

## **Factores sociodemográficos y su relación con el diagnóstico nutricional del preescolar**

**Mitzi Areli López Jiménez**

Universidad Mexiquense de Toluca

ORCID 0009-0000-3381-7429

mitzi.lopez.lnu@colmexuni.edu.mx

**César Uziel Estrada Reyes**

Universidad Mexiquense del Bicentenario

ORCID 0000-0003-4932-2214

cesar.estrada@umb.mx

**Alejandra Karina Pérez Jaimes**

Investigador con Reconocimiento por el Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología

por la Universidad Mexiquense del Bicentenario

ORCID 0000-0003-3079-1782

ejd.akpj@gmail.com

### **RESUMEN**

La importancia del desarrollo, el estado de nutrición y el diagnóstico nutricional en la etapa pediátrica conforme a todos los factores sociodemográficos que los rodean es de gran relevancia debido a que en esta edad es donde se estructura gran parte de sus costumbres y hábitos. Entre los 4 y 6 años los niños asumen sus patrones de comportamiento, base primordial para la toma de decisiones, gustos o disgustos. Objetivo: analizar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y el estado de nutrición en pacientes pediátricos en etapa preescolar. Material y Métodos: tipo de estudio observacional analítico transversal prospectivo. La población fue de 98 la muestra con la que se trabajó se estableció de 69 seleccionados a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia. Se utilizó una báscula digital marca Omron HBF-514 y un estadiómetro de pared con 2 metros de largo marca genérica, modelo JSM-SH-2M-1. Para analizar la relación se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada tomando como significativo un p valor menor a 0.05. Resultados: la principal remuneración económica de los menores, el promedio fue para eutrofia con un 44% de acuerdo a una remuneración por trabajo propio, en el mismo diagnóstico para remuneración por apoyo de pareja fue de 56%, y un 0% para apoyo familiar. Seguimiento del diagnóstico de sobrepeso donde hubo un 50% para trabajo propio y un 50% para remuneración por la pareja, sin ningún porcentaje en el caso de apoyo familiar. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables ( $p=0.09$ ). Conclusión: se identificó una prevalencia en el diagnóstico de sobrepeso y

obesidad. Se observó para el diagnóstico de eutrofia un 44% para madres en relación de unión libre. Seguimiento del diagnóstico de sobrepeso donde un 43.8% para un estado civil casado, en el diagnóstico de obesidad un 35.7% para madres casadas.

Palabras clave: factores sociodemográficos, diagnóstico nutricional y preescolar

## **Sociodemographic factors and their relationship with preschool nutritional diagnosis**

### **ABSTRACT**

The importance of development, nutritional status and nutritional diagnosis in the pediatric stage according to all the sociodemographic factors that surround them is of great relevance because at this age is where a large part of their customs and habits are structured. Between the ages of 4 and 6, children assume their behavior patterns, the primary basis for decision-making, likes and dislikes. Objective: to analyze the relationship between sociodemographic factors and nutritional status in pediatric patients in the preschool stage. Material and Methods: type of prospective cross-sectional analytical observational study. The population was 98, the sample with which we worked was established from 69 selected through a non-probabilistic convenience sampling. An Omron HBF-514 brand digital scale and a 2 meter long generic brand JSM-SH-2M-1 wall stadiometer were used. To analyze the relationship, the Chi-square statistical test was used, taking a p value less than 0.05 as significant. Results: the main economic remuneration of minors, the average was for eutrophy with 44% according to remuneration for own work, in the same diagnosis for remuneration for partner support it was 56%, and 0% for family support. . Followed by the diagnosis of overweight where there was 50% for own work and 50% for remuneration by the partner, without any percentage in the case of family support. No statistically significant relationship was found for these variables ( $p=0.09$ ). Conclusion: a prevalence in the diagnosis of overweight and obesity was identified. For the diagnosis of eutrophy, 44% were observed for mothers in a free union relationship. Followed by the diagnosis of overweight where 43.8% for a married marital status, in the diagnosis of obesity 35.7% for married mothers.

Keywords: sociodemographic factors, nutritional diagnosis and preschool

### **INTRODUCCIÓN**

Actualmente hay una serie de factores que afectan la alimentación o elección de alimentos y en los niños esto es aún más notorio de acuerdo a el diagnóstico nutricional de los preescolares esté mismo se ve afectado en su crecimiento, desarrollo, elección, nutrición, motricidad, entre otros y a nivel

mundial México en 2020 ocupaba el segundo lugar en obesidad cumpliendo con estadísticas como adultos de 20 años o más con un 39.1% con sobrepeso y 75.2 con obesidad, mientras que en el caso de los niños de 0 a 4 años 22.2 % tienen riesgo de sobrepeso y los de 5 a 11 años 35.6 % ya muestran esta condición y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, OMS, México puede ser considerado como un país mayoritariamente malnutrido (Breilh et al., 2023).

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, estiman que en México 2.8% de los niños y niñas menores de 5 años presentan bajo peso, el 13.6% muestra baja talla y el 1.6% desnutrición aguda. Unicef también indica que 59% de los niños tuvo una diversidad mínima en su dieta y el 18% no consumió frutas ni verduras (Macías et al., 2014).

Esto significa que, mientras algunas personas tienen insuficiencia de nutrientes dando como resultado a la desnutrición, otras que cuentan con un exceso de uno o más nutrientes en la dieta y el resultado es sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares. Esto nos indica la inadecuada alimentación infantil que existe en México a gran consecuencia de los factores sociodemográficos que rodean a los niños.

La elección de alimentos a esta edad se ve afectada por los factores sociodemográficos que rodeen al menor ya que en esta edad aún no existe una absoluta decisión propia sobre sus alimentos, pero si comienza con la idealización de la misma.

Un ambiente familiar es un factor muy influyente para la elección de alimentos del menor y es una razón muy estudiada del porque pueden existir o no anomalías en el diagnóstico nutricional del preescolar, no obstante, hay muchos más factores dependientes de una mal nutrición y la relación existente entre alimentación inadecuada y aparición de enfermedades prevenibles ha hecho que el tema de la búsqueda de la alimentación saludable constituya una prioridad para la salud pública (MedlinePlus, 2022)..

#### *A) Factores sociodemograficos*

Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia. Esto se hace para cada miembro de la población. Según la OMS los factores sociodemográficos en la salud se definen como “las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema

de salud” Y se consideran los factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales (Unicef, 2019).

Existen distintos tipos de factores sociodemográficos tales como; edad, sexo, educación, estado civil, trabajo, religión, ocupación, vínculo familiar, cuidador (dado sea el caso), parentesco, nivel económico, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia (Castellanos et al., 2018).

- El vínculo familiar: Es relevante en la determinación del perfil del cuidador. En general, los cuidadores de personas dependientes suelen ser familiares directos como los padres, dependiendo del receptor de la asistencia.

- El sexo y el estado civil del cuidador: Así como la convivencia son factores que también influyen en la determinación de la persona a cargo del cuidado. En primer lugar, son las madres, abuelas o hermanos.

- Género: La sobrecarga también se ve modulada en función del sexo del cuidador. Diferentes estudios muestran que las mujeres cuidadoras presentan casi el doble de sobrecarga que los hombres cuidadores esto dependiente del estado civil en el que se encuentren.

- Ocupación: Si el cuidador es un trabajador dependiente, se verá afectado para desempeñar su papel como cuidador primario y a esto se debe que el infante sea cuidado por otros miembros de la familia.

- Estado civil: Condición de un individuo según el registro civil, si tiene pareja o no. No existe mucha información disponible respecto al estado civil de los 11 cuidadores, las investigaciones señalan que la población al cuidado de pacientes pediátricos predomina las personas casadas (Fernández et al., 2019).

### *B) Diagnóstico nutricional*

Se resume como la situación clínica nutricional del sujeto sin importar su edad, sexo, condición fisiológica o fisiopatológica. Estado en el que se encuentra el paciente llevando a cabo la evaluación del estado de nutrición, esté de acuerdo con la OMS puede definirse a la evaluación del estado nutricional (VEN) como la “interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos

antropométricos, (bioquímicos) y/o clínicos, y que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia (Mallma & Chuquillanqui, 2022).

**Talla/Edad:** la longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrimentos o enfermedades recurrentes. Es necesario tener la edad y la talla del infante para poder determinar su diagnóstico nutricional, este diagnóstico puede ser variable como (CDC, 2021).

**Peso/Talla:** es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con la talla. Este refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad. Si la talla se ve afectada podría tratarse de una desnutrición crónica, en caso de que la talla no se vea afectada habla de una desnutrición aguda (Aliño, 2007). Es considerado un índice para identificar niños o niñas que están con desnutrición, sobrepeso u obesidad y deficiencias nutricionales agudas. Se utiliza de 0 menos de 5 años de edad e indica el estado nutricional de las últimas semanas (Gutiérrez & Ruiz, 2018).

**Peso/Edad:** es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con la edad es conocido como el índice global del estado nutricional y se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso o bajo peso severo; pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad. El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en un día determinado (Cubero et al., 2012).

**IMC/Edad:** el índice de masa corporal (IMC) es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros. Es una manera fácil y económica para detectar categorías de peso que pueden provocar problemas de salud. Para los niños y adolescentes, el IMC es específico con respecto a la edad y el sexo, y con frecuencia se conoce como el IMC por edad. En los niños, una gran cantidad de grasa corporal puede provocar enfermedades relacionadas con el peso y otros problemas de salud. Tener bajo peso también puede poner a uno en riesgo de problemas de salud (CDC, 2021).

### *C) Etapa preescolar*

La edad preescolar, no resulta habitualmente de la que más información específica podamos encontrar, porque sus características y problemas se abordan comúnmente en el contexto del desarrollo general del ser humano y de afecciones propias de las edades pediátricas en su conjunto. Sin embargo, es la principal aportadora de morbilidad y mortalidad durante la niñez, después de la lactancia, y en ella se estructuran los cimientos fundamentales del desarrollo de la personalidad y se producen acontecimientos físicos y de formación de hábitos que influyen en la calidad de vida a lo largo de la existencia (Pate et al., 2020).

- *Características del preescolar*

En cuanto a las características biológicas de los niños, cuando transcurren los dos primeros años de vida del niño que son correspondientes al periodo de crecimiento acelerado, se pasa a la etapa estable de crecimiento en la edad preescolar de 3 a 5 años y escolar desde los 6 años hasta el comienzo de la pubertad. Durante las edades de los 1 a 3 años, es una etapa que se caracteriza por el establecimiento de los hábitos alimenticios, puesto que se van incorporando poco a poco a la dieta familiar (Domínguez & Olivares, 2008).

El niño en edad preescolar aprende las habilidades sociales necesarias para jugar y trabajar con otros niños. A medida que crece, su capacidad de cooperar con una cantidad mayor de compañeros aumenta. Aunque los niños de 4 a 5 años pueden ser capaces de participar en juegos que tienen reglas, estas probablemente cambien con frecuencia a voluntad del niño dominante (PROFECO, 2023).

**Objetivo:** analizar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y el estado de nutrición en pacientes pediátricos del preescolar Sor Juana Inez de la Cruz en el 2022.

### **Material y Métodos**

La presente investigación fue de tipo, observacional analítico transversal prospectivo.

#### *Población y muestra*

El presente estudio se realizó en la guardería y preescolar "Guardería Colegio Tolloca S.C Estado de México con un índice de confianza del 95% y un margen de error del 5%, utilizando máxima variabilidad y dado que el tamaño de la población fue de 98 la muestra con la que se trabajó se estableció de 69 seleccionados a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia. La fórmula se presenta a continuación.

Criterios inclusión: niños preescolares con una edad de 3 a 5 años que pertenezca a la Guardería Tollocan S.A de C.V. con disponibilidad de los padres para la realización del estudio.

Criterios exclusión: presencia de patología o síndrome que afecte talla y peso, estar bajo algún tratamiento nutricional y preescolares que hayan nacido en pretermino.

Criterios eliminación: preescolar sin disposición al momento de la realización las mediciones, encuesta de los padres presenten datos incongruentes.

#### *Instrumento de recolección de datos*

-Báscula digital marca Omron HBF-514 gris tiene una capacidad máxima de 150 kg, registra hasta 4 perfiles, mide IMC, con dimensiones de 30.3 cm de ancho, 5.5 cm de alto y 32.7 cm de largo.

-Estadiómetro de pared con 2 metros de largo marca genérica, modelo JSM-SH-2M-1.

-Cuestionario de factores sociodemográficos por Arango y colaboradores y fue modificado para evaluar solo lo necesario en la presente investigación.

#### *Técnica de recolección de datos*

El cuestionario será realizado directamente con cada padre de familia de manera individual con el permiso y autorización de la directora del plantel para recabar la información necesaria sobre los factores sociodemográficos. El primer acercamiento con los niños será para la medición de talla con la técnica adecuada la cual consiste en tener a la persona de pie, sin nada en el pelo que obstruya o genere sesgo en la medición, no deberán tener zapatos, mirada hacia el frente con las manos ligeramente despegadas del cuerpo y los pies ligeramente separados utilizando plano de Frankfort. Para la evaluación del peso la báscula deberá contar con una superficie plana, horizontal y firme donde el niño se subirá sin zapatos y con la menor ropa posible, vista hacia adelante, la persona deberá permanecer inmóvil en el momento de la medición.

#### *Procesamiento de datos*

La distribución de las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media) y de dispersión (rangos mínimos, máximos y DE), y para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes. Para analizar la relación que existe entre los factores sociodemográficos con el diagnóstico nutricional del preescolar. Se utilizará la prueba estadística de Chi cuadrada tomando como significativo un p valor menor a 0.05. Todos los datos serán analizados a través del paquete

estadístico SPSS versión 25 y los resultados se presentarán en tablas y gráficas para una mejor interpretación.

## Resultados

**Tabla 1.**

### Distribución por sexo

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	32	46.4
Mujer	37	53.6

En la tabla 1 se observa que tuvo una mayor participación de mujeres que de hombres estos con el 53.6 % (n=37) y 46.4 % (n=32), respectivamente.

**Tabla 2.**

### Distribución por edad

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Edad	4	5.9	5.2	.5

En la tabla 2 habla de que el promedio de edad de los pacientes estudiados fue de 5.2 años ( $\pm 5.2$ ) con un mínimo de edad de 4 años y un máximo de 5.9 años.

**Tabla 3.**

### Evaluación del diagnóstico nutricional por IMC, utilizando peso, talla y tablas de la OMS.

<b>Medición</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
<b>Talla</b>	90.0	119.0	106.2	7.6
<b>Peso</b>	16.4	27.3	20.2	2.4
<b>IMC</b>	13.5	26.7	18.1	2.6

En la tabla 3 se analiza que el promedio de talla de la población fue de 106.2 cm ( $\pm 7.6$ ), un peso con un promedio de 20.2 kg ( $\pm 2.4$ ) y un IMC con un promedio de 18.12 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 2.6$ )

**Tabla 4.**

### Distribución por diagnóstico nutricional

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
<b>Eutrófico</b>	25	36.2
<b>Sobrepeso</b>	16	23.2
<b>Obesidad</b>	28	40.6

En la tabla 4 se observan los resultados del diagnóstico de IMC donde hay un promedio de 36.2 % con eutrofia (n= 25), un 23.2 % con sobrepeso (n=16) y un 40.6 % de obesidad (n=28).

**Tabla 5.**

**Distribución por edad de los padres**

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	19	48	31.9	6.5

En la tabla 5 se analiza que el promedio de edad de los tutores de los pacientes fue de 31.91 años ( $\pm 6.52$ ).

**Tabla 6.**

**Distribución por nivel socioeconómico**

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo</b>	5	7.2
<b>Medio</b>	64	92.8

En la tabla 6 se interpreta que el promedio de nivel socioeconómico fue de 7.2 % (n=5) de la población con un nivel bajo y un 92.8 % (n=64) de la población con un nivel medio.

**Tabla 7:**

**Principal fuente de remuneración**

Remuneración	Frecuencia	Porcentaje
<b>Trabajo propio</b>	34	49.3
<b>Pareja</b>	31	44.9
<b>Apoyo familiar</b>	4	5.8

En la tabla 7 se obtuvo que el promedio de remuneración fue de trabajo propio con un 49.3% (n=34), con un 44.9% (n=31) por el trabajo de la pareja y con un 5.8% (n=4) de remuneración por apoyo familiar.

**Tabla 8.**

**Distribución de la actividad laboral**

<b>Act. Laboral</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	34	49.3
<b>No</b>	35	50.7

En la tabla 8 sobre la actividad laboral, el promedio fue del 49.3 % (n=34) que si laboraban y el 50.7% (n=35) que no tenían una actividad laboral.

**Tabla 9.**

**Distribución por el estado civil de las madres**

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Mama soltera</b>	13	18.8
<b>Casada</b>	27	39.1
<b>Unión libre</b>	29	42.0

En la tabla 9 respecto al estado civil de las madres fue de un 18.8% (n=13) para madres solteras, un 39.1 % (n=27) para madres casadas y un 42.0% (n=29) en unión libre.

**Tabla 10.**

**Distribución por el grado de escolaridad de los padres**

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primaria</b>	4	5.8
<b>Secundaria</b>	7	10.1
<b>Carrera técnica</b>	8	11.6
<b>Preparatoria</b>	36	52.2
<b>Licenciatura</b>	12	17.4
<b>Posgrado</b>	2	2.9

En la tabla 10 se observa el nivel de escolaridad de las madres de familia y para nivel primaria fue de un 5.8%(n=4), secundaria un 10.1% (n=7), carrera técnica un 11.6% (n=8), preparatoria un 52.2% (n=36), licenciatura un 17.4% (n=12) y posgrado con un 2.9% (n=2) Donde se observa que en promedio hay un porcentaje más alto para nivel de bachillerato.

**Tabla 11.**

**Distribución por principal ocupación materna**

Ocupación Materna	Frecuencia	Porcentaje
<b>Negocio Familiar</b>	17	24.6
<b>Empleada</b>	17	24.6
<b>Ama de casa</b>	35	50.7

En la tabla 11 se observa en promedio la principal ocupación materna y la cual fue de un 24.6%(n=17) para negocio familiar, un 24.6% (n=17) como empleadas y un 50.7% (n=35) para amas de casa.

**Tabla 12:**

**Nivel Socioeconómico y su relación con el diagnóstico nutricional.**

	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad		p*
	F	%	F	%	F	%	
NSE							
Bajo	2	8.0	0	0.0	3	10.7	0.4
Medio	23	92.0	16	100	25	89.3	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 12 muestra que el promedio de niños con eutrofia tiene un de nivel socioeconómico medio con un 92% (n=23), con bajo es un promedio de 8% (n=2), seguido de los preescolares con sobrepeso que no represento ningún porcentaje en un nivel bajo, pero si represento el 100% (n=16) para un nivel socioeconómico medio. En el caso de los niños con diagnóstico de obesidad un 10.7% (n=3), represento un NSE bajo y un 89.3% (n=25) de un NSE medio. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de  $p=0.4$ .

**Tabla 13:**

**Principal fuente de remuneración relación con el diagnóstico nutricional**

Remuneración	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad		p*
	F	%	F	%	F	%	
Trabajo propio	11	44%	8	50.0	15	53.6	0.09

Pareja	14	56.0	8	50.0	9	32.1
Apoyo familiar	0	0.0	0	0.0	4	14.3

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

De acuerdo a la tabla 13 la principal remuneración económica de los menores, el promedio fue para eutrofia con un 44% (n=11) de acuerdo a una remuneración por trabajo propio, en el mismo diagnóstico para remuneración por apoyo de pareja fue de 56% (n=14), y un 0% para apoyo familiar. Seguido del diagnóstico de sobrepeso donde hubo un 50% (n=8) para trabajo propio y un 50% (n=8) para remuneración por la pareja, sin ningún porcentaje en el caso de apoyo familiar. Sin embargo, para el diagnóstico de obesidad se observa un 53.6% (n=15) para remuneración por trabajo propio, un 32.1% (n=9) en remuneración por apoyo de pareja y un 14.3% (n=4) para remuneración por apoyos familiares. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de p=0.09.

**Tabla 14:**

**Actividad laboral y el diagnóstico nutricional del preescolar**

Act. Laboral	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad		p*
	F	%	F	%	F	%	
Si	11	44	8	50	15	53.6	0.7
No	14	56	8	50	13	46.4	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 14 se observan resultados en promedio respecto a si las madres tenían o no una actividad laboral de lo cual para diagnóstico de eutrofia un 44% (n=11) si tenían actividad laboral y un 56% (n=14) que no tenían actividad laboral. En el caso de diagnóstico de sobrepeso fue de un 50% (n=8) en si tener actividad y un 50% (n=8) en no tener una actividad laboral. Para el diagnóstico de obesidad con un 53.6% (n=15) con una actividad laboral y un 46.4% (n=13) para una nula actividad laboral. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de p=0.7.

**Tabla 15:**

**Estado civil y su relación con el diagnóstico nutricional del preescolar**

	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidad
--	-----------	-----------	----------

<b>Estado civil</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>p*</b>
<b>Mamá soltera</b>	4	16	4	25	5	17.9	
<b>Casada</b>	10	40	7	43.8	10	35.7	0.8
<b>Unión libre</b>	11	44	5	31.3	13	46.4	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 15 Se observa para el diagnóstico de eutrofia un 16% (n=4) de madres solteras, un 40% (n=10) para madres casadas y un 44% para madres en relación de unión libre. Seguido del diagnóstico de sobrepeso donde el 25% (n=4) para madres solteras, un 43.8% (n=7) para un estado civil casado y un 31.3% (n=5) para relación de unión libre, en el caso del diagnóstico de obesidad fue un promedio de 17.9% (n=5) para madres solteras, un 35.7% (n=10) para madres casadas y un 46.4% (n=13) que se encontraron en relación de unión libre. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de  $p=0.8$ .

**Tabla 16:**  
**Escolaridad y su relación con el diagnóstico nutricional**

<b>Escolaridad</b>	<b>Eutrófico</b>		<b>Sobrepeso</b>		<b>Obesidad</b>		<b>p*</b>
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	
Primaria	2	8.0	1	6.3	1	3.6	
Secundaria	0	0.0	4	25.0	3	10.7	
Carrera técnica	7	28.0	1	6.3	0	0.0	
Preparatoria	13	52.0	9	56.3	14	50.0	0.1
Licenciatura	3	12.0	1	6.3	8	28.6	
Posgrado	0	0.0	0	0.0	2	7.1	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 16 se puede analizar la escolaridad de cada una de las madres y el promedio de cada uno respecto a su diagnóstico nutricional del menor, en el caso de eutrofia, para nivel primaria fue de 8% (n=2), secundaria 0%, carrera técnica 28% (n=7), preparatoria 52% (n=13), licenciatura 12% (n=3) y posgrado con 0%. Seguido del diagnóstico de sobrepeso donde para primaria fue de 6.3% (n=1), secundaria 25% (n=4), carrera técnica 6.3 % (n=1), preparatoria 56.3% (n=9), licenciatura 6.3% (n=1), posgrado 0%. Para el diagnóstico de obesidad los resultados del nivel de escolaridad

de los padres fueron de; primaria 3.6% (n=1), secundaria 10.7% (n=3), carrera técnica 0%, preparatoria 50% (n=14), licenciatura 28.6% (n=8), posgrado 7.1% (n=2). No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de  $p= 0.1$ .

**Tabla 17:**

**Ocupación materna y su relación con el diagnóstico nutricional del preescolar**

Ocupación Materna	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad		p*
	F	%	F	%	F	%	
Negocio Fam.	5	20	6	37.5	6	21.5	0.5
Empleada	6	24	2	12.5	9	32.1	
Ama de casa	14	56	8	50	13	46.4	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 14 según los datos arrojados sobre la ocupación materna, en niños con diagnóstico de eutrofia dio un promedio de; 20% (n=5) para negocio familiar, 24% (n=6) para empleada y 56% (n=14) para ama de casa. Seguido del diagnóstico de sobrepeso sonde el 37.5% (n=6) refiere a tener un negocio familiar, un 12.5% (n=9) a ser empleadas y un 50% (n=13) en dedicarse al hogar. Dentro del diagnóstico de obesidad se encontró un 21% (n=6) para madres con un negocio familiar, 32.1% (n=9) para empleadas y un 46.4% (n=13) de ser amas de casa. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de  $p= 0.5$ .

### Discusión

En el presente estudio se evaluaron a un total de 69 preescolares, contando con 32 niños y 37 niñas donde los resultados no fueron del todo representativos de acuerdo a la prueba estadística utilizada, sin embargo, se permitió evaluar el diagnostico nutricional de los menores, así mismo como los principales factores sociodemográficos que otorgaran algún tipo de relación con su diagnostico nutricional. En términos de IMC y su diagnostico se obtuvieron resultados donde al menos un 40% de los menores obtuvieron un IMC de obesidad esto de acuerdo a su talla y edad según las curvas de crecimiento de la OMS.

Comparando la presente investigación Bernabeu y Sánchez (2019) donde ellos evaluaron a 72 niños con una población de nivel socioeconómico diferente, por lo cual obtuvieron resultados contrarios a la presente investigación donde la prevalencia de desnutrición crónica fue 25%, desnutrición aguda 2.8% y sobrepeso/obesidad 11.2%. Es decir, su investigación se inclino a problemas de nutrición

referentes a bajo peso y desnutrición en cambio en la investigación no se encontraron niños con un estado de nutrición menor a eutrofia lo cual da un panorama amplio sobre la calidad de vida que puede existir con el hecho de tener diferentes hallazgos respecto a los factores sociodemográficos y el cambio de zona al ser rural o urbana.

En este mismo sentido, otros autores como Mittal, Singh y Ahluwalia (2007) que con una población mucho mayor de 482 niños remarcan la misma diferencia entre las clasificaciones de diagnóstico nutricional de desnutrición comparando a poblaciones rurales respecto a poblaciones urbanas, en sus resultados mencionan que el 38.38% de los niños tenían bajo peso, donde el 26.76% tenía desnutrición de grado I y el 0,83% tenía desnutrición de grado IV, lo que revela que hay una marcada disminución en los grados severos de desnutrición.

En una zona marginal urbana, que, aunque lejos de clasificar en zona urbana, se remarca mucho el hecho de que sea una zona marginada. Dentro de los factores sociodemográficos con la investigación antes mencionada la educación de la madre influyó significativamente en el estado nutricional de los menores de cinco años, ya que la prevalencia de desnutrición fue del 60,9% donde la madre era analfabeta y solo del 21,2% donde el nivel educativo era superior a la escuela secundaria (Leroy et al., 2014) y en comparación con la presente investigación se resalta con un 52.2 % que las madres de familia tienen al menos el bachillerato concluido y solo un 5.8 % de las madres con un grado escolar de primaria, sin ningún resultado de madres que fueran analfabetas en una zona urbana no marginada.

En la investigación de Bernabeu y Sánchez (2019) existió una alta relación entre los factores sociodemográficos y el diagnóstico nutricional del preescolar donde resaltan el nivel educativo de los padres comparándolo con el de los padres, en el caso de la presente investigación, se encontró una relación entre el nivel de estudios de licenciatura con un diagnóstico de obesidad, podría ser por el tiempo dedicado a el menor o entre otros factores, en cambio con el estudio en comparación, entre más nivel educativo se tenía, mejor fue el diagnóstico de su hijo.

Consecuente de los factores sociodemográficos, uno muy importante es la economía y en el presente estudio, el 100% de la población estudiada tuvo un nivel socioeconómico medio y en la investigación de los autores Sivanandham y colaboradores (2014). a medida que aumentaba el nivel socioeconómico, disminuía la prevalencia de la desnutrición también mencionaron que la carga de la desnutrición aún acosa a los pobres con un 82.75% de niños del grupo de bajos ingresos sin

embargo en la población estudiada no se tuvieron resultados de desnutrición pero si altos porcentajes referentes a mal nutrición, esto llevando a los niños en un grado de sobrepeso y obesidad en edad pediátrica, lugar donde si se continua con esa tendencia los menores tienen el riesgo de tener sobrepeso y obesidad en edades adultas.

Un indicador importante y utilizado fue el IMC, con la ayuda de la talla y el peso para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, según las tablas establecidas por la OMS, donde un 40.6% de los menores representaron un diagnóstico de obesidad y un 23.2% con sobrepeso es decir más de la mitad de la población estudiada tenían problemas de malnutrición y solo un 36% con diagnóstico de eutrofia, estos resultados en comparación con Ravasco, Anderson y Mardones (2010) que utilizaron IMC para evaluar a los menores de manera increíble obtuvieron diagnósticos muy diferentes debido a un programa donde la propia escuela les brinda alimentos adecuados a los menores en el tiempo transcurrido en su centro de estudios lo que para ellos indica un 55 % aproximadamente del total de las calorías diarias, lo que indica independencia del estrato socioeconómico con el estado nutricional predominante.

Los factores sociodemográficos tienen un impacto individual, familiar y colectivo aunque en la presente investigación no se encontró significancia, comparando con los resultados de ENSANUT 2020, los resultados mantienen resultados muy similares con las prevalencias de desnutrición y mal nutrición, en una investigación sobre comparación de resultados latinoamericanos, México en 2020 reportó una disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, reduciéndose a la mitad de la prevalencia reportada en el año 1,988 pero aunque esto ha marcado una disminución notoria, en comparación con otros países y estimando una economía familiar similar es aun preocupante, aunque en la presente investigación no existan datos de desnutrición, respecto a los factores sociodemográficos y la influencia que tiene el nivel socioeconómico es lo que marco una diferencia.

### **Conclusión**

Se identificó una prevalencia notoria para diagnóstico de sobrepeso y obesidad, aun que los resultados no fueron significativos, si dan un amplio panorama sobre la actual situación de nutrición en niños menores de 5 años. Los resultados más sobresalientes sobre la prevalencia de mal nutrición fueron, un 23.2% de menores con sobrepeso y un 92.8% de los menores presentaron obesidad, datos que coinciden con los resultados de la encuesta de ENSANUT, donde habla que los índices de malnutrición siguen en aumento para edades pediátricas, punto importante para la investigación

y futuras investigaciones donde se estudien los riesgos que esto conlleva para las siguientes etapas de su vida. Se pueden implementar más preguntas relacionadas con los factores sociodemográficos para intentar encontrar la razón principal del porqué los niños mantienen esta tendencia en edades tan tempranas y evaluar los riesgos a los que pueden llegar, así mismo como complementar con la evaluación de lactancia materna y corroborar si esto es un factor importante como en muchas investigaciones ya elaboradas.

## Referencias

- Aliño, M., Navarro, R., López, J. R., & Pérez, I. (2007). La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(4) Recuperado en 31 de julio de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312007000400010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010&lng=es&tlng=es).
- Bernabeu, M., & Sánchez, C. A. (2019). Asociación entre los factores demográficos y socioeconómicos con el estado nutricional en niños menores de 5 años en poblaciones rurales de Colima, México. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(2), 48-55. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.23.2.545>
- Breilh, J., Handal, A. J., Lozoff, B., & Harlow, S. D. (2023). Factores sociodemográficos y nutricionales relacionados con el desarrollo neuroconductual: estudio en niños y niñas pequeñas de una zona rural del Ecuador. *Uasb.edu.ec*. <http://hdl.handle.net/10644/3519>
- Castellanos, A. F., Rosado, J. G., Chel, L. A., Gallegos, S., & Betancur, D. A. (2018). Diagnóstico nutricional e intervención de orientación alimentaria en dos comunidades rurales de mujeres campesinas del sureste mexicano. *Nutr. Clín. Diet. Hosp*, 38(4), 116–122. <https://doi.org/10.12873/384castellanos>
- CDC. (2021). Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes. Centers for Disease Control and Prevention. [https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens\\_bmi/acerca\\_indice\\_masa\\_corporal\\_ninos\\_adolescentes.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html)
- Cubero, J., Cañada, F., Costillo, E., Franco, L., Calderón, A., Santos, A.L., Padez, C., & Ruiz, C. (2012). La alimentación preescolar: educación para la salud de los 2 a los 6 años. *Enfermería Global*, 11(27), 337-345. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300018>
- Domínguez, P., & Olivares, S. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN*. 58,3 <https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-6/>
- Fernández, R., Flores, A., Franco, E., Auchter, M., & Torres, G. (2019). Sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores internados en el servicio de clínica médica del hospital

- Geriátrico “Juana Francisca Cabral”. Rev. Fac. Med. UNNE. 39(2): 5-11. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/nfejv>
- Gutiérrez, S. A., & Ruiz, M. (2018). Impacto de la educación inicial y preescolar en el neurodesarrollo infantil. IE Revista de investigación educativa de la REDIECH, 9(17), 33-51. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-85502018000200033&Ing=es&tIng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-85502018000200033&Ing=es&tIng=es).
- Leroy, J. L., Habicht, J. P., González, T., & Ruel, M. T. (2014). Maternal education mitigates the negative effects of higher income on the double burden of child stunting and maternal overweight in rural Mexico. J Nutr. 144(5): 765-770.
- Macías, C., Herrera, M., Mariño, M., & Useche, D. (2014). Crecimiento, nutrición temprana en el niño y riesgo de obesidad. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 77(3), 144-153. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492014000300008&Ing=es&tIng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000300008&Ing=es&tIng=es).
- Mallma, I., & Chuquillanqui, E. (2022). Preparación de la lonchera preescolar y escolar. DOI: 10.13140/RG.2.2.11817.06246
- MedlinePlus. (2022). Desarrollo de los niños en edad preescolar. (2022). MedlinePlus enciclopedia médica. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002013.htm>
- Mittal, A., Singh, J., & Ahluwalia, S. K. (2007). Effect of maternal factors on nutritional status of 1-5-year-old children in urban slum population. Indian J Community Med. 32(4): 264-267. DOI: 10.4103/0970-0218.37691
- Pate, R. R., Frongillo, E. A., Cordan, K., Dowda, M., McLain, A. C., Torres, M. E., Brown, W. H., Bucko, A., & Shull, E. R. (2020). Linking Activity, Nutrition, and Child Health (LAUNCH): protocol for a longitudinal cohort study of children as they develop from infancy to preschool age. BMC public health, 20(1), 931. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09023-7>
- PROFECO. (2023). Obesidad y sobrepeso. Menos kilos, más vida. Procuraduría Federal del Consumidor. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/obesidad-y-sobrepeso-menos-kilos-mas-vida?state=published>
- Ravasco, P., Anderson, H., & Mardones, F. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. Nutrición Hospitalaria, 25(Supl. 3), 57-66. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000900009&Ing=es&tIng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009&Ing=es&tIng=es).
- Sivanandham, R. A., Salome, R., Francis, S. D., Sampavi, R. D., Prasad, R. (2014). Nutritional status of children aged 3-6 years in a rural area of tamilnadu. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 8(10), JC01–JC4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8902.4969>