

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“ RELACIÓN ENTRE EL GRADO ANSIOSO DE LA MADRE Y EL ESTADO NUTRICIONAL
ANTROPOMÉTRICO DE NIÑOS ENTRE 5 A 9 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 TEQUESQUINAHUAC”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64 TEQUESQUINAHUAC**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M.C ESPINOZA GARCÍA ILSE PAMELA

DIRECTOR DE TESIS

E. en M.F MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ

REVISORES DE TESIS

E. en M.F RUBÉN RÍOS MORALES

E. EN M.F FRANCISO VARGAS HERNÁNDEZ

Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN

E. en M.F FÁTIMA KORINA GAYTAN NUÑEZ

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2017

“Relación entre el grado ansioso de la madre y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 Tequesquihuac.”

AGRADECIMIENTOS

..... A Dios, por ser mi compañero fiel, mi torre fuerte en tiempos de tempestad, por no dejarme rendir y recordarme cada día su amor a través de su hijo amado, porque cada pensamiento, cada paso que doy, mis anhelos y esperanzas son dedicados a ti; porque la misión que me has encomendado en esta vida apenas inicia y a cada rincón de este mundo llevaré tu luz y amor.

..... A mis padres, los cuales me han dado el mejor ejemplo de vida y superación, porque sin ellos ninguno de mis sueños se verían concretados. A mi padre Ignacio gracias por darme educación porque mediante ella he tenido alas para emprender mi vuelo, por hacerme ver que el ser mujer no es sinónimo de debilidad, por el amor y el apoyo que siempre me has dado; a mi madre Esther por el amor infinito y desinteresado que siempre me ha brindado, para mí siempre serás la mujer más admirable y amorosa de la vida, por estar en este camino de principio a fin. Los amo.

.....A mis tres motorcitos de vida, al mejor regalo que Dios me ha mandado: Israel, Juliette y Yago, por la felicidad que inyectan a mi vida y por motivarme a darles siempre un buen ejemplo y dejar un mundo mejor para ustedes. Su sonrisa, sus juegos, sus ocurrencias y el amor que todos los días me brindan no importando la distancia me han hecho querer ser una mejor persona. Los amo con todo mi ser.

.....A Carlos, el mejor compañero de vida que Dios me pudo haber mandado, sin duda este sueño no se hubiera logrado sin tu apoyo, por impulsarme siempre a ser mejor cada día, por ser un hombre lleno de pasiones, rectitud y valores, por respetarme como mujer y profesionalista, este logro es el principio de todos los sueños juntos que tenemos por cumplir. Te amo.

.....A mis hermanas Brenda y Taité por ser un ejemplo para ser una profesionalista, por sus consejos, por cuidarme desde pequeña y siempre hacerme saber que están cerca. A mi cuñados Aitor y en especial Israel por el respeto y cariño que siempre ha tenido a mi persona.

A mi abuela Alberta por estar a mi lado en cada logro desde pequeña y por todo el amor que siempre me ha brindado, sin duda eres la mejor abuelita que Dios me pudo haber mandado.

..... A la señora María Gema Luna por todas sus atenciones y el cariño desde el día que la conocí, por hacerme parte de su familia y por escucharme a cada momento, al señor Pepé Guzmán por sus ocurrencias, su sentido del humor, por la distinta perspectiva de vida que me brinda con cada conversación. Mi agradecimiento, cariño y mi servicio profesional siempre estarán a su disposición, porque este sueño no hubiera sido posible sin ustedes.

.....A todos mis tíos y primos en especial a Julio, Margarita, Obed, Oziel y Aarón por los momentos inolvidables que hemos vivido y por todos los que aún nos faltan.

.....A mis amigos de toda la vida Nadia, Sarafí, Abigail, Sabrina por enseñarme que la amistad a pesar de la distancia siempre estará presente.

..... A Ale, Lupita, Gis, Susy, July, Adrián, Norma, Sendy y Toño mis compañeros de aventuras en estos tres años, muy en especial a Vania por ser la mejor sorpresa que descubrí en este tiempo, por estar en las buenas y en las malas y por mostrarme el verdadero significado de una amistad sincera y desinteresada, por la maravillosa amiga que eres y serás para siempre.

..... A la Dra. Saucedo por sus conocimientos impartidos durante estos tres años y en la elaboración de la presente tesis pero sobre todo por la calidez y sensibilidad humana que en el transcurso de estos años pude descubrir en usted. Mi agradecimiento y aprecio siempre.

..... A Lulusita sin duda mi mamá de la residencia, porque sin tu amor, tus porras y consejos todo hubiera sido más difícil.

..... A todos mis profesores durante estos tres años por todo el conocimiento y paciencia en mi formación en especial al Dr. Fragoso, Dr. Zacarías, Dr. Izquierdo; y sobre todo por su amistad a lo largo de estos tres años al Dr. Omar Saldaña, Dr. Aztudillo y Dr. Augusto Saldaña.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO	1
I.1 Ansiedad	1
I.1.1 Definición	1
I.1.2 Epidemiología.....	1
I.1.3 Fisiopatología	3
I.2 Ansiedad Rasgo- Estado	4
I.2.1 Teoría Rasgo- Estado.....	4
I.2.2 Instrumento de Ansiedad Rasgo Estado.....	5
I.3 Estado Nutricional Antropométrico	6
I.3.1 Definición	6
I.3.2 Epidemiología.....	6
I.3.3 Valoración del estado nutricional	7
I.4 Hábitos alimentarios	8
I.4.1 Definición	8
I.4.2 Instrumento de Frecuencia de alimentos.....	8
I.5 Entorno Familiar y estado nutricional	9
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
II.1 Argumentación	12
II.2 Pregunta de investigación	14
III. JUSTIFICACIONES	15
III.1 Académica	15
III.2 Científica	15
III.3 Social	16
III.4 Económica	16
IV. HIPÓTESIS	18
IV.1 Hipótesis de trabajo	18
IV.2 Hipótesis nula	18
IV.3 Hipótesis alterna	18
IV.4 Elementos de la hipótesis	18
IV.4.1 Unidades de observación	18
IV.4.2 Variables.....	19
IV.4.2.1 Variable dependiente	19

IV.4.2.2 Variable dependiente	19
IV.4.3 Elementos lógicos de la hipótesis	19
V. OBJETIVOS	20
V.1 General	20
V.2 Específicos	20
VI. MÉTODO	22
VI.1 Diseño de estudio	22
VI.2 Operacionalización de variables	22
VI.3 Universo de Trabajo y muestra	26
VI.4 Criterios de inclusión	26
VI.5 Criterios de exclusión	26
VI.6 Criterios de eliminación	26
VII. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	27
VII.1 Escala de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)	27
VII.1.1 Descripción	27
VII.1.2 Validación	27
VII.1.3 Aplicación	27
VII.2 Estado nutricional antropométrico mediante tablas de valores Z para IMC	29
VII.2.2 Descripción	29
VII.2.3 Validación	29
VII.2.4 Aplicación	29
VII.3 Cuestionario de hábitos alimentarios para frecuencia de consumo de alimentos	31
VII.3.1 Descripción	31
VII.3.2 Validación	31
VII.3.3 Aplicación	31
VII.4 Familiograma Estructural	32
VII.4.1 Descripción	32
VII.4.2 Validación	32
VII.4.3 Aplicación	32
VIII. DESARROLLO DEL PROYECTO	33
VIII.1 Límite de tiempo y desarrollo	34
VIII.2 Diseño de Análisis	34
IX. IMPLICACIONES ÉTICAS	37
X. RESULTADOS	39

XI. TABLAS Y GRÁFICAS	43
XII. DISCUSIÓN	60
XIV. CONCLUSIONES	64
XV. RECOMENDACIONES	66
XVI. BIBLIOGRAFIA	68

RESUMEN

“Relación entre el grado ansioso de la madre y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 Tequesquahuac.”

Antecedentes: La Teoría Rasgo Estado define a la *ansiedad-rasgo* como las diferencias individuales y relativamente estables propensas a respuestas ansiosas mientras tanto *ansiedad estado* es una situación ambiental que provoca ansiedad en un momento específico, por lo que puede repercutir en el estado nutricional antropométrico del menor. **Objetivo:** Determinar la relación entre el grado ansioso en madres y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 64. **Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico, muestra de 256 madres de niños entre 5 a 9 años de edad se aplicó a las madres el instrumento IDARE para ansiedad rasgo estado e instrumento de frecuencia de consumo de alimentos y medición de peso y talla a los menores. **Análisis de datos:** Mediante el programa estadístico SPSS 21 se calculó estadística descriptiva y medidas de tendencia central a las variables cuantitativas; para variables cualitativas frecuencias y porcentajes, para el análisis bivariado de se calcularon X². Y d de somers. **Resultados:** Se encontró 54.7% de madres con grado medio de estado ansioso y 42% grado medio de rasgo ansioso. En el estado nutricional antropométrico de los menores se obtuvo 54% peso normal 22% sobrepeso, 18% obesidad y 6% subnutrición. En la asociación del grado de ansiedad de las madres y el estado nutricional de los menores se calculó chi cuadrada con una $p= 0.002$ y de de somers con $p=0.008$ **Conclusiones:** El grado de rasgo ansioso alto de la madre se relaciona con alteraciones en el estado nutricional, predominio sobrepeso y obesidad.

PALABRAS CLAVE: ansiedad rasgo- estado, estado nutricional antropométrico, frecuencia de alimento.

SUMMARY

"The relationship between the degree of anxious mothers and anthropometric nutritional status of children aged 5 to 9 years assigned to the Family Medicine Unit No.64Tequesquináhuac."

Background: State Trait Theory defines trait anxiety as individual differences relatively stable and prone to anxiety anxious responses and state environmental situation causes anxiety at a specific time, which can affect the anthropometric nutritional status of the child. **Objective:** To determine the relationship between mothers and anxious degree anthropometric nutritional status of children aged 5 to 9 years assigned to the Family Medicine Unit Number 64. **Material and Methods:** Observational, transversal and analytic study sample of 256 mothers children 5 to 9 years old mothers was applied the IDARE instrument for state trait anxiety and instrument frequency measuring food consumption and weight and height to minors. **Data analysis:** Using SPSS 21 statistical program descriptive statistics and measures of central tendency for quantitative variables were calculated; for qualitative variables frequencies and percentages for the bivariate analysis they were calculated X². And summer's d. **Results:** 54.7% of mothers were found with average degree of anxious state and 42% average degree of anxious trait. In the anthropometric nutritional status of 54% it was obtained under normal weight 22% overweight, 18% obese and 6% undernourishment. In association degree of anxiety of mothers and nutritional status of children x² with p = 0.002 and somers'd with p = 0.008 **Conclusions** : The degree of anxious feature high mother is related to alterations in nutritional status, overweight and obesity prevalence.

KEY WORDS: trait- anxiety state, anthropometric nutritional status, frequency of food.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Ansiedad

I.1.1 Definición

La ansiedad puede definirse como la respuesta del organismo a un estímulo estresante que puede manifestarse en síntomas por la activación del Sistema Nervioso, como una manera de preparar al organismo para su defensa, por lo cual es un sistema de procesamiento para el bienestar del individuo, una respuesta fisiológicamente esperada, sin embargo cuando se responde ante estos estímulos de manera exagerada y el procesamiento de la información amenazante se ve magnificada también una supresión selectiva de la información que es incongruente con la amenaza real y está repercute en la vida laboral, familiar y social del individuo podemos integrar una ansiedad patológica, reflejada en diversos trastornos. ¹

I.1.2 Epidemiología

Los trastornos mentales han tenido un aumento considerable en los últimos años a nivel mundial, entre 1990 y 2013 ha tenido un incremento cerca de un 50%, afectada aproximadamente 10% de la población mundial. ² En el continente Europeo tiene una prevalencia del 2% siendo de los trastornos más comunes junto con el abuso de sustancias, aproximadamente el 14% de los europeos han experimentado en algún momento trastorno de ansiedad, en Estados Unidos los datos son parecidos con un 5% de prevalencia. ³

De acuerdo a la Encuesta Mundial de salud mental se reporta que 1 de cada 4 mexicanos entre 18 y 65 años de edad que viven en áreas urbanas han tenido algún trastorno mental a lo largo de su vida, 1 de cada 10 mexicanos ha tenido algún trastorno mental en el último año y 1 de cada 20 mexicanos ha tenido un trastorno en los últimos 30 días. Así mismo señala que los trastornos de ansiedad son los

más frecuentes en la población, 11.6% de la población refiere haber tenido algún episodio a lo largo de su vida. ⁴

La ansiedad repercute en el ámbito laboral y económico, con los marcados cambios epidemiológicos y transiciones demográficas en el país en los que se encuentra el envejecimiento poblacional, desempleo, inseguridad, violencia, demuestran un considerable aumento de las enfermedades crónicas en las que se incluyen las enfermedades de origen psiquiátrico que repercute en la demanda de servicios de salud, y por consecuencia un aumento en el costo tanto individual, social y pérdida de años de vida saludables. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) reporta al Trastorno de Ansiedad Generalizada con pérdida media anual de 31.5 días estando por encima de enfermedades crónico degenerativas. ⁵ Todas aquellas personas que han experimentado ansiedad solo 1 de cada 10 utilizó servicios de salud mental siendo el profesional más visitado el médico general y sólo un 3.6% hicieron contacto durante el primer año de los síntomas por lo que la repercusión al momento de la consulta es mayor en todos los ámbitos. ⁴

En lo que se refiere a datos sociodemográficos es una patología más común en el sexo femenino con un inicio de enfermedad entre los 18 a 29 años de edad (OR 2.5) por lo que la edad reproductiva es la más afectada influyendo distintos factores entre los que se han estudiado las diferencias fisiológicas enfocadas a factores de vulnerabilidad bioquímica y hormonal, y a factores sociales tales como rol sexual, nivel educativo, pobreza, estado civil, normas culturales, nivel de ingreso, apoyo social, nivel educativo y rasgos de personalidad ⁶

La tipología familiar, rol laboral, rol doméstico y rol de madre relacionados con el desarrollo de ansiedad en mujeres también ha sido estudiado, en un estudio transversal realizado a 125 docentes que realizaban tanto actividades laborales como del hogar y de madre se concluye que aquellas que realizaban rol laboral, cuidado de hijos y familia monoparental tenían un mayor grado de ansiedad en

comparación de las otras mujeres, identificando que las actividades que provocaban mayor ansiedad era la preparación de alimentos y cuidado de los hijos. ⁷

I.1.3 Fisiopatología

De acuerdo a su fisiopatología intervienen distintas vías y estructuras, manifestándose en respuestas motoras, autonómicas y endocrinas. La vía talámica enviando la información al complejo nuclear amigdalino es la responsable de la respuesta motora, siendo objeto de distintas investigaciones por su rol como coordinador de las respuestas vinculadas a la expresión de la ansiedad, pudiendo ser de dos tipos ya sea de lucha o de tipo evitativo. La vía talámica cuenta con dos vías la directa e indirecta cuando no hay sincronía entre estas dos vías pueden producirse respuestas inapropiadas o menos eficientes. La expresión autonómica depende de los núcleos del tronco encefálico, la activación simpática es la responsable del aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria, hipertensión, midriasis, hiperreflexia. Al transmitir la amígdala estímulos al hipotálamo se activa el eje del sistema endocrinológico, el eje hipotálamo hipofiso-adrenal aumentando la liberación de cortisol y con esto el aumento en la ingesta de alimento en especial los carbohidratos. El cortisol tiene un efecto dañino sobre las neuronas del hipocampo atrofiándolas. ⁸

También han sido estudiados los sistemas de neurotransmisores entre los que se encuentran involucrados la benzodiazepina-gamma-ácido aminobutírico (GABA), noradrenalina, serotonina, este último siendo estudiado directamente sobre la conducta de las personas ya que un bloqueo de sus receptores se asocia a la ansiedad y angustia. Existe otro subgrupo inhibidores de GABA que cuando las moléculas de benzodiazepina se adhieren a sus receptores aumenta su efecto, de ahí la importancia del tratamiento farmacológico. ⁹

I.2 Ansiedad Rasgo- Estado

La ansiedad puede ser estudiada como una respuesta emocional o como un rasgo de personalidad; podemos entender que una emoción es el conjunto de manifestaciones fisiológicas y expresivas ante una situación que se percibe amenazante aunque objetivamente en ocasiones no lo es; si se realiza el abordaje de la ansiedad en el contexto de la personalidad podemos mencionar que se trata de las diferencias individuales en la propensión a sentir o manifestar estados o reacciones de ansiedad. Se sabe que la ansiedad es una respuesta esperada ante situaciones amenazantes, sin embargo el enfoque a la personalidad con rasgo ansioso es un factor precipitante para el desarrollo de trastornos de ansiedad catalogados en el DSM-V como: Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Trastorno de angustia, Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias /medicación, Trastorno por ansiedad debido a enfermedad médica, Otros trastornos de ansiedad especificados, Trastorno de ansiedad no especificados. ^{10,11}

I.2.1 Teoría Rasgo- Estado

Los síntomas de ansiedad se pueden presentar en un nivel subclínico, sin cumplir todos los criterios para considerarse un trastorno, sin embargo estas alteraciones emocionales impactan directamente en las esferas familiares, laborales y personales, es de ahí que debemos de mencionar dos términos:

- Rasgo ansioso: toda característica de la personalidad ó tendencia a reaccionar de forma ansiosa con independencia de la situación.
- Estado ansioso: situación y momento determinado por circunstancias ambientales que pueden provocar ansiedad.

Los individuos con un rasgo de personalidad ansioso perciben las situaciones más amenazantes que aquellos que no lo tienen, pudiendo ser expresadas en conductas o defensas psicológicas que pueden repercutir en el estado de salud de la persona, una de las tantas aportaciones de la teoría es la importancia a los procesos o

variables cognitivas, que debe ser tomada en cuenta en el tratamiento terapéutico que se le ofrecerá no solo a la persona sino a la familia ansiosa.¹² La relación entre el rasgo ansioso y el estado ansioso están relacionadas, ya que de acuerdo a la teoría antes mencionada, las personas con rasgo ansioso tienden a encontrarse con un aumento en su ansiedad estado ante situaciones específicas que ellos consideran amenazantes, en nuestro medio podría ser secundario a una consulta médica. En un estudio descriptivo acerca de la ansiedad estado en una Unidad de Medicina Familiar se reporta una $p < 0,0001$ en el nivel de ansiedad previo y posterior a una consulta médica.¹³

Se ha estudiado el perfil de personalidad de pacientes diagnosticados con trastorno ansioso depresivo, en un estudio transversal con dos grupos, en el primero se encontraban pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada y en el segundo grupo pacientes con algún otro trastorno de ansiedad en el cual se concluía que los individuos con trastorno ansioso generalizado tuvieron mayor diferencia en protección (anteponer necesidades) y concordancia (rasgos dependientes) argumentando la necesidad del abordaje terapéutico en los trastornos de personalidad más frecuentes en estos pacientes, ya que la baja respuesta farmacológica se puede ver asociada a la falla en el tratamiento psicológico.¹⁴

1.2.2 Instrumento de Ansiedad Rasgo Estado

Aunque la ansiedad es un estado normal ante la respuesta de estímulos exteriores en un momento determinado y ante situaciones específicas puede evolucionar a un enfermedad, actualmente se encuentra el instrumento IDARE que cuenta con dos escalas, la primera subescala evalúa la ansiedad rasgo en el cual se le pide a los sujetos que describan como se sienten generalmente y la segunda subescala responden como se sienten en un momento determinado, se compone de ítems formulados en términos afirmativos y negativos (con la finalidad de evitar la aquiescencia) este último término se refiere al individuo que responde de forma

afirmativa a las preguntas del test psicológico sin un previo razonamiento. Ha sido validado en población de estudiantes, madres mexicanas en lactancia, embarazadas y con gran utilidad en población con alguna patología o situación estresante de importancia, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó en 120 madres y 90 padres de Centro Médico Nacional Siglo XXI con hijos internados en el área de terapia intensiva en donde fue validado. El instrumento nos proporciona el grado ansioso reportado en dos distintas áreas: estado ansioso y rasgo ansioso. ^{15,16}

I.3 Estado Nutricional Antropométrico

I.3.1 Definición

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas, es el reflejo del equilibrio entre el consumo de nutrimentos y sus requerimientos para lograr un estado de salud óptimo, que está influenciado por múltiples factores, entre los que se pueden encontrar la situación económica, conducta alimentaria, clima emocional familiar y factores culturales. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se encuentre un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar si es valorado por medio de peso y talla se considera antropométrico de acuerdo a valores ya establecidos. ¹⁷

I.3.2 Epidemiología

La obesidad y el sobrepeso infantil es uno de los problemas más graves de este siglo, de acuerdo con datos de la OMS se calculaba que en 2010 había 42 millones de niños con sobrenutrición, aunque la desnutrición infantil ha tenido tendencia a la baja su presencia en zonas rurales sigue siendo un dato relevante. En las últimas encuestas de ENSANUT, 2012 se reportan únicamente datos de desnutrición en niños menores de 5 años, en edad escolar las cifras se encuentra en las

recomendaciones de la OMS encontrándose con mayor prevalencia región sur con un 16.4% y en la ciudad México se encuentra la menor prevalencia en un 5.9% sin embargo tiene gran impacto en el desarrollo intelectual y en el aprovechamiento escolar así mismo de acuerdo con el módulo de condiciones socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y gasto de los hogares 2012 se reporta que 3 de cada 10 niños presentan alguna restricción en la alimentación por falta de acceso a la misma repercutiendo en mayor medida a la población infantil que la adulta, pudiéndose ver reflejado en el desarrollo adecuado en el área psicomotriz, emocional e intelectual de los menores. En lo que se refiere a población infantil entre 5 a 11 años de edad se reporta 34.4% de sobrenutrición que se distribuye en sexo femenino con sobrepeso del 20.2% y obesidad de 11.8%; en sexo masculino sobrepeso de 19.5% y obesidad 17.4% siendo el sexo femenino más afectado por el sobrepeso y el masculino por la obesidad, la ciudad de México presenta los índices más altos de estas alteraciones en el estado nutricional. ^{19,20}

I.3.3 Valoración del estado nutricional

Para una valoración del estado nutricional es indispensable ciertos pasos a realizar entre ellos la anamnesis en donde se obtendrán los datos generales de la familia y del menor, una encuesta dietética que nos oriente de los hábitos y frecuencia de la ingesta de determinados alimentos y por último la antropometría con medición de peso y talla y ajustados a valores ya establecidos siendo esta última de gran importancia y sobre todo de bajo costo para la institución. Como parte del alcance de las responsabilidades de la OMS para estandarizar los criterios de las alteraciones en el estado nutricional de los menores, se crean tablas denominadas de valor Z con el fin de crear metas de salud y medidas preventivas así como de acción rápida de una manera sencilla y económica. ²¹

I.4 Hábitos alimentarios

I.4.1 Definición

Se considera a los hábitos alimentarios la frecuencia y cantidad en la que se consumen los diferentes grupos de alimentos en los cuales influyen condiciones sociales, ambientales, religiosas, culturales y económicas. Así mismo existen otros factores que pueden intervenir en los hábitos alimentarios, como lo social, medios de comunicación y lo más importante el entorno familiar ya que de ahí se aprenden los mismos y la respuesta que se tienen ante ciertos alimentos. Otra definición que es de importancia mencionar es todos aquellos hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación y que dependen de las condiciones sociales, ambientales, religiosas culturales y económicas.²²

I.4.2 Instrumento de Frecuencia de alimentos

Durante las últimas décadas en nuestro país ciertos hábitos alimentarios han propiciado la tendencia a la obesidad y sobrepeso con la posibilidad de desarrollar a una menor edad enfermedades crónico degenerativas, sin embargo también se sufre de un estado de subnutrición como consecuencia de una inadecuada ingesta en cantidad de alimentos aunque ha bajado en una manera considerable sigue siendo un estado de salud preocupante en el menor; cualquiera de las situaciones antes descritas pueden estar determinadas por distintos factores entre ellos la actitud de los padres que hacen que los menores desarrollen ciertas conductas hacia los alimentos, así como los hábitos alimentarios que desarrollen durante su niñez, con un aumento marcado en los últimos años del consumo de alimentos de alto contenido de carbohidratos y sobre todo de bebidas endulzadas.²³

La evaluación de los hábitos alimentarios de los menores es aún más difícil que en la de los adultos ya que esta cambia de manera constante, la más utilizada en esta población es el recordatorio de 24 horas, encontrándose ciertos sesgos de información, ante la presencia del cuestionamiento en la alimentación del menor las madres pueden omitir o agregar ciertas costumbres que en realidad realizan, la

memoria de la madre, el día anterior quizá no fue el típico, así como los pacientes suelen sobrestimar áreas deficientes y subestimar las que son excesivas. Otro cuestionario muy utilizable es el cuestionario de frecuencia de alimentos, el cual puede utilizarse para verificación del recordatorio de 24 horas o de manera independiente, se solicita cuantas veces al día, semana o mes se come cierto alimento o grupo haciendo notar en los que hay un exceso o deficiencia, en este tipo de cuestionarios los pacientes suelen ser más honestos, dependiendo de igual manera de la memoria del entrevistado. ²⁴

I.5 Entorno Familiar y estado nutricional

La familia es considerada el primer núcleo de solidaridad de la sociedad y los más relacionados con las actitudes y hábitos que se desarrollan en cuanto a la alimentación, se conoce como un factor que puede influir en las conductas alimentarias de los menores. Está considerado a pesar de los cambios en la dinámica familiar que la madre es la principal involucrada en la alimentación del menor y la indicada en dar las pautas y fundamentos necesarios durante los primeros 10 años de vida en cuanto a la alimentación, muchos progenitores incitan a comer más allá de las señales de autorregulación, esto con el fin de intentar reducir la ansiedad que les provoca otorgar una adecuada nutrición y la preocupación excesiva por el peso de su hijo. Todas estas conductas que se aprenden en el seno familiar serán repetidas en la vida futura y si se trata de hábitos inadecuados tendrán riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas a más temprana edad. ²⁵

En otro aspecto familiar los cambios en la tipología familiar en su clasificación de acuerdo a su desarrollo ha tenido cambios ya que han pasado de ser familias tradicionales a familias modernas por la incorporación de las madres a actividades laborales lo que ha provocado cambios en el cuidado de la alimentación del menor, en lo que se refiere a la tipología familiar de acuerdo a su estructura las familias nucleares siguen siendo las más comunes. En un estudio transversal en el que se

incluyeron 544 escolares se obtuvo que el 53.9% tenía un adecuado estado nutricional, el 10.8% de los escolares se encontró en déficit nutricional, 20.4% sobrepeso y 14.9% obesos. La familia nuclear fue la más común la segunda se trataba de familias extensas esta última con un OR de 1.52 y $p=0.400$ para desarrollar estado nutricional por déficit y OR 0.86 y $p=0.208$ para estado nutricional por exceso; las variables que se asociaron con el estado nutricional fueron los ingresos mensuales menores al salario mínimo con una $p=0.000$ con estados de exceso de nutrición; así como un número de integrantes mayores a 5 con una $p=0.022$ ²⁶

En otro estudio descriptivo transversal se lleva a cabo la valoración del estado nutricional antropométrico en 718 niños y adolescentes de entre 9 y 17 años de edad y su entorno familiar los resultados arrojaron una asociación entre el nivel de estudios de los padres y el IMC de los hijos, a mayor nivel de estudios de la madre mayor el IMC de los menores, siendo inversamente proporcional en el caso de los padres lo que nos puede traducir a menor relación en la preparación de alimentos y vigilancia del consumo de los mismos; además de que la madre es la figura que mejor conoce las necesidades alimentarias y que el estado nutricional es peor a medida que los alimentos son preparados por alguien ajeno a la familia. ²⁷

Debido a que alteraciones en el estado nutricional de los menores es un proceso multifactorial, es necesario estudiar comportamientos intermediarios que puedan provocar presencia de desnutrición, obesidad o sobrepeso infantil, tal es el caso de síntomas ansiosos de la madre. Por lo cual se ha estudiado el papel de dichos síntomas en patologías tales como asma teniendo más visitas hospitalarias aquellos menores asmáticos en donde la madre es ansiosa. ²⁸ A nivel de la regulación emocional en niños de madres ansiosas repercute en el estado y respuesta emocional del menor ²⁹ En un estudio transversal compuesto de 63 familias con adolescentes obesos con edades comprendidas entre 12 y 18 años se estudia la asociación con la psicopatología materna. Los resultados demuestran una baja presencia de ansiedad estado y alto en ansiedad rasgo. Sin embargo, no se ha

realizado ningún estudio que haga relación de la presencia de ansiedad con alguna otra alteración del estado nutricional tal como sobrepeso o desnutrición.³⁰

En un estudio observacional analítico para estudiar características familiares como factores de riesgo en escolares obesos se encontró que la escolaridad de las madres tuvo una $p= 0.048$, tiempo laborable de la madre con una $p= 0.000$ para tiempo completo con un OR de 4.6 para las familias extensas se reporta una $p=0.02$, OR 2.083 por lo cual pertenecer a una familia extensa es un factor de riesgo para desarrollar obesidad en los escolares.³¹

El objeto de estudio de la Medicina Familiar es el proceso salud enfermedad tanto del individuo como de la familia y la unidad de análisis está representado por la familia la cual es un sistema abierto en el cual se encuentran distintos personajes y subsistemas dentro de la misma, cualquier disfunción que se presente en los integrantes o subsistemas puede condicionar a una disfunción familiar; la salud mental es de suma importancia y más aún si se trata de los primeros años de vida de los menores, en donde la psicopatología de la madre puede repercutir en el desarrollo emocional o en otras áreas en las que la madre está estrechamente relacionada, tal es el caso de la alimentación del menor.³²

De acuerdo a lo anterior para fines de esta investigación se reportará el grado ansioso de la madre como rasgo ansioso y estado ansioso, tomando en cuenta para su relación con el estado nutricional antropométrico al rasgo ansioso, ya que se trata de las actitudes relativamente estables en la madre.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

La transición epidemiológica en la cual se encuentra nuestro país ha propiciado el cambio en las intervenciones de la salud pública derivado de un aumento en las enfermedades crónicas de origen psiquiátrico, repercutiendo en la vida personal, familiar y laboral de quienes la padecen. Los días de incapacidad por enfermedades mentales han ido en aumento incluso en mayor relación con enfermedades crónico degenerativas; derivado de esta situación los recursos de salud deberán ser ajustados a las necesidades de pacientes que cursen con enfermedades de origen mental, tal es el caso de las enfermedades catalogadas por el DMS-V dentro de los trastornos de ansiedad que puede repercutir en el desarrollo de patologías de los integrantes de la familia, en este caso de los hijos, que a su detección temprana pueden evitar que continúe favoreciendo su desarrollo. El diagnóstico de síntomas tempranos y rasgos ansiosos que nos orienten al desarrollo de un trastorno mental deben ser evaluados de manera incipiente por el médico familiar y su acción anticipatoria debe de ser primordial en su perfil como especialista.⁵

Por otro lado la presencia de malnutrición en niños escolares de predominio sobrepeso y obesidad ha ido en aumento y con esto la aparición de enfermedades crónicas degenerativas a edad aún más temprana, en menos de 30 años todos aquellos escolares con sobrepeso y obesidad ya tendrán diagnóstico de diabetes e hipertensión y con esto la aparición de complicaciones a nivel renal, oftálmicas, cardíacas entre otros; se presentará en adultos jóvenes disminuyendo sus años laborales productivos y el aumento considerable en el gasto del presupuesto destinado a la salud.³³ Registrándose que las enfermedades que conllevan mayor gasto en el presupuesto nacional, el costo aproximado de la consulta de deficiencia leve y moderada de nutrición, así como de las alteraciones en el exceso de la alimentación son patologías que ameritan un tratamiento multidisciplinario y farmacológico por lo que sus costos aumentan.³⁴

Los factores intermediarios tal como un rasgo ansioso en la madre que puedan propiciar un estado de malnutrición en los menores, debe ser identificado incipientemente. La detección temprana tanto de rasgos ansiosos de la madre que puede evolucionar un trastorno de ansiedad generalizada y los estados de malnutrición infantil han aumentado en los últimos años con esto las complicaciones y aumento de costos para el sector salud. Además el tratamiento de los estados de malnutrición amerita ser abordado no solo de manera individual sino familiar que pueda incluir no solo tratamiento farmacológico, también una intervención en los rasgos ansiosos que puedan influir en el desarrollo de las mismas y que la respuesta sea satisfactoria. Por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación.

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el grado ansioso de las madres y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 en el periodo de mayo a julio del 2016?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

Se realiza el presente trabajo como parte de acreditación académica, ya que es un requisito universitario e institucional realizar para obtener el título como especialista en Medicina Familiar.

III.2 Científica

Desde el punto de vista científico se pretende adquirir conocimientos en la repercusión de estado ansioso de la madre con el estado nutricional de los menores con el fin de su identificación oportuna e incipiente y evitar el desarrollo de patologías psicoafectivas en la madre, y evolución de alteraciones en el estado nutricional de los niños que condicionen a la aparición precoz de enfermedades crónicas degenerativas, así como brindar nuevas pautas en el abordaje de familias con menores que tengan sobrenutrición o desnutrición y que esté relacionado a trastornos de ansiedad de las madres con el fin de que se integre un enfoque a nivel familiar y sobre rasgos ansiosos para que el tratamiento no sea únicamente dirigido a fármacos o manejo nutricional, también al ámbito psicológico, tratando las alteraciones que las madres puedan tener con el fin de que se obtenga un manejo multidisciplinario para una respuesta más satisfactoria, teniendo como objetivo el término que la OMS otorga a la salud: “ un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Las repercusiones de la ansiedad en las madres ha sido estudiada en enfermedades tales como asma, dermatitis atópica, sin embargo la repercusión de los rasgos ansiosos de la madre y su repercusión en el estado nutricional de los menores no ha sido estudiado, se considera que es de gran importancia para el abordaje de un equipo multidisciplinario en un problema de salud a nivel nacional. ^{28, 29,30}

III.3 Social

En la rama de especialidad de medicina familiar, es determinante conocer los factores familiares que pueden intervenir en la presencia de alteraciones en el estado nutricional de los menores, considerando que los hábitos alimentarios en los primeros 10 años están determinados por la madre por lo que la salud mental de la misma puede intervenir en el desarrollo de alguna patología. Los cambios sociales a los cuales se enfrentan la población en estos momentos, en los que los roles de las madres han tenido que modificarse por la incorporación a actividades laborales han modificado tanto el descuido en la preparación y vigilancia de la alimentación de los menores, además de un aumento en la ansiedad derivado de las múltiples actividades a las que se enfrentan. ^{7, 22, 23,27}

La alteración en el estado nutricional de los menores en especial en lo que se refiere a la obesidad y sobrepeso repercuten en su desarrollo escolar, siendo inclusive objeto de discriminación y rechazo, lo que se verá repercutido en su autoestima y desarrollo emocional al verse afectada la socialización, una de las funciones fundamentales de la familia en donde las primeras fuentes para socializar de los menores son la familia y la escuela; además que tanto las complicaciones tempranas de dichas enfermedades y de la ansiedad repercuten en la vida laboral, social y familiar del individuo, con un aumento en el uso de los servicios de salud, así como en el costo de los mismos.

III.4 Económica

Las enfermedades de origen psiquiátrico están siendo cada vez más frecuentes, así como los días de incapacidad que éstas generan, disminuyendo la vida laboral productiva de las personas y repercutiendo en la economía tanto familiar y del instituto; así mismo la presencia de malnutrición infantil se relaciona con el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas a temprana edad y con esto la presencia de complicaciones derivadas de las mismas en donde el individuo se encuentra en una productividad laboral, siendo las enfermedades crónicas y sus

complicaciones aquellas que generan los gastos más importantes a nivel institucional, siendo el 2% de todo el presupuesto para enfermedades de origen mental, que se espera aumentará en los siguientes años, los días de incapacidad por trastornos psiquiátricos es en promedio 31.4 días al año lo que aumenta en los costos a nivel institucional por tratarse de enfermedad general. ⁵ Se estima que para el año 2050 aumentarán considerablemente las complicaciones de la obesidad en niños que durante estos años la han desarrollado y el costo de la misma será de 57 mil 678 millones de pesos, la desnutrición en niños menores repercute en el rendimiento escolar por lo cual el desarrollo intelectual del menor se ve afectado, aumentando el costo en personal de salud especializado para su atención. El costo aproximado anual para deficiencia leve y moderada de la nutrición en población pediátrica es de \$ 10,371 y en exceso de la alimentación de \$ 14, 591, considerando que no se tengan complicaciones de las mismas, entre estos gastos se contemplan consultas a nivel de medicina familiar, psicología, pediatría, nutrición, trabajo social, farmacológico. ^{3, 5, 33,34}

IV. HIPÓTESIS

IV.1 Hipótesis de trabajo

Las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 con grado ansioso alto tendrán hijos con un estado nutricional en obesidad.

IV.2 Hipótesis nula

No existe asociación entre el grado de rasgo ansioso de las madres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad.

IV.3 Hipótesis alterna

Existe asociación entre el grado de rasgo ansioso de las madres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad.

IV.4 Elementos de la hipótesis

Grado ansioso de madres y estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad

IV.4.1 Unidades de observación

Madres y sus hijos entre 5 a 9 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 64

IV.4.2 Variables

IV.4.2.1 Variable dependiente

Estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad

IV.4.2.2 Variable dependiente

Estado ansioso de madres de niños entre 5 a 9 años de edad

IV.4.3 Elementos lógicos de la hipótesis

Las, de, entre, de, a, la, con, tendrán, con, un, en.

V. OBJETIVOS

V.1 General

Establecer la relación entre el grado ansioso de las madres y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

V.2 Específicos

1. Indicar la edad de las madres de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Señalar el estado civil de las madres de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. Identificar la escolaridad de las madres de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
4. Indicar la ocupación de las madres de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Indicar la edad de los niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
6. Describir la frecuencia de género de los niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
7. Identificar tipología del núcleo familiar al que pertenecen los niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
8. Determinar el grado de estado ansioso en madres de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

9. Determinar el grado de rasgo ansioso en madres de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
10. Describir hábitos alimentarios de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
11. Identificar el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
12. Precisar el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a la tipología de su núcleo familiar.
13. Identificar los hábitos alimentarios de los niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a su tipología familiar.
14. Definir el grado de rasgo ansioso de las madres de acuerdo a su tipología familiar
15. Mostrar el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a sus hábitos alimentarios.

VI. MÉTODO

VI.1 Diseño de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal y analítico para establecer la relación entre el grado ansioso de la madre y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad.

VI.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	ITEM
Edad de la madre	Tiempo de existencia desde el nacimiento. ³⁶	Años de las madres en el momento de la encuesta	Cuantitativa	Continua	Años	1
Estado civil	Situación jurídica en la familia y la sociedad que determina su capacidad para ejercer criterios derechos y obligaciones es invisible y su asignación corresponde a la ley. ³⁷	Es la situación jurídica de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa	Nominal	1)Soltera 2) Casada 3)Divorciada 4)Viuda 5)Unión libre	2
Escolaridad de la madre	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ³⁶	Grado de estudios escolares terminados que realizó la madre a la hora del estudio.	Cualitativa	Ordinal	1)Básica 2)Medio superior 3)Técnica 4) Universitaria 5) Posgrado	3
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio que desempeña una persona con una remuneración económica. ³⁶	La actividad que realiza una persona para generar ingresos económicos.	Cualitativa	Nominal	1)Desempleada 2)Hogar 3)Comercio 4)Empleada 5)Profesional	4
Edad de los niños	Tiempo de existencia desde el nacimiento. ³⁶	Años de los menores en el momento de la encuesta	Cuantitativa	Continua	Años	5

Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres, atribuyen de acuerdo al sexo. ³⁶	Clase o tipo a la que pertenecen un conjunto de personas para diferenciarlos.	Cualitativa	Nominal	1) Femenino 2) Masculino	6
Tipología familiar	Modalidad de familia según vínculos existentes entre sus miembros, los cuales pueden ser consanguíneos, por afinidad, adopción o amistad, teniendo como elemento importante que comparten el mismo techo. ³²	De acuerdo a los integrantes que componen una familia por su estructura de acuerdo a Revilla, que se recabará por medio de un familiograma estructural. 1) Monoparental: madre o padre sin pareja con hijos 2) Nuclear: padre madre, con o sin hijos 3) Extensa: cónyuges o hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos 4) Extensa compuesta: lo anteriores más externos a la familia	Cualitativa	Nominal	1) Monoparental 2) Nuclear 3) Extensa 4) Extensa compuesta	7
Grado ansioso	Grado de rasgo ansioso: Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes. Grado de estado ansioso: situación y momento determinado por circunstancias ambientales que pueden provocar ansiedad. ¹⁵	Grado de rasgo ansioso: Respuesta emocional a estímulos ansiosos de manera estable. Se determina a través de la subescala para rasgo del instrumento IDARE (Inventario de la ansiedad rasgo estado) 1) Bajo: Por debajo de 29 puntos. 2) Medio: Entre 29 y 41 puntos. 3) Alto: Por encima de 41 puntos	Cualitativo	Ordinal	1) Bajo 2) Medio 3) Alto	8-27

		<p>Grado de estado ansioso: respuesta emocional a un evento y tiempo específico. Se determina a través de la subescala de ansiedad rasgo del instrumento IDARE (Inventario de la ansiedad rasgo estado) Puntuación para estado ansioso</p> <p>1) Bajo: Por debajo de 24 puntos. 2) Medio: Entre 24 y 38 puntos. 3) Alto: Por encima de 38 puntos.</p>				
Hábitos alimentarios	Aquellos hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación y que dependen de las condiciones sociales, ambientales, religiosas culturales y económicas. 21,24	<p>Comportamientos de alimentación que se van heredando de forma familiar y que influyen en el estado nutricional. Se valorará por medio del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos.</p> <p>1) Adecuado: cereales 5-8 raciones. Fruta: 5 a 6 raciones. Vegetales 5 a 6 raciones. Lácteos 5 a 6 raciones. Carnes y lácteos 3 a 4 raciones. Grasas 3 a 4 raciones.</p> <p>2) Inadecuado: cereales más de 8 raciones. Fruta: menos de 6 raciones Vegetales: menos de 6 raciones Lácteos 5 a 6 raciones. Carnes y lácteos más de 4 raciones. Grasa más de 4 raciones.</p>	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Adecuado 2) Inadecuado	28-34

Estado nutricional antropométrico	Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes, valorado por medio de peso y talla. ¹⁷	<p>Condición física que presenta una persona como resultado del balance entre sus necesidades y su ingesta de energía y nutrientes considerando IMC ajustado a tablas con puntuación z.</p> <p>1) Normal: P15– P85 ($z \geq -1$ y $z \leq +1$)</p> <p>2) Sobrepeso > P85 (puntuación $z > +1$), equivalente a un IMC de 25 kg/m² a los 19 años;</p> <p>3) Obesidad > P 98.</p> <p>4) Subnutrición < P3 ($z < -2$)</p>	Cualitativo	Ordinal	<p>1) Normal</p> <p>2) Sobrepeso</p> <p>3) Obesidad</p> <p>4) Subnutrición</p>	35
-----------------------------------	---	---	-------------	---------	--	----

VI.3 Universo de Trabajo y muestra

Se trabajó con una población de 17,117 menores de los cuales 8,666 son niños (50.6%) y 8,451 niñas (49.25%) obtenida de la fuente de ARIMAC (Manual de procedimientos de las Áreas de Informática Medica y Archivo Clínico), que por técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia y con el programa STATS versión 2.0, utilizando la fórmula de estimación de una proporción para sobrepeso y obesidad en una población infinita, se tomó un valor alfa de 1.96 y una potencia del 84% (Beta: 0.84) con un margen de error (Delta= 0.05) del 0.95% , que asistieron a la consulta médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 Tequesquihuac, Estado de México.

VI.4 Criterios de inclusión

- Madres con niños entre 5 a 9 años de edad adscritas a la Unidad de medicina Familiar No.64 que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado.
- Niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de medicina Familiar No. 64 con asentimiento previo.

VI.5 Criterios de exclusión

- Madres con niños entre 5 a 9 años de edad que tengan diagnóstico previo de trastornos psico-afectivos.
- Niños entre 5 a 9 años de edad con diagnóstico de hipotiroidismo, hipertiroidismo, peso bajo al nacer, macrosomía, otros padecimientos endocrinológicos.

VI.6 Criterios de eliminación

- Encuestados que contesten parcialmente o incompleto el cuestionario asignado.

VII. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

VII.1 Escala de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)

VII.1.1 Descripción

Este instrumento evalúa la presencia de ansiedad como un estado y específicamente ciertas situaciones adversas, es internacionalmente empleado y a su vez la aplicación de dicho cuestionario se emplea de forma sencilla. Sus siglas IDARE significa (Inventario De Ansiedad Rasgo Estado)

VII.1.2 Validación

La escala IDARE posee un formato de 40 preguntas (20 para ansiedad rasgo y otras 20 para ansiedad estado). Sus instrucciones toman dos modalidades: estado (en la última semana incluyendo hoy) o de rasgo (usualmente), aunque se pueden modificar los marcos temporales de referencia (último mes, 8 semanas, etc.). En ambas modalidades (estado y rasgo), las correlaciones entre los ítems tienen una estructura subyacente de dos factores, los cuales presentan características de consistencia interna alta (con valores de alfa de Cronbach mayores de 0.80)^{15,16}.

VII.1.3 Aplicación

El cuestionario consta de 40 preguntas, numeradas cada una con un apartado de 3 posibles respuestas para cada ítem que a su vez se enumeran de la siguiente manera: 1=Nada, 2=Algo, 3=Mucho. El encuestado tiene que marcar una de las 3 respuestas para cada una de las 40 preguntas.

Calificación en Ansiedad-Rasgo	Calificación en Ansiedad-Estado
<p>Suma total de los ítemes = Puntuación directa.</p> <p><i>Niveles Ansiedad-Rasgo:</i> Bajo: Por debajo de 29 puntos. Medio: Entre 29 y 41 puntos.</p> <p>Alto: Por encima de 41 puntos.</p>	<p>Ítemes (+): 2, 3, 5, 7, 12, 14, 15, 17, 19, 20 (X) Ítemes (-): 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 (Y) Fórmula: $(X - Y) + 40 = \text{Puntuación}$.</p> <p><i>Niveles de Ansiedad-Estado:</i> Bajo: Por debajo de 24 puntos. Medio: Entre 24 y 38 puntos.</p> <p>Alto: Por encima de 38 puntos.</p>

VII.2 Estado nutricional antropométrico mediante tablas de valores Z para IMC

VII.2.2 Descripción

La valoración del estado nutricional es la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se encuentre un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar de acuerdo a peso y talla comparados con valores establecidos de acuerdo a edad y sexo. Se calcula Índice de masa corporal y se determina estado nutricional en base a clasificación del puntaje Z y percentiles.

VII.2.3 Validación

Como parte de la estandarización de criterios para la valoración del estado nutricional antropométrico la OMS establece criterios de acuerdo a cálculo de índice de masa corporal en base a clasificación del puntaje Z y percentiles de acuerdo a edad y sexo.

VII.2.4 Aplicación

Se calcula Índice de Masa Corporal con peso (kg) / talla (m²) y se valora resultado con la curva percentilada/ Puntuación Z ajustándose a los siguientes valores y gráficas.

RELACIÓN O ÍNDICE	CÁLCULO
Índice de masa corporal (IMC)	Peso (kg) / talla (m2) Valorar resultado según: Curva percentilada/ Puntuación Z
IMC (OMS, Cole) Mayores de 5 años: – Normal: P15– P85 ($z \geq -1$) – Sobrepeso > P85 (puntuación $z > +1$), – Obesidad > P98 (puntuación $z > +2$), – Subnutrición < P3 ($z < -2$)	

VII.3 Cuestionario de hábitos alimentarios para frecuencia de consumo de alimentos

VII.3.1 Descripción

Es un instrumento el cual fue elaborado por Mariné Coromoto Nava en Chile en el 2001, en conjunto con el Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela a través de la recolección con los datos de consumo de la población Venezolana, su finalidad fue obtener la lista de los alimentos más consumidos y la frecuencia de consumo semanal de alimentos, Consta de 47 reactivos divididos en grupo de alimentos (cereales, Frutas Verduras, Lácteos, Carnes)

VII.3.2 Validación

El instrumento fue validado en una población de 173 niños en edad preescolar de Venezuela obteniendo un Alpha de Cron Bach de 0.89.

VII.3.3 Aplicación

El instrumento califica la frecuencia de consumo como bajo, normal, o alto, para cada grupo de alimentos, de acuerdo a las recomendaciones de raciones de alimentos para niños y niñas de 2 a 9 años del Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela. El cuestionario califica de la siguiente manera:

- **Adecuado:** consumo semanal cereales 5 a 8 raciones, Fruta 5 a 6 raciones, Vegetales 5 a 6 raciones. Lácteos 5 a 6 raciones. Carnes y lácteos 3 a 4 raciones. Grasas 3 a 4 raciones.
- **Inadecuado:** consumo semanal cereales más de 8 raciones, Fruta menos de 6 raciones, Vegetales menos de 5 raciones, Lácteos más de 5 a 6 raciones. Carnes y lácteos más de 4 raciones, Grasa más de 4 raciones.

VII.4 Familiograma Estructural

VII.4.1 Descripción

Instrumento utilizado para la atención a la familia que surge de la necesidad de médicos familiares, trabajadores sociales, genetistas y terapeutas familiares, de contar con elementos que puedan ser usados rutinariamente para realizar una representación esquemática de la familia (como árbol genealógico), la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones

VII.4.2 Validación

Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para identificar algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc). Así, permite conocer en que etapa del ciclo vital se encuentran la familia, el tipo de familia y los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, teniendo un resumen bastante completo para el estudio de la dinámica familiar, y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia. El familiograma ayuda a entender cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y estos a su vez influir en toda la familia. Por otro lado, se permite tener una mejor relación médico paciente.

VII.4.3 Aplicación

Para realizar un familiograma estructural es necesaria la simbología internacionalmente aceptada que representa el sexo, estado civil, parentesco, embarazo, muerte, quienes viven bajo el mismo techo, interrupción del matrimonio, si existen múltiples parejas, así como el número de hijos. (Anexo 7)

VIII. DESARROLLO DEL PROYECTO

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico durante el mes de mayo a julio del 2016, se incluyeron 256 madres con niños entre 5 a 9 años que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 Tequesquahuac, Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social utilizando la fórmula de estimación de una proporción para sobrepeso y obesidad en una población infinita, se tomó un valor alfa de 1.96 y una potencia del 84% (Beta: 0.84) con un margen de error (Delta= 0.05) del 0.95% , que asistieron a la consulta médica.

Previamente se seleccionaron los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, a quienes se les informó sobre el objetivo de este estudio, su participación y actividades que se realizarían, posteriormente se firmó consentimiento informado (Anexo 1) y Asentimiento correspondientemente (Anexo 2).

El estudio se llevó a cabo en dos fases, en la primera se solicitaron datos en la cédula de identificación, posteriormente se realizó el familiograma de tres generaciones (Anexo 7). Continuando con la aplicación del cuestionario IDARE para valorar grado ansioso de la madre (Anexo 4), así como el instrumento de hábitos alimentarios para frecuencia de consumo de alimentos (Anexo 5).

En una segunda fase se realizó la toma de medidas antropométricas a los niños entre 5 a 9 años de edad (peso y talla) con técnica establecida y detallada (Anexo 3) en un consultorio de la misma Unidad de Medicina Familiar guardando la confidencialidad y privacidad de los participantes. Para finalizar se calculó IMC ajustado a tablas de valores Z para determinar estado nutricional antropométrico del menor. (Anexo 6) Los datos obtenidos fueron manejados de manera confidencial por el investigador y se informó al participante. Una vez obtenida la información se ingresaron los datos al programa estadístico SPSS versión 21.

VIII.1 Límite de tiempo y desarrollo

Unidad de Medicina Familiar No.64 Tequesquihuac, Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo de Mayo a Julio del 2016.

VIII.2 Diseño de Análisis

Una vez recabada la información se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences: paquete estadístico para las ciencias sociales), versión 21 y el Programa Microsoft Word 2013.

Se realizó el análisis univariado mediante estadística descriptiva calculando medidas de tendencia central: media, mediana y moda para las variables sociodemográficas de tipo cuantitativo (edad de las madres y edad de los menores) que se representaron por medio de histogramas.

Para las variables de tipo cualitativo (estado civil, escolaridad, ocupación, género, tipología familiar, grado de rasgo ansioso, grado de estado ansioso, hábitos alimentarios y estado nutricional) se utilizaron frecuencias y porcentajes que se representaron mediante gráfica de sectores.

En cuanto al análisis bivariado para la significancia estadística se calculó X^2 para asociación de variables ordinales (grado de rasgo ansioso de la madre, estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad, tipología familiar y hábitos alimentarios) , y d de somers para variables ordinales (grado de rasgo ansioso y estado nutricional antropométrico). Para la hipótesis de trabajo y objetivos específicos se contemplará lo siguiente:

- H_0 : No existe relación entre el estado nutricional de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 64 de edad de acuerdo a la tipología de su núcleo familiar.
- H_1 : Existe relación entre el estado nutricional de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a su tipología familiar.
 - Nivel de significancia =5%=0.05
 - Elección de prueba estadística : X^2
 - Estimación de p=valor
 - Toma de decisión: $p < 0.5$ entonces rechazamos la hipótesis nula.
- H_0 : No existe asociación entre los hábitos alimentarios de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 64. de acuerdo a la tipología familiar.
- H_1 : Existe asociación entre los hábitos alimentarios de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 64. de acuerdo a la tipología familiar.
 - Nivel de significancia =5%=0.05
 - Elección de prueba estadística : X^2
 - Estimación de p=valor
 - Toma de decisión: $p < 0.5$ entonces rechazamos la hipótesis nula.
- H_0 : No existe asociación entre el grado ansioso de la madre de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 64. de acuerdo a su tipología familiar.
- H_1 : Existe asociación entre el grado de rasgo ansioso de la madre de acuerdo a su tipología familiar.

Nivel de significancia =5%=0.05

- Elección de prueba estadística : χ^2
 - Estimación de p=valor
 - Toma de decisión: $p < 0.5$ entonces rechazamos la hipótesis nula.
-
- H_0 : No existe asociación entre el grado ansioso de la madre y el estado nutricional de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 64.
 - H_1 : Existe relación entre el grado ansioso de la madre y el estado nutricional de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 64.
 - Nivel de significancia =5%=0.05
 - Elección de prueba estadística : χ^2
 - Estimación de p=valor
 - Toma de decisión: $p < 0.5$ entonces rechazamos la hipótesis nula.

IX. IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial quien reglamenta los procesos de investigación biomédica que lleva a cabo el personal de salud enfocado a experimentación, así como a la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos donde se establece que en los procedimientos de investigación que no conllevan riesgo, como aquellos sin intervención en los individuos participantes, tal como sucederá en el presente. Así mismo se realiza pensando en grupos vulnerables en este caso de suma importancia ya que el presente estudio incluye a niños, en donde de acuerdo a las normas éticas no deben ser incluidos en estudios experimentales sin antes ser probados en adultos y siempre y cuando se consideren en balanza riesgo- beneficio; en este caso se trata de un estudio observacional por lo cual se aplica el criterio de no maleficencia.³⁸

En lo que respecta a la autonomía del participante se toma en cuenta mediante su firma en el consentimiento informado, con la libre voluntad de participar en el estudio, con información detallada de los objetivos de la investigación, cada uno de los procedimientos a los que serán sometidos, los riesgos y los beneficios; considerando a los niños como un grupo vulnerable cuyas decisiones están determinadas por la persona responsable de manera legal, se debe considerar la decisión del mismo en participar en las acciones que se consideran en esta investigación tales como la medición de peso y talla, por lo cual se consideró el asentimiento. Se respeta la autonomía de manera prioritaria respetando la decisión del paciente posterior a la lectura del mismo a no participar en la presente investigación.³⁹

Antes que cualquier conocimiento se busca el bienestar de la madre y el menor, cumpliendo el principio de beneficencia en este caso al tratarse de un estudio no experimental se realiza con el fin de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos, así como el deber médico de promover y velar por la salud de los pacientes.

El médico debe de considerar lo mejor para el paciente. En la práctica de la medicina y de investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican riesgos, sin embargo disminuyen al ser un estudio no experimental, toda la información que se obtenga del participante se mantendrá bajo resguardo y será evaluado únicamente por los participantes de la investigación.³⁸

Dentro de los principios de la bioética se toma en cuenta la justicia, considerada difícil de definir, sin embargo la investigación médica estará sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales, por lo cual en este estudio todas las mujeres y niños que cumplan con los criterios de inclusión tienen la misma probabilidad de entrar en este estudio sin discriminación. Curar el daño y promover el bien o bienestar, brindando posterior retribución de lo arrojado de los instrumentos aplicados.³⁸

Por último la presente investigación se considera sin riesgo, ya que todas las técnicas y métodos no modifican intencionadamente alguna variable, ya que únicamente se aplica una serie de instrumentos y medición de peso y talla sin embargo como parte del principio de beneficencia durante el estudio se presentaron casos en los que al aplicarse el instrumento de ansiedad rasgo estado, las participantes manifestaron necesitar ayuda por las repercusiones que han presentado en su vida cotidiana, por lo cual se canalizaron al área de trabajo social y posteriormente a su médico familiar para una identificación precoz y oportuna. A los niños entre 5 a 9 años de edad con determinación por medio de IMC y valores Z alteraciones como sobrepeso, obesidad y subnutrición se tomaron los datos correspondientes con previa autorización de la madre para su canalización al área de nutrición e incorporación a pláticas programadas por la Licenciada en Nutrición de la unidad.⁴⁰

X. RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron al ser procesados en el programa de análisis estadístico SPSS versión 21, fueron representados para variables cuantitativas (edad de las madres y edad de los niños) mediante histogramas y para las variables cualitativas (estado civil, escolaridad, ocupación, género de los niños, tipología familiar, estado ansioso, rasgo ansioso, hábitos alimentarios, estado nutricional antropométrico) mediante gráfica de sectores acompañados de una tabla de variables.

Para el análisis bivariado se calculó X^2 para asociación de variables ordinales (grado ansioso de la madre, estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad, tipología familiar y hábitos alimentarios) y d de somers para variables ordinales (rasgo ansioso y estado nutricional antropométrico) representadas en gráfica de barras.

De las 256 madres de niños entre 5 a 9 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 que participaron en el estudio se obtuvieron los siguientes datos:

La edad de las madres se reportó con una media de 30.81 años, una mediana de 30 años y una moda de 28 años. (Ver Tabla y Gráfico No. 1)

El estado civil encontramos que el 52% (134) se encuentran casadas, 35% (89) en unión libre, el 10% (26) permanecen solteras y únicamente el 3% (7) divorciadas. (Ver Tabla y Gráfico No.2)

La escolaridad de las madres con mayor frecuencia fue la educación básica 34% (87), educación media superior 30% (77), carrera técnica 17% (43), con educación universitaria un 15% (39) y solamente 4%(10) tenían estudios de posgrado. (Ver Tabla y Gráfico No.3)

En lo que se refiere a la ocupación de las madres se encuentran con mayor frecuencia aquellas que se dedican al hogar en un 59% (152), las madres empleadas 27% (67), con ocupación profesional 13% (31), desempleadas 1%, (3) y por último aquellas que se dedican al comercio 1% (3). (Ver Tabla y Gráfico No.4)

La edad de los niños obtuvo una media de 6.77 años, mediana de 7 años y moda de 5 años (Ver Tabla y Gráfico No.5)

De acuerdo al género de los niños corresponde en un 55% (141) al género femenino y en 45%(115) al género masculino. (Ver Tabla y Gráfico No.6)

En lo que respecta a la tipología familiar nuclear es el tipo con mayor frecuencia en un 67.6% (173), la familia extensa en 22.7% (58) y por último la familia monoparental un 10% (25). (Ver Tabla y gráfico No.7)

El grado de estado ansioso se determinó a partir del Instrumento De Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), en donde el 54.7% (140) de las entrevistadas presentaba un estado ansioso medio, el 27% (69) mostró un grado bajo y solo un 18.4% (47) un estado ansioso alto. (Ver Tabla y Gráfico No.8)

El grado de rasgo ansioso de igual manera se determinó a partir del Instrumento de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) se encontró en las mujeres entrevistadas que un 42% (107) presentaba un grado medio, el 30% (76) grado bajo y ligeramente en menor frecuencia el 29% (73) un rasgo ansioso alto. . (Ver Tabla y gráfico No.9)

Los hábitos alimentarios de los menores se obtuvo a partir del instrumento de frecuencia de consumo de alimentos, en el que un 67% (171) tenía hábitos inadecuados y un 33% hábitos adecuados. . (Ver Tabla y gráfico No.10)

En cuanto al estado nutricional antropométrico de los menores obtenido a partir de IMC de acuerdo a valores Z con mayor frecuencia se reportó el estado nutricional normal 54% (137), con sobrepeso 22% (56), con obesidad un 18% (47) y por último en un 6% (16) en estado de subnutrición. (Ver Tabla y gráfico No.11)

Para precisar el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a su tipología familiar se determinó X^2 con una $p=.226$. En la tabla de

contingencia se observa que las familias monoparentales se encuentran 10 menores entre 5 a 9 años de edad con estado nutricional normal, 7 con sobrepeso, 7 con obesidad y 1 con subnutrición. En la familia nuclear predominaron aquellos con estado nutricional normal con 89 menores, 39 con sobrepeso, 31 con obesidad y únicamente 14 con subnutrición. En la familia extensa 38 menores se encontraron con estado nutricional normal, 10 con sobrepeso, 9 con obesidad y 1 con subnutrición. Se obtuvo una X^2 de 81.69, $p=.226$.

En cuanto a la identificación de hábitos alimentarios de los niños de acuerdo a su tipología familiar se observa en la tabla de contingencia que las familias monoparentales 18 menores tuvieron hábitos inadecuados y únicamente 7 hábitos adecuados; en las familias nucleares predominaron los hábitos alimentarios inadecuados en 113 y con hábitos adecuados 60 y en las familias extensas 18 presentaron hábitos adecuados y 40 inadecuados. Con una X^2 de .599 y $p=.226$.

El grado de rasgo ansioso de las madres de acuerdo a su tipología familiar, tuvo mayor frecuencia el grado medio para las familias nucleares 68 y 24 para las familias extensas, mientras que en la familia monoparental predominó el grado de rasgo ansioso alto. Se calculó una X^2 de 2.171y $p=.704$.

En el estado nutricional antropométrico de los niños de acuerdo a sus hábitos alimentarios se observó que aquellos con hábitos alimentarios adecuados 48 tenían peso normal, 20 obesidad, 11 sobrepeso y 6 subnutrición los participantes con hábitos inadecuados 89 tuvieron estado nutricional normal, 45 sobrepeso, 27 obesidad y 10 subnutrición. Con una X^2 de 6.83 y $p=.077$.

Para establecer la relación entre el grado ansioso de las madres y el estado nutricional antropométrico de los niños se calculó una X^2 de 21.03 y $p=.002$ así como d de somers con una $p=.008$.

Se observa que predominan las madres con rasgo ansioso bajo siendo 56 que tuvieron hijos con estado nutricional antropométrico normal, 13 con sobrepeso, 7 obesos y 5 subnutridos. Los niños de madres con rasgo ansioso medio 55 tuvieron peso normal, 21 sobrepeso, 18 obesidad y 6 subnutrición. Por último las madres

con rasgo ansioso alto tuvieron 26 menores con peso normal, 22 con sobrepeso, 22 obesos y 5 subnutridos.

XI. TABLAS Y GRÁFICAS

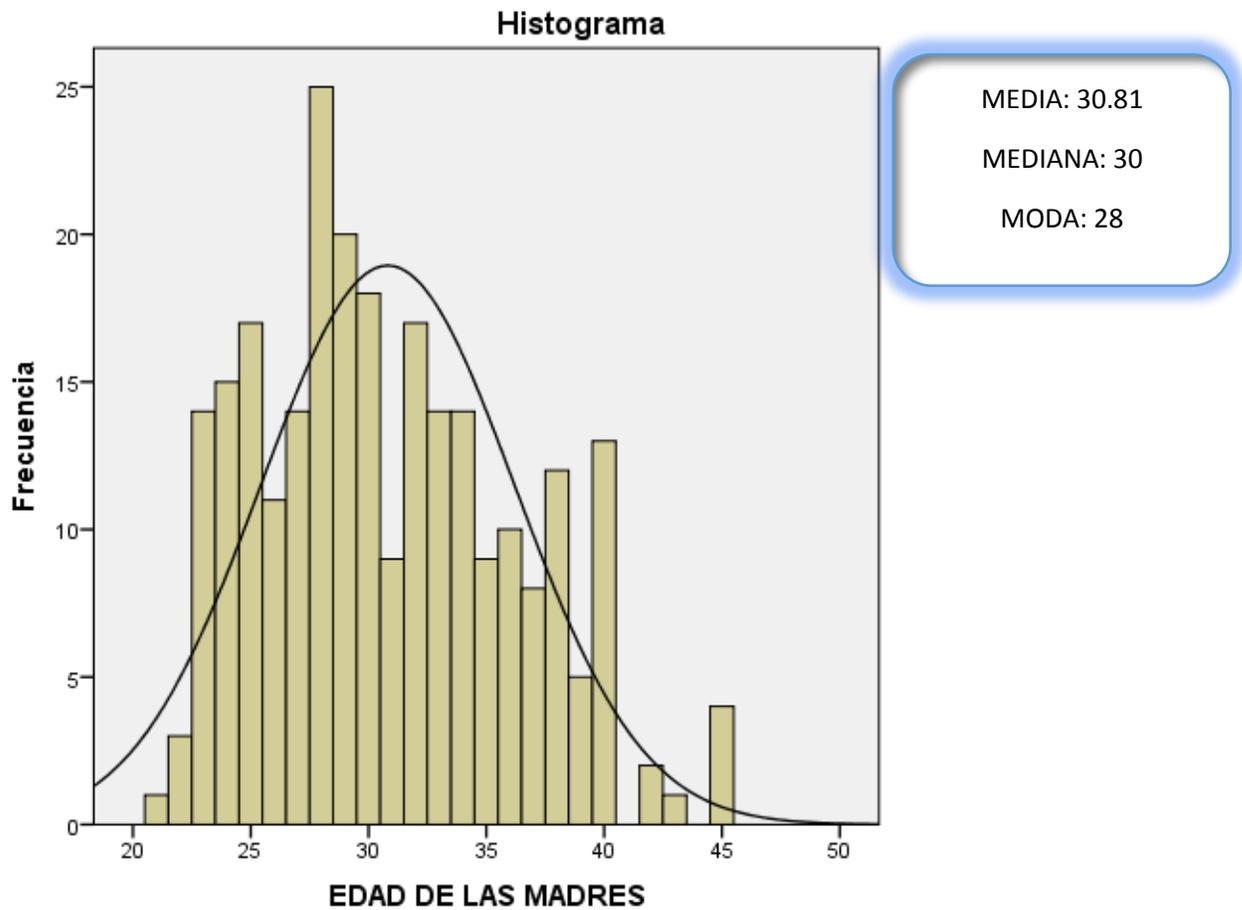
Tabla No. 1. Edad de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21	1	.4
22	3	1.2
23	14	5.5
24	15	5.9
25	17	6.6
26	11	4.3
27	14	5.5
28	25	9.8
29	20	7.8
30	18	7.0
31	9	3.5
32	17	6.6
33	14	5.5
34	14	5.5
35	9	3.5
36	10	3.9
37	8	3.1
38	12	4.7
39	5	2.0
40	13	5.1
42	2	.8
43	1	.4
45	4	1.6
TOTAL	256	100

Media 30.81, Mediana 30, Moda 28

Fuente: *Instrumento de recolección de datos. Cédula de identificación*

Gráfica No. 1. Edad de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



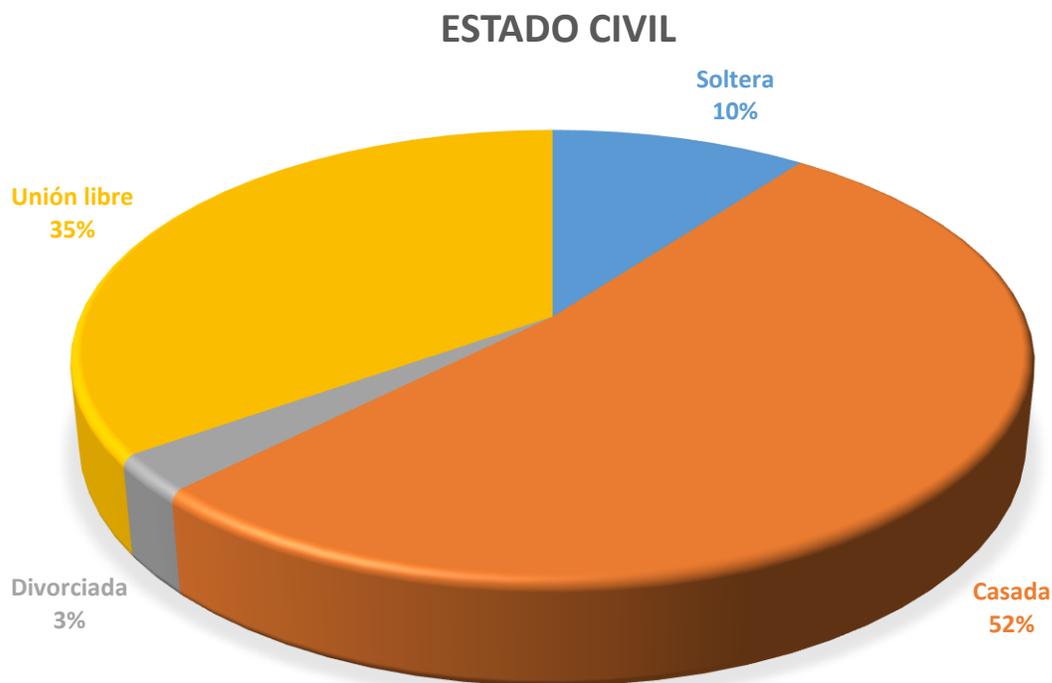
Fuente: *Tabla 1*

Tabla No. 2. Estado civil de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	26	10.2
CASADA	134	52.3
DIVORCIADA	7	2.7
UNIÓN LIBRE	89	34.8
TOTAL	256	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Cédula de identificación

Gráfica No. 2. Estado civil de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



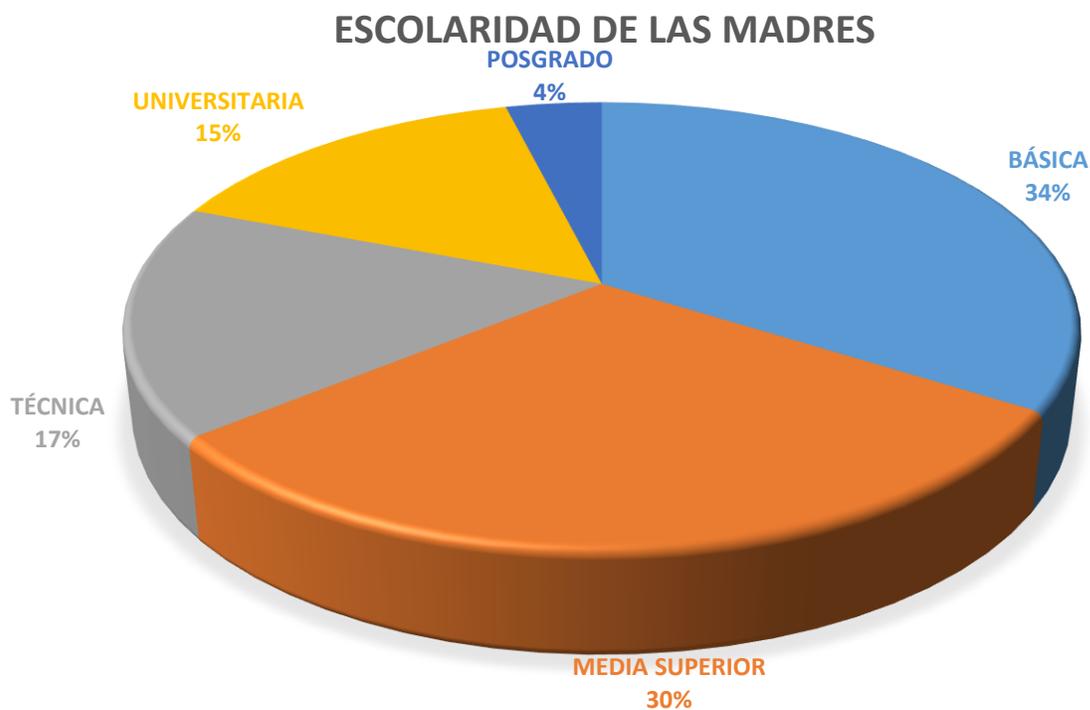
Fuente: Tabla 2

Tabla No. 3. Escolaridad de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BÁSICA	87	34
MEDIA SUPERIOR	77	30.1
TÉCNICA	43	16.8
UNIVERSITARIA	39	15.2
POSGRADO	10	3.9
TOTAL	256	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Cédula de identificación

Gráfico No. 3. Escolaridad de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



Fuente: Tabla 3

Tabla No. 4. Ocupación de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESEMPLEADA	3	1.2
HOGAR	152	59.4
COMERCIO	3	1.2
EMPLEADA	67	26.2
PROFESIONAL	31	12.1
TOTAL	256	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Cédula de identificación

Gráfica No. 4. Ocupación de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



Fuente: Tabla 4

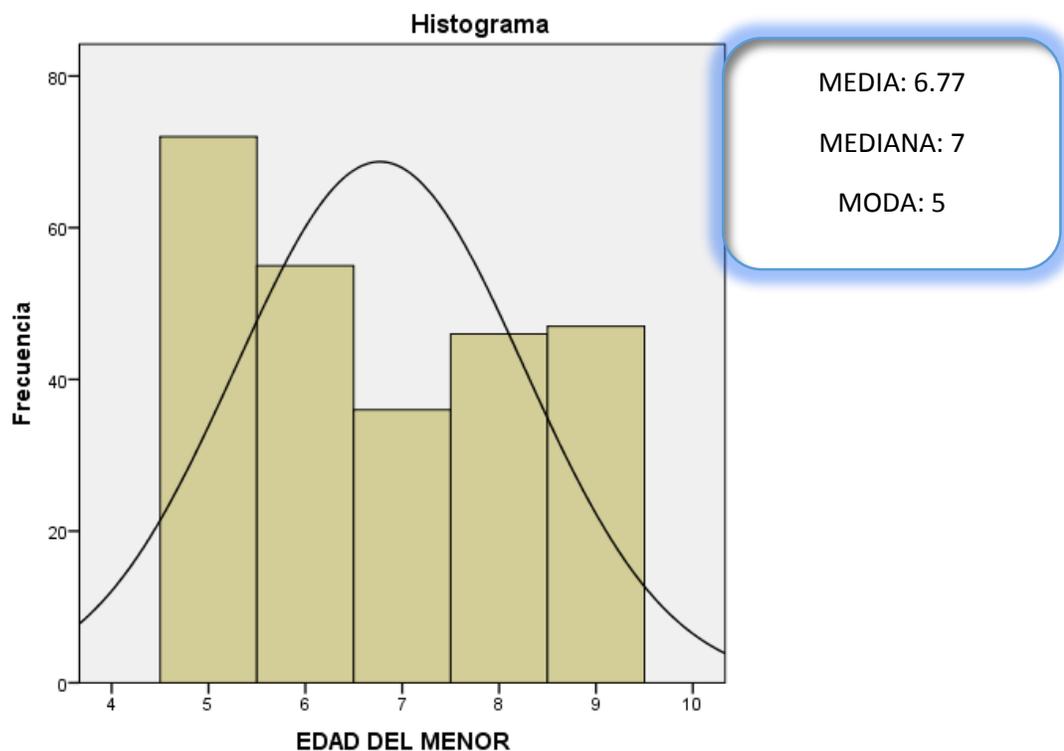
Tabla No. 5. Edad de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	72	28.1
6	55	21.5
7	36	14.1
8	46	18
9	47	18.4
Total	256	100

Media 6.77, mediana 7, moda 5

Fuente: *Instrumento de recolección de datos. Cédula de identificación*

Gráfica No. 5. Edad de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



Fuente: *Tabla 5*

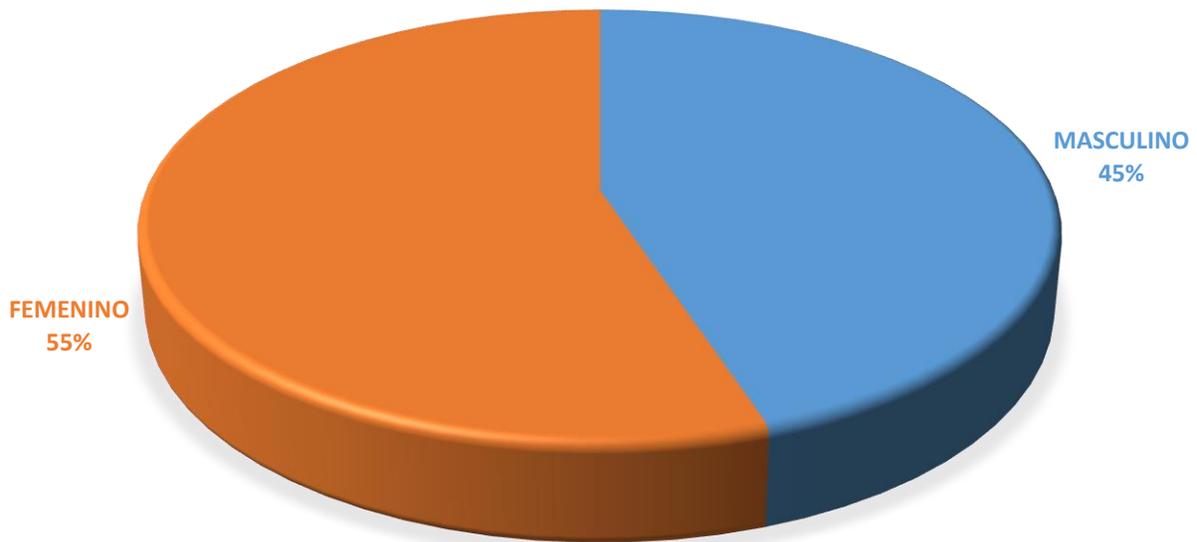
Tabla No. 6. Género de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	115	44.9
FEMENINO	141	55.1
Total	256	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Cédula de identificación

Gráfica No. 6. Género de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

GÉNERO NIÑOS



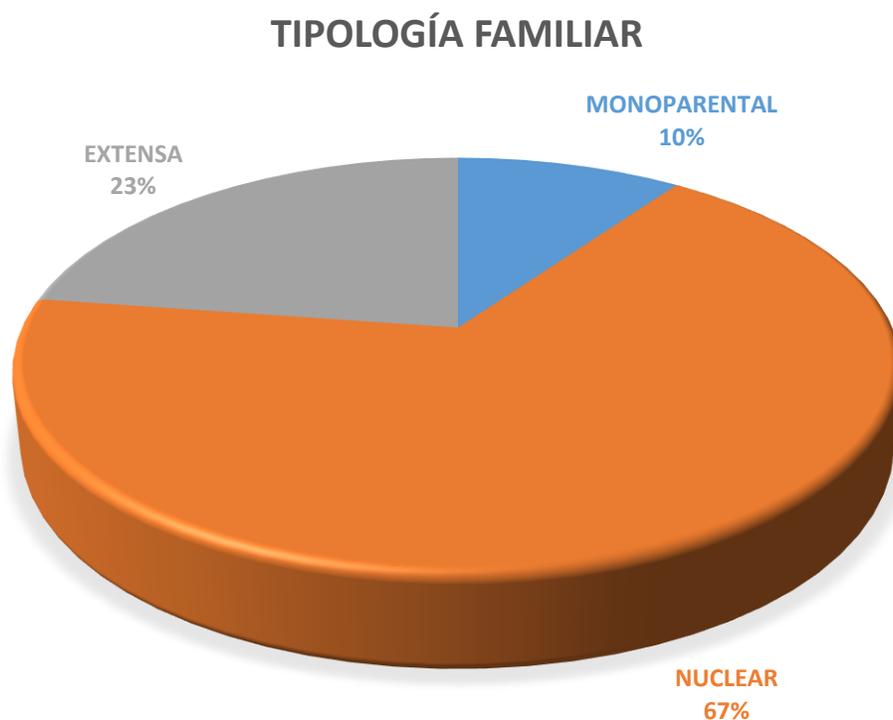
Fuente: Tabla 6

Tabla No. 7. Tipología familiar de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

TIPOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MONOPARENTAL	25	9.8
NUCLEAR	173	67.6
EXTENSA	58	22.7
TOTAL	256	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Cédula de identificación

Gráfica No. 7. Tipología familiar de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



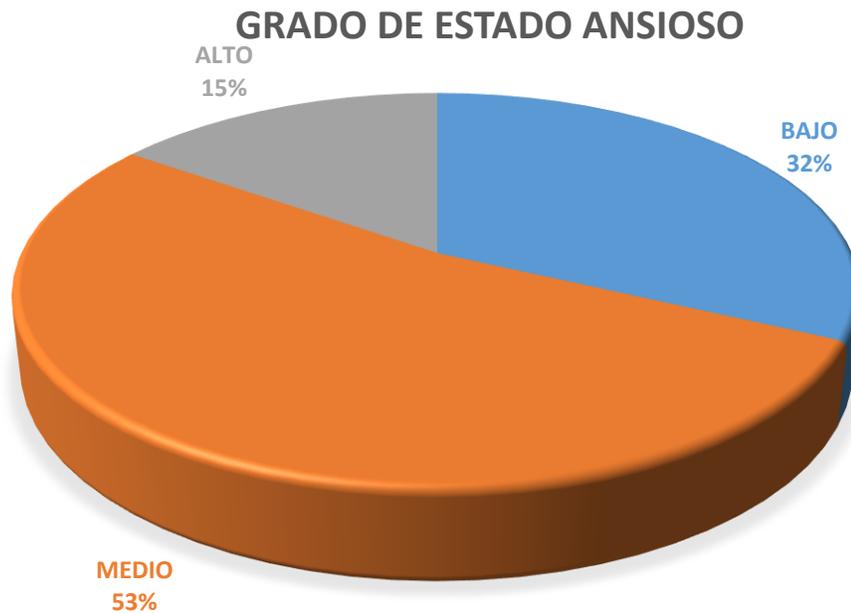
Fuente: Tabla 7

Tabla No. 8 Grado de estado ansioso de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

GRADO ESTADO ANSIOSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	82	32
MEDIO	135	52.7
ALTO	39	15.2
TOTAL	256	100

Fuente: Concentrado de datos. Inventario De Ansiedad Rasgo- Estado

Gráfica No. 8 Grado de estado ansioso de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



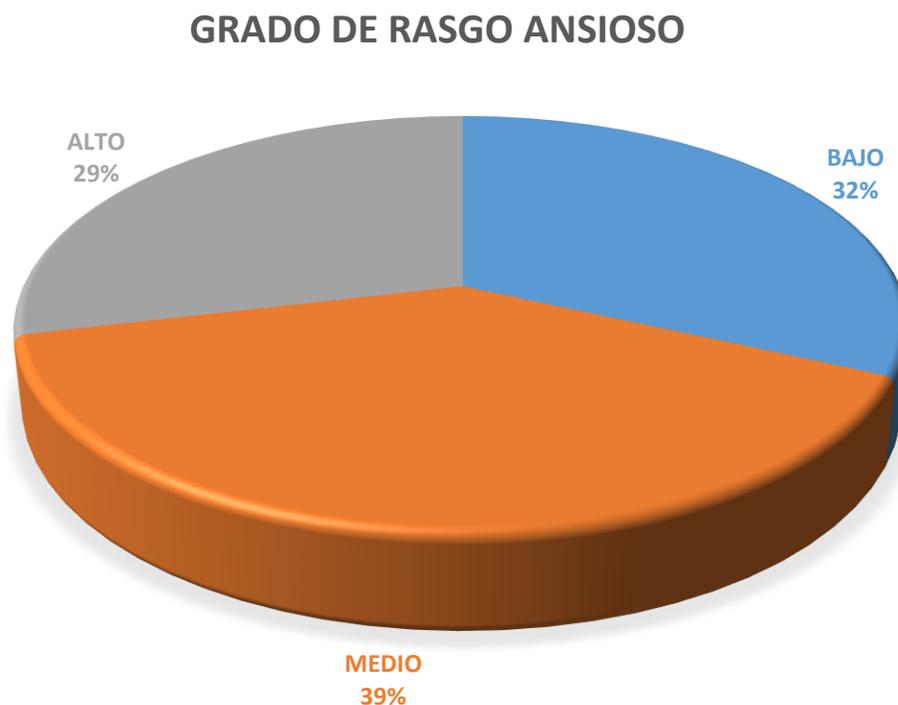
Fuente: Tabla 8

Tabla No. 9 Grado de rasgo ansioso de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

GRADO RASGO ANSIOSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	81	31.6
MEDIO	100	39.1
ALTO	75	29.3
TOTAL	256	100

Fuente: Concentrado de datos. Inventario De Ansiedad Rasgo- Estado

Gráfico No. 9 Grado de rasgo ansioso de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



Fuente: Tabla 9

Tabla No.10 Hábitos alimentarios de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

HÁBITOS ALIMENTARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADO	85	33.2
INADECUADO	171	66.8
TOTAL	256	100

Fuente: *Concentrado de datos. Instrumento de hábitos alimentarios de acuerdo a frecuencia de consumo de alimentos*

Gráfica No.10 Hábitos alimentarios de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016



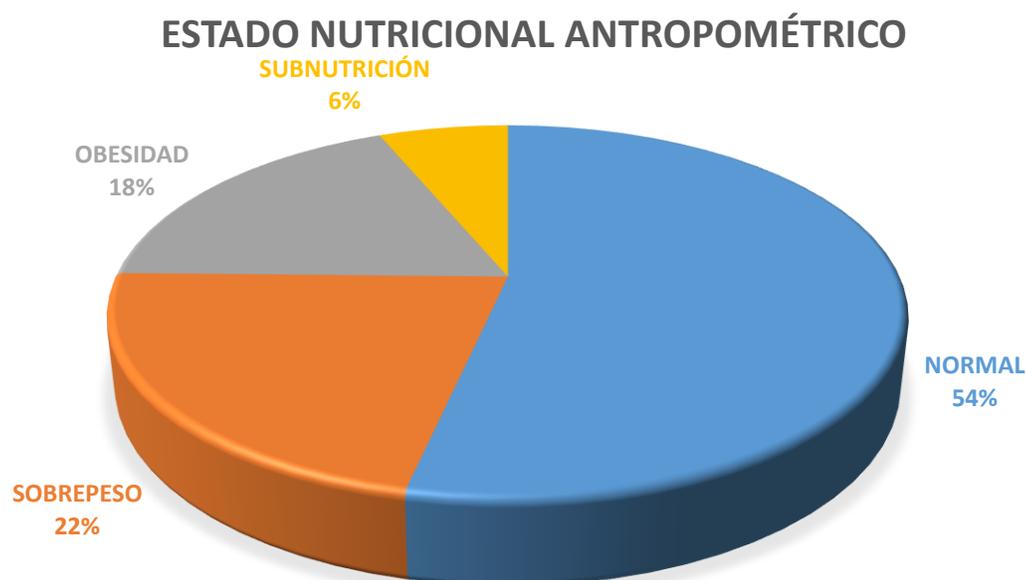
Fuente: *Tabla 10*

Tabla No.11 Estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	137	53.5
SOBREPESO	56	21.9
OBESIDAD	47	18.4
SUBNUTRICIÓN	16	6.3
TOTAL	256	100

Fuente: Concentrado de datos. IMC de acuerdo a valores Z

Gráfica No.11 Estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



Fuente: Tabla 11

Tabla No.12 Estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a la tipología familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

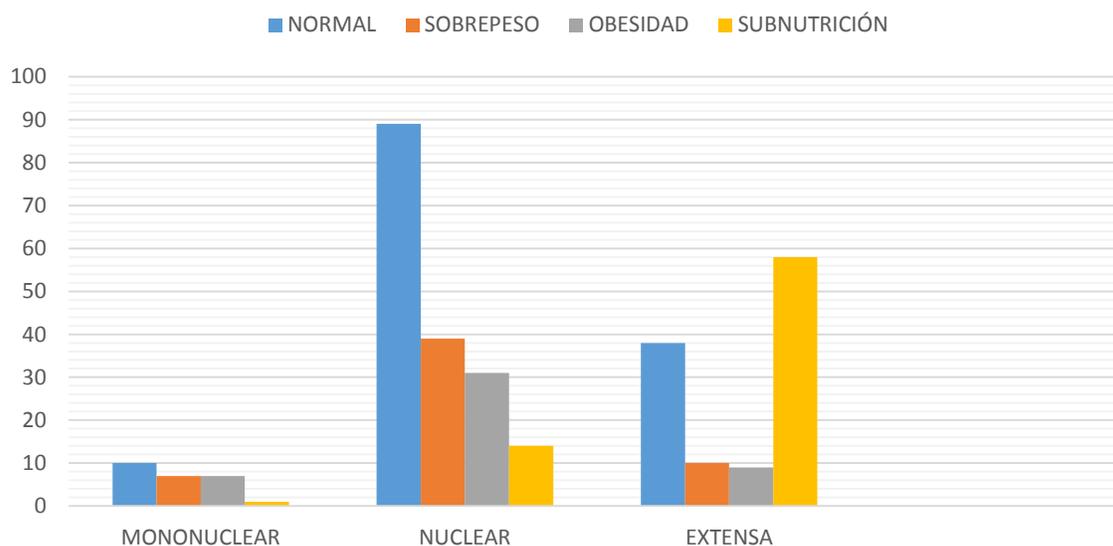
		ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO			Sub nutrición	Total
		Normal	Sobrepeso	Obesidad		
Tipología Familiar	Mononuclear	10	7	7	1	25
	Nuclear	89	39	31	14	173
	Extensa	38	10	9	58	47
Total		137	56	47	16	256

Chi-cuadrado 8.168, $p=.226$

Fuente: SPSS

Gráfica No. 12 Estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a la tipología familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

ESTADI NUTRICIONAL DE ACUERDO A TIPOLOGÍA FAMILIAR



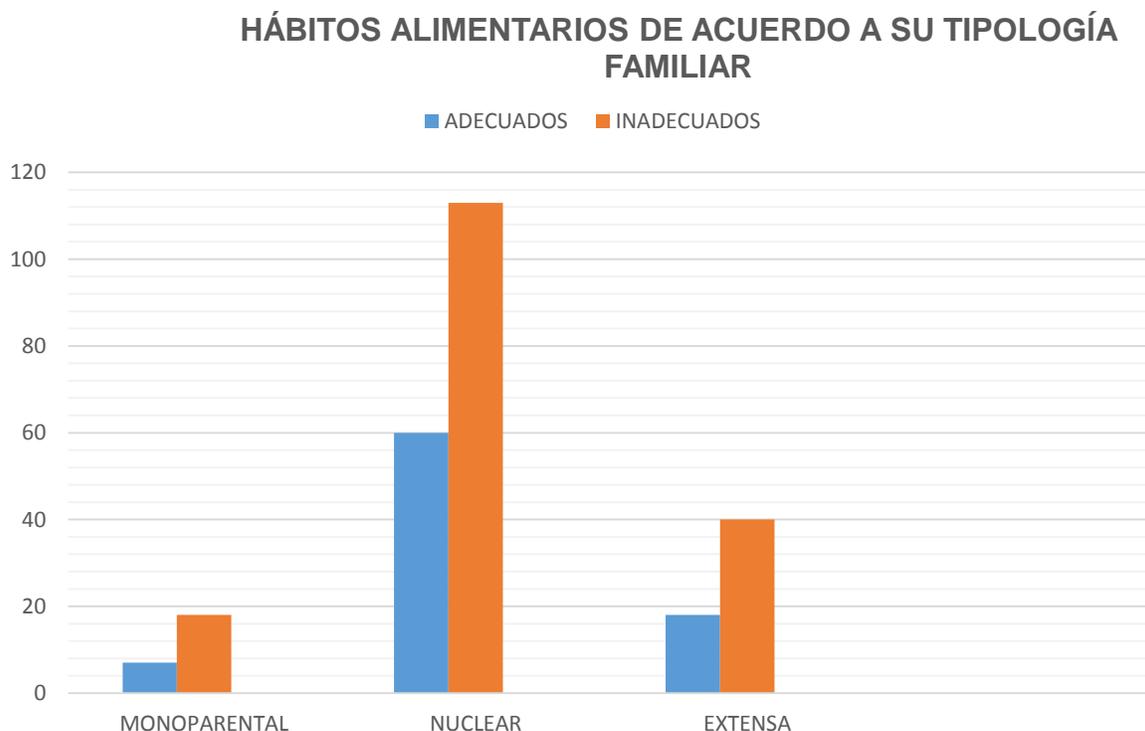
Fuente: Tabla 12

Tabla No.13 Hábitos alimentarios de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a la tipología familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

		HÁBITOS ALIMENTARIOS		
		Adecuados	Inadecuados	Total
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Monoparental	7	18	25
	Nuclear	60	113	173
	Extensa	18	40	58
Total		85	171	256

Chi-cuadrado .599, gl 2, p=.741

Gráfica No. 13 Hábitos alimentarios de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a la tipología familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.



Fuente: *Tabla 13*

Tabla No.14 Grado de rasgo ansioso de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a la tipología familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

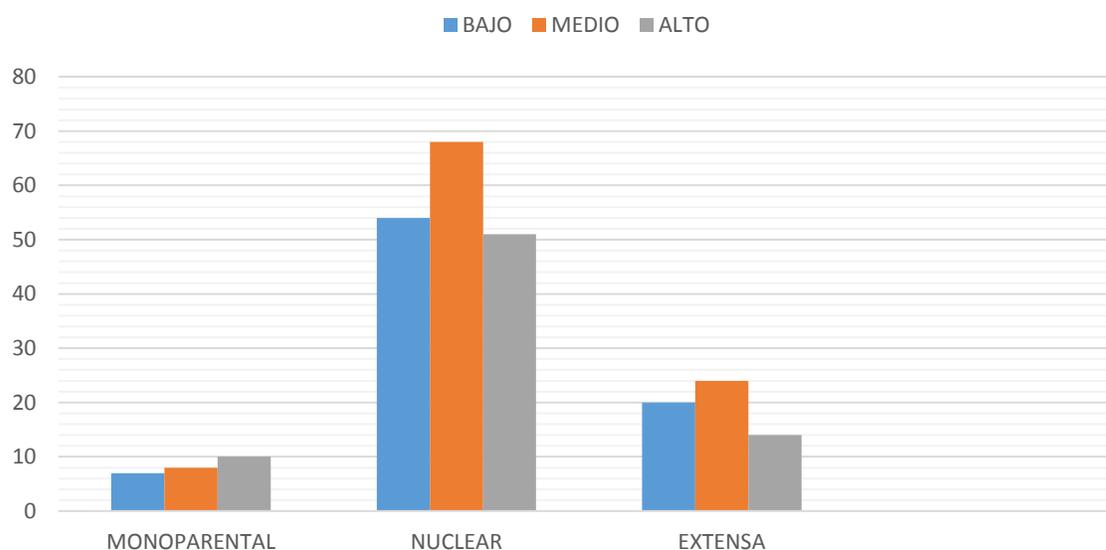
		GRADO DE RASGO ANSIOSO			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Monoparental	7	8	10	25
	Nuclear	54	68	51	173
	Extensa	20	24	14	58
Total		81	100	75	256

Chi-cuadrado 2.171, gl 4, p=.704

Fuente: SPSS

Gráfica No. 14 Grado de rasgo ansioso de las madres de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a la tipología familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016

GRADO DE RASGO ANSIOSO DE LA MADRE DE ACUERDO A SU TIPOLOGÍA FAMILIAR



Fuente: Tabla 14

Tabla No.15 Estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a sus hábitos alimentarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016

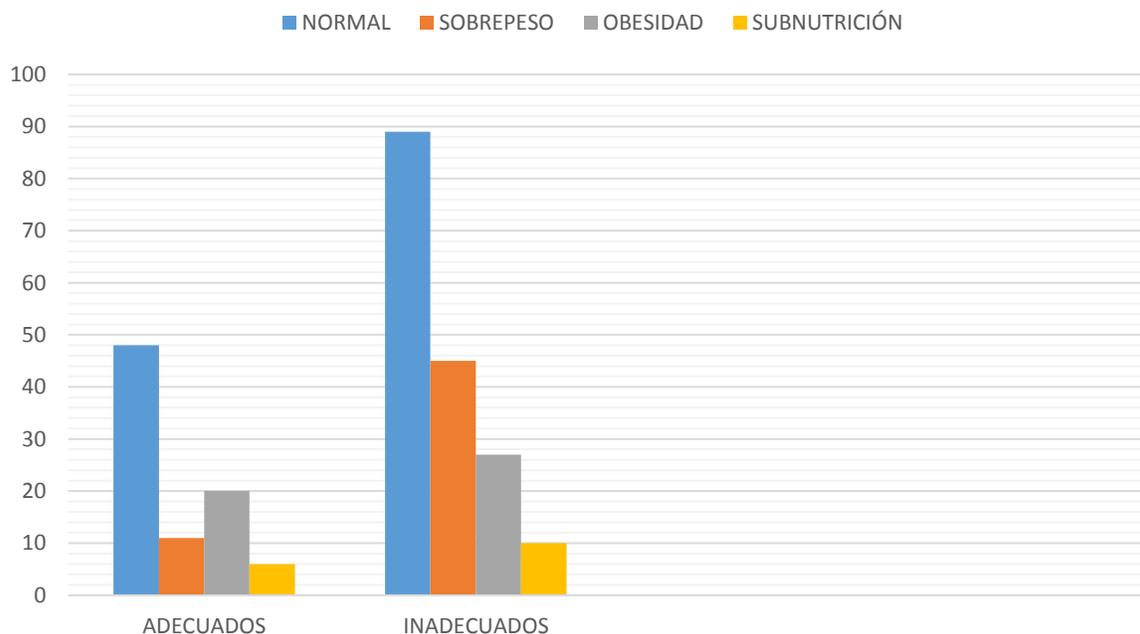
		ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO			Sub nutrición	Total
		Normal	Sobrepeso	Obesidad		
HÁBITOS ALIMENTARIOS	ADECUADOS	48	11	20	6	85
	INADECUADOS	89	45	27	10	171
Total		137	56	47	16	256

Chi cuadrado 6.83, gl 6 p= .077

Fuente: SPSS

Gráfica No.15 Estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años de edad de acuerdo a sus hábitos alimentarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016

ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO A HÁBITOS ALIMENTARIOS



Fuente: Tabla 15

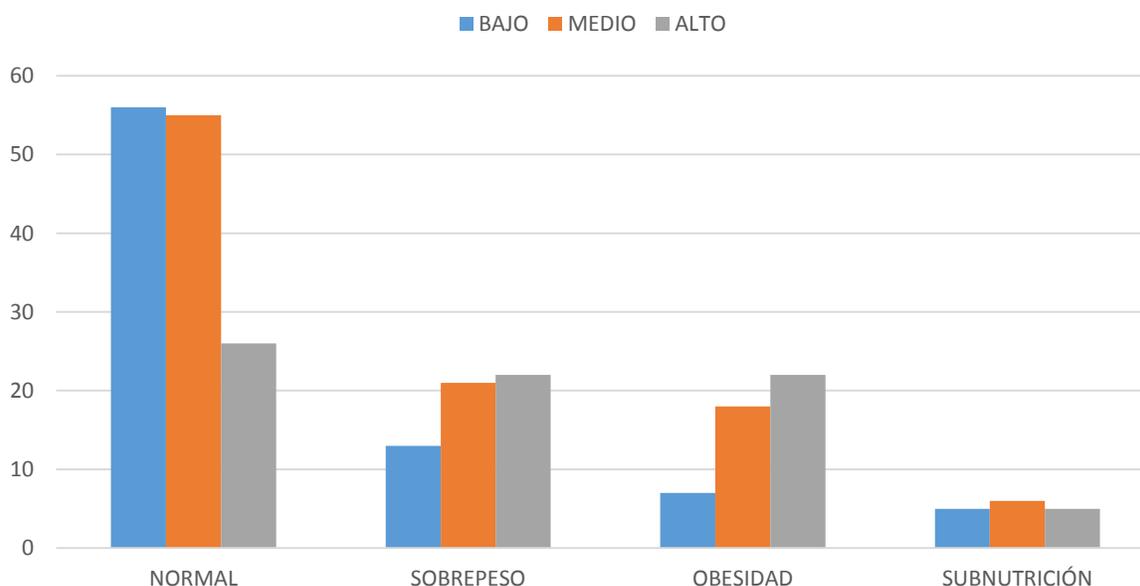
Tabla No. 16 Relación entre el grado de rasgo ansioso de las madres y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio

		ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO			Sub nutrición	Total
		Normal	Sobrepeso	Obesidad		
RASGO ANSIOSO	BAJO	56	13	7	5	81
	MEDIO	55	21	18	6	100
	ALTO	26	22	22	5	75
Total		137	56	47	16	256

Chi-cuadrado 21.03, gl 6, $p=.002$ Summers d .008

Gráfica No. 16 Relación entre el grado de rasgo ansioso de las madres y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mayo a Julio 2016.

ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y GRADO DE RASGO ANSIOSO DE LA MADRE



Fuente: *Tabla 16*

XII. DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que en el periodo de mayo a julio del 2016 en lo que respecta a las variables sociodemográficas la edad de la madre con mayor frecuencia fue de 28 años, registrándose que en esta edad se encuentra el mayor número de mujeres con grado de rasgo ansioso medio y en los 29 años con rasgo ansioso alto, coincidiendo en el estudio de Arenas y Puigcerver en donde la edad de la presentación de ansiedad se encuentra durante la edad reproductiva entre los 18 y 29 años con un OR de 2.5⁶

En cuanto al estado civil predominando aquellas que se encuentran casadas, con un nivel de escolaridad de educación superior, sin encontrarse relevancia en mujeres con mayor nivel de estudios tal y como menciona González y Aguilar en donde el nivel de preparación de la madre repercute en el IMC del menor, lo que puede explicarse debido a la característica de población que utiliza los servicios de salud del IMSS, ya que en su mayoría se trata de empleados, con nivel educativo en su mayoría básico o medio superior; el 59% de las mujeres que respondieron al instrumento de recolección de datos eran amas de casa y en menor proporción aquellas que se encontraban laborando en un ámbito profesional, por lo que las labores que desempeñaban la mayoría de las mujeres era únicamente actividades en el hogar.^{6,27}

En cuanto a la frecuencia de edad en niños escolares se encontró con mayor frecuencia los 6 años datos censales del INEGI 2010 señala que la edad más común es la anterior.⁴¹

El número de niños en edad escolar es de 22 millones siendo el género femenino ligeramente más frecuente, datos compatibles con esta investigación en donde el 55% se trata de género femenino y el 44.9% de género masculino.⁴¹

En lo que respecta a la tipología familiar se encuentra que la familia nuclear es la más frecuente con un 67.6% seguida de la familia extensa con un 22.7% de acuerdo a los resultados reportados en González y Díaz en cuanto a las características familiares de los escolares coincide en los datos obtenidos en esta investigación, predominando la familia nuclear. ²⁶

A diferencia del artículo de Avilés y cols. la media del puntaje para grado ansioso (estado ansioso) previa una consulta en medicina familiar fue de 41.5 encontrándose con un estado ansioso alto que se relacionaba con padecer alguna enfermedad grave sin significancia con alguna enfermedad en específico $p < 0.05$ en la presente investigación el grado de estado ansioso más frecuente fue el medio, sin embargo también puede explicarse a que las entrevistas fueron antes de entrar a su consulta, no especificando varios factores que podrían aumentar el estado ansioso entre los que se encuentran: si se trataba de consulta médica para la madre o para el menor, el tiempo de espera en la sala, tipo de consulta ya fuera programada o de ficha; por lo que se explica que el estado medio haya predominado en las entrevistadas. Los resultados del grado de rasgo ansioso fueron de igual manera que en el estado ansioso más frecuente el grado medio. ¹³

En lo que respecta a los hábitos alimentarios de los menores se asemeja al estudio de Castillo y Velázquez donde el consumo de refresco, jugos y comida chatarra tuvieron una alta frecuencia en los escolares, en la presente investigación más de la mitad 67% de la población entrevistada de acuerdo a su frecuencia de consumo de alimentos es inadecuada ²³

El estado nutricional antropométrico de los menores coincide en los datos arrojados por ENSANUT, 2012, en este último 20.2% presentaban sobrepeso mientras que en el presente estudio 21.9% de la población de escolares tuvieron un estado nutricional con sobrepeso. En la obesidad los datos fueron similares con datos de ENSANUT en 17.4% mientras que con los datos obtenidos se registraron 18.4%, en lo que se refiere a la subnutrición se encontró únicamente 6.3%, en donde se ha registrado un 5.9% en la Ciudad de México ya que en otros estados de la República Mexicana el número de subnutridos se encuentran con mayor frecuencia. ²⁰

González y Díaz menciona que la tipología familiar más común sigue siendo la nuclear en madres de escolares, aún con el marcado cambio en la incorporación de madres al área laboral no se reporta asociación entre el estado nutricional y la tipología familiar; por su parte Balladares reporta una $p= 0.002$ y un OR de 2.0 para familias extensas como factor de riesgo para presencia de obesidad, en la presente investigación se reporta una $p= .226$ no encontrándose una significancia estadística, lo anterior se puede explicar a que el estudio realizado por Balladares fue en Bolivia y la muestra del grupo control tenía un mayor número de familias extensas, sin embargo en los resultados del presente estudio se encuentran más familias nucleares siendo la más común en México. ^{26,31}

Relacionado a lo anterior González y cols. en cuanto a la tipología familiar, la preparación de alimentos y la vigilancia del mismo menciona que ha sido modificada por el cambio en las actividades laborales y del hogar en las madres, sin embargo en la presente investigación se encontraron predominantemente madres dedicadas únicamente al hogar. La tipología familiar cuya asociación con los hábitos alimentarios no fue significativamente estadístico con una $p= .599$; que puede ser explicado a que independientemente que la madre se dedique al hogar la preparación de los alimentos no se realiza por las mismas y la obtención de los alimentos se desconoce, así como al tratarse de niños escolares que asisten a la escuela tienen contacto con otro tipo de alimentación del cual las madres no tienen el control suficiente. ²⁶

De acuerdo a Blanco y Feldman las madres cuya tipología familiar era monoparental presentaban mayor grado de ansiedad, en el presente estudio el grado ansioso de la madre de acuerdo a su tipología familiar tuvo una $p= .704$ no existiendo significancia estadística, sin embargo se observa que el grado ansioso alto es más predominante en las familias monoparentales. Se puede explicar que no exista una asociación debido a que en el estudio de Blanco y Feldman se trataban de mujeres trabajadoras que realizaban actividades y del hogar, por lo cual las actividades que tenían que realizar aumentaban, así mismo los puestos que desempeñaban exigían jornadas laborales más extensas aunadas a las responsabilidades del hogar. ⁷

Los hábitos alimentarios y el estado nutricional no tuvieron relación, con una $p=.077$ sin embargo de acuerdo al instrumento de frecuencia de consumo de alimentos coincide con Castillo y Velázquez en donde se observa un alto consumo de comida chatarra y de bebidas endulzadas; independientemente del estado nutricional de los niños tienen hábitos inadecuados, considerando que al momento de la entrevista las madres pueden omitir datos que no consideren relevantes y que se haya obtenido un porcentaje mayor de hábitos adecuados que en realidad no se tengan.

23

En cuanto a la asociación de variables ordinales se tomó en cuenta el grado de rasgo ansioso y el estado nutricional antropométrico de los menores el primero se consideró debido a que se trata de todas las respuestas somáticas y cognitivas que predominan en la conducta diaria de la madre, el estado ansioso puede verse modificado por factores externos tales como la espera en la consulta médica, como en el estudio de Áviles y cols. en un primer nivel de atención siendo estadísticamente significativa con una $p = 0.001$ lo que podría ser un resultado alterado debido a que en los momentos de la entrevista las madres esperaban la atención médica por lo cual se decidió tomar el rasgo ansioso para su asociación con el estado nutricional, ya que es como comúnmente responden las madres durante sus actividades diarias, Se obtuvo una $p= 0.002$ siendo estadísticamente significativa rechazando la hipótesis nula coincidiendo con en el estudio realizado por Sibel y cols. en donde se presenta una asociación en el rasgo ansioso y la obesidad de los menores, sin embargo se trató de un estudio transversal descriptivo por lo que no cuenta con datos estadísticamente significativos. Como último se calculó la prueba estadística d de somer con $p= 0.008$ por lo cual se encuentra una correlación muy alta lo traduce que a mayor grado ansioso de la madre mayor estado de sobrenutrición. ^{13,30}

XIV. CONCLUSIONES

La presencia de rasgos ansiosos se presenta predominantemente en mujeres en edad reproductiva y de acuerdo a la presente investigación corresponde a la edad de las madres de los niños entre 5 a 9 años, con mayor frecuencia los grados medios y altos que repercuten no solo en el área social y laboral también en la familiar, predominan las mujeres con estado civil casadas y dedicadas al hogar; la madre al ser la figura encargada de proporcionar y vigilancia de la alimentación de los menores repercute en las conductas que adquieren en la edad de formación de hábitos y conducta en cuanto a los alimentos, por lo cual su identificación oportuna es fundamental para continuar con la dinámica familiar adecuada para la familia.

La tipología familiar fue considerada en la investigación debido a que constituye parte fundamental en el desarrollo del menor al ser la familia el primer núcleo de socialización y el responsable de brindar protección y seguridad, la madre al ser la figura en el mayor de las cosas encargada de la preparación y vigilancia de la alimentación del menor. Las familias monoparentales en algunas circunstancias han sido consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades o alteraciones en la dinámica familiar, las madres que pertenecen a este tipo de familia presentan mayor ansiedad; las familias extensas pueden tener deficiencia en los límites claros. En la presente tesis no se presenta relación entre la tipología familiar y el estado nutricional del menor encontrándose en su mayoría familias nucleares, con muy pocas monoparentales para poder establecer una relación precisa que nos pueda hablar de cierto riesgo. Sin embargo es de suma importancia conocer la estructura familiar que predomina en las familias de los menores con alguna alteración del estado nutricional antropométrico como parte de la planeación en la intervención familiar de los mismos.

El estado nutricional de los niños entre 5 a 9 años de edad se encontró muy similar con datos arrojados por ENSANUT 2012, aproximadamente el 40% de la población infantil se encuentra con un estado de sobrenutrición, y 5.9% con subnutrición, la mitad de la población infantil a nivel nacional se encuentra con alteración en el

estado nutricional, por lo que los factores que puedan aumentar o preservar los mismos como en el caso de los rasgos ansiosos de la madre deben ser considerados no solo en el tratamiento, también en las acciones anticipatorias como parte del perfil del médico familiar, ya que el primer contacto de los menores con el personal de salud es precisamente con el médico familiar quien de manera continua vigila el crecimiento y desarrollo de los mismos.

Los hábitos alimentarios siguen siendo un objetivo primordial dentro del manejo de las alteraciones del estado nutricional de los menores, en el presente estudio se concluye que más de la mitad de la población tiene hábitos alimentarios inadecuados, aunque la relación con el estado nutricional no arrojó una relación, se observa que tanto en peso normal, sobrenutridos y subnutridos no se tienen hábitos alimentarios adecuados, lo que a largo plazo puede repercutir en que se presente alguno de ellos en la adolescencia en donde los cambios hormonales y fisiológicos pueden favorecer a los mismos o inclusive en los adultos jóvenes y precipitar a la aparición de enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones.

La presencia de grados ansiosos altos en las madres consideradas en este estudio el rasgo debido a que son las actitudes y comportamientos relativamente estables tuvo una relación con el estado nutricional antropométrico, se observa que las madres con niveles altos de rasgo ansioso tienen con mayor frecuencia niños con sobrepeso y obesos; las madres con niveles bajo de rasgo ansioso tienen mayor frecuencia niños con peso normal, lo que nos orienta a que debido a las alteraciones no solo fisiológicas, también cognitivas, de concentración

XV. RECOMENDACIONES

Las enfermedades psiquiátricas y los cambios el aumento de enfermedades relacionadas con el estado nutricional ha ido en aumento en las últimas décadas, por lo cual el gasto en el presupuesto para salud ha tenido que ser modificado, sin embargo los costos anuales del tratamiento de pacientes obesos se encuentra en promedio en \$ 14,591, considerando que amerita tratamiento farmacológico, consultas en medicina familiar, pediatría en el caso de los menores, medicina interna en adultos, psiquiatría, trabajo social, nutrición y psicología en este presupuesto no se consideran las complicaciones que a mediano y largo plazo de presentan. Por lo que las medidas anticipatorias como parte del perfil del médico familiar es fundamental para la detección y prevención de conductas ansiosas que pueden repercutir en el estado nutricional del menor.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con el programa CHIQUITIMSS dirigido a niños de 3 a 6 años de edad como parte del programa comprende vigilancia y evaluación del estado nutricional en las que se organizan talleres en los que se involucran a padres e hijos para una mejor identificación y selección de alimentos saludables, sin embargo el programa únicamente se enfoca a una edad limitada e involucrar a niños de mayor edad en periodo escolar en donde comienza a existir otros grupos de influencia debe ser considerado, así como el fomento a actividad física de manera rutinaria.

Como parte del abordaje integral de las alteraciones en el estado nutricional se recomienda la participación del personal de psicología, no contando con el profesional de la salud mental en las unidades de primer nivel de atención, considerando que la salud mental es el bienestar que involucra las acciones de pensar, sentir y actuar que garantiza a la persona y su familia una calidad de vida satisfactoria.

La intervención en la madre y el niño con alteración nutricional mediante un enfoque de terapia cognitiva deberían ser considerados para futuros proyectos, ya que la identificación de conductas y rasgos ansiosos que puedan propiciar la alteración en el estado nutricional podría ser tomada en cuenta para el abordaje de manera integral y limitar así la progresión a estados más avanzados.

A nivel de la Unidad de Medicina Familiar No.64 no se cuenta con el servicio de psicología para un manejo integral de los menores con alteraciones en el estado nutricional, solo se cuenta con 2 nutriólogos para todos los derechohabientes de la unidad, con predominio de pacientes adultos, por lo cual es indispensable aumentar el número de este personal de salud enfocados únicamente a pacientes pediátricos en donde se realice de manera conjunta con el personal de psicología una intervención a nivel familiar. Así mismo el médico familiar es el personal de salud con más contacto en el paciente pediátrico como parte de su vigilancia de niño sano, los conocimientos que se tienen acerca de asesorías nutricionales son carentes, ya que el enfoque debe ser de manera preventiva, y de manera anticipatoria identificar todos aquellos casos que puedan desarrollarlos y en caso de identificarlos derivarlos a los servicios correspondientes.

XVI. BIBLIOGRAFIA

1. Clark D, Beck Aaron. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. 2ª ed. Madrid: Desclée de Brouwer; 2012
2. Organización Mundial de la Salud OMS [Actualizado 2012; citado 04 agosto del 2016 disponible en: www.who.com.mx]
3. Albarracín G, Rovira J, Carreras L, Rejas J. Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(3):248-256
4. Rodríguez J, Kohn Robert, Aguilar Sergio. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y El caribe. Editorial Organización Panamericana de la salud; 2009.
5. Benjet C, Casanova L, Borges G, Medina-Mora ME. Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. Salud Pública Mex. 2013; 55(3):248-256.
6. Arenas M, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. 2009; 3(1):20-29
7. Blanco G, Feldman L. Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. Salud pública de México. 2000; 42(3)
8. Black D, Andreasen N. Texto introductorio de psiquiatría. Manual Moderno; México; 2015
9. Rubio G. Fundamentos de Psiquiatría. Bases científicas para el manejo clínico. Madrid: Panamericana; 2014

10. Arcas S, Cano A. Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada según el paradigma del procesamiento de la información. Revista electrónica de psicología. [Revista en línea] 1999 [Consultado el 29 de junio 2016] 3(1)
11. Tortella M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-V. Med. Psicosom. 2014; 62 (110)
12. Spielberg, C y Díaz Guerrero. IDARE. Argentina: Manual Moderno; 2002
13. Avilés M, Morales M, Benavides MC, Cáceres P, Reyna L, García M, et al. Temores en el paciente y sus acompañantes ante la consulta médica en atención primaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014; 30(3):303-309
14. Vetere G, Portela A, Rodríguez R. Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Revista Argentina de Clínica Psicológica 2007; XVI (2):129-134
15. Fonseca E, Paino M, Sierra S, Lemos S, Muñiz J. Propiedades psicométricas del "Cuestionario de Ansiedad estado- Rasgo (STAI) en universitarios. Behavioral Psychology / Psicología Conductual. 2012; 20(3): 547-61
16. Rojas K. E, Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (5): 491-496
17. Kathleen L, Escott- Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause. México: McGraw- Hill Interamericana; 2001.

18. Panorama Mundial de la obesidad. Organización Mundial de la Salud OMS [Actualizado 20124; citado 04 agosto del 2016 Disponible en: www.who.com.mx]
19. Gutierrez J.P, Rivera J, Shamah T, Oropeza C, Hernández M. Encuesta nacional de salud y nutrición, resultados nacionales 2012 [Internet].1ª ed Instituto Nacional de Salud Pública (México); 2012 [Actualizado 2012; citado 16 abril 2016]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/basesdoctos.php>
20. Acuña MD, Alonso M, Álvarez J, Arguelles M, Armas R, Barrio A, et al. Valoración del estado nutricional. En: Martínez C, Pedrón C. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 1ª edición. Madrid: Ergon; 2010 p. 313-18
21. Elaine B., Principios de nutrición clínica. México: Manual moderno; 2000
22. Macías A.I, Gordillo L.G, Camacho E.J, Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Rev Chil Nutr. 2012;39(3): 40-43
23. Castillo O, Velazquez G, Marín R.M, Vázquez, Ramírez JA. Estudio de los hábitos alimentarios de niños de 4-6 años de Reynosa Tamaulipas México) CyTA – Journal of Food 10 (1); 2012 5–11
24. Alfaro N, Bulux J, Coto MJ, Sanucini L. Evaluación dietética en poblaciones especiales. En: Alfaro N Manual de instrumentos de evaluación dietética. 1ª edición, Guatemala INCAP; 2006 p 36-38
25. Domínguez- Vázquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos latinoamericanos de nutrición. 2008; 58(3): 14-20

26. González Y, Díaz C. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. *Revista de Salud Pública*. 2015; 17(6):836-37
27. Gonzalez E, Aguilar MaJ, García C.J, García P, Álvarez J, Ferre C. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada *Nutr Hosp*. 2012; 27(1):177-84.
28. Brown E, Gan V, Jeffress J, Mullen- Gin- Grih K, Khan D, Wood B. Psychiatric Symptomatology and Disorders in caregivers of Children With Asma. *Pediatrics*. 2006;118 (6): 1715-20
29. Sineiro C, Paz MJ, Labilidad emocional/afectividad negativa y regulación emocional en hijos de madres ansiosas. *Psicothema*. 2007;19(4):627-33
30. Sibel A, Quiles I, Barris J, Bassas N, Tomás J. Perfil psicopatológico y relacional de las familias con obesidad. *Familionova Schola* [Internet]. 2001 [citado 17 abril 2016]. Disponible en: http://www.centrelondres94.com/files/Perfil_psicopatologico_y_relacional_de_las_familias_con_obesidad.pdf
31. Balladares M, Philco P, Rivero F, Cortez Características familiares y depresión como factores de riesgo para obesidad en escolares. *BIOFARBO*. 2011;20(1):49-57
32. Agudelo BM. Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultaneas, extendidas y compuestas en el municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias sociales, Niñez y juventud*. [Revista en línea] 2005 [Consultado el 10 de abril 2016]; 3(1) 2-29. Disponible en :<http://redalyc.org/pdf773/77330106.pdf>

33. Cortés R. Costos económicos de la obesidad infantil en México y sus consecuencias. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(1):8-11
34. Arroyave M, Siqueff J, Vázquez L, Lara Juan, Rodríguez M, Dávila M, Díaz P. Grupos relacionados con la atención ambulatoria de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014 páginas 132-144
35. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012; 29(3):357-60
36. Portal de Diccionario de la Lengua Española [Internet] Madrid 2001 (fecha de consulta mayo 2016) URL disponible en: <http://www.rae.es/rae.html> Real Academia Española.
37. Diario Oficial No.33 del 5 de agosto de 1970 [en línea]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión; 2004. [fecha de acceso 18 de octubre de 2004]. URL disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/>
38. Informe Belmont. Principios Éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación (internet). 2006 (Citado abril 2016) Organización de Bioética Mundial, Disponible en: <http://www.sibi.org/sib/doc/rgsib.htm>. Fecha de consulta: Marzo 2014.
39. Serrano M.L. Aspectos éticos de la investigación en salud en niños. Revista Colombiana de Bioética [en línea] 2014, 9 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 10 de abril de 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189232131006> ISSN 1900-6896

40. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Sistema nacional de clasificación de ocupaciones 2011: SINCO/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México: INEGI 2011.

XVII. ANEXOS

ANEXO 1 Consentimiento Informado

 <p>IMSS SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS</p>	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMAD (ADULTOS)	
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN “ RELACIÓN ENTRE EL GRADO ANSIOSO DE LA MADRE Y EL ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMETRICO EN NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 TEQUESQUINAHUAC”	
Nombre del estudio:		
Lugar :	UMF NUMERO 64 TEQUESQUINAHUAC	
Número de registro:	R-2016-1408-4	
Justificación y objetivo del estudio:	Establecer la relación entre el grado ansioso de la madre y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Procedimientos:	Aplicación de la Escala Ansiedad Rasgo Estado IDARE, instrumento de frecuencia de alimentos y se realizará las medidas antropométricas a los menores entre 5 a 9 años de edad.	
Posibles riesgos y molestias:	No existe Riesgos, Se puede tener molestia de alguna pregunta que al encuestado le parezca incómodo, el tiempo requerido para los cuestionarios es de 20 minutos.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se evaluará de manera sencilla y de forma temprana grados ansiosos de la madre que puedan estar relacionados con el estado nutricional de los menores que se haya encontrado de manera silente. Se identificará de manera incipiente a las madres que presenten rasgo ansioso alto y que puedan desarrollar trastornos de ansiedad a lo largo de su vida con el fin de que conozcan los síntomas subclínicos y dar atención de manera temprana. A los niños que presenten estado nutricional afectado se les canalizará a los servicios correspondientes.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Hay compromiso de proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio.	
Participación o retiro:	El investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.	
Privacidad y confidencialidad:	No se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial por el investigador	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	E. en M.F. María Guadalupe Saucedo Martínez	
Colaboradores:	M.C Ilse Pamela Espinoza García residente de tercer año de Medicina Familiar. Matrícula 97152367 Correo electrónico: ilsepepinoza@gmail.com	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: cmision.etica@imss.gob.mx		
_____	M.C ILSE PAMELA ESPINOZA GARCÍA. Matrícula 97152367	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1	Testigo 2	
_____	_____	
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma	

ANEXO 2 Asentimiento Informado

 <p>IMSS SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS</p>	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMAD (ADULTOS)	
	CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN “ RELACIÓN ENTRE EL GRADO ANSIOSO DE LA MADRE Y EL ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMETRICO EN NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 TEQUESQUINAHUAC”	
Nombre del estudio:		
Lugar :	UMF NUMERO 64 TEQUESQUINAHUAC	
Número de registro:	R-2016-1408-4	
Justificación y objetivo del estudio:	Establecer la relación entre el grado ansioso de la madre y el estado nutricional antropométrico de niños entre 5 a 9 años adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Procedimientos:	Aplicación de la Escala Ansiedad Rasgo Estado IDARE, instrumento de frecuencia de alimentos y se realizará las medidas antropométricas a los menores entre 5 a 9 años de edad.	
Posibles riesgos y molestias:	No existe Riesgos, Se puede tener molestia de alguna pregunta que al encuestado le parezca incómodo, el tiempo requerido para los cuestionarios es de 20 minutos.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se evaluará de manera sencilla y de forma temprana grados ansiosos de la madre que puedan estar relacionados con el estado nutricional de los menores que se haya encontrado de manera silente. Se identificará de manera incipiente a las madres que presenten rasgo ansioso alto y que puedan desarrollar trastornos de ansiedad a lo largo de su vida con el fin de que conozcan los síntomas subclínicos y dar atención de manera temprana. A los niños que presenten estado nutricional afectado se les canalizará a los servicios correspondientes.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Hay compromiso de proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio.	
Participación o retiro:	El investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.	
Privacidad y confidencialidad:	No se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial por el investigador	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	E. en M.F. María Guadalupe Saucedo Martínez	
Colaboradores:	M.C Ilse Pamela Espinoza García residente de tercer año de Medicina Familiar. Matrícula 97152367 Correo electrónico: ilsepinoza@gmail.com	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: cmision.etica@imss.gob.mx		
<hr/> Nombre y firma del sujeto		M.C ILSE PAMELA ESPINOZA GARCÍA. Matrícula 97152367 <hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1		Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma		<hr/> Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 3 Técnica para las mediciones antropométricas

1. Se solicita al menor quitar chamarra, suéter o algún otro objeto para su medición exacta.
2. Verificar que la báscula se encuentre en una superficie plana, horizontal y firme.
3. Se colocarán las vigas de la báscula en posición de cero.
4. Colocar al niño en el centro de la plataforma, parado de frente al medidor, erguido, con hombros abajo, los talones y juntos y con las puntas separadas, con la visión al frente.
5. Desliza la viga de abajo (graduaciones de 20 kg) hacia la derecha aproximando al peso del niño (a). Si la flecha de la palanca se va hacia abajo, avanza la viga al número inmediato inferior.
6. Desliza la viga de arriba (graduaciones en kg y 100 gramos) hacia la derecha hasta que la flecha de la palanca quede en cero y no esté oscilando.
7. Desliza la escuadra del estadímetro de arriba hacia abajo hasta topar con la cabeza del sujeto, presionando suavemente contra la cabeza para comprimir el cabello.
8. Realice la lectura de la medición de la talla y registrarla.
9. Realice la lectura de la medición en kilogramos y gramos una vez que el menor se baje de la báscula.

ANEXO 4 Escala de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)

INSTRUCCIONES: Lee cada frase y señala la respuesta que diga CÓMO TE SIENTES EN GENERAL, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras GENERALMENTE.

	NADA	ALGO	MUCHO
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. .Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuestan los problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me viene a la cabeza y me molesta	1	2	3
10.Me preocupan las cosas de la casa o trabajo	1	2	3
11. Me cuesta decidir	1	2	3
12. Mi corazón late más rápido	1	2	3
13. No lo digo pero tengo miedo	1	2	3
14. Me preocupan las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
15.Me cuesta dormir	1	2	3
16.Tengo sensaciones en el estomago	1	2	3
17.Me preocupa lo que piensan de mí	1	2	3
18.Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos por un tiempo	1	2	3

19. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
20. Encuentro muchas dificultades	1	2	3
21. Me siento menos feliz que los demás	1	2	3

Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

22. Me preocupa cometer errores	1	2	3
23. .Siento ganas de llorar	1	2	3
24. Me siento desgraciado	1	2	3
25. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
26. Me cuestan los problemas	1	2	3
27. Me preocupo demasiado	1	2	3
28. Me encuentro molesto	1	2	3
29. Pensamientos sin importancia me viene a la cabeza y me molesta	1	2	3
30. Me preocupan las cosas de la casa o trabajo	1	2	3
31. Me cuesta decidir	1	2	3
32. Mi corazón late más rápido	1	2	3
33. No lo digo pero tengo miedo	1	2	3
34. Me preocupan las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
35. Me cuesta dormir	1	2	3
36. Tengo sensaciones en el estomago	1	2	3
37. Me preocupa lo que piensan de mí	1	2	3

38. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos por un tiempo	1	2	3
39. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
40. Encuentro muchas dificultades	1	2	3
41. Me siento menos feliz que los demás	1	2	3

ANEXO 5 Cuestionario para hábitos alimentarios en base a la frecuencia de consumo de alimento

ALIMENTO	FRECUENCIA DE ALIMENTO	CONSUMO SEMANAL	A LA SEMANA					AL DÍA	
			2 a 3 veces a la semana	1 vez a la semana	4 ó 5 veces al día	2 ó 3 veces al día	1 vez al día	Rara vez o nunca	
22. CEREALES									
Bolillo o pan blanco	1 pieza								
Arroz	Media Taza								
Pastas	Media Taza								
Granos (lentejas, frijol)	Media Taza								
Galletas	Media Taza								
Otro (especifique tipo y cantidad)									
23. FRUTAS									
Melón	1 taza								
Guayaba	1 pieza mediana								
Mango	1 pieza mediana								
Manzana	1 pieza mediana								
Pera	1 pieza mediana								
Piña	1 pieza mediana								
Plátano	1 pieza mediana								
Naranja	1 pieza mediana								
OTRO (Especifique tipo y cantidad)									
24. VEG									

Zanahoria	Media taza							
Papa	Media taza							
Tomate	Media taza							
Pepino	Media taza							
Cebolla	Media taza							
Col	Media taza							
Calabaza	Media taza							
Lechuga	Media taza							
OTRO (especifique tipo y cantidad)								
25. LECHE Y DERIVADOS								
Leche	1 vaso							
Queso	Dos rebanadas							
Yogurth	Media taza							
Huevo	Uno							
OTROS (especifique tipo y cantidad)								
26. CARNES								
Chuleta de puerco	1 pieza							
Pechuga de pollo	½ pechuga							
Muslo de pollo	1 muslo							
Carne de res molida	1/ 2 taza							
Bistec de res	1 bistec							
Jamón	1 rebanada							
Mortadela	1 rebanada							
Filete de pescado	1 pieza mediana							

Salchicha	1 pieza							
Bistec de puerco	1 bistec							
OTRO (especifique tipo y cantidad)								
27. GRASAS Y ACEITES								
Margarina y mantequilla	1 cucharadita							
Aguacate	1 rebanada							
Mayonesa	1 cucharadita							
Aceite	1 cucharadita							
Manteca	1 cucharadita							
Otro alimento(especifique tipo y cantidad)								
28. OTROS ALIMENTOS								
Refrescos	1 vaso o una lata							
Dulces o golosinas	1 o 2 piezas							
Azúcar	1 cucharada							
Jugo envasados	¼ vaso							
Bebidas de sobre	1 vaso							
Otro alimento(especifique tipo y cantidad)								

ANEXO 6 Tablas de valores Z

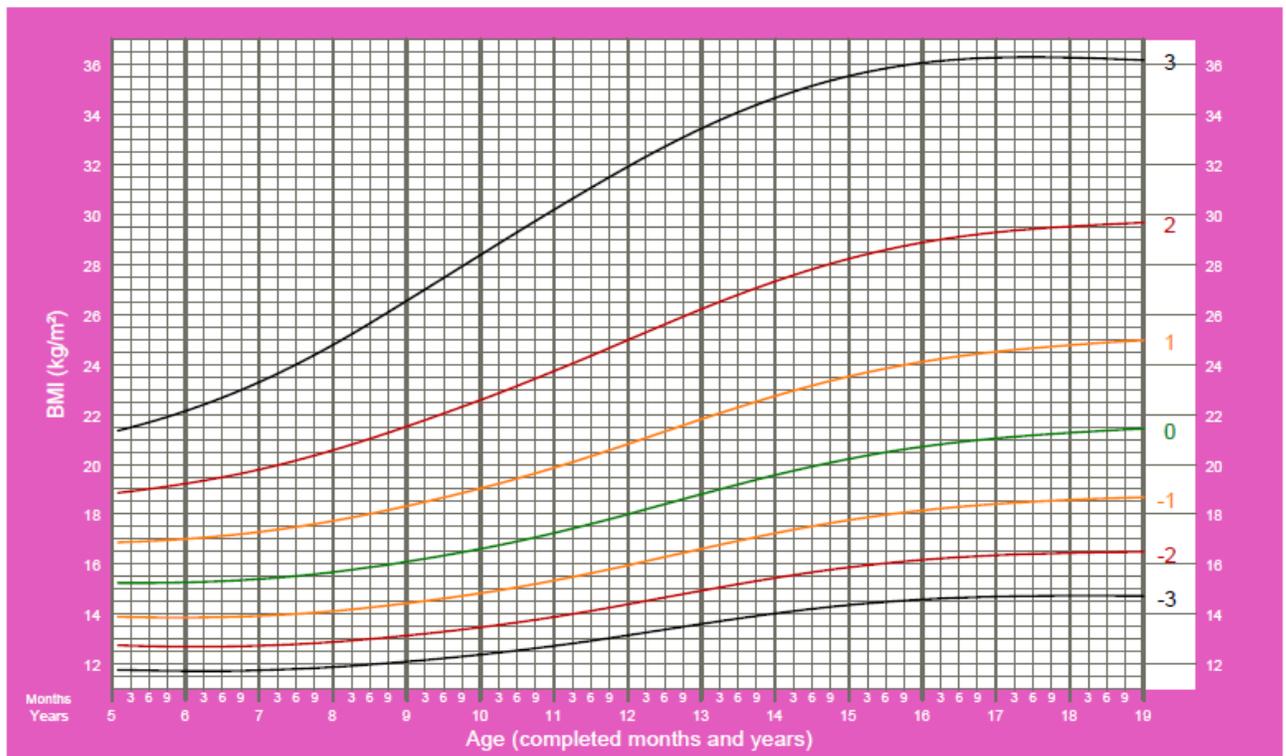
RELACIÓN O ÍNDICE	CÁLCULO
Índice de masa corporal (IMC)	Peso (kg) / talla (m2) Valorar resultado según: Curva percentilada/ Puntuación Z
<p>IMC (OMS, Cole) Mayores de 5 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Normal: P15– P85 (z ≥-1) – Sobrepeso > P85 (puntuación z > +1), – Obesidad > P98 (puntuación z > +2), – Subnutrición < P3 (z < -2) 	

Referencia: 2007 WHO

GRÁFICA DE VALORES Z PARA NIÑAS

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

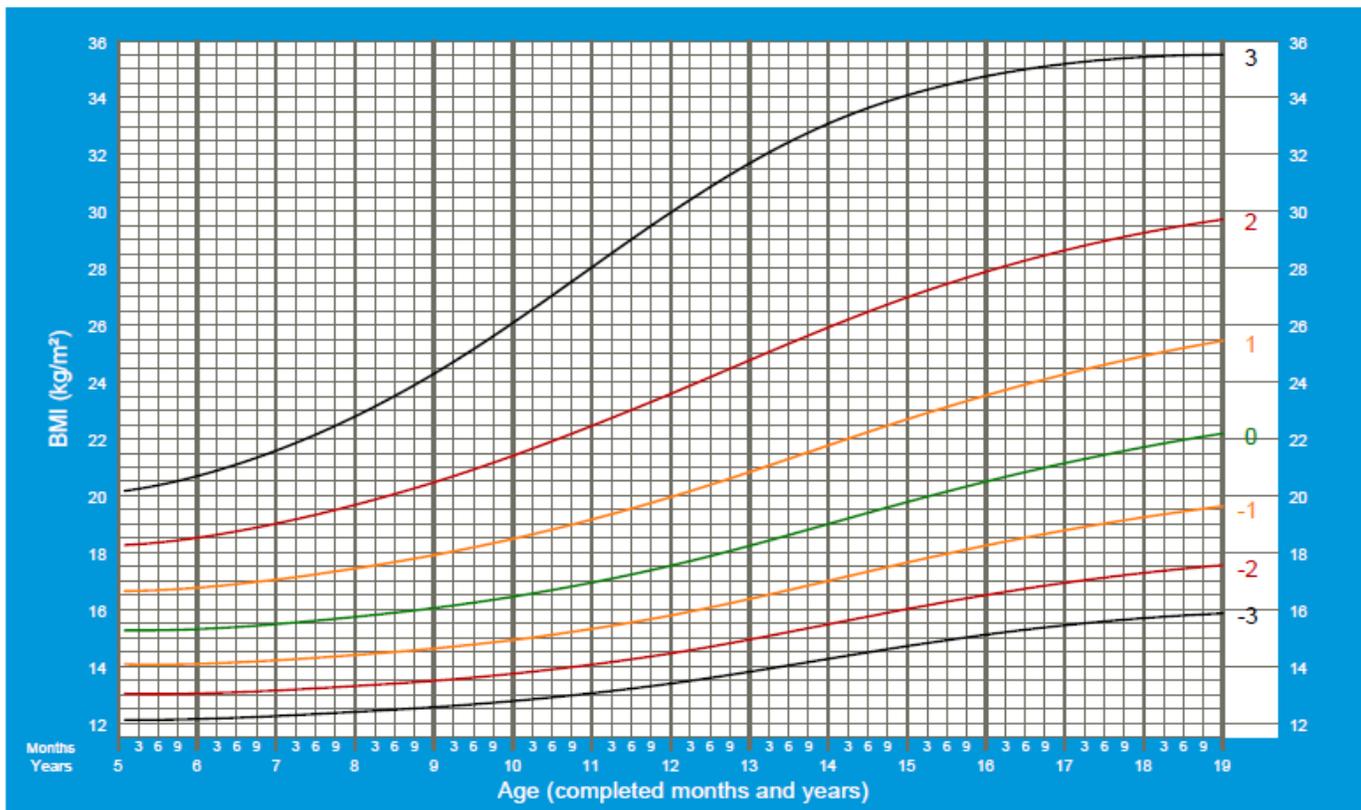


2007 WHO Reference

GRÁFICA DE VALORES Z PARA NIÑOS

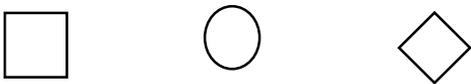
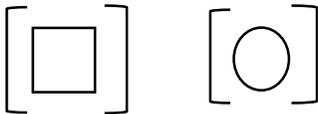
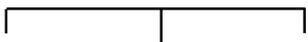
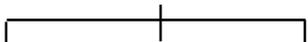
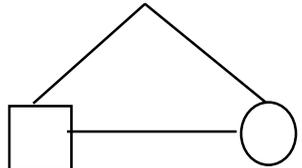
BMI-for-age BOYS

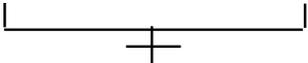
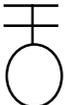
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

Anexo 7 Simbología de familiograma estructural

Sexo (hombre, mujer, indiferenciado)	
Adopción	
Matrimonio	
Vínculo ascendente	
Vínculo descendente	
Personas que habitan la casa	
Unión libre	
Gemelos heterocigotos	
Gemelos homocigotos	

Divorcio	
Separación	
Descendencia desconocida	
Matrimonio sin hijos	
Vive lejos del hogar	

Anexo 8 Instrumento de aplicación

“ RELACIÓN ENTRE EL GRADO ANSIOSO DE LA MADRE Y EL ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMETRICO EN NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 TEQUESQUINAHUAC”

FOLIO: _____

FECHA: _____

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

INSTRUCCIONES: Conteste y marque con una X la respuesta que corresponda a su caso.

1.- Edad de la madre: años

2.: Estado civil

Soltera Casada Viuda Divorciada Unión Libre

3.- Escolaridad:

Básica Medio superior Técnica Universitaria Posgrado

4.- Ocupación:

Desempleado Hogar Comercio Empleada Profesional

5.- Edad del menor: años

6. Género del menor: Masculino Femenino

7. Mencione los habitantes que viven en su casa

Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil

ESCALA DE ANSIEDAD RASGO- ESTADO

INSTRUCCIONES: En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

	NADA	ALGO	MUCHO
8. Me siento calmado	1	2	3
9. Me encuentro inquieto	1	2	3

10. Me siento nervioso	1	2	3
11. Me encuentro descansado	1	2	3
12. Tengo miedo	1	2	3
13. Estoy relajado	1	2	3
14. Estoy preocupado	1	2	3
15. Me encuentro satisfecho	1	2	3
16. Me siento feliz	1	2	3
17. Me siento seguro	1	2	3
18. Me encuentro bien	1	2	3
19. Me siento molesto	1	2	3
20. Me siento agradablemente	1	2	3
21. Me encuentro atemorizado	1	2	3
22. Me encuentro confuso	1	2	3
23. Me siento animoso	1	2	3
24. Me siento angustiado	1	2	3
25. Me encuentro alegre	1	2	3
26. Me encuentro contrariado	1	2	3
27. Me siento triste	1	2	3

Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

28. Me preocupa cometer errores	1	2	3
29. .Siento ganas de llorar	1	2	3
30. Me siento desgraciado	1	2	3
31. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
32. Me cuestan los problemas	1	2	3
33. Me preocupo demasiado	1	2	3
34. Me encuentro molesto	1	2	3

35. Pensamientos sin importancia me viene a la cabeza y me molesta	1	2	3
36. Me preocupan las cosas de la casa o trabajo	1	2	3
37. Me cuesta decidir	1	2	3
38. Mi corazón late más rápido	1	2	3
39. No lo digo pero tengo miedo	1	2	3
40. Me preocupan las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
41. Me cuesta dormir	1	2	3
42. Tengo sensaciones en el estomago	1	2	3
43. Me preocupa lo que piensan de mí	1	2	3
44. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos por un tiempo	1	2	3
45. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
46. Encuentro muchas dificultades	1	2	3
47. Me siento menos feliz que los demás	1	2	3

QUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Será llenada por el encuestador. Marque con una X la cantidad semanal ó diaria que otorga en promedio al menor.

ALIMENTO	CANTIDAD	4-6 veces semanal	2-3 veces semanal	1 vez a la semana	4-5 veces al día	2-3 veces al día	1 vez al día	Rara vez o nunca
48. CEREALES								
Bolillo o pan blanco	1 pieza							
Arroz	Media Taza							
Pastas	Media Taza							
Granos (lentejas, frijol)	Media Taza							
Galletas	Media Taza							
Otro								
49.FRUTAS								
Melón	1 taza							

Guayaba	1 pieza mediana							
Mango	1 pieza mediana							
Manzana	1 pieza mediana							
Pera	1 pieza mediana							
Piña	1 pieza mediana							
Plátano	1 pieza mediana							
Naranja	1 pieza mediana							
Otro								
50. VEGETALES								
Zanahoria	Media taza							
Papa	Media taza							
Tomate	Media taza							
Pepino	Media taza							
Cebolla	Media taza							
Col	Media taza							
Calabaza	Media taza							
Lechuga	Media taza							
Otro								
51.LECHE Y DERIVADOS								
Leche	1 vaso							
Queso	Dos rebanadas							
Yogurth	Media taza							
Huevo	Uno							
OTROS								
52.CARNES								
Chuleta de puerco	1 pieza							
Pechuga de pollo	½ pechuga							
Muslo de pollo	1 muslo							
Carne de res molida	1/ 2 taza							
Bistec de res	1 bistec							

Jamón	1 rebanada							
Mortadela	1 rebanada							
Filete de pescado	1 pieza mediana							
Salchicha	1 pieza							
Bistec de puerco	1 bistec							
OTRO								
53.GRASAS Y ACEITES								
Margarina y mantequilla	1 cucharadita							
Aguacate	1 rebanada							
Mayonesa	1 cucharadita							
Aceite	1 cucharadita							
Manteca	1 cucharadita							
Otros								
54.OTROS ALIMENTOS								
Refrescos	1 vaso o una lata							
Dulces o golosinas	1 o 2 piezas							
Azúcar	1 cucharada							
Jugo envasados	¼ vaso							

55. Será llenado por el encuestador

PESO _____ **kgs**
cms

TALLA