



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CARRERA DE ENFERMERIA

“PERCEPCIÓN MATERNA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE
PREESCOLARES Y CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y
FAMILIARES PRESENTES EN ELLOS, CONTROLADOS EN
CENTROS DE SALUD FAMILIAR.
VALPARAÍSO, 2006”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA

DOCENTE GUIA: PROFESORA LUISA GONZALEZ HENRIQUEZ

TESISTAS:

EVELYN LARA LEMA
ROMINA POGGI ABURTO
CAROL TORO LIZAMA
LORENA VERA ANGULO
EVELYN ZAPATA ROJAS

VALPARAÍSO, 2006

“Me preguntas ¿Qué es la Madre?

*Junta el perfume de todas las flores y el arrullo de todas las olas;
la firmeza de todas las montañas y la inquietud de todos los ríos;
la frescura de todos los valles y la mirada de todas las estrellas;
la caricia de todas las brisas y el beso de todos los labios.*

Todo guardado por Dios en un corazón de mujer.

Eso es la Madre.”

*Monseñor Dr. Antonio María Barbieri
Arzobispo de Montevideo.*

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por estar presente en nuestras vidas.

A nuestra docente guía, Sra. Luisa González Henríquez por dirigir nuestros caminos hacia la realización de este seminario tesis, brindándonos su apoyo incondicional en todo momento.

A nuestras familias, por incentivarlos a continuar cada día para llegar a esta instancia, estando siempre ahí cuando los necesitábamos, gracias por darnos su apoyo, cariño y comprensión.

A nosotros, nuestro querido grupo, por hacer de este seminario tesis una etapa llena de buenos momentos, teniendo apoyo mutuo desde el comienzo y por haber trabajado para lograr este fin tan anhelado por todas.

A todos quienes nos han guiado y animado desde el inicio, invitándonos a explorar caminos insondables. A los que siempre han estado presentes, a los que felizmente han aparecido en nuestras vidas compartiendo momentos importantes de ellas.

INDICE DE MATERIAS

	Página
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
INDICE DE MATERIAS	III
INDICE DE TABLAS Y/O CUADROS	VII
INDICE DE GRAFICOS	VIII
CAPITULO 1: INTRODUCCION	1
1.1. Introducción	2
1.2. Delimitación del problema	4
1.3. Definición de términos	4
1.4. Limitaciones del estudio	5
CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL	6
2.1. Objetivos generales	7
2.2. Objetivos específicos	7
2.3. Definición y operacionalización de variables	9
2.4. Marco teórico	13
2.4.1. Percepción	13
2.4.1.1. Teoría de la Percepción	13
2.4.1.2. Tipos de percepción	15
2.4.1.3. Percepción en salud	16

2.4.1.4. Creencias en la Percepción	16
2.4.1.5. Rol de la familia en la percepción frente a sus hijos	17
2.4.2. Familia: crianza, socialización y su rol en la formación de hábitos saludables	19
2.4.3. Crecimiento y Desarrollo del Preescolar	23
2.4.3.1. Desarrollo físico	23
2.4.3.2. Desarrollo mental y emocional	25
2.4.3.2.1. Piaget y el niño en etapa preoperacional	25
2.4.3.2.2. Desarrollo moral de Kohlberg	25
2.4.3.2.3. Desarrollo psicosocial de Erikson	26
2.4.3.2.4. Desarrollo psicosexual de Freud	26
2.4.4. Historia de la Nutrición y Situación Actual en Chile: “Transición del déficit al exceso”	27
2.4.5. Alimentación del Preescolar	28
2.4.5.1. Requerimientos nutricionales de los preescolares	29
2.4.5.2. Evaluación del estado nutricional	30
2.4.6. Desnutrición Infantil	31
2.4.7. Obesidad	32
2.4.7.1. Epidemiología en Chile	32
2.4.7.2. Consecuencias y complicaciones	32
2.4.7.3. Tratamiento	33
2.4.8. Rol de Enfermería	33
CAPITULO 3: METODOLOGIA	35
3.1. Metodología	36
3.1.1. Tipo de Diseño de la Investigación	36

3.1.2. Organización del Trabajo en Grupo	36
3.1.3. Revisión Bibliográfica	37
3.1.4. Población en Estudio – Definición del Universo	37
3.1.5. Diseño Muestral	38
3.1.6. Modelo de Recolección de Datos	39
3.1.7. Descripción del Instrumento	39
3.1.8. Estudio de Confiabilidad del Instrumento	40
3.1.9. Criterios utilizados para el Procesamiento y Análisis de los datos	41
3.1.9.1. Vaciamiento de los datos	41
3.1.9.2. Criterios de análisis de datos	41
3.1.9.2.1. Percepción materna	41
3.1.9.2.2. Edad del niño	41
3.1.9.2.3. Sexo del niño	41
3.1.9.2.4. Posición ordinal del niño	42
3.1.9.2.5. Edad de la madre	42
3.1.9.2.6. Escolaridad de la madre	42
3.1.9.2.7. Tipo de familia	42
3.1.9.2.8. Preferencias alimentarias	42
3.1.9.2.9. Creencias en salud	44
3.1.9.2.10. Conducta de la madre	45
3.1.10. Organización del trabajo en terreno	45

CAPITULO 4: PRESENTACION DE RESULTADOS	46
4.1. Procesamiento de Datos	47
4.1.1. Antecedentes de la muestra	47
4.1.2. Análisis descriptivo de los resultados	49
CAPITULO 5: DISCUSION, RESUMEN Y RECOMENDACIONES	59
5.1. Conclusiones	60
5.2. Sugerencias	64
5.3. Resumen	66
PAGINAS COMPLEMENTARIAS	68
Referencias bibliográficas	69
Bibliografía	71
Anexos	77

INDICE DE TABLAS Y/O CUADROS

Tabla N° 1: “Diagnóstico nutricional integrado de la población de 2 a 5 años, Diciembre 2005 a nivel nacional, regional y comunal”	31
Tabla N° 2: “Percepción correcta v/s conducta materna”.	57
Tabla N° 3: “Percepción incorrecta v/s conducta materna”.	58

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1: “Distribución porcentual de la muestra según edad de los niños”.	47
Gráfico N° 2: “Distribución porcentual de la muestra según el sexo de los niños”.	47
Gráfico N° 3: “Distribución porcentual de la muestra según estado nutricional de los niños”.	48
Gráfico N° 4: “Distribución porcentual de la percepción materna sobre el estado nutricional de sus hijos”	49
Gráfico N° 5: “Distribución porcentual de la percepción materna según el estado nutricional real de los niños”.	50
Gráfico N° 6: “Distribución porcentual de la percepción materna incorrecta según el estado nutricional real de sus hijos”.	51
Gráfico N° 7: “Distribución porcentual de la percepción materna según la edad del niño”.	52
Gráfico N° 8: “Distribución porcentual de la percepción materna según el sexo del niño”.	52

Gráfico N° 9: “Distribución porcentual de la percepción materna según la ordinalidad del niño”.	53
Gráfico N° 10: “Distribución porcentual de la percepción materna según la edad de la madre”	54
Gráfico N° 11: “Distribución porcentual de la percepción materna según la escolaridad de la madre”.	54
Gráfico N 12: “Distribución porcentual de la percepción materna según el tipo de familia”.	55
Gráfico N° 13: “Distribución porcentual de la percepción materna según las preferencias alimentarias familiares”.	55
Gráfico N° 14: “Distribución porcentual de la percepción materna según creencias en salud del estado nutricional”.	56

CAPITULO 1: INTRODUCCION

1.1. INTRODUCCION

Chile es un país en constante desarrollo, siendo un punto importante de destacar la transición en todo lo relacionado a la alimentación y estado nutricional de sus habitantes. En décadas anteriores la nación experimentó un período de déficit nutricional, en donde las personas veían disminuido el rendimiento personal, académico y laboral debido a enfermedades por carencias en su alimentación.

A través de diversos programas e instituciones creadas por el gobierno de la época, esta situación mejoró, sin embargo, actualmente nos encontramos en un contexto inverso, siendo la malnutrición por exceso uno de los problemas de salud de mayor relevancia. Datos nacionales permiten estimar que la prevalencia de la obesidad entre los preescolares y los escolares prácticamente se ha duplicado en los últimos 10 años, cobrando real importancia tanto por sus efectos directos, como por los riesgos que representa a largo plazo.

Uno de los factores que provocan importantes problemas de malnutrición por exceso son los hábitos poco saludables de alimentación, siendo la infancia una etapa esencial, ya que es aquí donde se crean los hábitos alimentarios que nos acompañarán gran parte de nuestras vidas. Además, es importante la labor de formador que cumple el principal agente socializador de una comunidad, la familia, siendo la madre quien desempeña un papel fundamental, ya que recae en ella el rol de cuidadora, inculcando con más fuerza los hábitos en el niño. Esta formación de rutinas por parte de la madre se verá inevitablemente influenciada por sus propias creencias de lo que es saludable o no, así como también por la manera en que ella visualice a su hijo, tomando gran relevancia la percepción que tenga acerca del estado nutricional de éste.

A pesar de las múltiples estrategias para enfrentar la malnutrición por exceso, los resultados continúan siendo desalentadores. La adquisición de diversas percepciones del mundo que les rodea, son traducidas en creencias, opiniones y actitudes ante las diversas

situaciones que van experimentando. El grupo de Tesisistas eligió el tema de la percepción materna porque cree que puede influir positiva o negativamente en los conocimientos sobre alimentación que el profesional de enfermería entrega a las madres sobre todo en atención primaria, siendo ésta considerada como principal agente promotor de una vida saludable, ya que la percepción que ella tenga del estado nutricional de su hijo es un factor aún no considerado por las instancias de salud, y que actuaría en la consecución o no de las indicaciones y de la educación.

1.2. DELIMITACION DEL PROBLEMA

Percepción materna del estado nutricional de sus hijos y características individuales y familiares presentes en niños de 2 a 5 años controlados en centros de salud familiar de Valparaíso en el año 2006.

1.3. DEFINICION DE TERMINOS

Percepción materna: corresponde a la interpretación que las madres del estudio, o cuidadores, hacen respecto del estado nutricional de sus hijos. Esta puede corresponder o no al estado nutricional real de éstos.

Madres del estudio: corresponde a las madres biológicas o al integrante de la familia que la reemplaza en la alimentación del niño y que involucre dos o más comidas al día.

Características familiares: corresponden a la edad y escolaridad de la madre, sus creencias en salud y conducta derivada de la percepción del estado nutricional de su hijo, tipo de familia a la que pertenecen y preferencias alimentarias de ésta.

Características individuales: se refiere al sexo, edad y posición ordinal del niño dentro del grupo familiar en relación a sus hermanos.

Estado nutricional: corresponden a la relación peso / talla de acuerdo a las tablas de evaluación nutricional NCHS. La normalidad se encuentra entre -1 ds y +1 ds.

Centros de atención primaria: corresponden a centros de salud pertenecientes a la municipalidad de Valparaíso y al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

a) Etapa de Diseño.

- Escasa bibliografía referente al tema central del estudio.
- Dificultad para estructurar las preguntas de manera que facilitara la tabulación posterior, siendo su principal consecuencia la demora en la elaboración del instrumento de recolección de datos.
- El hacer cuantitativo un tema principalmente cualitativo, como lo es la percepción, lo que dificultó el manejo de la investigación extendiendo el tiempo de trabajo y análisis.
- Inexperiencia de las seminaristas.

b) Etapa de Ejecución.

- Obstaculización en la coordinación de sesiones grupales con todos los integrantes del seminario tesis, debido a las rotaciones en los campos clínicos y la alta exigencia de algunas cátedras, sumado a que el número de encuestadores no era proporcional al tamaño de la muestra.
- La especificidad del estudio redujo de manera considerable las posibilidades de encuestar a un gran número de personas, por lo que finalmente la muestra obtenida es de un total de 277 entrevistas.
- El predominio de un clima frío, debido a la estación del año invernal, provocó una disminución en la asistencia de niños a los centros de salud afectando de manera directa la recolección de los datos.

CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL.

2.1. OBJETIVOS GENERALES

- 2.1.1. Conocer la percepción de las madres del estudio en relación al estado nutricional de sus hijos.
- 2.1.2. Identificar las características individuales y familiares de las madres y niños del estudio.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.2.1. Identificar las madres que tienen una percepción correcta del estado nutricional de sus hijos.
 - 2.2.1.1. Identificar las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional normal y los perciben como normales.
 - 2.2.1.2. Conocer las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional bajo peso y los perciben como bajo peso.
 - 2.2.1.3. Identificar las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional sobrepeso y los percibe como sobrepeso.
 - 2.2.1.4. Conocer las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional obeso y los perciben como obesos.
- 2.2.2. Identificar las madres que tienen una percepción incorrecta del estado nutricional de sus hijos.
 - 2.2.2.1. Identificar las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional normal y lo perciben como bajo peso.
 - 2.2.2.2. Identificar las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional sobrepeso y lo perciben como normal.

- 2.2.2.3. Identificar las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional sobrepeso y lo perciben como bajo peso.
 - 2.2.2.4. Identificar las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional es obeso y lo perciben como sobrepeso.
 - 2.2.2.5. Identificar las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional es obeso y lo perciben como normal.
 - 2.2.2.6. Identificar las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional es obeso y lo perciben como bajo peso.
-
- 2.2.3. Comparar las percepciones maternas correctas e incorrectas según edad y sexo del niño.
 - 2.2.4. Conocer las percepciones correctas e incorrectas según la ordinalidad del niño.
 - 2.2.5. Identificar las percepciones maternas correctas e incorrectas según la edad y escolaridad de la madre.
 - 2.2.6. Conocer las percepciones correctas e incorrectas según las creencias en salud que posea la madre.
 - 2.2.7. Identificar conductas de las madres frente a las percepciones maternas correctas e incorrectas.
 - 2.2.8. Identificar las percepciones maternas correctas e incorrectas según el tipo de familia a la que pertenecen las madres y niños del estudio.
 - 2.2.9. Determinar las percepciones maternas correctas e incorrectas según las preferencias alimentarias de la familia.

2.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

2.3.1. Percepción materna

Definición Conceptual: corresponde a la interpretación que las madres del estudio o cuidadores hacen respecto del estado nutricional de sus hijos. Esta puede corresponder o no al estado nutricional real de ellos.

- Indicadores:
 - Correcta
 - Incorrecta

Características individuales del niño.

2.3.2. Edad del niño:

Definición conceptual: número de años cumplidos por el niño al momento de la aplicación del instrumento.

- Indicadores:
 - 2 años
 - 3 años
 - 4 años
 - 5 años

2.3.3. Sexo del Niño:

Definición Conceptual: condición orgánica que distingue al hombre de una mujer.

- Indicadores:
 - Femenino
 - Masculino

2.3.4. Posición ordinal del niño en el grupo familiar:

Definición Conceptual: es la posición que ocupa el niño entre sus hermanos según orden de nacimiento.

- Indicadores:
 - Único
 - Menor
 - Medio *
 - Mayor

* Se considera Medio a cualquiera de los hijos nacidos entre el menor y el mayor.

Características familiares.

2.3.5. Edad de la madre:

Definición conceptual: número de años cumplidos por la madre al momento de la aplicación del instrumento.

- Indicadores :
 - 20 o menos años
 - 21 a 30 años
 - 31 a 40 años
 - 41 años y más

2.3.6. Escolaridad de la madre:

Definición conceptual: etapas cursadas por la madre en el sistema formal de educación.

- Indicadores:
 - Sin estudios.
 - Enseñanza básica incompleta.
 - Enseñanza básica completa.
 - Enseñanza media incompleta.
 - Enseñanza media completa.

- Enseñanza superior incompleta.
- Enseñanza superior completa.

2.3.7. Tipo de Familia:

Definición Conceptual: corresponde a la conformación estructural de la familia sea esta "Nuclear" donde están presentes uno o ambos padres con su(s) hijo(s) o "Extendida", donde conviven un núcleo familiar más otros parientes o allegados.

□ Indicadores:

- Nuclear.
- Extendida.

2.3.8. Preferencias alimentarias:

Definición Conceptual: corresponde a la inclinación familiar hacia el consumo de ciertos grupos de alimentos según la Pirámide Alimentaria Chilena.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
Frecuencia semanal	Grupos de Alimentos: - Grupo 1 - Grupo 2 - Grupo 3 - Grupo 4	Alimentos: *G1: Carnes, huevos, legumbres. *G2: Fideos, papas, arroz. *G3: Frituras, comida como sandwiches, completos, papas fritas, otros. *G4: Dulces, bebidas.	-Rara vez -1 vez -2 a 3 veces -4 o más veces
Cantidad diaria	Grupos de Alimentos - Grupo 5 - Grupo 6 - Grupo 7 - Grupo 8 - Grupo 9	Alimentos *G5: Ensaladas *G6: Frutas *G7: Yogurt, leche *G8: Pan *G9: Azúcar	-Kilos -Vasos -Unidades

* G: corresponde a grupos de alimentos.

2.3.9. Creencias:

Definición Conceptual: firme convicción que tiene la madre acerca del estado nutricional del niño y su relación con la salud, pudiendo ser positiva cuando es beneficiosa para la salud del niño o negativa cuando es perjudicial para la salud de él

□ Indicadores:

- Creencia Positiva
- Creencia Negativa

2.3.10. Conducta de la madre:

Definición Conceptual: corresponde a las acciones que realiza la madre en cuanto a la cantidad de alimentos que da al niño de acuerdo a la percepción del estado nutricional que tenga. La conducta es positiva cuando las acciones son beneficiosas para la salud del niño o negativa cuando las acciones son perjudiciales para la salud de éste.

□ Indicadores :

- Conducta Positiva
- Conducta Negativa.

2.4. MARCO TEORICO

2.4.1. PERCEPCIÓN

La percepción es el proceso a través del cual interpretamos la información que llega a los sentidos para darle un significado (1). Es una función mental que tiene que ver con la detección, discriminación, comparación, reconocimiento e identificación de estímulos. Además, se considera una función cognitiva, pues se caracteriza por ser una relación intencional de carácter predicativo, en la que se sustentan las llamadas creencias perceptivas, que son susceptibles de ser evaluadas en términos de verdad o falsedad.

El individuo no recibe pasivamente los estímulos, sino que estos se ven determinados por sus propias necesidades, valores, expectativas y muy especialmente por su motivación, así como por todo un conjunto de características propias, permanentes y temporales (2).

Pero, la percepción no es solamente la combinación de diversas sensaciones, sino también la integración de los nuevos estímulos percibidos en experiencias pasadas incluyendo la elaboración de ciertos detalles y descuidando otros. Un elemento involucrado en este proceso es el conductual, dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestará una determinada conducta. Además, la percepción tanto en grado positivo como negativo, es influida por factores emocionales, pues tendemos a ver aquello para lo que estamos preparados o dispuestos y a no ver lo que nos perturba.

2.4.1.1. Teoría de la percepción.

La teoría de la percepción se desarrolló con el fin de explicar el sistema de conducta que cubre las necesidades humanas individuales.

La relación perceptiva presenta la característica distintiva de tener su origen en la interacción física que se da entre el medio y el organismo a través de los sentidos.

La percepción puede ser considerada como el origen y la base de todo nuestro conocimiento del mundo (incluido el de uno mismo), del que se alimentan las demás funciones cognitivas y del que llegan a depender, en buena parte, las emociones, sentimientos y afectos que promueve la conducta. El desarrollo de esta, va desde lo simple a lo complejo y se relaciona directamente con los estímulos que lleguen del medio interno y externo, cuyos significados son aprendidos y afectarán en mayor o menor proporción a la percepción.

El primer proceso perceptivo que se aprende es la identificación de los objetos, una vez logrado se va organizando a través de la manipulación y monitorización de los sucesos, lo que lleva a la persona a elaborar diversas expectativas sobre el ambiente. La interacción entre el individuo y su entorno, o feedback, es el mecanismo que se utiliza para comprobar la exactitud de la propia percepción.

Primero, podemos decir que la experiencia y la percepción están muy ligadas, el aprendizaje que se da por una situación y luego se aplica a otra similar, nos dice que la persona usa los recuerdos de experiencias del pasado aplicándolos a la situación actual.

En segundo lugar tenemos que las personas son capaces de distinguir las cualidades constantes de los sucesos o un objeto a partir de variaciones que ocurran dentro del panorama.

Por último, encontramos la discriminación verbal que se utiliza para la codificación de los eventos y de cuyo uso resultan el control inmediato de la percepción y el razonamiento.

2.4.1.2. Tipos de percepción.

Los tipos de percepción que podemos identificar son:

Percepción auditiva. Las ondas producidas por una fuente sonora son captadas por receptores auditivos gracias a una serie de elementos anatómicos que lo hacen posible, siendo canalizadas, ampliadas e interpretadas en nuestro cerebro.

Percepción visual. En ella intervienen todas las estructuras involucradas en la visión, junto con propiedades del estímulo tal como la luminosidad, el tamaño, la relación entre altura y anchura o la forma global.

Percepción táctil: El sentido del tacto esta compuesto por un conjunto de subsistemas sensoriales diferentes que se determinan en relación a tres criterios: lugar de emplazamiento de los receptores, origen de la energía que los estimula y el tipo de sensación, provocando sensaciones de dolor, presión, temperatura, entre otras.

Percepción olfativa. La percepción de los olores requiere el reconocimiento de un diverso repertorio de moléculas volátiles en la periferia y la existencia de un mecanismo que permita la discriminación más fina de olores, proyectando esta señal de manera bidimensional hacia el cerebro para su codificación.

Percepción del tiempo. El saber cuando ocurren determinados fenómenos es vital para una buena adaptación al entorno, puesto que estamos insertos en una dimensión temporal. Este tipo de percepción permite diferenciar la simultaneidad de la sucesión de los eventos y entre el instante y la duración.

Percepción social. A través de la historia las percepciones de los individuos respecto a determinados temas han ido cambiando. Se puede afirmar que cualquier fenómeno perceptual es social, en el sentido que el ser humano vive indefectiblemente inserto en un contexto que lo condiciona e influye, tanto en su forma de pensar, sentir y hacer. Busca en las otras personas aquellos indicios que le permitan estructurar y organizar su medio dándole un significado, de ellos aprende las actitudes, las creencias y los valores que emplea como guías en sus futuras acciones. La relevancia de la

percepción social para la vida diaria es otorgada por el mundo físico y social en el que vivimos, caracterizado por los cambios constantes que obligan a las personas a desplegar todo un conjunto de reacciones adaptativas que le ayuden a dar una respuesta óptima a cada situación.

2.4.1.3. Percepción en salud.

Un estudio realizado en 1999 en Talcahuano, Chile (3), acerca de la percepción materna sobre el estado nutricional de sus hijos obesos, destacó que la prevalencia de obesidad se mantiene relativamente estable en el menor de tres años, fluctuando entre 5,5% y 6,3%, para luego aumentar rápidamente alcanzando 15,34% entre los cinco años y cinco años, 11 meses y 29 días.

Se observó un alto nivel de conciencia en las madres en cuanto a que la obesidad es una condición patológica e identifican, aunque vagamente, alguna de las enfermedades con que está asociada. Sin embargo, la apreciación que ellas tienen sobre la condición nutricional de su hijo resultó ser muy distorsionada, sólo el 36% de ellas lo consideró muy excedido de peso, mientras que con esta misma contextura, un 26,22% lo consideraba dentro de un peso normal, esto tal vez influenciado por patrones socioculturales.

Lo encontrado en el trabajo investigativo indicaría un factor determinante en el alto porcentaje de obesos existentes, contribuyendo de manera negativa en el éxito de las intervenciones terapéuticas realizadas.

2.4.1.4. Creencias en la percepción.

Los fenómenos senso perceptivos complejos han sido ubicados en el terreno social de la moral y el poder, pues son los valores y las creencias que en determinados momentos dominan en una sociedad los que se consideran verdaderos y que además, quedan circunscritos al ámbito de las desviaciones individuales del comportamiento.

Cuando hablamos de creencia nos referimos a un estado mental que consiste en dar por buena una proposición y actuar como si fuese verdadera (aunque no lo sea), teniendo esta o no una base científica. Por otra parte, una costumbre es una práctica social reiterada, uniforme de un grupo social. Generalmente se distinguen las *buenas costumbres*, correspondientes a aquellas que cuentan con aprobación social, y las *malas costumbres*, que son relativamente comunes, pero no cuentan con esta aprobación.

2.4.1.5. Rol de la familia en la percepción frente a sus hijos.

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección del estado. Se compone de miembros emparentados por lazos de sangre o matrimoniales, pero puede extenderse a todo grupo de personas vinculadas por lazos íntimos y propósitos comunes, sin ser necesariamente consanguíneos, lo que fortalece a los seres humanos en lo individual y colectivo. En Chile, como en todo el mundo, la familia representa el área más importante de la vida de las personas y es la base de la sociedad. En las relaciones que se establecen en su seno, se configuran y condicionan un determinado estilo y forma de vivir, el que es determinante en el nivel de salud de las personas que la integran. Esta influye en el comportamiento del niño, pues lo deja de ver como ente exclusivamente biológico, cobrando interés los factores psicológicos y sociales, que afectan de una u otra forma en su salud.

Las influencias parentales son decisivas en el desarrollo del niño relacionándose con sus actitudes y conductas, constituyendo quizás la más importante categoría de variables que inciden en el desarrollo de la personalidad y su socialización.

Generalmente parece existir una división de funciones parentales en la familia: el padre realiza actividades primordialmente instrumentales (respaldo económico) y la madre cumple funciones de tipo expresivo (referidas a la crianza y lo relacionado con lo afectivo). Se percibe a la mujer como la que proporciona la mayor parte del trabajo rutinario de crianza, apoyo emocional y disciplina, así como el componente familiar más

afectuoso y menos amenazador llegando a ocupar en el niño la posición central del conjunto familiar. Es por estas razones que la madre con frecuencia es el progenitor preferido, en particular en momentos de tensión. El nivel prominente que representa la madre en la familia puede verse amenazado si ésta cumple un trabajo externo y el padre asume una mayor participación en las tareas domésticas.

El rol de la madre sigue siendo más estructurado y culturalmente estandarizado que el del padre, ya que deriva más acabadamente de conceptos aprendidos y de experiencias interpersonales. La cantidad y calidad de cuidados maternos que una mujer puede proveer dependerán de sus actitudes y sentimientos concientes e inconcientes acerca de lo que significa tener un hijo y ser madre, así como sus conocimientos sobre el cuidado y desarrollo infantil (4). Sin embargo, las actitudes y cuidados parentales hacia el niño varían según la posición ordinal del hijo en el núcleo familiar. El primogénito tiene más posibilidades que su madre lo atienda durante un periodo más largo, reciben un poco más de calidez y afecto que el segundo hijo, al mismo tiempo que los padres tienden a inquietarse y a interferir más en sus actividades. Son más permisivos en lo que respecta a la alimentación y se preocupan más por las posibles enfermedades. A menudo se impone al hijo mayor la responsabilidad de cuidar de sus hermanos y se espera que “de un buen ejemplo”. Su autoconcepto inicial se basa más en la evaluación parental, mientras que los siguientes en el orden familiar tienen un gran componente derivado del reflejo de los pares.

La familia está inserta en un medio cultural que influye significativamente en su forma de enfrentar el mundo. Estas representaciones simbólicas se definen como bienes tangibles y procesos intangibles como las creencias, valores, actitudes, tradiciones y conductas compartidas que se transmiten de una generación a la siguiente en el interior de una sociedad (5). Estos componentes culturales a su vez, dan origen a las reglas o normas que rigen el comportamiento de los integrantes de la sociedad, entre otras cosas los hábitos alimentarios.

La obligación que cumplen los padres es interpretar la cultura para el niño. La variabilidad cultural lleva a un contraste de opiniones lo que da lugar a diferentes objetivos y expectativas de los padres para sus hijos.

El profesional de enfermería puede reconocer las percepciones e interpretaciones culturales, mediante conversaciones y observaciones, debiendo explorarlas y tenerlas en cuenta, si desea planificar intervenciones efectivas y culturalmente apropiadas.

2.4.2. FAMILIA: CRIANZA, SOCIALIZACION Y SU ROL EN LA FORMACION DE HABITOS SALUDABLES

Ir convirtiendo al recién nacido en una persona es una labor compleja, esta tarea implica no solo satisfacer sus necesidades de alimentación y cuidados de su salud, sino también, desarrollar una identidad personal, internalizando los comportamientos del rol adecuado a su sexo, valores y normas de la sociedad a la que pertenece.

Este proceso exige que los padres cuenten con los recursos y el tiempo para dedicar a sus hijos, con conocimientos de nutrición y salud en general, disposición amorosa respecto a la particularidad de cada hijo y flexibilidad para adecuarse a los cambios propios de las etapas del desarrollo de los menores. A ello se agrega la influencia en la crianza y socialización de otros agentes externos a la familia.

La familia ha variado a lo largo de la historia en estructura y funciones, siendo actualmente menor el número de familias formadas en base al matrimonio y se puede clasificar estructuralmente de la siguiente forma:

- Familia Nuclear: aquella formada por un solo núcleo familiar:
 - Nuclear simple: formada por la pareja sin hijos.
 - Nuclear biparental: formada por el padre, la madre y uno o más hijos.
 - Nuclear monoparental: formada por el padre o la madre y uno o más hijos.

- Familia extensa o extendida: es aquella integrada por el núcleo (con o sin hijos) y por otros miembros que pueden ser o no parientes:
 - Extendida por allegados: en la que se encuentra el núcleo más otras integrantes sin lazos de consanguinidad.
 - Extendida generacional: en la que encontramos al núcleo junto a familiares de otras generaciones, por ejemplo los abuelos.
- Familia unipersonal: es aquella constituida por una persona sola.
- Familia compuesta: está integrada por dos núcleos familiares que viven bajo el mismo techo.
- Familia reconstituida: es la familia que se forma con los hijos de cada uno de los cónyuges además de los procreados dentro del núcleo familiar, por ejemplo unión entre dos personas separadas.

El grupo familiar cumple diversas funciones en la sociedad, dentro de ellas tenemos cinco tipos que se enumeran a continuación:

- Función biológica: es la ligada a la reproducción, nutrición y protección de la salud.
- Función psicológica: se refiere al cumplimiento de las tareas evolutivas de los integrantes para lograr la madurez de la personalidad, además, de brindar afecto y apoyo emocional. Se considera que esta función es única e intransferible.
- Función económica: la familia se presenta como una unidad de producción y consumo.
- Función educacional: se relaciona con la educación de los integrantes y al apoyo de una educación formal o informal.
- Función sociocultural: es la transmisión de creencias, costumbres y hábitos entre los integrantes, generalmente de distintas generaciones. La familia es el primer agente socializante en el niño hasta aproximadamente los 5 años, luego de esto se

habla de una socialización secundaria que se ve influida por la televisión y otros medios de comunicación, además de las instituciones como los colegios, los jardines infantiles, entre otros.

Estas funciones familiares se relacionan directamente con la obesidad, pudiendo influir en su aparición. Por ejemplo, con respecto a la función psicológica, se ha visto que los hijos de padres separados, hijos únicos y los de madre de edad avanzada, tienen mayor tendencia a la obesidad, ya sea por una sobreprotección o por suplir el afecto con exceso de alimento.

Dentro de los factores familiares que influyen directamente en la alimentación se cuentan:

- Edad de la madre. Los resultados de un estudio de crecimiento y salud realizado por el Instituto Nacional Estadounidense, muestran que las posibilidades de que un niño se vuelva obeso aumentan alrededor de un 14 por ciento cada 5 años en la edad de su madre, pudiendo explicarse que las edades extremas se relacionan con el sedentarismo de los niños. Este estudio, demostró que las madres de edad avanzada que poseían primogénitos tendían a presentar un mayor riesgo de padecer obesidad, pues tienen más grasa corporal que sus hermanos más pequeños (6).
- Nivel de ingreso y capacidad de compra de alimentos. Los grupos pobres gastan un 60% de sus ingresos en alimentación, pero se abastecen de alimentos de poco valor nutricional. Por otro lado, el consumidor urbano está expuesto a una mayor diversidad de alimentos, formas de alimentación, mayores niveles de estrés y alimentos elaborados ricos en grasas, factores que intensifican el riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles, en comparación al poblador rural.

- El nivel educacional, las percepciones, creencias, los hábitos socioculturales, la información disponible y el acceso a servicios de la población son factores que también afectarán la nutrición.

El nivel de escolaridad de las madres se relaciona directamente con los cuidados de calidad que le otorgan a sus hijos, donde se observa que cuanto mayor es su escolaridad, más tiempo dedica en la interacción con su hijo, siendo esta tonalidad afectiva de carácter positivo, observándose un adecuado desarrollo psicomotor y nutricional de ellos cuando la madre es cálida y aceptadora.

Como dato estadístico el MIDEPLAN y MINEDUC refieren que el nivel de estudios en la población general ha variado a lo largo de los años, la disminución de la tasa de analfabetismo en Chile ha sido progresiva, con porcentajes de 8.9% en el año 1982 hasta un 4.3% en el año 2002 (7). Considerando que el promedio nacional de personas entre 15 y 59 años de edad con escolaridad de 3 años o menos, incluidos los analfabetos, es del 6.7%, los índices son superiores en la Quinta Región con un 7.7%.

- De la misma forma el desarrollo psicomotor y nutricional del niño se ve afectado por características familiares adversas, es así como madres jóvenes, insatisfechas con su vida y su relación de pareja, de origen urbano y con menor escolaridad son más castigadoras y sus hijos presentan desnutrición con mayor frecuencia.
- Conocimientos, hábitos y creencias alimentarias. El tipo de alimentación que tenga una familia estará en gran parte determinado por la tradición, disponibilidad y conocimientos que se tengan referentes a los alimentos. Por ejemplo, se relaciona la gordura con la buena salud y se considera a los alimentos como un premio para los niños.
- Tamaño de la familia y distribución intrafamiliar de alimentos. Se presume que la distribución intrafamiliar de alimentos no se hace respetando las necesidades de los más vulnerables (niños y madres embarazadas o en lactancia).

- Educación general de la salud y nutrición. El nivel educacional capacita a las personas para distribuir adecuadamente sus bienes y servicios con el fin de mantener el estado de salud, así como para la correcta producción y conservación de los alimentos, disminuyendo los riesgos de enfermedades nutricionales.

2.4.3. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PREESCOLAR

La edad preescolar es un tiempo de intensa exploración del entorno. Aunque constituye un reto permanente para los padres y el niño, en tanto a aprender a conocerse mutuamente, también es una fase muy importante para lograr un buen desarrollo físico y mental. El dominio de las tareas correspondientes a esta edad requiere una base sólida de confianza y con frecuencia los padres necesitan el consejo de los demás cuando se enfrentan a la lucha que supone el adiestramiento en el uso del inodoro, el establecimiento de límites y disciplina, y la rivalidad entre los hermanos.

2.4.3.1. Desarrollo físico

El ritmo de crecimiento disminuye en forma considerable en este período en comparación con la edad de lactancia. La ganancia de peso media es de 1.8 a 2.7 Kg./año. El peso medio a los 2 años es de 12 Kg.

El ritmo de incremento también disminuye. Lo normal es un aumento de 7.5 cm/año, éste se observa especialmente en el alargamiento de las piernas, más que del tronco. La estatura media de un niño de dos años es de 86.6 cm.

El ritmo de crecimiento de la circunferencia cefálica disminuye, y alrededor de los dos años de edad ésta suele medir lo mismo que la torácica. A partir de este momento el ritmo de aumento se enlentece, hasta que a la edad de 5 años el incremento es menor de 1.25 cm. /año.

El pequeño mantiene una apariencia “barrigona”, porque su musculatura abdominal está poco desarrollada y las piernas son aún cortas. Estas pueden estar algo arqueadas o curvadas durante el segundo año, debido al peso del tronco.

Durante esta fase de la infancia se alcanza una agudeza visual de 20/20 desarrollándose bien la visión total binocular. Los sentidos del oído, olfato, el gusto y tacto son cada vez más finos, se coordinan entre sí y se asocian con otras experiencias. Un ejemplo del funcionamiento integrado de los sentidos es el desarrollo de preferencias gustativas específicas. A esta edad es más probable que el niño experimente con una nueva comida por su aspecto u olor y no justamente por su sabor.

La mayoría de los sistemas fisiológicos están relativamente maduros en esta etapa de la niñez, sin embargo, las estructuras internas del oído y de la garganta continúan siendo cortas y rectas, y el tejido linfóide de las amígdalas y adenoides aún es grande. Como resultado son comunes las otitis media, las amigdalitis y las infecciones del tracto respiratorio superior

Los ritmos cardíacos y respiratorios disminuyen y aumenta la presión sanguínea. La respiración sigue siendo de tipo abdominal.

Uno de los cambios más importantes del sistema gastrointestinal es el control voluntario de la excreción. Con la mielinización completa de la médula espinal se va consiguiendo poco a poco el control de los esfínteres anal y uretral. La capacidad psicológica para ejercer dicho control aparece en algún momento entre los 18 y 24 meses de edad. La capacidad de la vejiga también aumenta de forma considerable, entre los 14 y 18 meses, el niño es capaz de retener la orina durante 2 horas o más.

El desarrollo psicomotor fino y grueso resulta evidente en todas las fases de la actividad del niño, como el juego, el vestirse, la comprensión del lenguaje, la disciplina, la interacción social y las posturas.

La adquisición motriz gruesa más importante en esta etapa es el desarrollo de la locomoción. A los 15 meses los niños caminan solos, a los 18 meses intentan correr, pero

se caen fácilmente, y a los dos años, andan bien y corren con bastante habilidad, aunque con las piernas abiertas, para lograr un equilibrio mayor. Entre los dos y tres años de edad es evidente un mejor dominio de la posición erecta, bípeda, con una coordinación y equilibrio mayores.

El desarrollo de la motricidad fina se evidencia por el aumento de la destreza manual. Por ejemplo, a la edad de 12 meses, los niños son capaces de agarrar un objeto muy pequeño, pero, en cambio, no pueden soltarlo a voluntad. A los 15 meses pueden soltar una bolita en el interior de una botella de cuello estrecho.

2.4.3.2. Desarrollo mental y emocional.

2.4.3.2.1. Piaget y el niño en etapa preoperacional.

En esta segunda etapa importante del desarrollo cognoscitivo, los niños se vuelven poco a poco más sofisticados en el uso que hacen del pensamiento simbólico.

Dentro de los avances cognoscitivos se encuentra la función simbólica que se denomina a la capacidad para usar símbolos o representaciones mentales (palabras, números o imágenes). Tener símbolos para las cosas ayuda a los niños a pensar en ellas y sus cualidades, a recordarlas y a hablar de ellas sin tenerlas físicamente presentes.

Los niños desarrollan un mejor entendimiento de las identidades, el que se encuentra en la base del autoconcepto que empieza a surgir. Además, pueden relacionar causa y efecto.

2.4.3.2.2. Desarrollo Moral de Kohlberg.

El preescolar se ubica en:

- Etapa uno del periodo pre - convencional que corresponde a orientación castigo – obediencia (2-3 años). Los niños actúan para evitar desagradar a aquellos que tienen el poder.

- Etapa dos: hedonismo instrumental y reciprocidad concreta (4-7 años). Los niños se enfocan sobre el motivo de placer. Consideran correctas las acciones que cubren sus propias necesidades y las de otros.

2.4.3.2.3. Desarrollo Psicosocial de Erikson.

Entre los 1-3 años se desarrolla el sentido de autonomía. Si los niños triunfan en esta etapa de su proceso de maduración, tendrán un grado de autocontrol provocado por sentimientos de autoestima. Si no tienen éxito tendrán un sentimiento de vergüenza, duda y timidez.

Entre los 3-6 años los niños desean la experiencia de seguir sus voluntades hasta el límite extremo. El resultado positivo de la maduración es la fuerza en los niños, orientado en un sentido de iniciativa, delineado por la conciencia. El resultado negativo es una personalidad superada por la culpa.

2.4.3.2.4. Desarrollo Psicosexual de Freud.

- Etapa anal (2-3 años): La mayor cantidad de placer sensual lo obtiene en las zonas anal y uretral.
- Etapa fálica (3-5 años): En el comienzo de la etapa el foco del placer está en la región genital. La etapa edípica se produce en la última parte del período fálico. Durante esta fase el niño “ama” al padre del sexo opuesto como proveedor de placer sensual. El padre del mismo sexo se considera un rival.

2.4.4. HISTORIA DE LA NUTRICION Y SITUACION ACTUAL EN CHILE: “TRANSICIÓN DEL DÉFICIT AL EXCESO”

Entre las décadas de 1960 y 1980, Chile pasó por un período llamado “*Pretransicional*”. La desnutrición abarcaba a un porcentaje muy alto de la población, siendo especialmente afectados los niños menores de 5 años, y en proporción decreciente los escolares y los adultos. Esta se ponía en evidencia también en las mujeres embarazadas, con consecuencias para el ser en gestación, además de ser la principal causa de muerte prematura, siendo sus efectos más graves mientras más intensa era ésta y menor la edad en que se presentaba. El retardo psíquico interfería seriamente en las posibilidades futuras del individuo teniendo como resultado generaciones marginales.

En la década de los setenta se crearon instituciones orientadas tanto a la prevención, promoción, tratamiento y recuperación paulatina de aquellos que corrían el riesgo o eran afectados por desnutrición. Dentro de estas organizaciones se encuentran INTA, CONIN, CONPAN y servicios de salud que llevaron a la creación de más de dos mil doscientos centros de salud primaria en todo el país (8). Se crearon programas de amplia cobertura en control de salud y distribución de alimentación complementaria (PNAC) como leche purita fortificada para las madres y los niños, vacunación masiva ante enfermedades infectocontagiosas, el fomento de la lactancia materna en los primeros seis meses y masificación de métodos de planificación familiar. Además, se aumentó la instauración de jardines infantiles y escuelas con entrega de alimentación y un programa de saneamiento ambiental con un 95% de cobertura. Todo esto permitió mejorar el estado nutricional de la población infantil sin necesariamente existir un mayor desarrollo económico y social del país.

Posteriormente, entre las décadas de 1980 y 1990, la población chilena cambió sus hábitos alimentarios caracterizándose por un aumento del consumo de azúcares, grasa y

alimentos procesados, coexistiendo tanto las deficiencias nutricionales, como la obesidad. Por lo tanto este período de cambio se denominó “*Transición*”.

En 1994, el Ministerio de Salud implementó el Sistema de Evaluación y Vigilancia Nutricional que permite disponer de una información necesaria de la población e intervenir sobre ésta.

La obesidad y la hiperlipidemia se apoderaron de este nuevo período alimenticio en Chile llamado “*Postransicional*” (1990 a la fecha) avalados por los siguientes datos del Ministerio de Salud (9):

- 23% de menores de 6 años en SNSS poseen una malnutrición por exceso
- 35% de preescolares en JUNJI poseen una malnutrición por exceso

El incremento en el peso de los niños se debe fundamentalmente a una dieta desequilibrada y al aumento del sedentarismo, sólo en el 5 % de los casos, el origen es por problemas endocrinológicos, genéticos o del sistema nervioso.

2.4.5. ALIMENTACION DEL PREESCOLAR

Cuando hablamos de nutrición nos referimos al conjunto de procesos mediante los cuales se ingieren, absorben, transforman y utilizan los nutrientes que se encuentran en los alimentos. Éstos son aquellos factores dietéticos esenciales que no pueden ser sintetizados por el organismo en cantidad suficiente (vitaminas, minerales, aminoácidos, ácidos grasos), excluyendo las fuentes de energía, el agua y las fibras.

Las principales fuentes de energía son los lípidos, aportando 9,2 Kcal/gr, los hidratos de carbono con 4,0 Kcal/gr y las proteínas con 5,4 Kcal/gr., utilizándose principalmente para tres fines:

- El metabolismo basal (73%).
- El efecto térmico de los alimentos (15% del total).
- La actividad física (12%) lo que dependerá de la intensidad y duración de ésta.

Existen otras situaciones que afectarán en mayor o menor medida el gasto energético, como lo son el embarazo y la lactancia, la edad y el crecimiento, entre otros (10).

2.4.5.1. Requerimientos Nutricionales de los Preescolares.

Es fundamental que los niños desde muy pequeños equilibren su ingesta diaria de acuerdo a los cinco grupos de la pirámide alimentaria. Según la “Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de Dos Años hasta la Adolescencia” del Ministerio de Salud, publicada el año 2005 (11), en la alimentación ideal de un preescolar es necesario considerar algunos aspectos psicológicos, ya que a esta edad se adquieren la mayor parte de los hábitos alimentarios y preferencias.

El apetito de un niño es variable a causa de un enlentecimiento del crecimiento, lo que representa un descenso en las necesidades nutricionales del niño, por lo que comienza a producirse una disminución fisiológica de éste.

La distribución energética de las comidas del preescolar debe seguir las siguientes proporciones: desayuno 25%, colación 5%, almuerzo 30%, once 15% y cena 25%. Es recomendable seguir lo estipulado en las Guías Alimentarias de la Población Chilena, las que orientan en cuanto al adecuado consumo de alimentos, ya sea en calidad o cantidad. A continuación se enumeran los principales enunciados de ellas:

- Consume 3 veces al día productos lácteos, de preferencia semidescremados o descremados.
- Come 2 platos de verdura y 3 frutas de distintos colores al día.
- Come legumbres dos veces por semana, en reemplazo de la carne.
- Come pescado 2 veces por semana, cocido, al horno, al vapor o a la plancha.
- Prefiere los alimentos con menor contenido de grasas saturadas y colesterol.
- Reduce el consumo habitual de azúcar y sal.
- Toma 6 a 8 vasos de agua al día.

Es preferible que la distribución del aporte sea mayor en las primeras horas del

día y vaya disminuyendo hacia la noche. Lo esperado es que se respeten los horarios de comida.

El preescolar imitará la conducta de los demás aprendiendo con ello las normas de comportamiento en la mesa. Este es el momento oportuno en que se deben fomentar los hábitos de alimentación saludable en el menor y no fomentar el comer a deshoras.

Si asisten a jardín infantil, la colación debe estar compuesta por frutas o lácteos. Se considera al periodo entre los 2 y 3 años como de riesgo nutricional, principalmente por las exigencias que derivan de la incorporación al ámbito social.

Se espera que la dieta de un niño esté compuesta por alimentos naturales. No es bueno recurrir a los productos dietéticos, con excepción de casos específicos. Todo depende de los requerimientos energéticos y/o de nutrientes específicos de cada niño.

2.4.5.2. Evaluación del estado nutricional.

El estado nutricional de un individuo se define como el equilibrio entre la ingesta y las pérdidas energéticas, logrado por un consumo adecuado de nutrientes a través de una alimentación racional satisfaciendo los requerimientos corporales. Ese equilibrio se pierde cuando la ingesta supera a las pérdidas, o al contrario, cuando el gasto energético supera el consumo. Para evaluar el estado nutricional de los niños, en Chile se utilizan las tablas NCHS, elaboradas por el National Center for Health Statistic de EEUU introducidas en 1992 por el Ministerio de Salud. Los indicadores que se utilizan para la medición incluyen las relaciones Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla.

Para evaluar de forma correcta el estado nutricional del preescolar la clasificación es la siguiente:

- Riesgo de desnutrir: aquel niño (a) con indicador P/T entre -1ds y -2ds.
- Desnutrición: aquel niño (a) con indicador P/T menor o igual a -2ds.
- Sobrepeso: aquel niño (a) que tiene su indicador P/T entre +1ds y +2ds.
- Obesidad: aquel niño (a) tiene su indicador P/T mayor o igual a +2ds.

Los datos epidemiológicos actuales del estado nutricional de los preescolares en Chile son:

Tabla N° 1: Diagnóstico nutricional integrado de la población de 2 a 5 años, Diciembre 2005 a nivel nacional, regional y comunal

<i>Estado Nutricional</i>	<i>Comuna de Valparaíso</i>	<i>V Región</i>	<i>Chile</i>
Bajo Peso	3,33%	2,44%	2,12%
Normal	68,41%	78,29%	74,11%
Sobrepeso	19,33%	12,28%	15,33%
Obesidad	8,71%	6,75%	8,15%

Fuente: DEIS, 2005

2.4.6. DESNUTRICION INFANTIL

La malnutrición por déficit o desnutrición es un desbalance entre los aportes y requerimientos de uno o varios nutrientes, a la que el organismo responde con un proceso de adaptación, en la medida en que se prolongue en el tiempo. Esta puede ser consecuencia de una absorción deficiente, por anomalías metabólicas o por una inadecuada ingesta de alimentos en cantidad y calidad, siendo esto último causado por el menor aporte de alimentos, hábitos dietéticos incorrectos, gusto selectivo o factores emocionales.

En cuanto a la epidemiología se sabe que a principios del siglo XX, la desnutrición infantil era un problema grave que existía tanto en Chile como en toda América Latina siendo la principal causa de mortalidad infantil (120 por mil nacidos vivos en Chile).

2.4.7. OBESIDAD

Se define como la presencia de cantidad excesiva de tejido adiposo en relación a la masa corporal magra en niños y en adultos como el exceso del contenido de grasa corporal en relación a la talla.

2.4.7.1. Epidemiología en Chile.

La prevalencia de la obesidad varía de acuerdo a:

- Características propias de individuo: como el sexo, raza y etnia, edad y la situación socioeconómica.
- El lugar geográfico en que habita: el estudio CARMEN realizado en Valparaíso en 1996, mostró una prevalencia de obesidad de 19,7%, siendo de 15,7% en los hombres y de 23% en las mujeres (12).
- Evolución en el tiempo: la obesidad en los escolares entre 6 y 16 años ha aumentado del 11 al 25% en los varones y del 12,5 al 27% en las mujeres entre los años 1982 y 1998, siendo más frecuente en el nivel socioeconómico bajo.

2.4.7.2. Consecuencias y complicaciones.

Estas se pueden producir en un corto o largo plazo. Primeramente, se sabe que la obesidad infantil tiene una clara influencia sobre obesidad en la adultez, asociándose a una morbilidad y mortalidad superiores en relación a individuos no obesos.

Las consecuencias de la obesidad sobre la salud pública se asocian con efectos psicosociales y fisiológicos negativos. Los niños obesos sufren baja autoestima y discriminación en una cultura en la que delgadez es sinónimo de belleza. Además, tienen una elevada relación con los factores de riesgo de enfermedades crónicas, asociándose a la hipertensión, dislipidemias, diabetes mellitus 2 y de aumento de la mortalidad cardiovascular.

2.4.7.3. Tratamiento.

El principal elemento es la motivación, ya que el tratamiento de la obesidad exige por parte del individuo una gran colaboración y sacrificio. Como segundo paso, se comienza con un plan de dieta la que debe basarse en los siguientes principios: la restricción calórica debe ser moderada, se restringirán las grasas y los hidratos de carbono de fácil asimilación, se utilizarán alimentos de gran volumen y escaso valor calórico, se indicará una alimentación variada la que se fraccionará en varias comidas al día, se indicará que sea seguida por toda la familia si es posible. (13)

En cuanto al ejercicio físico se indicará que el niño efectúe una actividad física que le agrade, por un período de una hora diaria.

2.4.8. ROL DE ENFERMERIA EN LA NUTRICION DEL PREESCOLAR

El papel que tenga enfermería en la nutrición del niño depende tanto de las capacidades del menor como la de sus padres o cuidadores, quienes llevan a cabo la satisfacción de sus necesidades en esta etapa del desarrollo en la que los pequeños aún no cuentan con las competencias para hacerlo totalmente por sí mismos.

Basado en el modelo de Nola J. Pender de promoción de la salud, las madres u otros cuidadores estarían siendo afectados por diversos factores al efectuar acciones destinadas a la satisfacción de las necesidades del niño, los que se enumeran a continuación:

- Importancia de la salud: es más probable que conserven la salud las personas que le conceden mayor importancia.
- Control de salud percibido: la percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud puede motivar su deseo de salud.
- Autoeficacia percibida: la convicción de la persona en relación a que una conducta es modificable influirá en su realización.

- Definición de salud: según el concepto de salud que se tenga habrán modificaciones conductuales.
- Estado de salud percibido: sentirse bien o enfermo puede motivar que se desarrollen conductas promotoras de salud.
- Beneficios percibidos de las conductas: las personas se sienten más inclinadas a iniciar o mantener ciertas conductas cuando éstas les traen bienestar.
- Barreras percibidas para las conductas promotoras de salud: si se cree que una conducta es inviable o difícil, puede no llevarse a cabo.

Estos factores denominados cognitivos – perceptuales se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades promotoras de la salud. Como factores modificantes indirectos se encuentran: la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados, los que desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados.

Según este modelo, la función principal de la enfermera es la educación de la madre o cuidador, en especial durante los Controles de Salud Infantil. La intervención en esta etapa temprana de la vida, permitirá mantener en el niño un crecimiento óptimo, y prevenir la aparición de enfermedades crónicas durante su adultez.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

3.1. METODOLOGIA

3.1.1. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se trata de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal. “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente para así describir lo que investigan, cabe destacar que desde el punto de vista científico describir es medir” (14).

3.1.2. ORGANIZACION DEL TRABAJO EN GRUPO

El grupo de seminario tesis se constituyó el mes de septiembre del año 2005, conformado por 5 estudiantes de tercer año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, las cuales se reunieron de manera voluntaria, eligiendo un tema perteneciente al área de Enfermería Pediátrica.

Durante el desarrollo del seminario se contó con la asesoría de la docente Profesora Luisa González Henríquez, académica del departamento Enfermería Pediátrica, con quien se realizaron reuniones formales, cuya periodicidad correspondió a dos miércoles mensuales desde las 12.00 a las 14.00 horas en la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso. Además se realizaron sesiones extraordinarias según necesidad de la investigación y disponibilidad de la docente guía y tesistas.

Para efectos de una investigación coordinada, eficaz y eficiente se decidió instaurar una directiva compuesta por los cargos de: presidenta, secretaria y tesorera, siendo estos dos últimos los únicos cargos permanentes.

La metodología de trabajo fue la utilización de un calendario semanal de actividades en el cual se organizaron las tareas y objetivos a cumplir, tanto individuales como grupales, estando sujeto a cambios de acuerdo a los requerimientos de la investigación.

3.1.3. REVISION BIBLIOGRAFICA

El Seminario Tesis, se inicio con la recopilación de información que fue realizada individualmente en forma semanal, siendo posteriormente discutido por las tesisistas, llegando así a delimitar el problema.

La revisión bibliográfica durante el desarrollo del seminario incluyó fuentes como: textos, revistas, seminarios tesis e investigaciones anteriores y publicaciones de Internet.

3.1.4. POBLACION EN ESTUDIO – DEFINICION DEL UNIVERSO

En un comienzo el universo abarcaba todos los Centros de Atención Primaria pertenecientes a la comuna de Valparaíso. Dado que la cifra era excesiva para el corto tiempo que implicaba el seminario, se hizo necesario reducir el número de consultorios. Finalmente se eligieron 3 CESFAM, cuya cercanía a los laboratorios prácticos de las tesisistas fue el principal motivo de su designación.

El universo estuvo constituido por las madres o cuidadores de preescolares censados durante el mes de junio del año 2006 en los Centros de Atención Primaria: Plaza Justicia, Padre Damián de Molokai y Jean et Marie Thierry de la comuna de Valparaíso.

El criterio de elección de dichos establecimientos de salud se basó en:

- Heterogeneidad de la población cubierta.
- Accesibilidad para las tesis.
- Aceptación por parte de los directivos de los Centros.

3.1.5. DISEÑO MUESTRAL

La muestra estuvo constituida por 277 personas correspondientes al 10% de la población total correspondiente a niños entre 2 años 0 meses 0 días hasta 5 años 11 meses 29 días asignada a cada consultorio.

Consultorio	Universo Población de 2 a 5 años	Muestra
Plaza Justicia	1520 niños	152 niños
Padre Damián de Molokai	492 niños	50 niños
Jean Marie et Thierry	750 niños	75 niños

La selección se realizó en forma no probabilística, es decir, se acudió en busca de madres o cuidadores con sus hijos preescolares, quienes se encontraban inscritos en los establecimientos respectivos y que fueron entrevistadas en la sala de espera previo a los controles de salud.

Las personas fueron seleccionadas bajo los siguientes criterios:

- Ser la madre o cuidador del preescolar.
- Vivir con el niño.
- Dar al niño 2 o más comidas al día.

3.1.6. MODELO DE RECOLECCION DE DATOS

Con la finalidad de recoger los datos que permitieran medir las variables del estudio, se confeccionó una entrevista estructurada dirigida a madres o cuidadores de preescolares que consultan en centros de atención primaria anteriormente nombrados.

El instrumento fue aplicado en el período Julio – Agosto del año 2006. El equipo de entrevistadores estuvo constituido por el grupo de seminaristas quienes concurrieron a estos centros vistiendo delantal blanco y piocha de identificación.

Los objetivos del instrumento fueron los siguientes:

- Obtener datos de información básica del preescolar, relacionado con las variables del estudio.
- Obtener información básica de la familia de los preescolares con énfasis en la madre de acuerdo a las variables del estudio.
- Identificar la percepción de madres en relación al estado nutricional de sus hijos.

3.1.7. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

La entrevista está constituida por un total de 14 preguntas de las cuales 10 corresponden a las del tipo cerrada y 3 abiertas.(anexo N° 3).

Para lograr la objetividad de la aplicación del instrumento, se elaboró el instructivo que se adjunta (anexo N° 1) con su respectivo consentimiento informado (anexo N° 2).

Para la obtención de los datos, el instrumento fue dividido en 4 ítemes correspondientes a:

I. Identificación del niño.

Compuesto por 5 preguntas de información general del preescolar (peso, talla, estado nutricional, sexo y edad).

II. Identificación de la madre y familia.

Compuesto por 5 preguntas de información general de la madre y familia a la que pertenece el preescolar, considerando antecedentes de edad y escolaridad de la madre, ordinalidad y tipo de familia a la que pertenece el niño.

III. Preferencias alimentarias de la familia.

Compuesto por 4 preguntas generales divididas en subpuntos, referentes a cantidad, tipo y frecuencia de alimentos consumidos por la familia.

IV. Percepción materna y creencias en salud.

Compuesto por 5 preguntas generales referentes a la percepción de la madre respecto del estado nutricional del niño, creencias en salud y acciones derivadas de la percepción.

3.1.8. ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Una vez confeccionado el instrumento, fue revisado por la docente guía y un Ingeniero Civil Electrónico con conocimientos avanzados en estadística. Posterior a esto se procedió a realizar la prueba de dicha entrevista con el 10 % del número de la muestra en una población con características similares asignadas al consultorio Cienfuegos de la comuna de Viña del Mar. La aplicación se realizó con el instructivo y consentimiento informado del instrumento durante la primera semana del mes de Julio del año 2006.

La prueba de la entrevista permitió:

- Determinar la utilidad del instrumento para la recolección de datos necesarios para la investigación.
- Determinar el tiempo promedio de aplicación
- Identificar aquellas preguntas que deben ser modificadas para lograr una mayor comprensión y obtención de datos idóneos para la investigación

3.1.9. CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

3.1.9.1. Vaciamiento de los datos.

Para la tabulación de datos obtenidos en la aplicación del instrumento se utilizó un computador con procesador Celeron D de 2,66 Ghz, con 512 Mb de memoria RAM y un disco duro de 80 Gb, con sistema operativo Windows XP profesional Service Pack 2. y diversos programas de Microsoft Office 2003.

La confección de una base de datos en una plantilla Excel permitió el vaciamiento, orden y clasificación de los datos, para posteriormente elaborar tablas y gráficos que permitieron y facilitaron el análisis de la información recolectada.

3.1.9.2. Criterios de análisis de datos.

3.1.9.2.1. *Percepción materna.* Para el análisis de esta variable se establecieron dos categorías: correcta cuando el estado nutricional real del niño coincida con las respuestas de las preguntas 10 y 11 del ítem IV o en su defecto sólo la pregunta 11. Se considerará percepción materna incorrecta, cuando el estado nutricional real del niño y la respuesta de la pregunta 11 no coincidan entre sí.

3.1.9.2.2. *Edad del niño.* Esa variable se categorizó según los años cumplidos por el niño a la fecha de aplicación del instrumento, pudiendo encontrarse en el rango de 2 a 5 años. Para esto se analizó la pregunta número 5 del ítem I.

3.1.9.2.3. *Sexo del niño.* Se categorizó en femenino y masculino, analizándose para ello la pregunta número 4 del ítem I.

3.1.9.2.4. *Posición ordinal del niño.* Para el análisis de esta variable se establecieron cuatro categorías: mayor, medio, menor y único, según la posición que ocupe el niño entre sus hermanos relacionado con el orden de nacimiento, analizándose la pregunta 3 del ítem II.

3.1.9.2.5. *Edad de la madre.* Esta variable se categorizó por decenios determinando los siguientes rangos de edades: 20 o menos años, 21 a 30 años, 31 a 40 años y 41 o más años, para lo que se analizó la pregunta número 1 del ítem II.

3.1.9.2.6. *Escolaridad de la madre.* Se categorizó según las etapas cursadas en el sistema formal de educación, siendo estas: sin estudios, enseñanza básica incompleta, enseñanza básica completa, enseñanza media incompleta, enseñanza media completa, educación superior incompleta y educación superior completa, para lo cual se analizó la pregunta número 2 del ítem II.

3.1.9.2.7. *Tipo de familia.* Se establecieron dos categorías: nuclear y extendida según la estructura familiar, analizándose para ello la pregunta número 5 del ítem II.

3.1.9.2.8. *Preferencias alimentarias.* Para analizar esta variable se establecieron primeramente dos categorías: “Saludable” y “No Saludable”. Para esto se utilizaron las preguntas número 6, 7, 8 y 9 del ítem III con sus respectivos subpuntos, considerándose la frecuencia semanal y la cantidad diaria de consumo de alimentos por la familia.

En la pregunta 6 se considera correcto que la familia consuma 4 comidas al día, es decir, la selección de la totalidad de las alternativas. En la pregunta 7 se considera correcta la selección de la alternativa B.

Para las preguntas 8 y 9, los alimentos fueron agrupados previamente según la pirámide alimenticia. En los grupos 1, 2, 3, 4 y 5 se midió la frecuencia semanal de

consumo, y en los grupos 6, 7, 8 y 9 la cantidad diaria de alimentos consumidos por la familia según número de integrantes. Esto último considerando la pregunta 4 del ítem II.

Los grupos establecidos fueron los siguientes, analizándose como “Saludables” todas las combinaciones de respuestas enumeradas a continuación, y como “No Saludables” todas las combinaciones de respuestas restantes:

Grupos de Alimentos	Saludable
Grupo 1: carnes (blancas y/o rojas), huevos, legumbres.	- 1D y 2 A o 2B - 2 C y 1 B - 3C - 2 B y 1 C
Grupo 2: papas, arroz, fideos.	- 1 D y 2 A o 2B - 2 C y 1 B - 3 C - 2 B y 1 C
Grupo 3: frituras, comida como sandwiches, completos, papas fritas, otros.	- Frituras: A o B - Comida rápida: A
Grupo 4: dulces, bebidas gaseosas.	- Dulces: A o B - Bebidas gaseosas: A o B
Grupo 5: ensaladas.	- A
Grupo 6: frutas.	- 2 a 3 personas: B o C - 4 o mas personas: C
Grupo 7: yogurt, leche.	- 2 a 3 personas: 2 A o 1 A y 1 B - 4 a 5 personas: 2 B o 1C y 1 B - 6 o más personas: 2 C o 1 C y 1 B
Grupo 8: pan.	- 2 a 3 personas: A - 4 a 6 personas: A o B - 7 a 8 personas: B o C - 8 o más personas: C o D
Grupo 9: azúcar.	- A

Por último se considerará que la preferencia alimentaria familiar es saludable cuando obtenga un puntaje total de 0 a 8 puntos, y no saludable cuando este puntaje sea de 9 a 21 puntos, considerando los siguientes puntajes:

Grupos de alimentos	Saludable	No saludable
Grupo 1	0 punto	2 puntos
Grupo 2	0 punto	2 puntos
Grupo 3	0 punto	4 puntos
Grupo 4	0 punto	4 puntos
Grupo 5	0 punto	1 punto
Grupo 6	0 punto	1 punto
Grupo 7	0 punto	2 puntos
Grupo 8	0 punto	2 puntos
Grupo 9	0 punto	3 puntos

3.1.9.2.9. *Creencias en salud.* El análisis de esta variable se realizó por pregunta utilizándose la pregunta 13 del ítem IV para identificar las creencias positivas y negativas sobre el estado nutricional saludable en un preescolar, considerándose positiva la alternativa B que corresponde al estado nutricional normal y negativa cuando la alternativa sea distinta a ésta.

En la pregunta 14 del mismo ítem se analizarán las creencias en salud que posean las madres, esto se realizará por pregunta y de acuerdo a la percepción del estado nutricional de su hijo, considerándose creencia positiva las respuestas Falsas y negativas las Verdaderas.

3.1.9.2.10. *Conducta de la madre.* Para analizar esta variable se utilizó la pregunta número 12 del ítem IV estableciéndose dos categorías: positiva cuando las acciones son

beneficiosas para la salud del niño, y negativas cuando las acciones son perjudiciales para la salud del niño, según los datos entregados por la siguiente tabla:

Estado Nutricional	Conducta Positiva	Conducta Negativa
Bajo peso	A*	B o C
Normal	C*	A o B
Sobrepeso	B*	A o C
Obeso	B	A o C

A= Más comida

B= Menos comida

C= Igual cantidad

3.1.10. ORGANIZACION DEL TRABAJO EN TERRENO

Previo a la aplicación del instrumento se solicitó formalmente la autorización al director de cada uno de los centros de salud por medio de cartas remitidas desde la dirección de la Escuela de Enfermería y Obstetricia. Una vez obtenida la respuesta de la misiva, se concertó una reunión, donde se establecerían plazos y horarios para la aplicación del instrumento.

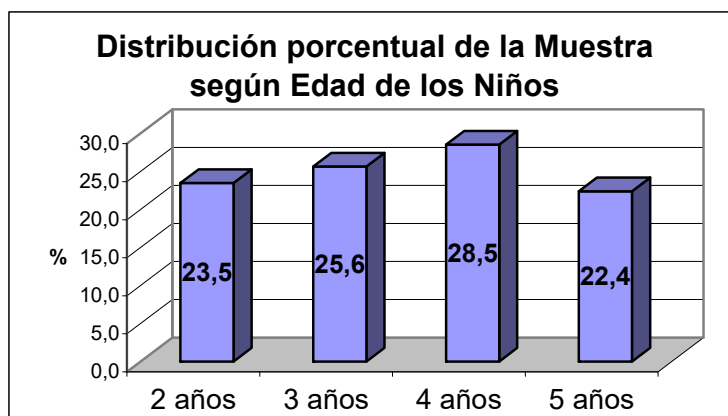
Los datos fueron recolectados a través de la aplicación del instrumento durante los meses de Julio-Agosto del año 2006 por los tesistas, distribuidos según disponibilidad de horario fijado anteriormente.

CAPITULO 4: PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

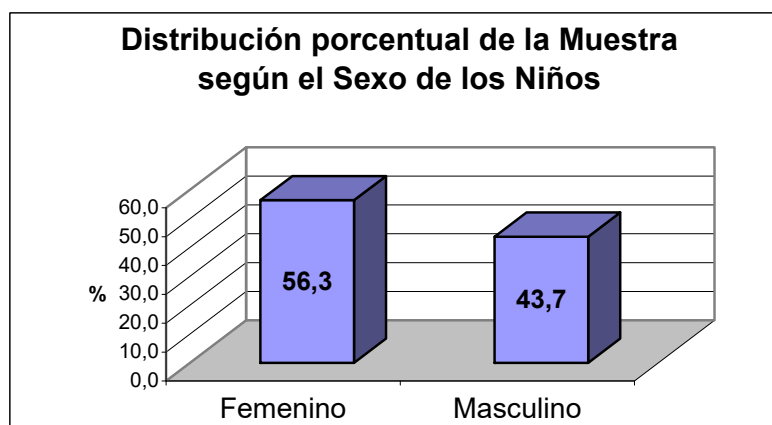
4.1.1. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Gráfico 1



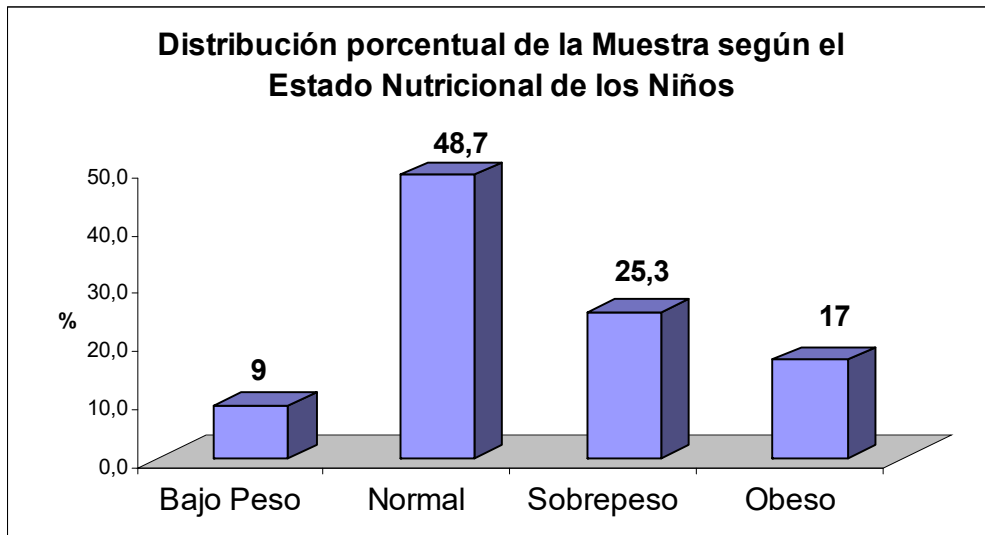
Se observa que las edades de los preescolares de la muestra conforman un grupo equitativo con porcentajes máximo y mínimos fluctuantes entre un 23% y un 28% respectivamente.

Gráfico 2



El gráfico señala la existencia de una leve superioridad de preescolares del sexo femenino en relación al total de la muestra.

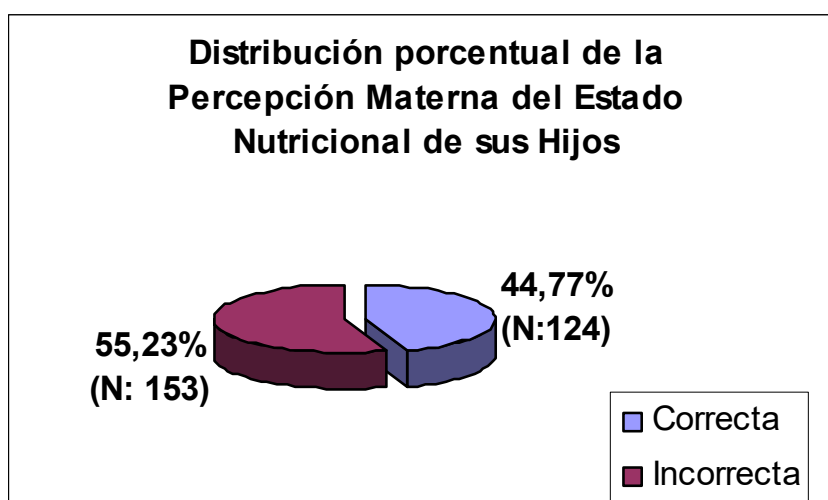
Gráfico 3



El mayor porcentaje de los preescolares presentan un estado nutricional normal, siguiendo un orden decreciente desde el sobrepeso hasta la obesidad. Por último los niños con bajo peso tienen cifras que no superan el 10%.

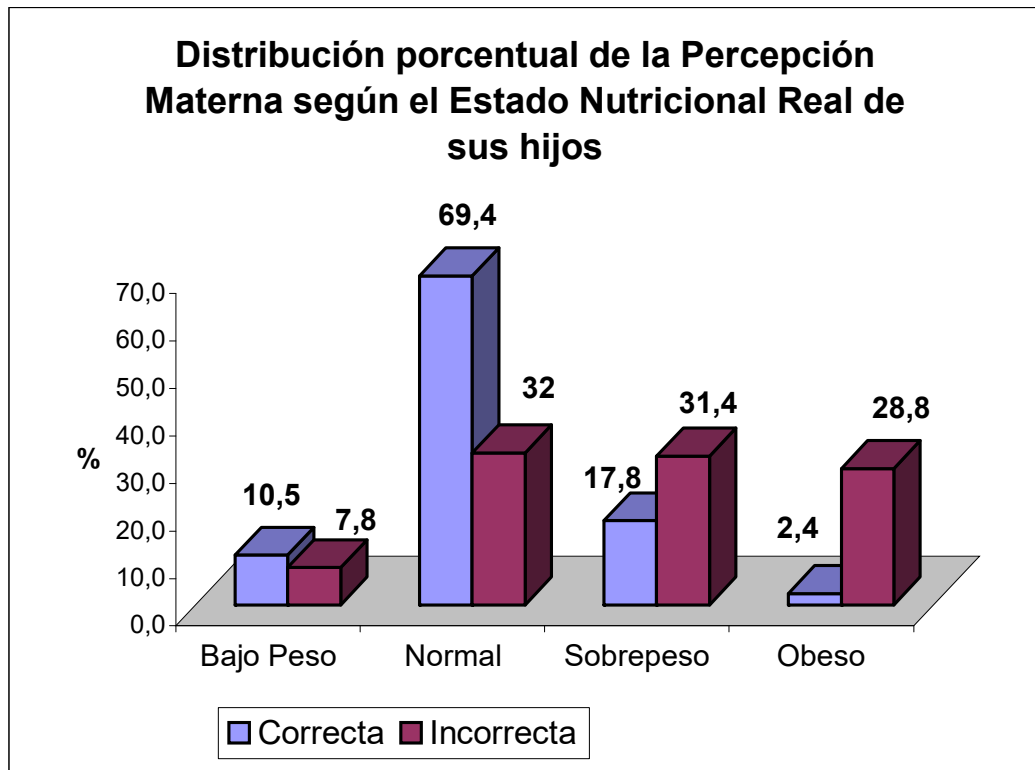
4.1.2. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

Gráfico 4



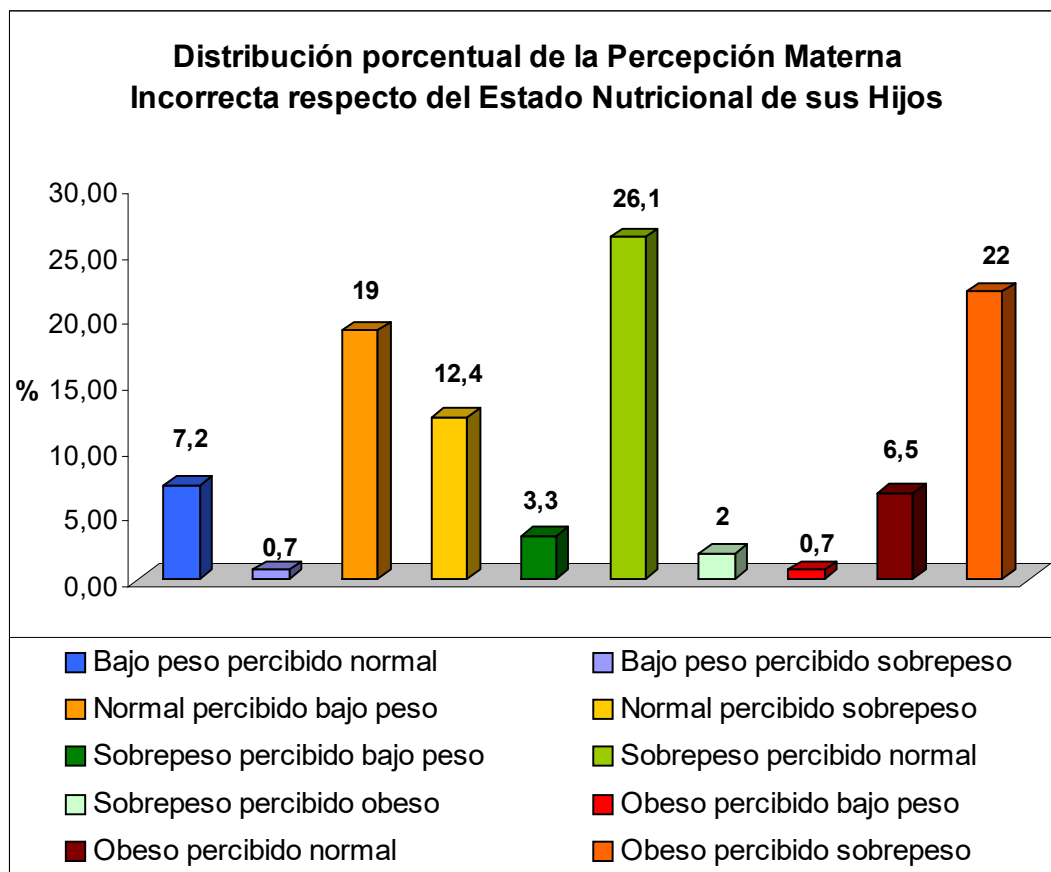
Se observa que un porcentaje importante, superior al 50% de las madres entrevistadas tienen una percepción incorrecta sobre el estado nutricional de sus hijos.

Gráfico 5



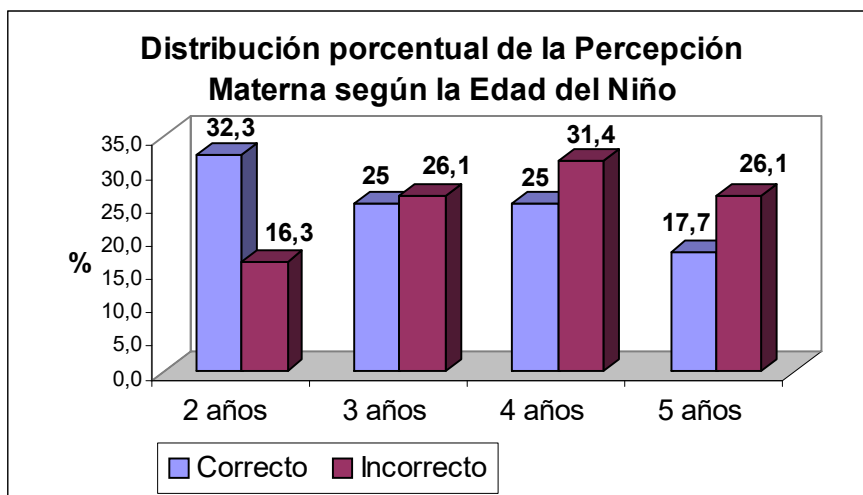
Se observa un mayor porcentaje de percepciones maternas correctas respecto de las incorrectas en niños con estado nutricional normal, sin embargo, en los niños con sobrepeso y obesidad predominan las percepciones maternas incorrectas.

Gráfico 6



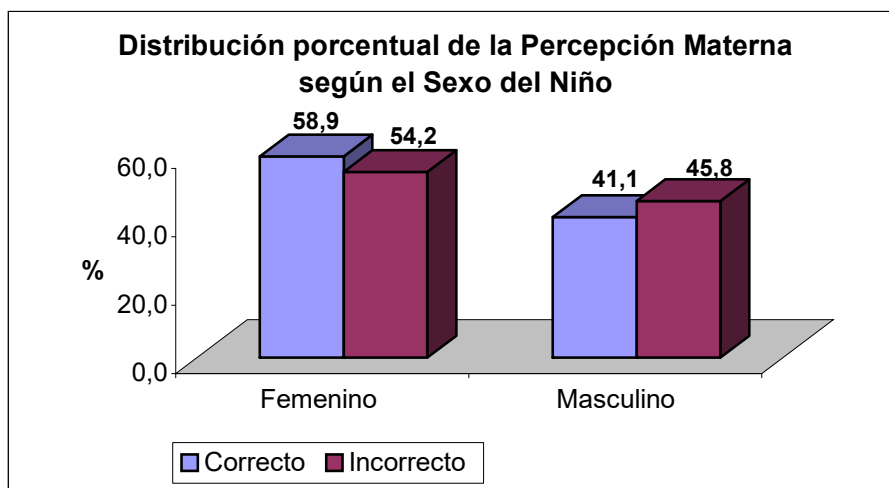
Se observa que los porcentajes donde la percepción de la madre es incorrecta son mayores en los casos en que el hijo presenta un estado nutricional de sobrepeso y son percibidos como normales, además de los obesos vistos como sobrepeso. Es destacable también el porcentaje de niños con estado nutricional normal que son percibidos como bajo peso con un 19%, por lo que se infiere que la tendencia de las madres de niños con malnutrición por exceso es a percibirlos con pesos más bajos debido a una distorsión de la realidad.

Gráfico 7



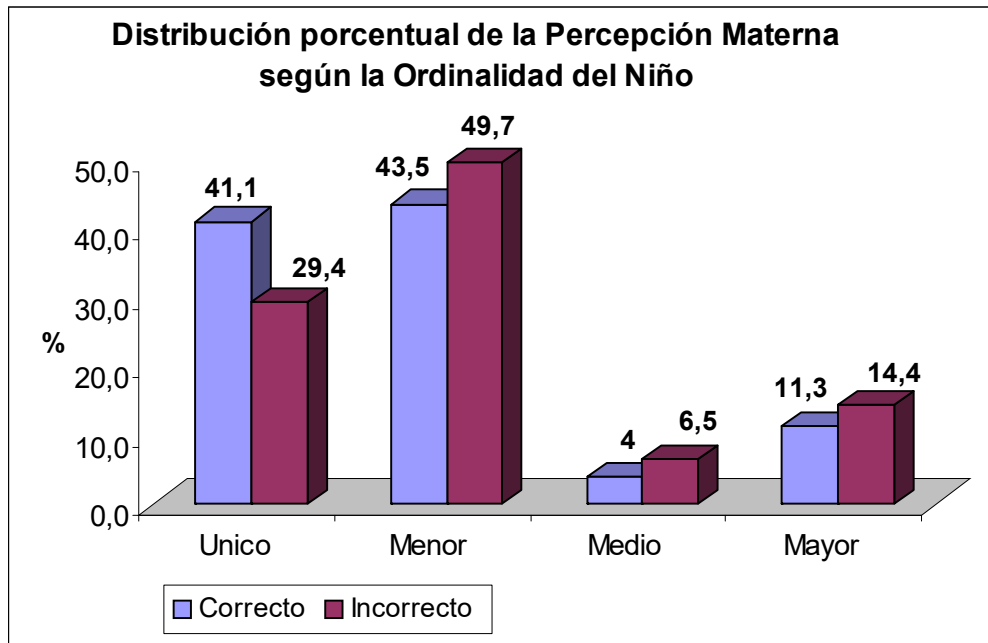
Se observa que las percepciones correctas alcanzan su mayor porcentaje a los 2 años, destacándose una tendencia al descenso a medida que aumenta la edad de los niños.

Gráfico 8



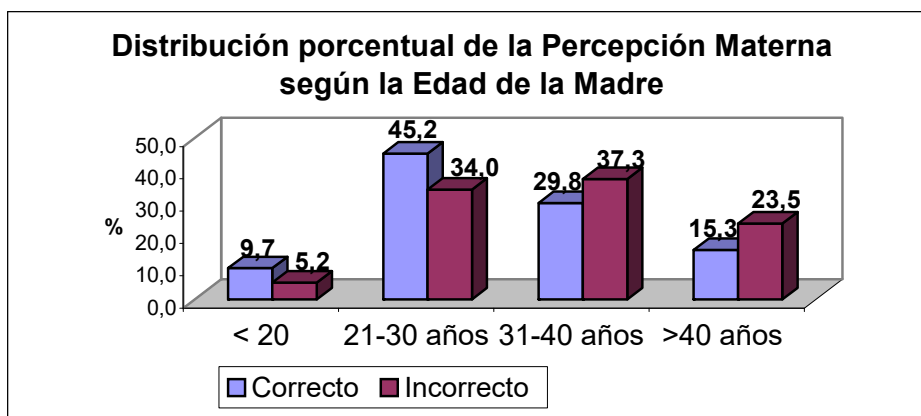
Se observa en la muestra una mayor cantidad de preescolares de sexo femenino, pero al comparar las percepciones maternas correctas e incorrectas en ambos sexos, no se aprecia una variación relevante.

Gráfico 9



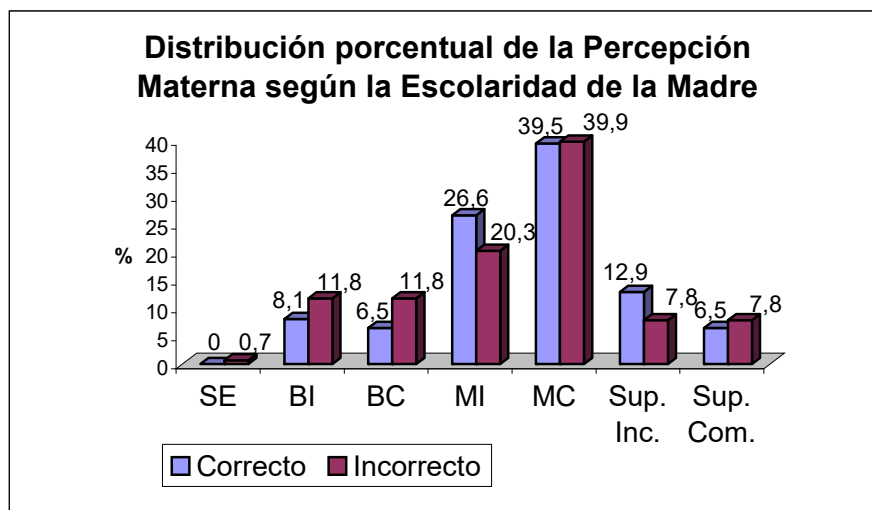
Existe un mayor número de hijos menores y únicos en la muestra, destacándose un porcentaje superior de percepción correcta en estos últimos.

Gráfico 10



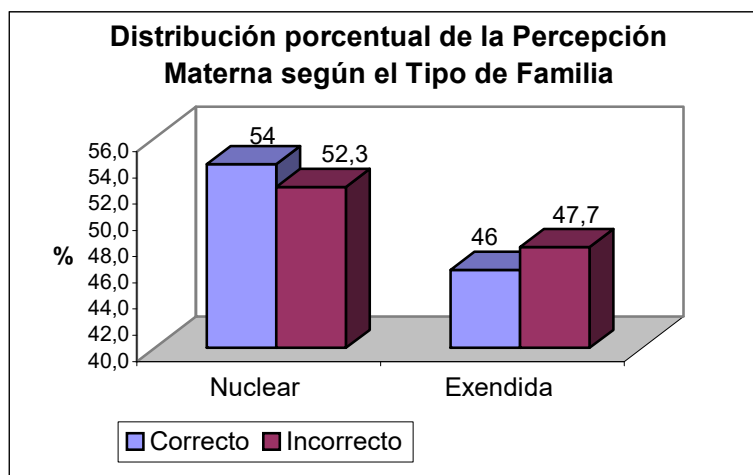
Se observa un mayor número de madres entre los 21 y 40 años, presentándose un mayor porcentaje de percepciones correctas en el rango de 21 a 30, sin embargo al comparar las percepciones entre las distintas edades podemos observar que esto último no es determinante

Gráfico 11



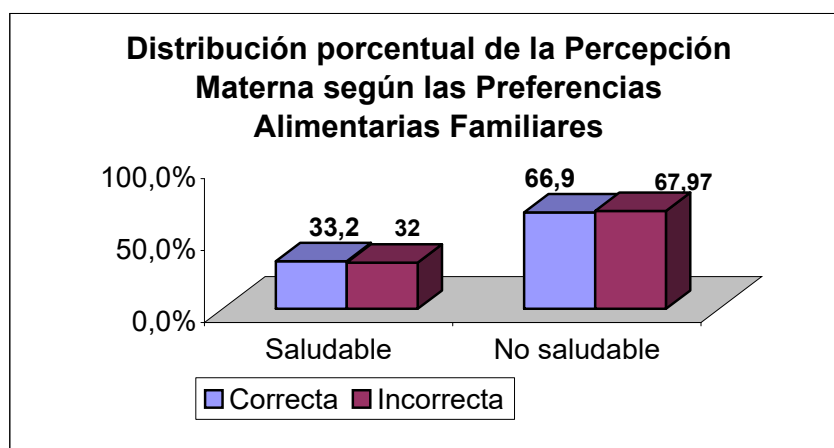
Las madres tienen en su mayoría enseñanza media completa e incompleta no observándose diferencias en cuanto a sus percepciones.

Gráfico 12



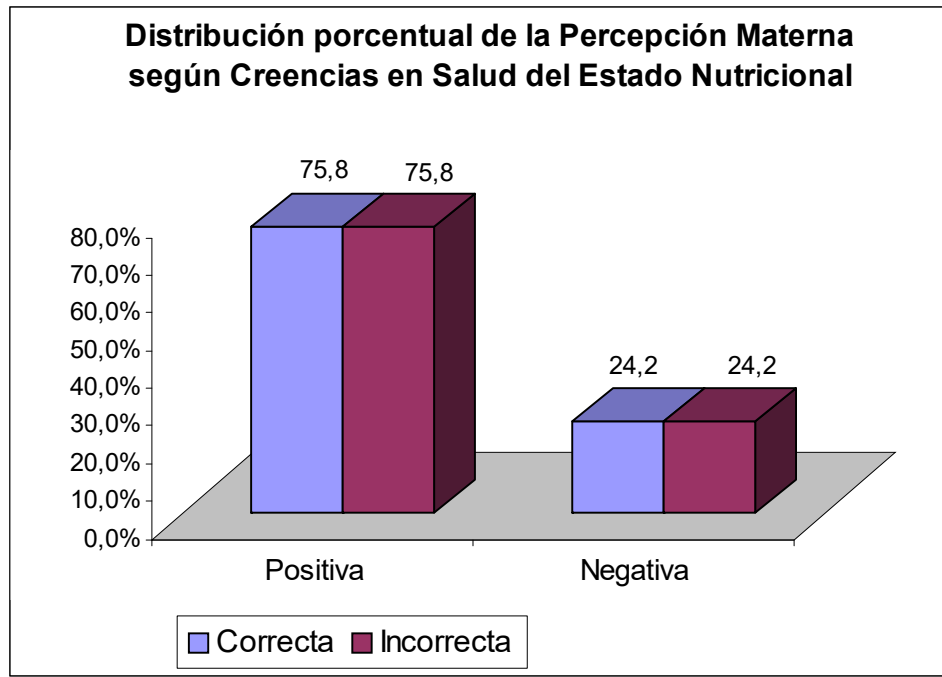
El mayor porcentaje de familias de la muestra corresponde a las de tipo nuclear, sin embargo, si se comparan las percepciones maternas tanto correctas como incorrectas en ambos tipos de familia, no existen mayores diferencias numéricas entre sí.

Gráfico 13



Se observa un mayor porcentaje de preferencias alimentarias no saludables, pero al compararlas con las percepciones maternas, no existen diferencias porcentuales de relevancia.

Gráfico 14



Se destaca un porcentaje importante de creencias positivas, lo que se considera un factor beneficioso para la salud; sin embargo, no se observa una diferencia relevante en lo referente a las percepciones.

Tabla número 2: “Percepción correcta v/s conducta materna”

<u>Percepción correcta</u>								
Conducta materna	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obeso	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Más comida	7	53,85	12	13,95	1	4,54	0	0,00
Menos comida	0	0,00	1	1,17	6	27,28	2	66,66
Igual cantidad	6	46,15	73	84,88	15	68,18	1	33,34
TOTAL	13	100,00	86	100,00	22	100,00	3	100,00

En la tabla se observa que las madres con hijos con estado nutricional normal y sobrepeso tenderán en su mayoría a mantener la misma alimentación que de costumbre. Por el contrario, en los niños obesos las acciones de las madres tenderán a dar menor cantidad de comida.

Tabla número 3: “Percepción incorrecta v/s conducta materna”

<u>Percepción incorrecta</u>								
Conducta materna	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obeso	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Más comida	4	33,33	16	32,66	4	8,34	2	4,54
Menos comida	0	0,00	4	8,16	1	2,08	15	34,09
Igual cantidad	8	66,67	29	19,18	43	89,58	27	61,37
TOTAL	12	100,00	49	100,00	48	100,00	44	100,00

En la tabla se observa que de las madres con una percepción incorrecta la mayor parte tenderá a mantener la alimentación del niño independiente del estado nutricional que éste tenga, presentándose el más alto porcentaje en los preescolares percibidos como sobrepeso, en especial en aquellos preescolares cuyo estado nutricional real es de obesidad, tal como se muestra en el gráfico N° 6, lo que es un riesgo para el estado de salud al mantener o aumentar la malnutrición por exceso.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES, RESUMEN Y SUGERENCIAS

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1. El estudio reveló que más de la mitad de las madres entrevistadas presenta una percepción incorrecta del estado nutricional de su hijo, observándose un porcentaje superior al 50%, lo que podría afectar la forma en que la madre recibe y asimila la información que se le entrega al momento de educarla en los controles infantiles de salud. Además, dependiendo de la desviación que la percepción presente, es cuan negativa será para la salud del niño. Estos resultados son similares a los arrojados por el estudio mencionado anteriormente en el marco teórico realizado en 1999 en Talcahuano, Chile, el que muestra un porcentaje mayor de percepciones maternas incorrectas al momento de interpretar el estado nutricional de sus hijos obesos (64%).

5.1.2. En el plano de las percepciones incorrectas se observó que la mayoría de éstas, se dieron en las madres cuyos hijos tienen un estado nutricional de sobrepeso que son percibidos como normales y los con obesidad vistos como sobrepeso, sugiriendo que la percepción, por muy distinta que sea del estado nutricional real de su hijo, tiene una gran relevancia y es más importante para ellas que lo dicho en los controles de salud. Una percepción correcta del estado nutricional del preescolar podría llevar a la madre a mantener el peso si este fuese normal, o a mejorarlo si este estuviese afectado por un déficit o un exceso, lo que sería apropiado y beneficioso para la salud del niño. Sin embargo, en las percepciones incorrectas la madre tenderá a mantener un estado nutricional perjudicial para el niño cuando son catalogados con pesos normales, sobrepeso u obesos y son percibidos con estados nutricionales más bajos, lo que sería potencialmente negativo para ellos.

5.1.3. La edad de la madre, su escolaridad, el sexo de sus hijos y el tipo de familia a la que ambos pertenecen, son factores que no tendrían relevancia en cuanto a la forma en que la madre perciba el estado nutricional del preescolar.

5.1.4. En la percepción de la madre según la edad del niño se observa que mientras menor sea ésta las percepciones correctas son mayores, lo que disminuye a medida que el niño va creciendo. Esto sugiere que las madres pondrían un mayor énfasis en los cuidados nutricionales de sus hijos cuando estos son más pequeños. Además, se debe considerar que los controles infantiles de salud tienen una mayor periodicidad en los menores de dos años, en comparación a los preescolares, lo que sugeriría que las madres de los lactantes tienen un mayor control del peso del niño y por ende una conciencia más realista del estado nutricional de éste, contrario a lo que ocurre en los mayores de dos años en los que la madre tendrá menores oportunidades de tener contacto con el personal de salud, y por tanto acercar su percepción a la realidad.

5.1.5. En lo referente a la posición ordinal del niño existen diferencias considerables en la percepción materna correcta, siendo superior en el hijo único, lo que sugiere que toda la preocupación y el cuidado de la madre se centraría en él, existiendo un sentimiento de sobreprotección por esta condición.

5.1.6. Según el estudio, las cifras de preferencias alimentarias familiares no son relevantes para la percepción que tenga la madre, aunque se vio que una gran cantidad de las familias a las que ellas y sus hijos pertenecen, tienen una alimentación catalogada como no saludable. Esto sugiere que no existe una coherencia entre la percepción correcta y las preferencias alimentarias de la familia, lo que conlleva un riesgo para los niños que poseen un estado nutricional normal, que son la mayoría de los preescolares de

la muestra, a los cuales una alimentación de este tipo podría llevar a una malnutrición por exceso y los que ya la poseen agravar más su situación nutricional.

5.1.7. En relación a las creencias podemos deducir que estas no afectan la percepción de la madre en cuanto al estado nutricional de sus hijos. La existencia de un mayor número de creencias positivas por sobre las negativas puede resultar beneficioso para la educación que realice el equipo de salud a las madres en los controles infantiles, si se utilizan en conjunto con las indicaciones entregadas, permitiendo detectar aquellas que fuesen nocivas para la alimentación y malnutrición por exceso, lo que será fundamental para la disminución de las creencias negativas en salud, aportando así al descenso de las enfermedades nutricionales infantiles.

5.1.8. El estudio mostró que la mayoría de las madres tenderán a seguir una conducta de mantención de la alimentación de sus hijos dando la misma cantidad de comida que lo habitual independientemente del estado nutricional de éstos. En cuanto a ambos tipos de percepciones se concluyó lo siguiente:

- Percepción correcta: las madres con hijos con estados nutricionales normal y sobrepeso, que son percibidos por ellas como tales, tienden a mantener en su mayoría la misma alimentación que de costumbre, lo que en el caso del niño con peso normal sería una conducta acertada y beneficiosa para la salud, sin embargo, en los niños con sobrepeso, sería potencialmente negativo para ésta. En el caso del niño con obesidad se presenta también una conducta acorde al estado nutricional del hijo, pues le darían menos comida, lo que es un factor protector para éste ya que podría haber un interés en que el preescolar disminuyera de peso.

- Percepción incorrecta: de las madres con esta percepción, la mayoría tenderá a mantener la alimentación del niño independiente del estado nutricional que éste tenga, presentándose el más alto porcentaje en los hijos con sobrepeso, lo que sugiere riesgos para la salud del niño, ya que en el caso de los preescolares con sobrepeso u obesos, que son percibidos como normales y sobrepeso respectivamente, éstos tendrían la probabilidad de continuar aumentando de peso debido a la distorsión de la realidad que sus madres experimentan con respecto a su estado nutricional real, al igual que ocurre con los niños con peso normal que son percibidos como bajo peso.

5.2. SUGERENCIAS

- Continuar con las investigaciones referentes a la percepción materna en cuanto al estado nutricional, considerando otros factores que pueden influenciar en esta variable. La importancia se deriva en que este es un elemento importante de trabajo para abordar de mejor manera la prevención y promoción en salud.
- Realizar estudios, en los que incluyan distintos sectores a nivel nacional, considerando una muestra más amplia.
- Dar a conocer los resultados a los centros de salud de Valparaíso para así poder aportar con datos de relevancia a la comuna y ser un aporte para la prevención de la malnutrición por exceso a nivel local y poder así capacitar al equipo de salud en relación a la importancia de considerar la percepción materna en su quehacer asegurando así mayor adherencia en las indicaciones nutricionales.
- Incentivar la educación a la madre en relación a la importancia de la familia como socializador primario y de ella como principal actor en esta labor, fomentando y reforzando la adquisición de estilos de vida saludables que se transformarán en hábitos para los niños en un futuro.
- Instar a las enfermeras de atención primaria a considerar la percepción que tengan las madres del estado nutricional de sus hijos para apoyar en esto sus intervenciones nutricionales y hacer más efectiva la educación.

- Instar a la creación de instrumentos de valoración de la percepción de la madre y observar si existe mejoría en los resultados al tomar en consideración esta variable al momento de educar.

5.3. RESUMEN

La familia es el socializador primordial, siendo la madre el principal agente en esta importante labor. Es fundamentalmente con ella con quien el niño aprende actitudes, comportamientos y hábitos que influirán en su estilo de vida en el transcurso de sus años. Es por esto, que debe tener claro lo que necesita su hijo para su normal crecimiento y desarrollo, en donde la distorsión de la realidad o de la percepción puede ser un riesgo para la salud del preescolar.

Para realizar la investigación se tomó una muestra de 277 madres con niños entre 2 y 5 años que asistieran a tres centros de Atención Primaria ubicados en diversos sectores de la comuna de Valparaíso, en la cual se estudiaron las percepciones maternas del estado nutricional de sus hijos, factores individuales de la madre, del niño y la familia a la cual pertenece el preescolar.

En los resultados se observa:

- Las diferencias de percepción materna correcta e incorrecta, según el estado nutricional de sus hijos corresponde a más del 50% entre las madres entrevistadas.
- Las percepciones incorrectas se ven reflejadas mayormente entre los niños con un estado nutricional normal y sobrepeso. Por otra parte, las percepciones correctas se observan en mayor porcentaje en aquellos niños con un estado nutricional normal.
- En cuanto a la edad de la madre se observa un descenso en las cifras de percepción correcta desde los 21 a los 40 años, período correspondiente a la adultez joven.
- La escolaridad de la madre no es un factor que afecte de mayor manera a la percepción materna del estado nutricional de su hijo.
- En la edad del niño se observa un ascenso en las cifras de percepción incorrecta desde los 2 a los 4 años de edad.

- Los datos de ordinalidad y sexo del niño nos informan que el sexo femenino y los hijos únicos y menores son los mayormente afectados por percepciones maternas incorrectas.
- Las familias nucleares y preferencias alimentarias no saludables son las que mayor porcentaje obtuvieron en cuanto a lo que percepciones correctas como incorrectas.
- Las percepciones correctas e incorrectas se encuentran agrupadas en mayor cantidad dentro de las creencias positivas en salud.
- La conducta de dar igual cantidad de comida al preescolar independientemente de su estado nutricional real, se observó tanto en las percepciones correctas como en las incorrectas en similares proporciones, mostrando un mayor porcentaje de esta conducta en los niños con estado nutricional normal y sobrepeso respectivamente.

Como conclusión se observa que, cuando las percepciones de la madre se encuentran incorrectas al compararse con el estado nutricional real del niño, impiden una intervención eficaz en el caso de que éste presente desviaciones en la normalidad en cuanto a su peso, evitando la prevención eficaz, la educación y tratamiento oportuno ante las enfermedades de malnutrición por exceso infantil, por lo que éste sería un factor importante a considerar por los equipos de los centros de atención primaria, sobre todo en enfermería, principal ente educador y promotor en salud.

PAGINAS COMPLEMENTARIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) MARTINEZ G., PAVES M. y SEPULVEDA A. Percepción de un grupo de profesores pertenecientes a la corporación municipal de educación de Valparaíso respecto al rol docente en el contexto de la reforma educacional. Tesis (licenciado en Psicología). Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, 2004. 14h.
- (2), (4) CABACO, Antonio. S. y ARANA, José M. Manual de prácticas de percepción y atención. España, Amarú, 1997. 59 - 60, 81 - 82, 97, 107, 119 - 120, 147, 157 - 158pp.
- (3) DIAZ P., Marcela. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. Revista chilena de pediatría, 71(4): 316 – 302, Julio 2000.
- (5) <http://www.lanacion.com.ar/edicionimpresa/cienciasalud/nota.asp?nota_id=866546> [consulta: lunes 11 de diciembre del 2004].
- (6) <<http://deis.minsal.cl/index.asp>> [consulta: jueves 9 de noviembre de 2006]
- (7) MILLAS, B. De la Desnutrición a la Obesidad Infantil [en línea] Revista Creces Noviembre, 1999. <www.CRECES.cl> [consulta: 1 de Abril 2006]
- (8) <<http://www.minsal.cl>> [consulta: jueves 8 de junio de 2006]
- (9), (12) MENEGHELLO, Julio R. Pediatría. 5ª ed. Buenos Aires, Panamericana, 1997. 341 – 349 pp.

(10) <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/pdf/Guia_Alimentacion_Corregida_Enero_2006.pdf> [consulta: sábado 25 de febrero de 2006]

(11) SAAVEDRA G., Víctor. La obesidad en Chile: Epidemiología. Revista chilena de obesidad, 3(1): 5 – 9, Junio 1998.

(13) HERNANDEZ, Roberto S., FERNANDEZ, Carlos C., BAPTISTA, Pilar L. Metodología de la investigación. 2º ed. México, Mc Graw Hill, 1998. 60 – 62 pp.

BIBLIOGRAFIA

Libros:

- ARMSTRONG, L. y BRATZ, J. Crecimiento y Desarrollo Biológico del Lactante [apunte] Universidad de Valparaíso. [2004]. 10 p.
- AUSUBEL, David P. y SULLIVAN, Edmund V. El Desarrollo Infantil. México, Paidós, 1989. v.2, 50 – 57, 75 – 83pp.
- BAHAMONDES, M. Evaluación del estado nutricional del niño menor de 6 años [apunte] Universidad de Valparaíso. [2004]. 7p.
- BECK E, Laura, Desarrollo del niño y adolescente. 4ª ed. Madrid, Pearson Prentice Hall, 1998 .270 – 272pp.
- BOWMAN, Bárbara A. y RUSSELL, Robert M. Conocimientos actuales sobre nutrición. 8ª ed. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2003. 579 – 585pp.
- CABACO, Antonio. S. y ARANA, José M. Manual de prácticas de percepción y atención. España, Amarú, 1997. 59 - 60, 81 - 82, 97, 107, 119 - 120, 147, 157 - 158pp.
- GARCIA E., J. Algunas notas introductorias al estudio de la percepción. En: MUNAR E, ROSSELLO J., y SÁNCHEZ A. Atención y Percepción, Madrid, Alianza, 1999. 179 - 180pp.

- HERNANDEZ, Roberto S., FERNANDEZ, Carlos C., BAPTISTA, Pilar L. Metodología de la investigación. 2º ed. México, Mc Graw Hill, 1998. 60 – 62 pp.
- LEÓN J., R. y GÓMEZ T., D. Percepción social. En: Barriga Sylveria “et al”. Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. España, Mc Graw Hill, 1998. 89 – 91pp.
- LINDGEN, Henry. C. Introducción a la psicología social. México, Trillas, 1990. 128 – 130pp.
- MARRINER, Tommey A. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ª ed. Madrid, Harcourt Brace, 1994. 508 - 514 pp.
- MENEGHELLO, Julio R. Pediatría. 5ª ed. Buenos Aires, Panamericana, 1997. 341 – 349 pp.
- MORRIS, Charles. G y MAISTO, Albert. A. Psicología, 10º ed, México, Prantice Hall, 2001. 21p.
- PAPALIA, Diane E., WENDKOS, Rally O., DUSKIN, R. F. Psicología del desarrollo. 7º ed. México, Mc Graw-Hill, 2001. 329, 366 - 374p.
- WITTWER, C. Mejore su peso aprendiendo a comer: incluye programa de alimentación para niños, adolescentes, embarazadas y adulto mayor. 2ª ed. Chile, Planeta, 2005. 77-81pp.

- WONG, Donna L. Enfermería Pediátrica, 4º ed. España, Harcourt Mosby, 1995. 30- 32, 316 - 327pp.

Revistas:

- BURROWS A., Raquel, BURGUEÑO A., Medardo, LEIVA B., Laura. Sensibilidad de diferentes estándares para detectar los trastornos metabólicos en niños con exceso de peso. Revista chilena de nutrición, 30(1): 28 – 35, Abril 2003.
- DIAZ P., Marcela. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. Revista chilena de pediatría, 71(4): 316 – 302, Julio 2000.
- LAS golosinas en la alimentación infantil: análisis antropológico nutricional por Portia Jackson, Marcela Castillo A., Marcela Romo M., Carlos Castillo Durán. Revista medica de chile, (132): 1235 – 1242, Julio. 2004.
- SAAVEDRA G., Víctor. La obesidad en Chile: Epidemiología. Revista chilena de obesidad, 3(1): 5 – 9, Junio 1998.

Tesis:

- ABARCA I., DIAZ. D., ESPINOZA R., y cols. Hábitos alimentarios y factores que los influyen en adolescentes de 14 a 17 años. Tesis (Licenciado en Enfermería). Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, 2001. 18 – 19 hh.

- BUSTOS I., GARCIA. R. y YÁÑEZ M. Percepción de los derechos de autodeterminación sexual y reproductiva de un grupo de mujeres adolescentes de enseñanza media de la V región. Tesis (Licenciado en Psicología). Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, 2003. 33-34 hh.
- GALVEZ L., BUGUEÑO M., CORNEJO M., et al. Hábitos de alimentación y actividad física del preescolar y su relación con factores individuales, familiares e institucionales, en jardines públicos y privados de Valparaíso en el primer semestre del año 2004. Tesis (Licenciado en Enfermería). Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, 2004. 46-51hh.
- MARTINEZ G., PAVES M. y SEPULVEDA A. Percepción de un grupo de profesores pertenecientes a la corporación municipal de educación de Valparaíso respecto al rol docente en el contexto de la reforma educacional. Tesis (licenciado en Psicología). Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, 2004. 14h.

Sitios WEB:

- <<http://www.educarchile.cl/ntg/familia/1559/article-78489.html>>[consulta:9 octubre 2005]
- <<http://www.geocities.com/hiponiquero/Familyy.htm>>[consulta: Lunes 17 de octubre de 2005]
- <http://www.fundaciontriangulo.es/educacion/dossier1998/Nuevos_modelos.htm>[consulta: lunes 17 de octubre de 2005]

- <<http://www.inta.cl/noticias/comunicadoObesidad.asp>> [consulta: sábado 15 de octubre]
- <<http://www.inta.cl/noticias/comunicadoObesidad.asp>> [consulta: sábado 15 de octubre]
- <http://www.fao.org/Regional/LAmerica/prensa/Coms/2001/2001_1.htm> [consulta: sábado 15 de octubre]
- <http://www.labnutricion.cl/estado_%20nutri.ppt > [consulta: 1 de abril 2006]
- <<http://www.unicef.cl/centrodoc/pdf/estados/pobreza2005.pdf>> [consulta: 1 de abril 2006]
- <<http://escuela.med.puc.cl/publicaiones/manualped/Desnutric.html>> [consulta: 1 de abril 2006]
- <<http://escuela.med.puc.cl/publicaiones/manualped/EvalEstadNutric.html>> [consulta: 1 de abril 2006]
- <<http://www.minsal.cl>> [consulta: jueves 8 de junio de 2006]
- <http://www.lanacion.com.ar/edicionimpresa/cienciasalud/nota.asp?nota_id=866546> [consulta: lunes 11 de diciembre del 2004]
- <<http://deis.minsal.cl/index.asp>> [consulta: jueves 9 de noviembre de 2006]

- <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/pdf/Guia_Alimentacion_Corregida_Enero_2006.pdf> [consulta: sábado 25 de febrero de 2006]

Revistas Web:

- MILLAS, B. De la Desnutrición a la Obesidad Infantil [en línea] Revista Creces Noviembre, 1999. <www.CRECES.cl> [consulta: 1 de Abril 2006]
- MONCKEBERG, F. Estrategias para Combatir la Desnutrición en Chile. [en línea] Revista Creces Discurso de agradecimiento al otorgársele el Premio Bicentenario 2005. Julio, 2005 <www.CRECES.cl> [consulta: 1 de abril 2006]
- MONCKEBERG, F. La Desnutrición Grave en el Menor [en línea] Revista Creces, Centros de Recuperación Nutricional en Chile (CONIN) Octubre, 2003. <www.CRECES.cl> [consulta:1 de abril 2006]

ANEXO N° 1:



Instructivo entrevista

“Percepción materna del estado nutricional de sus hijos y características individuales y familiares presentes en niños de 2 a 5 años controlados en Centros de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso”

Propósito

Estudio que pretende conocer la percepción materna del estado nutricional de sus hijos e identificar los factores individuales y familiares presentes.

Recomendaciones

- Utilice lápiz pasta de color azul o negro.
- Evite escribir o rayar la entrevista en espacios no establecidos.
- Evite manipular innecesariamente la entrevista.

Aspectos generales

- La entrevista será aplicada por las Tesistas.
- Esta entrevista se realizará a la madre, considerándose para este fin a aquella persona que viva con el niño y de por lo menos 2 comidas en el día.
- El cuestionario se realizará antes de que la madre o cuidador ingrese al control de salud del niño.
- Las preguntas cerradas deberán marcarse con una “X” dependiendo de la alternativa que corresponda, según la respuesta que la madre considere más adecuada.
- Las cuatro preguntas abiertas deberán ser anotadas brevemente y sólo los datos necesarios para el estudio.

- Los datos de edad, peso, talla y el estado nutricional serán obtenidos con anterioridad a la entrevista desde los registros del consultorio y no deberán tener una antigüedad mayor a un mes. En caso de no cumplir este requisito se esperará el peso y talla antes del Control de Salud.
- Para la medición del estado nutricional se utilizarán las tablas de la NCHS, considerando el parámetro P/T.
- El tiempo estimado para responder la entrevista será de 10 a 15 minutos.
- Es fundamental que la madre responda todas las preguntas con sinceridad y tranquilidad, teniendo en cuenta que sus respuestas serán confidenciales.

Aspectos específicos

- Las Tesistas se presentarán a las madres pertenecientes a los Centros de Atención Primaria, identificando su pertenencia a la escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso.
- Se entregará el consentimiento informado para que las madres lean su contenido, y firmen de acuerdo a lo señalado.
- Al término de la entrevista se dará las gracias a la persona entrevistada., guardando la entrevista para cautelar extravíos y confidencialidad de los datos.

Instrucciones por pregunta

Parte I:

- En la pregunta 1 y 2 se inscribirá en forma numérica los datos correspondientes al peso y talla del niño obtenidos de los registros del Centro de Salud.
- En la pregunta 3, se clasificará el estado nutricional del niño según los datos antropométricos analizados en la siguiente tabla:

<i>Estado Nutricional</i>	<i>Parámetros</i>
Riesgo de desnutrir	P/T entre -1ds y -2ds.
Normal	P/T entre -1ds y +1ds
Sobrepeso	P/T entre +1ds y +2ds.
Obesidad	P/T mayor o igual a +2ds.

- En la pregunta 4 deberá ser marcada con un “x” la alternativa correcta según corresponda el sexo del niño.
- La pregunta 5 se deberá escribir la edad del niño en años.

Parte II:

- La pregunta 1 y 2 deberá marcarse con una “x” sólo una de las alternativas en cada pregunta.
- En la pregunta 3 en caso de que la entrevistada no sea la madre, se preguntará si el niño tiene más hermanos. En caso de ser más de 3 hermanos se considerará “menor” al último de todos los hermanos, “mayor” al primero de los hermanos y “del medio” a los hermanos entre el mayor y menor.
- En la pregunta 4 deberá anotarse el número total de integrantes de la familia que vivan en una misma casa.
- En la pregunta 5 marcar con una “x” todas las alternativas que correspondan a la realidad familiar.

Parte III:

- En la pregunta 6 deberán marcarse con una “x” todas alternativas que la familia realice diariamente, no se considerarán aquellas conductas ocasionales.

- En la pregunta 7 deberá marcarse con un “x” la alternativa que se realice con mayor frecuencia y que la madre considere que representa de mejor manera la situación familiar.
- En la pregunta 8 deberá marcarse con una “x” la alternativa que mejor identifique el número de veces que la familia consume los distintos alimentos nombrados. Sólo podrá marcarse una alternativa por alimento.
- En la pregunta 8.11 deberá marcarse sólo una de las alternativas.
- En la pregunta 9 con todos sus subpuntos deberá marcarse con una “x” la alternativa que mejor represente las preferencias alimentarias de la familia. Deberá marcarse sólo una alternativa por subdivisión.

Parte IV:

- En la pregunta 10 deberá marcarse con una “x” la alternativa que corresponda a la percepción de la madre en relación al estado nutricional de su hijo.
- En las preguntas 11 y 13 se mostrará en una lámina cuatro dibujos de niños con distintos estados nutricionales (sin etiquetado). En la primera deberá marcarse la letra que la madre indique que representa de mejor manera el cómo ve a su hijo y en la siguiente pregunta, deberá marcarse la letra que la madre considere que es el niño más sano.
- En la pregunta 12 deberá marcarse sólo una alternativa de acuerdo a la conducta de la madre en relación a la cantidad de comida otorgada, según el estado nutricional percibido.
- En la pregunta 14 deberá marcarse con una “x” en el recuadro “V”, si la madre considera que la aseveración es verdadera, o en el recuadro “F” si la considera falsa.

ANEXO N° 2:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el consultorio _____ de Valparaíso, el día _____ de _____ del año 2006, Doña _____ quien certifica haber recibido de la alumna Tesista de la carrera de Enfermería todas las explicaciones sobre la naturaleza y fines de la entrevista a realizar.

El estudio se refiere a la Percepción Materna del Estado Nutricional de sus Hijos y Características Individuales y Familiares Presentes en Niños de 2 a 5 Años Controlados en algunos Centros de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso en el año 2006.

Todos los datos serán vertidos en forma anónima, por lo tanto, autorizo la ejecución de la entrevista y posteriormente la manipulación de la información.

Firma

ANEXO N° 3:



ENTREVISTA

Estudio de “Percepción materna del estado nutricional de sus hijos y características individuales y familiares presentes en niños de 2 a 5 años controlados en Centros de Salud Familiar”

I.-Identificación del niño

1. Peso: _____
2. Talla: _____
3. Estado nutricional:
A. Bajo peso B. Normal C. Sobrepeso D. Obeso
4. Sexo: A Masculino B Femenino
5. Edad: _____ años

II.- Identificación de la madre y familia:

1.- ¿Qué edad tiene usted?

- A. 20 años o menos B. 21-30 años C. 31-40 años D. 41 años o más

2.- ¿Hasta qué curso llegó?

- A. Sin estudios B. BI C. BC D. MI
E. MC F. Sup. I G. Sup. C

3.- El niño que está siendo controlado es:

- A. El mayor B. El menor C. El del medio D. Único

4.- ¿Cuántas personas viven en su casa? (incluyendo al niño)

Número total de integrantes: _____ personas.

5.- ¿Quiénes son?

- A. Uno de los padres B. Ambos padres C. Hermanos
D. Abuelos del niño E. Otras personas

III.- Preferencias Alimentarias Familiares.

6.- En su familia diariamente (excluyendo al niño)

- A. Toman desayuno B. Almuerzan C. Toman once D. Cenar

7.- En su hogar, ¿cuánta es la cantidad de comida que se sirven en los platos?:

- A. Lleno B. Regular

8.- Dígame usted de la siguiente lista de alimentos cuántas veces a la semana consume su familia:

Alimentos	Rara vez	1 vez	2 – 3 veces	4 o más veces
8.1.- Carnes (rojas o blancas)	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>
8.2.- Legumbres	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>
8.3.- Huevos	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>
8.4.- Comida como sándwich, completos, papas fritas, otros	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>
8.5.- Frituras (pescado, tortillas, otros),	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>
8.6.- Fideos	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>

8.7.- Papas o puré	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>
8.8.- Arroz	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>
8.9.- Dulces	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>
8.10.- Bebidas Gaseosas	A. <input type="checkbox"/>	B. <input type="checkbox"/>	C. <input type="checkbox"/>	D. <input type="checkbox"/>

8.11. ¿En su casa consumen ensaladas diariamente?

A. Sí

B. No

9.- Ahora le realizaré unas preguntas de acuerdo a la cantidad de alimentos que consume su familia:

9.1.- ¿Cuántos kilos de pan compran al día?

A. Menos de 1 kilo B. 1 a 1.9 kilos C. 2 a 2.9 kilos D. 3 o más kilos

9.2.- En su hogar, ¿cuanto azúcar en promedio le echan a la taza?

A. 0 a 2 cucharaditas B. 3 a 4 cucharaditas C. Más de 4 cucharaditas

9.3.- ¿Cuántos kilos de fruta compra semanalmente en el hogar?

A. Menos de 1 kilo B. 1 a 2 kilos C. 3 o más

9.4.- ¿En total, cuánto yogurt toman al día en su familia? (Excluyendo al niño)

A. 1 a 2 unidades B. 3 a 4 unidades C. Más de 4 unidades D. Nunca

9.5.- ¿En total, cuánta leche toman al día en su familia? (Excluyendo al niño)

A. 1 a 2 vasos B. 3 a 4 vasos C. Más de 4 vasos D. Nunca

- 14.5 A. B. La mejor manera de demostrar cariño es dando dulces o golosinas.
- 14.6 A. B. El niño delgado es débil o propenso a enfermar.
- 14.7 A. B. Las dietas son sólo para las mujeres.
- 14.8 A. B. Sólo debe restringirse la alimentación a los adultos.