

Factores asociados al estado nutricional en niños de cinco años

En una zona rural marginada de Jalisco

Dr. David Rodríguez Medina*
Dra. Irma Carolina Bonilla Rosales*
Dr. Alejandro Sedano Ramos*

Resumen

El estado nutricional infantil es, reflejo de la estructura socioeconómica del país, por lo cual es necesario adentrarse en el problema en los grupos más vulnerables como las comunidades rurales, buscando a través de su caracterización alternativas de solución más factibles.

El propósito es identificar factores relacionados a la desnutrición en preescolares de una zona rural.

Se aplicó una encuesta comunitaria de corte transversal, en 10 comunidades rurales marginadas, se incluyeron niños menores de 5 años. Se aplicó encuesta familiar con un cuestionario estructurado solicitando información acerca de los conocimientos de la madre sobre la salud de su hijo, aspectos socioeconómicos de la familia. Los índices antropométricos de referencia fueron las tablas del National Center of Health Statistics 1994. Se contrastaron las diferencias con prueba estadística paramétrica.

Se estudiaron 398 niños, 50.7% masculinos y 49.3% femeninos. 38.3% mostraron algún grado de desnutrición. Resalta la edad más vulnerable entre 36 a 42 meses en los niños y 24 a 36 meses en las niñas. La escolaridad materna y el ingreso económico menor a un salario mínimo tuvieron relación con la desnutrición. No se encontró esta relación con sexo, actividad del jefe de familia, destete temprano, conocimientos maternos sobre crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, atención médica y número de veces de enfermedad por año.

Se ratifica la relación entre la escolaridad materna y el ingreso familiar miserable con la desnutrición de niños menores de cinco años.

Palabras clave: Desnutrición rural, escolaridad materna

Summary

The nutritional state of children it reflects the socioeconomic structure of the country, by which is necessary to understand the problem in the groups but vulnerable as the rural communities.

To identify factors related to the malnutrition in children of one rural zone. It applied a common survey of cut transversal, in 10 rural communities, children less than 5 years were included. It applied family survey with a questionnaire structured requesting information about the knowledge of the mother upon the health of its son, socioeconomics aspects of the family. It was utilized, the anthropometrics indicator of the boards of the National Center of Health Statistics 1994.

Were studied 398 children, 50.7% male and 49.3% female. 38.3% it showed some degree of desnutrición. It stands out the most vulnerable age among 36 to 42 months in the children and 24 to 36 months in the girls. The maternal school degree and the smaller economic income to a most minimum salary had relation with the malnutrition. This relation with sex was not found, activity of the leader of family, destete early, maternal knowledge upon growth and development, early stimulation, medical attention and illness times number per year. The relation is ratified among the school degree and the narrow family income with the malnutrition of children less than five years.

Key words: malnutrition in children, rural zone

*Centro Universitario de Ciencias de la Salud O. P. D. Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco.

Correspondencia: Sebastian Bach 5649, Col. La estancia, Zapopan, Jalisco, CP. 45030.

Introducción

La desnutrición está 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. Cerca de 12 millones de niños menores de 5 años mueren en países subdesarrollados, por causas previsibles¹.

Se ha propuesto desde 1996 por la FAO, como planes de acción, la estabilidad económica y social para mejorar la inseguridad alimentaria, resaltar la importancia de la participación de la mujer en la seguridad de la familia y la nutrición de sus hijos y la importancia de la alimentación al seno materno.

En México la alimentación es deficiente hasta en un 30% de los habitantes, quienes consumen una dieta inadecuada y más de 45 millones de mexicanos no cuentan con capacidad de adquirir los alimentos mínimos necesarios e indispensables para su salud. Se han encontrado cifras distintas de acuerdo a la región, de tal forma que se observa desnutrición infantil en el 41% en el Estado de Tabasco y 94.7 % en la zona Huichola de Jalisco²⁻⁶.

Para la valoración del estado nutricional se utilizan por su accesibilidad los índices antropométricos, el más difundido en nuestro medio es la clasificación de Gómez, en el Estado de Jalisco se ha adoptado como valores de referencia los publicados por la OMS en 1994, patrones realizados por The National Center of Health Statistic para niños de 0 a 6 años de edad.

Material y métodos

Con el objeto de identificar factores relacionados a la desnutrición en niños preescolares de una zona rural marginada de Jalisco y conocer la prevalencia de la desnutrición, así como las características socioeconómicas de las familias se realizó una encuesta comunitaria de corte transversal durante el período comprendido entre el primero de febrero al 30 de mayo de 1998, en 10 de las 33 comunidades rurales del municipio de Hostotipaquillo, Jalisco.

De 32 mujeres de las mismas comunidades, del curso para formación de agentes rurales, se entrenaron durante un mes, especialmente a 10 para la toma de peso y talla a los niños. Posteriormente se acudió a cada comunidad y se tomó peso y talla a todos los niños, el peso se tomó con una báscula con estadímetro marca Torino para mayores de 2 años con precisión de 100 gr.; que marcó cero antes

de cada medición. Para niños menores de 2 años, una báscula calibrada con límite máximo de 15 kg. Cada semana se calibraron las básculas usando un objeto de peso conocido. Se pesaron con ropa interior y sin zapatos. Para la talla se utilizó el estadímetro para los mayores de 2 años sin calzado, pies juntos, se tomó el medio centímetro más cercano a la cabeza; en menores de 2 años se tomó en posición supina con un infantómetro de madera con precisión de un milímetro.

Al mismo tiempo se aplicó a la madre de cada niño un cuestionario con datos de identificación y ficha clínica. Datos socioeconómicos de la familia, ingreso económico familiar máximo, actividad principal del jefe de familia, escolaridad máxima del jefe de familia. Antecedentes de alimentación del niño, edad del destete, conocimientos de la madre sobre estimulación temprana, crecimiento y desarrollo y como obtuvo la información. Datos relacionados con la salud del niño, cuantas veces se enfermó en los últimos 6 meses, si la madre cree que las enfermedades frecuentes afectan el desarrollo y crecimiento de su hijo y si se lleva control del crecimiento y desarrollo del niño.

Resultados

Se estudiaron 398 niños de los cuales 202 (50.7%) correspondieron al sexo masculino y 196 (49.3%) al sexo femenino. Del total, 217 niños (54%) no tenían desnutrición; 153 (38.3%) mostraron algún grado de desnutrición para peso/edad en niños menores de 6 meses y peso/talla para mayores de 6 meses y menores de 5 años, de estos 106 (69.3%) tuvieron desnutrición leve , 40 (26.1 %) moderada y solo 7 (4.6 %) desnutrición severa. El resto, 28 niños (7 %) tuvieron sobrepeso.

La distribución por sexo de los niños con algún grado de desnutrición fue 78 (51 %) para el masculino y 75 (49 %) para el femenino.

La frecuencia encontrada en las distintas edades de los niños de acuerdo a su estado nutricional fue para los sanos menores de 1 año 25.3%, para los de 2 -3 años 46%, y para los de 4 - 5 años 28.6 %. De los niños con desnutrición leve se observó en el grupo menor de un año una frecuencia de 23.6 %, en el de 2 -3 años 50.9 % y en el de 4 - 5 años 25.7 %. La desnutrición moderada se observó en 37.5% dentro del grupo menor de un año y en el de 2-3 años, y 25% en el de 4 - 5 años.

La distribución porcentual de la desnutrición severa fue 28.6% para el grupo menor de un año, 57.1% para el de

Estado nutricional de una población rural distribución por edad

Edad	Sano	Leve	Moderada	Severa	Sobrepeso	Total
> 1 año	55	25	15	2	15	112
2 - 3 años	100	54	15	4	6	179
4 - 5 años	62	27	10	1	7	107
Total	217	106	40	71	28	398

Cuadro 1.

2-3 años y de 14.3% para el de 4 - 5 años. Los 28 pacientes con sobrepeso se distribuyeron porcentualmente de la siguiente manera: 53.6% para menores de un año; 21.4% para los de 2-3 años y 25 % para los de 4 -5 años, ver cuadro 1.

La mayor frecuencia de desnutrición observada en el sexo masculino fue entre 36 y 47 meses de edad con un total de 32 pacientes (15.8 %) y para el femenino entre los 48 y 59 meses de edad con 37 pacientes (40.2 %).

Respecto a las características socioeconómicas de las familias de la población infantil estudiada 352 (88%) perciben un salario máximo familiar inferior al salario mínimo.

En 4 familias (1%) el ingreso familiar es superior a 3 salarios mínimos. La actividad principal del jefe de familia en 335 (84%) es la agricultura; 12 (3%) ganadero; 10 (2.5%) comerciante; 10 (2.5%) se ignora; 7 (2%) obrero y 21 (6%) otros.

En cuanto a la escolaridad se encontró que 175 (44%) de alguno de los padres solo cursó la primaria; 113 (28%) no terminó la primaria; 74 (19%) la secundaria, 5 (1%) preparatoria o más, y en 6 (1%) se ignora.

En los 398 niños estudiados, el destete se hizo en 122 (31%

) antes de los 6 meses de edad, en 219 (55%) entre los 6 - 12 meses y en 26 (7%) después de los 12 meses. La respuesta de la madre a la pregunta si sabe que es estimulación temprana fue negativa en 326 madres (82 %), y positiva en 72 (18 %). La respuesta a si sabe lo que es el crecimiento fue negativa en 140 madres (35%), y positiva en 258 (65%), sobre conocimiento de desarrollo la respuesta fue negativa en 142 (36%) y positiva en 256 (64%).

En relación al número de veces que el niño se enfermó en los 6 meses anteriores al estudio, se refirió de 1 a 2 episodios en 182 (46%), de 3 - 4 episodios en 60 (15%), de 5 - 6 episodios en 16 (4%) y de 7 ó más episodios en 1 (.025%).

Cuando se interrogó si las enfermedades no afectan el crecimiento y desarrollo del niño, 67 madres (17%) contestaron negativamente y 331 (83%) positivamente.

De la misma forma 202 niños (50.8%) no tenían control médico de crecimiento y desarrollo de ellos 30 (7.5%) tuvieron accesibilidad a alguna institución pública y 166 (41.7%) sin posibilidad de cobertura de servicios de salud.

Discusión

Los datos recabados durante el estudio confirman que la desnutrición sigue siendo un problema de salud en las comunidades rurales, al encontrarse que, más de la tercera parte de los niños cursan con algún grado de desnutrición, situación que poco difiere con los hallazgos multicommentados en diversos foros nacionales e internacionales¹⁻³.

Llama la atención la observación de dos situaciones muy relacionadas, la primera en los niños con desnutrición severa, donde el grupo de edad mas afectado fue el de 2-3 años, y la segunda es que la mayor frecuencia de sobrepeso se observó en los lactantes menores; la única explicación es que muy probablemente sea efecto del programa de incremento a la alimentación al seno materno, de tal manera que el estado nutricional se afecta al inicio del destete y ablactación.

Resalta el hecho que la comunidad estudiada vive en la miseria, con bajos ingresos económicos, lo cual lógicamente repercute en la adquisición de nutrientes y por lo tanto en el buen desarrollo físico e intelectual de la población⁴⁻¹². Se explica también el analfabetismo ya que la educación deja de ser prioritaria, y consecuencia de ello es la falta de interés en información sobre problemas de salud como el control del crecimiento y desarrollo de los niños. La marginación de la población conlleva la falta de servicios de salud lo cual agrava la situación de las comunidades, como la del estudio.

Los resultados nos hacen reflexionar nuevamente sobre un problema latente que cada día se hace más grave por las crisis económicas, y que con todos los esfuerzos del equipo de salud no es posible resolver, porque en sí no es problema médico, es un problema político, y es a dicho sector, a quien se debe involucrar.

Bibliografía

1. **The silent emergency:** The State of World's Children. UNICEF 1998.
2. **Lastra ELG, Roldan FSG, Hernandez ME, Hernández TAP, Lechuga PFG.** Prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años de Tabasco. Salud Pública de México 1998; 40: 408-414.
3. **Macías P, Vázquez EM, Nápoles F, Romero E.** Frecuencia de desnutrición del niño en la comunidad huichol de Tuxpan municipio de Bolaños, Jalisco. Rev Mex Ped 1991; 58: 279-288.
4. **Maberly GF.** Iodine deficiency in Georgia: Progress towards elimination. Summary report the program against micronutrient malnutrition, Atlanta Apr-May 1997.
5. **World Bank.** Enriching Lives: Overcoming vitamin and mineral malnutrition in developing countries en: The silent emergency: The State of World's Children. UNICEF 1998
6. **Asworth A.** Growth rates in children recovering from protein-calorie malnutrition. Br J Nutr 1969; 23: 485
7. **World Food Summit en:** The State of the World Children UNICEF 1998
8. **Draper A.** Child development and iron deficiency: early action is critical for healthy mental, physical and social development. Oxford Brief, opportunities for micronutrient interventions. Washington DC, may 1997.
9. **Mcgregor G.** A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development. J Nutr 1995; 125: 2235.
10. **Martorell.** The role of nutrition in economic development. Nutr Rev 1996;56: 70S
11. **De Zoysa I, Rea M, Martinez J.** Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? As cited in a warm chain for breastfeeding. Lancet 1994; 334: 1239.
12. **Mahan K, Scott S.** Evaluación del estado nutricional. Nutrición y Dietoterapia. McGraw-Hill Interamericana. 9ª edición, México 1996: 381.