



Percepción Materna del Estado Nutricional de sus Hijos en Edad Pre- Escolar.

Tutora: Daniela Pascualini

Tesista: María Gabriela Suligoy

Carrera: Licenciatura en Nutrición

Universidad Abierta Interamericana

Fecha: 18- 10- 2012

PERCEPCIÓN MATERNA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia ha aumentado en forma epidémica en estas últimas décadas. En numerosos estudios previos, se determinó que la percepción distorsionada de las madres sobre la imagen corporal son predictores de sobrepeso y obesidad. El objetivo del trabajo fue analizar la relación entre el estado nutricional de los niños y la apreciación materna del mismo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 51 niños de ambos sexos de 4 a 5 años, que concurren a Pre-escolar de la escuela N° Nuestra Señora de la Rocca de la Ciudad de Rosario, en la primera quincena del mes de junio del año 2012, incluyendo a sus madres. A los niños se los valoró por talla y peso. Se aplicó a las madres una encuesta, previamente validada, que indagaba aspectos de la percepción del estado nutricional de sus hijos, a partir de un conjunto de 7 siluetas de Warschburger y Kröler (2009). Los datos se tabularon en planilla Excel buscando asociación entre las variables estudiadas.

Resultados: El estado nutricional de los 51 niños valorado según el IMC.

El 56.9% (29) de los alumnos, son niñas y el 43,1% (22) son varones.

El 60,8% (31) de los niños tienen peso normal y 2% (1) bajo peso, mientras que el 19.6% (10) tiene sobrepeso y en el 17.6% (9) obesidad.

Percepción por Palabras: Las madres tienen una adecuada percepción, en el caso de peso normal (90.3%) y bajo peso (100.0%). En cambio, tanto para sobrepeso como para obesidad, el 43.1% (22) de las madres subestimaron el peso de sus hijos.

Percepción por Imágenes: Como en el caso de percepción por palabras, en percepción por imágenes, las madres tienen una percepción subestimada en todos los casos en niños con sobrepeso y obesidad. Para bajo peso, el único caso es percibido adecuadamente; y para peso normal, se presenta la siguiente distribución de la percepción adecuada (61.3%) y percepción subestimada (38.7%),

Conclusión: Se destaca que, todos los estados nutricionales clasificados como sobrepeso y obesidad fueron subestimados por la percepción materna, tanto percepción por palabras como percepción por imágenes.

Se encontró un alto porcentaje no esperado de niños con sobrepeso.

PROLOGO Y AGRADECIMEINTOS

En el presente trabajo, tesis titulada “Percepción Materna del Estado Nutricional de sus Hijos”, investigada y analizada en la ciudad de Rosario en el año 2012.

El estudio realiza una revisión entre el vínculo madre-hijo, comenzando por las prácticas alimentarias en el hogar, porque surge allí la curiosidad de la autora, donde luego se desglosa la inquietud de saber y entender, que si el estado nutricional de los niños esta bajo el cargo e influencia de sus mamás, éstas deberían dejar de lado los afectos y vínculos para poder tener una visión más objetiva de la realidad, ya que en casi la totalidad de los casos estudiados las madres dan una opinión subestimada del Estado Nutricional de sus niños.

Sorprendentemente al término de la investigación se obtuvieron datos no esperados, como un alto porcentaje de sobrepeso en la muestra capturada.

Por último deseo mostrar agradecimiento a todas aquellas personas tuvieron que ver con la realización de la tesis.

A mi tutora de tesis la Lic. Daniela Pascualini quien me guio durante toda la investigación, a mi hermano Marcelo que estuvo en todo momento colaborando con críticas constructivas, a mi hermano Pablo y mi amiga Rosana ayudando en la redacción; a mis amigos Natalí, Aldo por su apoyo incondicional y Beatriz ayudando durante todo el período que abarco el trabajo de campo.

Les dedico mi Tesis a Iván mi compañero del alma, a Nancy mi mamá y a mi papá que ya no está conmigo pero me acompaña en mi corazón.

ÍNDICE

PERCEPCIÓN MATERNA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS	2
RESUMEN	2
PROLOGO Y AGRADECIMEINTOS	4
INTRODUCCIÓN	8
Formulación del Problema	9
Objetivo del Trabajo	10
Generales	10
Específicos	10
Hipótesis	10
MARCO TEÓRICO	11
Prácticas de la alimentación en el hogar	11
Cultura de la alimentación	16
Antropología de la nutrición	16
Factores que influyen en el consumo de los alimentos y en la formación de hábitos alimentarios	17
Factores que condicionan el Estado Nutricional	19
Vínculo	20
El Vínculo Afectivo	21
Vínculo Madre-Hijo	22
Vínculos Familiares	23
Imagen Corporal	24
Distorsión de la imagen Corporal	25
La revolución copernicana de la Gestalt	26
La crítica de la Gestalt al asociacionismo	26
Estímulos visuales empleados por Wertheimer en el estudio de la ilusión de movimiento	28
Concepto de forma	29
Pregnancia	30
Proximidad	31
Semejanza o igualdad	33
Tendencia al cierre	34
Relación figura-fondo	35
Percepción	37
Percepción externa como movimiento hacia la trascendencia	38
Percepción externa como mezcla de intuición parcial y de intención vacía	39

Cumplimiento y decepción en la percepción externa.	39
Carácter presuntivo de la percepción	39
Salud Nutrición y Política Alimentaria	41
Las Políticas Públicas en Alimentación y Nutrición	41
La Situación Alimentaria y el Contexto Social	43
La Transición epidemiológica-Nutricional	43
La Situación Nutricional	44
Niños	44
Malnutrición	46
Obesidad y Sobrepeso Infantil	46
Cursos de Acción	47
Valoración de Riesgo de obesidad	47
Fisiología	50
Gasto Energético	51
La prevalencia de obesidad en los niños y adolescentes	52
Etiología	53
Periodos críticos en el desarrollo de Obesidad	55
Períodos vulnerables	56
Complicaciones	57
Importancia de la Alimentación en el Niño Preescolar	59
Edad Preescolar	59
Crecimiento y desarrollo	59
ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA	61
ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	66
Evaluación del Estado Nutricional	66
Clasificación de Indicadores de Estado Nutricional	67
Evaluación Antropométrica	68
Población de referencia	68
Medidas	69
Peso corporal (P)	69
Longitud Corporal (LC) – Talla (T)	69
Indicadores	70
Percentiles	71
Tablas de Índice de Masa Corporal	71
Descripción de las curvas de crecimiento del Ministerio de Salud de la Nación, 2007	71
Longitud/Estatura para la edad, de 0 a 6 años	71
Peso para la edad, de 0 a 6 años	72
Índice de Masa Corporal, de 1 a 6 años	72
Área de Estudio	74

Tipo de Estudio	74
Tipo de Diseño	74
Población en Estudio	74
Muestra	74
Criterios de inclusión	74
Criterios de exclusión	75
Reparos Éticos	75
Instrumentos de recolección de la información	75
Variables e indicadores antropométricos	76
Instrumentos de medición y técnica de realización	76
Sistema de Carga y Procesamiento de la información	77
TRABAJO DE CAMPO	78
Cuadro 1	78
Grafico 1	78
Cuadro 2	79
Gráfico 2	80
Cuadro 3	81
Cuadro 4	81
Cuadro 5	82
Gráfico 3	83
Cuadro 6	84
Gráfico 4	85
Cuadro 7	86
Cuadro 8	87
Cuadro 9	87
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	89
Resultados	89
Conclusión	89
BIBLIOGRAFÍA INTERNET	91
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	96
Anexo 1	97
Consentimiento informado	97
Anexo 2	98
Modelo de Encuesta	98
Anexo 3	99

INTRODUCCIÓN

La obesidad (OB) infantil es un problema de salud pública, que ha aumentado de forma alarmante en los últimos años convirtiéndose en la epidemia del siglo XXI.

En la primera infancia el niño merece especial atención, debido a las características biológicas particulares de esta etapa y a la presencia de factores de riesgo que inciden en su crecimiento y desarrollo, así como en el futuro de su salud cuando sea adulto. Es donde se forma estilos de vida saludables, se asimilan y se integran a la personalidad durante los primeros años de vida consolidándose hasta perdurar incluso en la edad adulta como herramientas que ayudan a proteger y cuidar la salud. De ahí la importancia de brindar una orientación adecuada a la familia responsables de la atención y cuidado de los niños.

La gran mayoría de las madres no reconoce la obesidad de sus hijos. Creen que tienen un peso normal o que son flacos, y que no comen lo suficiente. Los expertos advierten que esta distorsión de imagen es peligrosa: "Se agrava la obesidad y se arraigan los **malos hábito**. La distorsión en la imagen de los chicos no es una equivocación simple. Implica que el sobrepeso puede avanzar sin que los padres lo perciban. Cuando se consulta al especialista médico o al nutricionista, puede ser tarde: la obesidad está instalada y los **malos hábitos** de comer ya están más arraigados. Se sabe que el sobrepeso y obesidad en la infancia está asociado al riesgo coronario, diabetes, hipertensión en edad adulta que se ha incrementado notablemente en la última década presentándose en edades cada vez más tempranas. Sin dejar de mencionar que en esta etapa de la vida, los chicos con sobrepeso sufren la discriminación por parte de sus compañeros, lo que los hace sentir, inferiores, rechazados o marginados.

Formulación del Problema

La infancia es la mejor etapa de la vida para adquirir buenos hábitos alimentarios ya que éstos, como los demás modelos del comportamiento, son adquiridos por repetición y casi o completamente de forma involuntaria.

Por ello los hábitos alimentarios adquiridos en la infancia se modifican muy poco en los siguientes años, ya que el aprendizaje inconsciente y la formación de las actitudes se producen, principalmente, en esta etapa de la vida. La ingesta alimentaria de niños preescolares no es adecuada a las necesidades nutricionales que se establecen para esa edad, y la percepción que las madres tienen sobre la ingesta alimentaria es inadecuada, debido a que ellas afirman que si cumplen con las necesidades nutricionales.

A partir del nacimiento los bebés son controlados periódicamente por los pediatras encargados de diagnosticar las diferentes etapas de su desarrollo. A medida que el niño crece, estas consultas se van espaciando, hasta que solo asisten al pediatra sólo cuando están enfermos. Esto hace que las madres no tengan esos parámetros objetivos sobre el crecimiento y desarrollo de sus hijos, y entran en juego las emociones, los pareceres y percepciones subjetivas que muchas veces difieren de la realidad.

El principal papel de educar, cuidar y alimentar a nuestros niños es un rol indiscutible que asumen las madres. Son las encargadas de ocuparse de todos y cada uno de los aspectos de la vida de su pequeño.

Cuando la madre no percibe adecuadamente el peso de su hijo, este tiene más probabilidad de tener obesidad en la vida adulta.

Si bien la etiología de obesidad infantil está dada por la interrelación de múltiples factores, la madre juega un papel muy importante, pues es ella quien representa el principal papel en la crianza de los hijos y por tanto ejerce una fuerte influencia en los

hábitos alimenticios y de actividad física¹. Según numerosos estudios afirman, que madres de niños con sobrepeso y obesidad no perciben de forma adecuada esta situación, sino que consideran el peso de su hijo como normal.

Entre los múltiples factores condicionantes ya mencionados para presentar obesidad en los niños; se encuentra la percepción parental inadecuada del estado nutricional de sus hijos según numerosos estudios.

Las madres subvaloran el peso de sus hijos, ven a sus hijos con peso normal, teniendo estos sobrepesos y obesidad.

¿La percepción materna tiende a subestimar el estado nutricional de sus hijos?

Objetivo del Trabajo

Generales

- Analizar la relación entre el estado nutricional y la apreciación materna del mismo.

Específicos

- Evaluar el estado nutricional de los niños.
- Analizar la percepción materna.
- Comparar la percepción materna con el estado nutricional de sus hijos.

Hipótesis

Las madres de niños en edad pre- escolar sub-estiman el peso de sus hijos.

¹ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000100015&script=sci_arttext

MARCO TEÓRICO

Prácticas de la alimentación en el hogar

Se define la conducta alimentaria como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos². Estas prácticas alimentarias están consideradas como uno de los papeles asignados a las mujeres-madres³. Es desde el punto de vista de la estructura patriarcal, socialmente hablando, que la mujer sea la encargada de alimentar a la familia. Es decir, la sociedad establece una serie de mecanismos que contribuyen a reforzar este patrón e incluso a sancionar las prácticas que lo contradicen. Y es que socialmente desde que se nace se impone un modelo de lo que es propio para las mujeres y para los varones. Un modelo de feminidad y de masculinidad que absorbe y que obliga bajo ciertas reglas socioculturales, a ajustarse a esos patrones. Es un proceso que se inicia desde que nacemos, prosigue en la familia e intenta justificarse con la educación formal y con ideologías religiosas en un proceso de socialización⁴.

Los modos de alimentarse de los seres humanos, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos,

² Rev Chil Nutr Vol. 29, N°3, Diciembre 2002. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002

³ Pérez-Gil, S.E., G. Romero y D.M. Ortega 2009. La comida, los significados y los espacios de comensalidad de mujeres de la costa de Oaxaca. En A.E. Castro(Coord.) *Salud, nutrición y alimentación: Investigación cualitativa*. Monterrey, México : UANL.

⁴ Jesús Contreras. *Antropología de la Alimentación*. Madrid. Eudema. 1993.

que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa). Es un proceso que se inicia desde que nacemos, prosigue en la familia e intenta justificarse con la educación formal y con ideologías religiosas en un proceso de socialización

A este proceso de apropiación Berger y Luckmann, lo llaman internalización, que es cuando el individuo aprende o interpreta los acontecimientos de su realidad objetiva a partir de una socialización primaria, en la cual el individuo se apropia de un lenguaje, el cual le sirve para estructurar su experiencia alrededor de la identidad de género que le ha sido asignada. Es así que la identidad de género se construye en relación al sexo, pues al nacer las niñas y niños son tratados según su especificidad anatómica, y el lenguaje servirá como conducto para asumir dicha pertenencia al grupo de varones o mujeres⁵. No nace mujer, sino que se hace mujer a través de la introyección de ideas, preconcepciones, pautas emocionales y expectativas de vida que la sociedad, a través de la familia, de la educación escolar y sobre todo, de la cultura en sus múltiples manifestaciones, que se imponen a la mujer a lo largo de toda su trayectoria vital.

La socialización primaria, se legitima en el tiempo con la socialización secundaria, es decir con la educación formal e ideologías religiosas, las cuales a partir de valores sociales y culturales determinan el comportamiento de lo que *debe ser* lo femenino o masculino, aunque estos roles varían a partir de la clase social, la cultura, el grupo étnico o la edad, se puede hablar de un común denominador, el cual tiene que ver con la división sexual del trabajo. De allí que el papel dulce, tierno, reproductivo y doméstico sea asunto de las mujeres; y que por lo contrario, el papel de fuerte, sin sentimientos, de

⁵ Berger, P. y T. Luckmann 2005. *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu.

macho y productivo, sea masculino. Es en este sentido que las mujeres han sido y son, las personas responsables de la alimentación cotidiana

Al ser la madre quien planea, compra, prepara y sirve la comida, es quien regularmente fija el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación. Sus valores y costumbres tienen que ver con el medio en que ella se crió, aunque también hay que considerar los ingresos, la región geográfica, el nivel educativo, además de las supersticiones, creencias y valores; factores muchas veces heredados y otros influenciados por sus interacciones con el medio social, que siempre estarán presentes en los patrones de conducta alimentaria en el hogar⁶.

Por otra parte, la incorporación de la mujer al ámbito productivo fuera del hogar, y su costo en la reducción de tiempo en la elaboración de los alimentos, ha llevado a una transformación de actividades que tienen un impacto en las labores del hogar. En las sociedades industrializadas, el contenido de las tareas dentro de la casa se ha transformado sustancialmente en las últimas décadas. Por ejemplo, en el caso de la alimentación, dichas modificaciones han llevado a hablar, entre otros procesos, de la revolución tecnológica del equipamiento doméstico, de la proliferación industrial de comidas rápidas y cómodas o compras de alimentos en tiendas de conveniencia, teniendo más que nunca el recurso de la oferta restauradora, de la concentración espacial y temporal de las compras o de la formalización de elementos de apoyo, como lo es la asistencia doméstica.

La introducción de nuevas tecnologías en el ámbito doméstico, y el hecho de que las mujeres se hayan incorporado al mercado de trabajo como se mencionó anteriormente, ha servido para acelerar las características que definen los contenidos y los nuevos comportamientos alimentarios. Entre las innovaciones se encuentra la incorporación en

⁶Rev Chil Nutr Vol. 29, N°3, Diciembre 2002 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002

la cesta, de compra de los llamados productos alimentarios rápidos, los cuales son fáciles y cómodos de preparar, además incorporan el entretenimiento y la laboriosidad de las fases de preparación de los platos y limpieza de la cocina, es decir son alimentos-servicio que ahorran trabajo y tiempo.

Por otro lado, Zeittin y Mansour señalan que la frecuencia y la calidad de las interacciones y las manifestaciones de afecto de la madre hacia los hijos, influyen en el estado nutricional y en el desarrollo psicosocial y emocional del menor. Una interacción estimulante y agradable aumenta en el niño (a) la tendencia a ejercitar su organismo, a utilizar los alimentos para su crecimiento y desarrollo; cuando esta interacción es armónica, adecuada y sistemática, se produce un bienestar psicológico que activa el sistema inmunológico y puede estimular las hormonas del crecimiento, pero también se presenta su contraparte que el estrés psicológico, que afecta negativamente el aprovechamiento de los alimentos, la resistencia a las infecciones y condiciona desfavorablemente la atmósfera emocional en donde se desarrolla el niño. A través de lo culinario se satisfacen algunas necesidades que son, en primer lugar, fisiológicas pero también se satisfacen otras de relaciones sociales, tales como identidad, reciprocidad, comensalidad o comunicación, que se expresan en cada uno de los contenidos de las actividades que se incorporan a las prácticas de alimentación.

Sin olvidar que las mujeres han sido el foco de atención de acciones sanitarias, convirtiéndose en objeto de análisis debido a su papel tradicional de cuidadoras, y responsables de la salud y la alimentación de la familia, conviene repensar en sus prácticas de crianza, en la alimentación y en la nutrición y en cómo interactúan para propiciar el sobrepeso y la obesidad en sus hijos⁷.

⁷ Percepción De Las Madres De Niños Con Obesidad Sobre Los Hábitos Alimenticios Y Sus Responsabilidades En La Alimentación De Los Hijos. Revista de Salud Pública y Nutrición - RESPYN Vol. 12 N°1 2011-
http://www.respyn.uanl.mx/xii/1/articulos/percepcion_madres.html

La mujeres en el campo de la nutrición, por varias décadas fueron el centro de interés, como vehículo para mejorar la alimentación infantil, como se puede apreciar en programas de “salud materno-infantil”, donde se incluían principalmente problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio y la salud del niño menor de 5 años. Si bien las últimas encuestas nacionales de salud y nutrición han proporcionado datos en relación a la atención en los patrones de consumo, falta conocer a profundidad la atención en los procesos subjetivos respecto al acto del comer y de las prácticas alimentarias derivadas de éste. Temas como el de la preparación y las porciones adecuadas de los alimentos, o la combinación de nutrientes, que quedan en la decisión de la madre y donde intervienen factores socioculturales que se entrelazan y expresan en prácticas alimentarias las que interesa comprender desde la percepción propia de los actores sociales que están directamente relacionados, con el fenómeno social en estudio: la obesidad infantil, en este caso las madres de esos niños con obesidad.

La alimentación es uno de los principales procesos que permite la subsistencia física y que condiciona la salud. Alimentar es nutrir, es cuidar, y es reproducir⁸. En este sentido, ellos afirman que los contenidos culturales que se derivan de la función de madres “nutridoras” son múltiples, especialmente “aquellos que convierten a las mujeres dentro de los grupos domésticos en las receptoras naturales de responsabilidades preventivas, terapéuticas y asistenciales en referencia al grupo para el que cumplen la extensión de esas funciones”. Sin embargo no todas las mujeres asumen las responsabilidades alimentarias, ni todas las delegan o comparten; como afirma Moore⁹, esas diferencias se manifiestan de manera distinta según el tipo de ocupación o nivel de estudios. Por otra parte, la mecanización y la realización del trabajo domestico por parte de terceros, han redefinido, aligerado y agilizado el contenido de las tareas alimentarias cotidianas y en

⁸ Contreras, J. y M. Gracia Alimentación y cultura. Barcelona: Ed Ariel; 2005.

⁹ Percepción De Las Madres De Niños Con Obesidad Sobre Los Hábitos Alimenticios Y Sus Responsabilidades En La Alimentación De Los Hijos. Revista de Salud Pública y Nutrición - RESPYN Vol. 12 N°1 2011-
http://www.respyn.uanl.mx/xii/1/articulos/percepcion_madres.html

general, han implicado una variación de los comportamientos alimentarios que han dado como resultado prácticas alimenticias no saludables, muchas veces en detrimento de la salud de sus miembros. La obesidad infantil es producto de una de estas prácticas.

Cultura de la alimentación

Tanto en los aspectos biológicos como sociales, la antropología estudia a la humanidad centrándose en el estudio de la cultura. Esta es una mezcla compleja que incluye conocimientos, creencias, moral, arte, costumbres, leyes y hábitos adquiridos por el hombre en una sociedad.

Desde años recientes la antropología se está aplicando a la investigación científica nutricional, especialmente en países desarrollados. No ha sido suficientemente tratada en la investigación nutricional. Esto refleja un reconocimiento de que el estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido completamente separado del contexto sociocultural. Los antropólogos enfatizan que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y ésta una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura.

Por modos de alimentarse (cultura alimentaria), la antropología entiende a los hábitos alimentarios de una cultura en particular, incluyendo preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación, y consumo de alimentos¹⁰.

Antropología de la nutrición

La antropología nutricional intenta integrar estudios de comportamiento humano y de la organización social, con aquellos del estado nutricional, requerimiento de nutrientes y crecimiento. Dentro de esta área, la teoría ecológica enfatiza el comportamiento

¹⁰ Desarrollo de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos. Noelia Carrasco Henríquez. Estudios Sociales. Universidad Autónoma del Estado de México. 2007. <http://redalyc.uaemex.mx>

alimentario y requerimientos nutricionales en el contexto del ambiente físico y social; la teoría evolutiva enlaza aspectos de la evolución humana, como selección, adaptación y enfermedades, con los alimentos y la dieta.

La teoría evolutiva postula que la capacidad que tiene el ser humano para almacenar energía en forma de grasa (fenómeno adaptativo, en su origen destinado a la preservación de generaciones del ser humano enfrentadas a la escasez de alimentos), habría significado una presión selectiva genética para favorecer las capacidades de almacenar energía en forma de grasa.

El estilo de vida, con frecuente actividad física y un consumo de energía adaptativo de nuestros ancestros contrastan con el modo de vida sedentario y el creciente consumo de grasas y azúcares de los últimos decenios. La capacidad metabólica del ser humano moderno tiene dificultades para adaptarse a excesos de aportes alimentarios, transformándose esto en un problema.

Factores que influyen en el consumo de los alimentos y en la formación de hábitos alimentarios

Ambiente familiar: Como ya se ha mencionado la familia es el principal influyente en los hábitos alimentarios de los niños, los padres y hermanos son modelos importantes, ya que los niños aprenden a imitar a las personas de su ambiente. Los niños pequeños no tienen la habilidad innata para elegir una alimentación equilibrada y nutritiva, por ello son los padres y otros adultos los responsables de ofrecerles alimentos nutritivos, apropiados para un adecuado crecimiento y desarrollo. La atmósfera que rodea a los alimentos y la hora de comer, influye en las actitudes frente al alimento y en la alimentación. Un ambiente positivo debe permitir tiempo suficiente para comer, tolera derrames ocasionales y favorece el diálogo.

Mensajes de los medios: El estilo de vida actual conlleva a que los niños pasen cada vez más horas frente al televisor o a la computadora, lo cual favorece al sedentarismo o a la inactividad física. Pero además la televisión trasmite mensajes no del todo positivos en lo que se refiere a la alimentación, promoviendo el consumo de alimentos hipergrasos, hipocalóricos e hiperhidrocarbonados y en contraposición a esto pone como modelo de felicidad y éxitos a personajes extremadamente delgados, lo que ha llevado a diferentes trastornos de la conducta alimentaria. Casi la mitad de los anuncios alimentarios son de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares simples y sodio, y la mayoría de estos anuncios son dirigidos a los niños de estas edades. La televisión es perjudicial para el crecimiento y desarrollo ya que fomenta la inactividad, el uso pasivo del tiempo libre y una mala nutrición. Este factor se podría combinar con el ambiente familiar, ya que en esta edad son los padres los encargados de la elección de los alimentos, y ellos deberían evitar el consumo temprano de azúcares, así también como los alimentos salados y muy condimentados.

Influencia de los compañeros: esta influencia aumenta con la edad a medida que el niño va creciendo se expande su mundo y sus contactos sociales; donde puede manifestar rechazo o solicitud de un producto de moda.

Tendencias sociales: En los últimos decenios, se ha modificado la composición de la familia nuclear tradicional. Actualmente, la mayoría de las madres trabajan fuera del hogar y casi no ven a sus hijos, más aún si estos se la pasan la mayor parte del tiempo en guarderías que en su propio hogar. Esto, a la hora de alimentarse, trae como consecuencia que se coma fuera del hogar o que se compren alimentos de rápido consumo, los cuáles no son nutricionalmente seleccionados, y por lo tanto su valor nutritivo es escaso.

Además de este problema, por otro lado, tenemos que se está perdiendo progresivamente la conciencia de “comer en familia”, y que ya no se tienen en cuenta aspectos sobre la educación y la formación de hábitos a la hora de comer¹¹.

Factores que condicionan el Estado Nutricional

Disponibilidad de alimentos: La existencia de cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, suministrados a través de la producción del país o de importaciones (comprendida la ayuda alimentaria).

Esta definición, comúnmente aceptada, señala las siguientes dimensiones de la seguridad alimentaria:

Disponibilidad = alimentos que se producen + alimentos que se importan + stock - alimentos que se exportan – pérdidas por industrialización y transporte

Acceso a los alimentos: Acceso de las personas a los recursos adecuados (recursos a los que se tiene derecho) para adquirir alimentos apropiados y una alimentación nutritiva. Estos derechos se definen como el conjunto de todos los grupos de productos sobre los cuales una persona puede tener dominio en virtud de acuerdos jurídicos, políticos, económicos y sociales de la comunidad en que vive (comprendidos los derechos tradicionales, como el acceso a los recursos colectivos).

Utilización: Utilización biológica de los alimentos a través de una alimentación adecuada, agua potable, sanidad y atención médica, para lograr un estado de bienestar nutricional en el que se satisfagan todas las necesidades fisiológicas. Este concepto pone de relieve la importancia de los insumos no alimentarios en la seguridad alimentaria.

Estabilidad: Para tener seguridad alimentaria, una población, un hogar o una persona deben tener acceso a alimentos adecuados en todo momento.

¹¹Antopóloga. Magister en Salud Pública. UNR. Secretaria de Ciencia y Técnica, Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, Universidad Nacional de Rosario. Cuadernos de Antropología Social N° 17. pp. 117-137. 2003 ngarrote@agatha.unr.edu.ar.

No deben correr el riesgo de quedarse sin acceso a los alimentos a consecuencia de crisis repentinas (por ej., una crisis económica o climática) ni de acontecimientos cíclicos (como la inseguridad alimentaria estacional). De esta manera, el concepto de estabilidad se refiere tanto a la dimensión de la disponibilidad como a la del acceso de la seguridad alimentaria.

Vínculo

Uno de los aspectos más importantes de la naturaleza humana, es la necesidad que tiene el ser humano de establecer lazos sociales, físicos y emocionales con seres de la misma especie. Es decir el ser humano nace y vive en el mundo de vínculos. Por lo que el hecho de encontrarse solo dentro de este mundo vincular, puede provocar un malestar emocional acompañado a un sentimiento de desamparo.

El término vínculo se deriva del latín “vinculum”, de “vincere” que significa atar, es decir es la unión o atadura de una persona o cosa con otra. Se refiere a atar duraderamente.

Por lo cual se puede definir el vínculo como una especie de ligadura inconsciente entre dos personas.

El vínculo transcurre dentro de una intersubjetividad, es decir se caracteriza por ser bidireccional, ya deviene de la relación que se establece con los otros sujetos, los cuales pueden ser nuevos significativos.

Lo que implica un pasaje de objeto interno al otro, ya que implica pasar del yo interno al yo externo, lo cual es el establecimiento de alianzas inconscientes con el otro. Se es sujeto en relación con otro en presencia.

Estas alianzas son una serie de estipulaciones inconscientes donde se da un intercambio de aspectos compatibles entre dos sujetos, a efecto de crear una composición con carácter de estructura más o menos estable.

Se considera el vínculo como una organización inconsciente, formada por dos polos, un yo y otro, unidos por un conector o ligadura estable entre dos Yo sesantes.

A partir de la inscripción de estos pactos inconscientes se originan representaciones mentales por efecto de la presencia del otro. La representación inconsciente del vínculo es el campo de los otros dentro del psiquismo. Aquí adquiere precisión la noción del sujeto del vínculo con su correlato del otro del vínculo. Se registra un sentido de pertenencia, a partir del establecimiento del vínculo entre el sujeto y el otro, a nivel del yo. Es decir involucrando el yo del sujeto y el yo del otro.

Se puede entender que el vínculo es la atracción que un vínculo siente por otro individuo.

Es decir a partir del vínculo se describe una experiencia emocional entre dos personas que se relacionan a partir de la presencia de emociones básicas como serían el amor y el odio, dichas emociones no pueden ser concebidas fuera de una relación.

Los individuos poseen la capacidad para establecer lazos afectivos, en cada fase del ciclo vital, y es probable q se de esta habilidad para vincularse la que posee un valor de supervivencia muy importante para la especie.

El vínculo es el resultado del comportamiento social de los individuos, lo cual supone la capacidad de relacionarse y conocer a los otros sujetos. Por lo que una de las características es esencial del vínculo, es que los que participan es el todo a permanecer en mutua proximidad.

El Vínculo Afectivo

Una de las prioridades más importantes del ser humano, es la capacidad que tiene de formar y mantener relaciones con otros seres humanos con la finalidad de satisfacer sus necesidades de sobrevivencia, aprendizaje, de procreación, de trabajar, pero sobre todo de amar¹².

¹² Muñoz, A. Vínculo Afectivo. 2009. Recuperado el 22 de enero del 2010. Disponible en:

Se puede definir al vínculo afectivo como una relación recíproca afectuosa y fuerte entre dos personas y es la que normalmente se llama amor.

Vínculo Madre-Hijo

El vínculo más importante y persistente en los seres humanos, es habitualmente al que se establece entre madre e hijo. Dicho vínculo se consolida cuando existe un amor recíproco entre los recién nacidos y su madre. Por lo tanto este vínculo afectivo madre hijo es la base sobre la cual se desarrollara los demás vínculos afectivos que establecerá el ser humano con otras personas a lo largo de su vida.

El vínculo afectivo entre la madre y su hijo es un proceso que se inicia con antes del nacimiento, ya que desde que el bebé esta en el vientre de la madre, ella comienza a relacionarse con el bebé, cuando siente los movimientos fetales, cuando le hable y comienza a pensar en él o a imaginarse como es.

Este vínculo afectivo iniciado antes del nacimiento, tiene la finalidad de asegurar la salud mental del niño, debido a que, el mundo del bebé se construye a partir de la realidad de las relaciones interpersonales y de la conformidad con la organización del sistema familiar.

Cuando el bebé nace, el vínculo se seguirá formando, a partir del contacto corporal y las expresiones de afecto como son el intercambio de miradas y sonrisa, las caricias , etc, entre la madre y el hijo.

Durante los cuidados maternos, la madre manifiesta estas conductas afectivas que le dan un sentido a su bebé. El vínculo afectivo se establece, a partir de una aproximación física de la madre hacia el niño la cual se establece de manera más firme durante la etapa de crianza, mediante la gratificación que la madre le proporciona a su hijo.

Una de la experiencia de gratificación más importantes más importantes durante la etapa de crianza y mediante las cuales el niño comienza a desarrollar un gusto por la

compañía del otro, es la experiencia de alimentarse. De acuerdo con Freud, el amor tiene su origen en el vínculo de afecto que crea la necesidad de satisfacción en el alimento.

Este proceso se centra en el afecto y el cuidado que recibe el bebé por parte de la madre, es el resultado de la activación de una serie de comportamientos tanto del niño como el de la madre. Durante su desarrollo el niño intenta mantener la cercanía con la madre, esto mediante pautas de conducta como lo son el succionar, sonreír, llorar, etc.

Esta serie de conductas de búsqueda y necesidad de cercanía de la madre, que presenta el niño son una conducta de apego y la conducta de la madre intenta mantener al hijo cerca en una conducta de atención, ambas conductas conducen a mantener un vínculo afectivo, por lo tanto son conductas afectivas.

El vínculo afectivo madre hijo se desarrolla como consecuencia de la interacción entre el hijo y la madre, a través de las miradas del contacto piel a piel, de la interacción al momento de la lactancia del intercambio de miradas, etc.

Por medio de esta interacción el bebé comenzará a mostrar preferencias por la persona que lo acompaña y lo cuida, se mostrará contento con su compañía y molesto en su ausencia, esta serie de manifestaciones son indicios del desarrollo del vínculo afectivo entre madre e hijo.

Vínculos Familiares

La familia tiene un papel fundamental en la crianza del niño, le da protección además de enseñarle a sociabilizar con las demás personas de a poco podrá ir reafirmando las relaciones sociales dentro de la familia. Así el niño establece alianzas y forma parte del juego de la dinámica familiar de una manera más consciente y participativa. Sin embargo a pesar de todas las personas que el niño tenga a su alrededor, la madre o el sustituto de esta sea siempre la figura más importante para que el niño pueda desarrollar tanto habilidades, conocimientos y motivaciones.

La madre como primera criadora es una fuerte influencia en el desarrollo de los hábitos alimentarios y actividad física. Sin embargo puede que no inicie cambios en los estilo de vida a menos de que perciba que su hijo tiene sobrepeso-obesidad o que el peso de su hijo representa un riesgo para la salud.

Imagen Corporal

La palabra imagen proviene del latín "*imago*", que significa retrato, estatua, representación. El modelo teórico que representa las cosas sin serlas propiamente pertenece al orden de la imagen; por lo tanto, el término imagen corporal pertenece al terreno de lo imaginario. Se presume que cada sujeto tendría, en su imaginario simbólico, una conciencia o imagen de su cuerpo.

Sin embargo, ésta suele ser bastante inasible, dado que el mundo es siempre "sin nosotros", existiendo incluso partes de nuestro cuerpo a las que ni siquiera se puede acceder a través de la imagen especular, cual es la espalda. La representación de una imagen corporal certera es prácticamente imposible¹³; puede llegar a configurarse una imagen aproximada, pero nunca completa. El carácter indefinido, móvil e impreciso de la corporalidad, la no exclusiva adscripción a figura geométrica, propia del cuerpo, dificultan este proceso.

Dentro del ámbito de la psicología, psiquiatría, la medicina general es la sociología e incluso es general el concepto de imagen corporal es muy utilizado se considera una representación mental del auto concepto en cuanto al propio cuerpo, sin embargo el concepto de imagen corporal, es un constructo teórico, el cual es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el auto

¹³<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/138/1/LASFANTASIASPRECONCEPTIVASYSURELACIONENLAFORMACIONDELAIMAGENCORPORALINFANTILENNI%C3%91OSOBESOSESTUDIOCOMPARATIVO.pdf>

concepto o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos di mórficos y la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescente.

Distorsión de la imagen Corporal

La distorsión de la imagen corporal, es cuando uno de los componentes de esta, de alguna forma está modificado, o sea, cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo real que está siendo representado.

La distorsión que muestran las madres sobre la imagen corporal de sus hijos, es de tipo perceptual. Según diversos estudios muestran que la gran mayoría de las madres no reconoce el sobrepeso u obesidad de sus hijos, creen que tiene un peso normal o que son delgados.

Los especialistas creen que esta alteración es peligrosa, ya que el sobrepeso puede avanzar sin que los padres lo perciban y en la mayoría de los casos, cuando hacen la consulta a un especialista, la obesidad ya está instalada y los malos hábitos están cada vez más arraigados, incluso sabiendo que la obesidad es un factor de riesgo de varias enfermedades, que podrían afectar a los niños en su vida adulta.

Nuestros propios cuerpos tienen tanto una representación antropométrica objetiva (una serie de mediciones de pliegues longitudinales, cutáneos, perímetros y diámetros), como una representación perceptiva, cognitiva y afectiva.

Esta representación mental está afectada por influencias tales como el sexo, los medios masivos de comunicación, y la herencia, y también por valores antropométricos objetivos y conocidos.

Los cuerpos de los otros (por otros se quiere decir la población en general y sub poblaciones específicas, tales como las modelos, las deportistas, los obesos, y otros grupos importantes para nuestro sentido corporal), tienen representaciones, tanto

objetiva como subjetivas. Nuestras representaciones subjetivas de los cuerpos de los demás están afectadas por el sexo, los medios masivos y la herencia, así como nuestro conocimiento de sus tamaños y formas reales. Se suele comparar las representaciones que se tiene a cerca del propio cuerpo con las representaciones de los cuerpos de los otros. Las similitudes o disimilitudes de estas representaciones esta juzgada en relación a distintas posiciones dinámicas y desencadenan comportamientos personales e impersonales (sexo, dieta, ejercicio, etc.).

La forma en la que comparamos las representaciones y la naturaleza de las posiciones de opinión también está afectada por factores relacionados con las experiencias culturales.

La revolución copernicana de la Gestalt

La crítica de la Gestalt al asociacionismo

La percepción, según la Gestalt, no lleva a cabo el proceso que sigue un científico cuando estudia un fenómeno de su interés, el de encontrar átomos y después integrarlos progresivamente, sino que tiende de la manera más directa e inmediata a atribuirle cualidades que definan el objeto y permitan establecer con claridad su naturaleza y composición.

La Gestalt intenta demostrar la temporalidad de la percepción que se caracteriza por buscar de manera inmediata lo cualitativo de los objetos, y usa para sus propósitos la forma como cualidad fundamental. La inmediatez de la forma no implica un nivel de ordenamiento fundamentado en procesos analíticos. La Gestalt se define a sí misma como una teoría explicativa de la percepción no elementalista, y asume la denominación de holista. Köhler presenta específicamente la tendencia perceptual a la totalidad

(holismo) a través de un caso como el de la 'Osa mayor' que aparece en el cielo: “Es un ejemplo de agrupación observada por la humanidad desde hace muchos siglos. Vemos una nube tranquila y blanca en el cielo claro de un día de verano. ¿Por qué una nube? Por la misma razón y los mismos principios que cierto número de estrellas de claridad semejante, y con ciertas relaciones de vecindad, constituyen lo que se llama 'una constelación'.

Quien se limite a la consideración analítica del cielo no tendrá una nube, sino una sensación de azul, otra blanca; otra blanca de matiz diferente, otra más oscura, etc. La enumeración pasará de un modo indiferente de un elemento a otro, sin que tal consideración pueda dar la unidad en estos rayos de luz, que representan la única comunicación entre el objeto y nuestros ojos, ni la menor indicación de una unidad en el objeto ni su separación del contorno. Si no hubiera una tendencia óptica de agrupación y unificación, no habría objetos para nosotros” (Köhler, 1996, p. 498).

En términos generales, la labor de la percepción consiste en un intento de agrupación de la información circundante dentro de unidades simples que le permitan a la conciencia adquirir noción de objeto y con ello afinar su capacidad abstracta.

La percepción es entendida como un permanente acto de conceptualización. Los eventos del mundo externo son organizados a través de juicios categoriales que se encargan de encontrar una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos.

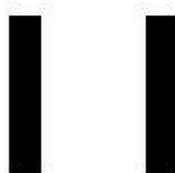
El principal esfuerzo histórico del movimiento gestáltico fue demostrar experimentalmente la íntima relación entre percepción y conceptualización. Para ello se recurrió al trabajo dentro del laboratorio que arrojó como resultados las leyes de la percepción.

Los principios gestálticos: las leyes de la percepción

En el año de 1912, Max Wertheimer realizó la primera evidencia experimental que permitió demostrar la tendencia de la percepción a la abstracción a través del

denominado movimiento estroboscópico, fenómeno Phi o ilusión de movimiento. En este experimento les presentó a los sujetos experimentales dos barras de luz que aparecían de manera intermitente en periodos de tiempo diferentes (Garret, 1951).

Figura 1
Estímulos visuales empleados por Wertheimer en el estudio de la ilusión de movimiento.



Estímulos visuales empleados por Wertheimer en el estudio de la ilusión de movimiento

Cuando la intermitencia o el tiempo de presentación entre los dos estímulos (barras de luz) se realizó en un intervalo entre los 40 y los 200 milisegundos (Goldstein, 1988, p. 315), se experimentó la impresión de un movimiento continuo entre las dos barras, tal como sucede con algunos de los avisos luminosos.

El Fenómeno Phi demuestra, según Wertheimer (1912), la tendencia del sujeto a percibir la relación entre estímulos.

El hecho de percibir una luz que se desplaza dentro del espacio existente entre las dos barras, permitió concluir que la actividad perceptual posee la capacidad de salirse de los límites de los datos objetivos para añadir una cualidad tan importante como el movimiento.

El estudio de Wertheimer (1912) planteó la enorme importancia del estudio de las ilusiones, entendiendo por ilusión la tendencia de la actividad perceptual a añadir información a los datos objetivos, en aras de la obtención de una representación mental.

La actividad psíquica trasciende ampliamente los datos materiales y construye entidades mentales como las ilusiones, las cuales llevan al sujeto a concebir el objeto según su estado representacional.

La ilusión de movimiento ha sido uno de los temas más polémicos dentro de la investigación perceptual. Se han realizado múltiples variaciones del experimento de Wertheimer, como los trabajos sobre ilusión de movimiento sobre la piel (Garret, 1958).

Concepto de forma

El término Gestalt es traducido al castellano como forma o contorno. Los límites de un objeto constituyen una información relevante para la generación de abstracciones.

La importancia del concepto de forma dentro de la explicación de la percepción, es quizás uno de los aspectos nodales dentro de la Gestalt.

Fiel a su tradición filosófica, la Gestalt plantea que en la relación sujeto-objeto, el sujeto es aquel encargado de extraer información relevante del objeto. Esta información rescata la estructura misma del objeto, es decir, aquello que resulta esencial para hacerlo idéntico consigo mismo y permitirle diferenciación de otros objetos, o en otros términos, hacerlo discriminable.

La forma de los objetos, denominada con mayor precisión con el concepto de contorno o borde, constituye todo aquel conjunto de información relevante y oportuna que permite representarse el objeto.

La conciencia, en el momento de percibir un objeto externo como la mesa, no solo tiene un conjunto de informaciones sobre este objeto llamado mesa sino que tiende a tener noción de la necesidad. Es decir, esta mesa es un objeto que en esencia es algo

plenamente identificado, ordenable, reconocible y con el cual puedo relacionarme como algo que conozco y puedo imaginar mentalmente, recordar, rotar imaginariamente y hacer cálculos y predicciones.

En este orden de ideas, el hecho de organizar los objetos a través de su forma equivale a tener de ellos una versión racional o en términos más exactos geométrica, que ofrece una idea clara, precisa e inconfundible de lo que la caracteriza. Darle forma a un objeto equivale a darle sentido, a hacerlo propio y permitirle mostrarse de manera inconfundible a la conciencia, y con ello facultar la posibilidad de desarrollar estados imaginativos como el poderlos contrastar con otros, pensarlos en otros contextos, compararlos en diferentes momentos de la memoria, etc.

La Gestalt es una teoría encargada de plantear la tendencia de la conciencia a la racionalidad. El fin último y principal labor de la conciencia, es el de traducir las experiencias cotidianas a entidades conceptuales con base en las cuales se pueda seguir adelantando un proceso de abstracción.

Pregnancia

La tendencia de la actividad mental a la abstracción dentro de la mayor simplicidad posible recibe el nombre de pregnancia.

Según Katz, “la ley de pregnancia fue formulada por Koffka del siguiente modo: la organización psicológica será siempre tan excelente como las condiciones dominantes lo permitan. El término excelente abarca propiedades como la regularidad, simetría, armonía de conjunto, homogeneidad, equilibrio, máxima sencillez, concisión” (Katz, 1967, p. 45).

Kannizza, uno de los más actuales representantes de la Gestalt, afirma que el concepto de pregnancia –también denominado 'buena Gestalt'- puede ser demasiado genérico y,

por lo tanto, es preferible precisarlo utilizando los conceptos de simplicidad, regularidad, estabilidad, pero, sobre todo, de coherencia estructural de carácter unitario del conjunto (Kaniza, 1986, p.40).

Como se dijo anteriormente, percibir es categorizar o, dicho de otra forma, agrupar los datos del entorno con base en cualidades. La pregnancia describe la tendencia mental a la organización de los eventos externos dentro de ciertos parámetros encargados de garantizar la calidad de las representaciones psíquicas.

En el momento de acudir a los conceptos de regularidad, simplicidad, estabilidad, etc., lo que se hace es referirse al hecho de que la percepción organiza aquellos datos a los que accede con facilidad para clasificarlos dentro de categorías simples. Así, por ejemplo, un objeto esférico como una pompa de jabón facilita notoriamente el formarse una idea de su tamaño, de la textura de su superficie, de la redondez que se repite de manera continua e indefinida, lo que permite con enorme facilidad imaginar aquellas partes que no son directamente visibles.

En la pompa de jabón, todos los componentes se encuentran organizados de manera continua alrededor de la circularidad. Significa que todos sus elementos contribuyen permanentemente a la formación de un mismo concepto que es fácilmente comprobable: la regularidad de la información en torno a lo circular.

La pregnancia del círculo y sus variaciones es un tema recurrente en la psicología de la Gestalt: “una buena forma (buena Gestalt) es la que está bien articulada. Tiende a dejar su huella en el observador, a persistir, a recurrir. Un círculo es una buena forma” (Boring, 1978, p.633).

Proximidad

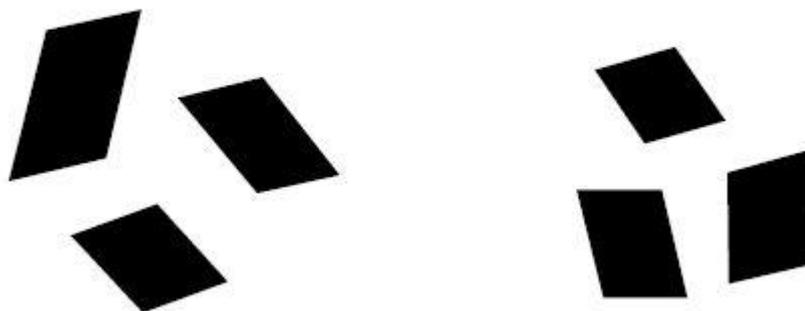
Una forma de agrupamiento de la información proveniente del mundo externo es el principio de proximidad.

Wertheimer (citado por Kannizza, 1986, p. 30) afirma que “los elementos próximos tienden a ser vistos como constituyendo una unidad antes que los elementos alejados”.

La distribución espacial de los objetos es uno de los más importantes criterios para realizar el trabajo de abstracción.

La variable distancia entre los elementos permite llevar a cabo la organización perceptual. Köhler (citado por Gondra, 1996, p. 496) lo plantea en los siguientes términos: “Tenemos desde el punto de vista objetivo, seis líneas paralelas : . Si tratamos de describir lo que vemos en nuestro campo visual, hemos de añadir que no son propiamente seis líneas sino tres grupos de líneas. Parece que hay una formación espontánea de grupos y que no importa además que se trate de líneas o de hombres, o de sillas, o de pilares de columnas de una iglesia. Estas agrupaciones son factores trascendentales en la arquitectura, y mediante ellos produce el artista efectos encantadores: así con constelaciones de ventanas y pilares, etc. Físicamente no hay grupos reales, cada una de esas líneas es tan indiferente a su próxima inmediata como a todas las demás”.

Figura 2



En esta imagen se perciben dos grupos de tres piezas. La distancia existente entre los elementos produce un agrupamiento al que es difícil sustraerse (Imagen tomada de Hothersall, 1997, p. 220)

Semejanza o igualdad

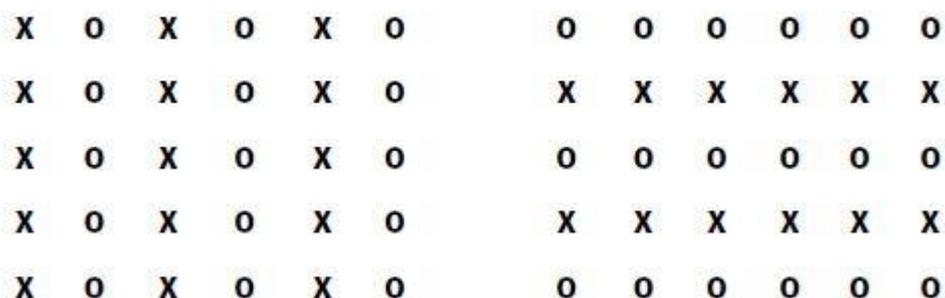
Katz define este principio perceptual afirmando que “si son varios los elementos activos de diferente clase, entonces hay, en idénticas condiciones, una tendencia a reunir en grupos los elementos de igual clase” (Katz, 1967, p. 29).

La percepción clasifica la información según el grado de semejanza que mantengan los estímulos entre sí.

Otro de los criterios empleados por el aparato perceptual para la construcción de representaciones psíquicas es la búsqueda de la homogeneidad. En este orden de ideas, aquella información que tienda a repetirse con mayor frecuencia es predominantemente atendida y captada, por encima de aquella que es difusa y muy poco frecuente.

Los estímulos homogéneos son agrupados de tal forma que conforman un bloque ordenado que lo hace distinto de los demás estímulos. La siguiente figura es un claro ejemplo:

Figura 3



En la imagen de la izquierda los sujetos organizan las “X” y las “O” como columnas; en la imagen izquierda se organizan los estímulos en filas (imagen tomada de Hothersall, 1997, p. 220).

Tendencia al cierre

La ley del cierre guarda una íntima relación con el concepto de pregnancia; toda información que contribuya a la conformación del concepto de contorno es privilegiada por sobre aquella que no contribuye a darle bordes o límites definidos a los objetos.

Autores como Katz (1967) interpretan que la información que contribuya a formar una percepción de superficie resulta importante. Una línea punteada no es percibida como un conjunto de puntos dispersos sobre el espacio, sino como unidad integrada que comunica la orientación común de los datos y la noción de la superficie que ofrece una línea continua.

En particular las formas geométricas como el círculo, el triángulo, el cuadrado, etc., tienen la capacidad de dar a entender la totalidad de su forma con tan solo percibir parte de ellas. Así, por ejemplo, un triángulo al que le falta un ángulo puede evocar con facilidad la noción de la triangularidad.

Figura 4



En esta imagen se percibe la imagen de un perro, a pesar de los espacios vacíos existentes entre las manchas de tinta (imagen tomada de Hothersall, 1997, p. 225).

Relación figura-fondo

Este principio es, en el concepto de autores como Garret (1958), el más importante en el estudio de la percepción por reunir los anteriores y permitir explicar gran parte de los agrupamientos.

Los principios perceptuales hasta ahora mencionados describen la forma en que la actividad perceptual se encarga de constituir noción de objetos; sin embargo, la relación figura-fondo se ocupa de establecer aquello que Guillaume llama “la organización externa e interna de las formas” (Guillaume, 1964, p. 68). El notorio énfasis puesto en el concepto de contorno como elemento inherente a la forma, aún no explica el modo en que se puede llegar a tener informaciones sobre cómo un objeto puede estar articulado con otros conformando un paisaje.

Guillaume presenta un claro ejemplo experimental realizado por Metzger en el cual a los sujetos se les coloca frente a una “pantalla blanca débilmente alumbrada por un proyector y que llena todo su campo visual. En estas condiciones la pantalla misma no es vista como una superficie localizada a cierta profundidad. El color parece llenar todo el espacio” (Guillaume, 1964, p. 68).

La experiencia desarrollada por Metzger llega a establecer que, si no hay una variación en la estimulación, el sujeto deja de percibir los datos de la pantalla y no puede darse un trabajo de organización.

No sólo resulta difusa y aburridora la experiencia sino que el sujeto después de un tiempo deja de percibir visualmente. Esto significa que el sujeto requiere de niveles de

contraste para llegar a obtener información o de lo contrario está expuesto a un bloqueo temporal en la obtención de información.

Se denomina con el nombre de “fondo” al elemento de homogeneidad que ofrece un grado de información constante e invariable que le permite al sujeto tener una impresión sensorial fácilmente constatable. Así mismo, se llama “figura” a todo elemento que ofrece un alto nivel de contraste o de ruptura y permite encontrar una variación que le dé sentido, límites y características a ese elemento de homogeneidad que es el fondo. “Todo objeto sensible existe en relación con un cierto fondo; esta expresión no solo se ajusta a las cosas visibles, sino también a toda clase de objeto sensible; un sonido se destaca sobre un fondo constituido por otros ruidos o sobre un fondo de silencio” (Guillaume, 1964, p. 69).

Las diferencias entre figura y fondo son muy significativas. La figura se caracteriza por tener una forma muy definida, fácilmente ubicable espacio-temporalmente. La presencia de contornos permite darle a la figura cualidades tan importantes como relieve, tamaño, textura y permite fácilmente referir a un interior y a un exterior; “la figura ofrece más estabilidad, más resistencia a la variación”

(Guillaume, 1964, p. 73).

El fondo, por el contrario, carece de límites o contornos, tiene un carácter indefinido y tiende a hacerse cada vez más homogéneo con respecto a la figura, aunque en él se introduzcan ligeras variaciones. Sin embargo, existen relaciones complementarias entre figura y fondo que han sido desarrolladas a través de las imágenes reversibles (figura 5), donde el aparente fondo puede cobrar carácter de figura, al igual que alguien que escucha a otro en medio de muchas voces deja de atender a su interlocutor para rescatar información del murmullo constituido por las múltiples voces. Las figuras de Rubin y de Escher son un claro ejemplo de ello.

Figura 5



Esta imagen popularmente conocida como mi suegra o mi esposa, es un ejemplo claro de la relación figura-fondo. En la imagen se puede ver la imagen de una mujer joven y hermosa o la de una anciana (imagen tomada de Matlin y Foley, 1996, p. 163).

Han sido desarrollados otros principios perceptuales, pero los anteriormente mencionados constituyen una muestra representativa del estilo de abordaje y explicación que hace la Gestalt de la actividad perceptual.

Percepción

Es un proceso sensorial y cognitivo que comprende procesos y mecanismos para elaborar y generar juicios sobre los otros y sobre sí mismo.

Es el proceso de organizar e interpretar información sensorial para darle significado.

Las personas a diferencia de los objetos son centro de acción e interacción¹⁴

La percepción es esencialmente una mezcla de intuición y de mención vacía, de anticipación, y por ende está expuesta a la decepción. No percibimos una cosa sino por aspectos, y la donación completa y sin fisuras permanece como un ideal en sí mismo inaccesible, pero que condiciona y motiva el dinamismo de la vida trascendental.

Percepción externa como movimiento hacia la trascendencia

Un análisis fenomenológico de la percepción externa tiene como primer objetivo destacar los rasgos esenciales de la misma. Una constante de toda percepción externa es justamente su relación con un objeto que está ahí “en presente”, “corporalmente”, “cara a cara”.

Aquí hallamos una diferencia radical entre la percepción externa y cualquier conciencia imaginativa, simbólica o conceptual. A la percepción externa pertenece además una creencia pura y simple en la existencia del objeto, creencia que sin embargo puede modalizarse y convertirse en duda, conjetura o franca negación.

Otra característica esencial de la percepción externa consiste en que su objeto intencional trasciende la inmanencia pura de la conciencia perceptiva. El objeto percibido puede existir o no, la percepción del mismo puede ser una mera ilusión o incluso una alucinación, y no obstante él trasciende los componentes reales de la conciencia perceptiva, esto es, las sensaciones y las aprehensiones que animan e interpretan a aquéllas.

¹⁴ Salazar JM, Montero M, Muñoz C, Sánchez E, Santoro E, Villegas J. Percepción Social: En Asociación Venezolana de Psicología. Psicología Social. México DF: Trillas, 2003: 77-108.

Percepción externa como mezcla de intuición parcial y de intención vacía

Es necesario eliminar una potencial fuente de errores: La percepción exterior no equivale a una mirada fija dirigida hacia una presencia cristalizada. La percepción de una cosa es ciertamente presentación intuitiva, pero sólo parcialmente. “Vemos” aspectos de las cosas y ciertos de sus lados, pero más allá de la visión *stricto sensu* “percibimos” una cosa que es irreducible a cualesquiera de los lados realmente presentados que puedan ofrecerse a cualesquiera perspectivas subjetivas.

La percepción externa bien puede ser caracterizada como presentación intuitiva, pero es también “intención simbólica”, “expectativa”, “anticipación”, “tendencia protencional”.

Justamente porque toda presentación intuitiva es esencialmente parcial, la intencionalidad de la percepción requiere determinaciones complementarias y aproximaciones sucesivas al objeto.

La percepción concreta de un objeto trascendente no es un acto simple y estable, sino una síntesis de múltiples y sucesivas percepciones singulares.

Cuando percibimos un objeto nuestra mirada se pasea sobre él, se estaciona en esta o en aquella particularidad del objeto y en cualquier caso siempre dando lugar a apariciones siempre nuevas.

Cumplimiento y decepción en la percepción externa.

Carácter presuntivo de la percepción

El cumplimiento de las intenciones anticipadoras es una conciencia del “fortalecimiento”, del “enriquecimiento” y de la “seguridad” de la identificación. Mediante el cumplimiento estamos en condiciones de decir que el objeto es, en efecto, tal y como lo hemos mentado.

Con frecuencia transcurre la percepción armónicamente y sin interrupciones bruscas. La identidad del objeto es conservada gracias a la coincidencia entre una mención vacía y

un contenido intuido. Husserl denomina esta coincidencia “síntesis del cumplimiento“. En la medida en que la percepción progresa mediante el cumplimiento de intenciones anticipadoras vacías (aunque no del todo indeterminadas) tiene lugar un proceso constante de mejor conocimiento y aproximación a la cosa.

La posibilidad de una modalización de la creencia simple de la percepción radica en su estructura intencional: La percepción externa es un sistema intencional, mezcla de intuición parcial y de expectativas actuales o potenciales.

Ahora bien, esta decepción supone una cierta base de cumplimiento. “[...] Por esencia la percepción presupone un cumplimiento parcial.

El fenómeno de la decepción muestra el siguiente rasgo característico: Lo visto es distinto de lo “presupuesto”, de lo “esperado”; lo visto no corresponde a la intención que, de manera indeterminada, se dirigía hacia él. Más bien la contradice.

La posibilidad de la decepción surge porque las intenciones anticipadoras o expectativas, que son parte estructural de la percepción, no son susceptibles de una determinación perfecta.

No obstante la falta de familiaridad con el objeto considerado en todos sus lados y aspectos, el sujeto percipiente siempre va más allá de lo conocido, y, a pesar de la incognoscibilidad del objeto, logra aprehenderlo y dirigirse hacia él intencionalmente.

El sujeto percipiente está así imbuido por completo en un movimiento permanente hacia la trascendencia de las cosas y del mundo.

El sujeto tiende a un “en sí” de las cosas y del mundo fácticos que sólo puede *presumir*. Todo movimiento libre del sujeto percipiente está condicionado por el objeto percibido y su manera de darse, la cual puede desmentir la creencia simple y modalizarla pasivamente.

Salud Nutrición y Política Alimentaria

Uno de los determinantes básicos de la salud representa el estado nutricional que guarda la persona el cual es el motor principal para el desempeño físico y mental. Si el estado nutricional de la persona presenta, desequilibrios entre la ingestión de energía y el gasto energético, se puede tener como resultado de desnutrición y sobrepeso o a su caso, obesidad, provocando con ello alteraciones negativas para la salud en las distintas etapas de la vida o en su caso aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas.

En los primeros años de vida, una deficiente desnutrición afecta el crecimiento y desarrollo mental el cual se ve reflejado en un pobre desempeño escolar e intelectual no sólo en edades escolares sino en el transcurso de toda la vida¹⁵. (Peña y Bacallao, 2000, Shaman, Villalpanodo y Rivera 2007)

Las Políticas Públicas en Alimentación y Nutrición

Las áreas de Salud y de Acción o Desarrollo Social son las responsables, en los ámbitos nacionales y provinciales, de implementar diferentes políticas y programas que contemplan acciones en el terreno alimentario-nutricional.

Los programas de promoción y protección de la salud materno-infantil y los distintos programas de distribución de alimentos son las estrategias más frecuente en materia de políticas públicas y a la vez los principales usuarios de los resultados de la ENNyS.

La sanción de la ley 25724, en el mes de enero de 2003 establece una nueva instancia en lo que se refiere a políticas públicas de alimentación y nutrición, a partir de la creación de un Programa Nacional de Nutrición y Alimentación. Este programa tiene como objetivo “propender a asegurar el acceso a una alimentación adecuada y suficiente,

¹⁵http://uanl.academia.edu/MARThALETICIACABELLO/Papers/1054827/Le_travail_social_au_Mexique

coordinando desde el Estado de acciones integrales e intersectoriales que faciliten el mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población”.

La ejecución del Programa depende de la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación, integrada por representantes de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social.

Los componentes del Programa son los siguientes:

1. La prevención de carencias nutricionales específicas
2. La lactancia materna con especial atención a la alimentación en los primeros seis meses de vida.
3. la rehabilitación nutricional.
4. la seguridad alimentaria en sus aspectos micro y macro sociales.
5. la calidad e inocuidad de los alimentos.
6. la educación alimentaria nutricional.
7. la asistencia alimentaria directa.
8. El autoabastecimiento y la producción de alimentos.
9. El sistema de monitoreo permanente del estado nutricional de la población.
10. La elevación integral del Programa.
11. Prevención en salud materno-infantil.

El Programa se sustenta en estrategias de carácter:

- **preventivo**, vinculadas con la salud materno infantil, el desarrollo infantil, la educación alimentaria y aspectos bromatológicos y sanitarios;
- **compensatorio**, de asistencia alimentaria directa y promoción de actividades de autoproducción de alimentos;
- **superación**, orientadas al desarrollo de actividades productivas. Prevé además, la puesta en marcha de proyectos específicos destinados a atender situaciones de

especial vulnerabilidad, como áreas de pobreza extrema o condiciones de enfermedad que impacten fuertemente sobre el estado nutricional. El Gobierno Nacional y los provinciales, por su nivel de responsabilidad en las políticas y programas alimentarios serán usuarios privilegiados de los resultados de la ENNyS a fin de mejorar aspectos del diseño y direccionalidad de sus intervenciones¹⁶.

La Situación Alimentaria y el Contexto Social

La disponibilidad de alimentos de Argentina, medida a través de las hojas de balance de alimentos de FAO, históricamente presentó valores muy cercanos o superiores a las 3000 Kcal diarias por habitante.

En el período más reciente (1997-1999) la disponibilidad calórica ha sido de 3160 calorías por habitantes, cifra que supera en un 30% al requerimiento medio de la población. El consumo aparente de proteínas también es alto (más de 100 gramos diarios por persona) y el calcio es uno de los pocos nutrientes con valores de disponibilidad inferiores a las recomendaciones medias.

La sinergia entre ambos procesos (pérdida del empleo y aumento de la pobreza e indigencia) ha sido un fuerte determinante de las limitaciones en el acceso y el consumo de alimentos generando condiciones de inseguridad alimentaria que luego se traducen en diferentes manifestaciones nutricionales.

La Transición epidemiológica-Nutricional

La Argentina presenta un estadio avanzado de transición demográfica, epidemiológica y nutricional dentro del contexto de América Latina.

La transición nutricional se caracteriza por un alto consumo de carnes, otras grasas saturadas y azúcares refinados y un relativamente bajo consumo de fibras e hidratos de

¹⁶ http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000500005&script=sci_abstract

carbono complejos, atendiendo a datos de disponibilidad de alimentos como se menciona más arriba. Estas características de la dieta promedio han sido asociadas con patrones de mortalidad similares al argentino, con altas tasas específicas de enfermedades del sistema circulatorio y tumores.

El otro hecho característico de la transición Argentina es la gran heterogeneidad existente en todas las variables indicativas entre las diferentes provincias y regiones del país.

La Situación Nutricional

Existen numerosos antecedentes de estudios nutricionales, aunque fragmentarios y/o parciales en representación territorial o de grupos etareos, que permiten formular hipótesis adecuadas sobre la problemática nutricional existente en el país.

Niños

En la población infantil de 0 a 5 años se cuenta con varios estudios con diagnóstico antropométrico en los últimos 15 años.

Las representatividades territoriales son variables, así como las otras dimensiones del estado nutricional que fueron incluidas.

Todos los estudios presentan un patrón común:

- Baja prevalencia de índices compatibles con desnutrición aguda moderada a severa.
- Moderada prevalencia de retardo del crecimiento lineal (baja talla para la edad)
- Aparición del sobrepeso como problema de salud pública.

En los estudios que incluyen varias jurisdicciones los rangos de bajo peso para la talla se ubican por debajo del 4% en el Módulo especial de la EPH¹⁷ de 1994, y entre 1,1% y 5,2% en la Encuesta de población bajo Programa Materno Infantil, según los diferentes

¹⁷ EPH (Encuesta Permanente de Hogares), Censo Nacional del 2001, INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos); SIEMPRO (Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales, del Ministerio de Desarrollo Social)

aglomerados o jurisdicciones. En todos los casos son prevalencias que superan sólo ligeramente el valor esperado de 2,3%.

El retardo de crecimiento lineal, evaluado como baja talla para la edad, tiene rangos de prevalencia entre 3,6% y 21,9 % en el Módulo especial de la EPH de 1994, y entre 4,7% y 22,4% en la Encuesta de población bajo Programa Materno Infantil.

La prevalencia de sobrepeso se ubica entre 3,3% y 11,8% en el Módulo especial de la EPH 1994, y entre 2,8% y 17,0% en la Encuesta de población bajo Programa. El diseño transversal no permite analizar apropiadamente factores de riesgo, pero el sobrepeso, que se observa en edades tempranas, parece concentrarse en el nivel socioeconómico bajo, y es más frecuente en la Patagonia. En ambas encuestas, la mayoría de los niños con sobrepeso tienen una talla normal para la edad. Sin embargo, entre el 20 y el 30% presentan tallas bajas. Esta categoría de niños con retraso del crecimiento lineal y sobrepeso es llamativa y merece mayor investigación.

En síntesis, de los estudios disponibles en niños puede elaborarse una hipótesis de orden de frecuencia de problemas nutricionales como la siguiente:

- Anemia por deficiencia de hierro.
- Baja talla para la edad.
- Sobrepeso con tendencia creciente.
- Descenso de la prevalencia de desnutrición aguda.
- Posible deficiencia de vitamina A.

Malnutrición

La malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes. Su significado incluye tanto la sobrealimentación como la desnutrición.

Obesidad y Sobrepeso Infantil

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja, que resulta de la interacción entre el genotipo y el medio ambiente, suele iniciarse en la infancia y en la adolescencia.

Hay una alteración entre la relación ingesta energética (incrementada) y gasto energético (disminuido)¹⁸.

La **obesidad** podemos definirla como una enfermedad caracterizada por un excesivo aumento de los depósitos de grasas en el organismo que provoca un deterioro en la calidad de vida y un riesgo potencial para la salud del individuo. De esta manera la obesidad se relaciona más con la cantidad del tejido graso que con su peso.

El **sobrepeso** lo definimos como un exceso de peso para la talla, y que puede deberse en algunos casos un incremento de masa muscular mientras que en la obesidad es un aumento de masa o tejido graso.

La distribución del exceso de grasa corporal se asocia con factores de riesgo. La obesidad androide (tipo manzana) comporta un mayor riesgo de complicaciones que la obesidad ginoide o periférica (tipo pera)

No estamos acostumbrados a entender la obesidad como una enfermedad, pero la realidad es que ha pasado de ser un problema meramente estético a ser una de las enfermedades más frecuentes y problemáticas. Sus graves secuelas socio-sanitarias hacen que tengamos que considerarla como una epidemia del siglo XXI¹⁹.

¹⁸ M. Bueno, O. Bueno, G. Bueno. Nutrición en pediatría. 3 Edición. Madrid. 2006

¹⁹ Nutr. Hosp. v.19 n.1 Madrid ene.-feb. 2004. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000100010

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves de este siglo. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante y se ha convertido en una enfermedad epidémica²⁰.

Una epidemia es el aumento del número de casos de una enfermedad, en un momento y en un lugar determinado, al compararlo con la prevalencia o incidencia habitual.

Hace diez años la Obesidad fue clasificada como una enfermedad por la OMS.

Cursos de Acción

El accionar del pediatra de cabecera ante un niño menor de 6 años con sobrepeso u obesidad deberá incluir desde la simple identificación de la obesidad hasta la valoración clínica, mediante el interrogatorio de los factores de riesgo del niño y su familia, la conducta alimentaria y de patrones de actividad física, horas de televisión, las creencias y actitudes familiares con respecto al problema, y la toma de decisiones incluyendo la derivación para la intervención temprana.

El mayor impacto que podrán lograr los equipos de salud en la presente epidemia es el de minimizar los riesgos cuando están presentes a partir de la valoración de los factores de riesgo en la población de niños en seguimiento, **usando guías anticipatorias de conductas saludables.**

Valoración de Riesgo de obesidad

1. Identificación

2. Evaluación

3. Prevención

4. Intervención temprana

²⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Identificación

Calcular el IMC y graficarlo en las curvas correspondientes en cada control del niño sano. Aunque no es una medida precisa de la grasa corporal o del riesgo el Índice de Masa Corporal (IMC) es el indicador inicial que deberá ser calculado en cada visita del niño y servirá de punto de partida para clasificar el riesgo. Esta clasificación se refiere a los niños de 1 y más años en los que se usaran las curvas de la OMS que cuentan con percentiles de IMC.

Bajo Riesgo: Los niños con IMC entre los percentiles 10 y 85 se encontraran en la categoría **de peso saludable**. Dado el incremento de obesidad con características epidémicas, aun en niños con peso normal hay que considerar los factores predisponentes arriba mencionados: obesidad de los padres, historia familiar, la alimentación y actividad física actuales, cambio de percentiles de IMC, que pueden identificar niños con riesgo. Estos niños y sus familias deberán recibir por parte del equipo de salud apoyo para **mantener o establecer un estilo de vida saludable y consejos de prevención** con respecto a las conductas alimentaria y de actividad física.

Sobrepeso: IMC entre los percentilos >85 y 97. Para estos niños el objetivo, en ausencia de complicaciones asociadas, será el del mantenimiento del peso.

En presencia de velocidad de crecimiento normal esta conducta permitirá descender el IMC por debajo del percentilo 85. Deberán recibir tantos consejos de prevención como indicaciones para cambios en la alimentación y estimulación de la actividad física.

Obesidad: Los niños con IMC superior al percentilo 97 se encuentran en el grupo de mayor riesgo de padecer complicaciones secundarias a la obesidad y cuando están presentes deberán ser tratados con el objetivo de disminuir la adiposidad

(Intervención Temprana). Deben ser evaluados en profundidad por profesionales especializados en Nutrición. Si la evaluación muestra ausencia de complicaciones, el objetivo se centrara en la **prevención y el mantenimiento del peso.**

Para todos los niños menores de 2 años con sobrepeso u obesidad es conveniente se realice la interconsulta con especialista en nutrición.

NOTA

Los criterios antropométricos para niños mayores de 5 años son:

Sobrepeso: IMC entre percentilos >85-97 según sexo y edad.

Obesidad: IMC mayor al percentilo 97 según sexo y edad.

Las curvas de referencia recomendadas son las de IMC de la OMS, 2007 que incluyen Pros 3, 10, 25, 50, 75, 85, 97 para ambos sexos.

Evaluación

La evaluación del riesgo clínico, de las conductas en relación a la alimentación la actividad física, la motivación y preocupaciones de los padres en relación al problema.

Prevención

La infancia representa una oportunidad única para el establecimiento de hábitos de alimentación saludable y de actividad física los cuales protegerán al niño de la obesidad futura.

Intervención temprana según categorización de IMC

Percentil 10-85	SALUDABLE	Control niño sano
Percentil 85-97	SOBREPESO	Prevención primaria: implementar estilos de vida saludables y aumentar frecuencia de controles por crecimiento.
Percentil mayor 97	OBESIDAD	Servicio de Nutrición

Fisiología

De acuerdo con la primera ley de la termodinámica, la obesidad es el resultado del desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía. La energía que el organismo utiliza proviene de 3 fuentes: carbohidratos, proteínas y grasas. La capacidad de almacenar carbohidratos en forma de glucógeno, igual que la de proteínas, es limitada. Solo los depósitos de grasas se pueden expandir con facilidad para dar cabida a niveles de almacén superiores a las necesidades. Los alimentos que no se consumen como energía, se almacenan, y por lo tanto, es la grasa la principal fuente de almacén y origen de la obesidad. Los carbohidratos son el primer escalón en el suministro de energía. Cuando el consumo de carbohidratos excede los requerimientos, estos se convierten en grasas. En ausencia o con niveles muy bajos de glúcidos, y con necesidades energéticas presentes, las proteínas a través de los aminoácidos son utilizadas para la producción de energía o para la movilización, utilización y almacenamiento de las grasas, proceso conocido como gluconeogénesis, en el cual los aminoácidos con esqueleto de carbono son convertidos, por múltiples reacciones, en piruvato, que a su vez va a derivar en glucosa. Esta glucosa neoformada es oxidada o utilizada para la formación de triglicéridos mediante su conversión a glicerol. Las grasas que se ingieren son utilizadas primeramente como fuente de almacén en forma de triglicéridos en el adiposito, o para la producción de hormonas y sus componentes celulares. Una vez que los almacenes primarios de energía hayan agotado sus reservas fácilmente disponibles, son las grasas las encargadas de suministrar la energía necesaria y se movilizan de sus depósitos, proceso en el cual participan activamente las proteínas.

De este modo, el cuerpo humano cumple las leyes físicas representadas por este primer principio de la termodinámica, según el cual la energía ni se crea ni se destruye, solo se transforma. Todo exceso de energía introducida cambia la energía interna del organismo y se transforma en energía química, y como principal almacén está el tejido graso. Un

ingreso energético (IE) mayor que el gasto o consumo energético total (CET), inevitablemente causará un aumento del tejido adiposo, que siempre se acompaña del incremento de la masa magra, así como también del peso corporal, en cuyo control el CET desempeña una función importante.

Gasto Energético

La obesidad primaria por su parte se relaciona primordialmente con un desequilibrio energético, que conlleva un progresivo aumento en el depósito de lípidos en el tejido adiposo del organismo. El desequilibrio energético esta dado, en la obesidad, por: un aumento de la ingesta de alimentos con reducción del gasto energético; por aumento excesivo de la ingesta o menos probablemente solo por la reducción sustancial del gasto energético.

La ingesta de alimentos nos determinará el aporte energético a través de las calorías ingresadas al organismo. El gasto energético por su parte estará determinado por: a) el Metabolismo Basal; b) la Termogénesis y c) la Actividad Física^{21, 22}.

Metabolismo basal:

Es el consumo de energía necesario para mantener las funciones vitales y la temperatura corporal. Para su medición se deben cumplir las siguientes condiciones:

- **Reposo:** el sujeto en total reposo y despierto.
- **Temperatura:** en un ambiente térmicamente neutro.
- **Ayuno:** se elimina el efecto de la termogénesis inducida por la dieta después de 12 a 18 horas.
- **Estrés:** se elimina cualquier factor d estrés porque la activación del sistema simpático y la liberación de catecolaminas aumentan el metabolismo.

Efecto termogénico de los alimentos:

²¹ Laura Beatriz López, Marta María Suárez. Fundamentos de Nutrición Normal. 1ª. Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.

²² Tibor Heim Aspectos teóricos y prácticos en nutrición y clínica en la infancia. Nestlé Nutrition. New York, 1985.

Se refiere al aumento del gasto energético por encima del índice metabólico de reposo que tiene lugar varias horas después de la ingestión de una comida.

Actividad muscular o trabajo muscular:

Se refiere al gasto energético necesario para el desarrollo de las diferentes actividades del individuo. En una persona moderadamente activa es del 15 al 30% de las necesidades de energía. De todos los componentes del gasto energético, el efecto térmico del ejercicio es el más variable, y por lo tanto el más fácil de modificar. Con el ejercicio intenso puede aumentar el gasto energético de 10 a 15 veces que en reposo.

La prevalencia de obesidad en los niños y adolescentes

En la Argentina de acuerdo a la Primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), realizada en el año 2005, la prevalencia de Sobrepeso y Obesidad, varía de acuerdo al patrón de referencia utilizado. Se rebeló el resultado nutricional de los niños preescolares y de la primera infancia de todo el país. La prevalencia varía de acuerdo a las tablas de referencias que se utilicen. De acuerdo a las tablas de la OMS el 10,4 % de los niños de 6 a 60 meses son obesos. De acuerdo de las tablas de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), lo es el 4'4% de los niños de 6 a 72 meses. La prevalencia de sobrepeso es del 31,5%.

La Argentina es un país en “transición nutricional” al igual que el resto de América Latina²³. Esta transición nutricional trae cambios dietéticos importantes, dentro de estos cambios podemos destacar los hábitos alimentarios (patrones alimentarios), la industrialización de la producción de las comidas, que derivó de alimentos hipocalóricos e hipergrasos, de escaso valor nutritivo, con abuso de conservantes y aditivos; y por otra

²³ O'Donnell y Carmuega E., 1998. La transición epidemiológica y situación nutricional de nuestros niños. CESNI Arch. Arg. De pediatría. 1998. 96:251-25.

parte el desarrollo tecnológico y de las comunicaciones, que propicia un mayor sedentarismo.

Etiología

La etiología de la obesidad se puede dividir en primaria, relacionada con un desequilibrio energético, representando un 95 % y secundaria un 5 %, se refiere a diversos trastornos derivados de enfermedades neuroendócrinas y/o genéticas.

La obesidad primaria por su parte se relaciona primordialmente con un desequilibrio energético, que conlleva un progresivo aumento en el depósito de lípidos en el tejido adiposo del organismo. El desequilibrio energético esta dado, en la obesidad, por: un aumento de la ingesta de alimentos con reducción del gasto energético; por aumento excesivo de la ingesta o menos probablemente solo por la reducción sustancial del gasto energético²⁴.

La obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales²⁵.

Es así que para desarrollar la obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas.

Se han identificado más de 360 genes involucrados en su fisiopatología; sin embargo, el rápido incremento en la prevalencia de obesidad no es explicado exclusivamente por cambios genéticos ya que el pool de genes sufre modificaciones que pueden tardar miles

²⁴ M. Bueno, O. Bueno, Obesidad infantil: En Nutrición en Pediatría. 3ra Ed. Madrid, 2006. p. 381-391.

²⁵ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Definición estándar de sobrepeso y obesidad en niños: estudio internacional British medical journal [en línea] 2000 [diciembre del 2006]; 320: (1-6). URL disponible en:

http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor3_01/933.pdf

de años en expresarse. Se ha sugerido que hasta el 50% de la variabilidad del peso corporal obedece a factores genéticos. Así, una importante proporción de la variabilidad del peso está relacionada con factores ambientales²⁶.

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo.

La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos alimentarios y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física.

Varios investigadores señalan la existencia de otros factores ambientales predisponentes a la obesidad como el destete temprano del lactante, insuficiente uso de la lactancia materna, la alimentación complementaria precoz antes del tercer mes de vida, el consumo de más de un litro de leche en el día. También se mencionan la formación de malos hábitos en la alimentación como la ausencia de desayuno, ingestión de grandes cantidades de alimentos en las últimas horas del día, comer muy rápido, ingestión de alimentos con exceso de azúcares simples²⁷. La dieta tiene un rol importante y la grasa dietaria es el macro nutriente más involucrado debido a su alto valor calórico y al débil efecto en la señalización de saciedad y por lo tanto en supresión del apetito. Sin

²⁶ Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. *Revista médica de Chile versión impresa* ISSN 0034-9887. 2005; 133: 713-722. Recuperado: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000600015

²⁷ Durá Travé T, Sánchez-Valverde Visus F. Obesidad Infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social. *Acta Pediátrica Española* [en línea] 2005 [12 de febrero del 2007]; 63:(204-207). URL disponible en: <http://www.gastroinf.com/OBESIDAD.pdf>

embargo, la prevalencia de obesidad ha ido en aumento aun cuando el promedio de ingesta calórica se ha estabilizado e incluso reducido en algunas poblaciones. El estilo de vida moderno, con una importante disminución de la actividad física, juega un rol al menos tan importante como la dieta.

La falta de percepción materna de sobrepeso en niños de jardín de infantes se asocia a mayor riesgo de sobrepeso en este grupo etario. JAIN Y COL. demostraron que muy pocas madres de niños con sobrepeso se mostraron preocupadas por la imagen y además estas madres no creían que los niños presentaban sobrepeso y, por lo tanto, eran indiferentes a ellos. La incapacidad de poner límites a los hábitos alimentarios de los niños podía estar relacionada con el uso de la comida como una herramienta para premiar o castigar a los niños^{28, 29}.

La etiología de la obesidad se puede dividir en primaria, representando un 95 % y secundaria un 5 %. Esta última se refiere a diversos trastornos derivados de enfermedades neuroendocrinas y/o genéticas.

Periodos críticos en el desarrollo de Obesidad

En los primeros años de vida la obesidad primaria está íntimamente ligada a la relación parental, principalmente con la relación madre-hijo, y la creencia cultural que relaciona gordura del niño con la salud.

²⁸ Hirschler V, González C, Cemente G, Talgham S, Petticnicchio H, Jadzinsky M. ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? Archivo Argentina de Pediatría [en línea] 2006 [26 de julio del 2006] ;104: (221-226). URL disponible en:

http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2006/arch06_3/v104n3a06.pdf

²⁹ Lama More RA, Alonso Franch A, Gil-Campos M. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. Anales de Pediatría [en línea] 2006 [20 de enero del 2007]; 65:(607-615).

El primer año de vida y la pubertad, comparten una etapa de rápido crecimiento con desarrollo de hiperplasia del tejido adiposo si es que existe estímulo necesario.

El IMC disminuye a los 2 años y vuelve a aumentar a los 6 años; esto es lo que se denomina rebote de adiposidad. Se define como a la edad del rebote adiposo a aquella en la cual comienza el ascenso de la curva del IMC. El rebote adiposo temprano tiende a asociarse con baja ganancia de peso en la infancia, y con un incremento mayor del IMC en la adolescencia, por lo tanto factores ambientales en la infancia temprana, podrían estar relacionados con la adecuada regulación de la ingesta energética y con el mayor riesgo de obesidad en la adolescencia y la edad adulta.

Estos periodos “son vulnerables para el desarrollo de la obesidad, ya que coinciden con las etapas de rápido crecimiento del tejido adiposo en lo cual factores externos, como la sobrealimentación, estimularían un mayor crecimiento en el número de adipocitos por replicación o maduración de preadipocitos”.³⁰

Períodos vulnerables

1. Período prenatal y postnatal (primer año de vida).
2. Entre 5 y 7 años (rebote de adiposidad).
3. Adolescencia.

Estas etapas se caracterizan por la marcada influencia familiar en el desarrollo de la obesidad, ya que es aquí donde se establecen los hábitos alimentarios y las características personales del niño en cuanto a su actividad física o sedentarismo.

³⁰ Humberto E. Fain, “Obesidad Infantil: Realidad y Prevención”, Revista OMINT, Año 4, N° 1, Abril 2007

Complicaciones

La Obesidad tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a la Obesidad, tiene mayor riesgo de padecerlas los adultos que fueron obesos en la infancia y adolescencia.

Los niños con obesidad tienen repercusión en toda la economía que implica alteraciones en diferentes subsistemas, por lo cual muchos especialistas mencionan el Síndrome Metabólico que incluye además de la obesidad, a la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, elevación de las LDL y VLDL, disminución de las HDL, hiperuricemia y aumento de la resistencia a la insulina. No es por tanto un trastorno único, por el contrario se acepta que es un grupo heterogéneo de trastornos asociados que repercuten grandemente en la morbilidad y mortalidad.

La mayoría de los signos dismórficos, alteraciones dermatológicas y deformidades esqueléticas encontradas fueron las relacionadas con el desarrollo de la obesidad expresado en su tipo mórbido.

Son suficientes 6,50 a 9 Kg. de más para provocar arcos planos o inflamación de la placa de crecimiento en los talones señaló Haycock, quien también afirma que solía ver ese dolor de pie en niños muy activos y que ahora los sufren cada vez más los chicos con sobrepeso. Lo que está claro es que los problemas en los pies de los niños obesos pueden provocar un círculo vicioso, en el que el dolor de pie les hace más difícil abandonar el sedentarismo, lo que a su vez dificulta bajar de peso.

Se encontró que los escolares obesos presentaron mayor frecuencia de dificultad respiratoria nocturna, trastornos en el sueño y dificultades en el aprendizaje que los eutróficos³¹.

Las principales complicaciones médicas de la obesidad son: enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del

³¹ M. Bueno, O. Bueno, G. Bueno. Obesidad Infantil. En: Nutrición en pediatría. 3ra Ed. Madrid; 2006. P.381-391.

hígado, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa y periodontal.⁴⁻⁶ Otras afecciones, como la gota, la hipertensión arterial (HTA), los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa. Las personas con obesidad tienen, además, un mayor riesgo quirúrgico. La asociación de la obesidad con estas enfermedades no siempre es causal; muchas cuestiones aún están sometidas a debate y, a veces, estos son controversiales³².

Problemas psicosociales: Depresión, inseguridad, marginación, falta de autoestima, alteraciones en la percepción del esquema corporal.

Problemas de crecimiento: Aumento de la masa magra, edad ósea avanzada, talla aumentada, menarca adelantada.

Problemas Pulmonares: Apneas del sueño, hipoventilación alveolar.

Problemas en la piel: Estrías y pseudoacantosis.

Problemas ostearticulares: Necrosis aséptica de la cadera, deformidades en varo o en valgo de las extremidades, hernias de discos intervertebrales.

Enfermedades hepáticas: Esteatosis, esteatohepatitis, aumento de la incidencia de litiasis biliar.

Enfermedades cardiovasculares: Hipertensión, aumento del volumen cardíaco, aterosclerosis.

Enfermedades metabólicas: Hiperlipidemias, Diabetes, Aumento en la resistencia a la insulina, hiperinsulinemia.

³² ACIMED v.20 n.4 Ciudad de La Habana oct. 2009 file:///D:/Tesis/Documentos/complicaciones%20scielo.htm

Importancia de la Alimentación en el Niño Preescolar

Es reconocida la relación existente entre el estado de nutrición y el estado de salud. Esta dependencia se agudiza durante los períodos de la vida preescolar, escolar y adolescente dado que a estos períodos se registra la mayor demanda de nutrientes, que favorecen un adecuado estado de salud físico, mental y social.

Como los niños están creciendo y desarrollando los huesos, dientes y músculos necesitan más alimento nutritivo en proporción con su peso con los adultos.

Durante el período comprendido entre el primer año de vida y la adolescencia, los niños sufren una transición notable en la alimentación. Inician la vida como receptores pasivos de alimentos, pasan a través de una fase exploratoria de la comida, que debe ser regulada por los padres, y finalmente asumen el control total de su consumo dietético. Durante la transición el niño debe aprender la importancia de una buena alimentación. Es fundamental el rol de la familia en este aprendizaje.

Edad Preescolar

La edad preescolar comprende desde el primero hasta los cinco años de edad.

Crecimiento y desarrollo

Esta etapa se caracteriza por una desaceleración del crecimiento. La ganancia de peso es de 2,5 a 3,5 kg por año entre los cuatro y seis años de edad. La talla aumenta 5 a 7 cm a partir del cuarto año de vida.

También ocurren otros cambios en composición corporal. Desde el primer año de vida hasta los 5 años el agua corporal total de la masa magra disminuye de 79 a 77%. Durante este período la disminución del líquido extracelular y el aumento en el líquido

intracelular es mayor en los niños que en las niñas. Esto indica que la masa celular es mayor en el sexo masculino que en el femenino, confirmándose a través de los valores más altos de potasio corporal total, contenido de proteínas y densidad de masa magra. El mineral óseo de la masa magra incrementada de 3,0 a 3,6% en los niños, pero no en las niñas. Un intenso recambio óseo ocurre durante los primeros 4 años de vida.

A partir de los 5 años comienzan a observarse diferencias sustantivas en el contenido mineral óseo de la masa magra entre sexo.

Desde la infancia hasta los 5 años de edad ocurre una acumulación proporcionalmente mayor de tejido adiposo subcutáneo en las extremidades que en el tronco.

ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA

Varios estudios descriptivos, afirman que la percepción materna alterada del estado nutricional de sus hijos es un factor de riesgo que aumenta la prevalencia de malnutrición por exceso.

- Un Estudio transversal realizado que forma parte de la línea de investigación “Percepción materna del peso del hijo en el Noreste de México”³³. Para seleccionar a los hijos participantes de forma aleatoria se seleccionó la zona número 17 del área urbana de Nuevo Laredo, que incluye ocho escuelas. Cada uno de los directores de las escuelas proporcionó el listado de los alumnos inscritos en el periodo escolar 2009-2010, lo que permitió identificar una población de 720 alumnos (359 hombres y 371 mujeres). *Mediciones.* Las madres proporcionaron la información socio demográfica necesaria. Para evaluar la PM por imágenes del peso del hijo se utilizó el panel de siete imágenes de Warschburger y Kröler (2009), que estima el índice de masa corporal (IMC) en percentiles y se solicitó a la madre encerrar en un círculo la imagen que representaba la figura de su hijo. De acuerdo con los autores, las imágenes fueron evaluadas por expertos en OB infantil con una concordancia alta en las imágenes con SP. Se encontró que respecto de los hijos, 51.70% ($n=168$) pertenecía al sexo femenino y 48.30% al masculino ($n=157$), con edad de 4.6 años ($DE=0.71$). El 30.80% tenía SP-OB ($n=100$), 65.20% peso normal ($n=212$) y 4% ($n=13$) bajo peso. Y con respecto a la evaluación de la PM del peso del hijo de acuerdo al estándar de oro. Se encontró una concordancia de 69.23% para bajo peso, 44.81% para peso normal y 16% para SP-OB ($Z=0.0$, $p=0.50$), al aplicar la prueba de kappa de Fleiss se encontró una concordancia ligera de 0.001.

³³ Lara-García B, Flores-Peña Y, Alatorre-Esquivel MA, Sosa-Briones R, Cerda-Flores RM. Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México Salud Publica Mex 2011; 53:258-263

- Otro trabajo de investigación realizado sobre un total de 219 madres, en su mayoría de nacionalidad alemana. Las madres fueron reclutadas entre febrero y agosto de 2006 entre pacientes hospitalizadas de 9 clínicas especializadas en rehabilitación infantil y 9 jardines de infante municipales. Se solicitó la participación de madres que tenían niños en edad preescolar (1) entre 3 y 6 años y (2) y si los mismos padres tenían sobrepeso, eran de bajo nivel económico, o su hijo tenía sobrepeso. El 58,1% de los niños eran varones. El estudio fue aprobado por la Universidad de Potsdam.

Las madres informaron sobre su altura y peso. Dentro de las submuestras clínicas, se pesó a los niños con básculas mecánicas y se los midió con estadímetros. Se clasificó la existencia de sobrepeso en las madres de acuerdo a límites nacionales e internacionales ($IMC > 25$). Para el estado de peso del niño se utilizaron los datos objetivos de la muestra clínica. Se calculó un IMC estandarizado (IMC-PDE) basado en edad y género y se clasificó la existencia de sobrepeso de acuerdo a pautas nacionales (percentil de $IMC > 90$).

Para medir la percepción del estado de peso se les mostró a las madres un panel de siluetas. Fueron realizadas sobre la base de las medidas del niño (altura del cuerpo, columna vertebral y sínfisis, ancho de la cabeza y hombros, diámetro intercostal y de tórax, circunferencia de la cabeza, largo de brazos) recolectados durante el estudio longitudinal de Jena. Se realizaron 4 juegos de figuras que representaban grupos de diferente edad y género. En cada juego, 2 figuras representaban un niño con bajo peso (3 y 10 percentil). Las 3 figuras siguientes representaban niños de peso normal (25, 50 y 75 percentiles). Las últimas dos representaban un niño con sobrepeso y uno obeso (90 y 97 percentiles). Las siluetas fueron evaluadas por 26 expertos médicos en obesidad infantil para determinar si representaban correctamente los diferentes grupos de peso. Fueron presentadas de forma aleatoria, y se pidió a los expertos que las ordenaran

correctamente y que estimaran el percentil adecuado. 86% a 91% de estos expertos ordenaron las siluetas en el orden correcto; la mayor concordancia se dio en las siluetas con sobrepeso.

Se pidió a las madres que eligieran el set de siluetas pertinente a la edad y género para responder las siguientes preguntas: ¿Cuál de las siluetas cree que representa un niño con sobrepeso? (percepción de siluetas no relacionadas) y ¿Cuál de esas siluetas representa mejor el estado de peso de su hijo? (percepción de su propio hijo). Además se les consultó sobre su percepción de los riesgos en la salud mental y física asociados con el sobrepeso (por ejemplo: ¿Que silueta cree que tiene mayor riesgo de problemas de salud físicos?).

Se llegó a la conclusión en dicho estudio que las madres de niños con sobrepeso en general son capaces de identificar el sobrepeso en niños no emparentados pero no pueden reconocer el estado de sobrepeso en su propio hijo. Más aún, se asoció la subestimación del sobrepeso al nivel educativo de la madre en niños no emparentados, mientras que se encontraron dificultades en la identificación del estado de peso del propio hijo en el grupo de madres con sobrepeso y en las que tienen niños con sobrepeso. Estos descubrimientos tienen implicancias relevantes para la prevención de la obesidad infantil.

- Una investigación, que se llevó a cabo en el Hospital “Durand” de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, donde evaluaron a niños preescolares con riesgo de sobrepeso y sobrepeso, y a sus respectivas madres, arrojaron los siguientes datos: hubo una diferencia significativa en la prevalencia de distorsión de la imagen corporal entre las madres de niños con normopeso y aquellas madres cuyos hijos presentaban riesgo de sobrepeso y sobrepeso (17% contra 87% respectivamente), entre las 59 madres de niños con sobrepeso el 23,7 % (n=14) creían que su hijo realmente presentaba sobrepeso y

solo el 1,6 % (n=1) de 61 madres de hijos con riesgo de presentar sobrepeso consideraban que el riesgo de sobrepeso era real. Con respecto a la distorsión de la percepción materna sobre la ingesta infantil hubo una diferencia significativa entre las madres de niños con normopeso y aquellas cuyos hijos presentaban riesgo de sobrepeso o sobrepeso (36,3% contra 90,8 % respectivamente).³⁴

- Un estudio que se realizó en Monterrey, Nuevo León, México con sus objetivos en evaluar la percepción materna del peso del hijo por medio de dos pruebas, percepción por palabras (PP) y percepción por imágenes (PI) así como evaluar la validez de las dos pruebas mediante la determinación de la sensibilidad y especificidad. Se seleccionó un total de 418 diadas madre-hijo, a las madres se les aplicó un cuestionario de percepciones sobre la apariencia física y la salud. El IMC medido del hijo fue el estándar de oro. Se llegó a la conclusión que las madres de los niños con sobrepeso-obesidad subestiman el peso del hijo. Las imágenes son útiles para que las madres reconozcan esta situación.³⁵

- Otro estudio que se realizó con el objetivo de examinar los factores asociados a la percepción materna del estado de peso en niños emparentados y no emparentados y estudiar la posibilidad de riesgos para la salud física y mental de los niños. Participaron de este estudio 219 madres con niños de entre 3 y 6 años. Las madres fueron reclutadas entre pacientes de clínicas y jardines de infantes. Se les mostró a las madres 9 siluetas que representaban percentiles específicos de IMC de diferentes edades y géneros. Se evaluaron las variables demográficas y relacionadas con el peso respecto a su influencia en la precisión de la estimación de peso materna en general y de sus propios hijos. Los resultados obtenidos de las madres participantes, el 64, 5% identificó

³⁴ Arch.argent.pediatr 2006; 104(3):221-226

³⁵ Salud Publica Mex 2009;51:489-495

correctamente las siluetas con sobrepeso de niños en edad preescolar. Sin embargo, solo el 48,8% de las madres identificó las siluetas con sobrepeso con un riesgo mayor de problemas de salud físicos, y el 38,7% identificó las siluetas con un riesgo mayor para la salud mental. Las madres con un nivel de educación más bajo fueron tenían más probabilidades de no clasificar correctamente las siluetas con sobrepeso y de subestimar los problemas de salud relacionados. En cuanto a sus propios hijos, solo el 40,3% de las madres eligió siluetas que concordaban con el estado de peso objetivo de su hijo. Esta subestimación fue asociada a un estado de peso materno y niño más alto pero no a una incapacidad para identificar el estado de peso de los niños.³⁶

- Un estudio que se realizó en una población chilena, en el Hospital de Penco-Lirquén VIII región Chile, donde se estudió la percepción materna del estado nutricional de sus hijos, para determinar si esta era adecuada o no, encuestaron a 64 madres. Los resultados que se encontraron fue que un 98,4 % de las madres tenían conciencia que obesidad era una condición patológica, sin embargo, la percepción de estas en relación al estado nutricional de sus hijos obesos, fue considerablemente distorsionada, ya que el 37,5 % lo encontró solo un poco excedido de peso y el 26,6 % como peso normal. Dentro de los niños obesos, cabe resaltar que el 63,5 % de las madres son obesas. También se analizó el nivel de instrucción de los padres, del cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, comparando a los chicos obesos en relación al grupo control.³⁷

³⁶ Department of Psychology, University of Potsdam, Potsdam, Germany, 2009 - PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275)

³⁷ Revista Chilena de Pediatría, Vol. 71, Nº 4. Santiago, Julio 2000.

ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Evaluación del Estado Nutricional

La evaluación del crecimiento corporal es una forma habitual de valorar el estado nutricional. La valoración del estado nutricional (VEN), es un instrumento operacional que permite definir conductas clínicas o epidemiológicas; sobre todo cuando se realiza en forma longitudinal desde la atención primaria en consultorios pediátricos.

Definición de la OMS

De acuerdo con la OMS puede definirse a la evaluación del estado nutricional (VEN) como la “interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos antropométricos, (bioquímicos) y/o clínicos, y que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa.”³⁸ Como se desprende de lo dicho hasta aquí:

- no existe un acuerdo universal en la forma de definir-clasificar las distintas alteraciones de la situación nutricional.
- Puede hablarse de una VEN para cada nutriente en particular con indicadores que son diferentes en cada caso.
- La VEN puede desarrollarse en condiciones clínicas y en condiciones comunitarias pero en ambos casos los indicadores y su interpretación suelen ser diferentes
- La VEN abarca a muy distintos nutrientes y para cada uno existen indicadores diferentes
- Los indicadores de VEN útiles en los estadios tempranos de la desnutrición son muy sensibles pero muy poco específicos mientras que los utilizados en los estadios finales son muy específicos aunque muy poco sensibles para el diagnóstico temprano.

³⁸ Carmuega E., Durán P. Evaluación del Estado Nutricional en Pediatría. Boletín. Censi. Buenos Aires. 2000.

- El criterio clínico y la finalidad del diagnóstico nutricional determinan el margen de sensibilidad / especificidad que se adopte.

Clasificación de Indicadores de Estado Nutricional

Un indicador es una medida objetiva y representativa de la situación nutricional. Como todos tienen sus virtudes y falencias, es indispensable conocerlos y saber qué es lo que se puede esperar de cada uno de ellos.

Entre tanta diversidad de indicadores que contribuyen a la complejidad y confusión en el tema es difícil establecer un criterio único para la clasificación y descripción de los indicadores de estado nutricional.

Por su objetivo pueden clasificarse en indicadores para el diagnóstico comunitario y para el diagnóstico clínico.

Por el tipo de indicadores utilizados:

- en alimentarios, cuando básicamente registran ingesta o ingesta y necesidades,
- bioquímicos cuando objetivaban la alteración metabólica o funcional de la carencia de un nutriente,
- clínicos cuando surgen de la semiología nutricional y
- antropométrica y de composición corporal cuando miden la alteración de tamaños y relaciones corporales o de sus principales compartimentos.

Una clasificación operacional puede agrupar a los indicadores según su selectividad para el diagnóstico de determinada condición, por ejemplo indicadores útiles para el diagnóstico de desnutrición global, de anemia, de síndromes malabsortivos en general, de obesidad, para monitoreo de las complicaciones de la alimentación parenteral, etc.

Evaluación Antropométrica

La evaluación antropométrica es uno de los recursos más sencillos, útiles y económicos para determinar la situación nutricional de la comunidad, especialmente en niños y ha sido uno de los ejes de vigilancia nutricional para focalizar intervenciones alimentarias o de salud.

Los objetivos de esta evaluación permiten:

- Interpretar el proceso de crecimiento como indicador del estado nutricional del niño.
- Arribar a un diagnóstico del estado nutricional en individuos o en grupos de población.
- Definir una conducta a seguir para determinar un plan alimentario.
- Evaluar el crecimiento y la velocidad del crecimiento del niño permitiendo detectar precozmente posibles alteraciones.
- Identificar los períodos de crecimiento del niño.

La antropometría es la medición de segmentos corporales que, comparados con patrones de referencia, permiten realizar diagnósticos nutricionales³⁹.

Población de referencia

Se entiende por población de referencia a la distribución de los indicadores en una población normal y que han vivido en condiciones ambientales favorables. Son valores de normalidad que se utilizan para comparar en cada indicador el valor observado en el sujeto.

La población de referencia utilizada en esta investigación es:

³⁹ Marisol Díaz. Evaluación del Crecimiento. En: Lorenzo J Guidone ME y col. Nutrición del niño sano. 1ra ed. Corpus; 2007. p. 1- 21

Población de referencia internacional: es propuesta por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), y está construida con datos de niños norteamericanos, y utilizada para comparar poblaciones de distintas raíces etnográficas. Publicada por el National Center for Health Statistics (N.C.H.S.)

Medidas

Las medidas corporales reflejan el proceso de crecimiento, sin embargo no hacen diagnóstico nutricional por sí solas.

- Peso corporal
- Longitud corporal o talla

Las dos mediciones básicas son el Peso Corporal y la Talla o Longitud Corporal, ambas tienen méritos y limitaciones, y la combinación de ambas enriquecen la información que proveen.

Peso corporal (P)

El P es una medición precisa y confiable⁴⁰, es de práctica obtención y facilidad de comprensión para madres y trabajadores sanitarios. Sus únicos requisitos son una balanza sensible, calibrada y la precaución de pesar a los niños siempre con la misma cantidad de ropa o desnudos y en el mismo momento del día.

El peso determina masa corporal, no sirviendo para discriminar composición corporal, pues es la suma de tejido magro, adiposo, óseo y otros componentes menores.

Longitud Corporal (LC) – Talla (T)

Aquí se utilizan dos términos, longitud corporal, cuando los niños son medidos en decúbito supino, y talla o estatura, cuando son medidos en posición de pie.

⁴⁰ Girolami Daniel H. Fundamentos de la Valoración Nutricional y Composición Corporal. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.

Cáp.14:172.

La medición de la LC o T solamente determina la longitud de los huesos. La Estatura se afecta más lentamente que el peso, y por lo tanto más tardíamente en una situación de déficit nutricional⁴¹.

En las tablas internacionales la longitud corporal se evalúa hasta los 2 años inclusive, evaluándose la estatura de pie a partir de entonces. A diferencia en las tablas nacionales que lo hacen a partir de los 4 años.

Indicadores

Los indicadores antropométricos son valores de composición corporal, surgen de combinar una medida corporal (como el peso o la talla) con la edad o con otra medida.

Los indicadores permiten identificar o seleccionar a los individuos con mayor probabilidad de riesgo o daño.

A partir de la relación de las medidas Peso y Talla, se puede establecer el IMC (Índice de Masa Corporal); en donde la talla en metros es elevada al cuadrado y el peso esta expresado en Kg. Se requiere saber la edad del niño al ser evaluado. Este resulta ser una adecuada definición antropométrica de sobrepeso y obesidad.

El IMC es un indicador antropométrico de excesivo uso, y de suma utilidad para la definición de sobrepeso y obesidad. Se recomendó el IMC para la edad como el mejor indicador para el empleo en niños y adolescentes. La interpretación del IMC en los niños depende de la edad y sexo (a diferencia de los adultos), además el porcentaje de masa corporal difiere en niños y niñas a medida que maduran.

Al elevar la estatura al cuadrado se logra neutralizar, parcialmente, la influencia de ésta sobre el tamaño corporal total.

Tiene buena correlación con la grasa subcutánea y grasa corporal total en los adolescentes.

⁴¹ Girolami DH. "Fundamentos de la Valoración Nutricional y Composición Corporal". Buenos Aires: El Ateneo; 2003. Cap.28:382

Percentiles

Es el indicador clínico más comúnmente usado para determinar los patrones de crecimiento de niños individuales.

Determinan la posición de la medida de un individuo indicando a qué por ciento de la población de referencia iguala o excede.

Tablas de Índice de Masa Corporal

Se ha alcanzado a una nueva definición (punto de corte), de sobrepeso y obesidad para niños y adolescentes de ambos sexos, basado en un conjunto de datos de crecimiento provenientes de seis regiones diferentes del planeta, que se consideran adecuadamente representativas. Se trata de una definición menos arbitraria que las anteriores, que eran regionales y permite comparar prevalencia de sobrepeso y obesidad de diferentes poblaciones del mundo.

Se definieron los valores de IMC para cada sexo entre los 2 y 18 años, que se corresponden con los valores de 25 kg. /m² y 30 kg. /m² del adulto considerados como punto de corte de sobrepeso y obesidad.

No se ha establecido para entonces puntos de corte válido para desnutrición en estas tablas de IMC, por los cuáles no pueden utilizarse para ese fin⁴².

Descripción de las curvas de crecimiento del Ministerio de Salud de la Nación, 2007

Longitud/Estatura para la edad, de 0 a 6 años

Este grafico se presenta por separado para niñas y para niños.

⁴² O'Donnell, AM. Evaluación del estado nutricional en pediatría. PRONAP. 2000.

El gráfico está elaborado desde el nacimiento hasta los 5 años con datos del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006, y desde los 5 a los 6 años con datos del patrón de crecimiento OMS/NCHS.

Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) de la longitud corporal según la edad hasta los 2 años y de la estatura según la edad de los 2 a los 6 años.

Advertencia: cabe destacar que, anteriormente, los niños se medían acostados hasta los 4 años; mientras que actualmente, solo hasta los 2 años.

Eje horizontal: La escala de la edad se presenta en meses y años cumplidos desde el nacimiento hasta los 6 años. La edad se debe graficar en meses cumplidos y años cumplidos.

Eje vertical: La escala de la longitud/estatura se presenta en cuadrícula cada centímetro y reparos a cada 5 centímetros, desde 45 a 130 centímetros.

Peso para la edad, de 0 a 6 años

Este gráfico se presenta por separado para niñas y para niños.

El gráfico está elaborado desde el nacimiento hasta los 5 años con datos del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006, y desde los 5 a los 6 años con datos del patrón de crecimiento OMS/ NCHS.

Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) del peso según la edad.

Eje horizontal: La escala de la edad se presenta en meses y años cumplidos desde el nacimiento hasta los 6 años. La edad se debe graficar en meses y años cumplidos.

Eje vertical: La escala del peso se presenta en cuadrícula por kilogramo con reparos cada 2 kilogramos, desde 0 a 30 kilogramos.

Índice de Masa Corporal, de 1 a 6 años

Este gráfico se presenta por separado para niñas y para niños.

El gráfico está elaborado con datos del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006 y desde los 5 a los 6 años con datos del patrón de crecimiento OMS/NCHS.

Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 85 y 97) del IMC según la edad.

Eje horizontal: La escala de la edad se presenta en meses y años cumplidos desde 1 a 5 años.

Eje vertical: La escala del IMC es en Kg/m² con cuadrícula cada 0,1 kg/m² y reparos cada 0,5 kg/m² y 1,0 kg/m² desde 12 a 20 kg/m².

Área de Estudio

Escuela Nuestra Señora de la Rocca N° 1190, ubicada en calle Camilo Aldao 2051.
Distrito: Oeste de la ciudad de Rosario Provincia de Santa Fe.

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de corte transversal.

Tipo de Diseño

Descriptivo.

Población en Estudio

La población se conformó con 51 niños y niñas con sus respectivas madres, que estuvieran en el rango etario de 4 a 5 años que concurren a pre-escolar en turno mañana y tarde en la Escuela Nuestra Señora de la Rocca N° 1190, ubicada en calle Camilo Aldao 2051 de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Los datos se recogieron durante la primera quincena del mes junio del año 2012.

Muestra

La muestra está constituida por 51 niños y niñas con sus respectivas madres, en el rango etario de 4 a 5 años. Los datos fueron recogidos durante la primera quincena del mes de junio de 2012.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a todos los niños de 4 a 5 años que cursaban pre-escolar de dicha escuela, a los cuáles fue posible realizar las mediciones antropométricas correspondientes de manera correcta.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos niños de 4-5 años de edad, a los cuáles no fue posible realizarles las mediciones respectivas para su evaluación antropométrica, debido a que los niños se negaban a hacerlo, o aquellos que no concurrían actualmente al Jardín por presentar algún problema de salud.

Reparos Éticos

Mediante un consentimiento informado, se les informó a las madres o tutor de los niños participantes en el estudio, sobre los objetivos del mismo. Se obtuvieron las firmas de autorización para participar en la investigación, en el documento por escrito ya mencionado.

Instrumentos de recolección de la información

La información se recolectó por medio de un cuestionario, con preguntas de selecciones múltiples; estructuradas y cerradas, que fueron respondidas por la madre del niño. Además se obtuvieron datos respecto a la percepción materna acerca del estado nutricional de sus hijos mediante un test de 7 siluetas de Warschburger.

Para su implementación, se le dio a cada madre un consentimiento informado por parte de la vicedirectora responsable del pre-escolar, para que concurran a éste con el fin de encuestarlos a cada uno de ellos. Previamente al comienzo del llenado de la encuesta se le explicó de manera clara y precisa a todas las madres reunidas, sobre el contenido y los objetivos de tal encuesta, también sobre la forma en que tenían que llenarla, con el fin de que sea comprensible y de que las respuestas sean las correctas para lograr el objetivo.

Variables e indicadores antropométricos

Las variables que se relevaron para llevar a cabo la construcción de los indicadores son: sexo edad, peso y talla.

El indicador que se usó es: IMC (Índice de Masa Corporal)

El Índice de Masa Corporal (IMC) en los niños de 4 a 5 años fue categorizado por sexo y edad conforme al estándar internacional.

Instrumentos de medición y técnica de realización

Se utilizó una balanza digital electrónica, que permitió pesar individuos con una precisión cada 100 gr.; posee visor digital; con capacidad de pesaje hasta 150 kg; posee plataforma de vidrio templado, necesita de pre accionamiento antes de ser usada. La balanza puede presentar una variación máxima de 1% (para más o para menos).

El pesaje se realizó descalzo, con el uniforme del Pre-escolar (buzo y pantalón de invierno), de pie en el centro de la balanza, sin apoyo y con el peso distribuido en forma pareja en ambos pies.

El resultado se registró en kilogramos con un decimal.

Para medir la talla se utilizó un centímetro inextensible graduado en milímetros colocado en la pared en forma vertical, se utilizó una escuadra móvil que se desplaza en sentido vertical manteniendo el ángulo recto con la superficie vertical (pared).

El individuo fue medido de pie, erguido, descalzo, con los pies, talones y rodillas juntas, la cabeza se alinea en plano de Frankfort (arco orbital al mismo nivel que el trago de la oreja). La medición fue efectuada al finalizar una inspiración profunda, deslizando la escuadra hacia abajo a lo largo del plano vertical hasta tocar la cabeza del sujeto, registrándose el resultado en centímetros con un decimal.

Sistema de Carga y Procesamiento de la información

Los datos previa codificación son introducidos en una planilla de cálculo Excel para ser procesados posteriormente, por SPSS (Versión 11.5) en Windows 7.

La información obtenida acerca de los datos antropométricos fue volcada en una planilla, la cual incluía: la edad (año y meses) y el sexo de cada uno de los niños, con la finalidad de obtener un código de identificación anónima. Con los datos obtenidos se calculó el IMC, (peso/talla²). También con estos datos se obtuvieron los percentilos del el IMC, tomando los estándares del CDC (National Center for Chronic Disease).

A partir del IMC percentilado se realizó el diagnóstico del estado nutricional. Los resultados fueron expresados en gráficos de barra, previa introducción en la planilla de cálculo de Excel.

TRABAJO DE CAMPO

La población se conformó con 51 pares de madres y sus hijos de 5 años, que cursan preescolar en la Escuela Nuestra Señora de la Rocca N° 1190, ubicada en calle Camilo Aldao 2051 de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

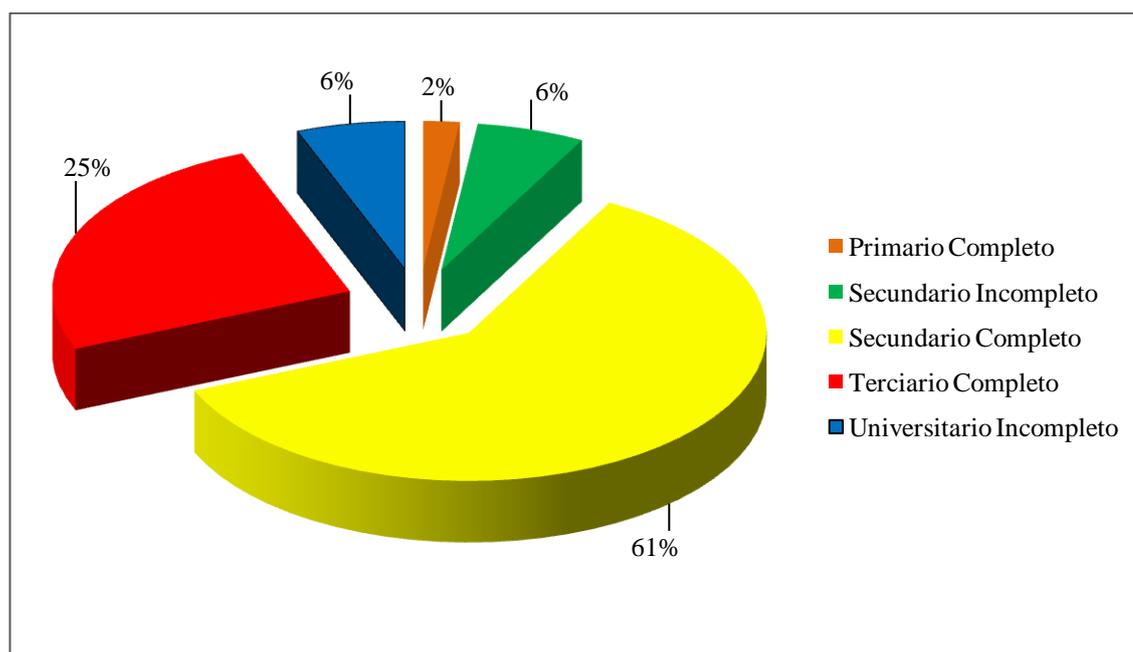
Cuadro 1

ESCOLARIDAD DE LAS MADRES			
	n	%	
Primario Completo	1	2,0	bajo
Secundario Incompleto	3	5,9	medio
Secundario Completo	31	60,7	
Terciario Completo	13	25,5	superior
Universitario Incompleto	3	5,9	
	51	100	

El 98 % (50) de las madres tienen un nivel de escolaridad, medio o superior.

Grafico 1

Escolaridad de las Madres



Cuadro 2

SEXO DE LOS NIÑOS		
	n	%
Femenino	29	56,9
Masculino	22	43,1
	51	100

+

PESO DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO					
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	
Femenino	1	14	8	6	29
Masculino	0	17	2	3	22

PORCENTAJE DE PESO DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO					
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	
Femenino	2,0	27,5	15,7	11,8	56,9
Masculino	0,0	33,3	3,9	5,9	43,1
	2,0	60,8	19,6	17,6	100,0

El 100% (51) son el total de niños estudiados.

El 60.8% (31) de los niños tienen peso normal y 1,9% (1) bajo peso, mientras que el 19.6% (10) tiene sobrepeso y en el 17.6% (9) obesidad.

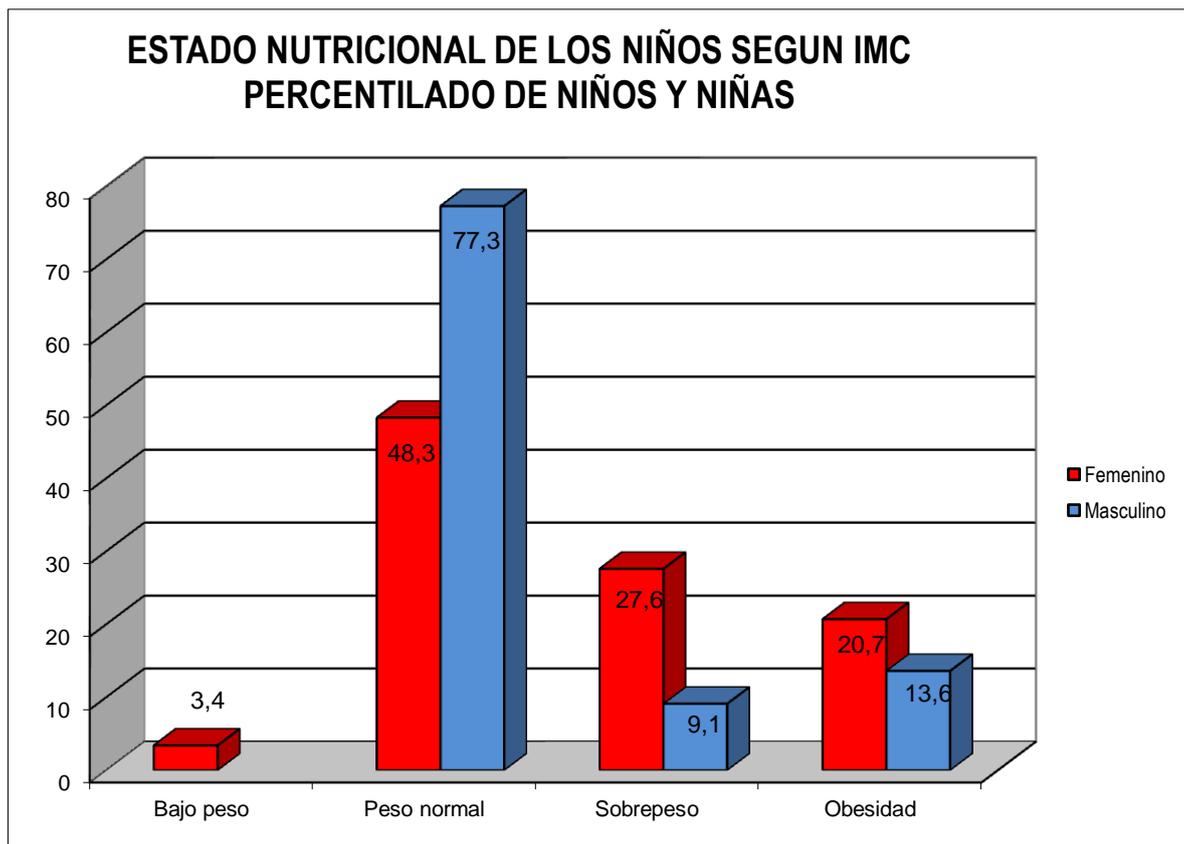
El 56.9% (29) de los alumnos, son niñas y el 43,1% (22) son niños.

De las niñas observadas el 3.4% (1) tiene bajo peso, peso normal 48.3% (14), sobrepeso 27.6% (8) y obesidad 20,7% (6).

De los niños observados el 0% (0) bajo peso, peso normal 77,3% (17), sobrepeso 9% (2), obesidad 13,6% (3).

Es decir, el sobrepeso y/u obesidad se presenta en una proporción superior al doble en niñas que en niños.

Gráfico 2



Cuadro 3

EDAD DE LOS NIÑOS		
	n	%
5,0 - 5,3	12	23,5
5,4 - 5,7	27	53,0
5,8 - 5,11	12	23,5
	51	100

La distribución de los niños en función a su edad es de la siguiente manera: el 23.5% (12) de los niños tienen entre 5 años y 5 años y tres meses; otro 23.5% (12) de los niños entre 5 años y 8 meses y 5 años y 11 meses; y se concentran un 53.0% (27) en niños entre 5 años y 4 meses y 5 años y 7 meses.

Únicamente se observa un niño con bajo peso en el rango 5.4 – 5.7. El único rango que no presenta casos de obesidad es el de 5.0 – 5.3.

Cuadro 4

MEDICIONES REALIZADAS EN LOS NIÑOS						
	\bar{x}	Mna	D.S.	Valor Máx.	Valor Mín.	C.V.
Peso	21,6	21,9	2,7	30,0	14,8	12,5
Altura	1,10	1,20	0,1	1,24	0,70	9,1
Edad	5,4	5,4	0,2	5,11	5,0	3,7
I.M.C.	17,4	16,5	3,5	34,48	12,35	20,1

Cuadro 5

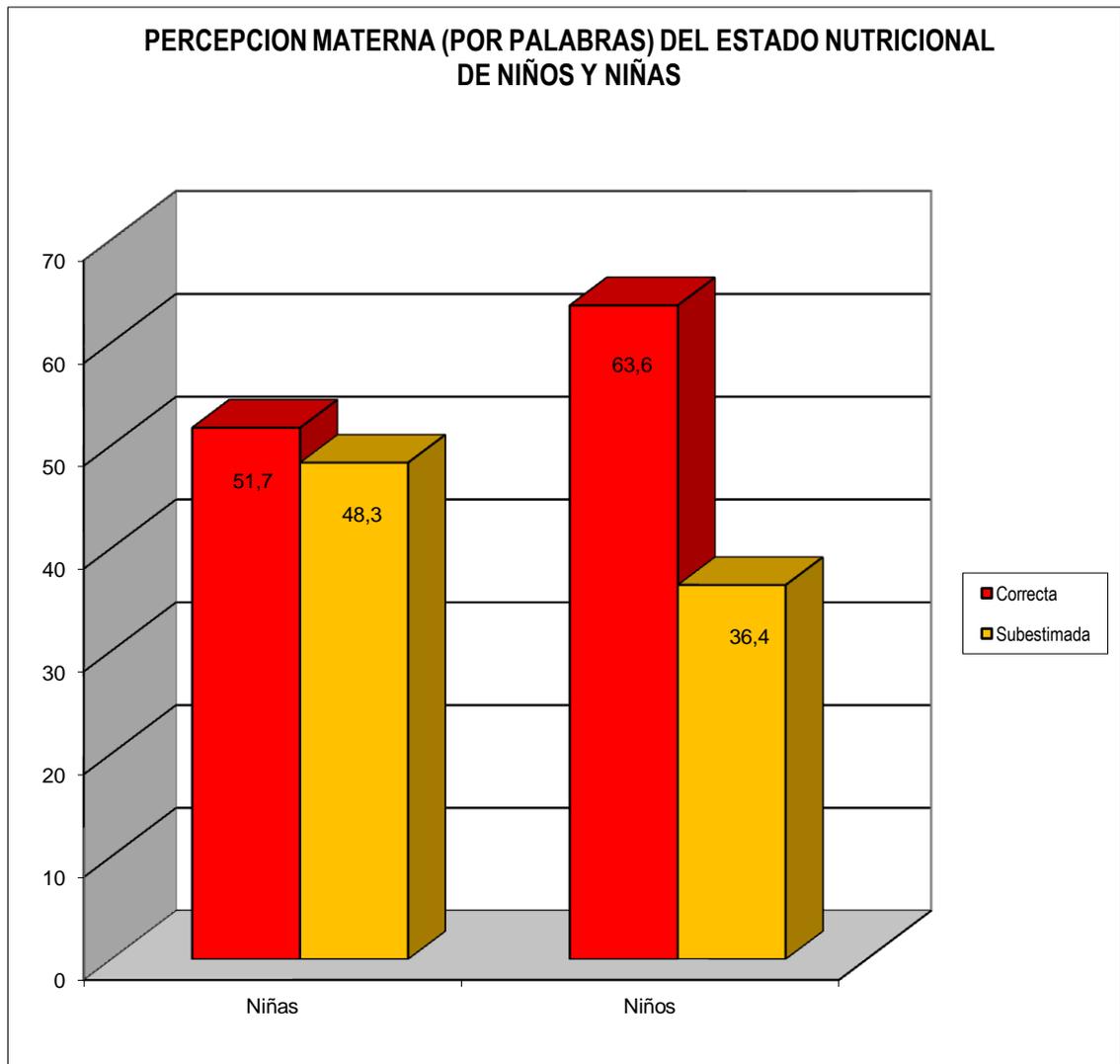
RESULTADO DE LA PRUEBA PERCEPCION POR PALABRAS DE ACUERDO CON EL ESTANDAR DE ORO.									
Estándar de Oro	Bajo Peso		Peso Normal		Sobrepeso		Obesidad		
Percepción por palabras	n	%	n	%	n	%	n	%	
Positiva	1	100,0	28	90,3	0	0,0	0	0,0	29
Negativa	0	0,0	3	9,7	10	100,0	9	100,0	22
Total	1	100,0	31	100,0	10	100,0	9	100,0	51
<u>Percepción negativa</u>									
Subestimación	0	0,0	3	100,0	10	100,0	9	100,0	22
Sobrestimación	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Total	0	0,0	3	100,0	10	100,0	9	100,0	22

	Selección silueta de salud	Bajo Peso	Peso Normal	Sobrepeso	Total
	Percepción negativa PP	n	n	n	n
Subestimados	Bajo Peso		3		3
	Peso Normal		17	1	18
	Sobrepeso		1		1
	Total		21	1	22

Percepción por Palabras: Las madres tienen una adecuada percepción, en el caso de peso normal (90.3%) y bajo peso (100.0%). En cambio, tanto para sobrepeso como para obesidad, la percepción es incorrecta en todos los casos, donde las madres no consiguieron reconocer el sobrepeso y la obesidad de sus hijos. En los casos en que la percepción es incorrecta, es notorio que en la totalidad de los casos, hay subestimación (es llamativo que haya subestimación hasta en los casos de peso normal).

El 43.1% (22) de las madres que tuvieron percepción negativa, es decir subestimaron el peso de sus hijos, asociaron como silueta de salud, en un 95.5% de los casos, una figura de peso normal.

Gráfico 3



Cuadro 6

RESULTADO DE LA PRUEBA PERCEPCIÓN POR IMAGEN DE ACUERDO AL ESTÁNDAR DE ORO

Estándar de Oro	Bajo Peso		Peso Normal		Sobrepeso		Obesidad		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Percepción por imágenes									
Positiva	1	100,0	19	61,3	0	0,0	0	0,0	20
Negativa	0	0,0	12	38,7	10	100,0	9	100,0	31
Total	1	100,0	31	100,0	10	100,0	9	100,0	51
Percepción negativa									
Subestimación	0	0,0	12	100,0	10	100,0	9	100,0	31
Sobrestimación	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Total	0	0,0	12	100,0	10	100,0	9	100,0	31

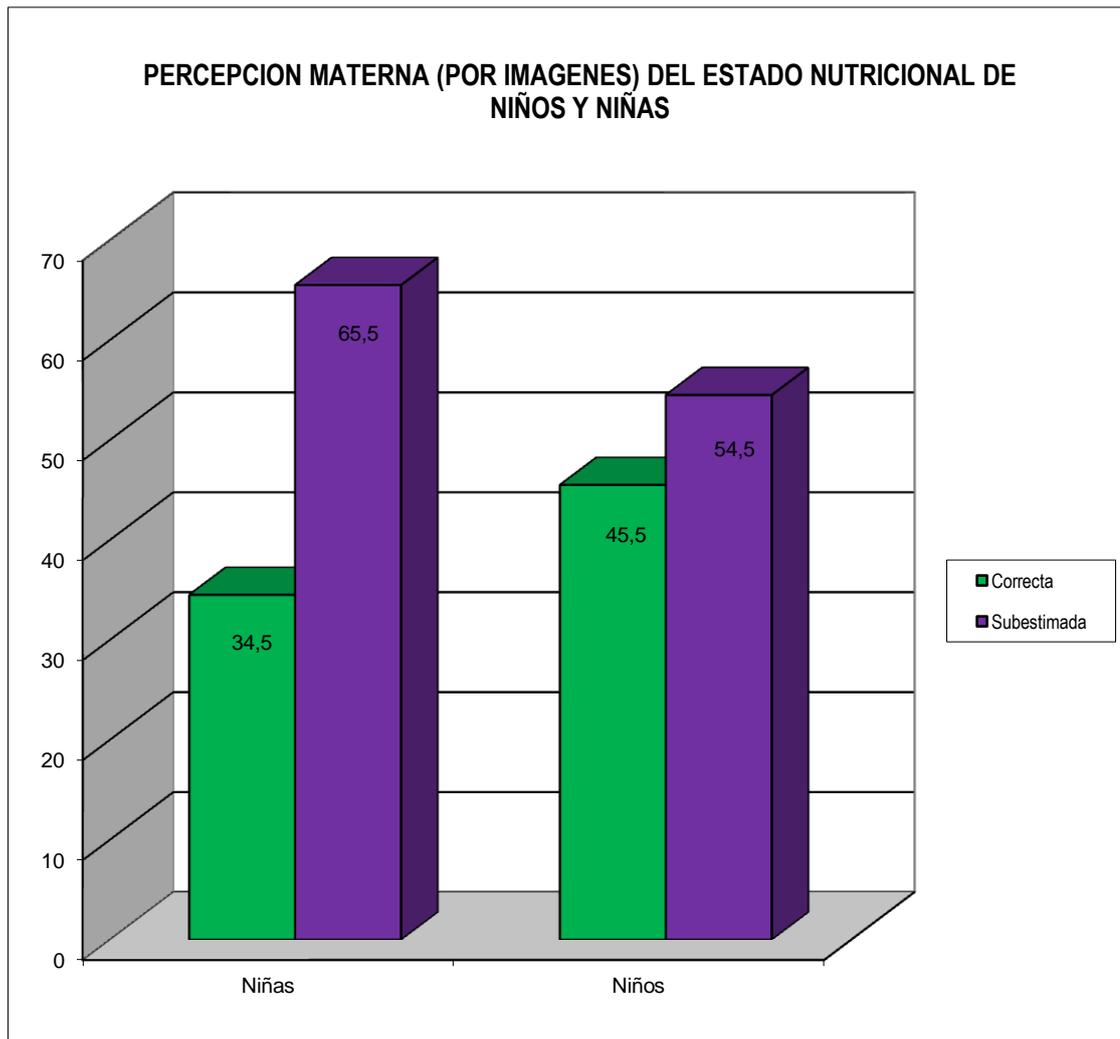
	Selección silueta de salud	Bajo Peso	Peso Normal	Sobrepeso	Total
	Percepción negativa PI	n	n	n	n
Subestimados	Bajo Peso	1	15		16
	Peso Normal		14	1	15
	Total	1	29	1	31

Percepción por Imágenes: Como en el caso de percepción por palabras, en percepción por imágenes, las madres tienen una percepción incorrecta en todos los casos en niños con sobrepeso y obesidad. Para bajo peso, el único caso es percibido correctamente; y para peso normal, se presenta la siguiente distribución de la percepción: correcta (61.3%) e incorrecta (38.7%),

Tal como en PP, en PI se repite que en la totalidad de casos de percepción incorrecta, siempre se presenta subestimación, también incluyendo los casos de peso normal.

El 60.8% (31) de las madres que tuvieron percepción negativa, es decir subestimaron el peso de sus hijos, asociaron como silueta de salud, en un 93.5% de los casos, una figura de peso normal.

Gráfico 4



Cuadro 7

Sensibilidad y especificidad de las pruebas percepción por palabras y percepción por imágenes

Estándar de Oro	Percepción por palabras				Percepción por imágenes			
	Sobrepeso y Obesidad		Peso Normal		Sobrepeso y Obesidad		Peso Normal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva	0	0,0	28	90,3	0	0,0	19	61,3
Negativa	19	100,0	3	9,7	19	100,0	12	38,7
Total	19	100,0	31	100,0	19	100,0	31	100,0
Sensibilidad	0,0%				0,0%			
Especificidad	90,3%				61,3%			

Sensibilidad: probabilidad de clasificar correctamente un niño con sobrepeso / obesidad.

Especificidad: probabilidad de clasificar correctamente un niño con peso normal.

Percepción por Palabra

Sensibilidad: 0.0%

Especificidad: 90.3%

Ninguna mamá de niños excedido de peso percibe que su hijo tiene sobrepeso u obesidad.

Un alto porcentaje de mamás (90.3%) con niños en peso normal, lo percibe.

Percepción por Imagen

Sensibilidad: 0.0%

Especificidad: 61.3%

Ninguna mamá de niños excedido de peso percibe que su hijo tiene sobrepeso u obesidad.

El 61.3% de mamás con niños con peso normal, lo percibe.

Para la prueba de Sensibilidad, las madres no perciben que sus hijos están excedidos de peso, tanto en la prueba de imágenes como la de palabras.

En la prueba de Especificidad, las mamás tienen una mayor percepción correcta para la prueba por palabras que para la prueba por imágenes.

Cuadro 8

Prueba x2 de independencia entre escolaridad de las madres y PP.

R de Pearson	0,042
--------------	-------

Prueba x2 de independencia entre escolaridad de las madres y PI.

Cuadro 9

R de Pearson	-0,090
--------------	--------

Los valores de los cuadros 8 y 9 son muy cercanos a cero por lo tanto se determina que no existe relación entre las variables.

Coefficientes de correlación:

No se puede realizar los test Chi-cuadrado por presentar el 60% de las celdas con datos < 5.

Se calcula el coeficiente de correlación R de Pearson:

- a) Relación entre Escolaridad de las madres y la correcta PP = 0.042

b) Relación entre Escolaridad de las madres y la correcta PI = -0.090

En ambos casos, los valores son muy cercanos a cero, por lo tanto se determina que no existe relación entre las variables.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El estado nutricional de los 51 niños y niñas de 4 a 5 años, fue valorado según el IMC para la edad y sexo.

El 56.9% (29) de los alumnos, son niñas y el 43,1% (22) son varones.

El 60,8% (31) de los niños tienen peso normal y 2% (1) bajo peso, mientras que el 19.6% (10) tiene sobrepeso y en el 17.6% (9) obesidad.

Percepción por Palabras: Las madres tienen una adecuada percepción, en el caso de peso normal (90.3%) y bajo peso (100.0%). En cambio, tanto para sobrepeso como para obesidad, el 43.1% (22) de las madres subestimaron el peso de sus hijos.

Percepción por Imágenes: Como en el caso de percepción por palabras, en percepción por imágenes, las madres tienen una percepción subestimada en todos los casos en niños con sobrepeso y obesidad. Para bajo peso, el único caso existente, es percibido adecuadamente; y para peso normal, se presenta la siguiente distribución de la percepción adecuada (61.3%) y percepción subestimada (38.7%),

Conclusión

Se destaca que, todos los estados nutricionales clasificados como sobrepeso y obesidad fueron **subestimados** por sus madres.

Se encontró un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad no esperados en la muestra estudiada.

Este estudio se suma a los anteriores dando relevancia al tema de la distorsión materna del correcto crecimiento y desarrollo de sus niños.

En base a datos estadísticos:

- 1- Hay una proporción mayor en niñas (48.3%) con sobrepeso/obesidad, que en varones (22.7%).
- 2- Las madres tienen una percepción correcta (positiva) mayor en PP (56.9%) que en PI (39.2%).
- 3- Las madres que tienen una percepción negativa, tanto en PP como en PI, subestimaron el peso de sus hijos.
- 4- Las madres asocian siluetas de bajo peso o peso normal, como sinónimo de salud (en un único caso, consideran una figura con sobrepeso).
- 5- No existe relación entre escolaridad de las madres y su PP ni con su PI.

Se deberían implementar mayores controles del Estado Nutricional en edades escolares, destinadas a educar a madres o tutores de estos niños, a fin de lograr una adecuada identificación del crecimiento y desarrollo real de sus niños.

Incentivar la cantina saludable dirigida por padres de escolares, quienes son los más interesados en la salud de sus hijos, por este motivo todo el ámbito escolar tendrán que estar más instruidos sobre una alimentación sana y equilibrada.

Se podrían dictar talleres a cargo de profesionales de la salud, destinados a padres, escolares y docentes.

Y así creando una mayor conciencia de salud, se estaría invirtiendo prevención primaria.

BIBLIOGRAFÍA INTERNET

1. Rev. méd. Chile v.128 n.1 Santiago ene. 2000. Recuperado Enero 2000.
Disponible en:
www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000100015&script=sci_arttext
2. Rev Chil Nutr Vol. 29, N°3, Diciembre 2002
www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002
3. Rev Chil Nutr Vol. 29, N°3, Diciembre 2002. Recuperado Diciembre 2002.
Disponible en:
www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002
4. Percepción De Las Madres De Niños Con Obesidad Sobre Los Hábitos Alimenticios Y Sus Responsabilidades En La Alimentación De Los Hijos. Revista de Salud Pública y Nutrición - RESPYN Vol. 12 N°1 2011- Recuperado Enero 2011. Disponible en:
www.respyn.uaenl.mx/xii/1/articulos/percepcion_madres.html
5. Percepción De Las Madres De Niños Con Obesidad Sobre Los Hábitos Alimenticios Y Sus Responsabilidades En La Alimentación De Los Hijos. Revista de Salud Pública y Nutrición - RESPYN Vol. 12 N°1 2011- Recuperado Enero 2011. Disponible en:
www.respyn.uaenl.mx/xii/1/articulos/percepcion_madres.html
6. Desarrollo de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos. Noelia Carrasco Henríquez. Estudios Sociales. Universidad Autónoma del Estado de México. 2007. Recuperado Enero 2007. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>
7. Muñoz, A. Vínculo Afectivo. 2009. Recuperado el 22 de enero del 2010.
Disponible en: www.cepvi.com/psicología-infantil/vínculo_afectivo.shtml
8. Recuperado Marzo 2009. Disponible en:

http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/138/1/LASFAN_TASIASPRECONCEPTIVASYSURELACIONENLAFORMACIONDELAIMAGENCORPORALINFANTILENNI%C3%91OSOBESOSESTUDIOCOMPARATIVO.pdf

9. Recuperado agosto 2010. Disponible en:

http://uanl.academia.edu/MARTHALETICIACABELLO/Papers/1054827/Le_travail_social_au_Mexique

10. Recuperado el 6 de Julio 2011. Disponible en:

www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000500005&script=sci_abstract

11. EPH (Encuesta Permanente de Hogares), Censo Nacional del 2001, INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos); SIEMPRO (Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales, del Ministerio de Desarrollo Social). Recuperado Octubre 2010. Disponible en:

[www.maec.es/SiteCollectionDocuments/Cooperación española/Publicaciones/pae_argentina.pdf](http://www.maec.es/SiteCollectionDocuments/Cooperación%20espa%C3%B1ola/Publicaciones/pae_argentina.pdf)

12. Nutr. Hosp. v.19 n.1 Madrid ene.-feb. 2004. Recuperado el 17 de Febrero 2011.

Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000100010

13. Recuperado el 10 de Diciembre 2009. Disponible en:

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

14. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Definición estándar de sobrepeso y obesidad en niños: estudio internacional British medical journal [en línea] 2000 [diciembre del 2006]; 320: (1-6). Recuperado Diciembre 2006. Disponible en:

www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor_3_01/933.pdf

15. Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887. 2005; 133: 713-722. Recuperado Julio 2005.

Disponible en:

www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000600015

16. Durá Travé T, Sánchez-Valverde Visus F. Obesidad Infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social. Acta Pediátrica Española [en línea] 2005 [12 de febrero del 2007]; 63:(204-207). URL disponible en:
www.gastroinf.com/OBESIDAD.pdf
17. Hirschler V, González C, Cemente G, Talgham S, Petticchio H, Jadzinsky M. ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? Archivo Argentina de Pediatría [en línea] 2006 [26 de julio del 2006]; 104: (221-226). URL disponible en:
www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2006/arch06_3/v104n3a06.pdf
18. Lama More RA, Alonso Franch A, Gil-Campos M. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. Anales de Pediatría [en línea] 2006 [20 de enero del 2007]; 65:(607-615).
www.educacion.gob.es/dctm/ifiie/lineas-investigacion-innovacion/educacion-salud/programas-proyectos/guiaobesidadinfantilprofesionalessanitariosatencionprimaria.pdf?documentId=0901e72b8126cace
19. ACIMED v.20 n.4 Ciudad de La Habana oct. 2009
<http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v20n4/aci061009.pdf>
20. Recuperado Junio 2009. Disponible en:
www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n3/v104n3a06.pdf
21. Recuperado Noviembre 2011. Disponible en:
http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2009/Noviembre Diciembre/6-hijo.pdf
22. Recuperado el 31 de Mayo 2010. Disponible en:
www.scielo.cl/scielo.php?pid=0370-410620000004&script=sci_issuetoc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Gil, S.E., G. Romero y D.M. Ortega. La comida, los significados y los espacios de comensalidad de mujeres de la costa de Oaxaca. En A.E. Castro (Coord.) Salud, nutrición y alimentación: Investigación cualitativa. Monterrey, México: UANL. 2009
2. Contreras, J. Antropología de la Alimentación. Madrid. Eudema. 1993.
3. Berger, P. y T. Luckmann. La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu. 2005
4. Contreras, J. y M. Gracia Alimentación y cultura. Barcelona: Ed Ariel; 2005.
5. Salazar, JM, Montero M, Muñoz C, Sánchez E, Santoro E, Villegas J. Percepción Social: En Asociación Venezolana de Psicología. Psicología Social. México DF: Trillas, 2003: 77-108.
6. Bueno, M., Bueno O., Bueno G. Nutrición en pediatría. 3 Edición. Madrid. 2006
7. López, Laura, Suárez, Marta. Fundamentos de Nutrición Normal. 1ª. Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.
8. Rodríguez, M. Antropóloga. Magister en Salud Pública. UNR. Secretaria de Ciencia y Técnica, Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, Universidad Nacional de Rosario. Cuadernos de Antropología Social N° 17. pp. 117-137. 2003 ngarrote@agatha.unr.edu.ar
9. Tibor Heim Aspectos teóricos y prácticos en nutrición y clínica en la infancia. Nestlé Nutrition. New York, 1985.
10. O'Donnell y Carmuega E., 1998. La transición epidemiológica y situación nutricional de nuestros niños. CESNI Arch. Arg. De pediatría. 1998. 96:251-25.
11. M. Bueno, O. Bueno, Obesidad infantil: En Nutrición en Pediatría. 3ra Ed. Madrid, 2006. p. 381-391.

12. Fain, Humberto E. "Obesidad Infantil: Realidad y Prevención", Revista OMINT, Año 4, N° 1, Abril 2007
13. Bueno, M. Bueno, O, Bueno, G. Obesidad Infantil. En: Nutrición en pediatría. 3ra Ed. Madrid; 2006. P.381-391.
14. Carmuega E., Durán, P. Evaluación del Estado Nutricional en Pediatría. Boletín. Censi. Buenos Aires. 2000.
15. Díaz, Marisol. Evaluación del Crecimiento. En: Lorenzo J Guidone ME y col. Nutrición del niño sano. 1ra ed. Corpus; 2007. p. 1- 21
16. Girolami, Daniel H. Fundamentos de la Valoración Nutricional y Composición Corporal. Buenos Aires: El Ateneo; 2003. Cáp.14:172.
17. Lejarraga. En Girolami DH. Fundamentos de la Valoración Nutricional y Composición Corporal. Buenos Aires: El Ateneo. 2003.
18. O'Donnell, AM. Evaluación del estado nutricional en pediatría. PRONAP. 2000.
19. Lara-García, B, Flores-Peña, Y, Alatorre-Esquivel MA, Sosa-Briones R, Cerda-Flores RM. Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México Salud Pública Mex 2011; 53:258-263.
20. Dr Abeyá Gilardon, Dra. Calvo, Dr Durán, Lic. Longo, Dra. Mazza. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 1a ed. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nacion, 2009. 144 p. ; 24x17 cm. ISBN 978-950-38-0093-5

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Anexo 2

Modelo de Encuesta

Anexo 3

Gráfico N° 1: Percentilos Curvas de IMC de niñas desde el nacimiento hasta 6 años.

Gráfico N° 2: Percentilos Curvas de IMC de niños desde el nacimiento hasta 6 años.

Anexo 1

Consentimiento informado

Percepción Materna del Estado Nutricional de sus Hijos en Edad Pre-escolar.

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre: Que piensan las madres con respecto al estado nutricional de su hijo/a y verificar mediante mediciones si coincide o no con la realidad. Esta investigación es realizada por Gabriela Suligoy, tesista de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la UAI.

El propósito de esta investigación es:

- Saber si las madres reconocen y están alertas del verdadero estado nutricional de sus hijos.
- Conocer el estado nutricional de los niños.

La nutrición en la etapa de crecimiento es esencial para conseguir un desarrollo adecuado en peso y talla y alcanzar un óptimo estado de salud, que sin duda tendrán repercusiones favorables en la edad adulta. El papel de las madres de saber reconocer el estado nutricional de sus hijos, en esta fase, es fundamental.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará a cada madre responder unas preguntas relacionadas con el peso de su hijo/a. Cada niño será medido (peso, talla) con el uniforme escolar y descalzos. Se tomarán dichas medidas durante la jornada escolar.

El participar en este estudio le tomará aproximadamente 8 minutos con cada niño (mediciones) y 10 minutos con cada madre (encuesta).

Su participación no es obligatoria. Las encuestas son anónimas, lo cual no tendrá ninguna consecuencia en su atención. Puede abandonar el estudio si así lo desea.

Solamente Gabriela Suligoy tendrá acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

En el momento de la encuesta, si lo solicita, podrán tener acceso al estado nutricional de sus hijos.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Gabriela Suligoy al Te:

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

Anexo 2

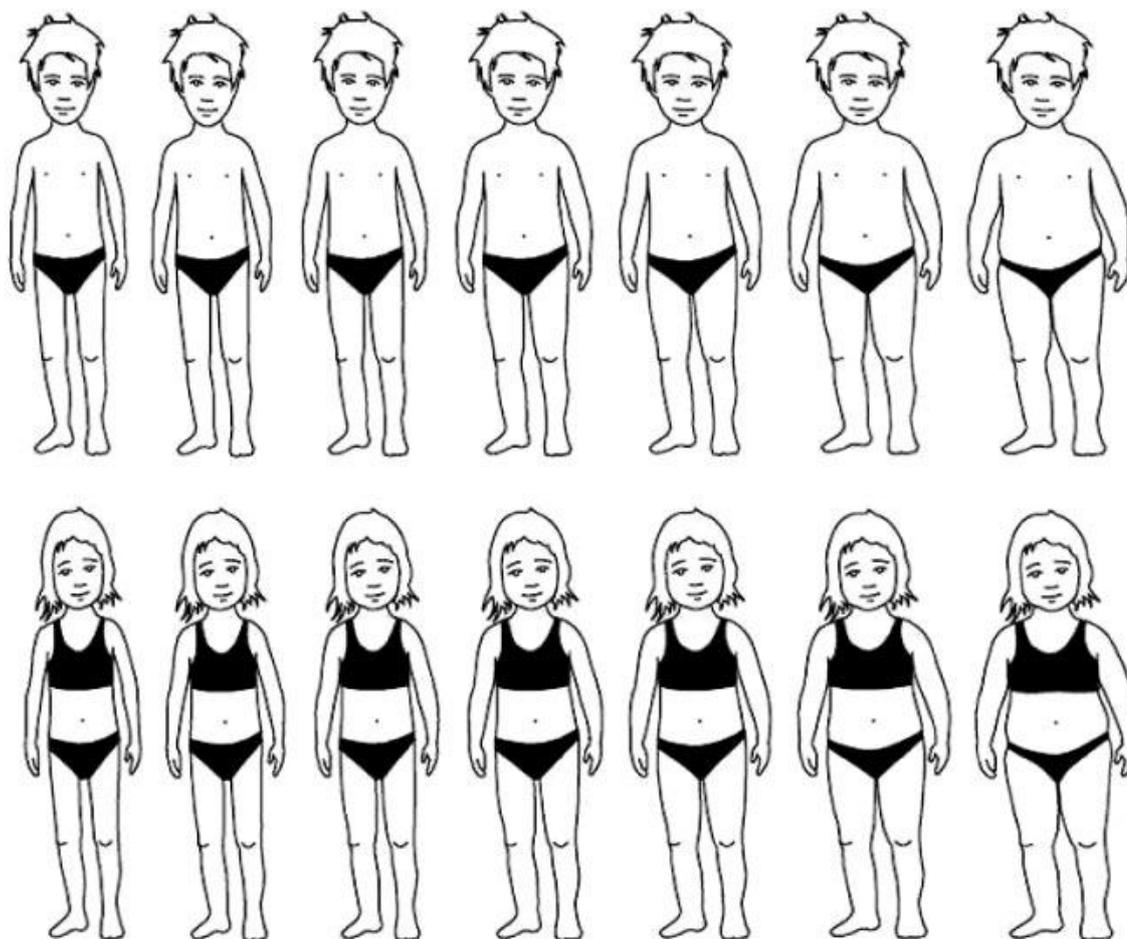
Modelo de Encuesta

Encuesta N°:

Nombre del Niño:

Fecha de Nacimiento:

Nivel de Educación: P. I. – P.C. – S.I. – S.C – U.I.-U.C.



Conteste las siguientes preguntas: Según las figuras de las siluetas

¿Cuál de las imágenes representa mejor el peso de su hijo/a? (encierre con un círculo la imagen elegida)

¿Cómo encuentra usted el peso de su hijo/a? (marque con una X la opción elegida)

-Bajo Peso

-Peso Normal

-Exceso de Peso

-Obesidad

¿Qué niño cree usted que presenta menos problemas de salud en cuanto a su silueta? (marque con una X la opción elegida)

Peso

Talla

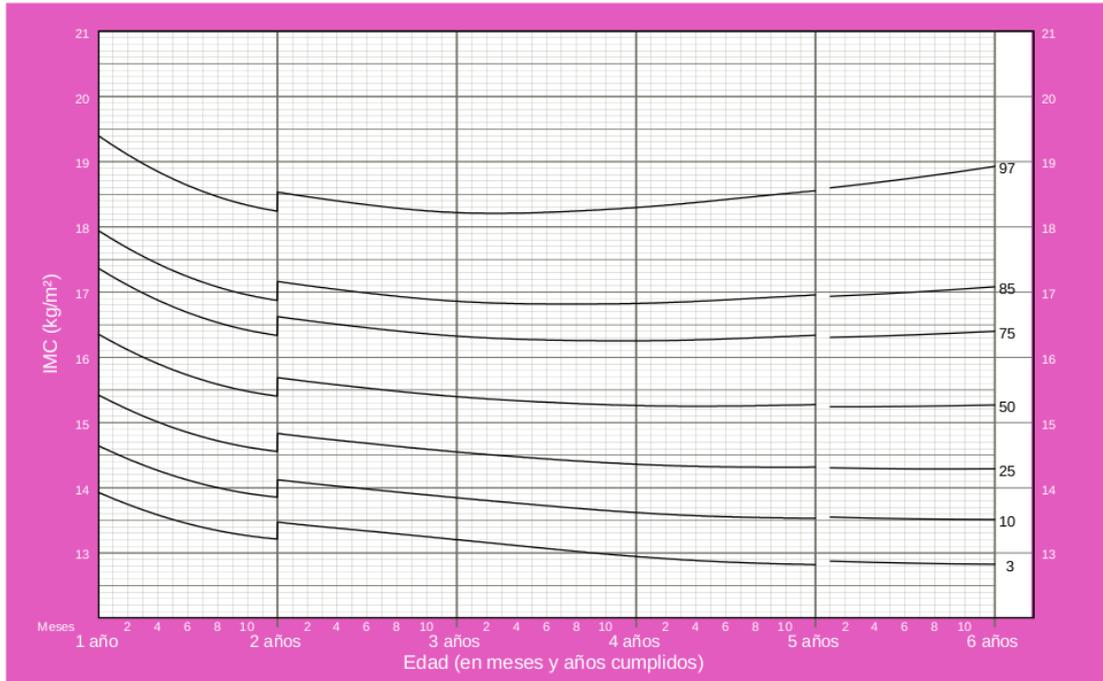
IMC

Anexo 3

Gráfico N° 1: Percentilos Curvas de IMC de niñas desde el nacimiento hasta 6 años.

IMC para la edad Niñas

Percentiles (1 a 6 años)

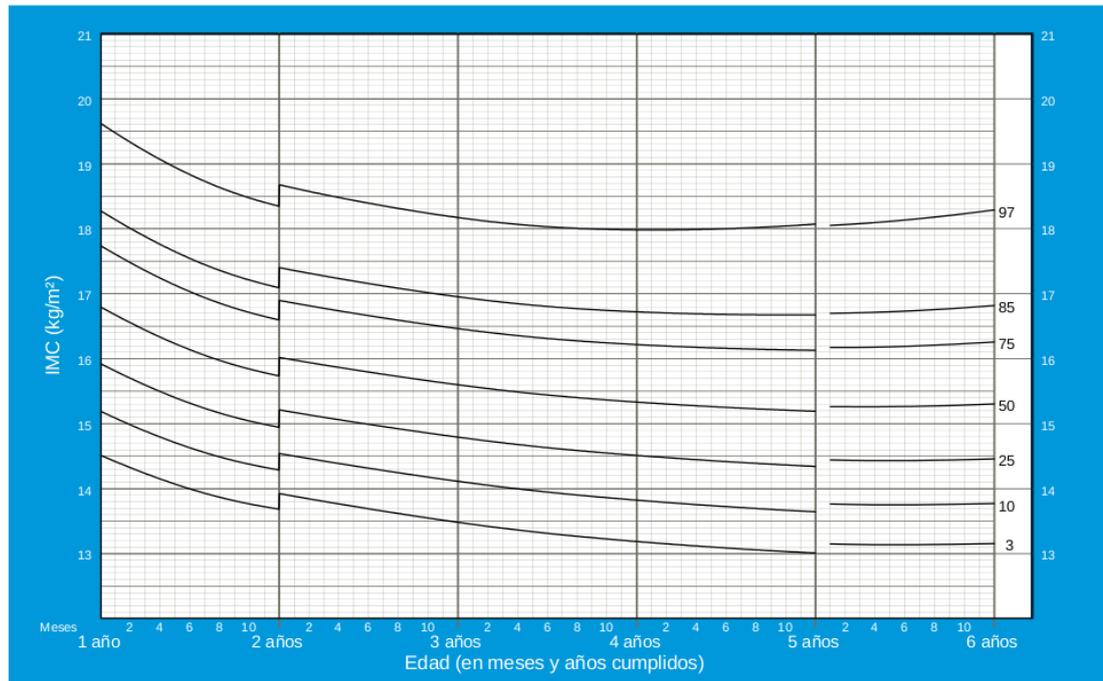


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Gráfico N° 2: Percentilos Curvas de IMC de niños desde el nacimiento hasta 6 años.

IMC para la edad Niños

Percentiles (1 a 6 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS