
a 200 años de su natalicio

La obra perdurable de Marx



**Rubén Ibarra Reyes,
Luis Arizmendi,
Rubén Ibarra Escobedo y
José Luis Hernández Suárez
Coordinadores**

SALUD Y SOCIEDAD EN EL CAPITALISMO CONTEMPORÁNEO.

Coordinadoras: Dra. Perla María Trejo Ortiz, Dra. Fabiana Esther Mollinedo Montaña y Dra. Roxana Araujo Espino.

La salud, entendida como el completo bienestar biopsicosocial de la colectividad humana, bajo una mirada crítica y a la vez histórica del capitalismo contemporáneo, ayuda a comprender que, más allá de los avances científico-tecnológicos, gran parte del progreso social y equidad alcanzados tuvieron lugar gracias a la lucha social por la democracia, quienes obtuvieron y defendieron los derechos políticos, sociales, ambientales y humanos, buscando que toda la humanidad tuviera una vida plena: digna, justa, sostenible y sana. Al valorar la evolución de los indicadores de salud debemos pensar no solo en las mejoras logradas sino también en aquellas que, de forma factible, podrían lograrse si el mundo fuera más justo y equitativo. Bajo este contexto, en esta mesa se pretende analizar y reflexionar sobre la salud pública y políticas socioeconómicas en el contexto social que junto al desarrollo científico-técnico estudia problemas de salud vigentes y emergentes que ameritan atención, desde un enfoque crítico y pertinente.

CONTENIDO

SALUD Y SOCIEDAD EN EL CAPITALISMO CONTEMPORÁNEO.

ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LA COMUNIDAD DE MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ, ZACATECAS EN FAMILIAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR	4
ANÁLISIS DEL DENGUE CON PERSPECTIVA DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN UNA LOCALIDAD DE MAZATEPEC, MORELOS	14
AUTOESTIMA Y RELACIONES INTRAFAMILIARES DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	30
BARRERAS, FACILITADORES Y PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA DENTRO DEL CAPITALISMO CONTEMPORÁNEO	45
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE GESTANTES DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO, MÉXICO 2008-2014	58
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, ESTILO DE VIDA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	72
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO.	83
CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN ADOLESCENTES: UNA REALIDAD DEL CAPITALISMO CONTEMPORÁNEO	92
CRIANZA PARENTAL, PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y OBESIDAD EN PREESCOLARES Y ESCOLARES DE ZACATECAS	106
EDUCACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO: UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA	117
EL PSICÓLOGO Y LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DEL MUNICIPIO DE ZACATECAS, MÉXICO: UN ACERCAMIENTO A SU SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA SU DESARROLLO.	130
EL SERVICIO SOCIAL EN LA PREPA UDEM, UNIDAD VALLE ALTO CÓMO APRENDIZAJE-SERVICIO PARA DESARROLLAR CONDUCTAS SUSTENTABLES MEDIANTE EL BLENDED-LEARNING	144
ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL E INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOGARES CON MARGINACIÓN	159
GRADO DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIO Y EL NIVEL DE RIESGO SOCIAL DE DOS GRUPOS DE ADULTOS MAYORES POSTERIOR A UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL.	175
INFLUENCIA DE LOS FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS EN LOS CONOCIMIENTOS Y LA PRÁCTICA DE LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA EN MUJERES.	186
INFLUENCIA DEL ESTRÉS ACADÉMICO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN DIFERENTES CARRERAS UNIVERSITARIAS	202
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA AUTOEFICACIA COMO MEDIDA PREDICTORA DE PREDISPOSICIÓN A LAS ADICIONES EN NIÑOS DEL ESTADO DE ZACATECAS	215
INTERVENCIÓN EN HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA ESCUELA PRIMARIA GENARO CODINA, EL SAUCITO PÁNFILO NATERA, ZAC, DURANTE EL CICLO ESCOLAR 2017-2018.	224

ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL E INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOGARES CON MARGINACIÓN

Dra. en C. Cristina Almeida Perales³⁵

L.N. Susana Alejandra Herrera Gutiérrez³⁶

INTRODUCCIÓN

El proceso acelerado de urbanización en zonas de extrema pobreza en las ciudades han surgido como un fenómeno derivado de la inequidad social, ahí se concentran tanto la población en segregación o con ciertas desventajas sociales, como aquellas que migran de áreas rurales, viven en condiciones de bajos ingresos económicos, hacinamiento, inestabilidad familiar, insalubridad de la vivienda y el ambiente, niveles bajos de escolaridad o con pocas o nulas oportunidades sociales, que en conjunto, influyen en la salud (Acevedo, 2012). La población urbana infantil en condiciones de pobreza y marginación representa un sector con necesidades alimenticias insatisfechas y sumamente frágiles ante el alza constante de precios a los alimentos, especialmente los más saludables y con mayor valor nutritivo, por tales razones se posicionan como la población más vulnerable ante el padecimiento de la inseguridad alimentaria (De Ángel y Villa, 2013).

Durante los últimos años, las condiciones salud y de vida de la población han sufrido una transformación por las políticas estructurales en México lo que ha repercutido en la salud, especialmente, en el estado nutricional. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 la malnutrición en México se encuentra polarizada, por un lado la desnutrición (bajo peso) en los menores de cinco años se estimó en 5% y la desnutrición crónica (baja talla) en 13.6% (alrededor de 1.5 millones de niños menores de cinco años)

35 Dra. en C. Cristina Almeida Perales Docente investigadora de la Maestría en Ciencias de la Salud de Unidad Académica de Medicina Humana-UAZ

36 L.N. Susana Alejandra Herrera Gutiérrez, Alumna Programa Maestría en Ciencias de la Salud, Unidad Académica de Medicina Humana

prevaliente en la región rural sur así como en la población indígena. En el Estado de Zacatecas, la baja talla en los menores de cinco años fue del 12.8%, 2.9% con bajo peso y 2.5% de emaciación. Por otro lado, el sobrepeso y obesidad, que sostuvo una mayor prevalencia en la región norte del país (12.0%), por arriba de la media nacional (9.7%), mientras que para Zacatecas la prevalencia fue del 13.3% y en el estrato urbano de 11.5%.

Respecto a la inseguridad alimentaria en el hogar, en 2012 a nivel nacional se registró con una prevalencia alta de 70% y en el estrato urbano fue de 67%. Mientras tanto, en Zacatecas fue de 69.9% y para la zona urbana fue de 65.8 %, la cual se distribuyó en las categorías de inseguridad alimentaria leve 42.4%, moderada 13.9%y severa 9.4%. Dichas cifras representaron más de 257 mil hogares zacatecanos con inseguridad alimentaria(Instituto Nacional de Salud Pública, 2013).

De este modo, la inseguridad alimentaria y la malnutrición son problemáticas que se vinculan con la pobreza y a su vez con una deficiente alimentación, así como a inadecuadas prácticas alimentarias e higiénicas que en conjunto, aseveran la condición de salud y nutrición de quien las padece. Es por ello, que el presente capítulo se interesa en conocer la relación entre el estado nutricional en niños menores de cinco años e inseguridad alimentaria experimentada en el hogar, para el caso de la colonia urbana marginada Nueva Generación de la Localidad de Guadalupe, Zacatecas. El tema es pertinente porque el grupo etario de análisis es uno de los segmentos más vulnerables, sobre todo aquellos que padecen pobreza y marginación, además, porque el estado nutricional suele ser un indicador de salud de la comunidad.

La información se organiza en tres principales secciones, en la primera se hace un breve acercamiento teórico a los temas clave para esta investigación, partiéndose del argumento de Marx referido a la satisfacción de necesidades, la segunda sección describe la metodología del estudio, en la tercera se encuentran los resultados y por último están las conclusiones.

APOXIMACIÓN TEÓRICA

Necesidades humanas

La trascendencia de la noción de necesidades humanas en las políticas públicas y en la lucha por una sociedad mejor, difícilmente puede exagerarse. Según Marx (1857) las necesidades

(salvo las biológicas originarias) son históricas, tan producidas como los productos y las capacidades; la producción no sólo crea el objeto de consumo, sino el modo de consumo, el impulso de consumo y el consumidor mismo "La génesis del hombre es en el fondo la génesis de las necesidades", ha dicho Agnes Heller (1978). Se puede asegurar que el desarrollo del ser humano es el desarrollo de sus necesidades y capacidades. El carácter histórico de las necesidades se manifiesta en la humanización de aquellas biológicas y en la creación de nuevas necesidades sin raíz biológica: aprendizaje y necesidades estética y científica. Esta visión contrasta con la dominante o neoclásica que sostiene que la producción cumple una función meramente instrumental al servicio del consumidor soberano y sus preferencias preexistentes.

György Márkus (1973) considera que para fundamentar las necesidades humanas es necesario reflexionar sobre la esencia humana y sistematizar la visión de Marx al respecto: el ser humano se distingue del animal porque su actividad vital que es el trabajo, se orienta de manera mediada a la satisfacción de necesidades (animal que fabrica herramientas con las cuales produce otras herramientas o sus satisfactores), lo que convierte al hombre en ser natural universal, capaz de transformar en objetos de sus necesidades y de su actividad toda la naturaleza, al hacer lo cual desarrolla sus necesidades y capacidades humanas y se hace a sí mismo (ser histórico universal). El trabajo da lugar a la ruptura de la fusión animal de sujeto (necesidades) y objeto, haciendo posible la conciencia y la autoconciencia humanas, que tienden a la universalidad. En el trabajo están dadas las condiciones del ser humano como ser social puesto que no puede llevar una vida humana más que en su relación con los demás. También es un ser libre que puede realizar en su vida las posibilidades objetivas, generadas por la evolución social, con base en su decisión consiente. La libertad debe ser entendida tanto en el sentido negativo: libertad de determinaciones y relaciones, como en el sentido positivo: dominio sobre las fuerzas naturales y desarrollo de la creatividad humana, de las fuerzas esenciales humanas.

Estado nutricional

El estado nutricional es la condición que presenta el organismo, es determinada por la ingestión, biodisponibilidad, utilización y reserva de nutrimentos que se manifiesta en la composición corporal. Se reconoce como el resultado de interacciones biológicas, psicológicas y sociales, es fundamental para planear e implantar acciones de intervención con el fin de promover y mantener la salud. Un estado nutricional equilibrado es fundamental para el bienestar de cualquier sociedad e individuos que la conforman, la variedad, cantidad y calidad de alimentos disponibles y el patrón de consumo afectan de manera profunda (Serra et al., 2003). La evaluación y el diagnóstico del estado nutricional constituyen una necesidad muy importante en la situación actual de salud de la población mexicana, fundamentales para planear e implantar acciones de prevención y vigilancia, con la finalidad de promover y mantener un adecuado estado de salud.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), el estado de nutrición en menores de cinco años se evalúa mediante los indicadores antropométricos de peso esperado para la edad, talla esperada para la edad y el peso esperado para la talla. Es una herramienta de evaluación del crecimiento infantil mediante la cual, es posible identificar alguna problemática nutricional.

Inseguridad alimentaria

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO), la inseguridad alimentaria se define como la disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos o la capacidad limitada e incierta de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables. El principal determinante de la inseguridad alimentaria es la falta de recursos económicos, para los hogares más pobres, los gastos en alimentos representan, en general, la mitad y a veces, incluso más, del total de sus gastos. De ello se deduce que los aumentos de los precios de los alimentos pueden repercutir sensiblemente en el bienestar y la nutrición de los integrantes del hogar, especialmente en los niños menores de edad (FAO, 2008).

Modelo de los determinantes sociales de la salud

Tradicionalmente se consideraba que la malnutrición por deficiencia (desnutrición) y la malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso) tenían causas diferentes, no obstante, ambas comparten las mismas causas, raíz de origen social, para lo cual se revisan los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de salud son las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen incluyendo al sistema de salud(OMS, 2008). Esas circunstancias son moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local, los que a su vez son influenciados por decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son las principales causas de las inequidades en salud, las diferencias injustas y prevenibles observadas dentro y entre países.

Este modelo busca establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad, y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o factores protectores de la salud, el centro de atención de éste es el esclarecimiento de las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales, ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludable, acceso a servicios de salud, educación y recreación entre otros.

El modelo de los determinantes sociales fundamenta la enfermedad y la explica a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)(Vegaet al., 2007). Se divide en contexto socioeconómico y político, seguido de la posición socioeconómica y al final, la pobreza. Los dos primeros hacen referencia a factores estructurales del sistema social, incluye al gobierno en su aspecto amplio, el sistema político, transparencia y corrupción, las políticas macroeconómicas que regulan el mercado de trabajo, el estado del bienestar, la distribución de la vivienda y la tierra. También están las políticas públicas que inciden en el acceso de la población a distintos servicios como educación, salud, vivienda, entre otras. Finalmente, los valores sociales y culturales como la salud y sus servicios de salud para la sociedad.

Respecto a la posición socioeconómica, ésta hace referencia a la clase social, posición socioeconómica, género y etnia o la raza. Los cuales se consideran ejes que determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos.

Por último, está la condición de pobreza, considerada como la incapacidad de mantener un nivel de vida aceptable que aqueja al sufrimiento de una o más dimensiones como la educación, la salud y alimentación, el acceso a la infraestructura, con vulnerabilidad de ingresos, situación que desemboca en un círculo vicioso y en la incapacidad de cambiar las condiciones anteriores, lo cual predispone a la desigualdad, mejor señalado como marginación. La marginación se asocia a las carencias de oportunidades sociales y ausencia de la capacidad para obtenerlas o mejorarlas, pero también a privaciones e inaccesibilidades a bienes y servicios fundamentales para el bienestar, desventajas que son acumulables para confabular un escenario cada vez más desfavorecido.

Asimismo, este modelo de los determinantes sociales de la salud considera como factores intermedios aquellos que la misma estructura social impone, como son las desigualdades en salud, que no son más que las circunstancias materiales en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, como la vivienda, barrio de residencia, nivel de ingresos percibidos, condiciones de trabajo, entre otras. Igualmente están las circunstancias psicosociales, aquellas donde las personas se desenvuelven, y en este caso, aplican con la falta de apoyo social, situaciones de estrés, poco control sobre la vida, estilo de afrontamiento, etcétera. Por parte de los factores conductuales y biológicos que inciden en la calidad de vida de las personas, se refiere a los estilos de vida perjudiciales a la salud como la nutrición, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, los cuales se distribuyen de forma diferente entre los distintos grupos sociales.

METODOLOGÍA

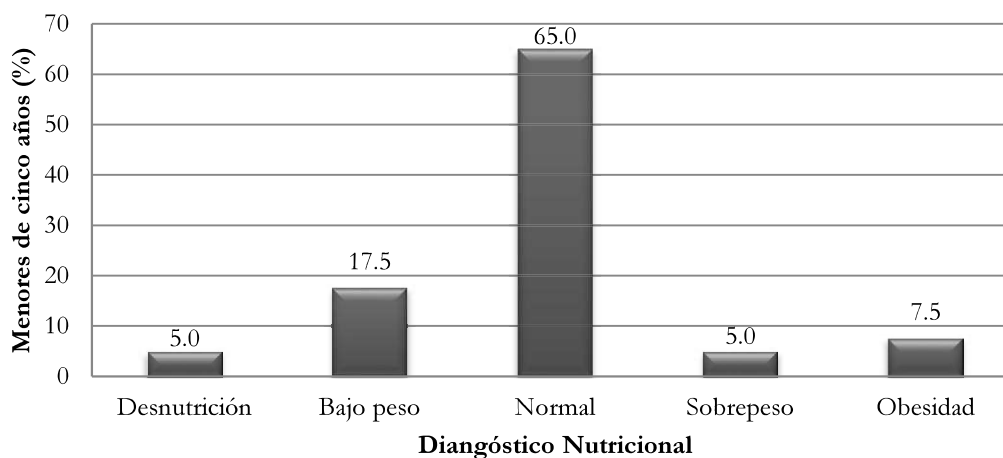
Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal. La unidad de observación y análisis fueron los niños menores de cinco años y la fuente de información sus madres, residentes de la colonia Nueva Generación de la Localidad Guadalupe, Zacatecas. Se empleó

un muestreo no probabilístico tipo cadena y la muestra total se conformó por 40 participantes. Se empleó un instrumento de elaboración propia para obtener la información de las variables de estudio. La variable dependiente es el estado nutricional del menor, el cual se determinó mediante el peso corporal y talla o estatura del menor y para su diagnóstico se utilizaron los criterios de crecimiento y desarrollo infantil de la OMS (2006). Las variables independientes fueron la frecuencia de consumo semanal por grupo de alimentos, la cual sirvió para conocer la alimentación del menor así como sus prácticas y hábitos alimentarios. Otra variable fue la inseguridad alimentaria que se midió a través de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) avalada por la FAO para medir la seguridad alimentaria en el hogar. El instrumento se dividió en las secciones de datos socioeconómicos del hogar, alimentación del menor e inseguridad alimentaria. La información se procesó mediante el programa estadístico SPSS v.15.0, se determinaron estadísticos descriptivos y se aplicó la prueba ji cuadrada para determinar asociación entre las variables.

RESULTADOS

Estado nutricional y consumo alimentario

De acuerdo al diagnóstico de indicadores antropométricos, se encontró que más de la mitad de la muestra (65%) presentó estado nutricional normal, el resto presentó algún grado de malnutrición (Figura 1). Por desnutrición, se evidenció el bajo peso (desnutrición global) y desnutrición aguda ésta identificada como la más grave para la salud y con necesidad urgente de atención, se presentó por arriba de la media estatal de 2.9% (Secretaría de Salud, 2015) y 2.5% nacional (Rivera et al., 2012).

Figura 1. Diagnóstico del estado nutricional

La desnutrición en la población infantil menor de cinco años ha tendido a disminuir en algunos países subdesarrollados (Barouaca et al, 2011; Kouri et al., 2014), situación que también se comparte en México, de acuerdo a las diferentes ENSANUT 1999, 2006 y 2012. No obstante, dada la condición de marginación en que se encuentra la población objetivo de esta investigación, la principal malnutrición identificada fue el bajo peso y baja talla, como consecuencia de las desigualdades sociales. De este modo, se evidencia la necesidad de contar con políticas y programas de desarrollo social que mejoren las oportunidades de empleo, educación y condiciones de vida. También se necesitan acciones como la promoción a la educación nutricional, acceso a programas de apoyo alimentario así como asegurar el acceso a los servicios de atención primaria a la salud.

En relación al consumo alimentario, se identificó mayor consumo semanal en alimentos como la tortilla, frijoles, leche de vaca, manzana y jitomate como se muestra en la Tabla 1, donde aparecen sólo los tres alimentos más consumidos por grupo. Derivado del análisis de dicha tabla, se registró una alimentación desequilibrada entre los menores de edad y con poca variedad; se priorizó el consumo los cereales, seguido de leguminosas, lácteos y frutas, mientras que los alimentos de menor consumo fueron los de origen animal y las verduras.

Tabla 1. Promedio de consumo semanal por grupo de alimentos

Grupo de alimento	Consumo semanal	Grupo de alimento	Consumo semanal		
Verduras	Jitomate	4.70	Frutas	Manzana	4.88
	Lechuga	1.83		Guayaba	4.38
	Zanahoria	1.35		Plátano	3.60
Alimentos de Origen animal	Leche de vaca	4.45	Leguminosas	Frijoles	5.03
	Yogurt	3.63		Lenteja	0.98
	Huevo	3.25		Garbanzo	0.28
Cereales	Derivados del maíz	5.68			
	Derivados del trigo	5.35			
	Arroz y pastas	2.83			

En cuanto a los hábitos alimenticios, cabe recordar que son de suma importancia para conservar la salud y un buen estado nutricional, máxime cuando son considerados desde la infancia. En esta investigación se identificó la existencia de prácticas no saludables en la gran mayoría (87%) de los participantes, entre ellos estuvieron, la adición de azúcar y sal a los alimentos ya preparados, peor aun cuando se comprobó que esta práctica se mantuvo en promedio de tres días a la semana, lo cual representó una frecuencia mayor al promedio de consumo semanal de verduras.

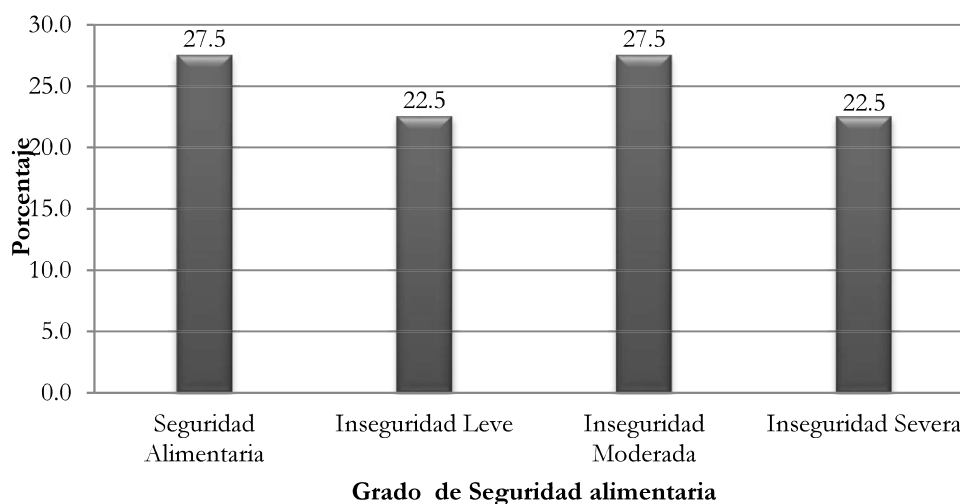
Por tanto, se corroboró la información emitida por la OMS (2003), organismo que señaló la tendencia de un mayor incremento y mantenimiento de malas prácticas alimentarias a nivel mundial, como el consumo de alimentos con alto contenido energético y bajo valor nutricional, productos caracterizados por su bajo y accesible costo, donde la industria alimentaria avalada por laxas regulaciones, cada día oferta alimentos poco nutritivos y con excesivo contenido de grasas, azúcar y sodio, además socialmente aceptados por su agradable sabor, convirtiéndose en consumo preferente por toda la población, y en especial por los niños.

Asimismo, como se mencionó, los menores de cinco años tenían un pobre consumo de alimentos vegetales, como frutas y verduras, situación similar reportada en otros países latinoamericanos (OPS y FAO, 2017) sobre todo, la población de bajos ingresos, quienes sufren los precios elevados de tales alimentos, convirtiéndolos en inaccesibles y con repercusiones en los patrones de consumo alimentario y el estado nutricional.

Seguridad alimentaria

En relación con el grado de inseguridad alimentaria en los hogares de los menores, el resultado mostró que solo once hogares se ubicaron con seguridad alimentaria, en contraste con el 72.5% que presentó inseguridad alimentaria (Figura 2).

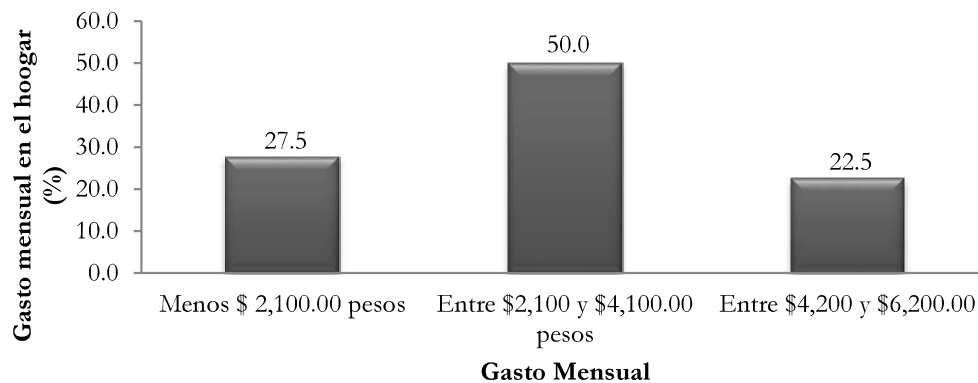
Figura 2. Seguridad alimentaria en el hogar



Conforme a datos de ENSANUT 2012 (Rivera, et al 2012), en México la media nacional de inseguridad alimentaria fue de 70% distribuida en 41.6%, 17.7% y 10.5% como inseguridad leve, moderada y severa, respectivamente. En Zacatecas la prevalencia de inseguridad alimentaria del estrato urbano se estimó en 65.8%, y de acuerdo a las categorías descritas, fueron de 42.4%, 13.9% y 9.4%, según el orden (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013), contexto que se cumplió de forma similar a los resultados de este estudio.

Parte importante para comprender los resultados de la inseguridad alimentaria, es identificar la distribución del gasto familiar. En esta investigación se encontró que más de tres cuartas partes de los informantes manifestaron tener un gasto mensual de hasta \$4,100.00 pesos M/N para costear el sustento del hogar (Figura 3), erogación que se encuentra por debajo de la media de manutención por persona por mes (canasta alimentaria más canasta no alimentaria urbana) de \$ 2,980.79 pesos M/N, de acuerdo a la actualización del mes de diciembre por el Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social(CONEVAL, 2017).

Figura 3. Gasto mensual para mantener nivel de vida



Como complemento de la información previa, se investigó que el 70% de los hogares tuvo como principal proveedor económico al padre o madre quienes en su gran mayoría refirieron una escolaridad básica (primaria o secundaria completa), seguido de aquellos con primaria incompleta. Aspecto que influye en el tipo de trabajo e ingreso económico que se provee a la familia y nivel socioeconómico, donde cerca de la mitad de los hogares se encontraron en el nivel más bajo, es decir, sin suficientes bienes materiales o patrimonio, así como la más baja capacidad para acceder a un conjunto de bienes (Tabla 2).

Tabla 2. Escolaridad del jefe del hogar y Nivel socioeconómico del hogar

Escolaridad del jefe de hogar	Frecuencia	%	Nivel Socioeconómico	Frecuencia	%
Primaria incompleta	5	12.5	E	19	47.5
Primaria o secundaria	27	67.5	D	9	22.5
Preparatoria o carrera técnica	4	10.0	D mas	9	22.5
Licenciatura	3	7.5	C	3	7.5
No estudió	1	2.5			

Finalmente, para dar respuesta entre la asociación del estado nutricional y grado de inseguridad alimentaria, se empleó la prueba estadística ji cuadrada, donde no se encontró significancia estadística $p=0.816$ (Tabla 3). Sin embargo, cabe señalar que más de una tercera parte de la muestra presentó algún tipo de malnutrición por deficiencia o exceso, y padeció de inseguridad alimentaria, aspectos que indican la relación entre ambas variables.

Tabla 3. Relación diagnóstico nutricional con seguridad alimentaria

Clasificación del estado nutricional	Seguridad	Inseguridad	Total
	alimentaria	alimentaria	
Malnutrición por deficiencia	18.2%	24.1 %	22.5%
Estado nutricional normal	72.7%	62.1%	65.0%
Malnutrición por exceso	9.1%	13.8%	12.5%

De este modo, los resultados encontrados corroboran la relación entre el estado nutricional infantil y la inseguridad alimentaria tal cual menciona Ballard y Cols (2011), o bien como sucedió en el estudio efectuado en México por Cueva, Rivera y Shamah (2014) quienes indicaron que el 75% de los hogares donde había menores de cinco años presentaron alguna

categoría de inseguridad alimentaria, además la tendencia indicó una mayor prevalencia de desnutrición en el grupo con inseguridad alimentaria severa. Resultados que se asemeja en cuanto a la prevalencia de los hogares de los participantes en 72% con experiencia de inseguridad alimentaria, de los cuales el 21% de niños con desnutrición vivió en hogar con inseguridad alimentaria y el 13% de niños con sobrepeso y obesidad vivieron en hogar con inseguridad alimentaria.

Otros estudios han documentado la asociación que existe entre la inseguridad alimentaria y el tipo de alimentos consumidos, Mundo et al. (2014) demostró que en los hogares de los niños mexicanos con algún grado de inseguridad alimentaria consumió menor proporción de frutas y verduras, al mismo tiempo con mayor consumo de cereales y lácteos. Situación que se replicó en esta investigación. Así mismo las investigaciones de Melgar, Zubieta y Valdez (2005), Melgar et al. (2006) y Vega et al. (2014) reportaron la relación entre la diversidad de la dieta e inseguridad alimentaria, cuanto mayor sea la inseguridad experimentada, menor resulta la variedad y calidad de la dieta. También Bermúdez (2007) indicó que bajo condiciones de pobreza e inseguridad alimentaria se sostiene una alimentación monótona lo que conlleva a una adieta de poca diversidad, con uso de alimentos densamente energéticos ricos en grasas, azúcar y harinas refinadas, además de bajos suministros de carne, verduras, frutas y cereales integrales.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontraron los dos extremos de la malnutrición, por deficiencia y por exceso, ambos compartieron un mismo escenario, el de la marginación, comprobándose así, que las condiciones planteadas por el modelo de los determinantes sociales de la malnutrición fueron acordes con la desventaja de la posición socioeconómica de la familia, la educación del jefe de hogar, en su mayoría con solo formación de educación básica concluida, al igual que la situación laboral, de desempleo o empleo informal.

Aun cuando no se presentó una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional de los menores con el grado de inseguridad alimentaria percibida en el hogar, -lo

cual se sospecha se debió al escaso tamaño de la muestra-, se sostiene una absoluta relación entre ambas. Primero, porque de acuerdo a la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria en el hogar, las categorías de inseguridad moderada y severa manifiestan afectaciones en la alimentación de personas menores de edad que habiten en la vivienda y por ende, el estado nutricional puede verse vulnerado, segundo, se evidenció un caso más de la reproducción de este fenómeno en México, la presencia de inseguridad alimentaria constante en hogares en situación de pobreza o marginación es pernicioso para conservar una adecuada condición nutricional. Contexto que de alguna manera se evidenció en este estudio, prevaleció una alimentación escasa en la que no figuran alimentos ricos en fibra, proteínas, vitaminas y minerales en la dieta, y por el contrario accedieron mayoritariamente a la compra de alimentos económicos y con densidad energética compuesta por carbohidratos y grasas. De igual manera, ajustaron su alimentación a la capacidad económica familiar y destinaron más de la mitad del ingreso y con la consigna de alimentar a todos los integrantes del hogar, donde se supone, priorizaron alimentar primero a los menores.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Acevedo Alemán, J. (2012). Problemática grupos vulnerables: visiones de la realidad. *Universidad Autónoma de Coahuila. Estudios de posgrado e investigación* , 46-49.
- Barouaca, H. (2011). Malnutrition situation in Marruecos: Results after 40 years of struggle. *NutritionDietary*, 32 (2), 76-81.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (01 de diciembre de 2017). *Coneval*. Recuperado el 23 de Enero de 2018, de CONEVAL, lo que se mide se puede mejorar: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>
- De Angel Pérez, A. L., & Villa Gomez Cortés, A. (2013). Alimentación, salud y pobreza en áreas marginadas urbanas: caso Boca del Río, Veracruz. *Estudios sociales* , 14.
- FAO. (2008). *Efectos de la pobreza y la inseguridad alimentaria, Estado mundial de la agricultura y la alimentación*. Roma, Italia: FAO.
- Heller, A. (1978). *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona, España: Ediciones Península .
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). *Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2012) Resultados para de Zacatecas*. Cuernavaca, Morelos, México: Secretaría de Salud.
- Markus, G. (1973). *Marxismo y antropología*. Barcelona, España: Grijalba.
- Marx, K. (1857). *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política* . México: Siglo veintiuno editores.
- OMS. (2008). *Determinantes Sociales de la Salud*. Comisión de los determinates siciales de la salud . España: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (3 de M de 2003). *Es*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr20/es/>

Rivera Dommarco, J., Gutierrez, J., Villalpando Hernández, S., Shamah Levy, T., Franco, A., Romero Martínez, M., y otros. (2012). *ENSANUT Resultados Nacionales 2012*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Secretaría de Salud. (2015). *Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2012) Resultados para de Zacatecas*. Zacatecas : Secretaría de Salud .

Serra Majem, L., Aranceta, J., Ribas Barba, L., & Sangil Monrroy, M. (2003). *Crecimiento y desarrollo* (Vol. 4). Barcelona , España: Masson.

Vega, J., Orielle, S., & Irwin, A. (2007). Marco conceptual de los Determinates Sociales de la Salud propuesto por el equipo de Equidad de la OMS. En O. Equipo de Equidad en Salud (Ed.), *Marco conceptual de los Determinates Sociales de la Salud*, (págs. 14-17). Chile.