

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CREENCIAS MATERNAS SOBRE ALIMENTACION
Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIO
DEL PREESCOLAR

Por

ROSALINDA ESCAMILLA RAMIREZ

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria

Julio, 1995

TM

Z6675

.N6

FEn

1995

E8



EN EL ESTADO NUTRICIO DEL PREESCOLAR

FE DE ERRATAS

En la página 58 la interpretación de la figura 15 menciona:

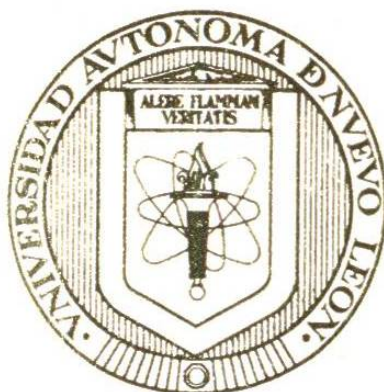
En relación a las barreras percibidas por las madres para ofrecer una alimentación balanceada a sus hijos, el 34.9 por ciento refirió ser el factor económico, el 16.9 por ciento el niño rechaza la alimentación balanceada y un 45 por ciento no tienen barreras.

La interpretación de la figura 15 debe mencionar:

En relación a las características demográficas de los preescolares el 55.6 por ciento tiene cinco años, un 30.7 por ciento seis años y un 13.2 por ciento cuatro años. En relación al sexo el 46.6 por ciento representa al masculino y el 53.4 por ciento al femenino. El lugar que ocupa en la familia se encuentra entre el segundo y tercer lugar. El número de veces que come al día un 63.5 por ciento tres veces y el 23.3 por ciento come más de cuatro veces.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



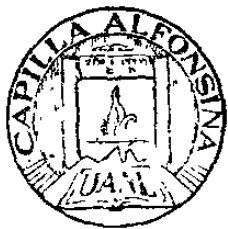
CREENCIAS MATERNAS SOBRE ALIMENTACION
Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIO
DEL PREESCOLAR

Por

ROSALINDA ESCAMILLA RAMIREZ

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria

Julio, 1995



FONDO TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**CREENCIAS MATERNAS SOBRE ALIMENTACION Y SU INFLUENCIA
EN EL ESTADO NUTRICIO DEL PREESCOLAR**

POR:

ROSALINDA ESCAMILLA RAMIREZ

Como requisito parcial para obtener el Grado de MAESTRIA

EN ENFERMERIA con Especialidad en

Salud Comunitaria

Julio, 1995

TM
26 - 5
NG
FLN
1995
E8

0115 - 25760

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CREENCIAS MATERNAS SOBRE ALIMENTACION Y SU INFLUENCIA
EN EL ESTADO NUTRICIO DEL PREESCOLAR

ROSALINDA ESCAMILLA RAMIREZ

ASESOR:
LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.

Como requisito parcial para obtener el Grado de MAESTRIA
EN ENFERMERIA con Especialidad en
Salud Comunitaria

Julio, 1995



21237 OCT 27



FONDO TESIS

DEDICATORIA

A Dios, quien fue el que escucho mis angustias y preocupaciones, dandome valor y fé para concluir mis estudios.

A un ser maravilloso, que al sentirlo en mis entrañas, percibir su palpitación sus movimientos, su vida e infundó en mi el valor y empeño para seguir adelante, quien caminó junto a mi a lo largo de mi carrera y es ahora una realidad, un regalo otorgado por Dios y la dicha mas grande de mi vida: Mi Hijo José Angel.

A mis padres y hermanos quienes me brindaron cariño, comprensión y apoyo, cada uno de diferente forma, pero siempre cerca de mi.

A una gran compañera y amiga, quien me acompaño y camino siempre a mi lado, motivandome a finalizar mi carrera: Flor Georgina Rodriguez Niño.

AGRADECIMIENTO

A el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo dado para la realización de esta maestría.

A la Facultad de Enfermería como institución educativa formadora de profesionales por haber infundido en mi un deseo de superación.

A la Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo quien fungió como asesora, por su paciencia, comprensión, cariño y por la oportunidad tan grande que me ofreció al enriquecer mis conocimientos corrigiendo errores y dandome sugerencias.

A la Lic. Santiago E. Esparza Almanza, por haber puesto sus conocimientos, habilidades, interés y valiosas enseñanzas en mi.

A mis compañeras y amigas por la paciencia, cariño y apoyo otorgado a lo largo de la maestría.

A los planteles escolares donde se realizó el estudio, incluyendo personal docente, madres de familia y principalmente a los niños, seres maravillosos del mundo por su participación.

RESUMEN

El presente estudio se realizó utilizando como marco de referencia el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (MCS) (1988), con el fin de conocer si las creencias maternas sobre alimentación están relacionadas con el estado nutricional del preescolar. El cual se efectuó en cinco jardines de niños del área marginal del municipio de Guadalupe, N.L. su diseño fue Descriptivo, Transversal y Restrospectivo. La selección de la muestra fue por medio de muestreo aleatorio proporcional, constituida por un 189 niños y sus respectivas madres. La edad promedio del preescolar fue de tres a seis años y de la madre de 20 a 30 años. Para la valoración del estado nutricional se consideraron los indicadores antropométricos; peso/talla, talla/edad, y edad/peso; basados en los criterios de la Norma Oficial (NOM-008-SSA2,1994) publicados por el Diario Oficial de la Federación.

Los resultados mostraron correlación positiva débil (Levin, 1979) entre cada elemento del MCS tales como susceptibilidad, severidad, autoeficacia, factores modificadores y señales de acción con el estado nutricional del preescolar. El estado nutricional de la población estudiada se caracterizó por peso/talla bajo, talla/edad bajo y edad/peso bajo.

Por otra parte se encontró que dos de los elementos conceptuales del MCS al asociarse con el estado nutricional del preescolar fueron significativos; por medio de la chi cuadrada (susceptibilidad $p=.00$ y autoeficacia $p=.02$) y a través del análisis de Varianza también fueron significativos estadísticamente la susceptibilidad $p=.00$, severidad $p=.01$ y señales de acción $p=.05$.

Se sugiere realizar estudios longitudinales para evaluar el estado nutricional a través del tiempo para cuantificar los elementos que tienen mayor peso en la modificación de los indicadores antropométricos.

CREENCIAS MATERNAS SÓBRE ALIMENTACION Y SU
INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIO
DEL PREESCOLAR

Aprobación de la tesis: *O aprobada*

 [Handwritten Signature]
Asesor de la Tesis

 [Handwritten Signature]

 [Handwritten Signature]

 [Handwritten Signature]
Secretario de Postgrado

INDICE

	HOJA
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
CAPITULO I	
INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Hipótesis	9
1.3 Objetivos	10
1.4 Importancia del estudio	10
1.5 Limitaciones del estudio	11
1.6 Definición de términos	11
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	14
2.1 Antecedentes de la nutrición	14
2.2 Cultura, costumbre, creencias y hábitos de alimentación	19
2.3 Modelo de creencias de salud	24
2.4 Estudios relacionados	30

CAPÍTULO III

METODOLOGIA	37
3.1 Sujetos	37
3.2 Material	38
3.3 Precedimiento	39
3.4 Etica del estudio	41

CAPÍTULO IV

RESULTADOS	43
4.1 Descripción de resultados	44
4.2 Análisis estadístico	62
4.3 Comprobación de hipótesis	80

CAPÍTULO V

DISCUSION	82
5.1 Interpretación de resultados	82
5.2 Conclusiones	88
5.3 Recomendaciones	90

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	92
-----------------------------------	-----------

APENCICES	97
------------------	-----------

- A. Encuesta sobre creencias maternas de alimentación y estado nutricional del preescolar.
- B. Valoración del estado nutricional del preescolar.
- C. *Instuctivo para el llenado de la encuesta.*

- D. Oficios elaborados para recolección de datos por parte de la secretaria estatal de salud, jurisdicción # 4.
- E y F. Listado de jardines y autorización por la secretaria de educación pública.
- G. Mapas de los AGEBS.
- H. Listado de jardines del municipio de Guadalupe, N. L.
- I. Autorización administrativa del jardín.
- J. Autorización y consentimiento materno.
- K. Disposiciones generales para la somatrometría.
- L. Programa de captura.

LISTA DE FIGURAS

No.	TITULO	HOJA
1	Características demográficas de las madres de los preescolares	44
2	Personas que han dado recomendaciones a las madres para mejorar la alimentación de sus hijos	45
3	Factores modificadores estructurales	46
4	Creencias de la madre sobre alimentos que le hacen daño al preescolar	47
5	Causas de la desnutrición según las madres de los preescolares	48
6	Causas de la obesidad según las madres de los preescolares	49
7	Susceptibilidad percibida del peso por las madres de los preescolares	50
8	Susceptibilidad percibida motivos para considerar la alimentación del preescolar como suficiente	51
9	Severidad percibida sobre como debe ver a su hijo para decir que esta bien alimentado	52
10	Severidad percibida al no dar a su hijo una alimentación balanceada	53
11	Autoeficacia ha intentado cambiar la alimentación de su hijo	54
12	Beneficios al ingerir el preescolar una alimentación balanceada	55
13	Barreras percibidas por la madres para dar alimentación balanceada al preescolar	56
14	Señales de acción a través de obtención de información sobre	57

alimentación del preescolar

15	Características demográficas de los niños preescolares	58
16	Indicador antropométrico peso/talla	59
17	Indicador antropométrico talla/edad	60
18	Indicador antropométrico edad/peso	61

LISTA DE CUADROS

No.	TITULO	HOJA
1	Susceptibilidad percibida del peso e índice antropométrico peso/talla	62
2	Susceptibilidad percibida del peso e índice antropométrico talla/edad	63
3	Susceptibilidad percibida del peso e índice antropométrico edad/peso	64
4	Susceptibilidad percibida de dar alimentación suficiente y alimentos que el preescolar ingiere en la cena	65
5	Severidad percibida para considerar la alimentación del preescolar como suficiente y persona que brindó recomendaciones para mejorar su alimentación	66
6	Severidad percibida características del preescolar que esta bien alimentado y creencia que estar gordito significa estar sano	67
7	Autoeficacia percibida motivos maternos para modificar la alimentación e índice antropométrico peso/talla	68
8	Autoeficacia percibida motivos maternos para tener éxito al modificar la alimentación e información suficiente y correcta sobre alimentos que requiere el preescolar	69
9	Autoeficacia percibida motivos maternos para no tener éxito al modificar la alimentación e información suficiente y correcta sobre alimentos que requiere el preescolar	70
10	Beneficios percibidos por la madre al dar alimentación balanceada e índice antropométrico peso/talla	71
11	Barreras para ofrecer una alimentación balanceada al preescolar	72

12	Barreras en relación a prioridad más importante	73
13	Señales de acción personas que han dado información a las madres sobre alimentación y alimentos que más consume el preescolar	74
14	Señales de acción asistencia de las madres al centro de salud y alimentos que más consume el preescolar	75
15	Factores modificadores y talla	76
16	Factores modificadores y talla/edad	77
17	Factores modificadores y edad/peso	77
18	Valoración del estado nutricional en niños preescolares	78
19	Análisis de correlación de pearson (r) hábitos alimentarios del preescolar	79
20	Análisis de correlación de pearson (r) hábitos alimentarios del preescolar propiciados por la madre	79
	Comprobación de hipótesis (chi ²)	80
	Comprobación de hipótesis (análisis de variación)	81

CAPITULO I

INTRODUCCION

La Organización Mundial para la Salud en 1978 estableció la meta Salud para todos en el año 2000, su propósito fue impulsar la promoción y prevención de enfermedades, a través de la participación comunitaria y se destacó que la salud infantil es prioritaria dada la mayor susceptibilidad de este grupo a riesgos que afectan la salud. *La alimentación es una de las necesidades y preocupaciones fundamentales del hombre y uno de los factores determinantes de la formación y progreso de las sociedades* (Behar, M & Icaza, S., 1972). Sin embargo en la mayor parte de los países del mundo subdesarrollado, del que forma parte México la inadecuada e insuficiente alimentación sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública por sus efectos en el proceso salud - enfermedad.

La desnutrición es la enfermedad mas extendida en el mundo, la de mayor magnitud y trascendencia social; se caracteriza por lisiar o matar a personas desde etapas tempranas de la vida, causa la mitad de las muertes infantiles, uno de cada dos niños del mundo; 200 millones de niños nacidos vivos sufren efectos de la desnutrición y un tercio de la población de los países en desarrollo se encuentra desnutrida (Bobadilla, J., Chavéz, A., Kumate, J., Laurell, C., Pachel, R., Sevilla, M., y Valdez, L., 1982).

En la actualidad, además de la desnutrición, otra de las consecuencias de una inadecuada alimentación que esta cobrando importancia, por ocasionar alteraciones fisiológicas en el menor a muy corta edad conocida como la obesidad (Parra, M. , Fernandez, M., Carreon, T., Rivera, M., Hernández, P. y Sánchez, M. , 1994).

Ambas alteraciones nutricionales (obesidad/desnutrición), son causadas por distintos factores de riesgo de tipo social, cultural, políticos y biológicos los cuales repercuten en el bienestar individual, familiar y grupal (Martínez, P., 1985).

Litman (1974), hace referencia a la importancia de la madre en la familia dado que en la mayoría de ellas el rol y posición de la mujer como proveedora y líder de la salud es reconocido y aceptado.

La labor de la enfermera comunitaria en el campo de la educación nutricional tiene como meta lograr influir en el mejoramiento de hábitos alimentarios en la familia, principalmente en la población infantil dado los efectos inmediatos en la salud del niño y los mediatos en cuanto que limita o afecta el desarrollo de una sociedad (Behar, M & Icaza, S., 1972).

La enfermera comunitaria por su conocimiento y compromiso con las necesidades de salud de la sociedad (Martínez et al., 1985) y su experiencia en acciones de salud colectiva resulta ser el recurso humano ideal para orientar y educar a la madre en salud y nutrición a fin que ella ejerza un liderazgo que contemple no sólo prácticas alimentarias ancestrales sino combine las diferentes oportunidades que existen para mejorar la alimentación de sus hijos. Lo que se pretende finalmente es disminuir factores de riesgo para coadyuvar al crecimiento y desarrollo adecuado de los niños (Nakajima, 1992).

Los cambios en la alimentación de los mexicanos en el pasado han transcurrido lentamente, el paso de la dieta basada en la milpa tradicional a la dieta urbana se dió a partir de la conquista y se cimentó entre 1940-1950. Sin embargo las transformaciones sociales y económicas como la industrialización y comercialización ocurridas en las últimas décadas han provocado grandes y rápidos cambios en los hábitos y patrones de alimentación en la familia y en los niños provocando serias deficiencias nutricias (Bobadilla et al; 1982).

Las creencias maternas en la alimentación son ideas y percepciones que han aprendido de sus familias de origen y de las influencias sociales, las que juegan un papel

importante en la toma de decisiones que la madre hace al seleccionar el tipo de dieta apropiada que su hijo debe consumir, para mantener la salud y lograr un óptimo crecimiento y desarrollo.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La atención primaria a la salud considera dentro de las líneas de acción la participación comunitaria y la atención infantil por lo que ha impulsado en el último decenio, estudios que evalúan la condición de salud del niño; entre estos existen sistemas simplificados de valoración del estado nutricional, del crecimiento, desarrollo y de la detección oportuna de ciertas enfermedades prevalentes (OMS, 1983).

Sin embargo a pesar de los esfuerzos que han realizado organismos internacionales como la OMS, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), en los aspectos de salud y nutrición, continua persistiendo una deficiente alimentación en los países en desarrollo.

Estos organismos han planteado diferentes declaraciones en las que señalan la prevalencia de desnutrición como un serio problema de salud pública y que afecta principalmente a los niños.

En la mayor parte de los países subdesarrollados de los cuales México forma parte, la inadecuada e insuficiente alimentación es uno de los principales problemas de salud pública, las consecuencias se pueden observar en la población infantil, preescolar y escolar, en la cual la deficiente alimentación afecta el crecimiento y desarrollo de los niños, causando mayor susceptibilidad de enfermar a edades tempranas e incluso causar la muerte (Casillas, L. y Vargas, L., 1989).

Como es sabido una nutrición adecuada es indispensable para la salud del individuo, la productividad y el bienestar de la comunidad. La mala nutrición se define como el estado de desequilibrio a nivel celular, entre el aporte de nutrientes y las necesidades del organismo para su mantenimiento, funcionamiento, crecimiento y

reproducción, se puede decir que los problemas de este desequilibrio son de dos tipos los provocados por la carencia de alimentos o nutrientes que se traduce en desnutrición y los provocados por el exceso en la ingesta de los mismo creando así la obesidad (Kaufer, M., 1987).

La prevalencia de desnutrición de cualquier grado en niños menores de cinco años es muy elevada en los países en desarrollo, particularmente en aquellos 71 países donde la mortalidad infantil es aun superior a 50 por 1000 nacidos vivos registrados y la desnutrición en los menores oscila entre 30 y 50 por ciento. Teniendo en cuenta que este grupo de edad representa el 15 por ciento de la población total en estos países y asumiendo que la prevalencia de desnutrición promedio en este grupo es de 40 por ciento, la población mundial de niños afectados supera los 130 millones.

La Investigación Interamericana sobre la mortalidad en la niñez realizada en ocho países por la OMS sobre las defunciones de 35,000 menores de cinco años mostró que las deficiencias nutricionales son los problemas mas graves de América Latina. El 57 por ciento de los niños que fallecieron habían padecido deficiencias nutricionales como causa básica o asociada a su defunción (Rueda, W., 1989).

De acuerdo con el Centro de estudios económicos para América Latina y el Caribe (CEPALC) en 1984 México ocupó el 5to. lugar entre los países de Latinoamérica con la incidencia de pobreza mas alta. La incidencia nacional fue de 37 por ciento, la urbana de un 30 por ciento y la rural de un 51 por ciento.

Según datos del Banco Mundial entre 1970-1980 la población económicamente activa no asalariada aumenta de un 37 por ciento a un 56 por ciento. La atención de salud para los pobres esta en manos de la Secretaria de Salud (SS) y representa el 21 por ciento de la población total del país para 1990.

México tiene recursos abundantes pero poca de su riqueza se ha podido invertir para mejorar el nivel de vida de los pobres; la política de seguridad social y su

extensibilidad a los pobres de las zonas urbanas ha sido retórica y simbólica (Mesa, C., 1992).

La mortalidad preescolar registrada en México en 1986 fue de 23.3 por 10,000 habitantes de este grupo de edad y dentro de las causas principales se encontraba la desnutrición. La Encuesta Nacional de Nutrición aplicada en 1988, indica que en México existen 2.6 millones de niños menores de cinco años que presentan algún grado de desnutrición, así mismo la obesidad alcanza un 4.4 por ciento de la población menor de cinco años (Programa Nacional de Salud, 1990-1994).

Un informe presentado por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsahud, 1994) señala que en la población menor de 5 años se perdieron 4.2 millones de años de vida saludable (Avis) lo cual representa un tercio del peso de la enfermedad en México; esto significa que por cada 1000 habitantes menores de 5 años se pierden 396 Avis. Dentro de las causas que ocasionan los Avis perdidos en los menores de 5 años se encuentran las enfermedades de la nutrición con una tasa de 33.6 por 1000 habitantes.

De igual manera que la desnutrición, la obesidad es causada por un sin fin de factores entre los que se pueden mencionar: los psicológicos, emocionales, culturales (creencias, hábitos y costumbres), políticos y los biológicos que afectan la susceptibilidad de los individuos, los aspectos ambientales y sociales que propician un incremento o disminución en el consumo de alimentos y nutrientes (Parra, M., et al, 1994).

El Plan Nacional de Desarrollo 1995 - 2000 incluye implementar estrategias para combatir a la pobreza y proporcionar atención a la salud y a la nutrición a los críticamente pobres. Se intenta reducir las desigualdades de acceso y servicio a través de diferentes programas de salud sociales como: Programa de Desarrollo Social, Programa Nacional de Alimentación y Nutrición Familiar entre otros; los cuales presentan un cambio en la filosofía de la atención a la salud volviendola mas participativa y dando prioridad a la promoción, protección a los niños, familia y mujer; así como el mejoramiento de las

condiciones nutricionales de los menores de cinco años a través de desayunos, redes de abastos de alimentos y canastas básicas alimentarias.

El estado de salud y alimentación del preescolar se ve influenciado por las creencias maternas, así como por las características socioculturales que prevalecen en las madres, dichas características y creencias actúan como barreras limitando crear consciencia de las necesidades de introducir cambios que propicien un mejor modelo de alimentación al niño.

Caldwell, en 1981 en un estudio sobre educación y creencias maternas observó una influencia decisiva en las tasas de mortalidad de los lactantes y preescolares; cuando las madres están informadas rompen barreras culturales y desarrollan actitudes favorables para mejorar la alimentación de sus hijos.

En la teoría de la sensibilidad de Sullivan (1953), con respecto a percepciones de las madres se señala que existe un proceso recíproco entre las madres y los hijos, estos últimos tienen necesidades de afecto que incluyen todos los requerimientos fisiológicos en el cual la alimentación cobra un papel de suma importancia en el menor, y en la madre se desarrollan ideas y sentimientos que estimulan la creación de un medio ambiente óptimo que favorece el crecimiento y desarrollo del niño.

Lewin en 1943, propone la existencia de una serie de canales (radio, televisión, prensa, económicos, sociales, entre otros), por los cuales se transportan los alimentos, refiere que existen muchos canales diferentes pero que todos tiene un guardián que controla su operación y que en la mayoría de los casos la madre es ese guardián. En un estudio realizado en Ghana en 1980, (citado por Burgués, 1988) se encontró que el 73 por ciento de los casos la madre era la que decidía que se comía en el hogar y un 16 por ciento compartía esta decisión con los padres.

Existe una distribución desigual de alimentos en el seno familiar que se guía por elementos culturales arraigados donde se da mayor importancia al padre, la madre o a un pariente, que lleve ingreso económico a la familia, su posición en la familia hace la

diferencia en la alimentación y no las características propias de la edad y etapas de crecimiento y desarrollo.

Otros elementos de orden psicosocial que influyen en esta desigualdad son : conocimientos, estado de ánimo, estatus social que se le atribuye a los alimentos. La madre utiliza como forma de regulación de conductas y socialización de sus hijos el sistema de premios y castigos utilizando los alimentos como recompensa o sanción (Burgués, 1990).

Habitualmente la cantidad de alimento que se consume está determinada por los hábitos alimentarios, los cuales se van modificando a lo largo de la vida. En la infancia, la formación de los hábitos alimentarios se inicia desde el nacimiento; el niño puede oler, gustar, sentir, ver, oír, además de aprender todo lo cual le permite que vaya formándose su actitud hacia el alimento y lo que se le relaciona. Muchas madres reaccionan mecánicamente al llanto del niño dándole alimento pues tienen la creencia de que si el niño llora es por que tiene hambre, además de ser una forma eficaz de mantenerlo callado y quieto, con esta creencia se enseña al niño a asociar el alimento con la satisfacción o el encubrimiento de otras necesidades que no tienen relación con la señal fisiológica del hambre (Castro, F., 1988).

Algo de suma importancia que no debe pasar desapercibido es el desarrollo normal de todo niño en etapa preescolar ya que a esta edad, es común que seleccionen unos cuantos alimentos y los coman exclusivamente, día con día, durante periodos prolongados. Pueden luego cambiar sus preferencias, rehusando comer alimentos que antes eran favoritos. Además los padres se quejan de que sus hijos comen apenas lo suficiente para sobrevivir.

Estos dos problemas están de acuerdo con el desarrollo normal del preescolar, los pequeños están experimentando autonomía por primera vez y es natural que ejerciten sus poderes acabados de descubrir, durante las comidas, empieza a desarrollar autonomía de poder y juega con las decisiones de la familia, motivo por el cual es importante que los

padres tengan pleno conocimiento de la evolución y los cambios de su hijo para evitar conflictos entre ambos (Feldman, 1990).

Es importante tener presente también los cambios normales de crecimiento y desarrollo del menor, el cual llega a pesar de 12 a 13 kilos después de 24 meses de vida, la velocidad de crecimiento comienza a disminuir progresivamente, se estabiliza a 2 kilogramos por año, pesando para los seis años un promedio de 20 kilogramos, siendo más pesados los niños que las niñas.

En relación a la talla aumenta 9 centímetros entre los dos y tres años, 7 centímetros en los tres y cuatro años, a los cuatro mide alrededor de un metro, por lo que se dice que ha doblado su talla de nacimiento.

CRECIMIENTO ESTATURO-PONDERAL

	Nacimiento	5-6 meses	1 año	2 años	4 años	6 años
Peso (kg) promedio	2,500-4	6-7	10	13	16	20
Talla (cm) promedio	50	65	75	85	100	113

Se realizó una investigación para conocer la relación entre el uso potencial de los criterios de las madres en la selección de alimentos para sus hijos, el conocimiento sobre la alimentación y el consumo de alimentos de los menores, en 218 madres y sus hijos entre cuatro y cinco años de edad; dicho estudio apoya la razón de que las creencias maternas influyen en la elección de los alimentos que las madres proporcionan a sus hijos (Contento, I., Basch, C., Shea, S., Gutin, B., Zybert, P., Michela, J., y Mphil, J., 1993).

Morley, D. en 1977, sugiere que a la edad de cinco años, el hijo depende considerablemente de la madre, aunque la experiencia de enfermería reconoce la sustitución ocasional de las madres que trabajan o estudian y son atendidos por otros familiares o personas encargadas de los cuidados del menor, por lo tanto el conocimiento de las creencias maternas o de tutoras resulta trascendente para la práctica de enfermería.

Friedman, M. (1986) refiere que en las clases sociales bajas la madre es la que asume el rol de cuidadora del hogar y que la provisión del cuidado de la salud familiar es una función básica donde la madre juega un papel importante como líder de la salud buscando sentimientos de satisfacción, reconocimiento y solución a los requerimientos mínimos de la familia con especial énfasis a los que se relacionan con el bienestar de sus hijos.

Es por esto que el conocer las creencias maternas respecto a la nutrición del preescolar constituyen un elemento importante en la labor de la enfermera comunitaria, ya que en dichas creencias sería posible encontrar algunas de las razones de la toma de decisiones favorables o desfavorables que adoptan las madres para proporcionar el alimento a sus hijos.

Ante la situación descrita, el presente estudio pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Que relación existe entre las creencias maternas sobre alimentación en el preescolar y su estado nutricional?

1.2 HIPOTESIS:

Hi Las creencias maternas respecto a susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras, señales de acción y autoeficacia en aspectos de alimentación guardan relación con el estado nutricional del preescolar.

Ho Las creencias maternas respecto a susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras, señales de acción y autoeficacia en aspecto de alimentación no guardan relación con el estado nutricional del preescolar.

1.3 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la relación que existe entre las creencias maternas sobre alimentación y el estado nutricional del preescolar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Describir los aspectos referentes a las creencias sobre alimentación tales como:
Susceptibilidad, Severidad, Beneficios, Barreras, Señales de acción y Autoeficacia que interactúan para relacionarlos con el estado nutricional del preescolar.
- 2.- Identificar el patrón habitual de alimentación del preescolar.
- 3.- Determinar el estado nutricional de los niños en edad preescolar, a través de los indicadores antropométricos peso/talla, talla/edad y edad/peso.

1.4 IMPORTANCIA DE ESTUDIO:

A través de la aplicación del Modelo de creencias de la salud de Rosenstock (1966), el presente estudio aporta conocimientos a la enfermería con respecto a las creencias que están asociadas al estado nutricional del preescolar. Este modelo permite conocer las creencias que más peso tienen sobre el estado nutricional. El conocimiento de estas creencias permitirá al personal de enfermería identificar si las madres las consideran al decidir el tipo de alimentación que ofrecen a sus hijos y si esta representa o no, factores de riesgo para la salud. Por otra parte esta información será útil al personal de enfermería al desarrollar acciones y programas de atención para mejorar la alimentación del preescolar.

La desnutrición y la obesidad son problemas de salud en donde enfermería tiene definidas acciones propias de su ámbito profesional, como la educación y consejería que

juegan un papel importante para intencionalmente buscar nuevas formas en conjunto con la madre para valorar, detectar y actuar en aspectos nutricionales.

Por otra parte el estudio proporciona ayuda a los profesionales de la salud en particular al de enfermería a despejar interrogantes acerca de los indicadores recomendados para evaluar el estado nutricional, conocer la prevalencia de mal nutrición en las colonias marginales del municipio de Guadalupe, N. L., así como la manera en que influyen las creencias maternas en el patrón de alimentación y el estado nutricional del preescolar.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Se selecciono el estrato socioeconómico marginal para este estudio considerando que en México es el grupo más vulnerable a problemas de mal nutrición por lo que los resultados se limitan a este estrato. Otra limitante presente es que para facilitar la localización de los preescolares se seleccionaron a los niños inscritos en los jardines de niños de esas comunidades por lo que quedaron fuera todos aquellos que no tenían acceso a estos centros educativos, el grupo de estudio estuvo conformado por niños de ambos sexos de tres a seis años.

1.6 DEFINICIONES DE TERMINOS:

Los términos aquí definidos corresponden al marco conceptual del modelo de creencias de la salud de Rosenstock (1988) los cuales fueron adaptados en contenido al estudio.

Creencia maternas de alimentación Son ideas que tiene la madre acerca del tipo de alimentación que considera deba comer su hijo para mantener un estado nutricional adecuado. En este estudio las Creencias maternas son Susceptibilidad, Severidad, Beneficios, Barreras, Factores modificables y Autoeficacia (Rosenstock, 1988).

Susceptibilidad percibida Son creencias que tiene la madre acerca de la posibilidad de riesgo para que sus hijos desarrollen una alteración en la nutrición se incluye consideración del peso y suficiencia de alimentación.

Severidad percibida Son creencias de la madre acerca del daño que producirá la alimentación inadecuada que proporcione al menor, o la alimentación que este consume sin la supervisión materna, se consideran también características y efectos de la alimentación.

Beneficios percibidos Son creencias maternas de la ayuda que le representan las acciones preventivas que ella adopte para mejorar la nutrición de sus hijos, se incluyen los beneficios que su hijo tendría si se le brinda una alimentación balanceada y el llevarlo al centro de salud.

Barreras percibidas Son creencias maternas que le impiden o limitan la adopción de conductas preventivas y pueden ser: Las dificultades o prioridades que se presenten en su hogar (el bajo ingreso económico, la falta de trabajo estable, la alimentación, entre otras).

Factores modificadores Son todos aquellos factores que pueden influir favorablemente o desfavorablemente en las creencias maternas, como: los demográficos entre los que se encuentran la edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación e ingreso económico. Los factores sociopsicológicos que se relacionan al grupo de referencia social, amigos, la familia, y grupo de educación para la salud. Los estructurales se refieren al conocimiento que posee la madre lo que le permite comprender las orientaciones de como evitar alteraciones nutricionales en sus hijos.

Autoeficacia Se refiere a la convicción que tiene la madre para ejecutar con buenos resultados una conducta necesaria para producir un resultado deseado (capacidades y fuerzas personales), se incluye el éxito que la madre tendría si se le recomienda que modifique o cambie la alimentación de su hijo .

Alteraciones nutricionales Son los desequilibrios que sufre el organismo a nivel celular

debido al aporte de nutrientes, por disminución (desnutrición) o por aumento (obesidad) de las necesidades del organismo.

Alimentación balanceada Es aquella en la que se incluyen alimentos de acuerdo a los requerimientos diarios de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales (carne, leche, verduras, frutas, pan y cereales), dado que estos alimentos proporcionan una nutrición óptima.

Preescolar Etapa importante del desarrollo de la infancia, comprende de los tres a los seis años de ambos sexos (Mitchel, H., Rynbergen, H., Anderson, L. y Dibble, M., 1985).

Estado nutricional Es la medición del grado en el que son cubiertas las necesidades fisiológicas de nutrientes de un individuo. Es el estado de equilibrio en el individuo entre la ingestión de nutrientes y de la utilización o requerimiento de los mismos (expresión del estado fisiológico resultante de la disponibilidad de nutrientes a nivel celular) y se mide a través de los indicadores antropométricos peso/talla, talla/edad y edad/peso (Peterson, K., Pérez-Escamilla, R., Rivera, J. y Parra, M., 1994).

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Nutrición

La importancia de la nutrición en el campo clínico y comunitario, desde sus inicios se ha enfocado en forma prioritaria, hacia el binomio alimentación-enfermedad.

La tendencia a considerar la alimentación inherente al concepto de supervivencia y bienestar no ha permitido establecer, la mayoría de las veces, el eslabón existente entre el término de salud y la práctica de una alimentación adecuada (Castillo, A., 1992).

En todo el mundo la mal nutrición es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Es causada por múltiples factores entre los cuales se encuentran la insuficiente e inadecuada ingesta de alimentos, dificultades en la absorción de alimentos, deficientes hábitos dietéticos, desinterés por los alimentos y ciertos factores sociales, culturales y emocionales que pueden limitar su ingesta.

El problema de la mal nutrición radica fundamentalmente en un bajo consumo de alimentos debido a las deficiencias en la economía, a la organización social y a los sistemas alimentarios de los países, al bajo poder de compra de producción de estos, por las familias pobres o bien en el aprovechamiento biológico inadecuado de los nutrientes (OPS, 1992).

Por otro lado tenemos el problema de la mal nutrición por exceso de peso (obesidad), la cual está cobrando gran importancia en la actualidad por provocar serias repercusiones a muy temprana edad. La obesidad al igual que la desnutrición es considerada un problema multicausal, algunos de los factores que cobran importancia para que se desarrolle la obesidad son: factores públicos como la capacidad económica, los patrones culturales, las creencias, los hábitos, las costumbres dietéticas y los gustos estéticos ya que con frecuencia las madres tienen la preferencia de tener hijos gorditos, creyendo que la gordura es sinónimo de estar sano y bien nutrido (Martínez, P., 1985).

La obesidad infantil constituye un importante problema de salud pública, debido a su asociación con enfermedades de tipo crónico y/o degenerativas que pueden presentarse desde la niñez hasta la edad adulta. Se define como el exceso de tejido adiposo que puede estar dado por un agrandamiento en el tamaño de células (hipertrofia) o bien por un incremento en el número de las mismas (hiperplasia).

Existe una serie de factores de tipo social y ambiental que contribuyen por si solos a la obesidad, estos factores pueden surgir en torno a un microambiente familiar, en el que los padres propician una conducta alimentaria que favorece una ingestión que excede el gasto calórico, pueden originarse por la forma en el que el niño responde ante ésta conducta alimentaria, al ir desarrollando la propia en un ambiente social y cultural mas amplio como lo puede ser la escuela o su grupo de amigos.

Algunos autores han señalado que la obesidad se encuentra asociada con los hábitos alimentarios del núcleo familiar. Garn y Clarck, (1976) demostraron que los hijos de padres y madres obesos, debido a su hábitos alimentarios, presentan pliegues cutáneos dos o tres veces mas altos que los niños de padres delgados. Charney en 1976 concluyó en su estudio que los niños obesos hijos de padres que también lo son por sobrealimentación, tienen la probabilidad de llegar a ser adultos obesos, en comparación también con aquellos que presentan sobrepeso pero que son hijos de padres delgados. Grikel y col en 1981 encontraron que las madres obesas ofrecían a sus hijos una mayor cantidad, pero que sobretodo mayor variedad de alimentos comparada con los hijos de madres delgadas. Se puede decir entonces que existen dos momentos que resultan determinantes en la consulta alimentaria de los niños: la disponibilidad del alimento y la presión que ejercen los padres sobre sus hijos para que estos ingieran alimentos (Parra, M. et al, 1994).

El estado nutricional en México se debe valorar fundamentalmente utilizando la clínica (signos y síntomas), así como los índices antropométricos: peso/talla, talla/edad, peso/edad, relacionándolos con las tablas de normatividad. Una vez comparados los

valores de la talla, edad y peso, con las escalas recomendadas por la OMS, el niño se calificara según los criterios establecidos por la Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA2-1994).

La enfermera comunitaria en el desempeño de sus roles incluye la consejería donde maneja o identifica el concepto pleno del problema, factores que lo desencadenan, búsqueda de apoyo de sistemas sociales, además de practicar el rol de proveedor en donde puede actuar en relación a la madre fomentando el autocuidado hacia su hijo y en el niño realizando la valoración nutricional. En México según la NOM-008-SSA2-1994, esta función de valoración del estado nutricional corresponde al personal de salud en general, donde enfermería tiene un papel muy importante.

El manejo de estos roles en el campo de la disciplina de enfermería podrá adoptar la creación y monitoreo de un sistema de vigilancia epidemiológica respecto al crecimiento, desarrollo y estado nutricional.

La situación nutricional en América Latina y el Caribe está condicionada por distintos factores sociales, económicos y políticos que influyen en la disposición y consumo de los alimentos. Los indicadores antropométricos según criterios de clasificación que recomienda la OMS basado en los valores de referencia del Centro Nacional de Estadística de Salud (CNES- NCHS) de los Estados Unidos de América se utilizan como criterios de desnutrición moderada o severa a todo valor inferior a -2 desviaciones estándar a la izquierda del peso o talla para cada edad, según la clasificación de la OMS en 1988 en México de una muestra de 7,423 niños según la encuesta nacional la desnutrición ocupó un 13.9 por ciento, para la talla se ubicó en 22.3 por ciento de los menores.

Otro de los criterios tomados por la OMS en Ginebra 1983 es que en general el peso por edad se puede considerar bajo cuando es inferior en más de 1 desviación estándar del peso por edad correspondiente a la población de referencia. En cambio el peso por edad en general se considera alto cuando es superior a 1 desviación estándar por

encima de la mediana del peso por edad en la población de referencia, este mismo principio es aplicable para la talla/edad y peso/talla.

Al respecto en México según los criterios de la NOM-008-SSA2-1994 considera como parámetro mas menos una desviación estándar de la mediana para realizar su *clasificación de los indicadores peso/talla, talla/edad y edad/peso.*

El país cuenta con una larga tradición de contribuciones científicas en el área de la nutrición: Gómez y cols. en 1956, propusieron por vez primera el uso de la somatometría como indicador de los grados de desnutrición en los niños y señalaron el riesgo creciente de muerte asociado a los niveles pobres de desnutrición. A partir de la clasificación de Gómez el uso de los indicadores antropométricos como evaluadores del estado nutricional en poblaciones humanas ha quedado plenamente validado. Zubiran (1963), pionero de la nutrición en México realizó los primeros estudios comunitarios sobre alimentación. Ramos Galvan en 1975 realizó estudios semilongitudinales, con el fin de estimar los niveles de velocidad de crecimiento de los niños mexicanos. Cravioto en 1985 demostró la influencia de la privación nutricional en el desarrollo mental y aprendizaje del niño. Adolfo Chavez y cols, (1979) han realizado extensos estudios sobre niveles de nutrición y consumo de alimentos en comunidades de todo el país (Sepulveda, J., Lezana, M., Tapia, R., Valdespino, J., Madrigal, H. y Kumate, J., 1990).

La ganancia de peso o perdida es un indicador fiel del estado nutricional del preescolar. Los indicadores mas utilizados son la antropometría y el registro diario de alimentos, las variables antropométricas mas comunes son peso y talla, con estas variables y con la edad se pueden componer los índices peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad (Castillo, A., 1992).

Estas variables antropométricas también conocidas como índices reflejan diferentes cuestiones. Individualmente la talla/edad indica una lentitud o retardo en el crecimiento lineal o esquelético (stunting); el peso/talla es el grado de delgadez o emaciación (wasting-enflaquecimiento), juntos representan un 95 por ciento de la

varianza de peso-edad, el cual representa el total de la información, refleja delgadez o retardo en el crecimiento dando una visión de la distribución de nutrición de los problemas en un país o para la dirección del cambio (World Health Organization, 1986 y Berrun, 1994).

Se propusieron las palabras (Wasting y Stunting) para distinguir los déficits de peso/talla y talla/edad, Wasting o emaciación indica pérdida de la masa magra y grasa para su altura, comparado con la cantidad que se espera para un niño normal de su misma altura. Este proceso puede ser el resultado de un bajo consumo de alimentos o una infección aguda, una de las características es que se puede desarrollar en forma rápida y en condiciones favorables se restablece en forma rápida.

Stunting (pequeñez) significa retardo en el crecimiento esquelético, este proceso puede ser corregido desde el nacimiento, un significativo grado de retardo en el crecimiento puede no ser evidente durante algunos años, se asocia frecuentemente con infecciones crónicas, al igual que con el consumo inadecuado de alimentos (Peterson, et al, 1994).

Al respecto Kaufer en su publicación sobre El rumbo de la nutrición en el mundo en 1987, nos presenta un cuadro sobre la interpretación que da a los índices antropométricos:

INDICE	SIGNIFICADO
PESO/EDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Mide masa corporal en relación con la edad. - Una relación peso/edad indica insuficiencia ponderal. - No distingue entre desnutrición presente y secuelas de desnutrición previa.
PESO/TALLA	<ul style="list-style-type: none"> - Mide masa corporal en relación con la estatura. - Evalúa la desnutrición presente. - Una relación peso/talla baja sugiere emaciación.
TALLA/EDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Mide crecimiento lineal. - Evalúa desnutrición crónica o pasada. - Los cambios no son mesurables en el corto plazo. - Una relación talla/edad baja indica un retraso en el crecimiento lineal.

La curva de peso puede ser utilizada para la pesquisa de la malnutrición; mucho antes que aparezcan los otros signos clínicos, para el control de una deshidratación, para toda una serie de actividades preventivas y educativas en el campo sanitario tales como consejos dietéticos y prescripción de suplementos alimentarios, para la educación y participación de los padres (utilizando la curva de peso para explicar el estado de salud del niño y las medidas que deben adoptarse), para la evaluación de la situación nutricional y/o eficacia de las medidas preventivas tanto a nivel individual como colectivo (indicadores de salud de una comunidad).

La curva de talla de un niño es una excelente fotografía de su vida anterior y un testimonio de la evolución del crecimiento. La malnutrición afecta la talla con cierto retardó, la disminución del crecimiento estatural indica que la malnutrición ha comenzado por lo menos dos o tres meses antes (Centro Internacional de la Infancia, 1979).

En los últimos 20 años la antropometría corporal para evaluar el estado nutricio de los individuos y grupos ha permitido, obtener información acerca de la situación general en materia de nutrición y estimar la prevalencia y la magnitud de la obesidad y desnutrición en ciertos grupos de riesgo como lo son los menores. La mayoría de las encuestas antropométricas se realizan con preescolares debido a que este grupo crece con gran rapidez, los cambios en su estado nutricional son detectables con facilidad, al medir a este grupo, se puede deducir la situación de la población en general (Kaufman, M., 1987).

2.2 CULTURA, COSTUMBRES, CREENCIAS Y HABITOS DE ALIMENTACION.

Es de suma importancia que la enfermera conozca y comprenda la conducta, hábitos, costumbres de las familias ya que estas son parte de su cultura, al comprender estas cuestiones la enfermera tendrá una mayor participación con las familias.

Al nacimiento ya existen diferencias en el peso y la talla entre dos grupos de niños que pertenecen a clases sociales distintas. Esta diferencia va a agregarse a la influencia del

medio ambiente como factor condicionante de las posibilidades de riesgo para el futuro. La infancia es la edad de las enfermedades contagiosas habituales (sarampión, varicela, paperas, rubéola, etc.), siendo enfermedades graves en los niños que viven en condiciones de vida desfavorables y con un precario estado general agravando trastornos digestivos preexistentes y con frecuencia precipitando al niño hacia la malnutrición (Centro Internacional de la Infancia, 1979).

El crecimiento de un niño y el desarrollo físico son determinados por una interacción de factores genéticos y ambientales cuando estos (alimento, vestido, vivienda, recreación y desarrollo) son favores y en ausencia de enfermedad, es posible que un individuo alcance el crecimiento potencial determinado por su constitución genética, si el consumo de alimentos es inadecuado, aunado a la falta de recursos económicos, bajo nivel socioeconómico, consumo insuficiente de alimentos, se afectara el crecimiento y desarrollo de los menores (Castillo, A., 1992).

La cultura determina una gran parte de las actividades humanas, la mas vital es la alimentación, el hombre es considerado como omnívoro lo que significa que puede comer de todo. Cada persona consume una dieta particular y tiene sus propios hábitos alimenticios, definidos, estos como los actos característicos, repetidos bajo el impulso de la necesidad de comer (Vargas, G., 1984).

En muchos grupos de población la selección, preparación y consumo de los alimentos está subordinada a ciertas creencias y métodos tradicionales que se van transmitiendo de una generación a otra, dictadas principalmente por experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y que son inculcadas a los niños desde pequeños. Ciertas creencias limitan el uso de alimentos considerados prohibidos, influyendo así en los hábitos alimentarios. En muchos países existe la creencia de que algunos alimentos (principalmente los de alto valor biológico) son dañinos para ciertas edades, especialmente para los preescolares; en otros existe la creencia de que ciertos alimentos

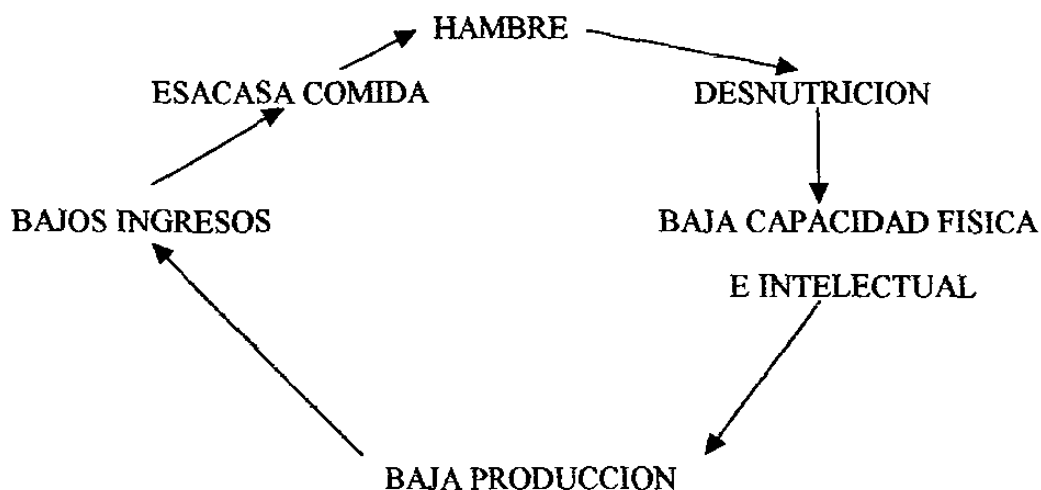
tienen propiedades mágicas, ya sean beneficiosas o malignas, y que comerlos produce estados de euforia o malestar (Béhar, M. & Icaza, S., 1972).

El hombre no solo come por el instinto del hambre sino también por una serie de circunstancial emocionales, sociales y culturales. Cada persona actúa diferente respecto a lo que come y de la manera en que lo hace, los hábitos de cada persona se ajustan a sus vivencias, necesidades psicológicas y a las normas de la sociedad, en algunas ocasiones se consume mas o menos según se encuentre la persona triste o alegre o dependiendo de la comida o de la compañía con la que se cuente (Vargas, G., 1984).

El preescolar es considerado como uno de los grupos más vulnerables a los problemas nutricionales, en esta etapa el ritmo de crecimiento es intenso, razón por la cual los requerimientos nutricionales son altos. Algunas de las causas de que estos grupos sean descuidados son de tipo cultural (malos hábitos alimenticios, costumbres, creencias), socioeconómicos, mucha gente sufre de desnutrición porque no le alcanza para comprarse alimentos nutritivos y baratos y el problema se agrava cuando el poco ingreso es malgastado o mal aprovechado comprando los llamados alimentos prestigiados por la publicidad (alimentos chatarra) que pueden causar alteraciones nutricionales (Acacio, E., 1979).

Cada cultura esta directamente relacionada con ciertos alimentos que forman la base de su dieta, la dieta de los grupos marginados y pobres del mundo puede llegar a ser inferior a la de otros de mejor posición, es aquí donde se inicia la cadena hambre-desnutrición-baja capacidad física e intelectual-baja productividad-bajos ingresos-escasa comida-hambre (Vargas, G., 1984).

Esquema de la cadena de hambre-Vargas 1984



La manera de satisfacer las necesidades nutricias mediante la alimentación puede adoptar diversas formas de acuerdo con la cultura, preferencias, características del medio y recursos disponibles.

El ser humano no ingiere nutrientes sino alimentos y al seleccionarlos, prepararlos y comerlos, no se plantea complicaciones reflexivas matemáticas, sino que sigue los impulsos que le dictan sus gustos, su estado de animo, sus creencias, costumbres y hábitos. Su conducta alimentaria puede modificarse mediante la adquisición de conocimientos y el desarrollo de actitudes nuevas, pero de manera fundamentalmente a través de la práctica (Bourges, H., 1990).

Las personas eligen alimentos no nutritivos y sus preferencias son determinadas por factores sociales, personales, situacionales, tradición familiar y las modas. La selección puede estar restringida o influida por la pobreza o destreza para cocinar o limitaciones de tiempo para su preparación, la publicidad y etiquetado de los alimentos, también puede influir fuertemente en la selección de los mismos.

Es posible que la población de ingreso bajo tenga educación deficiente y menor probabilidad de comprender las clasificaciones de los grupos de alimentos, sus preferencias podrían basarse en lo que les gusta y lo que les disgusta (Feldman, 1990).

Lund, L., y Burk, A. en 1969, analizaron las motivaciones para la ingesta de alimentos en el caso de los niños, señalaron que la conducta alimentaria de un pequeño se inicia por las motivaciones básicas que se derivan de sus necesidades, inclinaciones, urgencias y deseos, que a su vez dependen de procesos cognoscitivos (percepciones, recuerdos, juicios y pensamientos).

En interacción continua, las motivaciones y conocimientos dan lugar a decisiones y acciones, numerosos factores, modulan directa o indirectamente este esquema central: los conocimientos, creencias, actitudes y valores del niño respecto a los alimentos se encuentra entre lo mas importante, junto con la disponibilidad de los alimentos y los ambientes familiar y escolar.

De la familia, el niño recibe conocimientos y actitudes que se verán reforzados o modificados según su estructura y organización familiar, el estatus económico y social y hasta la movilidad de migrantes. En la escuela se reciben de manera formal orientaciones alimentarias, correctas o incorrectas según la capacidad del profesor.

La dieta representa un capítulo de vital importancia tanto terapéutica, como medicina preventiva y salud pública. En la edad adulta es mas difícil modificar los hábitos alimenticios, por lo que los esfuerzos educativos deben centrarse en los niños preferentemente.

Existen suficientes evidencias de que el gusto por determinados alimentos se perfila en las primeras etapas de la vida y recientemente estudios en Noruega (1990) han confirmado que los patrones dietéticos se establecen precozmente en la infancia durante el periodo de escolarización, la dieta de estas edades no solo influye en la salud de los niños, sino también en la salud del futuro adulto.

En la sociedad, el niño está expuesto a una publicidad indiscriminada, favorecedora del consumo de productos superfluo (alimentos basura o chatarra), aunados a las creencias propias de las madres, pueden desplazar el consumo de nutrientes de alto valor biológico. Es por esto que en el proceso de formación de los hábitos en el hogar es de suma importancia las creencias, patrones culturales y prioridades las cuales ejercen notable influencia en la definición de cuales son los nutrientes adecuados para el desarrollo del niño, deben preocuparse también por dar un ambiente cómodo y positivo de apoyo a sus hijos para que estos desarrollen hábitos saludables en materia de alimentación (Rodríguez, L., Martínez, E., Machín, M., Y Sánchez de Dios, M., 1994).

2.3 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD:

Las creencias tienen que ser investigadas para conocer de que manera ejercen su influencia sobre las decisiones que toma la madre al seleccionar la alimentación de su hijo. En el presente estudio se considera el modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1974), como el marco teórico que dará sustento a los hallazgos encontrados.

En el desarrollo inicial del modelo por Hochbaum (1958), Kegels (1965) y Rosenstock (1966) se incluyeron cuatro variables, susceptibilidad percibida, severidad, beneficios y barreras. Recientemente Nemeck (1990) publicó una revisión de la literatura de investigación basada en el modelo de creencias de salud donde incluye las aportaciones de Becker en 1974 (motivación de salud) así como a Pender en 1988 con las (percepciones del control de la salud e importancia de la salud).

Rosenstock (1966) incluyó en su modelo de Creencias sobre la salud (1) susceptibilidad percibida (percepción del paciente sobre la posibilidad de padecer una enfermedad determinada), (2) gravedad experimentada (percepción del enfermo acerca de la importancia de la enfermedad y del posible efecto en su vida), (3) beneficios de la acción (evaluación del paciente sobre el potencial de la intervención de salud para reducir la susceptibilidad o la gravedad), y (4) costos de la acción (estimación del paciente de los

costos financieros, tiempo y esfuerzo, *inconveniencia*, y posibles efectos secundarios, como dolor o incomodidad).

Rosenstock también incluyó en su modelo señales que desencadenan conductas encaminadas a la salud; estas pueden ser informes externos, como noticias en periódicos o en la televisión, o señales internas, como síntomas (Leddy, S. y Pepper, J., 1989).

El modelo de Creencias de salud de Rosenstock fue desarrollado durante los 50's, es utilizado para investigaciones por diversos autores que apoyan su validez, posibilitando explicar la conducta preventiva como resultante de variaciones independiente, subjetivas inherentes a las percepciones de la madre, posible de modificarte dentro de un contexto familiar y social.

El modelo considera que las conductas frente a la salud se originan de las creencias familiares y que a su vez se hayan influenciadas por factores étnicos, culturales y socioeconómicos (Vicente, M., 1993).

Este modelo se origina de la teoría del cambio de Lewin, en la cual, la percepción del individuo acerca del valor positivo o negativo de una conducta parece influir la probabilidad de que aparezca esa conducta (Lewin, 1951; Rosenstock, 1974).

Maiman & Becker 1974, citado por Redeker (1988), hipotetizaron que la conducta depende de dos variables, la primera que es el valor puesto por un individuo en un logro y la segunda que es la estimación del individuo de la probabilidad de que una acción dada de por resultado un logro.

El modelo de Creencias de la Salud utiliza la teoría de Lewin, es decir utiliza la palabra percepción que determina lo que el o ella harán no solo en el ambiente físico sino el cómo es visto por ellos desde lo individual, este modelo explica las conductas preventivas de salud (Esquema No. 1), es decir cuando un individuo toma acciones preventivas para evitar la enfermedad podría necesitar creer que (1) es una persona susceptible o vulnerable y la enfermedad al menos si es moderadamente severa dará algunas consecuencias que podrían significativamente alterar la vida de la persona y

(2) si toma alguna acción podrá tener beneficios particulares (cree que los servicios de salud son accesibles y efectivos) lo cual podrá reducir la susceptibilidad y severidad de la enfermedad y (3) los beneficios contra barreras (costo, tiempo, conveniencia).

La susceptibilidad y severidad son factores de la percepción, esta guía el como se tratara la enfermedad. En este modelo también hay factores modificadores (4) (demográficos, psicosociales y estructurales) los cuales pueden modificar positivamente la susceptibilidad, severidad y los beneficios percibidos del costo y señales de acción, las cuales se refieren al estímulo inmediato necesario para que la persona tenga en mente o reconozca la susceptibilidad y severidad de la enfermedad y tome la acción para reducir las amenazas Rosenstock 1974 citado por Friedman (1986).

El modelo de Creencias ha sido modificado para explicar problemas de salud y lograr el mantenimiento de la misma, incluyen motivaciones tales como la relación en materia de salud, logro de indicaciones medicas, planes de complemento y existencia y permanencia de las practicas positivas de salud (Becker, M., Drachman, R., y Kirscht, J., 1974).

El modelo de Creencias de Salud es un ejemplo de modelos que explican la conducta asociada con estas, las variables tradicionales de las creencias de la salud han incluido la susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras, en 1977 Becker recomendó que se ampliara el modelo para que incorpore la autoeficacia percibida como variable explicatoria de mejor clase de conducta relacionada con la salud, lo que la ubica en los factores de la percepción.

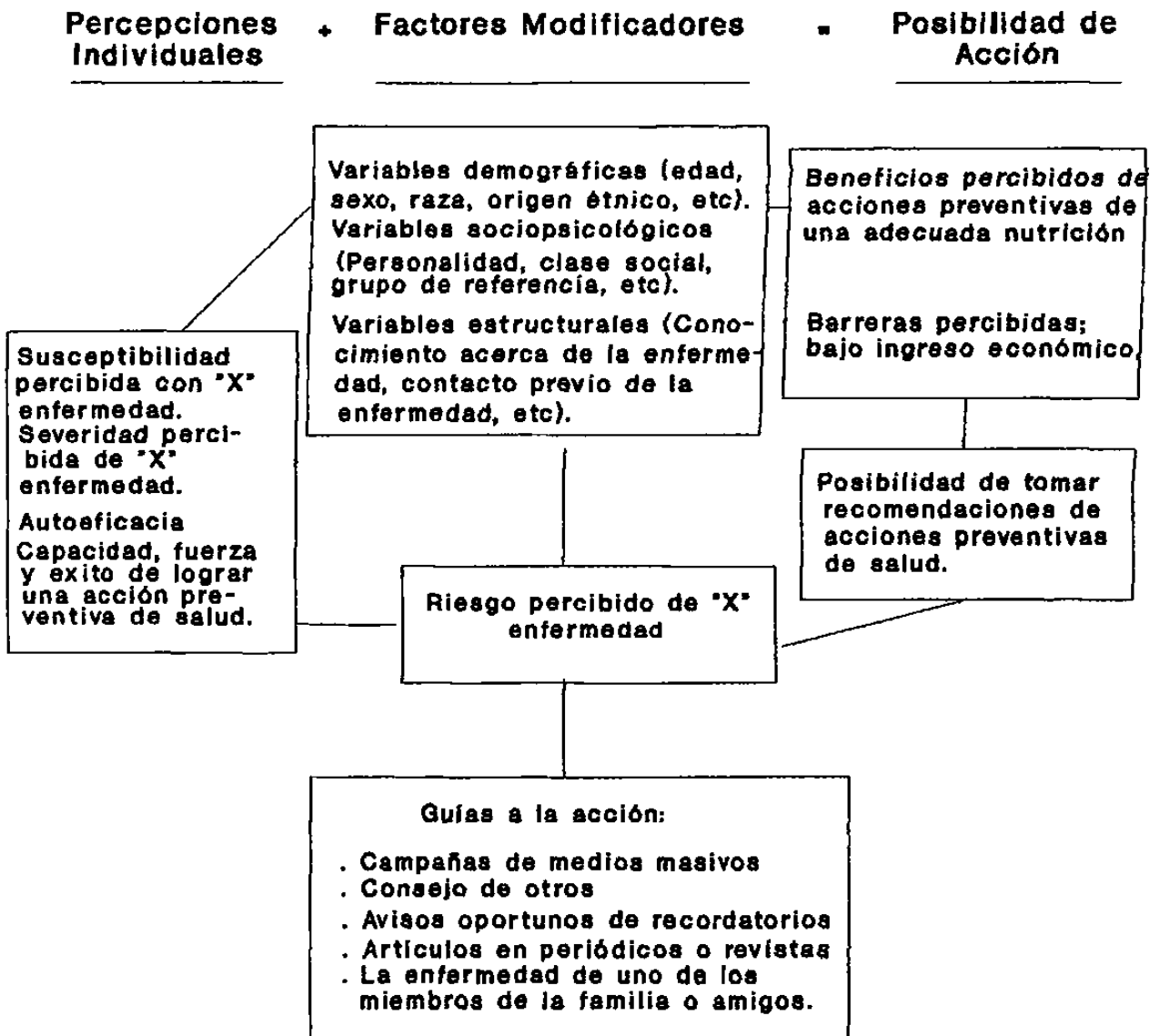
En la ultima revisión del modelo se añadió la variable autoeficacia por Rosenstock, Strecker y Becker en 1988 como un factor personal que influye en la conducta, se refiere a la convicción de que la persona puede ejecutar con buenos resultados la conducta especifica necesaria para producir un resultado deseado, reconoce capacidades y fuerzas personales especificas mas que concepciones generales sobre el control o el deseo de logro (Spellbring, A., 1991).

El modelo ha sido aplicado por enfermería en estudios enfocados a : la familia, personas diabéticas, autoexploración mamaria, cáncer, infarto al miocardio, conducta preventiva de en diarrea infantil, enfermedades sexualmente transmisibles, alimentación en niños, estilos de vida (alcoholismo, drogadicción y tabaquismo), enfermedades ocupacionales, tuberculosis y en las estrategias de enseñanza y experiencia comunitaria, siempre con la finalidad de explicar alguna conducta preventiva de salud.

En el presente estudio se realizo adaptación de contenido al modelo de Creencias (The Health Belief Model, 1977), a fin de facilitar las explicaciones de los hallazgos a presentar de una construcción operativa de las variables empleadas en la hipótesis. (Ver esquema No. 2).

ESQUEMA NUMERO 1

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

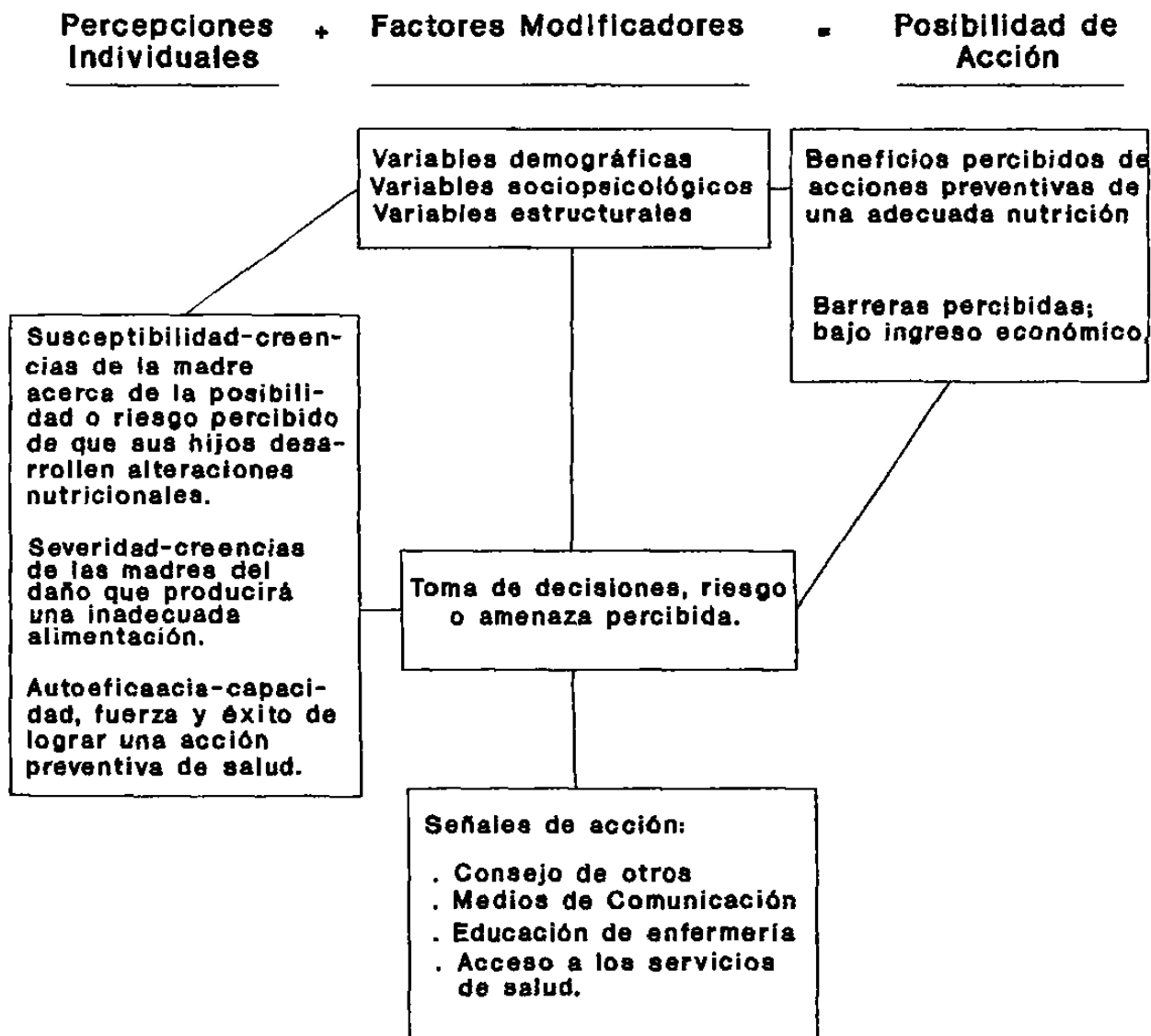


Esquema No. 1 The Health Belief Model (from Becker, M.H; Heafner. D.P. Kals S. V; et. al.) Selected psychosocial models and correlates of individual health related behaviors. Medical care, 1977, 15, 27-46.

ESQUEMA NUMERO 2

ESQUEMA DE CONTENIDO DE LA RELACION DE VARIABLES DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

CREENCIAS MATERNAS DE SALUD



Esquema para relacionar las creencias maternas sobre alimentación y el estado nutricional del preescolar, Escamilla Ramírez R.; 1995.

Adaptado del Modelo de Creencias de Salud. Becker 1977.

2.4 ESTUDIOS RELACIONADOS:

La búsqueda de indicadores socioeconómicos que permitan detectar sensibilidad en las poblaciones sujetas a riesgo nutricional fue el objeto central del estudio *Influencias de factores sociales sobre la situación nutricional de preescolares en una área marginal* realizado por Pérez, S., 1986, donde se estudiaron niños menores de cinco años, a quienes se les clasificó según su estado nutricional y a sus padres se les aplicó un cuestionario sobre hábitos alimentarios y aspectos socioeconómicos. Fue un estudio transversal, descriptivo y observacional. Los resultados muestran diferencias según el grado de desnutrición que presentaron los preescolares debido al consumo insuficiente de calorías, proteínas y hierro, con indicadores socioeconómicos tales como la ocupación del jefe e ingreso económico.

En relación a los resultados de un total de 89 preescolares se detectó en un 34.8 por ciento presento desnutrición leve, 34.8 por ciento desnutrición moderada y un 9 por ciento desnutrición grave. Entre los alimentos más consumidos por el preescolar se mencionaron la tortilla, leche, refrescos, galletas, frijol y huevo.

En relación al nivel socioeconómico de las familias se menciona como uno de los factores que determinan más directamente el estado nutricional, llegándose a la conclusión de que, cuando más bajo sea este, peor será la situación de salud en especial la nutrición ($p < .005$).

Se recomendó la necesidad de utilizar un sistema de vigilancia nutricional en la Sierra de Puebla, considerada como marginal por sus precarias situaciones de salud, el uso de una combinación de indicadores antropométricos (peso/talla, talla/edad y edad/peso), alimentarios y socioeconómicos, para detectar poblaciones vulnerables a la desnutrición y continuar con investigaciones donde se incorpore lo social no solo como de suma de variables sino como parte de una teoría del conocimiento (Pérez, S., 1986).

En otro estudio, realizado en México, se analizó el consumo de alimentos y nutrientes a nivel familiar y del preescolar por zonas geográficas, así como la prevalencia

de desnutrición observada entre dos periodos, dando un total de 58 encuestas de 1957-1968 y 226 en 1969-1982. Se emplearon métodos cuali y cuantitativos para determinar el consumo de alimentos y peso para la edad, clasificando así el estado nutricional del preescolar y reportando que los principales cambios en la dieta estuvieron más relacionados con la cantidad que con la calidad en algunas zonas geográficas ya que presentaban consumos adecuados de energía sin embargo sus dietas seguían desequilibradas a expensas de carbohidratos y grasas ($p > .05$), se registraron consumos mayores de alimentos energéticos como productos de trigo y arroz, grasa y azúcar (refresco) con una $p > .05$. Las dietas de los preescolares no presentaron semejanzas con la de la familia, el equilibrio en las dietas de los preescolares fue mejor que el de las familias, y no se encontró relación entre el consumo de alimentos y nutrientes con la prevalencia de desnutrición, se concluyó que existen otros factores como la morbilidad y las condiciones generales de vida (Madrigal, H., Bautroni, L., Ramírez, D. y Serrano, L., 1986).

El uso y la interpretación de los indicadores antropométricos del estado nutricional, es un trabajo grupal realizado por la OMS en 1986, quienes presentan un reporte donde aceptan que las prácticas antropométricas son útiles instrumentos para realizar la evaluación del estado nutricional de los niños; recomendando indicadores como peso/talla, talla/edad y edad/peso para analizarlos por medio de la desviación standard.

En 1991 Arya, A. y Devi, R. estudiaron el impacto de la instrucción materna en el estado de los niños preescolares, los niños de madres instruidas tuvieron mayores medidas antropométricas que los de las madres sin instrucción.

Refieren que existe en la actualidad un incremento consciente de la interacción entre la malnutrición y los factores socioeconómicos. El estado socioeconómico es uno de los factores predominantes que modifican el estado nutricional de la comunidad, así como el nivel de la instrucción materna considerada grandemente como influyente en el

estado nutricional de los niños, por lo que se dice que el bajo nivel de educación de los padres puede aumentar el número de malnutridos.

Se tomó una muestra de 200 niños de ambos sexos entre 1 y 5 años, la instrucción de la madre (si sabía leer o no), el patrón de consumo del niño para 24 horas por medio de un recordatorio, mediciones antropométricas, se observó presencia de deficiencias o enfermedades nutricionales. Los datos fueron analizados por medio de la prueba estadística de significancia Z.

En relación a los resultados se obtuvo que el patrón de consumo alimentario varía de acuerdo con el grado de instrucción materna, el puntaje más alto fue para el grupo de frutas, vegetales, nueces, leche y derivados de azúcar ($p < 0.1$); también se encontró una correlación positiva ($p < 0.1$) entre medición antropométrica y la educación materna, todas las mediciones altura-peso de los hijos de las madres con instrucción fueron menores al comparado con las madres sin instrucción. La incidencia de deficiencias nutricionales entre preescolares indicó que los niños de madres sin instrucción tienen signos más altos comparados con los de madres con instrucción. De las observaciones anteriores está claro que el estado de instrucción materna influye en el estado nutricional de los niños preescolares.

En 1992 Gaytan, S., Vásquez E., Kumazawa, M., Romero, E. y Nápoles, F. realizaron un estudio transversal en 93 niños de dos a 60 meses, se investigaron variables sociodemográficas y económicas, además de revisiones antropométricas y cálculo de indicadores nutricionales (peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad). Se identificaron los niños con déficit en sus indicadores por medio de percentiles, desviación estándar y mediana (clasificación de Gómez & Waterlow) utilizando para ello los patrones de referencia del National Center for Health Statistics (NCHS). En los resultados obtenidos con el uso de la mediana se observó déficit mayor del indicador de peso/talla en niños mayores de 15 meses (21 por ciento), comparado con los menores de 15 meses (siete por ciento); porcentaje de déficit de talla/edad en los mayores de 15 meses (22 por

ciento), con respecto a la desviación estándar el siete por ciento de los niños estudiados presentaron déficit en talla/edad.

Estos investigadores indican que la desnutrición puede ser por diversos factores como la baja capacidad adquisitiva de la familia, desorganización socio-familiar, políticas equivocadas, hábitos inadecuados de alimentación, aumento en la frecuencia de infecciones gastrointestinales. Al respecto un estudio realizado en Guadalajara en 1989 por Nápoles, F., Vázquez, E. y Romero, E., demostró que existen ciertas variables que sobresalen por su relación con la desnutrición: exceso de miembros por familia, poca o nula escolaridad de la madre, gasto bajo para alimentación (por ciento del salario mínimo), frecuencia de episodios diarreicos y la edad del niño.

Parra, M., et al en 1994, refirieron en su estudio sobre los factores de riesgo para la obesidad en la infancia que en Estados Unidos de Norteamérica (1978), la obesidad afecta entre el 10 y 20 por ciento de la población infantil, principalmente en los niños de uno a siete años de edad.

En la República Mexicana en 1988 según reportes de la primera encuesta nacional de nutrición revelo una prevalencia de obesidad en niño menores de cinco años para el indicador peso/talla de 4.4 por ciento y para el indicador peso/edad un 2.2 por ciento.

Además afirman que existen una serie de factores que se encuentran fuertemente asociados a la obesidad como: biológicos (metabólicos, genéticos y composición corporal), sociales (escolaridad de los padres, nivel socioeconómico) y conductuales (costumbres, valores, comportamiento y actitudes, preferencia alimentarias, entre otros).

Estos factores pueden surgir en torno a un microambiente familiar en el que los padres propician una conducta alimentaria que favorece una ingestión que excede el gasto calórico, también pueden originarse por la forma en que el niño responde ante esta conducta alimentaria, al ir desarrollando la propia.

El estudio sobre la relación de los criterio de selección de alimentos de la madre con la ingesta alimentaria de los niños preescolares realizado por Contenido, et al. en 1993 tomando como muestra a 218 madres latinas y sus hijos de cuatro a cinco años de edad, se formaron seis grupos para conocer las creencias para la elección de los alimentos obteniendo un valor correlacional de .51 en el grupo que tenia un criterio saludable alto, en el grupo dos un valor de .48 con un criterio de alta salud, el grupo tres con un valor de .24 para moderada salud, el grupo cuatro un valor negativo de .15 un criterio unidiferenciado, el grupo cinco con un valor de negativo de .07 un criterio de alto sabor y el grupo seis con un valor negativo de .52 un criterio de alto sabor y salud negativa.

Estos grupos fueron reagrupados a tres para diferenciar conocimiento de nutrición de las madres y calidad de las dietas (del uno al tres como salud positiva, del cinco al seis como sabor alto salud negativa y el cuarto como unidiferenciado) las madres en todos los grupos tuvieron conocimientos altos acerca de los alimentos saludables y con un elevado contenido de azúcar con calificaciones de .80 y .84.

Por otra parte en 1984 Vega, L., Gúmez, A. y Alaniz, S. realizaron un estudio sobre la influencia de las madres en la preferencia que muestran los preescolares por algunos alimentos, citando a Black y cols. 1976 quienes han informado que la calidad de la dieta de los infantes correlaciona con el nivel socioeconómico y el tamaño de la familia. Por otro lado Caliendo y Sanjur (1978) han llegado a la conclusión de que el ambiente social, las características psicológicas de la madre y su actitud intervienen en el diseño de la dieta; y que el nivel de educación formal de los padres es una circunstancia mas que condiciona las peculiaridades de la alimentación que reciben los niños.

Este estudio tomó una muestra de 290 madres con niños en edades comprendidas entre los dos y cinco años once meses. La información se llevó a cabo mediante una encuesta colectando características de los padres, edad escolaridad, ingreso familiar, gasto por alimentos, número de niños que integran la familia y alimentos que compran las madres regularmente para consumo familiar.

En relación a los resultados 139 madres fueron menores de 30 años, solo 46 madres tenían un nivel de escolaridad inferior al de secundaria. El 51.7 por ciento de las madres estaban dedicadas a las labores del hogar, 48.3 por ciento tenían dos hijos, el 5.5 por ciento tenían mas de cuatro hijos. En lo que respecta al estado nutricional el 10.3 por ciento se encontraron obesos o con sobrepeso, el 18.3 por ciento tenían peso inferior al limite normal.

En relación al grupo de alimentos que formaban parte de la dieta cotidiana se encontró: el huevo, la leche, el pollo, la carne, el pan, la tortilla, el arroz, el frijol, la sopa, el refresco, apoyándose en lo que menciona Caliendo y Sanjur, (1978) que la calidad y variedad de la dieta tiene relación con el orden de nacimiento que el niño tiene en la familia, la educación nutricional de la madre y la ocupación de ella. El investigador refiere que los datos obtenidos explican en parte la poca importancia que tienen las preferencias de las madres por algunos alimentos, en la predilección de los niños.

Miller & Korenman, (1994) realizaron un estudio donde describen los déficits en el estado nutricional entre niños pobres de Estados Unidos, usando los datos de un estudio longitudinal de jóvenes nacidos entre los años 79 y 88.

Refieren que la prevalencia de baja estatura para la edad (stunting), el bajo peso para la altura (wasting) es mas alta en familias donde persiste la pobreza. La medición del ingreso no captura apropiadamente los efectos de la pobreza en el estado nutricional de los niños. Estas diferencias entre pobres y no pobres, pueden estar asociadas con otras características y la pobreza que pueden controlarse, tales como: el bajo nivel educativo de las madres, estructura familiar con un solo padre, edad de las madres jóvenes, habilidades académicas maternas.

Desde que un niño nace en medio de la pobreza es mas probable que tenga bajo peso, alto riesgo de atrofia en los primeros años de vida particularmente como consecuencia de estos déficits económicos. Gale, Dibley y Marks en 1987, citados por Miller Y Korenman (1994); estiman que existe entre el 20 y 40 por ciento de prevalencia

en el sistema de vigilancia nutricional pediátrica y que esta es atribuible al bajo peso al nacer.

En este estudio se encontró que hay un exceso de riesgo de atrofia y pérdida entre los niños pobres y que no se reduce a la apreciación del bajo peso y corta estatura al nacimiento, sino que de hecho estos resultados al nacer continúan afectando el crecimiento en etapas tempranas de la infancia.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El estudio se realizó en el municipio de Guadalupe, N. L., comprendiendo cinco áreas geográficas básicas (AGEBS), consideradas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de clase marginal. El estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo (Polit, D. y Hungler, B., 1991) en la medida que el cuestionario y valoración se aplicó en una sola oportunidad, se indagó sobre aspectos que exigieron a la madre recordar o narrar sus creencias.

La unidad de observación la constituyeron la madre y el niño preescolar, la madre fue considerada como la proveedora del cuidado de la alimentación de su hijo preescolar aplicando en ella el instrumento sobre Creencias Maternas sobre Alimentación; en relación al niño se aplicó el cuestionario de Valoración del Estado Nutricional del preescolar y algunos datos fueron complementados por la madre. La valoración del estado nutricional se realizó tomando en consideración los criterios establecidos en la NOM-008-SSA2-1994 publicados en el Diario Oficial de la Federación.

3.1 SUJETOS:

El marco muestral estuvo constituido por cinco jardines de niños ubicados en los cinco AGEBS de la clase marginal. La selección de los niños fue por muestreo aleatorio y proporcional con un alfa preestablecido de .05 y un margen de error de .06 lo que dió un total de 191 niños preescolares entre tres y seis años de edad y sus respectivas madres. La muestra disminuyó a causa de cambio de domicilio de algunos de los preescolares a 189 niños. La fórmula utilizada para obtener la muestra fue:

$$n = \frac{npq}{(n-1)d + pq}$$

CRITERIOS DE INCLUSION:

Madres de familia

Niños inscritos y activos en cualquiera de los cinco jardines de la clase marginal , que residieran en esa zona.

Niños entre tres y seis años de edad de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Cuando la madre tubo mas de un hijo en edad preescolar se considero solo uno, el primero que apareciera en la lista de números aleatorios.

Niños no inscritos y no activos en cualquiera de los cinco jardines o que no residieran en esa zona.

Niños menores de tres años y mayores de seis.

3.2 MATERIAL:

Se utilizo como instrumento un cuestionario semiestructurado elaborado por la autora del estudio como resultado de la operacionalización de las variables, denominado encuesta sobre Creencias Maternas de Alimentación y Estado Nutricio del Preescolar (CMAENP) (Apéndice A); este instrumento contiene un total de 51 ítems en 10 secciones: la primera corresponde a datos de identificación de la madre, apartir de la segunda sección se incluyeron directamente las variables del estudio las cuales captan los Factores Modificadores demográficos 10 ítems, Factores Modificadores Sociopsicológicos dos ítems, Factores Modificadores Estructurales ocho ítems, Susceptibilidad Percibida tres ítems, Severidad Percibida cuatro ítems, Beneficios

Percibidos dos ítems, Barreras tres ítems y finalmente la décima sección correspondiente a Señales de acción seis ítems.

Un segundo instrumento elaborado para este estudio fue el de Valoración del Estado Nutricio del Preescolar (VENP) (Apéndice B), considerando cinco secciones y un total de 30 ítems; el instrumento en su primer sección corresponde a datos de identificación tales como la edad, sexo, lugar que ocupa en la familia y algunos antecedentes de los padres, en la segunda sección se indaga sobre antecedentes del preescolar, presencia de enfermedades de la mal nutrición, en la tercera sección corresponde a hábitos de alimentación del preescolar, propios de la edad del preescolar, en la cuarta sección corresponde a datos antropométricos, la quinta y última sección corresponde a datos de observación clínica que puedan reflejar datos de malnutrición, así como de un recordatorio de alimentos por 24 horas anteriores al día del levantamiento de los datos.

Se elaboró un instructivo para la aplicación de los cuestionarios donde se especifica la terminología que requirió cambio para un mejor entendimiento al entrevistar a la madre (Apéndice C).

3.3 PROCEDIMIENTO:

El presente estudio se turnó a la Comisión de Bioética de la Facultad de Enfermería para garantizar el cumplimiento de la reglamentación de la Ley General de Salud en materia de Investigación, así mismo se turnó a la Comisión de Bioética de la Jurisdicción Sanitaria # 4 de la SES obteniéndose su aprobación (Apéndice D).

Se solicitó por escrito y en forma oficial a la Secretaría de Educación Pública-Subsecretaría de Planeación y Organización Educativa Dirección de Estadística y Estudios, listado de los Jardines de niños del municipio de Guadalupe, N. L., así mismo de su autorización para realizar el estudio en los jardines que correspondieron al estrato marginal de dicho municipio (Apéndice E y F).

Se aplicó el estudio en los cinco jardines existentes en el área marginal según datos del INEGI, para la ubicación de los Jardines por AGEB se compraron mapas del municipio de Guadalupe, N.L. (Apéndice G), corroborando cada jardín con el listado enviado por la Secretaría de Educación Pública (Apéndice H).

Se solicitó también a la dirección de cada plantel la autorización para realizar en ese lugar la valoración del preescolar y los domicilios de la familia a fin de solicitar la autorización de ellos a participar en el estudio; y que se permitiera valorar al niño y programar una cita con la madre de familia para el levantamiento de datos de la encuesta sobre Creencias de Alimentación y Estado Nutricio del Preescolar y Valoración del Preescolar (Apéndice I).

Se procedió al levantamiento de datos de la siguiente manera:

- Se entrevisto a la madre de familia en su domicilio, se les entrego un formato para su autorización y consentimiento en el estudio (Apéndice J).
- Se valoro a los preescolares en el jardín de niños, según Norma Técnica establecida por el Diario de la Federación Oficial 1994 (Apéndice K). Esta valoración se realizo de la siguiente manera:
 - . Se estableció comunicación con los niños para facilitar el procedimiento.
 - . Se platico con el menor acerca del procedimiento a realizar y se cuestiono sobre dudas, temores y se solicito su colaboración para realizar el procedimiento.
 - . Se preparo el equipo y material instalándolo en el jardín de niños a fin de que la báscula y altímetro se encontraran nivelados para el momento de su utilización.
 - . Se procedió a pesar y medir de acuerdo a lo establecido por la NOM-008-SSA2-1994.
 - . Se compararon los resultados obtenidos con la norma establecida y se dio una primera evaluación informando del resultado a las madres.
 - . Se establecieron los indicadores antropometricos peso/talla, talla/edad y edad/peso para cada niño y se complemento el cuestionario en el domicilio de la familia, interrogando a la madre sobre patrones y hábitos de alimentación.

Al término de la entrevista y valoración se agradeció a las madres, directora del plantel y a los niños preescolares su participación. Ninguna madre de familia se negó a participar en el estudio.

Todas las cédulas de entrevista y valoración fueron revisadas y codificadas por el mismo investigador para rectificar y asegurar que estuviesen completas.

Para el procesamiento de datos se utilizó la computadora y el programa estadístico Kwyck Stat versión #4 (Ks4) y Statistical Analysis System (SAS), previamente se elaboró el programa correspondiente (Apéndice L), los cuales proporcionaron los datos estadísticos descriptivos, listado de frecuencias y tablas de correlación.

Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticos para variables nominales la V Cramer y Covarianza las cuales buscaron la correlación de la variable independiente: creencias maternas sobre alimentación y la dependiente: estado nutricional del preescolar. Para comprobación de hipótesis se utilizó la χ^2 y el análisis de varianza, la presentación de los resultados se hizo en figuras Harvard Graphic versión 2.10 y en tablas de contingencia (Cañedo, D., 1987). Se aplicó (r) de Pearson para conocer la correlación entre los hábitos alimenticios del preescolar y los propiciados por la madre.

3.4 ETICA DEL ESTUDIO:

En el presente estudio se protegió la privacidad de las madres y de los niños preescolares identificando los cuestionarios solo con un código. En virtud de que esta investigación se consideró de riesgo mínimo se solicitó la autorización por escrito de la madre según el artículo # 17 y 20 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación.

En lo referente a consentimiento informado, se le informó a las madres de familia que podían retirarse en el momento en que ellas lo manifestaran, se protegió la seguridad del preescolar en el momento de la valoración del estado nutricional y se dio la información

a la madre de este resultado con el fin de que aquellos que requirieran atención médica o de enfermería, la obtuvieran de manera oportuna.

Se hizo el compromiso con la madre de familia y la directora del jardín de niños de proporcionar la información obtenida en este estudio y se les garantizo confidencialidad y anonimato, de igual manera se comprometió el investigador a entregar una copia del estudio a la Jurisdicción Sanitaria #4 de la SES.

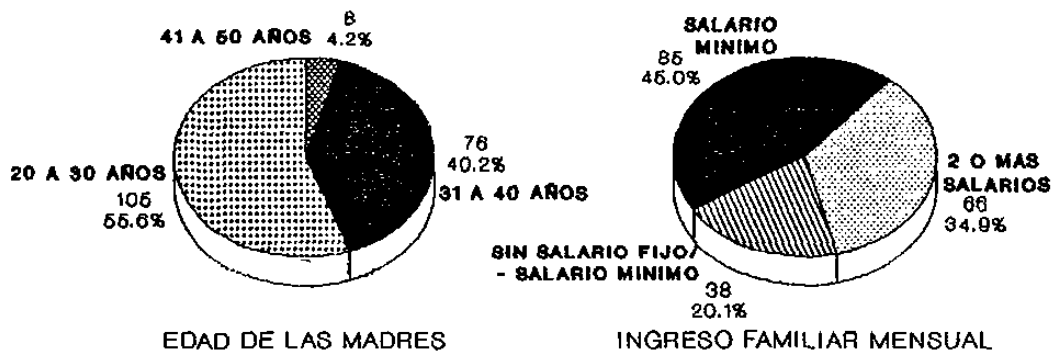
CAPITULO IV

RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se siguió el orden con el que se recolectó la información según la encuesta, por lo que se inicia con la presentación de los datos descriptivos de creencias maternas y posteriormente sobre el estado nutricional del preescolar.

Se reportan los resultados de correlaciones del estado nutricional entre las variables del modelo y los indicadores antropométricos peso/talla, talla/edad y edad/peso.

FIGURA 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES
DE LOS PREESCOLARES DE GUADALUPE, N.L.
MAYO DE 1995



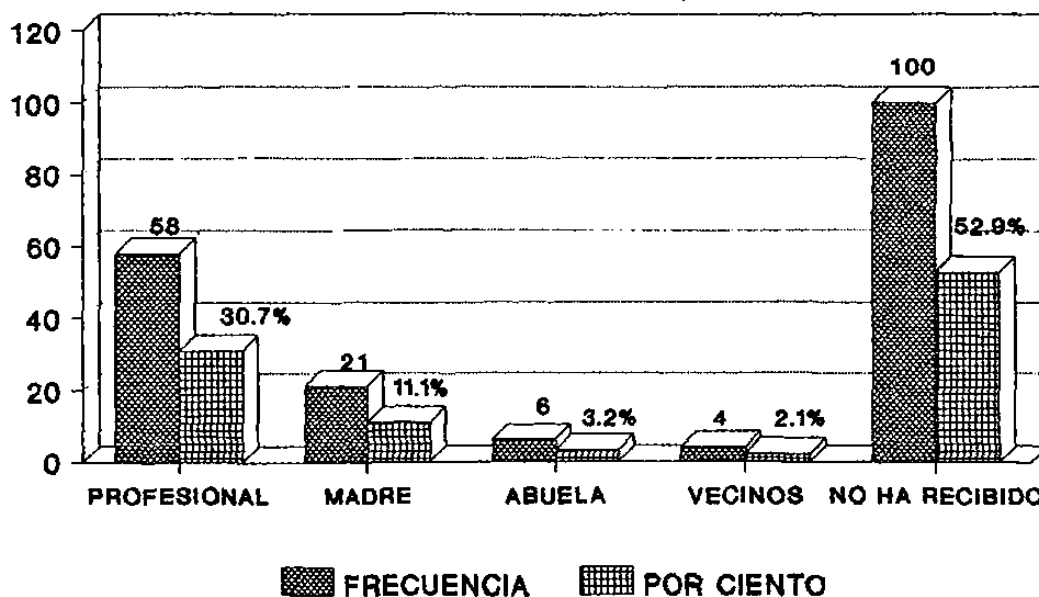
FUENTE: CREENCIAS MATERNAS DE ALIMENTACION Y ESTADO NUTRICIO DEL PREESCOLAR (CMAENP).

N= 189

Con lo que respecta a las características demográficas de las madres de los preescolares se encontró en relación a la edad que el 55.6 por ciento tiene entre 20 y 30 años y un 40.2 por ciento está entre 31 y 40 años. Respecto al estado civil el 88.4 por ciento son casadas y un 7.4 por ciento viven en unión libre. La procedencia de las madres en primer lugar es fuera del estado con un 45.5 por ciento seguida por el área metropolitana con un 42.8 por ciento.

La ocupación predominante es el hogar con un 88.9 por ciento, en cuanto a la escolaridad el 53.4 por ciento solo cuenta con primaria incompleta y un 2.6 por ciento posee estudios profesionales. El ingreso familiar mensual que predomina es de insuficiencia económica debido a que el 65.1 por ciento tiene salarios mínimos o no tiene ingreso fijo, cuando debe atender un promedio de 5 a 7 miembros por familia. En relación a la seguridad social de las familias un 66.7 por ciento posee IMSS y un 25.9 por ciento es población abierta.

FIGURA 2
PERSONAS QUE HAN DADO RECOMENDACIONES A
LAS MADRES PARA MEJORAR LA ALIMENTACION
DE SUS HIJOS. GUADALUPE, N.L MAYO 1995

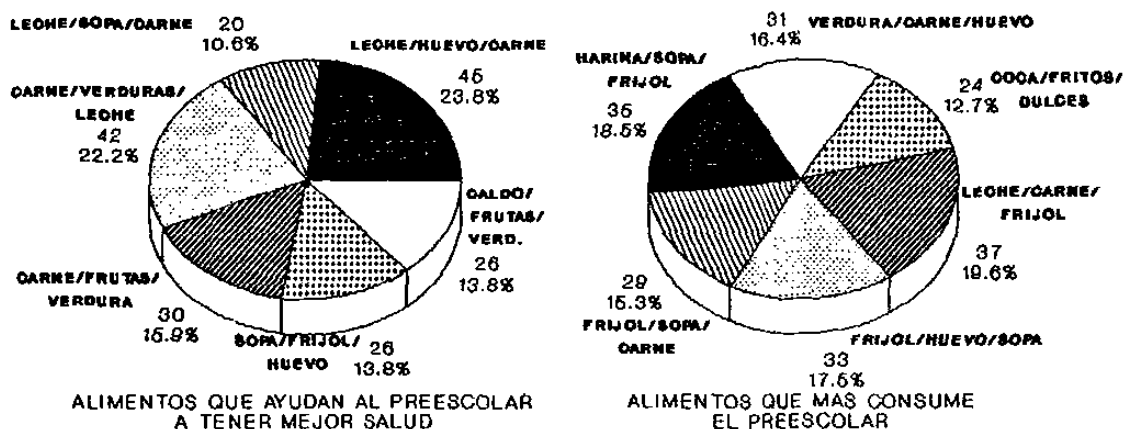


FUENTE: CMAENP

N= 189

En relación a los factores modificadores sociopsicológicos; las madres mencionaron a las personas que les habían dado recomendaciones para mejorar la alimentación de sus hijos, refiriendo en un 30.7 por ciento a los profesionistas (Médico, enfermera, nutrióloga), en un 11.1 por ciento su propia madre, un 3.2 por ciento su abuela y 2.1 por ciento los vecinos.

FIGURA 3
FACTORES MODIFICADORES ESTRUCTURALES
GUADALUPE, N. L. MAYO DE 1995

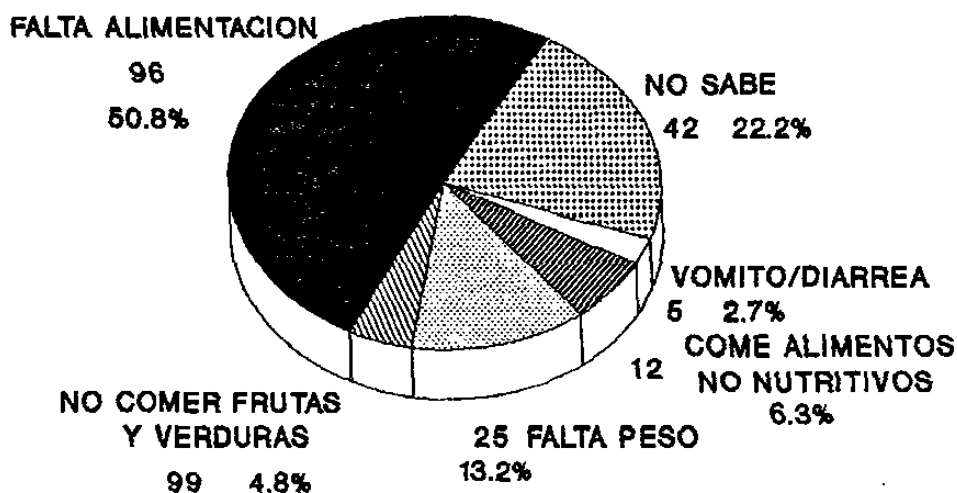


FUENTE: CMAENP

N° 189

En relación a los factores modificadores estructurales las madres refirieron que los alimentos que ayudan a que sus hijos tengan mejor salud son la leche, huevo y carne con un 23.8 por ciento, seguido por leche, carne y verduras con un 22.2 por ciento y en relación a los alimentos más consumidos por su hijo un 19.6 por ciento mencionó leche, carne y frijol, un 18.5 por ciento el frijol, la sopa y tortilla de harina, un 17.5 frijol, huevo y sopa; es importante mencionar que el 12.7 por ciento consume alimentos no nutritivos (cocas y dulces).

FIGURA 5
CAUSAS DE LA DESNUTRICION SEGUN LAS
LAS MADRES DE LOS PREESCOLARES
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

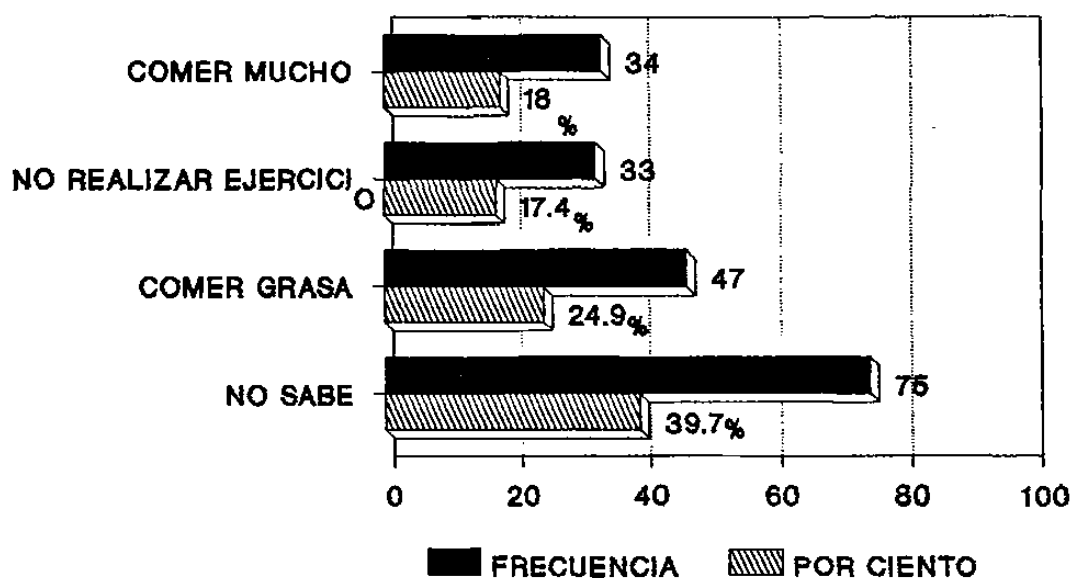


FUENTE: CMAENP

N= 189

En relación a las causas que provocan la desnutrición, las madres de los preescolares mencionaron en un 50.8 por ciento que es debido a la falta de alimentación y no comer, en un 13.2 por ciento a la falta de peso, y por no comer frutas y verduras el 4.8 por ciento. Es importante mencionar que el 22.2 por ciento no sabe a que se deba la desnutrición.

FIGURA 6
CAUSAS DE LA OBESIDAD SEGUN LAS
MADRES DE LOS PREESCOLARES
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

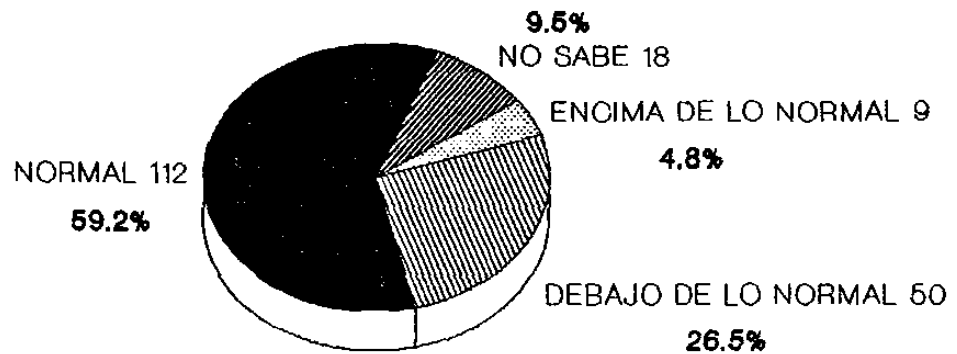


FUENTE: CMAENP

N= 189

En relación a las causas que provocan la obesidad las madres refirieron que el consumir alimentos no nutritivos y que contengan mucha grasa en un 24.9 por ciento, el comer mucho (más de lo necesario) el 18 por ciento, y el no realizar ejercicio el 17.4 por ciento. Es importante señalar que un 39.7 por ciento no sabe a que se deba la obesidad.

FIGURA 7
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA DEL PESO POR
LAS MADRES DE LOS PREESCOLARES
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

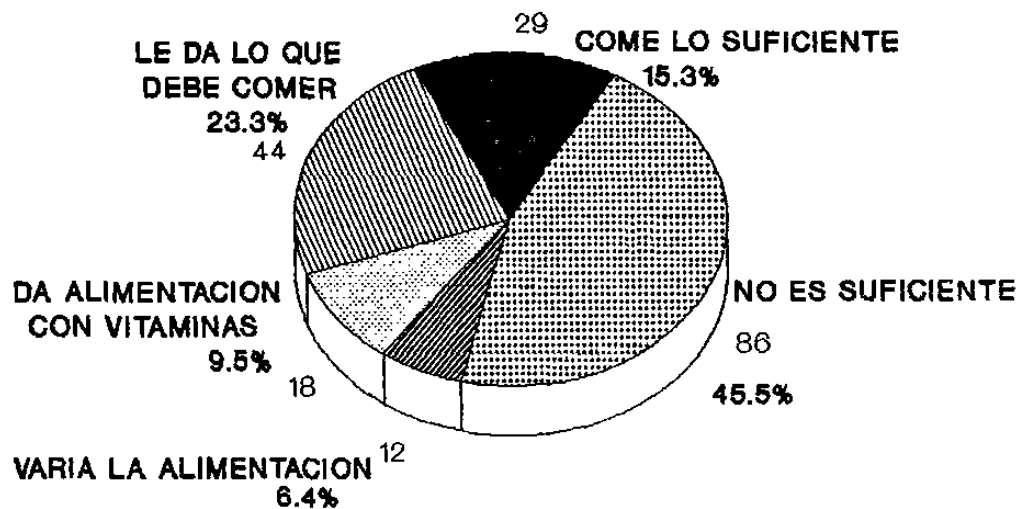


FUENTE: CMAENP

N= 189

En lo que respecta a la susceptibilidad percibida del peso por las madres de los preescolares el 59.2 por ciento refiere que es normal, un 26.5 por ciento por debajo de lo normal

FIGURA 8
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA MOTIVOS PARA
CONSIDERAR LA ALIMENTACION DEL PREESCOLAR
COMO SUFICIENTE. GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

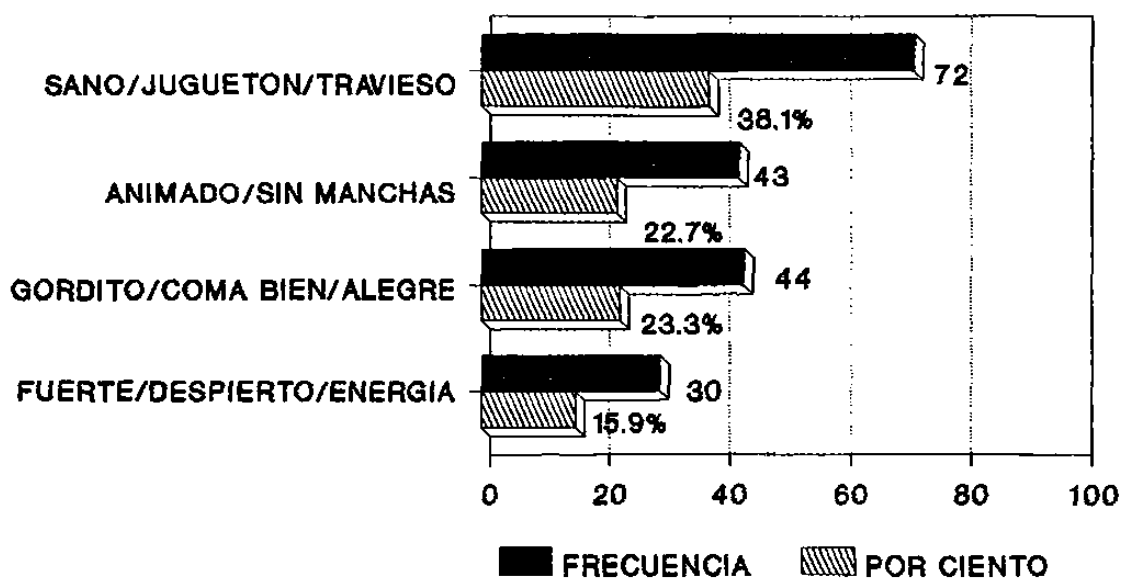


FUENTE: CMAENP

N= 189

Con lo que respecta a la susceptibilidad percibida para considerar la alimentación del preescolar como suficiente, en un 23.3 por ciento las madres refieren dar a su hijo lo que debe comer, un 15.3 por ciento que comen lo suficiente, un 9.5 por ciento da alimentación con vitaminas y un 6.4 por ciento le varía la alimentación.

FIGURA 9
SEVERIDAD PERCIBIDA SOBRE COMO DEBE
VER A SU HIJO PARA DECIR QUE ESTA BIEN
ALIMENTADO. GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

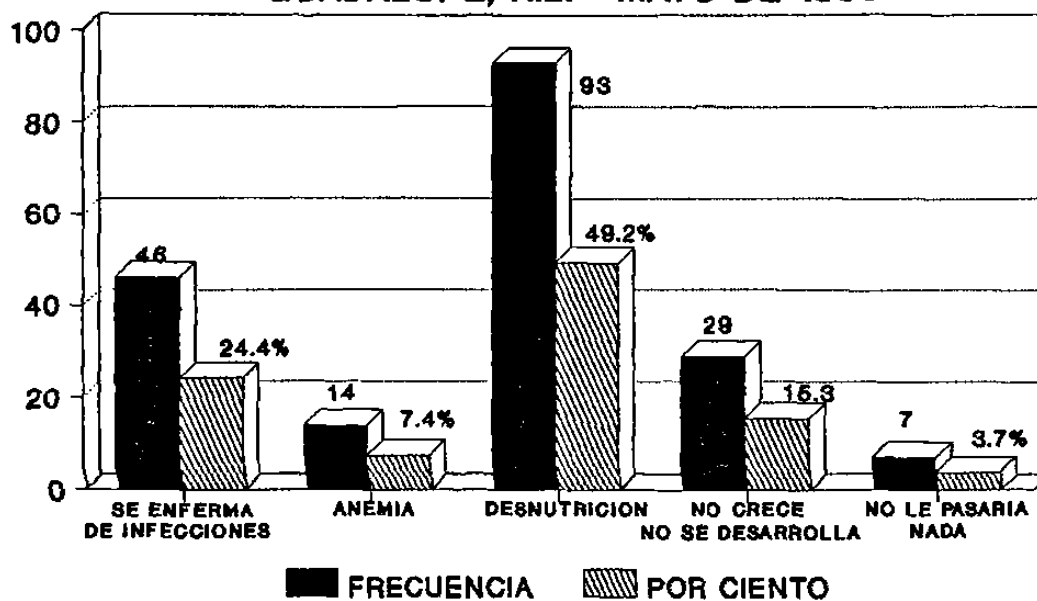


FUENTE: CMAENP

N= 189

En relación a la severidad percibida sobre como debe ver a su hijo para decir que está bien alimentado el 38.1 por ciento refirió que sano, juguetón y travieso; un 23.3 por ciento que estuviera gordito, que coma bien y sea alegre y un 22.7 por ciento verlo animado y sin manchas.

FIGURA 10
SEVERIDAD PERCIBIDA AL NO DAR A SU HIJO
UNA ALIMENTACION BALANCEADA
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

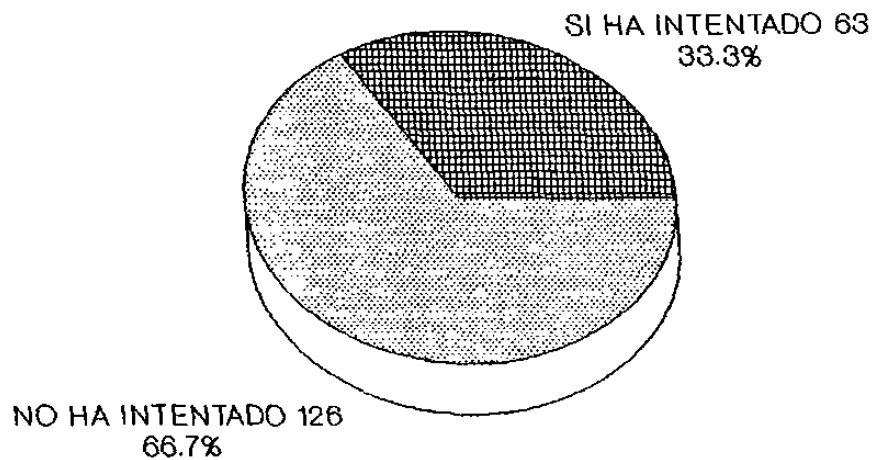


FUENTE: CMAENP

N= 189

En cuanto a la severidad percibida el 49.2 por ciento mencionó que sus hijos se enfermarían de desnutrición si no le proporciona una alimentación balanceada, el 24.4 por ciento se enfermaría de infecciones y un 15.3 por ciento no crecería ni se desarrollaría.

FIGURA 11
AUTOEFICACIA: HA INTENTADO CAMBIAR
LA ALIMENTACION DE SU HIJO
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

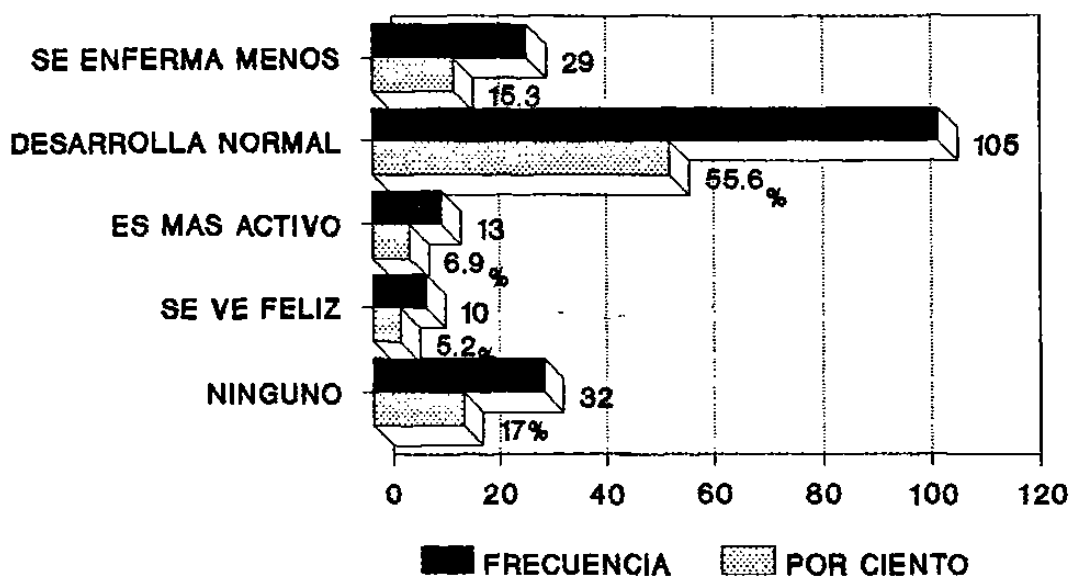


FUENTE: CMAENP

N= 189

El 33.3 por ciento refiere si haber intentado cambiar la alimentación de su hijo y el resto nunca lo ha intentado.

FIGURA 12
BENEFICIOS AL INGERIR EL PREESCOLAR
UNA ALIMENTACION BALANCEADA
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

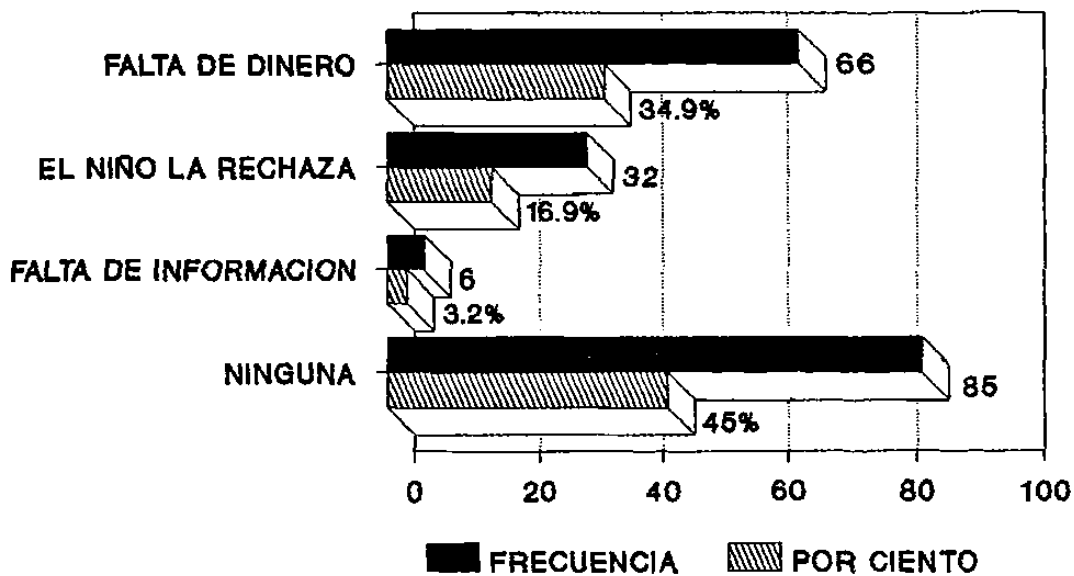


FUENTE: CMAENP

N= 189

En relación a los beneficios percibidos por la madre en el preescolar al dar una alimentación balanceada se encontró que en el 55.6 por ciento refiere crecería y se desarrollaría normal el menor, el 15.3 por ciento que su hijo se enfermaría menos el 17 por ciento no percibe ningún beneficio.

FIGURA 13
BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MADRES PARA
DAR ALIMENTACION BALANCEADA AL PREESCOLAR
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

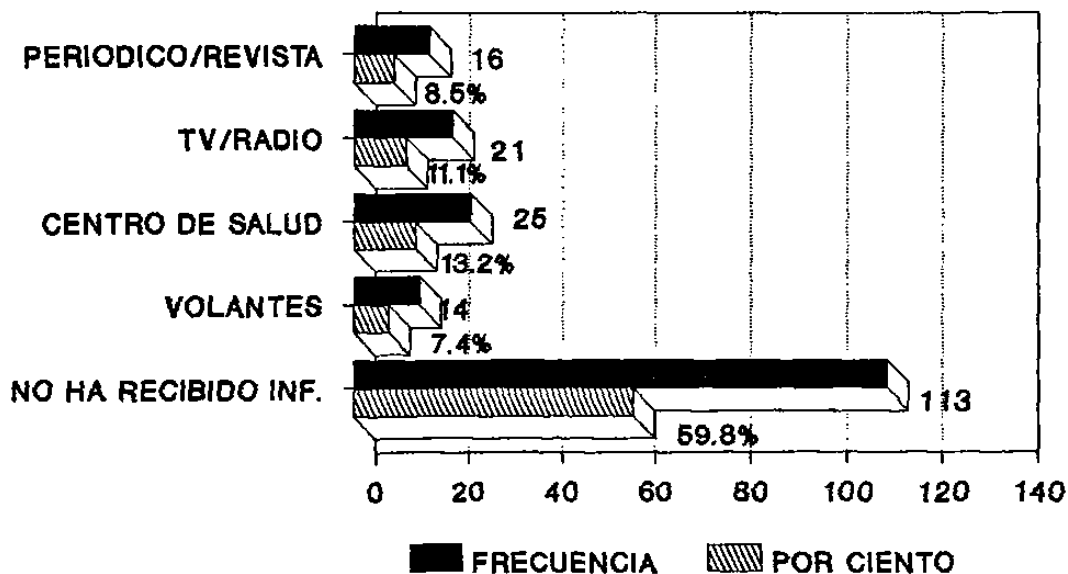


FUENTE: CMAENP

N= 189

En relación a las barreras percibidas por las madres para ofrecer una alimentación balanceada a sus hijos, el 34.9 por ciento refirió ser el factor económico, el 16.9 por ciento el niño rechaza la alimentación balanceada y un 45 por ciento no tienen barreras.

FIGURA 14
SEÑALES DE ACCION A TRAVES DE OBTENCION
DE INFORMACION SOBRE ALIMENTACION DEL
PREESCOLAR GUADALUPE, N.L MAYO DE 1995

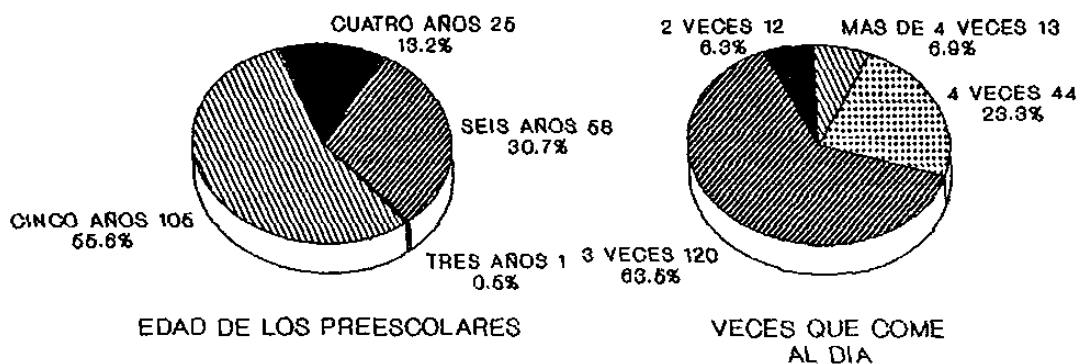


FUENTE: CMAENP

N= 189

De las madres de los preescolares que han recibido información sobre la alimentación del mismo, el 13.2 por ciento la obtuvo en el centro de salud, un 11.1 por ciento de la televisión o el radio, un 8.5 por ciento del periódico y la revista, 7.4 por ciento del volante dado por enfermeras. Cabe señalar que un 59.8 por ciento no tiene información sobre la alimentación del preescolar

FIGURA 15
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS
NIÑOS PREESCOLARES
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

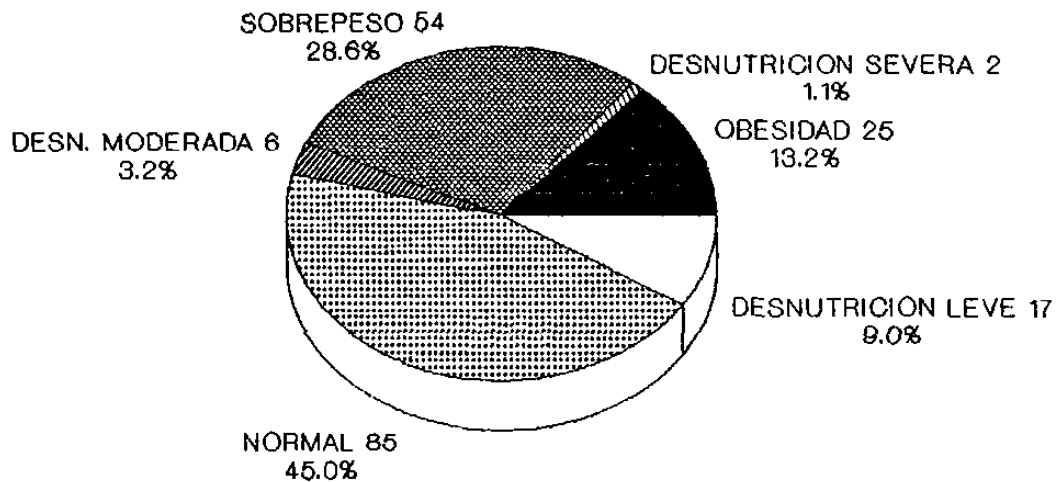


FUENTE: VALORACION DEL ESTADO NUTRICIO
 DEL PREESCOLAR (VENP)

Nº 189

En relación a las barreras percibidas por las madres para ofrecer una alimentación balanceada a sus hijos, el 34.9 por ciento refirió ser el factor económico, el 16.9 por ciento el niño rechaza la alimentación balanceada y un 45 por ciento no tienen barreras.

FIGURA 16
INDICADOR ANTROPOMETRICO
PESO-TALLA EN POBLACION PREESCOLAR
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

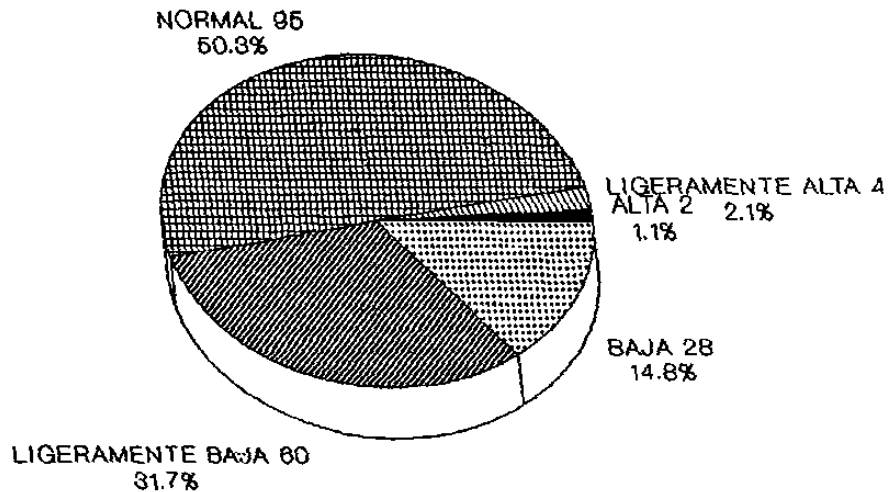


DESN.- DESNUTRICION
 FUENTE: VENP

N= 189

El indicador antropométrico peso-talla valorado en el preescolar reflejó el 28.6 por ciento sobrepeso, el 13.2 por ciento obesidad, desnutrición leve el 9 por ciento, desnutrición moderada un 3.2 por ciento y desnutrición severa el 1 por ciento.

FIGURA 17
INDICADOR ANTROPOMETRICO TALLA-EDAD
EN POBLACION PREESCOLAR
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

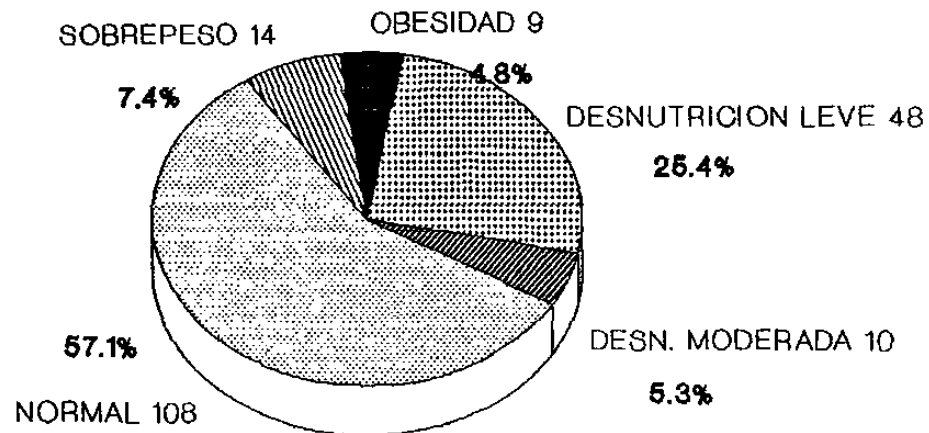


FUENTE: VENP

N= 189

El indicador antropométrico talla/edad dio a conocer que el 31.7 por ciento presentó una talla ligeramente baja, 14.8 por ciento talla baja y ligeramente alta el 2.1 por ciento; solo el 1.1 por ciento presentó talla alta

FIGURA 18
INDICADOR ANTROPOMETRICO EDAD-PESO
EN POBLACION PREESCOLAR
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995



DESN.- DESNUTRICION
 FUENTE: VENP

N= 189

El indicador antropométrico de peso-edad valorado en los preescolares dió a conocer que el 25.4 por ciento se encuentra en desnutrición leve, el 7.4 por ciento en sobrepeso, el 5.3 por ciento en desnutrición moderada y 4.8 en obesidad.

4.2 Análisis estadístico

CUADRO 1

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA E ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO PESO-TALLA DE LA POBLACION PREESCOLAR GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

PESO/TALLA CONSIDERACION DEL PESO	OBESIDAD		SOBREPESO		NORMAL		DESN. LEVE		DESN. MODERADA		DESN. SEVERA		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NORMAL	16	8.5	39	20.6	46	24.3	7	3.7	3	1.6	1	.5	112	59.3
DEBAJO DE LO NORMAL	2	1.1	10	5.3	25	13.2	9	4.8	3	1.6	1	.5	50	26.5
ARRIBA DE LO NORMAL	6	3.2	1	.5	2	1.1	-	-	-	-	-	-	9	4.8
NO SABE	1	.5	4	2.1	12	6.3	1	.5	-	-	-	-	18	9.5
TOTAL	25	13.2	54	28.6	85	45	17	9	6	3.2	2	1.1	189	100

Chi² Calc.= 40.58

V. de Cramer= .26

Chi²T.= 24.99

Covariancia= .06

gl= 15

p< .05= .00

DESN.= DESNUTRICION

FUENTE: CMAENP-VENP

N= 189

Del total de la población materna el 59.3 por ciento considera normal el peso de su hijo, de los cuales un 8.5 por ciento se encuentra en obesidad, 20.6 por ciento en sobrepeso; del 26.5 por ciento que considera por debajo de lo normal el peso de su hijo, el 5.3 por ciento se encontró en sobrepeso. El 4.8 por ciento consideró por arriba de lo normal el peso de su hijo donde un 3.2 por ciento se encuentra en grado de obesidad.

Al relacionar cómo considera la madre el peso de su hijo con el índice antropométrico peso-talla encontramos una Chi cuadrada calculada de 40.58 y una Chi cuadrada teórica de 24.99 con 15 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fue de .26 con una correlación positiva débil, una covariancia de .06 y una significancia de .00

CUADRO 2

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA E INDICE ANTROPOMETRICO TALLA/EDAD DE LA POBLACION PREESCOLAR GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

TALLA/EDAD CONSIDERACION DEL PESO	ALTA		LIG. ALTA		NORMAL		LIG. BAJA		BAJA		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NORMAL	1	0.5	3	1.6	59	31.2	38	20.1	11	5.8	112	59.3
DEBAJO DE LO NORMAL	-	-	-	-	19	10.1	17	9.0	14	7.4	50	26.5
ARRIBA DE LO NORMAL	-	-	1	.5	5	2.6	3	1.6	-	-	9	4.8
NO SABE	1	.5	-	-	12	6.3	2	1.1	3	1.6	18	9.5
TOTAL	2	1.1	4	2.1	95	50.3	60	31.7	28	14.8	189	100

Chi² Calc.= 23.57

V. de Cramer= .20

Chi² T.= 21.02

Covariancia= .04

gl= 12

LIG.= LIGERAMENTE

p= .02

N= 189

FUENTE: CMAENP-VENP

Al relacionar como considera la madre el peso de su hijo con el índice antropométrico talla-edad encontramos que del 59.3 por ciento que considera normal el peso de su hijo un 20.1 por ciento se encuentra ligeramente bajo de talla y un 5.8 por ciento en grado bajo. El 26.5 por ciento considera el peso de su hijo por debajo de lo normal encontrándose un 9 por ciento ligeramente bajo y un 7.4 por ciento bajo de talla. Del 4.8 por ciento que consideró el peso de su hijo por arriba de lo normal se encontró un 1.6 por ciento ligeramente bajo la talla.

Respecto al análisis estadístico se encontró una Chi cuadrada calculada de 23.57 y una Chi cuadrada teórica de 21.02 con 12 grados de libertad, por lo que es diferente lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fue de .20 con una correlación positiva débil, una covariancia de .04 y significancia de .02

CUADRO 3
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA E INDICE ANTROPOMETRICO
EDAD/PESO DE LA POBLACION PREESCOLAR
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

EDAD/PESO CONSIDERACION DEL PESO	OBESIDAD		SOBREPESO		NORMAL		DESN. LEVE		DESN. MODERADA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NORMAL	4	2.1	11	5.8	72	38.1	21	11.1	4	2.1	112	59.3
DEBAJO DE LO NORMAL	1	.5	1	.5	22	11.6	21	11.1	5	2.6	50	26.5
ARRIBA DE LO NORMAL	3	1.6	2	1.1	4	2.1	-	-	-	-	9	4.8
NO SABE	1	.5	-	-	10	5.3	6	3.2	1	.5	18	9.5
TOTAL	9	4.8	14	7.4	108	57.1	48	25.4	10	5.3	189	100

χ^2 Calc.= 39.52

V. de Cramer= .26

χ^2 T.= 21.02

Covariancia= .06

gl= 12

FUENTE: CMAENP-VENP

p<.05= .00

N= 189

DESN.= DESNUTRICION

Al correlacionar como considera la madre el peso de su hijo con el índice antropométrico edad/peso se observó que del 59.3 por ciento que considera normal el peso de su hijo, un 5.8 por ciento se encuentra en sobrepeso y el 11.1 en desnutrición leve; el 26.5 por ciento considera el peso de su hijo por debajo de lo normal y el parámetro observado es 11.1 en desnutrición leve.

Se encontró una Chi cuadrada calculada de 39.52 y una Chi cuadrada teórica de 21.02 con 12 grados de libertad, por lo que es diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .26 con una correlación positiva débil; una covariancia de .06 y significancia de .00.

CUADRO 4
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA DE DAR ALIMENTACION
SUFICIENTE Y ALIMENTOS QUE EL PREESCOLAR
INGIERE EN LA CENA. GUADALUPE, N. L. MAYO DE 1995

ALIMENTACION SUFICIENTE ALIMENTOS QUE CENA	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
SALCHICHA,FRIJOL,COCA HUEVO,HARINA	15	7.9	22	11.6	37	19.6
FRIJO,HUEVO,MAIZ,COCA	24	12.7	24	12.7	48	25.4
FRIJO,JUEVO,HARINA CHORIZO	18	9.5	24	11.6	40	21.2
PAPA,FRIJOL,TOMATE HARINA,LECHE	24	12.7	3	1.6	27	14.3
PAPA,JAMON,COCA AGUACATE,CEREAL	22	11.6	15	7.9	37	19.6
TOTAL	103	54.5	86	45.5	189	100

Chi² Calc= 17.99

V. de Cramer= .30

Chi² T= 9.48

Covariancia= .09

gl= 4

FUENTE: CMAENP-VENP

p<.05= .00

N= 189

Al relacionar si la madre cree que la alimentación que le está proporcionando a su hijo es suficiente para que crezca con lo que le da de cenar se encontró que un 54.5 por ciento de las madres considera la alimentación como suficiente y el 45.5 por ciento como insuficiente dándoles en un 12.7 por ciento frijol, huevo, papa, tortillas de maíz y refrescos de cola para cenar en el mismo porcentaje se brinda papa, frijol, tortilla de harina y leche.

Se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 17.99 y una Chi cuadrada teórica de 9.48 con 4 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .30 con una correlación positiva débil, y una variación explicada de 9 por ciento y significancia de .00. En relación a desayuno y almuerzo no se observó significancia estadística.

CUADRO 5

**SEVERIDAD PERCIBIDA PARA CONSIDERAR LA ALIMENTACION
DEL PREESCOLAR COMO SUFICIENTE Y PERSONA QUE
BRINDO RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ALIMENTACION
GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995**

PERSONA QUE DIO RECOMENDACIONES	MOTIVOS DE ALIM. INSUFICIENTE		NO TIENE DINERO		NO COME LO SUFICIENTE		COME ALIMENTOS NO NUTRITIVOS		SI ES SUFICIENTE		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
PROFESIONAL	3	1.6	19	10	2	1.1	34	18	58	30.7		
MADRE	4	2.1	3	1.6	4	2.1	10	5.3	21	11.1		
ABUELA	1	.5	2	1.1	-	-	3	1.6	6	3.2		
VECINOS	-	-	1	.5	-	-	3	1.6	4	2.1		
NO HA RECIBIDO	20	10.6	28	14.8	-	-	52	27.5	100	52.9		
TOTAL	28	14.8	53	28	6	3.2	102	54	189	100		

Chi² Calc= 33.52

V. de Cramer= .21

Chi²T= 26.29

Covariancia= .04

gl= 16

p<.05= .00

FUENTE: CMAENP

N= 189

Al relacionar los motivos por los que consideran las madres dan una alimentación insuficiente al preescolar y persona que ha recomendado sobre alimentación los datos muestran que en un 28 por ciento el niño no come lo suficiente de las cuales el 14.8 por ciento no ha recibido recomendaciones para mejorar la alimentación de sus hijos y un 10 por ciento la ha obtenido de un profesional; el 14.8 por ciento refiere como razón de no dar una alimentación suficiente a causa de no tener dinero, de éstas el 10.6 por ciento no ha recibido recomendaciones para mejorar la alimentación de su hijo.

Se observó una Chi cuadrada calculada 33.52 y una Chi cuadrada teórica de 26.29 con 16 grados de libertad, por lo que fue diferente lo encontrado con lo esperado. La V de Cramer fue de .21 con una correlación positiva débil, una covariancia de .04 y significancia de .00.

CUADRO 6

SEVERIDAD PERCIBIDA CARACTERISTICAS DEL PREESCOLAR QUE ESTA BIEN ALIMENTADO Y CREENCIAS QUE ESTAR GORDITO SIGNIFICA ESTAR SANO EN POBLACION GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

CARACTERISTICAS DE HIJO BIEN ALIMENTADO	ESTAR GORDITO SIGNIFICA ESTAR SANO		ESTAR GORDITO NO ESTA SANO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
SANO, JUGUETON, TRAVIESO	6	3.2	66	34.9	72	38.1
ANIMADO, SIN MANCHAS EN PIEL PIEL COLOR ROSADO	4	2.1	39	20.6	43	22.8
GORDITO, COMA BIEN, ALEGRE	19	10.1	25	13.2	44	23.3
FUERTE, DESPIERTO Y CON ENERGIA	2	1.1	28	14.8	30	15.9
TOTAL	31	16.4	158	83.6	189	100

χ^2 Calc= 30.08

V. de Cramer= .39

χ^2 T= 7.81

Covariancia= .15

gl= 3

FUENTE: CMAENP

p<.05= .00

N= 189

Al relacionar las características que debe tener el preescolar para decir que su hijo está bien alimentado con la creencia de que el estar gordito significa estar sano se encontró que en un 16.4 por ciento está de acuerdo con esta creencia y un 83.6 por ciento no está de acuerdo. El 38.1 por ciento de las madres refiere como características de una buena alimentación en sus hijos el que sean juguetones, traviosos y que esten sanos el 23.3 por ciento refiere como características en su hijo el estar gordito, que coma bien y que sea alegre. Lo que significa que esta creencia no está manifestada en esta población.

En el análisis de datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 30.08 y una Chi cuadrada teórica de 7.81 con 3 grados de libertad, por lo que es diferente lo encontrado con lo esperado. La V de Cramer fue de .39 con una correlación positiva debil, una covariancia de .15 y significancia de .00.

CUADRO 7

AUTOEFICACIA PERCIBIDA MOTIVOS PARA MODIFICAR LA ALIMENTACION E INDICE ANTROPOMETRICO PESO-TALLA EN PREESCOLARES DE GUADALUPE, N.L. MAYO 1995

INDICE ANTROPOMETRICO PESO-TALLA MOTIVOS PARA MODIFICAR LA ALIMENTACION	OBESIDAD		SOBREPESO		NORMAL		DESN. LEVE		DESN. MOD.		DESN. SEV.		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PORQUE NO COME	2	1.1	3	1.6	14	7.4	1	.5	-	-	1	.5	21	11.1
PARA VARIAR COMIDA	1	.5	7	3.7	5	2.6	-	-	3	1.6	-	-	16	8.5
ESTE SANO	2	1.1	2	1.1	1	.5	2	1.1	-	-	-	-	7	3.7
MEJORAR SU ALIMENTACION	2	1.1	5	2.6	6	3.2	3	1.6	-	-	-	-	16	8.5
NO HA INTENTADO CAMBIAR ALIMENTACION	18	9.5	37	19.6	59	31.2	11	5.8	3	1.6	1	.5	129	68.3
TOTAL	25	13.2	54	28.6	85	45	17	9	6	3.2	2	1.1	189	100

Chi² Calc= 40.82

Chi² T= 37.65

gl= 25

p < .05= .02

FUENTE: CMAENP-VENP

V. de Cramer= .20

Covariancia= .04

DESN.= DESNUTRICION

MOD.= MODERADA

SEV.=SEVERA

N= 189

En cuanto a la relación de las características que debe tener el preescolar para decir que está bien alimentado con el índice antropométrico peso-talla los datos mostraron que un 38.1 por ciento las madres refieren como características de una buena alimentación en sus hijos el que sean juguetones, traviosos y esten sanos de las cuales el 10.1 por ciento de sus hijos se encuentran en sobrepeso; el 23.3 por ciento refiere como características de su hijo que esté gordito, que coma bien y que sea alegre de las cuales el 7.4 por ciento se encuentra en sobrepeso.

Al analizar las variables se encontró una Chi cuadrada calculada de 11.37 y una Chi cuadrada teórica de 24.99 con 15 grados de libertad, por lo que es igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fue de .14, una covariancia de .01 y una significancia de .72.

CUADRO 8

AUTOEFICACIA PERCIBIDA MOTIVOS MATERNOS PARA TENER ÉXITO AL MODIFICAR LA ALIMENTACION E INFORMACION SUFICIENTE Y CORRECTA SOBRE ALIMENTACION QUE REQUIERE EL PREESCOLAR GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

TIENE SUFICIENTE INFORMACION	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
MOTIVOS PARA TENER ÉXITO ALIM.						
POR BENEFICIO DE SU HIJO	23	16.2	46	32.4	69	48.6
POR SU SALUD	7	4.9	22	15.5	29	20.4
POR MEJORAR LA ALIMENTACION	26	18.3	18	12.7	44	31.0
TOTAL	56	39.4	86	60.6	142	100

χ^2 Calc= 11.03

χ^2 T= 5.99

gl= 2

p <= .00

FUENTE: CMAENP

V. de Cramer= .27

Covariancia= .07

ALIM. = ALIMENTACION

N= 142

En el análisis de los motivos de la madre para tener éxito al modificar la alimentación y si tienen suficiente información sobre la alimentación del preescolar se observó que el 48.6 por ciento de las madres tendrían éxito y modificarían la alimentación de su hijo por su beneficio de las cuales el 32.4 por ciento no considera que tenga suficiente y correcta información sobre la alimentación que requiere su hijo y un 16.2 por ciento si.

La Chi cuadrada calculada fue de 11.03 y una Chi cuadrada teórica de 5.99 con 2 grados de libertad, por lo obtenido es diferente a lo esperado. La V de Cramer fue de .27, con una correlación positiva debil, una covariancia de .07 y una significancia de .00.

CUADRO 9

AUTOEFICACIA PERCIBIDA MOTIVOS MATERNOS PARA NO TENER EXITO AL MODIFICAR LA ALIMENTACION E INFORMACION SUFICIENTE Y CORRECTA SOBRE ALIMENTACION DEL PREESCOLAR DE GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

TIENE SUFICIENTE INFORMACION MOTIVOS PARA NO TENER EXITO ALIM.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
FALTA DE DINERO	4	2.1	16	8.5	20	10.6
YA ESTA ACOSTUMBRADO A LO MISMO	4	2.1	9	4.8	13	6.9
LE DA LO QUE NECESITA	9	4.8	4	2.1	13	6.9
SI TENDRIA EXITO	56	29.6	87	46	143	75.7
TOTAL	73	38.6	116	61.4	189	100

$\chi^2_{\text{Calc}} = 8.41$

V. de Cramer = .21

$\chi^2_{\text{T}} = 7.81$

Covariancia = .04

gl = 3

$p < .05 = .03$

FUENTE: CMAENP

N = 189

Al relacionar porque no tendría éxito la madre si le recomendaran modificar la alimentación de su hijo con consideración de tener suficiente información sobre la alimentación de su hijo los resultados mostraron que el 75.7 por ciento de las madres si lograrían modificar la alimentación de sus hijos, de las cuales el 29.6 por ciento considera tener suficiente y correcta información sobre los alimentos que requiere su hijo y el 46 por ciento no. El 10.6 por ciento refiere no tener éxito a causa de no contar con dinero de las cuales solo el 2.1 por ciento considera tener suficiente y correcta información y el 8.5 por ciento no.

Se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 8.41 y una Chi cuadrada teórica de 7.81 con 3 grados de libertad, por lo que lo encontrado es diferente a lo esperado. La V de Cramer fue de .21 con una correlación positiva debil, una covariancia de .04 y una significancia de .03.

CUADRO 10

BENEFICIOS PERCIBIDOS POR LA MADRE AL DAR ALIMENTACION BALANCEADA E INDICE ANTROPOMETRICO PESO-TALLA EN PREESCOLARES DE GUADALUPE. N.L.

PESO/TALLA BENEFICIOS DE ALIM. BALANCEADA	OBESIDAD		SOBREPESO		NORMAL		DESN. LEVE		DESN. MODERADA		DESN. SEVERA		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
SE ENFERMA MENOS	7	3.7	7	3.7	15	7.9	-	-	-	-	-	-	29	15.3
CRECE Y DESARROLLA NORMAL	13	6.9	35	18.5	39	20.6	12	6.3	4	2.1	2	1.1	105	55.6
ES MAS ACTIVO CUMPLE TAREAS	-	-	3	1.6	7	3.7	2	1.1	1	.5	-	-	13	6.9
SE VE FELIZ	2	1.1	2	1.1	6	3.2	-	-	-	-	-	-	10	5.3
TODAS LAS ANTERIORES	3	1.6	7	3.7	18	9.5	3	1.6	1	.5	-	-	32	16.9
TOTAL	25	13.2	54	28.6	85	45	17	9	6	3.2	2	1.1	189	100

χ^2 Calc. = 18.98

V. de Cramer = .15

χ^2 T. = 31.41

Covariancia = .02

gl = 20

ALIM. = ALIMENTACION

p > .05 = .52

DESN. = DESNUTRICION

FUENTE: CMAENP-VENP

N = 189

El cuadro muestra que para el 55.6 por ciento de las madres el que crezca y se desarrolle normal su hijo, es uno de los beneficios de ofrecer una alimentación balanceada, de estos el 6.9 por ciento se encontro en obesidad, un 18.5 por ciento en sobrepeso, un 6.3 por ciento en desnutrición leve. El 15.3 por ciento de las madres refiere como beneficio de dar una alimentación balanceada que su hijo se enferma menos, de los cuales el 3.7 por ciento se encontró en obesidad y en la misma proporción en sobrepeso.

Al relacionar los beneficios percibidos por la madre de dar una alimentación balanceada y el índice antropométrico de peso/talla, se encontró una Chi cuadrada calculada de 18.93 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad, por lo que lo obtenido es igual que lo esperado. La V de Cramer fue de .15 con una correlación positiva débil, una covariancia de .02 y una significancia de .5.

CUADRO 11

BARRERAS PARA OFRECER UNA ALIMENTACION BALANCEADA AL PREESCOLAR E INGRESO ECONOMICO EN LA POBLACION DE GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

INGRESO ECONOMICO BARRERAS PARA ALIM. BALANCEADA	- DE SALARIO MINIMO		UN SALARIO MINIMO		2 O MAS SAL. MINIMOS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FALTA DE DINERO	14	7.4	38	20.1	14	7.4	66	34.9
EL NIÑO RECHAZA ALIM. BALANCEADA	6	3.2	10	5.3	16	8.5	32	16.9
FALTA DE INFORMACION	-	-	1	.5	5	2.6	6	3.2
NINGUNA DIFICULTAD	18	9.5	36	19	31	16.4	85	45
TOTAL	38	20.1	85	45	66	34.9	189	100

Chi² Calc= 15.91

V. de Cramer= .20

Chi² T= 12.59

Covariancia= .04

gl= 6

ALIM.= ALIMENTACION

p<.05= .01

SAL.=SALARIO

FUENTE: CMAENP

N= 189

Al relacionar las dificultades percibidas por las madres para ofrecer una alimentación balanceada a sus hijos con el ingreso económico mensual, los datos mostraron que en un 34.9 por ciento de las madres la falta de dinero es una de las dificultades para ofrecer una alimentación balanceada, de las cuales el 20.1 por ciento cuentan con un ingreso mínimo y un 7.4 por ciento refiere un ingreso menor de un salario mínimo o no ser fijo. El 16.9 por ciento menciona que una de las dificultades es que el niño rechaza la comida que le da, de las cuales el 8.5 por ciento cuenta con más de dos salarios mínimos.

Se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 15.91 y una Chi cuadrada teórica de 12.59 con 6 grados de libertad, por lo que lo obtenido es diferente a lo esperado. La V de Cramer fue de .20 con una correlación positiva débil, una covariancia de .04 y una significancia de .01.

CUADRO 12

BARRERAS EN RELACION A PRIORIDAD MAS IMPORTANTE EN EL HOGAR DEL PREESCOLAR E INGRESO ECONOMICO FAMILIAR DE GUADALUPE, N.L. MAYO DE 1995

INGRESO ECONOMICO PRIORIDAD MAS IMPORTANTE	- DE SALARIO MINIMO		UN SALARIO MINIMO		2 O MAS SAL MINIMOS		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
ALIMENTACION	4	2.1	12	6.3	9	4.8	25	13.2
DINERO	17	9	35	18.5	15	7.9	67	35.4
TRABAJO ESTABLE	4	2.1	2	1.1	4	2.1	10	5.3
SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA	5	2.6	10	5.3	8	4.2	23	12.2
SALUD	2	1.1	7	3.7	2	1.1	11	5.8
NADA	6	3.2	19	10.1	28	14.8	53	28
TOTAL	38	20.1	65	45	66	34.9	189	100

Chi² Calc= 18.10

V. de Cramer= .21

Chi²T= 18.30

Covariancia= .04

gl= 10

SAL = SALARIO

p=.05= .05

FUENTE: CMAENP

N= 189

Al relacionar la prioridad mas importante percibida por la madre en su hogar con el ingreso económico mensual, se observó que un 28 por ciento las madres no tiene ninguna prioridad en su hogar y el 10.1 por ciento de ellas cuenta con un salario mínimo, en un 14.8 por ciento dos o más salarios mínimos. El 35.4 por ciento refiere como prioridad en su hogar el no tener dinero de las cuales el 18.5 por ciento cuenta con un salario mínimo, el 7.9 por ciento dos o más salarios mínimos. El 13.2 por ciento menciona como prioridad la alimentación teniendo un 6.3 por ciento el mínimo.

Se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 18.10 y una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad, por lo que lo obtenido es igual que lo esperado. La V de Cramer fue de .21 con una correlación positiva débil, una covariancia de .04 y una significancia de .05.

CUADRO 13

SEÑALES DE ACCION-PERSONAS QUE HAN DADO INFORMACION A LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION Y ALIMENTOS DAÑINOS EN EL PREESCOLAR GUADALUPE. N.L. MAYO DE 1995

PERSONA QUE DIO INFORMACION	ALIMENTOS DAÑINOS		FRITURAS		CARNE		HUEVO		SOPA		NINGUNO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
DOCTOR	8	4.2	6	3.2	-	-	1	.5	18	9.5	33	17.5		
NUTRILOGA	5	2.6	-	-	-	-	1	.5	23	12.2	29	15.3		
ENFERMERA	4	2.1	1	.5	-	-	-	-	11	5.8	16	8.5		
VECINOS/ AMIGOS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.5	1	.5		
FAMILIARES	2	1.1	-	-	-	-	2	1.1	3	1.6	7	3.7		
NO HA RECIBIDO	13	6.9	4	2.1	3	1.6	3	1.6	80	42.3	103	54.5		
TOTAL	32	16.9	11	5.8	3	1.6	7	3.7	136	72	189	100		

χ^2 Calc.= 33.07

V. de Cramer= .20

χ^2
Chi T.= 31.41

Covariancia= .04

gl= 20

p< .05= .03

FUENTE: CMAEMP

N= 189

Al analizar los datos de las personas que han dado recomendaciones a las madres sobre la adecuada alimentación que requieren sus hijos con los alimentos que son dañinos se encontró que el 54.5 por ciento de las madres no han recibido información sobre la adecuada alimentación que requiere su hijo de las cuales el 42.3 por ciento menciona que no existe ningún alimento dañino para su hijo, en un 6.9 por ciento refieren las frituras como dañinas y en un 2.1 por ciento refieren la carne. En un 17.5 por ciento el doctor fue el que les había dado información, de estas el 9.5 por ciento refiere que ningún alimento es dañino, un 4.2 por ciento mencionó que las frituras y un 3.2 por ciento la carne.

En los datos se encontró una Chi cuadrada calculada de 33.07 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad, por lo que lo obtenido es diferente a lo esperado. La V de Cramer fue de .20 con una correlación positiva débil una covariancia de .04 y una significancia de .03.

CUADRO 14

SEÑALES DE ACCION ASISTENCIA DE LAS MADRES AL CENTRO DE SALUD Y ALIMENTOS QUE MAS CONSUME EL PREESCOLAR DE GUADALUPE, N. L. MAYO DE 1995

ALIMENTOS QUE MAS CONSUME	ASISTENCIA AL C. SALUD		NO		TOTAL	
	SI		FI	%	FI	%
FRIJOL, SOPA, CARNE	2	1.1	27	14.3	29	15.3
HARINA, SOPA, FRIJOL	7	3.7	28	14.8	35	18.5
FRIJOL, HUEVO, SOPA	5	2.6	28	14.8	33	17.5
LECHE, CARNE, FRIJOL	7	3.7	30	15.9	37	19.6
COCA, FRITURAS, GOLOSINAS	1	.5	23	12.2	24	12.7
VERDURAS, CARNE, HUEVO	11	5.8	20	10.6	31	16.4
TOTAL	33	17.5	156	82.5	189	100

Chi² Calc= 12.50

Chi²T= 11.07

gl= 5

p < .05= .03

FUENTE: CMAENP

V. de Cramer= .25

Covariancia= .06

C.= CENTRO

N= 189

En la relación de la asistencia materna al centro de salud para pedir orientación sobre una alimentación balanceada con la referencia de tres alimentos que mas consume el preescolar, en un 82.5 por ciento de las madres nunca han acudido al centro de salud a pedir orientación sobre la alimentación que requiere su hijo y un 17.5 por ciento si acude. Del 82.5 por ciento el 15.9 por ciento refiere que su hijo consume mas la leche, carne y frijol, un 14.8 por ciento frijol, sopa y tortillas de harina y un 12.2 por ciento coca, frituras y golosinas. Del 17.5 por ciento el 5.8 por ciento de sus hijos consumen verduras, carne y huevo, un 3.7 por ciento leche, carne y frijol y en igual porcentaje frijol, sopa y tortillas de harina.

Se observó una Chi cuadrada calculada de 12.50 y una Chi cuadrada teórica de 11.07 con 5 grados de libertad. La V de Cramer fue de .25 con un correlación positiva débil, una variación explicada del 6 por ciento y significancia de .03 .

CUADRO 15

FACTORES MODIFICADORES Y TALLA

FACTORES MODIFICADORES	VALOR DE F TEORICA	VALOR DE F CALCULADA	gl	p
JARDIN DE NIÑOS Y TALLA	2.56	3.51	5	.00
ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y TALLA	2.56	3.46	5	.00
RECOMENDACIONES RECIBIDAS Y TALLA	4.20	5.31	1	.02

FUENTE: CMAENP-VENP

En relación a los factores modificadores y la talla al realizar el análisis de varianza se encontró significancia entre el jardín de niños, la escolaridad de la madre y las recomendaciones recibidas.

CUADRO 16

FACTORES MODIFICADORES Y TALLA-EDAD

FACTORES MODIFICADORES	VALOR DE F TEORICA	VALOR DE F CALCULADA	gl	p
JARDIN DE NIÑOS Y TALLA-EDAD (DEMOGRAFICOS)	2.56	8.92	5	.00
ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y TALLA-EDAD (DEMOGRAFICOS)	2.56	3.15	5	.05
RECOMENDACIONES RECIBIDAS Y TALLA-EDAD (SOCIOPSICOLOGICOS)	4.20	2.19	1	.07

FUENTE: CMAENP-VENP

Al analizar los factores modificadores con el índice antropométrico talla-edad se encontró significancia con el jardín de niños, la escolaridad de la madre y las recomendaciones sobre alimentación recibidas.

CUADRO 17

FACTORES MODIFICADORES Y EDAD-PESO

FACTORES MODIFICADORES	VALOR DE F TEORICA	VALOR DE F CALCULADA	gl	p
SEXO DEL PREESCOLAR (DEMOGRAFICOS)	4.20	5.97	1	.01

FUENTE: CMAENP-VENP

En cuanto al índice antropométrico edad-peso y los factores modificadores sólo se encontró significancia con el sexo del preescolar.

CUADRO 18

VALORACION DEL ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS PREESCOLARES COMPARACION DE LA NORMA OFICIAL Y LO OBSERVADO EN EL ESTUDIO

ESTADO NUTRICIO	MEDIANA OFICIAL	MEDIANA OBTENIDA	D.S. NORMA OFICIAL	D.S. OBTENIDA
PESO/TALLA	20.5 kg.	18.0 Kg.	MAS-MENOS 1 DS	MAS-MENOS 2.22
TALLA/EDAD	1.17 cm.	1.07 Cm.	MAS-MENOS 1 DS	MAS-MENOS .02
PESO/EDAD	20.5 Kg.	18.0 Kg.	MAS-MENOS 1 DS	MAS-MENOS .04

FUENTE: VENP

El indicador peso-talla habla del grado de delgadez o emaciación y el indicador peso-edad nos refleja delgadez o retardo en el crecimiento lo que indica que este grupo de comunidades marginales se encuentra por debajo de los límites esperados.

En relación al indicador talla-edad habla de un retardo en el crecimiento lineal, la talla para este grupo marginal se encuentra ligeramente baja (Berrun, 1994).

CUADRO 19
ANALISIS DE CORRELACION DE PEARSON (r)
HABITOS ALIMENTARIOS DEL PREESCOLAR DE GUADALUPE, N.L.

HABITOS ALIMENTARIOS	FALTA DE APETITO	AUMENTO DE APETITO	SE DISTRAE, JUEGA, SE LE OLVIDA COMER	OFRECE DULCES O GALLETAS PARA CALMAR LLANTO	PREMIA CON GOLOSINAS EL BUEN COMPORTAMIENTO	AMENAZA CON QUITAR POSTRE O NO SALIR A JUGAR SI NO TERMINA COMIDA
FALTA DE APETITO	1.0000 0.0	-0.11762 0.1070	0.35005 0.0001	-0.01628 0.8240	0.09456 0.1956	0.19263 0.0079
AUMENTO DE APETITO	- 0.11762 0.1070	1.0000 0.0	-0.08023 0.2724	-0.06432 0.3793	-0.17774 0.0144	-0.07941 0.2774
SE DISTRAE, JUEGA, SE LE OLVIDA COMER	0.35005 0.0001	-0.08023 0.2724	1.000 0.0	0.20619 0.0044	0.16027 0.0276	0.20987 0.0038

FUENTE: VENP

De acuerdo a la consistencia interna de los hábitos alimentarios del preescolar el que resultó con más correlaciónm fué el hábito de que se distrae, juega y se le olvida comer.

CUADRO 20
ANALISIS DE CORRELACION DE PEARSON (r)
HABITOS ALIMENTARIOS DEL PREESCOLAR PROPICIADOS POR LAS MADRES

HABITOS ALIMENTARIOS	FALTA DE APETITO	AUMENTO DE APETITO	OFRECE DULCES O GALLETAS PARA CALMAR LLANTO	PREMIA CON GOLOSINAS EL BUEN COMPORTAMIENTO	AMENAZA CON QUITAR POSTRE O NO SALIR A JUGAR SI NO TERMINA COMIDA
FALTA DE APETITO	1.0000 0.0	-0.11762 0.1070	-0.01628 0.8240	0.09456 0.1956	0.19263 0.0079
AUMENTO DE APETITO	-0.11762 0.1070	1.0000 0.0	-0.06432 0.3793	-0.17774 0.0144	-0.07941 0.2774
OFRECE DULCES GALLETAS PARA CALMAR LLANTO	-0.01628 0.8240	-0.06432 0.3793	1.0000 0.0	0.36990 0.0001	0.10105 0.1665
PREMIA CON GOLOSINAS EL BUEN COMPORTAMIENTO	0.09456 0.1956	-0.17774 0.0276	0.36990 0.0001	1.0000 0.0	0.22890 0.0015
AMENAZA CON QUITAR POSTRE O NO SALIR A JUGAR SI NO TERMINA COMIDA	0.19263 0.0079	-0.07941 0.2774	0.10105 0.1665	0.22890 0.0015	1.0000 0.0

FUENTE: VENP

De acuerdo a la consistencia interna de los hábitos alimentarios del preescolar propiciados por las madres, los que resultaron con mas correlación fueron: premiar con golosinas el buen comportamiento, ofrecer dulces o galletas para calmar el llanto y el amenazar con quitar postre o no salir a jugar si no se terminaba la comida.

COMPROBACION DE HIPOTESIS

**H_i : LAS CREENCIAS MATERNAS EN ASPECTOS DE ALIMENTACION
GUARDAN RELACION CON EL ESTADO NUTRICIO DEL
PREESCOLAR**

**H_o : LAS CREENCIAS MATERNAS EN ASPECTOS DE ALIMENTACION
NO GUARDAN RELACION CON EL ESTADO NUTRICIO DEL
PREESCOLAR**

VARIABLES	X ² T	gl	X ² C	V. DE CRAMER	COVARIAN CIA	P
SUSCEPTIBILIDAD Y PESO/TALLA ESTADO NUTRICIO	24.99	15	40.58	.26	.06	.00
SEVERIDAD Y PESO/TALLA ESTADO NUTRICIO	24.99	15	11.37	.14	.02	.72
AUTOEFICACIA PESO/TALLA ESTADO NUTRICIO	37.65	25	40.82	.20	.04	.02
BENEFICIOS PESO/TALLA ESTADO NUTRICIO	31.41	20	18.98	.15	.02	.52
BARRERAS Y PESO/TALLA ESTADO NUTRICIO	37.65	25	21.68	.15	.02	.65
SEÑALES DE ACCION Y PESO/TALLA ESTADO NUTRICIO	11.07	5	8.80	.21	.04	.11

FUENTE: CMAENP-VENP

De acuerdo a los resultados obtenidos se acepta la Hipótesis nula que señala que las creencia maternas en aspectos de alimentación no guardan relación con el estado nutricional del preescolar. Sin embargo se observó significancia estadística entre susceptibilidad y autoeficacia con el estado nutricional, la correlación en cada elemento del modelo fue positiva débil lo que significa cierto grado de asociación.

A través del Análisis de varianza se observó de acuerdo a las hipótesis lo siguiente:

ANALISIS DE VARIANZA

VARIABLES	F TEORICA	gl	F CALCULADA	P
SUSCEPTIBILIDAD	3.07	3	11.44	.0001
SEVERIDAD	3.07	3	3.64	.01
AUTOEFICACIA	2.68	5	1.00	.41
BENEFICIOS	2.84	4	2.19	.07
BARRERAS	2.68	5	.70	.62
SEÑALES DE ACCION	4.32	1	3.76	.05

FUENTE: CMAENP

Se acepta la hipótesis nula que señala que las creencias maternas en aspectos de alimentación no guardan relación con el estado nutricional del preescolar. Sin embargo se encontró significancia estadística del estado nutricional relacionado con los siguientes elementos del Modelo de Creencias de Salud: susceptibilidad, severidad y señales de acción.