 3.- estructuralmente separado 4.-flexiblemente separado 5.-caóticamente conectado 6.-flexiblemente aglutinado 7.- estructuralmente aglutinado. 8.-rígidamente conectado 9.-rígidamente separado 10.- estructuralmente desligado. 11.-

			flexiblemente desligado 12.- flexiblemente desligado 13.-caóticamente aglutinado 14.-rígidamente aglutinado 15.-rígidamente desligado 16.-caóticamente desligado
--	--	--	---

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se realizaran la recolección de datos, a través de la aplicación de un cuestionario, que reúna las variables a estudiar, con base en la información previamente revisada y de acuerdo a los antecedentes del problema. se aplicara dicho cuestionario en forma directa a los padres de la población a estudiar, además se revisara los expedientes clínicos de cada niño, en un lapso de tiempo de 1 año. Se realizan el corte de información conforme el avance y se analizaran los resultados. El interés de este estudio fue determinar si la disfunción familiar se presenta mas en niños desnutridos menores de 5 años, mediante la aplicación del Fases III el cual evalúa cualitativamente la cohesión y adaptabilidad Se presentara los resultados se interpretaran en graficas y tablas en porcentajes promedio, mediana, moda desviación estándar y X^2 .

X^2

RR.-Riesgo Relativo

RA.- Riesgo Atribuible

RAP.- Riesgo Atribuible a la población

CONSIDERACIONES ETICAS

En el presente trabajo se omitieron los nombres de los pacientes, así como cualquier dato que permita su identificación. De acuerdo a la información manejada el trabajo no tiene implicaciones éticas

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y

también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.
10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un

profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres

humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.
17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la

confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.
23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea

necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.
27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un

justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

29. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

LEY GENERAL DE SALUD

CAPITULO VIII

Del Derecho a la Salud

Artículo 28.- Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

- A. Reducir la mortalidad infantil.
- B. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.
- C. Promover la lactancia materna.
- D. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
- E. Fomentar los programas de vacunación.
- F. Ofrecer atención pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.
- H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- J. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

C. _____ acepto a que séme realice esta encuesta, ya que después de haber sido informado ampliamente sobre el procedimiento de este trabajo, doy consentimiento al Dr. Reymundo Maria Carrera, Para utilizar los datos que proporcione para apoyar en la investigación sobre la disfuncionalidad familiar en niños desnutridos menores de 5 años de las localidades de villa Aldama

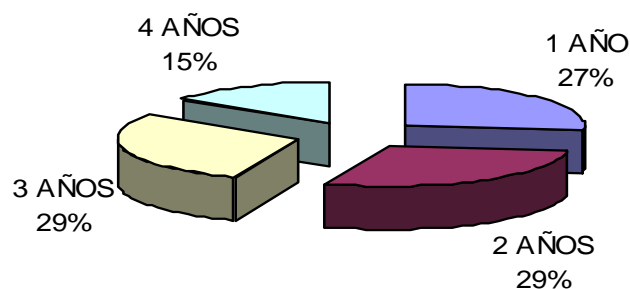
ATENTAMENTE
Firma de conformidad

Comalcalco, Tabasco

RESULTADOS

Se estudiaron a 145 niños menores de 5 años de edad en donde no se excluyo a ninguno de la localidad de Villa Aldama perteneciente al municipio de Comalcalco, Tabasco, en donde la edad promedio de los niños fue de 2 a 3 años de edad con un 29% con una media de 2.86, mediana de 3, moda de 3 y una desviación estándar de 0.7 con un rango de edad de los padres entre los 21 y 29 años de edad en un 56% de los casos y en donde los padres tienen una escolaridad de primaria en 50% con una ocupación hasta en un 76% se dedican a la albañilería. La prevalencia de la desnutrición que predomino en un 79% es la desnutrición leve, presentándose la disfunción familiar por grupo en un 51% cahótico aglutinado.

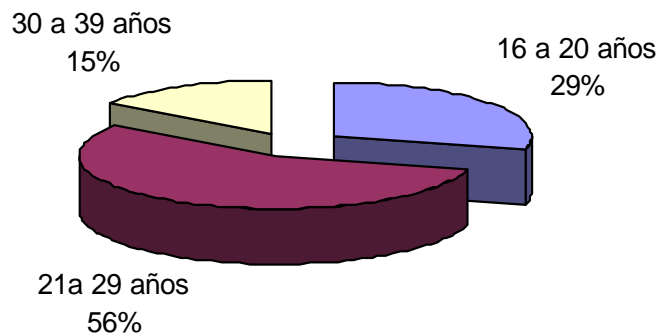
Grafica N0 1.- RANGO DE EDAD DE NIÑOS DESNUTRIDOS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

En la gráfica se puede observar que el mayor rango de edad de niños desnutridos en la localidad de Villa Aldama fue de un 19% que corresponde a edades entre dos y tres años.

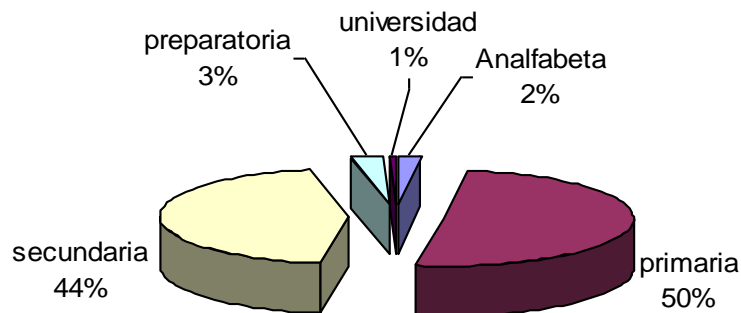
Grafica N0. 2 RANGO DE EDAD DE LOS PADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

En esta gráfica se aprecia el rango de edad de los padres de niños desnutridos de Villa Aldama, en donde el mayor % fue del 56% que corresponde a edades de 21 años a 29 años de edad. Y en menor rango entre 30 a 39 años.

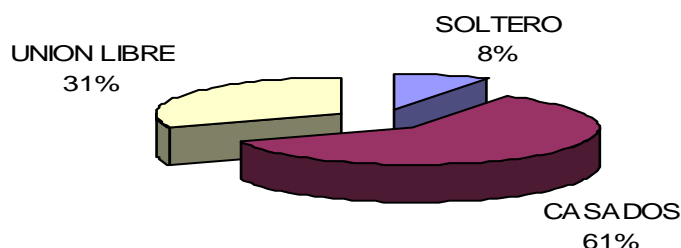
Grafica N0.3 GRADO ACADÉMICO DE LOS PADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

Esta gráfica muestra el grado académico de los padres de niños desnutridos en donde el 50% tienen primaria, secundaria un 44%, preparatoria un 3%, analfabetismo 2% y nivel universitario 1% en la localidad de Villa Aldama Comalcalco, Tabasco.

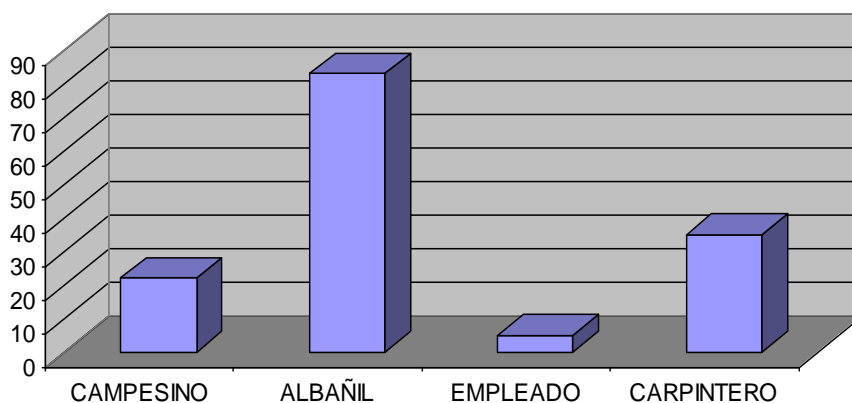
Grafica N0.4 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

En esta gráfica nos muestra la prevalencia del estado civil de los padres de los niños con desnutrición en donde un 61 % se encuentran casados un 31% viven en unión libre y solo un 8% son solteros.

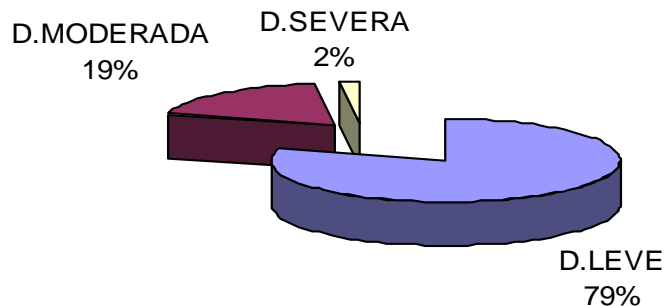
GraficaN0.5 OCUPACION DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON DESNUTRICION EN EL CAAPS DE VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

En esta tabla se puede observar la ocupación de los padres de los niños desnutridos, en donde el un 76% se dedica ala albañilería y una minoría que a un %3 son empleados.

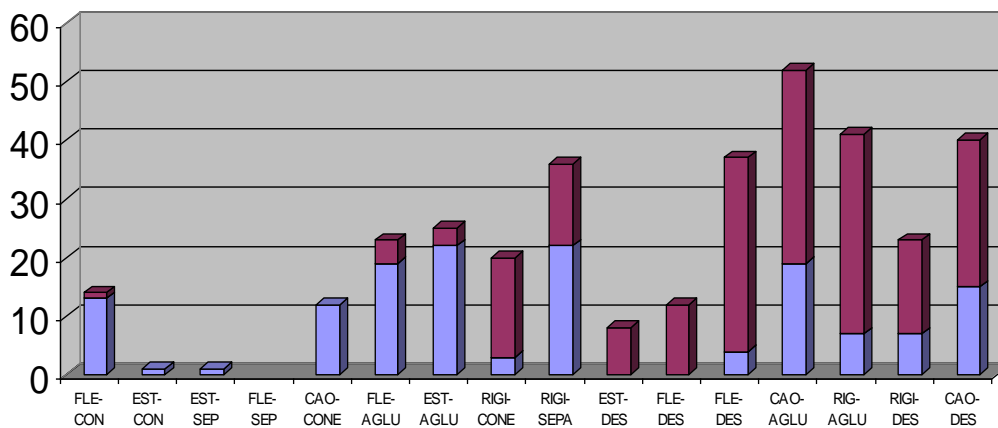
Grafica N0.6 GRADO DE DESNUTRICION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

Esta gráfica nos muestra la prevalencia del grado de desnutrición de niños desnutridos en donde predomina la desnutrición leve con un 79%, seguida de desnutrición moderada con un 19% y solo un 2% fue de desnutrición severa.

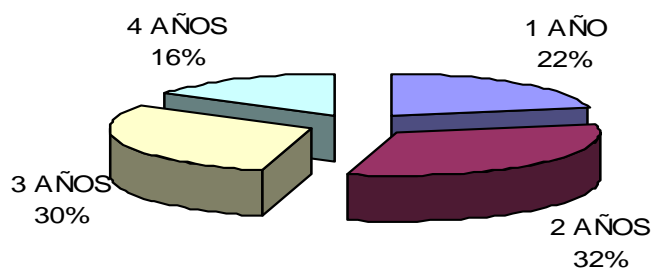
GRAFICA.N0.7 RANGO DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR DE NIÑOS DESNUTRIDOS Y FAMILIAS DE NIÑOS SANOS



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

Esta tabla muestra el rango de disfuncionalidad familiar de las familias de niños con desnutrición de la localidad de Villa Aldama, en donde predomina en un 51% en el grupo de caótico a glutinados, y en menor flexibles separados en un 3%.

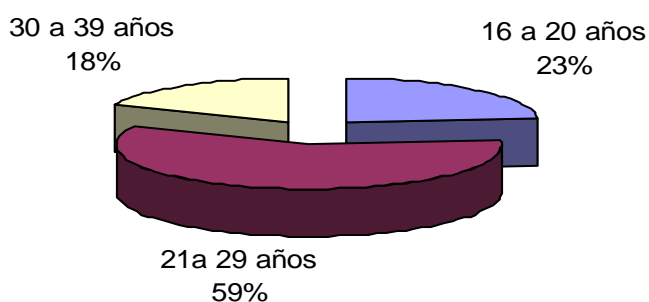
Grafica N0.8 EDAD DE LOS NIÑOS SANOS MENORES DE 5 AÑOS DE VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

En esta gráfica se aprecia las edades de los niños sanos menores de 5 años en donde un 32% correspondió a la edad de 2 años, un 30% a los 3 años y menor porcentaje en niños de 4 años de 200 niños sanos.

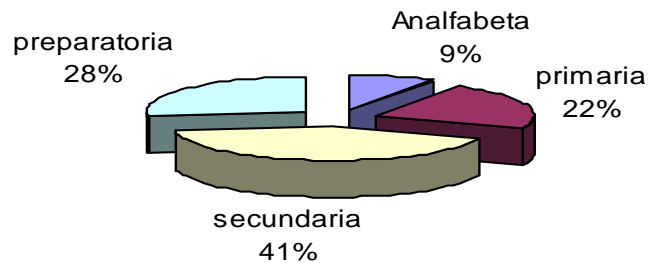
Grafica N0.9 EDAD DE LOS PADRES DE NIÑOS SANOS DE VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

En esta gráfica se puede observar el rango de edad de los padres de niños sanos en donde el 59% correspondió a edades de 21 a 29 años, 23% entre 16 a 20 años y con 18% en edades de 30 a 39 años de edad.

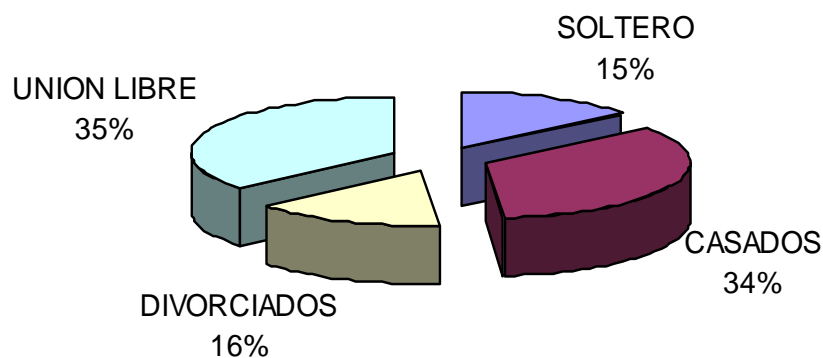
Grafica N0.10 GRADO ACADEMICO DE LOS PADRES DE LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CAAPS DE VILLA ALDAMA, COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

Esta gráfica nos muestra el grado académico de los padres de niños sanos en donde el 41 % tiene secundaria, el 28% tiene preparatoria, un 22% tienen primaria mientras que el 9% son analfabetas.

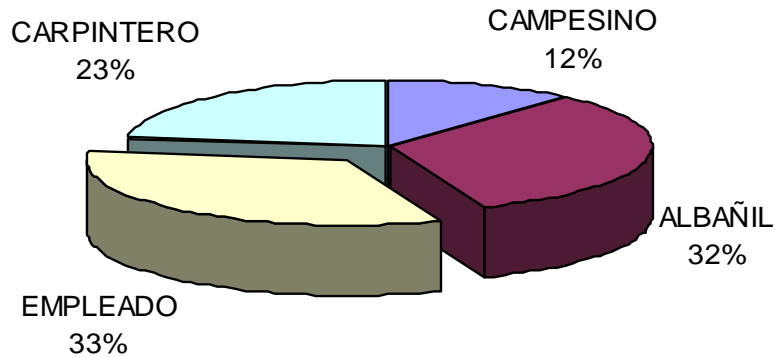
Grafica N0.11 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE NIÑOS SANOS DE VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

En esta gráfica se aprecia el estado civil de los padres de niños sanos se encontró que el 35% viven en unión libre, el 34% están casados, 16% están divorciados y un 15% son solteras.

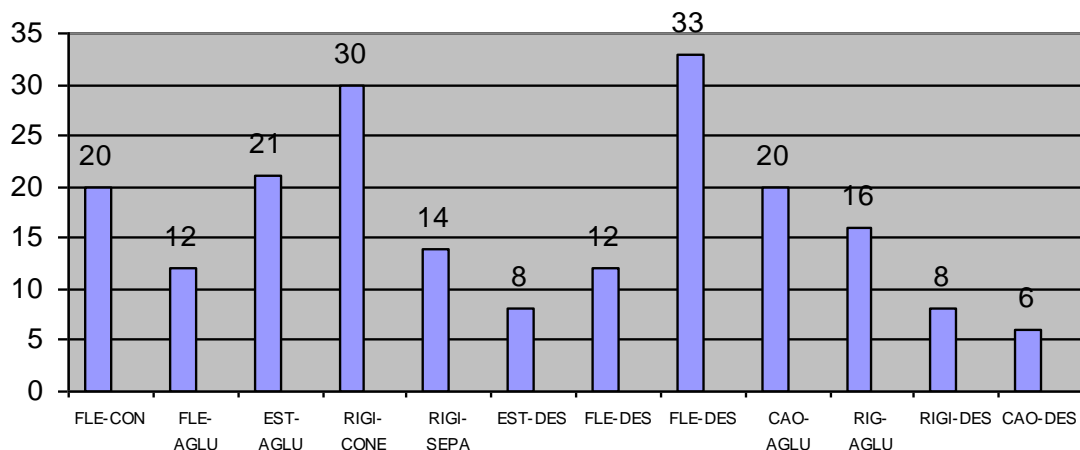
Grafica N0.12 OUPACION DE LOS PADRES DE NIÑOS SANOS DE VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO

En esta grafica se muestra la ocupación de los padres de los niños sanos, en donde la ocupación que predomino con un 33% son empleados, un 32% a la albañilería, el 23% son carpinteros y un 12 % son campesinos.

GRAFICA N0.13 RANGO DE DISFUNCIONALIDAD DE FAMILIAS DE NIÑOS SANOS DE VILLA ALDAMA COMALCALCO, TABASCO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN VILLA ALDAMA COMALCALCO

Esta tabla muestra el rango de disfuncionalidad de las familias de niños sanos de las 200 familias que se encuestaron predomina el grupo de flexible desligado, seguido de rígido conectado

**TABLA N0 1 FUNCIONALIDAD DE FAMILIAS DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION Y SIN
DESNUTRICION**

	F. DISFUNCIONAL	F. FUNCIONAL	TOTAL
DESNUTRIDOS	14	131	145
SIN DESNUTRICION	5	195	200
TOTAL	19	326	345

$\chi^2 = 8.27\%$ $P = 0.004$ $RR = 4.17$ $RA: 33\%$ $FE: 45.5\%$ $FAP: 4.4\%$

Esto significa que 45.5% de las familias de niños desnutridos presentan mayor disfuncionalidad familiar, de la fracción etiológica con un riesgo atribuible del 33%, por lo que tienen menor riesgo las familias de niños sanos, y con una Fracción Atribuible a la Población del 4.4% esto quiere decir que las familias de niños sanos tiene menor riesgo de presentar disfuncionalidad familiar

Por medio del análisis estadístico se demostró que la disfuncionalidad familiar no es un factor causal de la desnutrición en niños menores de 5 años ya que se tiene un riesgo relativo RR del: 4.1%

DISCUSIÓN

En encuestas realizadas por Enrique H y Cols. Afirman que en Tabasco hay aproximadamente 88300 niños entre uno y cuatro años que presentan un grado de desnutrición⁷ por lo que responde al área geográfica demuestran en estudios previos que la región sureste de la república mexicana tienen mayor prevalencia en comparación con el resto del país por lo que muestra que hay mayor demanda en los servicios de salud en atención primaria. Requiriendo mayor atención en áreas rurales.¹

En términos epidemiológicos se recomienda utilizar el indicador peso para la edad como el estimador más factible para de la prevalencia actual de la desnutrición en los niños menores de 5 años ¹

La distribución de la desnutrición, generalmente se asocia a los malos hábitos higiénicos-dietéticos, los cuales suelen ser enfrentados con acciones de carácter educativo y de orientación nutricional, de los 145 niños citados presentan una prevalencia de desnutrición con 79% leve, 19% moderada y un 2% severa., así mismo se asocia la disfunción familiar en las familias de este estudio de acuerdo a la clasificación de FASES III.

CONCLUSIONES

Se sugiere un estudio con mayor población para poder establecer un mejor criterio. Ya que mediante el análisis de datos recopilados se llegaron a las siguientes conclusiones, La desnutrición como vemos en las comunidades de Villa Aldama al igual que en la mayoría de las áreas rurales del estado de Tabasco como en otros estados de la república, sigue siendo una enfermedad de la pobreza y la ignorancia, ya que las encuestas realizadas y de acuerdo a los resultados obtenidos nos proporciono que hay una fracción etiológica de un 45.5% de las familias de niños desnutridos presentan mayor disfuncionalidad familiar, con un riesgo atribuible del 33%, por lo que tienen menor riesgo las familias de niños sanos, y con una Fracción Atribuible a la Población del 4.4% esto quiere decir que las familias de niños sanos tiene menor riesgo de presentar disfuncionalidad familiar. Así mismo se demostró que la disfuncionalidad familiar no es un factor causal de la desnutrición en niños menores de 5 años ya que se tiene un riesgo relativo RR del: 4.1%

Llama la atención el agrado académico de los padres que tienen una escolarizada mínima ya que una tercera parte acudió a al primaria, probablemente por la falta de recursos económicos. Ya desde este punto de vista nos damos cuenta que por la misma causa la familia no puede aspirar a mejores empleos, que proporcionan un mejor salario, y mejor calidad de vida y alimentación así mismo nos damos cuenta que la disfuncionalidad familia no es un factor causal de la desnutrición pero que se presentan datos de disfuncionalidad familiar de acuerdo a ala cohesión y adaptabilidad lo que conlleva a continuar una forma de vivir provocando alteraciones psicológicas en el ser humano y afectando a la población mas vulnerable que son los niños en este caso los que presentan un grado de desnutrición.

RECOMENDACIONES

Se hace referencia a que los servicios de salud en atención primaria promuevan educación y orientación en la alimentación de los menores de 5 años afín de mejorar la calidad de los alimentos y el aprovechamiento de estos nutrimentos, así mismo emprender acciones preventivas para disminuir en la medida que se pueda la desnutrición, Se sugiere del mismo modo brindarles suplemento alimenticio a los menores de 5 años desnutridos que no pertenecen al programa de oportunidades, ya que a la población de oportunidades se le brinda el suplemento del nutrisano. Por lo cual favorecería mejor la alimentación de estos niños. Así mismo brindar orientación y consejería a la familia individual, de pareja o familiar para Favorecer una mejor integración familiar y social afín de mejorar la calidad de vida familiar para su mejor integración bio-psico social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

- 1.- Ávila A, Curiel M, Shamah T. La desnutrición infantil en el medio rural mexicano, salud publica Méx. 1998 No.40: 150-160.
- 2.-Rivera J, Shamah T. Análisis crítico de la evolución de la mala nutrición durante las últimas décadas en México salud pública2006- Vol.49:367-269.
- 3.- Rodríguez D, Bonilla I, Sedano A. Factores asociados al estado nutricional en niños de cinco años. Archivos de investigación pediátrica de México Vol. 2 N0 7 Octubre –Diciembre 1999.
4. - D Onis M. Edgar A Blossner M. Esta disminuyendo la malnutrición Bulletin of the world health organization 2000 Vol. 78 (10):1222-1233.
- 5.- Lastra E, LG, Roldan-F, Lechuga P, Prevalencia de desnutrición en menores de cinco años de tabasco. México, salud publica 1998 No 40:408-414.
- 6.- Bernad A, Podesto L. Gutiérrez L. Toledo A. La desnutrición infantil un desafío permanente para el equipo de salud. Publicación científica de la secretaria de salud publica comunitaria de Rosario Argentina Vol. 3 N0. 1 y 2.
- 7.- Hernández E, Roldan, Fernández SG. Prevalencia de desnutrición en preescolares de Tabasco México. Salud pública México D.F 1995, Vol. 37:.211-218.
- 8.- Alva I, Blas M, De los santos V. Prevalencia de la deficiencia de vitamina A en niños menores de 5 años en una comunidad de la selva peruana. Revista pediátrica Vol.6 (1) 2004.
- 9.- De onis M. Medición del estado nutricional en relación con la mortalidad. Bulletin of the World Health organization 2000 Vol.78 (10): 1271-1274.
- 10.- Norma oficial mexicana NOM-031-ssa2-1999, para la atención a la salud del niño.

- 11.- Membrillo A, Fernández MA, Quiroz R, Rodríguez J. Familia introducción al estudio de sus elementos. Colegio mexicano de medicina familiar Primera. Edición 2008.
- 12.- González RJ. Vázquez E. Garibay. Sánchez E. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria. Instituto mexicano del seguro social de Guadalajara México 2007 Vol. 64:143-152
- 13.- Ponce R, ER, Gómez FJ, Terán TM, Irigoyen CA y Landgrave IS. Validez de constructor del cuestionario FACES III en español (México). Atención primaria 2002 30(10): 624-630
- 14.- De la Revilla AL. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Elsevier España 2003. Vol. 10: 582-583
- 15.-Martínez R, Martínez. La salud del niño y adolescente, crecimiento y desarrollo 4ta ed. México. Manual moderno 2000:605-618
- 15.- INEGI estadísticas de mortalidad en niños menores de 5 años 2005 disponible en www.inegi.org.mx
- 17.- Gómez F. Desnutrición Bol.med.Hospital infantil de México 1996 3: 543-551
- 18.- Leopoldo v, Franco. Hitos conceptuales en la historia de desnutrición proteico energética. Salud publica México 1999 Vol.41 (4):328-333
19. - Resano E, Méndez I, Shamah T. Methods of the national Nutrition survey 1999. Disponible en www.insp.
- 20.- Cabrera CE, Rodríguez I, González G. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara México. Salud mental Vol. 29;4 2006: 40-46.

ANEXOS

ESCALA DE FACES III FUNCIONALIDAD FAMILIAR CALIFICACION

Nunca: (1) Casi nunca: (2) Algunas veces: (3) Casi siempre:(4) Siempre:(5)
 Peso Talla Grado de desnutrición

POR FAVOR DESCRIBA A SU FAMILIA	1	2	3	4	5
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.- Nos sentimos muy unidos.					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13.- Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.					
14.- En nuestra familia las reglas cambian.					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19.- La unión familiar es muy importante.					
20.-Es difícil decir quién hace los quehaceres de la casa.					

