



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

UNIDAD ACADÉMICA
TACOTALPA, TABASCO

SELLO DE LA JEFATURA
DE ENSEÑANZA DE LA
SEDE ACADÉMICA

**NIVEL EDUCATIVO DE MADRE DE FAMILIA, HABITOS HIGIENICOS,
DIETETICOS Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION EN EL MENOR DE 5
AÑOS, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECCION, TACOTALPA
TABASCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. HEBERTO RODRIGUEZ HERNANDEZ

**Asesor de tesis
DR. PEDRO DORANTES BARRIOS**

VILLAHERMOSA, TABASCO

2016



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.

**NIVEL EDUCATIVO DE MADRE DE FAMILIA, HABITOS HIGIENICOS,
DIETETICOS Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION EN EL MENOR DE 5
AÑOS, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECCION, TACOTALPA
TABASCO.**

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

PRESENTA:

DR. HEBERTO RODRIGUEZ HERNANDEZ

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

DR. BLADIMIR MORALES ARIAS

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN VILLAHERMOSA, TABASCO**

DR. PEDRO DORANTES BARRIOS

**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR UNAM
ASESOR DE TESIS**

DR. ESMELIN TRINIDAD VAZQUEZ

**DIRECTOR DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
DE LA SECRETARIA DE SALUD.**

**NIVEL EDUCATIVO DE MADRE DE FAMILIA, HABITOS HIGIENICOS,
DIETETICOS Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION EN EL MENOR DE 5
AÑOS, EN EL EJIDO DE CEYBA PUYACATENGO 2DA SECCION,
TACOTALPA TABASCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. HEBERTO RODRIGUEZ HERNANDEZ

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

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ.
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIA.

En primer lugar, doy infinitamente gracias a **Jehová**, mi pastor celestial el que me acompaña y me levanta siempre de mi continuo tropiezo, gracias por darme la vida, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente cada día. Gracias Jehová por tu continuo cuidado.

A mi esposa: Por su gran apoyo incondicional, por sus oraciones que siempre eleva por mi pero sobre todo por ese gran amor que me tiene.

A mis hijos: Por su paciencia y comprensión en mi ausencia, por prestarme el tiempo que a ellos le pertenecía y por su infinito amor que siempre me han demostrado.

INDICE	Páginas
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	2
1.- MARCO TEÓRICO	2
2. -PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	13
3.-JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	18
.4.-1.1 OBJETIVO GENERAL:	18
.4.-1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
CAPITULO II	19
5.- MARCO METODOLOGÍCO	19
5.1.1 TIPO DE ESTUDIO,POBLACIÓN Y LUGAR	19
5.1.2 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
5..1.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
5.1.4 INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR.	20
6..- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	21
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	22
CONSIDERACIONES ETICAS	24

INDICE	Páginas
CAPITULO III	27
7.- RESULTADOS	27
8.- DISCUSIÓN	41
9.- CONCLUSIÓN	44
10.- RECOMENDACIONES	45
11.- BIBLIOGRAFIA	46
12.- ANEXOS	49

INTRODUCCIÓN.

La salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano y representa también una verdadera inversión para contribuir al bienestar familiar, al desarrollo social y al desarrollo económico de una nación. La salud es además una condición

indispensable para alcanzar una autentica igualdad de oportunidades en la población.¹

La desnutrición infantil es un problema grave de salud, a nivel mundial, más de 29 millones (5%) de niños menores de 5 años sufren desnutrición aguda. casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica. En 2011, los cinco países con el mayor número de niños menores de 5 años con desnutrición crónica fueron: India (61,7 millones), Nigeria (11 millones), Pakistán (9,6 millones), China (8 millones) e Indonesia (7,5 millones). De acuerdo con ENSANUT (Encuesta Nacional de Nutrición) realizada en México en el año 2012, en todo el país 2.8% de los menores de cinco años presentaron bajo peso, 13.6 % mostraron baja talla y 1.6 % desnutrición aguda.

Tomando en cuenta lo atención se realizó el presente proyecto de tesis en la comunidad de Ceiba Puyacatengo 2da sección, del municipio de Tacotalpa, Tabasco, el cual se realizó en dos tiempos: primer tiempo que consistió en la revisión documental y estadística sobre la desnutrición en México y en el mundo. El segundo tiempo que consistió en la elaboración de una encuesta dirigida a madres de familia que tienen hijos menores de 5 años, para medir el nivel educativo, de conocimientos sobre la desnutrición y hábitos alimenticios.

CAPÍTULO I

I. MARCO TEÓRICO

El derecho a la supervivencia y el desarrollo según Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia ha registrado avances notables en las últimas décadas, como la reducción de la mortalidad infantil en un 41%, pero todavía mueren 19.000 niños al día por causas que se pueden prevenir, de las cuales 6.400 son causa directa o indirecta de la desnutrición.¹

Los Estados deben reconocer el derecho del niño, al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, reducir la mortalidad infantil y en la niñez combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados. Asegurar que los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños.²

La desnutrición es el estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además se clasifica en aguda y crónica. La valoración del estado nutricional debe basarse en una evaluación que comprende: historia dietética, social y económica, historia clínica con énfasis en los datos antropométricos y signos de desnutrición. Para clasificar la desnutrición, se emplean las mediciones de peso para la edad, peso para la talla o talla para la edad. Actualmente se usan las tablas propuestas por la Organización Mundial de la Salud La interpretación de estos indicadores somatométricos es como sigue: Peso para la edad: útil para vigilar la evolución del niño, cuando se sigue su curva de crecimiento; Peso para la talla: el bajo peso para la talla indica desnutrición aguda y refleja una pérdida de peso reciente. Talla para la edad: una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica.

La madre analfabeta, es considerada un factor de mal pronóstico para el menor de 5 años, ya que tiene mayor probabilidad de desarrollar una serie de patologías, complicaciones como la desnutrición y consecuentemente, de morir.³

Existen una serie de indicadores para realizar el diagnóstico de desnutrición dentro de los cuales se encuentran:

Indicadores antropométricos.

De manera general, los cambios en las dimensiones corporales son un reflejo de la salud y grado de bienestar de los individuos y de las poblaciones. La antropometría (medición de ciertas dimensiones corporales) es empleada para evaluar y predecir el estado de salud e incluso la supervivencia de los individuos y pueden reflejar, con bastante precisión, el bienestar económico y social de las poblaciones.

La antropometría es empleada ampliamente para varios propósitos, dependiendo del indicador seleccionado. Es fundamental, para el clínico y para el epidemiólogo, tener una clara comprensión de los diferentes usos e interpretaciones de cada indicador antropométrico. Para la construcción de los indicadores antropométricos, inicialmente es necesario la toma adecuada de las siguientes variables:

- Edad • Sexo
- Peso • Talla

Cuando estas variables se combinan entre sí, brindan información sobre el estado nutricional del individuo. Los tres indicadores empleados con mayor frecuencia son:

- Peso para la edad
- Longitud para la edad o talla para la edad
- Peso para la longitud o peso para la talla

Existen otras medidas antropométricas, como pueden ser Índice de masa corporal, perímetro braquial medio, medidas de pliegues cutáneos, etc.

El bajo peso para la edad indica bajo peso para una edad específica, considerando un patrón de referencia. Refleja desnutrición pasada (crónica) y presente (aguda). Este indicador no es capaz de distinguir entre ambas; por eso este indicador indica la desnutrición 'global'.

Debido a que, actualmente, existen disponibles intervenciones específicas para la prevención y tratamiento de la desnutrición aguda y la crónica, este indicador va perdiendo vigencia; es más, su empleo aislado puede provocar el desarrollo de intervenciones que enfatizan la búsqueda del incremento del peso, lo cual podría provocar un resultado indeseable: el sobrepeso y la obesidad.

Sin embargo, este indicador puede ser de utilidad para niños muy pequeños (por ejemplo, menores de 6 meses), en los que el incremento de peso es sensible en períodos cortos.

Baja talla para la edad

La baja talla para la edad refleja la desnutrición pasada o crónica. Para menores de 2 años se emplea el término longitud para la edad. Se asocia con una variedad de factores, que producen una ingesta insuficiente y crónica de proteínas, energía, vitaminas y minerales.

En mayores de 2 años, esta condición puede ser irreversible. La baja talla para la edad (desnutrición crónica), ha sido identificada como un indicador para medir los problemas de desarrollo de la niñez por su estrecha relación con problemas de aprendizaje, deserción escolar y, a la larga, déficit en la productividad del individuo.

Bajo peso para la talla

El bajo peso para la talla identifica a los niños que padecen de desnutrición aguda o emaciación. Es útil para evaluar los efectos inmediatos de problemas (o cambios) de la disponibilidad de alimentos. Por otra parte, también se pueden ver los cambios, en un corto plazo, de la aplicación de medidas terapéuticas adecuadas.

Los niños y niñas con peso muy bajo para la talla, tienen un elevado riesgo de morir. Los tres indicadores permiten identificar las siguientes tres condiciones: bajo peso, desnutrición crónica y desnutrición aguda.

La puntuación Z

Las diferentes curvas de crecimiento emplean el término de 'puntuación Z', por lo cual es conveniente realizar algunas precisiones en relación a esta medida estadística.

La puntuación Z (Z score), se define como la diferencia entre el valor individual y el valor medio de la población de referencia, para la misma edad o talla, dividido entre la desviación estándar de la población de referencia. Es decir, identifica cuán lejos de la mediana (de la población de referencia) se encuentra el valor individual obtenido.

Los Nuevos Patrones de Crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.

La fórmula para calcular la puntuación Z es:

La puntuación Z es usada ampliamente, debido a que ofrece las siguientes ventajas:

- Permite identificar un punto fijo, en las distribuciones de los diferentes indicadores y a través de diferentes edades. Para todos los indicadores y para todas las edades, el 2.28% de la población, con una distribución normal, cae por debajo de la - 2 puntuación Z.
- Es útil para consolidar estadísticas ya que permite que la mediana y sus desviaciones estándar sean calculadas para un grupo poblacional. Es la manera más sencilla de describir la población de referencia y realizar comparaciones con ella.

Puntos de corte (o valores límite)

Los puntos de corte permiten mejorar la capacidad para identificar a los niños que sufren o están en riesgo de padecer algún problema nutricional.

El punto de corte más usado, es el de -2 de puntuación Z, para cualquier tipo de indicador empleado. Esto significa que si un niño tiene un valor que cae por debajo de -2 de puntuación Z, tiene baja talla, bajo peso o desnutrición aguda, ya sea moderada o severa (en la severa el valor cae por debajo de -3). Generalmente no se emplea el corte de -1 debido a que un gran porcentaje de la población normal cae por debajo de este corte.

Sistemas de clasificación de la desnutrición

La siguiente tabla presenta dos sistemas para clasificar la desnutrición y sus puntos de corte. El más empleado y el que se recomienda es el de la OMS.

Sistema	Puntos de cortes (Valores límites)	Clasificación de la desnutrición
OMS	< - 1 a -2 puntuación Z	Leve
	< - 2 a -3 puntuación Z	Moderado
	< - 3 puntuación Z	Grave

LOS NUEVOS PATRONES DE CRECIMIENTO, CURVAS Y TABLAS POR SEXO

CURVAS PARA NIÑOS

Longitud para la edad. Niños de 0 meses a 2 años

Talla para la edad. Niños de 2 a 5 años

Peso para la longitud. Niños de 0 meses a 2 años

Peso para la talla. Niños de 2 a 5 años

Peso para la edad. Niños de 0 meses a 2 años

Peso para la edad. Niños de 2 a 5 años

CURVAS PARA NIÑAS

Longitud para la edad. Niñas de 0 meses a 2 años

Talla para la edad. Niñas de 2 a 5 años

Peso para la longitud. Niñas de 0 meses a 2 años

Peso para la talla. Niñas de 2 a 5 años

Peso para la edad. Niñas de 0 meses a 2 años

Peso para la edad. Niñas de 2 a 5 años

LOS NUEVOS PATRONES DE CRECIMIENTO, CURVAS Y TABLAS POR SEXO

TABLAS SIMPLIFICADAS, PUNTUACIÓN Z. NIÑOS

Longitud para la edad. Niños de 0 meses a 2 años

Talla para la edad. Niños de 2 a 5 años

Peso para la longitud. Niños de 0 meses a 2 años

Peso para la talla. Niños de 2 a 5 años

Peso para la edad. Niños de 0 meses a 5 años

TABLAS SIMPLIFICADAS, PUNTUACIÓN Z. NIÑAS

Longitud para la edad. Niñas de 0 meses a 2 años

Talla para la edad. Niñas de 2 a 5 años

Peso para la longitud. Niñas de 0 meses a 2 años

Peso para la talla. Niñas de 2 a 5 años

Peso para la edad. Niñas de 0 meses a 5 años.⁴

Desarrollo motor.

Períodos de logros: Durante la etapa de 0 a 5 años ocurren los cambios más importantes en el crecimiento y desarrollo, es durante esta fase en la que el menor logra la madurez inmunológica y adquiere habilidades y destrezas en su desarrollo psicomotor.

Sin duda alguna la lactancia materna y alimentación del menor de 5 años son cruciales durante este periodo, así mismo introducir alimentos a partir de los 6 meses, cuidando siempre la higiene con la que se preparan los alimentos, para garantizar el crecimiento y desarrollo óptimo. En un periodo tan importante la alimentación y la nutrición ocupan un lugar central, al proporcionar la energía y los nutrimentos necesarios para soportar las exigencias del crecimiento y propiciar las condiciones para que se manifieste un desarrollo óptimo. La alimentación deficiente deja huellas irreversibles. El crecimiento y desarrollo escasos proporcionan baja estatura, mayores riesgo de enfermar.

A nivel nacional un 18.1% de personas padecen de desnutrición crónica, en México

esta población asciende a un 13.6%, siendo Chiapas la entidad más afectada. México tiene el porcentaje más alto de personas en situación de desnutrición en América y el Caribe (13.4%).⁴

La desnutrición infantil, se asocia con menor desarrollo psicomotor, menor respuesta inmunológica y aumento en el riesgo de enfermedad y muerte; además de repercutir en funciones fisiológicas a largo plazo dando como consecuencia individuos con menores capacidades de desempeño y productividad y por lo tanto, menor desarrollo económico y social de los ambientes en los que se encuentran inmersos.

La desnutrición en los niños se asocia evidentemente a déficit en la ingesta de alimentos o en prácticas alimentarias inadecuadas como la interrupción precoz de la lactancia materna exclusiva o su prolongación más allá de los seis meses o la introducción inadecuada de alimentos en cantidad y calidad. También es importante la actitud de la madre o cuidador durante el acto alimentario del niño, en cuanto a su papel en la estimulación de la ingesta de los alimentos.

Entre las consecuencias de la desnutrición se destacan: incapacidades de por vida, mayor propensión a sufrir enfermedades durante el resto de su vida y menor capacidad de aprendizaje.

Las causas de este grave fenómeno son múltiples y de distinta índole: social, política, económica y cultural. Por ejemplo, las enfermedades, la alimentación inadecuada, la falta de acceso a una educación de calidad y a una información correcta.

La desnutrición se manifiesta por pérdida y/o falta de progreso de peso, con peso inferior a lo normal y finalmente consumo de las propias reservas grasas y autofagia proteínica.

Son múltiples los factores asociados a la desnutrición, sin embargo uno de los factores de mayor peso es la educación de la madre, es un importante predictor de retraso en el crecimiento infantil además el efecto de la educación de la madre en el retraso del crecimiento infantil es sólo mínimamente atenuada por factores en el niño, la madre, el hogar y nivel de la comunidad.⁵

Además, el efecto indirecto de la educación de la madre tiende a aumentar la mortalidad a pesar de la mejora de peso al nacer. Entre los nacimientos en peligro, la

educación tiene efectos pequeños e inconsistentes sobre el peso al nacer y mortalidad infantil.⁶

La mayor duración de la lactancia materna, parto múltiple, la experiencia de los episodios diarreicos, pequeño tamaño al nacer, la ausencia de instalaciones sanitarias en los hogares, los hogares pobres y las madres que no están cubiertos por un seguro nacional de salud se asocian con un mayor riesgo de desnutrición.⁷

En las comunidades de las zonas montañosas de Nepal se realizó un estudio donde se dio a conocer que en los hogares más pobres y lactancia materna prolongada (más de 12 meses) condujeron a aumento del riesgo de retraso del crecimiento y retraso del crecimiento severo en niños nepalíes.⁸

Otros de los determinantes sociales son los factores socioeconómicos y sociodemográficos asociados significativamente con la prevalencia de la desnutrición y el orden de nacimiento, la educación materna y la ocupación materna fueron determinantes importantes de emaciación entre los niños menores de 5 años.⁹

Las alteraciones nutricionales de los niños que acuden al Centro de Salud de Biblián están directamente relacionados con la condición socioeconómica, pues los niños afectados pertenecen a familias con bajo ingreso económico, bajo nivel de instrucción materna y viviendas insalubres. Los determinantes sociales identificados en las familias de los niños fueron escolaridad, vivienda insalubre, residencia, salario y calidad de vida deteriorada, se presentan en la mayoría de los niños con problemas nutricionales relacionados con el déficit (desnutrición y bajo peso), no así en los casos de obesidad, pues este está asociado con hábitos nutricionales, estilos de vida y el factor migratorio.¹⁰

En un estudio realizado Zana Medebay Tigray en el Norte Etiopía habla sobre El estado de nutrición de los niños menores de 5 años los determinantes encontrados fueron: momento de iniciación de la lactancia materna, el sexo del niño, el nivel educativo de los padres, tipo de alimento utilizado para el arranque de la alimentación complementaria, y la capacidad de las madres para las toma de decisiones financiera presento influencia en la desnutrición de los niños en este grupo de edad.¹¹

Otro estudio que se realizó en dos barrios de Nairobi, Nigeria, para evaluar el efecto de la educación materna sobre el estado nutricional del niño. La prevalencia del retraso

del crecimiento entre los niños de hasta 42 meses en estas comunidades fue cercana al 40%. Encontraron que la educación de la madre es un factor pronóstico importante para el retraso del crecimiento infantil. En general, la educación de las madres persiste como un fuerte predictor del estado nutricional de niños en situaciones de tugurios urbanos, incluso después de controlar otros factores. Teniendo en cuenta que el retraso del crecimiento es un fuerte predictor de capital humano, el énfasis en educación de las niñas puede contribuir a romper el ciclo de la pobreza en los entornos urbanos pobres.¹²

Existe evidencia de una alta prevalencia de emaciación entre los niños. El orden de nacimiento, la educación materna y la ocupación materna fueron determinantes importantes de la pérdida de masa, el cual es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas esto no les permite darle la importancia debida al problema de la desnutrición además desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. El factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, de los niños.¹³

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos en cantidad y calidad, la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres.¹⁴.

En el curso de las últimas dos décadas, la pobreza extrema se ha reducido de manera significativa. En 1990, casi la mitad de la población de las regiones en desarrollo vivía con menos de 1,25 dólares al día. Este porcentaje ha descendido a 14% en 2015. A nivel mundial, la cantidad de personas que viven en pobreza extrema se ha reducido en más de la mitad, cayendo de 1.900 millones en 1990 a 836 millones en 2015. La mayor parte del progreso ha ocurrido a partir del año 2000. La cantidad de personas

de la clase media trabajadora que vive con más de 4 dólares por día se ha triplicado entre 1991 y 2015. Este grupo ahora compone la mitad de la fuerza laboral de las regiones en desarrollo, a partir de sólo el 18% en 1991. • El porcentaje de personas con nutrición insuficiente en las regiones en desarrollo cayó a casi la mitad desde 1990, pasando de 23,3% en el período 1990–1992a 12,9% en el período 2014–2016. La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años se ha reducido a nivel mundial en más de la mitad, de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015. La tasa de mortalidad de menores de 5 años ha caído en un 50%o más en cada región, salvo en Oceanía.¹⁵

Estudio realizado en México demostró que la carencia de salud y drenaje, así como la pobreza, empeoran la desnutrición infantil, mientras que la educación de las mujeres la disminuye. El estudio muestra que las variables de infraestructura explican en buena parte la variación reciente de la desnutrición infantil entre estados, y que el crecimiento económico no es una condición suficiente para reducir la desnutrición infantil.¹⁶

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 de apoyo social para combatirla.

De acuerdo con la ENSANUT 2012, en todo el país 2.8% de los menores de cinco años presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla y 1.6% desnutrición aguda. Las mayores prevalencias de baja talla se encuentran en el sur del país con 19.2%; a su vez, las localidades rurales de esta región presentan una prevalencia del 27.5%, 13.9 puntos porcentuales arriba del promedio nacional (13.6%).

La baja talla para la edad, indicador de desnutrición crónica, continúa siendo un problema de salud pública en Tabasco. En el ámbito estatal, 9 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años la presentan, sin embargo, se ubicó por debajo del promedio nacional (13.6%). Estas prevalencias son de gran trascendencia dados los efectos adversos de la desnutrición crónica en la morbilidad, mortalidad, en el desarrollo psicomotor del niño y en el desempeño intelectual y físico del escolar, el adolescente y el adulto, lo que se traduce en desventajas de por vida en el desarrollo de capacidades.¹⁷

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El problema de la desnutrición infantil se puede abordar desde 5 vertientes, que a continuación describiremos:

A. Como Problema de salud, En el mundo hay 868 millones de desnutridos. En cifras representa el 12.5% de la población mundial, 2.6 millones de niños menos de 5 años muere al año por mala alimentación, en México se estima que hay una prevalencia de 1.5 millones de niños menores con desnutrición, se tiene estimado que 23 niños mueren diario por esta causa de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2012, las mayor prevalencia se encuentran en el sur del país con 19.2%; a su vez las localidades rurales de esta región presentan una prevalencia del 27.5%, 13.9 puntos porcentuales arriba del promedio nacional (13.6%). Los estados con mayor índice de desnutrición son Oaxaca, Chiapas, Puebla, Veracruz y el Estado de México.⁶

B. El Estilo de vida como determinante de la salud: los malos hábitos higiénico- dietéticos desempeñan un papel fundamental en la desnutrición infantil, la ingesta exagerada de alimentos ricos en carbohidratos y bajos en proteínas; la ablactación temprana, con una alimentación insuficiente o inadecuada, así como el nivel educativo de la madre son factores que condicionan una percepción inadecuada sobre la alimentación saludable y traen como consecuencia desnutrición en el menor de 5 años.

C. Los Factores socioculturales y económicos: Para el desarrollo pleno del individuo es necesario que cuente con un ambiente socioeconómico adecuado. En un estudio realizado en México se encontraron causas básicas y subyacentes que inciden en la desnutrición: la carencia de salud, drenaje y la pobreza, empeoran la desnutrición infantil, mientras que la educación de las mujeres la disminuye. El 95% de las personas desnutridas viven en países en vías de desarrollo. Durante el año 2011, La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), reporto que los alimentos básicos más consumidos como el arroz y el maíz,

aumentaron 200% y 100% su precio, respectivamente, lo que hace cada día más difícil el acceso a los alimentos, debido al alto índice de pobreza que existe en México.

D. Los Recursos servicios de salud desempeñan un papel fundamental, la secretaria de salud cuenta con un programa dirigido al diagnóstico, prevención y control de la desnutrición, sin embargo, es importante mencionar que cuando de enfermedad se trata no hay dinero que alcance. La tendencia actual en las unidades de salud está enfocadas al control de peso y talla mensual del niño con desnutrición, así como el aporte de micro nutrimentos, se ha dejado de realizar acciones preventivas en materia de promoción y educación para la salud.

Se han reconocido ventajas en la atención en el primer nivel de atención por parte del médico familiar, en las que destaca la accesibilidad del servicio con oportunidad al usuario de revertir el ciclo de la desnutrición, pues facilita el acceso y la participación activa de la familia en los servicios de salud, lo cual se traduce en recursos e información para mejorar su salud nutricional y funcionalidad familiar.

Bajo la visión comunitaria el médico familiar se concibe como un clínico de acción predominantemente extra hospitalaria, con un enfoque global del proceso salud-enfermedad, capaz de abordar la problemática de salud con la participación activa de la comunidad.

III. JUSTIFICACIÓN.

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.¹⁴ Cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países que más contribuyen a la cifra total, seis están en Asia: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran la mayor parte de ellos. Así, por ejemplo, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India.¹⁵

De acuerdo con la ENSANUT 2012, En México el 2.8% de los menores de cinco años presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla y 1.6% desnutrición aguda. Las mayores prevalencias de baja talla se encuentran en el sur del país con 19.2%; a su vez, las localidades rurales de esta región presentan una prevalencia del 27.5%, 13.9 puntos porcentuales arriba del promedio nacional (13.6%).¹⁷ Del total de menores de cinco años evaluados en 2012 en Tabasco, 2.7% presentó peso bajo, predominando en las comunidades rurales un 3.1 % del total de los menores de 5 años con algún grado de desnutrición cifra que es superior a la prevalencia nacional.¹⁸ La baja talla para la edad, indicador de desnutrición crónica, continúa siendo un problema de salud pública en Tabasco. En el ámbito estatal, 9 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años la presentan. Estas prevalencias son de gran trascendencia dados los efectos adversos de la desnutrición crónica en la morbilidad, mortalidad, en el desarrollo psicomotor del niño y en el desempeño intelectual y físico del escolar, el adolescente y el adulto, lo que se traduce en desventajas de por vida en el desarrollo de capacidades.

Casi la mitad de las muertes de menores de cinco años se asocian a malnutrición. La malnutrición aguda grave hace a los niños más vulnerables a enfermedades graves y los expone a una alta probabilidad de morir. A nivel mundial, se estimó que en el 2012 había 162 millones de menores de cinco años que padecían retraso del crecimiento y 99 millones con insuficiencia ponderal.¹⁷

El grupo más vulnerable a padecer de desnutrición son los niños menores de 5 años, tener un peso por debajo del normal pone a los niños en mayor riesgo de morir por infecciones comunes, aumenta la frecuencia y gravedad de esas infecciones y contribuye a un retraso en la recuperación.

Es importante mencionar que la baja nutrición en los primeros 1000 días de vida también se vincula con una capacidad cognitiva deteriorada y un menor desempeño escolar y laboral. Uno de cada cuatro niños menores de 5 años en todo el mundo padece retraso en el crecimiento, afecta aproximadamente a uno de cada cuatro niños menores de 5 años, representando esta cifra 161 millones de niños en todo el mundo en 2013. La trascendencia social del presente proyecto de tesis radica en que las familias puedan reconocer los efectos negativos que trae la desnutrición a mediano y largo plazo., el efecto en lo intelectual y físico del escolar, el adolescente y el adulto, lo que se traduce en desventajas de por vida en el desarrollo de capacidades.

El perfil actual del médico familiar consiste en actuar como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Al integrar las ciencias biológicas, sociales y de la conducta su campo de acción se desarrolla sin distinción de la edad, el sexo, los sistemas orgánicos y las enfermedades. El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria. La atención que presta es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otras especialidades; esta atención se lleva a cabo en el consultorio, el hogar del paciente y los propios servicios hospitalarios., permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el proceso salud–enfermedad; se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud individual o familiar.

Es parte del quehacer del médico de medicina familiar aplicar los conocimientos técnicos y metodológicos adquiridos. La medicina familiar y comunitaria implica un modelo ideal competitivo en el que el médico ve al paciente en una forma holística, integral y sin olvidar su entorno biopsicosocial; desempeñando varias funciones asistencial, administrativa, y de investigación, coordinando dichas funciones y

logrando una armonía en su ambiente laboral, reflejado en una calidad de atención al individuo a la familia y a la comunidad

IV. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre el nivel educativo de madre de familia, hábitos higiénicos dietéticos y su relación con la desnutrición en el menor de 5 años, en el ejido de Ceiba Puyacatengo 2da Sección, Tacotalpa, Tabasco, enero- abril 2016.

4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el perfil sociodemográfico de las madres con hijos menores de 5 años y cómo influye en la desnutrición en Ceiba Puyacatengo 2da.
2. Determinar la relación que existe entre la escolaridad de las madres y el estado nutricional de sus niños menores de 5 años de la comunidad de Ceiba Puyacatengo 2da, Tacotalpa, tabasco.
3. Determinar en madres de familia el nivel de conocimientos sobre la desnutrición y lactancia materna de Ceiba Puyacatengo 2da.
4. Determinar el estado nutricional del menor de 5 años de las madres participantes.
5. Determinar y analizar la calidad de la alimentación, los hábitos dietéticos en de las madres de familia con menores de 5 años de ceiba Puyacatengo 2da.
6. Analizar cuáles son los principales factores condicionantes de la desnutrición en Ceiba Puyacatengo 2da.

CAPÍTULO II

V. MARCO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

POBLACIÓN:

La población en estudio son 50 madres de familia que tienen hijos menores de 5 años pertenecientes a la comunidad de Ceiba Puyacatengo 2da Sección, del municipio de Tacotalpa Tabasco.

LUGAR: Comunidad de Ceiba Puyacatengo 2da sección, Tacotalpa, Tabasco.

TIEMPO DE ESTUDIO: En el periodo comprendido de enero a abril de 2016.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

MUESTRA:

Se tomó una muestra a conveniencia del investigador tomando como el universo total de 50 madres de familia que habitan en la comunidad Ceiba Puyacatengo 2da Sección, del municipio de Tacotalpa Tabasco.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión:**

Madres que tengan hijos menores de 5 años pertenecientes a la comunidad de Ceiba Puyacatengo 2da Sección, del municipio de Tacotalpa, Tabasco.

- **Criterios de exclusión:**

Madres que no deseen participar en el estudio, madres pertenecientes a otra localidad o municipio que no lleven control en la unidad de salud.

- **Criterios de eliminación:**

Madres de niños mayores de 5 años.

Madres que sean de otras localidades.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR.

Se diseñó un cuestionario de preguntas con 30 ítems, los cuales constan de 10 preguntas sobre las características sociodemográficas de la madre de familia, 10 sobre desnutrición infantil y 10 sobre los hábitos alimenticios.

Durante este periodo el investigador participara directamente en la aplicación de la encuesta diseñada para este estudio además de contar con el apoyo de la enfermera de la localidad.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION
Edad	Cuantitativas	Años de vida desde el Nacimiento	De Meses y años	Cuantitativa continua
Estado civil	Cualitativas	Situación en la que se encuentra una persona ante la sociedad	1.- Madre soltera 2.- Casada 3.- Divorciada 4.- Viuda 5.- Unión Libre	Cualitativa Nominal
Escolaridad	Cualitativa	Grado de estudios alcanzado.	1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Bachillerato 5.- Licenciatura	Cualitativa Nominal
Religión	Cualitativas	Grupo religioso con el que se identifica y simpatiza	1.- Católica 2.- Adventista 3.- Testigo de Jehová 4.- Evangélica 5.- otras	Cualitativa Nominal
Ocupación	Cualitativa	Empleo que desempeña la madre del menor	Ama de casa Empelada domestica Profesionista Trabajo de campo.	Cualitativa Nominal
Ingreso mensual	Cualitativas	Remuneración económica por trabajo realizado	1.- Menos de 1000 2.- 2000 3.- 3000 4.- más de 4000	Cuantitativa ordinal

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL
	DE VARIABLE			DE MEDICION
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE	cualitativa	Conocimientos que posee la madre sobre la desnutrición y lactancia materna	1= signos de desnutrición 2=sabe cuándo su hijo esta desnutrido 3= importancia de la lactancia materna	cualitativa nominal
ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE 5 AÑOS	cualitativa	aporte, aprovechamiento de nutrimentos, que se manifiesta por peso y talla adecuados	1= normal 2= leve 3= moderado 4=grave 5= sobrepeso	cualitativa ordinal
ALIMENTACION QUE SE OTORGA AL MENOR DE 5 AÑOS	cualitativa	variedad de alimentos que se incluyen en la dieta por semana	lactancia materna frutas, verduras, leche, carnes, cereales, harinas	cuantitativa

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

El proyecto consta de 5 fases.

La primera fase que es la difusión a las autoridades competentes.

La segunda fase que es la de selección de las personas participantes.

La cuarta fase que es la de la aplicación del instrumento intervención.

La quinta fase es el análisis estadístico final.

El proyecto corresponde a una investigación con riesgo mínimo ya que no se realizan procedimientos invasivos.

La información obtenida mediante el instrumento 1 que se diseñó para esta investigación, fue capturada para su análisis estadístico en la base de datos en formato de SPS versión 22.0.

ANALISIS ESTADISTICO.

Que nos permitirá el análisis de la información mediante distribución de frecuencias, media, mediana y moda, para dar respuesta a cada objetivo y permitió llegar a las conclusiones de trabajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

DECLARACIÓN DE HELSINKI

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.

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. 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".

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles 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.

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.

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.

Cuando en la atención de un enfermo los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados han resultado ineficaces o no existen, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no comprobados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta declaración.

LEY GENERAL DE SALUD

Disposiciones Comunes

.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el

bienestar del sujeto de investigación.

.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado

CAPÍTULO III

VII. RESULTADOS.

I. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

TABLA 1. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, POR EDADES, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016 .

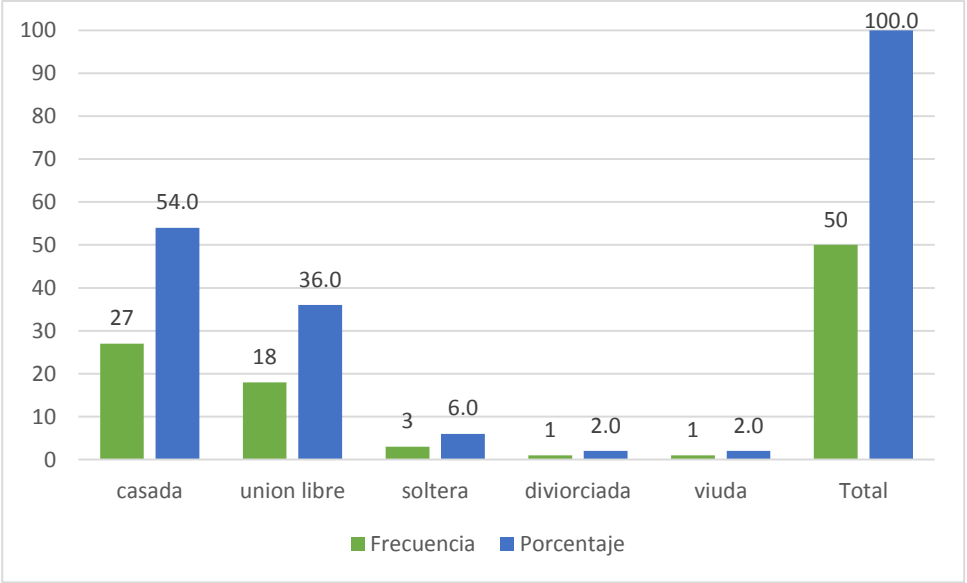
	EDAD EN AÑOS
Media	27.5
Mediana	27.5
Moda	19 años
Mínimo	18
Máximo	47

FUENTE: INSTRUMENTO 1

Al realizar el análisis del universo de estudio se encontró que la media de edad de las jefas de familia encuestadas era de 27.5 años, la mediana era de 27.5 años y la moda era de 19 años, en rango de edad minino de las personas encuestadas fue de 18 años y el máximo fue de 47 años.

Se preguntó cuál era la derechohabiencia que poseían estas mujeres encontrándose que el 100 % son derechohabientes a seguro popular, cabe mencionar que el género que fue entrevistado fue el femenino en el 100 % del universo de estudio.

GRAFICO 1. ESTADO CIVIL, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.



FUENTE: INSTRUMENTO 1

Se preguntó a el universo de estudio cuál era su estado civil de cada una de ellas y se encontró que 54% eran casadas, 36 % estaba en unión libre, 6 % madres solteras, 2% divorciadas y 2 % viudas.

TABLA 2 VARIABLES CRUZADAS OCUPACIÓN CON ESCOLARIDAD, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

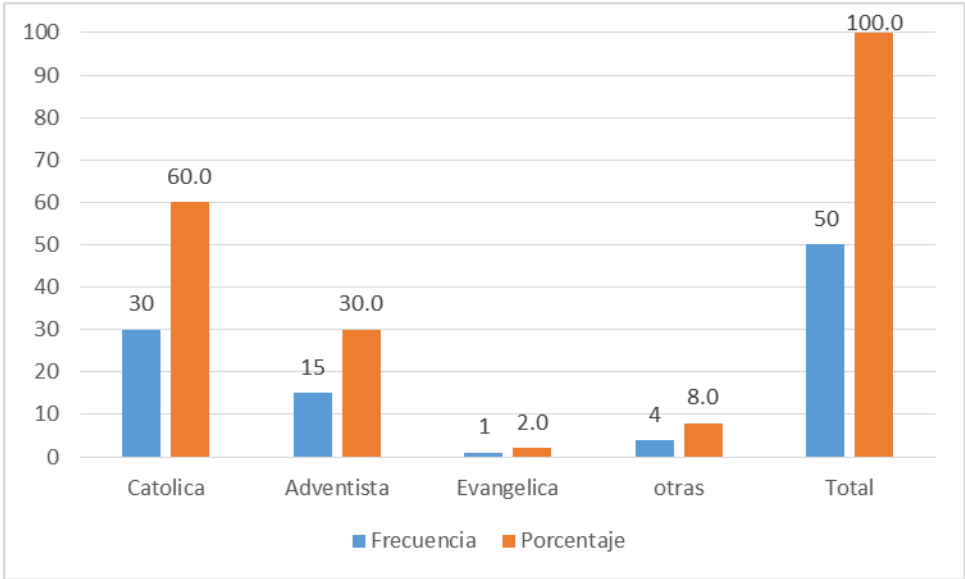
		Ocupación de la madre		Total
		Ama de casa	Empleada domestica	
Grado de estudio alcanzado	Analfabeta	1	0	1
	Primaria	9	0	9
	Secundaria	29	0	29
	Bachillerato	5	1	6
	Profesional	1	0	1
	Primaria incompleta	3	0	3
	Secundaria incompleta	1	0	1
Total		49	1	50

FUENTE: INSTRUMENTO 1

El nivel escolar predominante en el universo de estudio es la secundaria con un 58 %, se encontró 1 persona analfabeta. Al realizar el cruce de variables escolaridad con ocupación de la jefa de familia se encontró que el 98 % de la población no realiza ninguna actividad económica, a pesar de que se encontró que el 2 % tiene una carrera profesional, sin embargo no labora, y solo una persona labora como empleada doméstica representando el 2 %.

GRAFICO 2. RELIGIÓN QUE PROFESA, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA

DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.



FUENTE: INSTRUMENTO 1

Se preguntó a el grupo de estudio cual es la religión que profesa se encontró que un 60 % son católicos, 30 % son adventistas, 2 % son evangélicos y 8 % profesan otras religiones.

TABLA 3. VARIABLES CRUZADAS INGRESO FAMILIAR VS NUMERO DE HIJOS ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

		CUANTOS HIJOS TIENE USTED			TOTAL
		1	2	3 O MÁS	
CUAL ES EL INGRESO FAMILIAR PROMEDIO, EN PESOS	4000	*3	5	4	12
	3000	10	11	9	30
	2000	3	3	1	7
	MENOS DE 1000	1	0	0	1
TOTAL		17	19	14	50

FUENTE: INSTRUMENTO 1 * frecuencias

Dentro de las variables que se investigaron fue el ingreso económico por familia al mes, se encontró que un 60 % perciben un sueldo de \$ 3000 pesos, con el promedio de 2 hijos se encontraron 11 familias, más de 3 hijos 9 familias. Además se encontró una familia con un hijo con un ingreso de \$ 1000 pesos mensual.

Al realizar pruebas de chi cuadrada para las tablas cruzadas aplicando método de muestreo simple con un intervalo de confianza de 95 % y el valor de P de 0.05 encontramos que el valor de chi cuadrada fue de 3.127 con un valor de P de 0.03

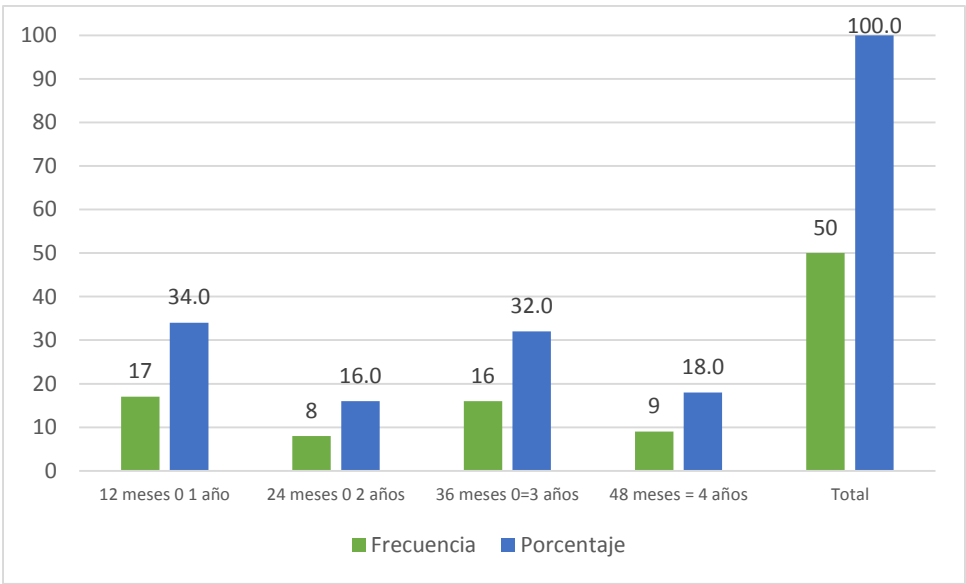
TABLA 4. VARIABLES CRUZADAS INGRESO FAMILIAR VS NUMERO DE HIJOS ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

		CUANTOS MENORES DE 5 AÑOS TIENE			Total
		1	2	3	
Grado de estudio alcanzado	Analfabeta	1	0	0	1
	primaria incompleta	2	1	0	3
	primaria	5	3	1	9
	secundaria	19	8	2	29
	secundaria incompleta	1	0	0	1
	bachillerato	6	0	0	6
	profesional	1	0	0	1
Total		35	12	3	50

FUENTE: INSTRUMENTO 1 * frecuencias

Sin duda alguna la escolaridad es un factor que incide en el crecimiento poblacional, se cruzaron las variables del universo de estudio de escolaridad con menores de 5 años en su familia y se encontró que el promedio de hijos es de 1 con el valor más alto representando un 70 % de la población muestra, sin embargo también al realizar el análisis individual por rubro las jefas de familia que poseen escolaridad de nivel medio (secundaria), tenían 2 hijos un 16 % (8 madres) y más de 3 hijos fue representado con un 4 % (2). Las jefas de familia que poseían escolaridad de primaria 6% tienen 2 hijos y un 2% tienen más de tres hijos menores de 5 años.

GRAFICO 3. EDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.



FUENTE: INSTRUMENTO 1

Al realizar el análisis de los grupos de edad de menores de 5 años que eran hijos de las jefas de familia encuestadas, se encontró que 34 % eran menores de 1 año, 16% tenían 2 años, 32% tenían 3 años y 18 % tenían 4 años.

II. VARIABLES DEL ESTADO NUTRICIONAL

TABLA 5. VARIABLES CRUZADAS, NIVEL DE ESCOLARIDAD VS ESTADO NUTRICIONAL PERCIBIDO POR LA MADRE, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

		SEGUN SU CRITERIO ¿ EL EDO. NUTRICIONAL DE SU HIJO ES?		Total
		NORMAL	DESNUTRIDO	
Grado de estudio alcanzado	Analfabeta	1	0	1
	primaria incompleta	1	2	3
	Primaria	8	1	9
	Secundaria incompleta	1	0	1
	Secundaria	27	2	29
	Bachillerato	6	0	6
	Profesional	1	0	1
Total		45	5	50

FUENTE: INSTRUMENTO 1

Del grupo de estudio se investigó cual era la percepción de la madre del estado nutricional de su hijo con el nivel de escolaridad y se encontró que 45 madres que representan un 90 %, el 10 % respondió que sus hijos presentaban algún grado de desnutrición, al analizar la escolaridad de estos casos se encontró que un 6 % del universo de estudio (3) contaban con escolaridad primaria y un 4 % contaban con escolaridad secundaria (2 casos).

TABLA 6. VARIABLES CRUZADAS, NIVEL DE ESCOLARIDAD VS ESTADO NUTRICIONAL REAL DEL MENOR DE 5 AÑOS, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

		ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN NOM-031				Total
		peso normal	dnt leve	moderado	obesidad	
Grado de estudio alcanzado	Profesional	1	0	0	0	1
	Bachillerato	5	0	1	0	6
	Secundaria	22	1	3	3	29
	Secundaria incompleta	0	0	0	1	1
	Primaria	4	2	0	3	9
	primaria incompleta	1	2	0	0	3
	analfabeta	1	0	0	0	1
Total		34	5	4	7	50

FUENTE: INSTRUMENTO 1

Al realizar el cruce de variables de nivel de escolaridad y estado nutricional real del menor de 5 años encontramos que aquellas madres que contaban con escolaridad básica es decir primaria , secundaria tenían menores de 5 años con algún grado de desnutrición representando el 18 % del total de la población, encontrándose los grados de desnutrición leve con 5 casos los cuales 4 jefas de familia tenían primaria como nivel escolar y 1 con secundaria, de desnutrición moderada encontramos 4 casos de los cuales 1 caso madre tenía bachillerato y 3 casos educación primaria. Concluyendo que de los 9 casos de desnutrición que actualmente tenemos en esta población, 4 de estos menores de 5 años las madres tenían grado de escolaridad primaria y 4 escolaridad secundaria.

Al realizar pruebas de chi cuadrada para las tablas cruzadas aplicando método de muestreo simple con un intervalo de confianza de 95 % y el valor de P de 0.05 encontramos que el valor de chi cuadrada fue de 27.30 con un valor de P de 0.03.

TABLA 7. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DESNUTRICION, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

VARIABLE	sabe como evitar la desnutrición?		Conoce los signos de la desnutrición?		conoce las consecuencias de la desnutricion infantil?		sabe que hacer cuando su hijo esta desnutrido?		ha recibido capacitación sobre la nutrición de sus		le han explicado el plato del buen comer?	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
si	29	58	21	42	26	52	27	54	31	62	19	38
no	21	42	29	58	24	48	23	46	19	38	31	62
Total	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

FUENTE: INSTRUMENTO 1

Se construyó una serie de ítems orientados a conocer el nivel de conocimientos de la madre de familia sobre desnutrición infantil y nos encontramos al preguntarles si sabían cómo evitar la desnutrición 21 % contestaron que no, en contraste al realizar la segunda pregunta para saber si conocían los signos de desnutrición el 58 % respondió no, un 48 % no sabe las consecuencias de la desnutrición infantil. Al preguntar si sabían cuando su hijo esta desnutrido más el 54 % contesto que si, al investigar si habían recibido capacitación sobre desnutrición infantil encontramos que el 38 % dijeron que no han sido capacitadas en el tema. El plato del buen comer sin duda alguna es un elemento crucial para llevar a cabo una buena alimentación, al preguntar al universo participante en el estudio 38 % contestaron que si lo conocían, sin embargo la mayoría 62 % contestaron que no.

Al realizar pruebas de chi cuadrada para las tablas cruzadas aplicando método de muestreo simple con un intervalo de confianza de 95 % y el valor de P de 0.05 para las variables grado de escolaridad de la madre y se sabía cómo evitar la desnutrición encontramos que el valor de chi cuadrada fue de 5.27 con un valor de P de 0.5

TABLA 8. LACTANCIA MATERNA VS ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE 5 AÑOS, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

		conoce la importancia de la lactancia materna?		Total
		si	no	
ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO A PESO Y TALLA	peso normal	32	2	34
	Desnutrición leve	5	0	5
	Desnutrición moderado	3	1	4
	obesidad	6	1	7
Total		46	4	50

FUENTE: INSTRUMENTO 1

Se realizó un cruce de variables de estado nutricional de su hijo con el nivel de conocimientos de la lactancia materna, al preguntar encontramos que de los 9 desnutridos encontrados durante el estudio 8 de ellos habían sido lactados que representa un 16% del total del universo participante, y solo uno de ellos no había sido lactado 2%, sin embargo 41 de ellos que si fueron lactados no presentaron problemas de desnutrición.

Al realizar pruebas de chi cuadrada para las tablas cruzadas aplicando método de muestreo simple con un intervalo de confianza de 95 % y el valor de P de 0.05 encontramos que el valor de chi cuadrada fue de 2.13 con un valor de P de 0.04

III. VARIABLES DE ALIMENTACIÓN

TABLA 9. TIPO DE ALIMENTACION VS NUMERO DE COMIDAS AL DIA DEL MENOR DE 5 AÑOS, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

		¿CUANTAS VECES AL DÍA SU NIÑO ES ALIMENTADO?		TOTAL
		ENTRE 3 A 5 VECES AL DÍA	MAS DE 5 VECES AL DÍA	
QUE TIPO DE ALIMENTACIÓN USTED LE PROPORCIONA A SU HIJO(A)	VERDURAS Y CARNE	5	3	8
	FORMULA, VERDURAS Y CARNE	6	2	8
	LACTANCIA, VERDURAS Y CARNE	21	1	22
	FORMULA(LECHE EN POLVO)	1	0	1
	FORMULAS Y LACTANCIA	4	3	7
	LACTANCIA MATERNA	3	1	4
TOTAL		40	10	50

FUENTE: INSTRUMENTO 1

Se realizó un cruce de variables de la frecuencia con que el niño es alimentado y la calidad de los alimentos, se encontró que 80 % de los niños son alimentados de 3 a 5 veces al día, siendo la alimentación predominante la lactancia, las verduras y carne con un 42%(21 niños), se encontró que un niño es alimentado a base de fórmulas.

Aquellos niños que eran alimentados más de 5 veces al día fueron un total del 20 % (10), de los cuales la alimentación predominante fue verduras y carne con 3, formulas y lactancia con 3, es importante mencionar que ello contrasta con 7 casos de obesidad que fueron encontrados durante la realización de este estudio.

Al realizar pruebas de chi cuadrada para las tablas cruzadas aplicando método de muestreo simple con un intervalo de confianza de 95 % y el valor de P de 0.05 encontramos que el valor de chi cuadrada fue de 70.46 con un valor de P de 0.00

TABLA 10. GRUPOS DE ALIMENTOS Y FRECUENCIA POR SEMANA, ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC, TACOTALPA, TABASCO 2016.

VECES X SEMANA	HARINAS		FRUTAS		CARNE		CEREALES		AZUCARES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
NUNCA	0	0	0	0	1	2	0	0	3	6
1	5	10	1	2	21	42	5	10	2	4
2	9	18	15	30	14	28	5	10	2	4
3	6	12	12	24	11	22	10	20	2	4
4	3	6	15	30	1	2	4	8	1	2
5	2	4	1	2	1	2	2	4	2	4
6	4	8	0	0	0	0	2	4	10	20
7	21	42	6	12	1	2	22	44	28	56
Total	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

FUENTE: INSTRUMENTO 1

Sin duda alguna la dieta familiar es importante e incide sobre la salud del menor de 5 años se investigó cuales grupos de alimentos eran consumidos durante la semana en cada hogar se encontró lo siguiente que consumen muchas harinas representando el 42 % del universo estudiado y un 56% consumen azucares los 7 días de la semana.

CAPÍTULO VIII

VIII. DISCUSIÓN.

El perfil sociodemográfico fue abordado, en diferentes ámbitos que pudiesen influir en la desnutrición infantil, **al identificar el nivel escolar**, uno de los factores que influyen en la explosión demográfica es la escolaridad, en el estudio se encontró que a menor escolaridad mayor número de hijos, a mayor número de hijos menos cuidados para los menores de 5 años en la familia, las madres que tenían más de 3 hijos predomina el nivel educativo de secundaria y primaria.

El ingreso familiar muchas veces obstaculiza la capacidad adquisitiva de productos alimenticios de la canasta básica, con una población de madres de familia que no tienen ninguna actividad que genere ingresos económicos, a pesar de que las madres de familia en el presente estudio una minoría de ellas tienen una carrera profesional, Lo que pudiese estarse reflejando de manera negativa en la calidad de alimentación, debido al bajo ingreso per cápita, lo que merma las posibilidades de llevar una alimentación adecuada, reflejándose de manera negativa en la malnutrición del menor de 5 años. Resultados coincidentes con el artículo de ARMIJOS PA, FEJIO LD, JUELA QC. Y Colaboradores del año 2015 donde refiere “Los determinantes sociales identificados en las familias de los niños fueron escolaridad, vivienda insalubre, residencia, salario y calidad de vida deteriorada, se presentan en la mayoría de los niños con problemas nutricionales relacionados con el déficit (desnutrición y bajo peso).¹⁰

La influencia que tiene **la escolaridad de la madre** en la desnutrición infantil, encontramos que aquellas madres que contaban con escolaridad básica es decir primaria y secundaria tenían niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición representando el 18 % del total de la población, presentándose los casos más graves de desnutrición con madres analfabetas. La escolaridad materna también sin duda alguna es un factor que influye para prevenir la desnutrición, es importante que la madre posea los conocimientos necesarios que permitan a la madre identificar la desnutrición y sus complicaciones, además de cómo prevenirla. Al medir el nivel de conocimientos en el presente estudio de investigación encontré

que existe algún nivel de conocimientos sobre la desnutrición, sin embargo al ser más específicos encontramos que el 58 % de las madres no pueden identificar cuáles son los signos de la desnutrición así como sus consecuencias, así como la mala percepción del crecimiento y desarrollo del niño que trae como consecuencia que esta se diagnostique en etapas avanzadas. Lo anterior comparado con el estudio realizado por Benta AA, Ciera A. Kimani-ME, en 2012. Ellos refieren que son múltiples los factores asociados a la desnutrición, sin embargo uno de los factores de mayor peso es la educación de la madre, es un importante predictor de retraso en el crecimiento infantil además el efecto de la educación de la madre en el retraso del crecimiento infantil es sólo mínimamente atenuada por factores en el niño, la madre, el hogar y nivel de la comunidad.⁶

La lactancia materna es un factor que es fundamental para el crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, siendo esta crucial en los primeros 6 meses, en el grupo de estudio la gran mayoría sabían de la importancia de la lactancia materna, aquellas madres que no consideraron importante lactancia se encontró que niños con desnutrición, al realizar el análisis comparativo del estudio realizado por **Gaurav K, Poudel IS, Bhattarai S, Pradhan PM, Pokharel PK** en las comunidades de las zonas montañosas de Nepal se realizó un el estudio donde se dio a conocer la importancia de la alfabetización y la lactancia materna exclusiva para la prevención de la desnutrición.⁸

Los hábitos alimenticios y una alimentación adecuada son un factor que determinan la salud del menor de 5 años, esto se logra al combinar los grupos de alimentos el plato del buen comer que las madres participantes en el estudio desconocen, influyendo en la dieta familiar ya que al investigar se investigó cuales grupos de alimentos eran consumidos durante la semana en cada hogar se encontró lo siguiente que la alimentación es a base de harinas y azúcares, así como la inclusión de alimentos chatarra, por el bajo poder adquisitivo económico, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, de los niños. lo encontrado en el presente estudio contrasta con el un estudio realizado Zana Medebay Tigray en el Norte Etiopia que habla sobre El estado de

nutrición de los niños menores de 5 años los determinantes encontrados fueron: momento de iniciación de la lactancia materna, el sexo del niño, el nivel educativo de los padres, tipo de alimento utilizado para el arranque de la alimentación complementaria, y la capacidad de las madres para las toma de decisiones financiera presento influencia en la desnutrición de los niños en este grupo de edad.¹¹

IX. CONCLUSIONES.

La desnutrición infantil es un grave problema de salud pública, el cual tiene implícitos múltiples factores, la escolaridad de la madre es un factor que influye en la salud del menor de 5 años, se encontró que a menor escolaridad mayor incidencia de niños con desnutrición en la familia, presentándose los casos más graves de desnutrición en aquellas madres que poseían escolaridad básica(primaria) , trayendo consigo una serie de complicaciones graves para el menor de 5 años, siendo algunas de ellas, las hospitalizaciones frecuentes por infecciones oportunistas y en casos más graves hasta la muerte, a futuro la desnutrición también afecta al niño, disminuyendo su capacidad intelectual y física. La escolaridad de la madre también representa una barrera, ya que no le permite, adquirir los conocimientos necesarios para identificar la desnutrición y sus complicaciones, considerada la escolaridad dentro de los lineamientos normativos un factor de mal pronóstico para el menor de 5 años, es tarea del médico familiar crear estrategias de atención integral que le permitan brindar educación para la salud efectiva, desde el abordaje del binomio madre- hijo desde la esfera biopsicosocial.

Existe aún un brecha amplia para abatir la desnutrición, otro de los factores encontrados fue el ingreso económico familiar y el número de integrantes por familia que no permite tener una alimentación de calidad, ya que a mayor número de miembros de una familia, menor ración alimenticia. Además que merma la capacidad adquisitiva, haciendo que la alimentación se base de harinas y azúcares, que favorecen al déficit proteico calórico, la lactancia materna sin duda alguna es un factor favorecedor para que no aparezca desnutrición en el menor de 5 años.

Ante la presencia de uno o más de los factores anteriores justifican que el médico familiar programe una serie de actividades clínicas, diagnósticas y terapéuticas, en caminadas a prevenir la desnutrición infantil, así como abatir sus factores condicionantes, es necesario ampliar el foco de atención al paciente, prestando especial atención al entorno familiar, entendiendo que la familia es un organismo social que trabaja de manera conjunta, haciéndose necesaria la atención integral por parte del médico familiar al paciente- familia y su entorno social, que permita identificar los múltiples problemas implícitos en la desnutrición infantil y sus

consecuencias a corto y largo plazo. Además de que las habilidades terapéuticas y psicosociales que posee el médico familiar, permiten ofrecer un verdadero nivel de atención integral a la familia.

X. RECOMENDACIONES.

1. Organizar y coordinar sesiones de capacitación dirigidas a madres de familia, con técnicas educativas que permitan la comprensión de los temas.
2. Realizar redes de apoyo a nivel familiar para reorientación nutricional, que favorezcan al manejo adecuado del paciente desnutrido y para llevar una alimentación adecuada, con productos de la región y acorde al ingreso familiar.
3. Realizar la atención integral de la familia con niños con problemas de desnutrición en la consulta de medicina familiar.
4. Aplicar el proyecto a otras poblaciones.

XI. BIBLIOGRAFIA.

1. Crespo C, Escudero A, Florencio MJ, Escudero P, Arias M, Conde A, Fernández R, Molina C, Barbero B, et al. Hoy cumpló 1531. Revista de UNICEF España. 2012; número (216):1-16.
2. Legendre M. , La Convención sobre los Derechos del Niño 20 DE NOVIEMBRE DE 1989 Convención sobre los Derechos del Niño · UNICEF Comité Español /775. www.unicef.es unicef@unicef.es
3. Norma Oficial Mexicana Para la atención a la salud del niño.NOM-031-SSA2-1999.
4. Cordero VD, Mejía SM. Los nuevos patrones de crecimientos de la OMS.¿Estamos creciendo bien? Consultar www.ops.org.bo OPS/OMS, 200735 p.
5. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
6. Benta AA, Ciera A. Kimani-ME,. Effect of mother's education on child's nutritional status in the slums of Nairobi , BMC Pediatrics 2012, 12:80.
7. Maternal Education, Birth Weight, and Infant Mortality in the United States, Demography. 2013 April ; 50(2): 615–635. doi:10.1007/s13524-012-0148-2.
8. Tiwari R, M AL, Kingsley Emwinyore Agho. Determinants of stunting and severe stunting among under-fives:evidence from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey BMC Pediatr. **2014**; 14: 239.
9. Fakir AM, Khan MW. Determinants of malnutrition among urban slum children in Bangladesh. ,Health Econ Rev. 2015 Dec;5(1):59.

10. Armijos PA, Feijo LD, Juela QC. Influencia de los determinantes sociales sobre el estado nutricional de niños/as menores de 5 años de edad que acuden al centro de salud Biblian. 2015.
11. Alemayehu M, Tinsae F, Haileslassie K, Seid O, Gebregziabher G, Yebyo H. *eat al Under nutrition status and associated factors in under-5 children, in Tigray, Northern Ethiopia.* Nutrition. 2015; Jul-Aug; 31(7-8):964-70.
12. Benta Un Abuya, James Ciera, y Kimani-ME. Effect of mother's education on child's nutritional status in the slums de Nairobi. , BMC Pediatrics 2012, 12:80.
13. Tigga PL, Sen J, Mondal N. Association of some socio-economic and socio-demographic variables with wasting among pre-school children of North Bengal, India. Ethiop J Health Sci. 2015 Jan; 25(1):63-72.
14. Wisbaum w. La desnutrición infantil, Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento UNICEF España 2011: 1 21.
<https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion>
15. Way C. *Reimaginar el futuro: Innovación para todos los niños y niñas.* UNICEF 2015.:1-72.
www.unicef.org/spanish/.../SOWC_2015_Summary_Spanish_Web.pdf
16. Gutiérrez JP, Rivera-D J, Shamah-LT, Villalpando-HS, Franco A, Cuevas-NL, Romero-M M, Hernández-AM et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.
17. Ayala-Gaytán EA, Díaz Durán-Hernández A. Infraestructura, ingreso y desnutrición infantil en México. Salud Publica México 2015; 57:22-28.

18. Hernández M, Rivera DJ, Gutiérrez JP, Lazcano E, Reyes H, Alpuche AC. ENSANUT 2012. Análisis de sus principales resultados Salud Pública de México. 2013; 55(Sup.2):S81-S82 ensanut.insp.mx/

XII. ANEXOS.

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Conocimiento: Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

Autocuidado o cuidado personal: es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

Paciente: Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

Prevención secundaria: Son todas aquellas actividades o acciones que están encaminadas a lograr el diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de limitar los daños a la salud

Morbilidad: Es la presentación de una enfermedad o daño que ocurre sobre una población específica, en un lugar y tiempo determinado.

Mortalidad: Son las defunciones que ocurren en una población, en un lugar específico y tiempo determinado

Ablactación: a la incorporación de alimentos diferentes a la leche.

Antropometría, a la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.

Atención integrada, al conjunto de acciones que se proporcionan al menor de cinco años en la unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta e incluyen: vigilancia de la vacunación, vigilancia de la nutrición, atención motivo de la consulta, capacitación de la madre y atención a la salud de la madre.

Censo nominal, a la fuente primaria del Sistema de Información de los componentes de Vacunación Universal y Nutrición, donde se registran el nombre, edad, domicilio, esquema de vacunación, peso, talla y otras acciones, que realizan las instituciones del Sistema Nacional de Salud en beneficio de la población menor

de ocho años, y de las embarazadas que residen en el área geográfica de su responsabilidad.

Comunicación, a la acción de informar la presencia de padecimientos o eventos, por parte de fuentes que pertenecen al Sistema Nacional de Salud.

Comunicación educativa, al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

Crecimiento, al proceso fisiológico por el cual se incrementa la masa celular de un ser vivo, mediante el aumento en el número de células (hiperplasia), en el volumen de las células (hipertrofia) y en la sustancia intercelular.

Desarrollo, a la diferenciación progresiva de órganos y sistemas. Se refiere a funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.

Desnutrición, al estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además se clasifica en aguda y crónica.

Desnutrición aguda, al trastorno de la nutrición que produce déficit del peso sin afectar la talla (peso bajo, talla normal).

Desnutrición crónica, al trastorno de la nutrición que se manifiesta por disminución del peso y la talla con relación a la edad.

Desnutrición leve, trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos una y menos 1.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Desnutrición moderada, trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos dos y menos 2.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Desnutrición grave, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de tres o más desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Lactancia materna exclusiva, a la alimentación de los niños con leche materna, como único alimento, durante los primeros cuatro meses de vida.

Lactante, al niño menor a dos años de edad.

Longitud; estatura; talla, medidas del eje mayor del cuerpo. La longitud se refiere a la talla obtenida con el paciente en decúbito; en tanto que la estatura se refiere a la talla con el paciente de pie. Para los fines de esta Norma, se utilizará talla como sinónimo de longitud y estatura.

Macronutriente, a los sustratos energéticos de la dieta, incluye a los hidratos de carbono,

Nutrición humana, al aporte y aprovechamiento de nutrientes, que se manifiesta por crecimiento y desarrollo.

Orientación alimentaria, al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, sobre las características de los alimentos y la alimentación; para favorecer una alimentación correcta a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta sus condiciones físicas, económicas y sociales; la adquisición, conservación, manejo, preparación y consumo, así como la disponibilidad y acceso de los alimentos.

Peso, a la medida de la masa corporal.

Peso para la edad, al índice resultante de comparar el peso de un niño, con el peso ideal que debiera presentar para su edad. El ideal corresponde a la mediana de una población de referencia.

Peso para la talla, al índice resultante de comparar el peso de un niño, con la talla que presenta, como método ideal para evaluar el estado nutricional en mayores de un año.

Sonometría, a la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.

Talla para la edad, al índice resultante de comparar la talla de un niño con la talla ideal que debiera presentar para su edad. La talla ideal corresponde a la media de una población de referencia.

ANEXO 2. ENCUESTA

ENCUESTA PARA MEDIR LA RELACION DEL NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL, EN EL EJIDO DE CEIBA PUYACATENGO 2DA SECC. TACOTALPA, TABASCO.

INSTRUCCIONES: LEA CUDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS Y RESPONDA ACORDE A SU CRITERIO.

NUMERO DE ENCUESTA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

DERECHOHABIENCIA: _____

1.- SU ESTADO CIVIL ES: _____

1) SOLTERA 2) CASADA 3) DIVORCIADA 4) VIUDA 5) UNION LIBRE

2.- GRADO DE ESTUDIO ALCANZADO? _____

1).ANALFABETA 2).PRIMARIA 3).SECUNDARIA 4).BACHILLERATO
5).PROFESIONAL, 6).PRIMARIA INCOMPLETA 7).SECUNDARIA INCOMPLETA.

3.- ¿CUAL ES SU OCUPACION ACTUAL? _____

1).AMA DE CASA 2).EMPLEADA DOMESTICA 3)PROFESIONISTA 4) TRABAJO DE CAMPO 5) OTROS

4.- QUE RELIGION PROFESA? _____

1).-CATÓLICA 2).ADVENTISTA 3).TESTIGO DE JEHOVÁ 4).EVANGÉLICA 5).OTROS

5.- CUAL ES EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR PROMEDIO: _____

1) MENOS 1000 PESOS 2) 2000 PESOS 3) 3000 PESOS 4) MAS DE 4000

6.- CUÁNTOS HIJOS TIENE USTED? _____

1).- UNO 2).- DOS 3) TRES O MÁS

7.- CUANTOS MENORES DE 5 AÑOS TIENE? _____

1) UNO 2).- DOS, 3).- TRES 4): CUATRO

8.- ¿EN RELACIÓN AL NACIMIENTO DE SUS HIJOS QUÉ LUGAR OCUPA EL NIÑO?

1) UNO 2).- DOS, 3).TRES 4): CUARTO 5) QUINTO

9.- ¿EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DE SU HIJO?:

1) 1 AÑO 2) 2 AÑOS 3) 3 AÑOS 4) 4 AÑOS 5) 5 AÑOS

10 ¿ SEXO DE SU HIJO?

1) MASCULINO 2) FEMENINO.

11. ¿CUÁL ES LA TALLA DE SU HIJO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA SE TOMARA DE LA ESTADÍSTICA DEL CENTRO DE SALUD.

TALLA _____

12.- ¿PESO DE SU HIJO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA SE TOMARA DE LA ESTADÍSTICA DEL CENTRO DE SALUD.

PESO _____

13.- ¿SEGÚN SU CRITERIO EL ESTADO NUTRICIONAL DE SU HIJO ES?

1) .PESO NORMAL 2) .-DESNUTRIDO

14.- ¿SABE CÓMO EVITAR LA DESNUTRICIÓN?

1) SI 2) No

15.- ¿CONOCES LOS SIGNOS DE LA DESNUTRICIÓN?

1) SI 2) No

16 ¿SUS HIJOS ANTERIORES SE HAN DESNUTRIDOS?

1) SI 2) No

17.- ¿A QUÉ EDAD INICIA ALIMENTOS DIFERENTE A LA LECHE EN SUS HIJOS?

- 1) 4 MESES 2) 6 MESES 3) AL AÑO
- 18.- **¿CONOCE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA?**
1) SI 2) No
- 19 **¿CONOCE LAS CONSECUENCIA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL ?**
1) SI 2) No
- 20.- **¿SABE QUÉ HACER CUANDO SU HIJO ESTA DESNUTRIDO?**
1) SI 2) No
- 21.- **¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE LA NUTRICIÓN DE SUS HIJOS?**
1) SI 2) No

CALIDAD DE LA ALIMENTACION

- 22 **¿QUE TIPO DE ALIMENTACIÓN LE PROPORCIONA A SU HIJO?**
1) LACTANCIA MATERNA
2) FÓRMULAS.
3) LACTANCIA MATERNA Y FÓRMULAS.
4) LACTANCIA MATERNA VERDURAS Y CARNE
5) FORMULA, VERDURAS Y CARNE
6) VERDURAS Y CARNE
7) VERDURAS CARNE Y LECHE DE VACA
- 23.- **CUANTAS VECES AL DIA ALIMENTA AL NIÑO?**
1) MENOS DE TRES VECES AL DIA
2) 3- 5VECES AL DIA
3) MAS DE 5 VECES AL DIA
- 24.- **CUANTAS VECES POR SEMANA ALIMENTA A SU HIJO CON FRUTAS Y VERDURAS?_____**
- 25.- **CUANTAS VECES POR SEMANA LE DA AL NIÑO TORTILLAS PAN, :_____**
- 26.- **CUANTAS VECES POR SEMANA LE DA A SU HIJO CARNES ROJAS Y BLANCAS?_____**
- 27.- **CUANTAS VECES POR SEMANA LE DA AL NIÑO DE COMER CEREALES, FRIJOL, ARROZ MAIZ:_____**
- 28.- **CUANTAS VECES POR SEMANA LE DA AL NIÑO ALIMENTOS QUE CONTENGAN AZUCARES?_____**
- 29.- **¿CONOCE EL PLATO DEL BUEN COMER?**
1) SI 2) No
- 30.- **¿CUÁNTAS VECES POR SEMANA CONSUME POZOL?**
1) SI 2) No

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Lugar	Ceyba Puyacatengo 2 sección Tacotalpa Tabasco .
<p>Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:</p>	
	¿Cuál es la que existe entre la escolaridad de la madre y la desnutrición
El objetivo del estudio es:	Evaluar la relación que existe entre la escolaridad de la madre y la desnutrición es en niños menores de 5 años de edad.
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Contestar el cuestionario estructurado para esta estudio así como permitir que pesen y midan a mi hijo.
<p>De acuerdo a los estatutos de la Asociación Médica Mundial sobre los principios bioéticos promulgados en la Declaración de Helsinki. Declaro que se me ha informado ampliamente que no corro ningún riesgo , inconveniente y molestia derivados de mi participación en el estudio.</p>	
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en la unidad de salud. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial y que los resultados del mismo serán publicados con fines científicos. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por lo que convengo en participar en este estudio de investigación</p>	
Nombre y Firma	