

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE NIÑOS ENTRE 3 Y 5 AÑOS QUE ASISTEN AL
JARDÍN INFANTIL “LA GOTITA” DE PUERTO MONTT, DURANTE EL PRIMER
SEMESTRE DEL AÑO 2006**

**Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciada en Enfermería.**

**ERIKA XIMENA DÍAZ MANSILLA
PUERTO MONTT-CHILE
AÑO 2006**

PROFESOR PATROCINANTE:

Nombre : Sra. Ana Luisa Cisternas Muñoz
Profesión : Enfermera.
Grado : Diplomada y Magíster en Gerontología,
Doctorado en geriatría (c),
Magíster en Modelado del Conocimiento para Entornos Virtuales Educativos(c).
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

PROFESORES INFORMANTES:

Nombre : Sr. Fredy Seguel Palma.
Profesión : Enfermero
Grado : Magíster en Salud Pública Mención Salud Ocupacional
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Nombre : Srta. Tatiana Victoriano Rivera.
Profesión : Enfermera.
Grado : Magíster en Desarrollo Humano Mención Desarrollo Personal y Familiar (c).
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Dedicatoria.

Sin los demás, la vida, el amor y la felicidad son una utopía. Cada uno está unido con el otro mediante hilos. Una vida depende de la otra; ninguna puede desarrollarse sin las demás vidas.

Solo a través de ellas, las otras vidas, puedo desarrollarme. No solo las necesito porque significan mucho para mí. También las necesito porque puedo hacer mucho por ellas...

Bosman, 1983

Hilda y Pedro, mis padres, quienes confiaron en mí, me dieron su apoyo incondicional e hicieron de mí la mujer que soy,

Christian mi esposo, por su compañía, paciencia en todo momento y amor a toda prueba... y a mi razón de vivir, la luz de mis ojos, mis queridos hijos Diego y Martín

1. TITULO

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE NIÑOS ENTRE 3 Y 5 AÑOS QUE ASISTEN AL JARDÍN INFANTIL “LA GOTITA” DE PUERTO MONTT, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2006.

2. INDICE

	Pág.
1.-TÍTULO	4
2.-ÍNDICE	5
3.-RESUMEN	6
4.-SUMMARY	7
5.-INTRODUCCIÓN	8
6.-MARCO TEORICO	9
7.-OBJETIVOS	27
8.-MATERIAL Y MÉTODO	28
9.-RESULTADOS	36
10.-DISCUSIÓN	51
11.-CONCLUSIONES	54
12. PROYECCIONES PARA ENFERMERÍA	57
13.-BIBLIOGRAFIA	58
14.-ANEXOS	61

3. RESUMEN

La obesidad infantil es un problema importante de salud pública cuyas medidas de prevención deben iniciarse en etapas tempranas de la vida, en las que deben involucrarse a los padres. Si éstos no son capaces de percibir el sobrepeso o la obesidad en sus hijos preescolares, difícilmente las medidas destinadas a prevenir la obesidad infantil podrán tener éxito.

La presente investigación cuantitativa, transversal, descriptiva, no experimental, buscó determinar el estado nutricional de los niños que asisten al Jardín Infantil La Gotita, de Puerto Montt, durante el primer semestre del año 2006, en relación a la edad, sexo, peso y talla.

La población en estudio, luego de aplicar criterios de exclusión quedó conformada por 107 niños, de los cuales el 56% corresponde a hombres y el restante 44% mujeres. Según estado nutricional, por año de edad, los niños en riesgo de desnutrir son el 8% y disminuyen a 0% a los 5 años. De este grupo de niños con riesgo de desnutrir, ninguno presentaba déficit de talla. Los niños con sobrepeso disminuyen de 14% en marzo, a un 9% en julio, los niños obesos también disminuyen de 10% en marzo, a 9% en julio. Se observa exceso de peso en todas las edades en ambos sexos. Y déficit en niños de 3 a 4 años, también en ambos sexos.

La proporción de mujeres con obesidad es mayor que la de los hombres, en todos los meses del estudio y en todas las edades

El 20% de los padres de niños obesos, presentaron enfermedades crónicas no transmisibles, factores de riesgo considerados dentro de la norma para el “manejo ambulatorio de la malnutrición por exceso,” del ministerio y por lo tanto, muy importante en el momento de evaluar a un niño obeso.

Los niños de este estudio, en todas las edades y en ambos sexos encontramos alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, por sobre el 7.4% que se maneja a nivel nacional, lo que amerita adoptar medidas preventivas desde temprana edad: incentivar a las madres a mantener a sus hijos en control de salud constante durante la etapa preescolar; desarrollar programas educativos específicos sobre alimentación adecuada para cada edad; fomentar hábitos saludables y evitar el sedentarismo, ya que ellos, son factores conducentes a complicaciones en la edad adulta.

4. SUMMARY

The infantile obesity is an important problem of public health whose measures of prevention should begin in early stages of the life, in those that should be involved the parents. If these are not able to perceive the overweight or the obesity in their children, difficultly the measures dedicated to prevent the infantile obesity will be able to be successful.

The present quantitative, traverse, descriptive investigation, not experimental, it looked for to determine the nutritional state of the children that you/they attend the Infantile Garden The Drop, of Port Montt, during the first semester of the year 2006, in relation to the age, sex, weight and it carves.

The population in study, after applying exclusion approaches was conformed by 107 children, of which 56% corresponds to men and the remaining 44% women. According to nutritional state, for year of age, the children in risk of making thin are 8% and they diminish to 0% to the 5 years. Of this group of children with risk of making thin, none presented size deficit. The children with overweight diminish of 14% in March, to 9% in July, the obese children also diminish of 10% in March, to 9% in July. Excess of weight is observed in all the ages in both sexes. And deficit in children of 3 to 4 years, also in both sexes.

The proportion of women with obesity is bigger than that of the men, in every month of the study and in all the ages

20% of the parents of obese children, they not presented chronic illnesses transferable, obesity and diabetes jags, factors of risk considered inside the norm for the boy's ambulatory handling with excess of weight of the ministry, and therefore very important in the moment to evaluate an obese boy.

The children of this study, in all the ages and in both sexes we find high percentages of overweight and obesity, for on 7.4% that is managed at national level, that makes necessary to adopt preventive measures from early age: to motivate the mothers to maintain their children in control of constant health during the previous stage to the school; to develop specific educational programs on appropriate feeding for each age; to foment healthy habits and to avoid the little physical activity, since they, are conducive factors to complications in the mature age.

5. INTRODUCCIÓN

La investigación es una tarea fundamental para la Enfermería, ya que permite desarrollar habilidades que otorgan un mayor conocimiento en relación a un tema, lo que facilita el desarrollo de una atención integral a los pacientes y a la comunidad, permite la realización de trabajos intersectoriales y una actualización de los principios de la Enfermería.

El estado nutricional de la población ha sido una preocupación constante y desde siempre para el gobierno y sus políticas de salud que se plantea año a año.

Para la primera mitad del siglo XX, la desnutrición infantil constituyó en Chile un grave problema de salud pública. Era necesario prevenir el daño, para lo que se planteó una estrategia muy pragmática, destinada a proteger al niño en los primeros años de vida, e incluso antes, durante el embarazo, fortaleciendo la familia y educando a los padres, muy especialmente a la madre, controlando la salud y nutrición, y saneando el medio ambiente.

Han pasado ya 30 años y a través de los diferentes gobiernos los programas se han mantenido, aumentando su cobertura, perfeccionándose en el tiempo y mejorando su eficiencia. Gracias a ello se pueden ahora apreciar sus resultados. La desnutrición en niños menores de 5 años ya no es de 70% sino de 0.5%.

Ahora bien, Chile superó el problema de la desnutrición casi como un país desarrollado, pero esto trajo consigo, otro problema de tanto peso e importancia como el anterior, estamos hablando del sobrepeso y obesidad.

La obesidad afecta al 7,4% en los menores de 6 años, aumenta a 17% en escolares de 1^{er} año básico y es del orden de un 25% en adultos y adultos mayores, por lo tanto es aquí donde debemos enfocarnos ahora para superar este problema que nos afecta hoy.

En este estudio se pretende conocer el estado nutricional de los niños que asisten al “Jardín Infantil La Gotita”, de Puerto Montt, y además hacer un seguimiento de los niños que resulten con alteración nutricional, ya sea por déficit o por exceso, para conocer los factores de riesgo personales y familiares asociados al diagnóstico.

6. MARCO TEÓRICO

Un estado nutricional normal resulta del equilibrio entre las necesidades de nutrientes de un individuo y la ingesta de los mismos, produciendo un crecimiento, desarrollo y estado de salud óptimos. (MINSAL, 2003)

El estado nutricional, como tópico particular de la salud infantil, evaluado en forma sistemática, constituye una de las actividades de monitoreo que ha sido reconocida como un valioso indicador del desarrollo global de una comunidad. Los niños menores de 6 años, por razones bioenergéticas, incluyen el grupo más vulnerable desde el punto de vista nutricional. Así, los programas sociales destinados al mejoramiento del estado nutricional y de las condiciones de salud y desarrollo de la infancia deben primeramente obtener la línea de base desde donde poder considerar luego indicadores de proceso y resultado. (Silva y col. 2004)

Para evaluar el estado nutricional se considera la medición de peso, talla, circunferencia craneana y eventualmente otros parámetros como pliegues cutáneos y circunferencias corporales; estos a su vez se correlacionan con edad y entre sí y se comparan con los estándares vigentes para hacer la calificación y el diagnóstico nutricional integrado. (MINSAL, 2005).

La evaluación nutricional se hace por medio de la antropometría, ya que es el método más práctico y útil para evaluar el estado nutricional, especialmente en los lactantes y niños pequeños. Los indicadores antropométricos reflejan dimensiones corporales con diferentes interpretaciones nutricionales: la talla alcanzada es el resultado del crecimiento de los huesos largos y se afecta como consecuencia de carencias crónicas; el peso para la talla en cambio, es un índice que relaciona la masa corporal total con el crecimiento lineal y se modifica en condiciones de desnutrición aguda y produce el efecto de la emaciación; finalmente, el peso para la edad es un indicador global de la masa corporal y para poder interpretarse correctamente debe combinarse con algún otro indicador antropométrico, ya que su déficit involucra al conjunto de los tejidos, refleja una pérdida de calorías y proteínas pero sin expresar la calidad de dicha pérdida. El índice de masa corporal ($\text{peso}/\text{talla}^2$) ajusta el peso según la talla tomando en cuenta la menor correlación entre esta última con el peso, por lo que su déficit expresa emaciación y su exceso sobrepeso. (Bolzán y col., 2005).

El peso como parámetro aislado no tiene validez y debe expresarse en función de la edad o de la talla. La medición del peso y talla para la edad, y el peso para la talla, constituyen los parámetros más fieles para evaluar crecimiento y estado nutritivo en el niño. (MINSAL, 2005).

Peso para la Edad (P/E): Es un buen indicador durante los dos primeros años de vida, es un buen parámetro de déficit nutricional en esta edad, pero no permite diferenciar a niños constitucionalmente pequeños. Por lo que su uso como parámetro único no es recomendable. (MINSAL, 2005).

Talla para la Edad (T/E): La talla también debe expresarse en función de la edad. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo, es un parámetro explicado en gran parte por factores genéticos y nutricionales y es un buen índice de cronicidad. Un niño(a) normal puede crecer a lo largo de cualquiera de los canales definidos para el índice talla/edad siguiendo una línea paralela a la media de la población de referencia. En cambio, aplanamientos de la curva de crecimiento lineal o desviaciones que lo lleven a cambiar de canal pueden ser causadas por alteraciones nutricionales que deben ser debidamente investigadas y evaluadas de acuerdo a los procedimientos establecidos en la presente norma. En el análisis de la estatura del niño(a), se debe considerar la talla de los padres y, así, identificar el potencial genético de crecimiento, por lo que siempre que sea posible, se debe medir la talla materna y paterna registrando ambos datos en la ficha clínica y en la gráfica talla/edad del niño(a). (MINSAL, 2005).

Peso para la Talla (P/T): Es un buen indicador de estado nutricional actual y no requiere un conocimiento preciso de la edad. Es útil para el diagnóstico, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad. Su uso como único parámetro de evaluación puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños(as) que efectivamente lo sean. (MINSAL, 2005).

Perímetro o Circunferencia Cefálica (CC): El perímetro cefálico en relación a la edad es un buen indicador de crecimiento cerebral y debe incluirse en la valoración de crecimiento y estado nutricional en los niños(as) según el esquema propuesto más adelante (cabe recordar que el crecimiento del cerebro es más rápido en los primeros tres años de edad). (MINSAL, 2005)

Por lo anteriormente expuesto, se recomienda el uso combinado de todos los indicadores descritos para realizar un completo diagnóstico nutricional, permitiendo una evaluación más precisa.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

1. Riesgo Desnutrir: Aquel niño(a) que:

Tiene sus indicadores antropométricos, P/E y/o P/T entre $-1DS$ y $-2DS$, prevaleciendo en el menor de 2 años el P/E y en el mayor de 2 años P/T y su diagnóstico ha sido confirmado de acuerdo a lo establecido en esta norma.

2. Desnutrido: aquel niño(a) que:

Tiene sus indicadores antropométricos, P/E y/o P/T $\leq -2DS$, prevaleciendo en el menor de 2 años el P/E y en el mayor de 2 años P/T.

3. Sobrepeso: aquel niño(a) que, (excepto niño(a) menor de 6 meses con lactancia materna exclusiva):

Tiene su indicador antropométrico P/T entre $+1DS$ y $+2DS$.

4. Obesidad: aquel niño(a) que, (excepto niño(a) menor de 6 meses con lactancia materna exclusiva):

Tiene su indicador antropométrico P/T $\geq +2DS$
(MINSAL, 2005)

La calificación nutricional se realiza en base a la comparación de estos indicadores, peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E) y peso para talla (P/T)), usando como referencia el patrón del National Center Health Statistic (NCHS). (MINSAL, 2005)

En Chile, en 1994 el Ministerio de Salud cambió el patrón de comparación SEMPE por el de NCHS dado que se ajustaba más a la realidad epidemiológica nacional existente a esa fecha y no ha habido cambios aun. (MINSAL, 2005)

El diagnóstico nutricional poblacional se realiza en base al diagnóstico nutricional integrado del niño, para lo cual se conjuga el resultado de la calificación nutricional de los tres indicadores (P/E, P/T, T/E), más los datos anamnésticos y físicos (curva pondoestatural, antecedentes de peso de nacimiento, encuesta alimentaria, morbilidades intercurrentes, antecedentes familiares y otros a definir más adelante). (MINSAL, 2005)

Entre los indicadores descritos, tiene mayor importancia en el menor de 2 años el indicador P/E y en el niño entre los 2 y 6 años el indicador P/T. (MINSAL, 2005)

Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una imagen instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en lactantes; las mediciones seriadas son una de las mejores guías del estado nutricional del niño. Deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con las tablas de referencia. (MINSAL, 2005).

Como bien lo explican los criterios diagnósticos para el estado nutricional, tenemos en un extremo el riesgo de desnutrir y la desnutrición, y en el otro el sobrepeso y la obesidad.

La desnutrición infantil constituyó un problema grave de salud pública en Chile, durante la primera mitad del siglo XX, así como en el resto de América Latina, debido al marcado subdesarrollo, a la pobreza de las clases obrera y campesina, al crecimiento de la periferia de las ciudades por emigración desde el campo, y a la importante disminución de la lactancia materna a niveles tan bajos como un 30% al 3° mes de vida. Esto se traducía en una mortalidad infantil elevada por su asociación con variadas enfermedades transmisibles, especialmente diarrea aguda y sarampión. (Ibáñez, 2005).

Dentro de las consecuencias de la desnutrición tenemos que, se limitaban las defensas frente a las agresiones del medio ambiente, de por sí muy adverso, lo que sumado al retardo del desarrollo de muchos órganos y sistemas, explicaba el elevado riesgo de enfermar y morir a edades tempranas. Como consecuencia de ello, en el año 1950, el 60% de las muertes se producía antes de los cinco años de vida. Ello explicaba en gran parte que la expectativa de vida en nuestro país sólo fuera de 40 años. (Monckerberg, 2005).

Pero si eran muchas las muertes prematuras, mayor era el daño en los sobrevivientes. Los afectados no eran una excepción, a los cinco años de edad, más del 60% de los niños del país, estaban siendo limitados en la expresión de sus potencialidades genéticas, con un serio riesgo para su salud y con limitaciones físicas, biológicas, intelectuales y emocionales. También a estas deficiencias se debían las altas tasas de deserción escolar. En aquella época, de cada 100 niños que entraban a la educación básica, sólo 30 la terminaban. El diagnóstico global era catastrófico. La pobreza crónica, sumada a la desnutrición en los primeros años de vida, dañaba seriamente al individuo y limitaba sus posibilidades de incorporarse a la sociedad, condenándolo a la marginalidad y a repetir el ciclo de miseria por otra generación más. A poco de nacer, estas inocentes criaturas, ya estaban marcadas. (Monckerberg, 2005)

Pero siendo tan alto el porcentaje de población dañada, ello también afectaba la competitividad de la sociedad entera, impidiendo sus posibilidades de desarrollo económico y social.

En aquella época, ya se comenzaba a vivir un momento muy especial en la historia de la humanidad, en que la revolución de los nuevos conocimientos y sus implementaciones tecnológicas, incrementaban progresivamente la complejidad de la sociedad, elevando las exigencias para aquellos que trataban de incorporarse a ella. Ya no iba a ser posible formar parte activa de la nueva sociedad, con limitaciones en la expresión total de sus capacidades. En una sociedad simple, en la que predominaba el trabajo físico sobre el intelectual, incluso los individuos lesionados tenían cabida. No así en la compleja y competitiva sociedad que ya se veía venir. (Monckerberg, 2005)

Era necesario prevenir el daño, para lo que se planteó una estrategia muy pragmática, destinada a proteger al niño en los primeros años de vida, e incluso antes, durante el embarazo, fortaleciendo la familia y educando a los padres, y muy especialmente a la madre, controlando la salud y nutrición y saneando el medio ambiente. (MINSAL, 2005)

Fue en el año 1974, cuando se creó el "Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN), como un organismo interministerial que tenía por objeto implementar las acciones y vigilar que se cumplieran. Fue así como se implementó un sistema de vigilancia, por lo que cada tres meses se logró disponer de la información de salud y nutritiva de los niños menores de 6 años del país.(Monckerberg,2005)

Se incrementó la cobertura de los programas maternos infantiles, llegando con la infraestructura de atención de salud primaria, hasta los lugares más apartados. Se completaron los programas de atención del niño sano, de vacunaciones de las enfermedades infecciosas, planificación familiar, educación nutricional, lactancia del parto, para lo que se creó en el área rural los "Hogares de la Madre Campesina". (Monckerberg, 2005)

A través de la estructura de salud, se perfeccionó la entrega de leche (leche Purita), en cantidades que cumplieran todos los requerimientos nutritivos en las menores de dos años. Se fabricaron alimentos proteicos infantiles, para distribuirlos hasta la edad de seis años y leche para madres embarazadas y nodrizas. (Monckerberg, 2005)

Mediante la creación de una corporación privada, se estableció un programa de recuperación de niños con desnutrición avanzada, en un régimen de hospitalización. Fue así como nació CONIN (Corporación para la Nutrición Infantil), que con la colaboración de la comunidad pudo construir, implementar y poner en marcha, 33 pequeños hospitales, totalizando 1500 camas para niños menores de dos años, que con la ayuda de voluntarias, implementaron un programa de alimentación y estimulación psicomotora y afectiva y capacitación de las madres, a lo largo del país. (Monckerberg, 2005)

Se inicio el programa de jardines infantiles en poblaciones marginales para atender niños de 2 a 6 años, que en jornadas de 8 horas desarrollaban actividades de estimulación psico-afectivo y alimentación, cubriendo todos sus requerimientos nutritivos que necesitaban estos niños para su edad. (Monckerberg, 2005).

Se estructuraron los programas de almuerzos y desayunos escolares para todas las escuelas del país, preparados y servidos por empresas privadas a las que hubo que previamente capacitar. El objetivo era disminuir la deserción escolar, incrementar la escolaridad (especialmente de las niñas) y colaborar con el proceso educativo. (Monckerberg, 2005)

Todo esto requirió del desarrollo de la agroindustria y la industria procesadora de alimentos, que antes no existía. Finalmente se iniciaron los programas de saneamiento ambiental en poblaciones marginales, mediante las llamadas "Casetas Sanitarias", consistentes en un baño, cocina y lavadero para cada vivienda, conectadas al servicio de agua potable y alcantarillado. Posteriormente el programa derivó a las viviendas sociales cada vez de mejor nivel. Hoy se puede afirmar que el 100% de las viviendas urbanas recibe agua potable y que el 95% están conectadas con el servicio de alcantarillado. Con ella desaparecieron los trastornos digestivos. (Monckerberg, 2005)

Ya han transcurrido 30 años y los programas se han mantenido a través de los diferentes gobiernos, perfeccionándose en el tiempo, aumentando su cobertura y mejorando su eficiencia. Gracias a ello se pueden ahora apreciar sus resultados.

Ya no es el 70% de los niños menores de 5 años que presentan desnutrición, sino que el 0.5%. La mortalidad infantil ha descendido del 200 por mil nacidos vivos, al 7.5 por mil, que es la cifra más baja de América Latina. La expectativa de vida es ahora de 78 años para el hombre y de 80 años para la mujer. Cifras todas semejantes a las de países desarrollados, aun cuando todavía no lo somos. (Monckerberg, 2005)

Se trata de un Chile nuevo, en que cada vez más personas han ido teniendo la posibilidad de expresar su potencial genético. Como un indicador más del desarrollo físico, cabe señalar que en la última generación de chilenos se ha producido un incrementado promedio de 11cm. en su estatura. Hoy continúa la mayor parte de los hijos siendo más alta que sus padres.

Que duda cabe, si como promedio el consumo de carne y pescado se ha incrementado de 27 kilos per cápita en el año 1970, a 82 kilos per cápita en el año 2003.(Monckerberg,2005)

Pero la tarea no ha terminado, ya que la prevención total del daño, como lo habíamos anticipado, requerirá de al menos una generación más. Es que aún existe la pobreza y los factores ambientales adversos, que por mecanismos epigenéticos, aún continúan limitando la completa expresión de las potencialidades. Sin embargo, todo hace presumir que de persistir en la acción, perfeccionando la focalización, se va a lograr la meta de una verdadera igualdad de oportunidades, sin limitaciones en su expresión genética, llegando a ser los chilenos más altos y más capaces. Todo ello deberá reflejarse en los niveles de educación y de calidad de vida. (Monckerberg, 2005)

Todo este caminar tratando de disminuir la tasa de desnutrición, ha hecho que Chile comience a experimentar y a enfrentarse a los mismos problemas nutricionales que los países desarrollados, por su afán de superar la desnutrición pasa al otro extremo, el sobrepeso y la obesidad.

La Organización Mundial de la Salud ha definido la obesidad infantil como una epidemia de alcance mundial en ciertas áreas del planeta, y un problema en crecimiento en otras. Cuando analizamos algunos de los datos sobre obesidad y sobrepeso en la población infantil llegamos a entender los motivos de esta declaración.(OMS, 2004)

La OMS en su "Informe Mundial", afirmó que 1.200 millones de personas en todo el mundo tienen problemas de sobrepeso y obesidad, que es aproximadamente el mismo número de personas que sufren de desnutrición. (López y col., 2000).

El problema es particularmente importante en algunos países desarrollados. En Estados Unidos se estima que el 16% de los niños de 6 a 11 años es obeso (con sobrepeso según la denominación local), cifra que alcanza al 27% de los varones calificados como de "origen mexicano" o hispanos y al 22% de niñas de raza negra (no "hispanos"). A éste 16% de niños obesos habría que agregarle un 25% de niños con sobrepeso (o con riesgo de sobrepeso, según lo llaman en ese país). (La Madrid, 2005).

Si bien pareciera que el problema del sobrepeso es particularmente serio en EEUU, encontramos el mismo problema en otros países desarrollados. En Italia alcanza al 36%, en España al 34% y en el Reino Unido al 20%.(La Madrid, 2005)

El problema alcanza también a países en vías de desarrollo. Aunque las estadísticas provienen de muestras de características muy distintas se citan como países que están sufriendo este problema a Sudáfrica, Filipinas y Tailandia.

Si bien las cifras son preocupantes de por sí, lo más llamativo es el incremento de niños obesos que se ha manifestado en las últimas décadas. En EEUU la proporción de niños obesos de 6 a 11 años se ha más que duplicado desde la década del 60. En Filipinas la incidencia de la obesidad entre los niños de 5 a 12 años creció un 27% en sólo dos años. En Inglaterra la tasa de niños con sobrepeso u obesidad se ha triplicado en 10 años, en Egipto ha crecido 4 veces en 18 años. (La Madrid, 2005)

La Situación en América Latina: No hay muchas estadísticas, la información que está disponible se circunscribe a algunos países y a algunos segmentos de edad. Parte del problema se debe a que los gobiernos de la región han estado más preocupados por los problemas de desnutrición infantil que por los de sobrepeso, parte a que el exceso de peso infantil se ha manifestado con fuerza hace relativamente poco tiempo. (La Madrid, 2005).

Las estadísticas que hemos encontrado muestran un panorama no necesariamente coincidente. Si tenemos en cuenta los niños hasta 5 años inclusive, la incidencia de sobrepeso y obesidad infantil es menor que la que se encuentra en EEUU en la actualidad (en realidad, sería similar a la de ese país en la década del 70).

Información sobre niños en edad escolar es más difícil de conseguir. Existe cierto consenso que afirma que los países en los cuales el problema es mayor son México y Chile. Un estudio de México muestra, que la incidencia de niños mexicanos de 10 y 11 años con obesidad y sobrepeso es claramente menor que la de los niños de ese origen que viven en EEUU. (La Madrid, 2005)

Estadísticas de Chile muestran que, en el año 1994, el 14% de varones menores de 12 años eran obesos y el 17% tenían sobrepeso. Entre las niñas menores de 10 años, para el mismo año, la obesidad representaba el 13% y el sobrepeso el 15%. En el año 2000, alrededor del 32% de los varones y el 36% de las niñas tenían algún grado de sobrepeso u obesidad, valores que sufrieron un incremento del 75% para los varones y del 62% para las niñas en menos de 15 años. (La Madrid, 2005)

Datos de Brasilia muestran que entre niños de 6 a 10 años, la proporción de obesos era del 5% y la de niños con sobrepeso 17%. Una muestra nacional de Brasil indicó que el porcentaje de niños con problemas de sobrepeso (incluyendo obesidad) era del 17% de los 6 a 9 años y del 13% entre los 10 y 18 años. (La Madrid, 2005)

El país sobre el que menos información hemos encontrado es Colombia. Pareciera que en ese país el problema no es demasiado serio, en el año 2000 se estimó que la tasa de sobrepeso y obesos entre niños de 5 y 6 años era del 20%. (La Madrid, 2005)

En Argentina los datos disponibles son sólo de algunas ciudades y para ciertos años. Un estudio nacional de 2003 a una población entre 6 a 19 años arrojaría un valor de 21% para sobrepeso y 5% para obesidad. En la ciudad de Corrientes, para niños de 6 a 11 años, la tasa de sobrepeso fue del 14%, la obesidad, el 8%. En Puerto Madryn en 1995 el sobrepeso entre niños de 6 a 14 años se estimaba en 21%, la obesidad en 5%. En un trabajo del CESNI (Centro de Estudios para la Nutrición Infantil) se afirma que "... evidentemente el sobrepeso y la obesidad parecen constituir un problema en nuestro país, ya instalado desde temprana edad, los primeros años, con una prevalencia cercana al 5% (obesidad) y un sobrepeso que la duplica en prevalencia, presente en niños de diferentes niveles socio-económicos, no excluyentemente en pobres o en no pobres". (La Madrid, 2005)

Como en otras regiones, el problema del sobrepeso infantil parece ser particularmente serio debido al rápido incremento de los niños afectados. Walmir Coutinho, coordinador de la unidad latinoamericana de OITF (Obesity Internacional Task Force), dijo en una entrevista a CNN, ampliamente reproducida en los medios, que "La obesidad (infantil) es una peligrosa epidemia mundial.

Tenemos cifras que ilustran que América latina puede ser la región más gravemente afectada. En Chile, la obesidad entre los niños en edad preescolar parece ser la más alta en el mundo entre los países estudiados por el IOTB. (La Madrid, 2005)

En Brasil, en las últimas dos décadas, la obesidad entre niños y adolescentes aumentó un 239 por ciento. Durante el mismo período, el incremento fue del 66 por ciento en Estados Unidos. Esto significa que todavía tienen una tasa más elevada de obesidad infantil que nosotros, pero la nuestra está aumentando mucho más rápido que la de ellos". (La Madrid, 2005)

Además un análisis reciente de los datos de 79 países, donde vive un 87,8% de los niños menores de cinco años de países en desarrollo, la tasa de prevalencia general de sobrepeso a esa edad en los países en desarrollo era de un 3,3% (17,6 millones). Las tasas de sobrepeso y obesidad están aumentando en muchos países y 21 de ellos ya tienen una prevalencia mayor del 5%. (55ª Asamblea Mundial De La Salud, 2002).

Al igual que en otros países en Chile, el exceso de peso presenta una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. La obesidad afecta al 7,4% en los menores de 6 años, aumenta a 17% en escolares de 1^{er} año básico y es del orden de un 25% en adultos y adultos mayores. Si se considera además el sobrepeso, más de la mitad de la población nacional se encuentra en esta condición. Se estima que actualmente existen 3,4 millones de personas obesas en el país, las que superarán los 4 millones el año 2010, de continuar la tendencia actual. (EGO Chile, 2006)

Esta condición de obesidad se ha incrementado en las últimas décadas, lo que justifica su denominación de epidemia emergente, primariamente asociada a dietas de alto contenido en calorías y grasas y estilo de vida excesivamente sedentario. Nuestro país muestra un comportamiento bastante especial, con un marcado aumento de la obesidad en la década del 90, el que ha sido asociado a factores ambientales, relacionado con el modelo de desarrollo económico. Resultados comunicados por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en escolares de primer año de enseñanza básica, señalan que la prevalencia de obesidad se ha triplicado entre los años 1986 y 2000 (5,8% -17%). En los adolescentes la situación es similar; un estudio sobre tendencia secular del sobrepeso en escolares púberes de cuatro regiones de Chile, muestran un cambio de la prevalencia en la obesidad de un 5 a un 17% entre 1986 y 1998. (MINSAL, 2005)

El sistema de evaluación y vigilancia nutricional implementado por el Ministerio de Salud desde el año 1994, permite disponer de información sistemática para todos los indicadores referidos y contar con datos de nuestra población actualizados permanentemente, lo que a su vez ha permitido programar las intervenciones nutricionales necesarias. Según estos datos la prevalencia de desnutrición en niños(as) menores de 6 años, ha disminuido significativamente en los últimos 10 años, al mismo tiempo que han aumentado las cifras de sobrepeso y obesidad (Tabla N° 1).

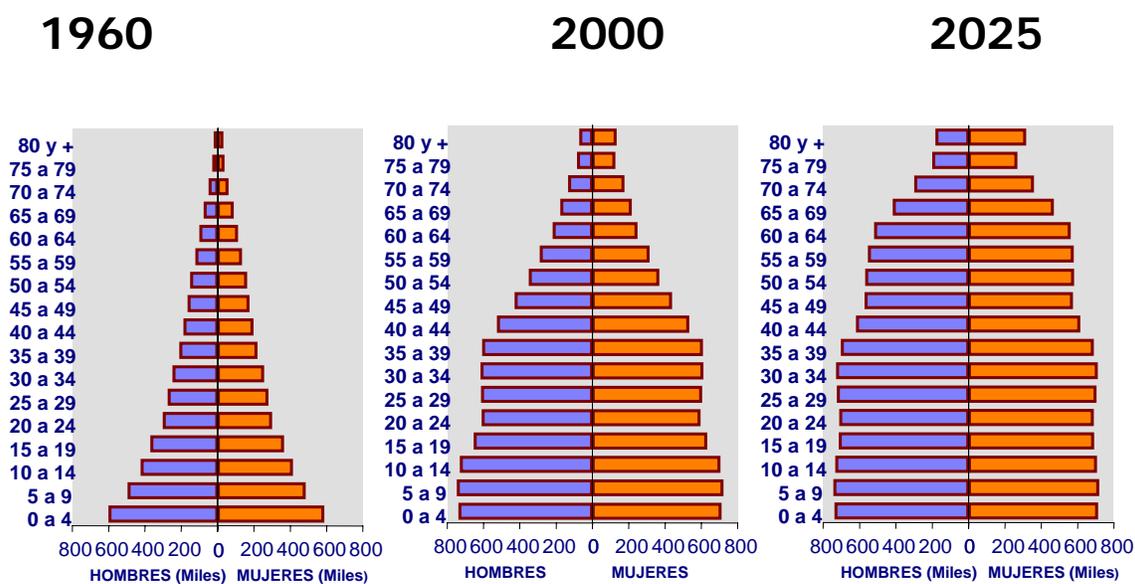
Tabla N° 1: Estadística de Diagnóstico Nutricional Integrado en Chile en Menores de 6 años

	1990 Sempé	1994 NCHS	2002 NCHS	2003 NCHS
Desnutrición	7.4%	0.7%	0.5%	0.5%
Riesgo de Desnutrir		3.4%	3.1%	3.2%
Normales	92.6%	74.2%	72.9%	73.9%
Sobrepeso		15.7%	16%	15%
Obesidad		5.8%	7.4%	7.4%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, 2004.

Si esto lo analizamos con la pirámide poblacional de nuestro país de los años 60, el 2000 y lo que se proyecta para el 2025 (Grafico N° 1), Podemos observar la clásica pirámide poblacional de base ancha y vértice angosto, en los años 60, ha sido reemplazada por otra más angosta que disminuye lentamente hacia arriba, tendencia que seguirá acentuándose las próximas décadas. Por lo que debemos ser concientes que nuestra población de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores paulatinamente ira aumentando en numero, esto nos lleva pensar en la calidad de vida y las condiciones en que estamos llegando a la juventud, adultez y mas aun a ser adultos mayores, es por esto que, todas y cada unas de las medidas que podamos tomar para mejorar las condiciones de vida y el adoptar estilos de vida saludable, juegan a favor para todos los momentos durante el ciclo vital.

Grafico N° 1: Población por sexo y grupos de edad, Chile, 1960, 2000 y 2025.



Fuente: Eduardo Atalah, 2003.

Anteriormente se consideraba a los niños con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud.

El MINSAL en el año 2005 define la obesidad como un aumento del tejido graso corporal debido a un aumento de la ingestión calórica relacionada con la velocidad del gasto de energía. Desde el punto de vista clínico la obesidad puede ser el origen de una alteración endocrina o genética, la que probablemente no representa mas allá del 10% de los casos o puede ser primaria o nutricional, 90-95% de los casos. (MINSAL, 2005)

La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida de una persona hasta en diez años y representa una elevada carga económica para la sociedad. Por estas razones, puede afirmarse que las consecuencias de la obesidad hacen de esta enfermedad uno de los mayores retos de la salud pública para el siglo XXI. (MINSAL, 2005).

Existen factores de riesgo de ECNTs., asociados a la malnutrición por exceso:

- Madre y/o Padre obeso.
- Lactancia materna exclusiva inferior a 4 meses.
- RN PEG o macrosómicos (Peso mayor o igual a 4 Kg.)
- Antecedentes de Diabetes gestacional en ese embarazo.
- Diabetes Mellitus tipo II, en padres y/o abuelos.
- Comorbilidad clínica: hipertensión arterial (HTA), signos de resistencia insulínica, dislipidemias y otros.
- Factores de riesgo cardiovasculares en familiares en primer grado: HTA, Dislipidemias, DM tipo II, accidente vascular encefálico y/o infarto agudo al miocardio en padres menores de 55 años.
- Factores de riesgo social (hijo único, primer hijo, padre y/o madre ausente, madre que trabaje fuera del hogar, baja escolaridad materna, enfermedades siquiátricas de la madre, otros). (MINSAL, 2005).

Pero una vez que está presente la obesidad en los niños se debe considerar las complicaciones de esta. Pueden ser agrupadas en psicosociales y médicas, los niños obesos sufren constantemente de discriminación, la que se traduce en:

- trastornos de conducta
- angustia
- depresión
- tendencia a la baja autoestima
- aislamiento e inseguridad.

Con respecto a las complicaciones médicas ésta se correlacionan directamente con:

- el aumento de la grasa corporal,
- el desarrollo de hiperinsulinismo,
- dislipidemias
- hipertensión arterial
- Además se asocia a otras morbilidades como:
- apnea del sueño.
- pseudo tumor cerebral.
- alteraciones dermatológicas.
- alteraciones ortopédicas.

(MINSAL, 2005)

En los últimos años los estudios nutricionales revelan una creciente tendencia al sobrepeso y obesidad a todas las edades.

Al evaluar a los niños con sobrepeso y obesidad, se observa, desde el primer año, que la proporción aumenta con la edad y se mantiene alta hasta los 5 años donde el 27,8% de niños tienen sobrepeso, según una evaluación nutricional realizada a niños de 0 a 5 años en el consultorio Dr. J. Symon Ojeda. Comuna de Conchalí en el 2000. (López, Ilse y col. 2000).

Al describir los niños según estado nutricional por sexo a las diferentes edades, se encuentran proporciones importantes de niños tanto con déficit como con exceso de peso, en todas las edades, en ambos sexos, aunque en diferentes magnitudes. Las proporciones más altas de niños con déficit de peso se encuentran en los dos primeros años de edad en el caso de los varones y en el primer año en las niñas. (López, Ilse y col. 2000).

En cuanto al sobrepeso éste es mayor en los varones sólo en el primer año de vida, a partir de los 2 años la relación se invierte, se encuentra una cifra más alta de niñas con sobrepeso. El porcentaje de niños con déficit de peso es mayor en los varones en todas las edades (López, Ilse y col. 2000).

Según estudios realizados por López Ilse, a los 5 años de vida, los niños cualquiera haya sido su condición al nacer, 43,6% presentan “exceso de peso”.

En varios estudios se ha comprobado que cuando los niños son obesos en los primeros años de vida mantienen esta condición en la edad escolar “Los niños obesos a los 6 años tienen un 25% de probabilidad de ser obesos cuando adultos y los que son obesos a los 12 años la probabilidad aumenta a 75%”(MINSAL; 2005).

En los últimos años, investigaciones sistemáticas han revisado el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso en niños (NHS CRD, 1997; NHS CRD, 2002; Lemura and Maziekas, 2002). Un resumen de las conclusiones de estos estudios es que, hasta el momento, existen limitadas evidencias que demuestren que los tratamientos que incluyen dietas con restricción calórica, ejercicios físicos, terapias cognitivas, sean efectivos sin la participación de las familias y el compromiso parental. (MINSAL, 2005)

Conciente de los múltiples factores involucrados en esta problemática, el Ministerio de Salud, a parte de las actividades básicas del Programa de Salud del Niño/a que es el CONTROL DE SALUD. (Esta actividad es realizada por un equipo multiprofesional y permite la vigilancia y el control sistemático del niño/a en su desarrollo.), ha planteado la Promoción de la Salud como una de las respuestas a las necesidades de la población y a las demandas del actual perfil epidemiológico social del país. Para ello, a partir de 1998 en forma participativa ha puesto en marcha un Plan Nacional, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, basado en la participación social y en el desarrollo de Planes Regionales y Comunales de Promoción de la Salud. (MINSAL, 2005).

El Ministerio en conjunto con el Consejo Nacional VIDA CHILE formuló prioridades sanitarias y condicionantes de salud a intervenir desde la promoción, comprometiéndose en noviembre del año 2000, con metas de impacto sobre los condicionantes de la salud (alimentación, actividad física, tabaco) y los factores protectores psicosociales y ambientales de la salud. Cabe mencionar que estas metas intersectoriales, fueron incorporadas por el Ministerio de Salud en los objetivos sanitarios de la Reforma de Salud para la década 2000-2010. Una de estas metas/objetivos apunta directamente a la disminución en la prevalencia de la obesidad, en 3 puntos porcentuales, en el menor de 6 años. (MINSAL, 2002).

También el ministerio ha implementado frente a esta realidad, desde el año 2004 una “Estrategia de Intervención a través del Ciclo Vital para la Prevención de la Malnutrición por Exceso”, la que está dirigida en esta primera etapa a la población de embarazadas y niños(as) menores de 6 años. Con esta estrategia se pretende destacar ante los profesionales de salud y los beneficiarios del sistema, la magnitud de la actual epidemia de obesidad y sus enormes costos en términos de recursos y calidad de vida. Incorpora además los conceptos de anticipación al daño y de focalización, a través de la detección precoz de la población con factores de riesgo, y se complementarán con las tradicionalmente existentes. (EGO Chile, 2006).

Existe la Estrategia Global Contra la Obesidad puesta en marcha por el ministerio en el 2006, la propuesta EGO complementa y amplía a otros sectores de la sociedad, la ya iniciada “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital” del Ministerio de Salud. (EGO Chile, 2006).

La estrategia EGO tiene como meta fundamental disminuir la prevalencia de la obesidad en Chile, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física, a lo largo de toda la vida. (EGO Chile, 2006).

Una de las mayores dificultades que se presentan en el trabajo y la intervención es el conocer la población, en particular los preescolares que perdemos de vista, debido a lo espaciado de los controles de salud.

Pasado los 2 años, muchos de ellos no asisten a jardines infantiles, por lo tanto su localización es muy difícil y cuando retomamos el contacto con ellos lo hacemos a su ingreso en las diferentes escuelas básicas, momento en que es algo tarde, debido a que la incidencia de obesidad a esta fecha ya es de un 17%, por lo que el trabajo de prevención necesita comenzar antes, en la edad preescolar.

Esto nos está diciendo entonces que debemos conocer el estado nutricional de esta población para descifrar aquí, con ellos, cuales las directrices a seguir en la intervención para cubrir las necesidades y descubrir cuales son sus necesidades de intervención, cuidados y/o autocuidado.

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos.

Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle.

El autocuidado posee principios que se deben tener en cuenta en su promoción:

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

- Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento, como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima, se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo, de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
- Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir sus propias

vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar, se estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.

- Contextualizar el autocuidado, es decir una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
- Generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre la salud entre las personas que ofrecen los servicios y quienes lo reciben.
- El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.
- El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla.

El autocuidado recobra importancia en lo que a riesgo nutricional se refiere, ya sea por exceso o por déficit, no sólo por que las metas tienen que ver con el cambio a un estilo de vida saludable, sino que la premisa de tener una enfermedad durante toda la vida, debe producir un cambio a nivel de pensamiento, para poder augurar un buen futuro.

Esto en los preescolares involucra un trabajo no solo con el paciente, sino también con la familia debido a la limitación que presentan en las decisiones a la hora de alimentarse:

- Necesitan adquirir conocimientos sobre alimentación, con los cuales no cuentan aun debido a lo corto de su edad.
- No seleccionan sus alimentos.
- No pueden preparar los alimentos.
- No pueden saber a ciencia cierta que es lo deben comer.
- Los hábitos se ven influenciado por los adultos.
- Por lo cual aquí, la responsabilidad recae directamente en los padres, el autocuidado pasa por ellos y el como lo trasmitan a sus hijos es lo más importante.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el estado nutricional de los niños que asisten al Jardín Infantil “La Gotita” de Puerto Montt, durante el primer semestre del 2006.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características de la población, en cuanto a, sexo y edad.
- Establecer diagnóstico nutricional para los niños que asisten al jardín según sexo y nivel.
- Describir el comportamiento del estado nutricional del total de la población durante los meses del estudio.
- Determinar los grupos de riesgo nutricional en la población en estudio, que asisten al Jardín Infantil “La Gotita” de Puerto Montt” y los factores asociados.
- Describir el comportamiento del estado nutricional de los niños con diagnóstico de obesidad, riesgo de desnutrir o desnutrido, durante el periodo del estudio.
- Identificar la percepción del estado nutricional de los padres de niños con diagnóstico de obesidad.
- Identificar la percepción de las complicaciones de la obesidad en los padres de niños con este diagnóstico.

8. MATERIAL Y MÉTODO

8.1 MATERIAL

La investigación se realizó sobre una base inicial de 142 preescolares matriculados en el Jardín Infantil La Gotita, al 20 de marzo del año 2006

8.2 MÉTODO

El estudio corresponde a una investigación cuantitativa, transversal, descriptiva, no experimental, en la cual se evaluó el estado nutricional de los niños que asistieron al jardín infantil la gotita durante el primer semestre del año 2006.

Al total de la población se le aplicaron los criterios de exclusión para definir la muestra, por lo que quedó en 107 niños.

A los niños que resultaron con diagnóstico nutricional de Obesidad en el mes de Marzo, se buscaron factores de riesgo, tanto personales como familiares que se asocien al diagnóstico (Anexo 7) y para el que resultó con Riesgo de desnutrir, al concluir la última medición de peso y talla en Julio también se buscaron factores de riesgo (Anexo 8). Esta asociación se hace de acuerdo a lo establecido por el MINSAL en la Norma de Manejo Ambulatorio del niño/a, menor de 6 años con malnutrición, que menciona como factores condicionantes de riesgo para la obesidad:

- Madre y/o padre obeso
- Lactancia materna exclusiva inferior a 4 meses
- Recién nacido (RN) pequeño para la edad gestacional (PEG) o macrosómicos (peso mayor o igual a 4 Kg.).
- Antecedentes de diabetes gestacional en ese embarazo.
- Diabetes tipo II en padres y/o abuelos.
- Hipertensión arterial en padres y/o abuelos.
- Sedentarismo.

Y las normas para el manejo ambulatorio del niño/a malnutrido por déficit, entre otros aspectos en la anamnesis consideran de vital importancia la pesquisa de:

- Bajo Peso al Nacer
- Baja Talla al Nacer
- Edad Gestacional
- Patologías agudas recientes.
- Tiempo lactancia materna.
- Búsqueda dirigida de co-morbilidad: antecedente de diarrea a repetición, vómitos, reflujo gastroesofágico, intolerancia alimentaria específica, cuadros respiratorios repetidos, cansancio o sudoración al alimentarse, infecciones a repetición.

8.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio corresponde a los niños preescolares del Jardín Infantil La Gotita de Puerto Montt, el cual presenta 142 matriculas y luego de aplicar los criterios de exclusión quedó una muestra de 112 niños, al comenzar el estudio.

En la última semana de Julio, fecha en que se evaluó por última vez la población, esta disminuyó a 107 niños debido a que 5 niños, incluidos en la muestra dejaron de asistir al Jardín. (4to criterio de exclusión)

Criterios de Exclusión: no participaron del estudio:

- Niños que presenten matricula después del 20 de Marzo.
- Niños menores de 3 años al 15 de Julio de 2006.
- Niños mayores de 5 años al 15 de Julio de 2006.
- Niños que cumpliendo con los requisitos para participar del estudio, dejen de asistir al jardín durante el primer semestre del año 2006.
- Niños que sus Padres no han autorizado su participación en el estudio.

8.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información se recolecto a través de entrevistas con la Directora del Jardín y parvularias aquí se obtuvo la lista de los niños por nivel, para conocer en número, la población con la que trabajaría, y definirla. Reuniones y entrevistas con apoderados y visitas domiciliarias, para obtener el consentimiento informado.

Se utilizaron fichas de registro para manejar la información individual de cada niño (anexo N 6). Y se realizó la medición de peso y talla a la totalidad de la muestra, en 6 ocasiones, 2 veces en marzo, 2 en mayo y 2 en julio, ya que con una vez en el mes, no cubría toda la población, debido a las inasistencias. Esto se realizó en la penúltima y última semana de cada mes.

El objetivo de realizar la medición seriada durante el periodo en estudio fue, ver el comportamiento del estado nutricional de los preescolares, debido a que, no hubo intervención de mi parte en la población, pero si existió un cambio en la alimentación de los niños debido a que, el Jardín Infantil La Gotita es uno de los tantos jardines de la JUNJI, que no sólo se

encargan de la educación y formación de los niños, sino también de la alimentación; por lo tanto, se incorpora un ritmo horario a la alimentación y reciben 3 comidas en el jardín, de las 4 alimentaciones que debería recibir un niño en el día.

Esta alimentación es planificada por un Nutricionista y, entre otras características, esta alimentación cumple con ser equilibrada, variada, de acuerdo a la edad y los requerimientos calóricos de los niños; y en los casos de malnutrición por déficit se incorpora una colación para aumentar el aporte calórico.

8.5 TABULACION Y ANÁLISIS DE DATOS.

La tabulación de los datos se realiza manualmente y posteriormente se utiliza el programa computacional Excel 2000.

El análisis estadístico de las variables en estudio se realiza basándose en desviaciones estándar que es la unidad de medida de las tablas de crecimiento de la NCHS, para determinar el estado nutricional de los preescolares se utilizaron los criterios de acuerdo a las normas ministeriales:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS para niños mayores de 2 años y menores de 6:

- **Riesgo Desnutrir:** Aquel niño(a) que: Tiene sus indicadores antropométricos, P/T entre $-1DS$ y $-2DS$.
- **Desnutrido:** Aquel niño(a) que: Tiene sus indicadores antropométricos, $P/T \leq -2DS$.
- **Sobrepeso:** Aquel niño(a) que: Tiene su indicador antropométrico P/T entre $+1DS$ y $+2DS$.
- **Obesidad:** Aquel niño(a) que: Tiene su indicador antropométrico $P/T \geq +2DS$ y luego esto se expresara en porcentajes del total de la población, por sexo y por nivel.

También se utilizaron criterios ministeriales para determinar los factores de riesgo asociados a la malnutrición, tanto por déficit como por exceso.

8.6 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	DEF. NOMINAL	DEF. OPERACIONAL
Peso	Resultante de la acción que ejerce la gravedad sobre un cuerpo expresado en Kg.	Nº con decimal expresado en Kg.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	3 años hasta 4 años 4 años 1 día – 5 años
Talla	Estatura o altura de las personas, expresado en centímetros.	Nº expresado en centímetros
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer	Femenino Masculino
Escolaridad	Cantidad de años cursados satisfactoriamente en la educación formal.	Sin escolaridad Básica Incompleta Básica Completa Media Incompleta Media Completa Técnica Incompleta Técnica Completa Universitaria Incompleta Universitaria Completa Otras
Peso/ Talla	: Índice que relaciona la masa corporal total con el crecimiento lineal y se modifica en condiciones de desnutrición aguda y produce el efecto de la emaciación	+2 Desviaciones Estándar +1 Desviaciones Estándar Mediana -1 Desviaciones Estándar -2 Desviaciones Estándar
Peso/Edad:	Indicador global de la masa corporal y para poder interpretarse correctamente debe combinarse con algún otro indicador antropométrico	+2 Desviaciones Estándar +1 Desviaciones Estándar Mediana -1 Desviaciones Estándar -2 Desviaciones Estándar
Talla/Edad:	Indicador de crecimiento lineal en relación a la edad es el resultado del crecimiento de los huesos largos y se afecta como consecuencia de carencias crónicas	+2 Desviaciones Estándar +1 Desviaciones Estándar Mediana -1 Desviaciones Estándar -2 Desviaciones Estándar

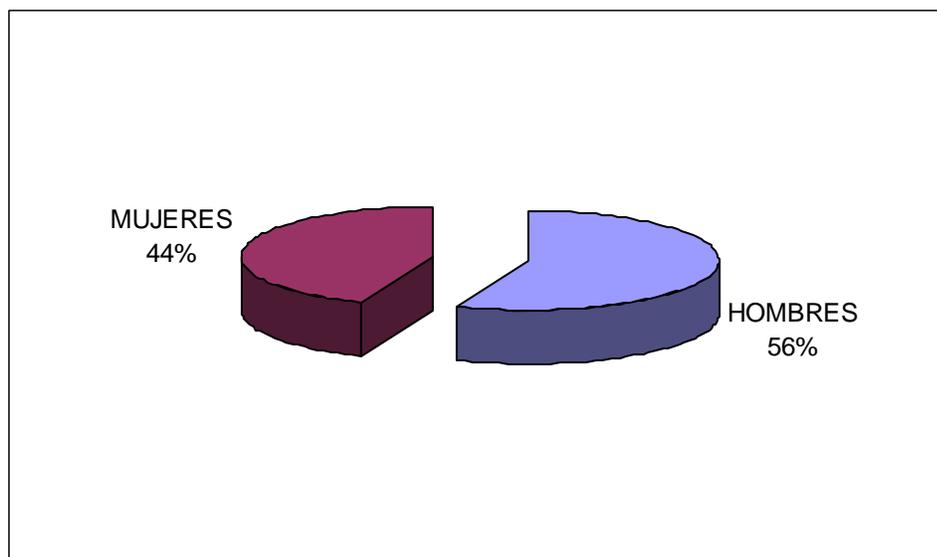
<p>Diagnostico Nutricional</p>	<p>Resultante del equilibrio entre las necesidades de nutrientes de un individuo y la ingesta de los mismos, produciendo, desarrollo y estado de salud óptimos. El diagnostico nutricional se realiza en base a la comparación de los indicadores, peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E) y peso para talla (P/T)), usando como referencia el patrón del NCHS.</p>	<p>Diagnósticos de niños >de 2 y < de 6 años</p> <p>Riesgo Desnutrir: Aquel niño(a) que tiene sus indicadores antropométricos P/E y/o P/T entre $-1DS$ y $-2DS$, prevaleciendo en el menor de 2 años el P/E y en el mayor de 2 años P/T y su diagnóstico ha sido confirmado de acuerdo a lo establecido en esta norma.</p> <p>Desnutrido: aquel niño(a) que tiene sus indicadores antropométricos, P/E y/o P/T $\leq -2DS$, prevaleciendo en el menor de 2 años el P/E y en el mayor de 2 años P/T.</p> <p>Normal: aquel niño(a) que tiene sus indicadores antropométricos, P/E y/o P/T en la mediana, prevaleciendo en el menor de 2 años el P/E y en el mayor de 2 años P/T.</p> <p>Sobrepeso: aquel niño(a) que, (excepto niño(a) menor de 6 meses con lactancia materna exclusiva): Tiene su indicador antropométrico P/T entre $+1DS$ y $+2DS$.</p> <p>Obesidad: aquel niño(a) que, (excepto niño(a) menor de 6 meses con lactancia materna exclusiva): Tiene su indicador antropométrico P/T $\geq +2DS$</p>
<p>Factores Riesgo</p>	<p>Factores que estando presente se asocian a una condición</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
<p>Peso de Nacimiento</p>	<p>Peso que presentó en el momento del nacimiento expresado en gramos.</p>	<p>< a 2,5 Kg.</p> <p>2,5 a 4 Kg.</p> <p>> a 4 Kg.</p>

Edad Gestacional	Tiempo transcurrido desde su concepción hasta el nacimiento.	Número entero que expresa semanas.
Tiempo de lactancia Materna	Alimentación que se origina de la glándula mamaria de la madre y que corresponde a la mejor leche que pueden recibir los niños.	> de 5 meses < de 4 meses
Talla al Nacimiento	Estatura o altura al momento de nacer expresado en centímetros	Nº expresado en centímetros
Horas de televisión	Cantidad de horas que dedica el niño a ver televisión durante 24 horas	< de 1 hora 1 a 2 horas 3 a 4 horas 5 horas y +
Antecedentes de Obesidad	Madre o padre obesos	Si No
Antecedentes de HTA	Madre o padre hipertensos	Si No
Antecedentes de Diabetes	Madre o padre diabéticos	Si No
Antecedentes de Diabetes Gestacional	Diabetes presentada durante el embarazo del niño en estudio	Si No
Edad de los padres	Tiempo que han vivido los padres desde su nacimiento	Menos de 16 años 17 a 26 años 27 a 36 años 37 a 46 años 47 y más
Percepción del estado nutricional	Como ven los padres, como conciben el estado nutricional de sus hijos	Desnutrido Riesgo de desnutrir Normal Sobrepeso Obesidad
Percepción de las complicaciones de la obesidad	Las complicaciones que los padres asocian a la obesidad.	Diabetes HTA Infartos Cardiacos Otros.....
Patologías agudas recientes	Enfermedades de inicio repentino, puede ser de origen viral que su data no sea de más que 15 días.	Si No

Diarreas a repetición	Cuadro de deposiciones de características líquidas y frecuentes (más de 3 veces al día), al menos una vez por mes.	Si No
Vómitos a repetición	Cuadro de vómitos de cualquier característica (más de 2 veces al día), al menos cada 15 días.	Si No
Reflujo gastroesofágico	Paso del contenido gástrico al esófago, en los niños se relaciona con vómitos de leche entera en abundantes cantidades, desde una cuarta parte de la cantidad que comen.	Si No
Intolerancia alimentaria específica	Las intolerancias alimentarias son reacciones adversas re-producibles, de aparición retardada, idiosincrásicas y sin base psicológica, en las que no participan factores inmunológicos. Manifestaciones más conocido son la urticaria y en ocasiones edema laríngeo.	Si No
Cuadros respiratorios a repetición	Al menos una vez al mes el niño presenta Síndromes bronquiales, neumonías, bronconeumonias y/o resfriados comunes virales.	Si No
Cansancio o sudoración al alimentarse	El niño se agita, se cansa y/o suda al alimentarse.	Si No
Infecciones a repetición	El niño presenta cuadros respiratorios recurrentes y/o ITU a repetición u otitis, etc.	Si No
Niveles o cursos que se utilizan en el jardín	Forma como distribuyen a los niños dentro del jardín con fines pedagógico y educativos	Medio menor : niños de 2 años 6 meses a 4 años menos un día Transición I: niños de 4 a 5 años 6 meses que asisten media jornada al jardín. Transición II: niños de 4 a 5 años 6 meses que asisten jornada completa al jardín.

9. RESULTADOS

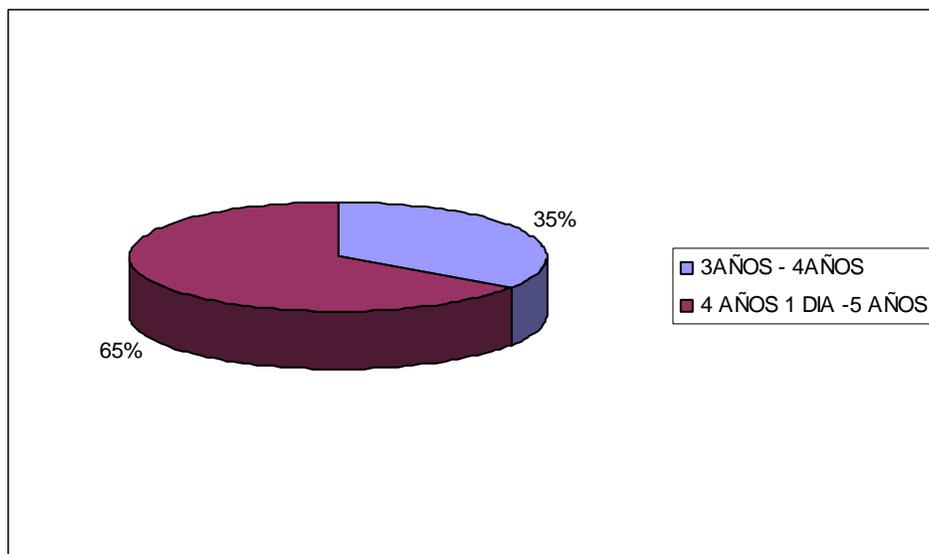
Gráfico 2. Distribución porcentual de la población en estudio asistente al Jardín Infantil “La Gotita” de Puerto Montt, año 2006, según sexo.



Fuente: Datos recopilados de la investigación Diagnóstico nutricional de niños entre 3 y 5 años que asisten al jardín infantil “LA GOTITA” de Puerto Montt, durante el primer semestre del año 2006.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 2: El mayor porcentaje de preescolares de la población en estudio corresponden al sexo masculino, 60 son hombres y 47 mujeres.

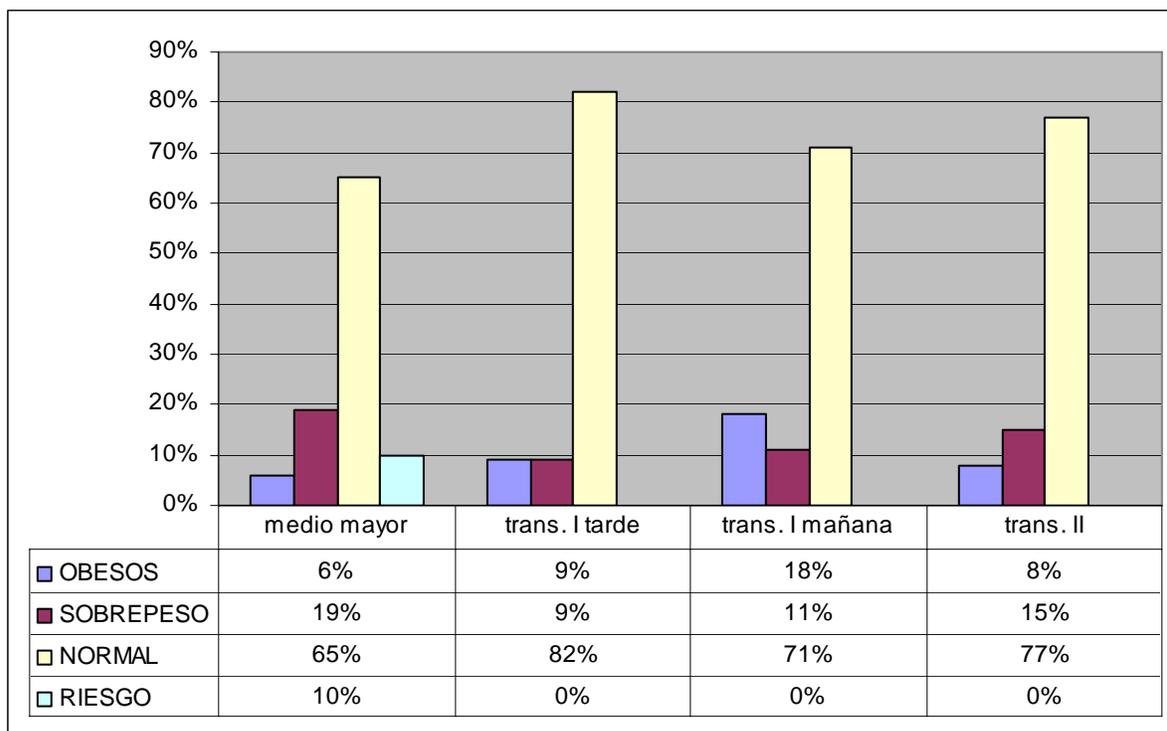
Gráfico 3. Distribución porcentual de los Preescolares incluidos en el estudio, del Jardín Infantil “La Gotita” de Puerto Montt, año 2006, según edad.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 3: La mayor parte de la población en estudio, o sea 70 niños, corresponde a niños entre 4 años y 1 día, a 5 años; mientras que los restantes 37 son de 3 años a 4 años.

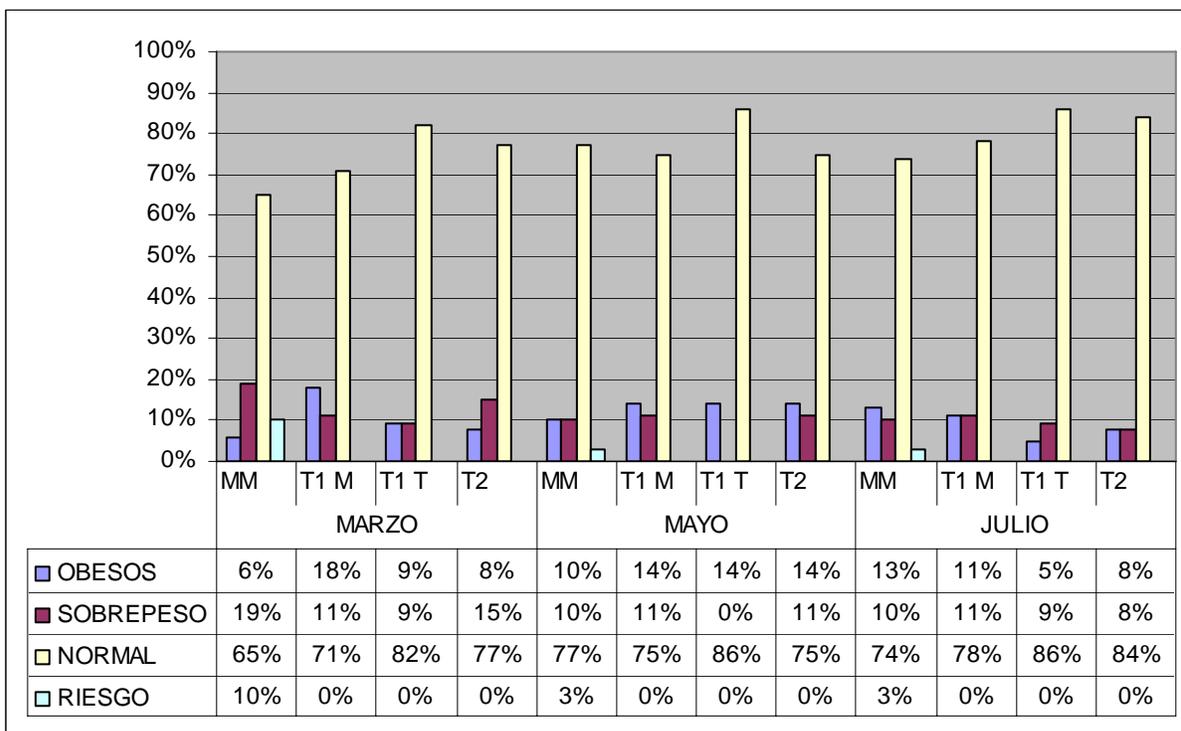
Gráfico 4: Distribución porcentual del Estado Nutricional, de la población en estudio, por nivel, asistente al Jardín Infantil “La Gotita” de Puerto Montt, en el mes de Marzo del año 2006.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 4: De la población en estudio por nivel, podemos observar que, Transición I jornada de la mañana, es el que presenta mayor porcentaje de obesidad, incluso dobla el porcentaje de obesidad del nivel transición I tarde. Con el sobrepeso sucede que el mayor porcentaje lo presentan los más pequeños de medio menor y además 3 de ellos presentan riesgo de desnutrir.

Gráfico 5: Distribución porcentual del Estado Nutricional, por nivel, de la población en estudio asistente al Jardín Infantil “La Gotita” de Puerto Montt, durante el primer semestre del año 2006.

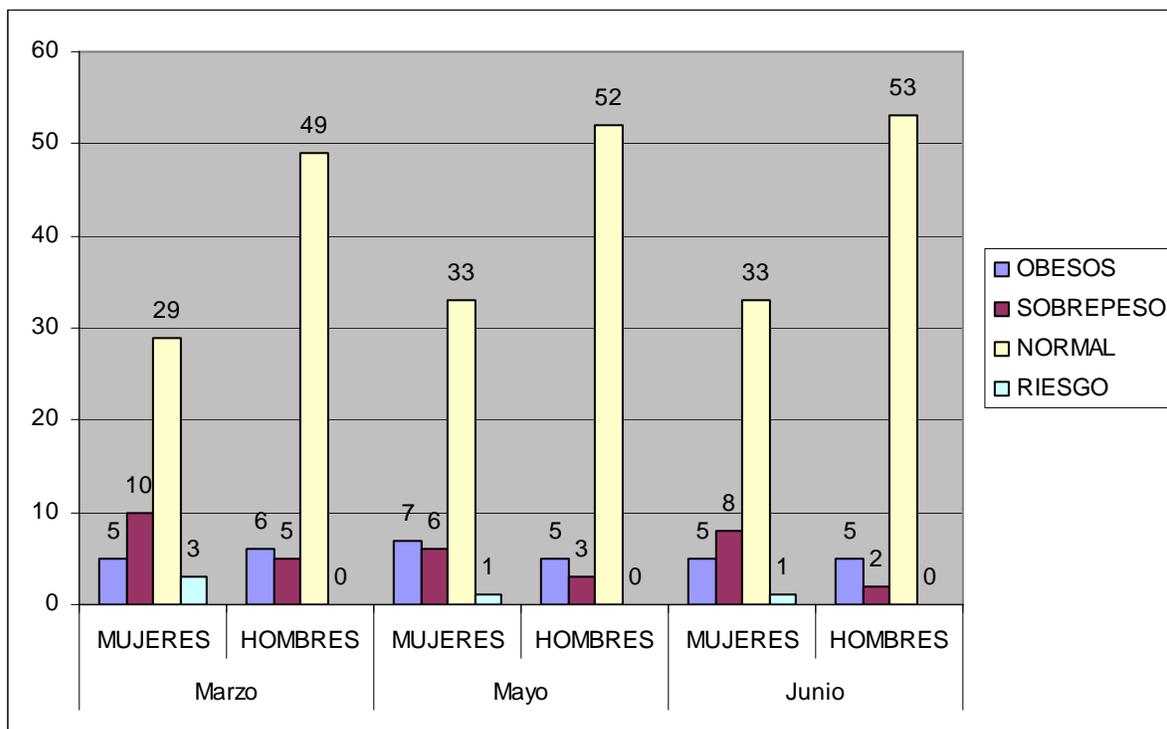


MM : Medio Mayor.
T1 M : Transición 1 jornada mañana.
T1 T : Transición 1 jornada tarde.
T2 : Transición 2.

Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 5: El nivel medio mayor es el único que presento riesgo de desnutrir, pero disminuyó en un 7% hasta el final del estudio, en cuanto a los niños con diagnóstico nutricional de sobrepeso el nivel medio mayor presentó una disminución, mientras que Transición jornada mañana se mantuvo con los mismos valores al igual que la jornada de la tarde, excepto porque esta disminuyo en el mes de mayo. Refiriéndonos a los niños con diagnóstico nutricional de obesidad, medio mayor aumento sus porcentajes, quienes disminuyeron fueron Transición 1 mañana y tarde, mientras que transición 2 a pesar de aumentar en mayo disminuyó en julio, por lo que mantuvo su incidencia.

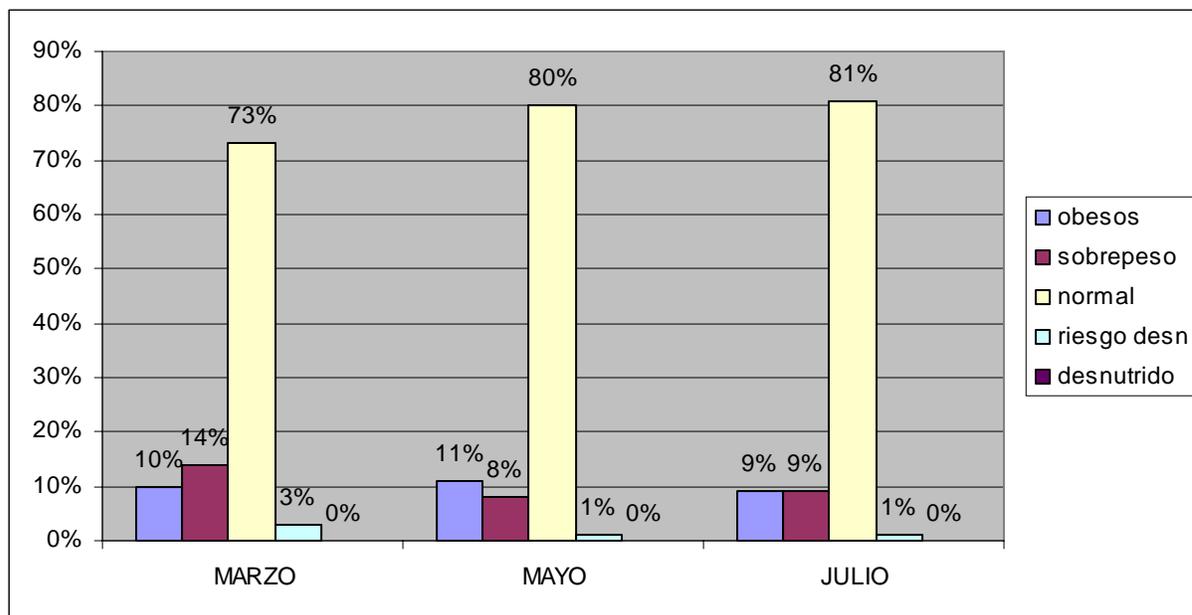
Gráfico 6: Distribución numérica del Estado Nutricional por sexo, de la población en estudio asistente al Jardín Infantil “La Gotita” de Puerto Montt, durante el primer semestre del año 2006.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 6: Durante los meses del estudio, los hombres mantuvieron mayoritariamente la condición de normalidad en el estado nutricional, los niños con diagnóstico nutricional de sobrepeso, tanto en mujeres como en hombres, mantuvieron una tendencia a disminuir, por lo que la condición de normalidad aumentó. La condición dada en la población, de riesgo de desnutrir disminuyó en la población femenina de 3 casos a 1.

Gráfico 7. Distribución porcentual del Estado Nutricional de la población en estudio de los Preescolares asistente al Jardín Infantil “La Gotita” de Puerto Montt, en los meses de Marzo, Mayo y Julio del año 2006.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 7: Se muestra comparativamente el estado nutricional de los preescolares en los meses de marzo, mayo, julio, donde podemos observar como los niños con diagnóstico nutricional de obesidad, sobrepeso y en riesgo han logrado una mejoría en su condición, lo cual nos lleva a ver como el porcentaje de población normal aumentó en 8 puntos porcentuales.

9.3. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE OBESIDAD Y RIESGO DE DESNUTRIR.

Tabla N 2: Seguimiento nutricional de niños obesos, pesquisados en el mes de Marzo que asisten al Jardín Infantil La Gotita de Puerto Montt.

NIVEL	PREESCOLAR	MARZO	MAYO	JULIO
MEDIO MAYOR	1	OBESO	OBESO	OBESO
	2	OBESO	OBESO	OBESO
TRANSICION I MAÑANA	1	OBESO	OBESO	SOBREPESO
	2	OBESO	OBESO	OBESO
	3	OBESO	OBESO	OBESO
	4	OBESO	OBESO	OBESO
	5	OBESO	OBESO	NORMAL
TRANSICION I TARDE	1	OBESO	OBESO	SOBREPESO
	2	OBESO	OBESO	OBESO
TRANSICION II	1	OBESO	OBESO	OBESO
	2	OBESO	SOBREPESO	SOBREPESO

Fuente: Datos recopilados de la investigación Diagnóstico nutricional de niños entre 3 y 5 años que asisten al jardín infantil “LA GOTITA” de Puerto Montt, durante el primer semestre del año 2006.”Erika Díaz M.

ANÁLISIS DE LA TABLA N 2: Nos muestra que 4 niños de los 11 con obesidad lograron mejorar su condición pasando al sobrepeso y normalidad, lo que corresponde a un 36.4% de recuperación.

Tabla N 3: Seguimiento nutricional de niños con riesgo de desnutrir, pesquisados en el mes marzo, del nivel medio mayor, que asisten al Jardín La Gotita de Puerto Montt.

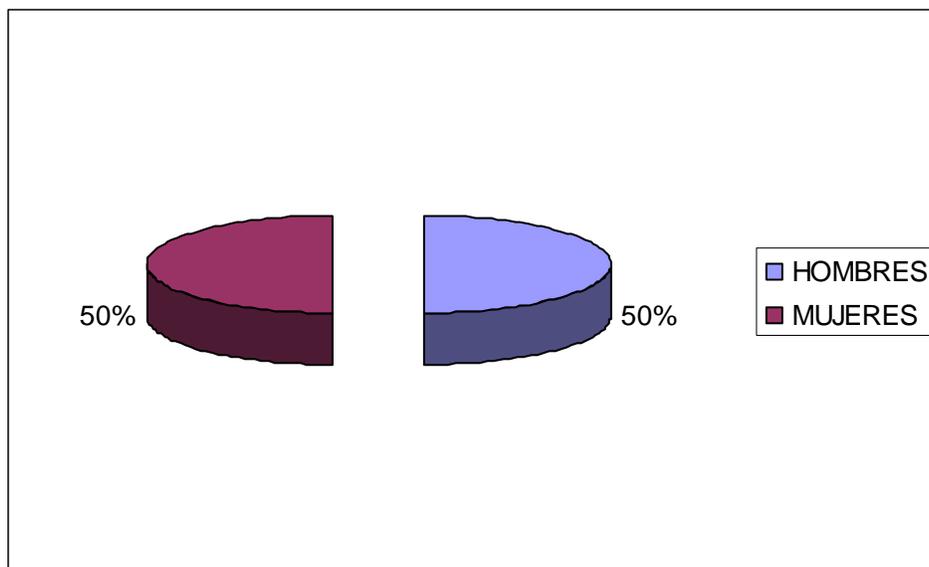
	PREESCOLAR	SEXO	MARZO	MAYO	JULIO
MEDIO	1	F	R. DESN	Sobrepeso	Obeso
MAYOR	2	F	R. DESN	R. DESN	R. DESN
	3	F	R. DESN	Normal	Normal

Fuente: Ídem

ANÁLISIS DE LA TABLA N 3: La tabla nos muestra que sólo 3 niños del nivel inferior (Medio Mayor) presentan riesgo de desnutrición, coincidentemente corresponden al sexo femenino; ahora la evolución durante estos meses ha sido la ideal. Solo en uno de ellos, alcanzando un diagnóstico nutricional de normalidad, los otros al finalizar el estudio, aun se manejan en niveles de riesgo, tanto por exceso o déficit, uno con diagnóstico nutricional de Obesidad y el otro con riesgo de Desnutrición.

9.4. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA PARA NIÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE ALTERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR EXCESO.

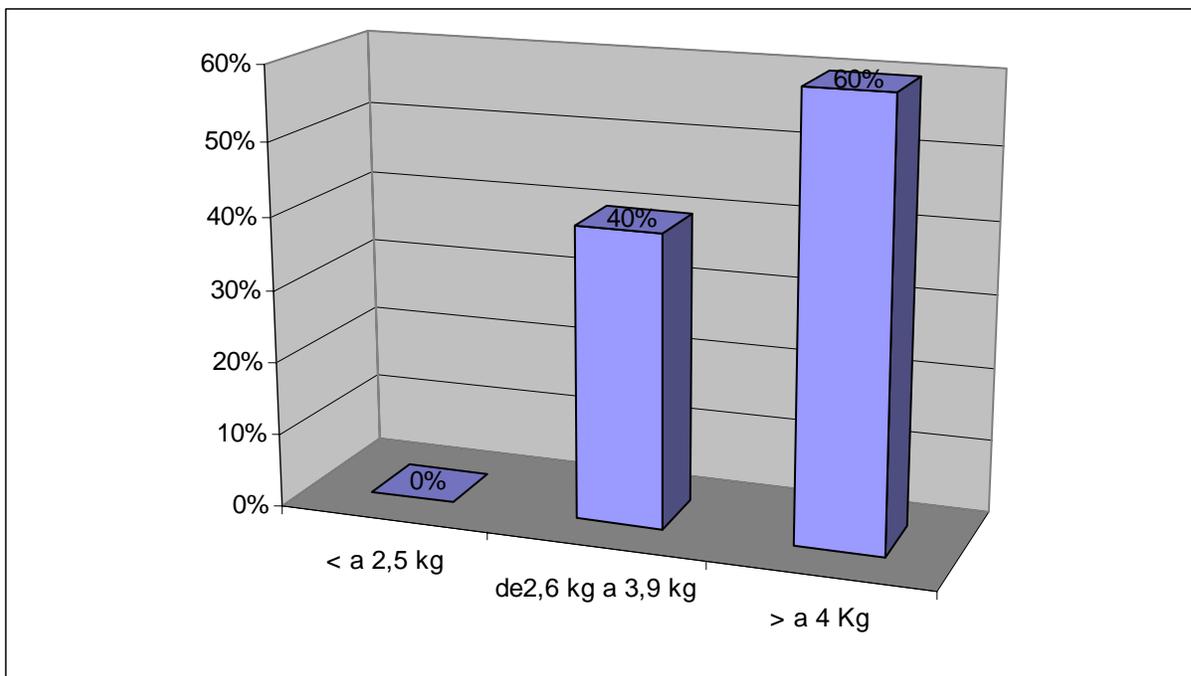
Gráfico N 8: Distribución porcentual de la población de niños con diagnóstico de obesidad, según sexo.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 8: Se desprende de este gráfico que de la población de niños con diagnóstico de obesidad 5 de ellos corresponden a hombres y el mismo número a mujeres.

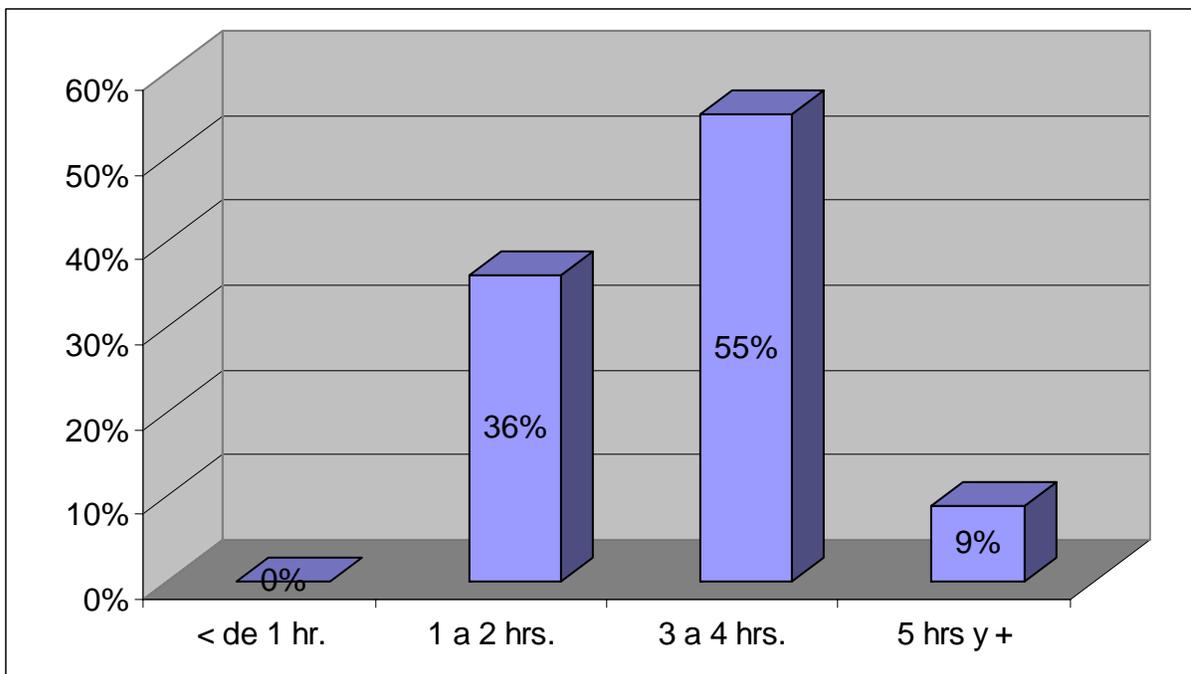
Gráfico N 9: Distribución porcentual de la población de niños con diagnóstico nutricional de obesidad, según su peso al nacer.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 9: El 60% de la población de niños con diagnóstico nutricional de obesidad presenta la condición de macrosómico al nacer, factor asociado a la malnutrición por exceso de acuerdo a las normas del MINSAL.

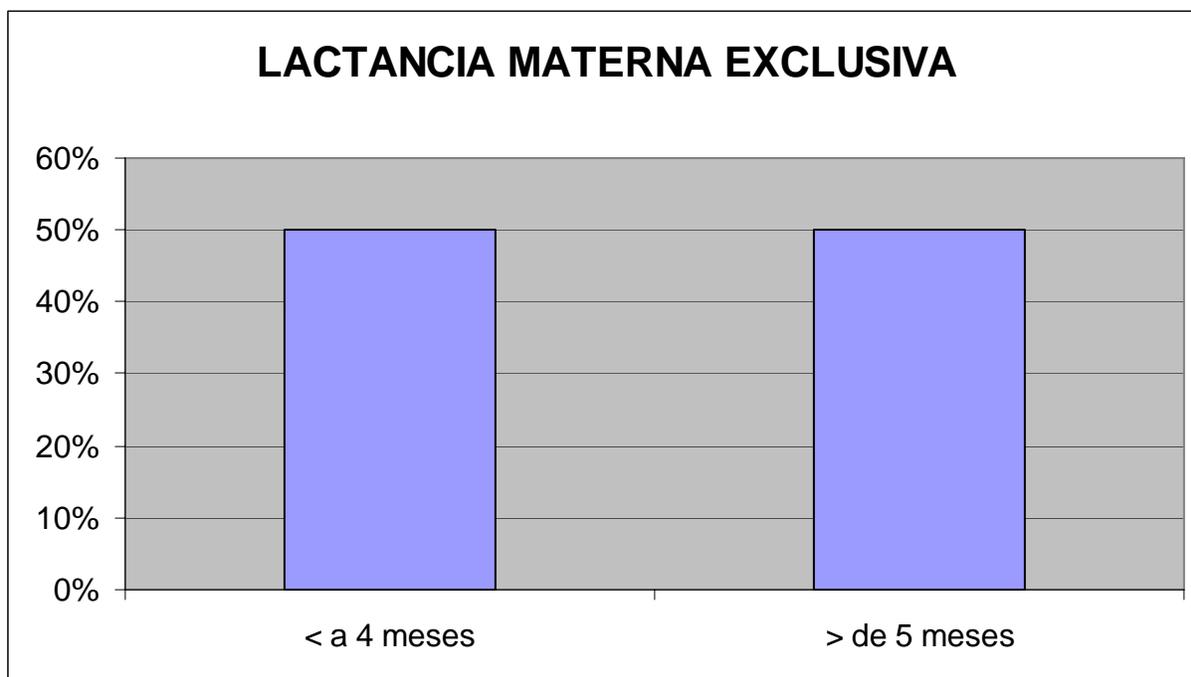
Gráfico N 10: Distribución porcentual de la población de niños del estudio, con diagnóstico nutricional de obesidad, de acuerdo a el tiempo que dedican a ver televisión al día.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 10: El 64% de los niños del estudio, con diagnóstico nutricional de obesidad dedican más de 3 horas al día, a ver televisión, lo que indica marcados hábitos sedentarios de esta población, y que además es un factor asociados a la malnutrición por exceso.

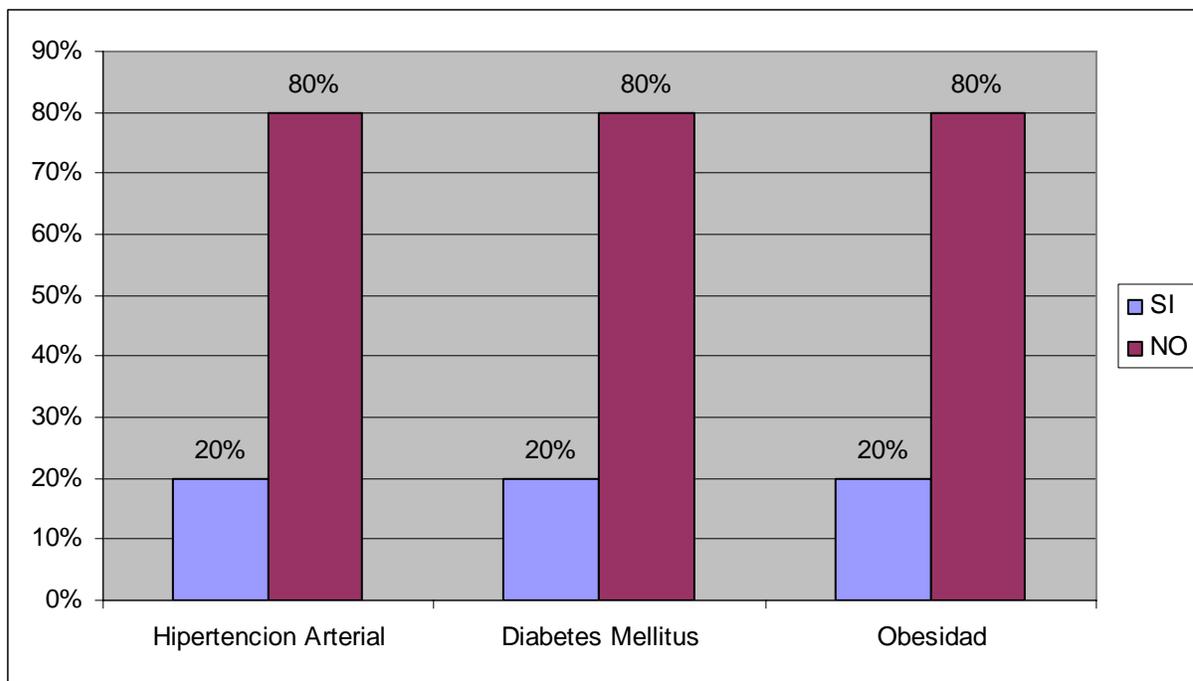
Gráfico N 11: Distribución porcentual de la población de niños del estudio con diagnóstico nutricional de obesidad, de acuerdo a el tiempo de lactancia materna exclusiva.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 11: El 50% de los niños del estudio, con diagnóstico nutricional de obesidad, presentaban lactancia Materna Exclusiva menor a 4 meses, factor asociado a la malnutrición por exceso de acuerdo a las normas del MINSAL.

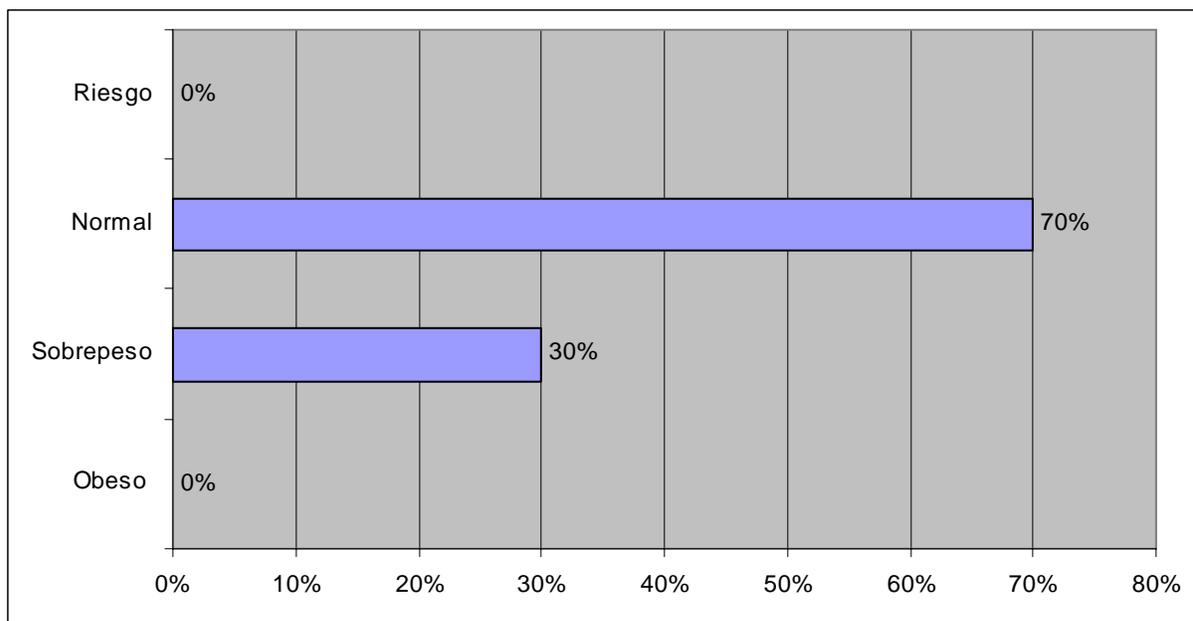
Gráfico N 12: Distribución porcentual de la prevalencia de ECNT de los padres de niños con diagnóstico nutricional de obesidad.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 12: Existe un 20% de incidencia de ECNT, factor asociado a la malnutrición por exceso de acuerdo a las normas del MINSAL.

Gráfico N 13: Distribución porcentual de la Percepción de padres, respecto del Estado Nutricional de su hijo (a), con diagnóstico nutricional de obesidad.



Fuente: Ídem.

ANÁLISIS DEL GRÁFICO N 13: La mayor parte de los padres de la población de niños con diagnóstico nutricional de obesidad, considera que sus hijos presentan un estado nutricional normal y la otra parte, un 30%, los considera solo con sobrepeso.

9.5. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA PARA NIÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE ALTERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR DEFICIT.

Se aplicó la encuesta a la madre del único caso por riesgo de desnutrir en el jardín, en el mes Julio y los resultados fueron:

- Preescolar de sexo femenino,
- Adecuado peso de nacimiento,
- 38 semanas de edad gestacional,
- Lactancias materna hasta los 8 meses
- Que padece de cuadros respiratorios a repetición, con diagnóstico de Síndrome Bronquial Obstructivo recurrente, lo que la tiene con controles frecuentes con broncopulmonar.

Esta condición de SBO recurrentes es el factor predisponente, para la escasa ganancia de peso que ha mantenido y mantiene el preescolar.

10. DISCUSIÓN

Luego de procesar los resultados obtenidos, se deduce que la población de preescolares entre 3 y 5 años que asisten al Jardín Infantil La Gotita, de Puerto Montt, corresponde en su mayoría al sexo masculino, siendo en porcentaje un 56% versus un 44%.

En cuanto a edad el 65% de los niños tenían entre 4 años y 1 día y 5 años, y el restante 35% entre 3 años y 4 años.

El nivel Medio mayor, o sea los niños de 3 años a 4 años es el único nivel que presentó riesgo de desnutrir, esta condición estuvo presente sólo en la población femenina y disminuyó de 3 casos a 1, hasta el final del estudio; podríamos atribuir esta mejoría a la alimentación de los niños, la cual experimentó un cambio desde marzo a julio, tanto en calidad como en horarios, debido a que en este jardín reciben 3 comidas al día y el menú esta preparado de acuerdo a las necesidades de los preescolares, además los niños en riesgo reciben una colación extra.

Uno de los niños con diagnóstico nutricional de riesgo de desnutrir cambio su condición a sobrepeso y luego a obesidad, aquí cobra importancia, el fenómeno que se da en la dieta de los niños que asisten a jardines en los cuales se les entrega alimentación, debido a que comienza a darse una “dualidad” de alimentación, lo que quiere decir, que repiten las comidas, así por ejemplo, desayunan en las casas y vuelven a desayunar en el jardín, y dependiendo de la jornada, (mañana o tarde) almuerzan y repiten este en casa o toman once y repiten esta en casa, además muchos niños de este nivel aún en sus hogares toman mamadera, por lo que, en la noche reciben otra comida extra.

Durante los meses del estudio los hombres mantuvieron mayoritariamente la condición de normalidad del estado nutricional. La población con diagnóstico de sobrepeso tanto en mujeres como en hombres mantuvieron una tendencia a disminuir al final del estudio, por lo que la condición de normalidad aumentó.

El sexo masculino presenta mayor porcentaje de diagnóstico nutricional normal, mientras que en la condición sobrepeso las mujeres doblan el número de hombres; sólo con los obesos sucede que los hombres superan levemente a las mujeres y la condición de riesgo de desnutrir esta presente sólo mujeres, por lo que no se puede hacer una comparación con la población masculina.

Del total de la población en estudio el 9% presentó, al finalizar la investigación, la condición de obesidad, 9% de sobrepeso, un 81% normalidad y solo 1% con riesgo de desnutrición.

Las últimas cifras publicadas por el ministerio maneja como dato para el sobrepeso un 15% para los menores de 6 años, para la obesidad 7.4% y riesgo de desnutrición 3.2%, por lo esta población en estudio esta.

Si hablamos comparativamente el estado nutricional de los preescolares en los meses de marzo, mayo, julio, podemos observar como los niños con diagnóstico nutricional de obesidad, sobrepeso y en riesgo de desnutrir han logrado una mejoría en su condición, lo cual nos lleva a ver como el porcentaje de población normal aumentó en un 8%.

De la población en estudio del jardín por nivel, podemos observar que Transición I jornada de la mañana, es el que presenta mayor porcentaje de obesidad un 18% , incluso dobla el porcentaje del nivel transición I tarde, que es el segundo más alto porcentaje, esto es 9%.

Con el sobrepeso sucede que los más pequeños, Medio Mayor y transición II, o sea, los que pasan más horas al día en el jardín, tienen los porcentajes mas altos; esto se puede atribuir también a la dualidad de alimentación y a las aprensiones de los padres, que tienden a creer que sus hijos quedan con hambre, por lo que le proporcionan mayor alimentación de la que necesitan, además tienden a suplir la ausencia de ellos durante el día con comida, ya que en su mayoría son padres que trabajan y por eso necesitan del jardín.

Se hizo un seguimiento a los niños con estado nutricional de obesidad que se pesquisaron en marzo en la primera evaluación nutricional a la población, y se buscaron factores de riesgo. La distribución por sexo es de un 50% para ambos, el factor de riesgo de diabetes gestacional no se encontraba presente en esta población en estudio, el 20% de los padres presentaron enfermedades crónicas no transmisibles, el 60% de los niños nacieron con un peso superior a 4 Kg., el 50% de los niños tuvieron lactancia materna menor a 4 meses, en general todos estos son factores de riesgo muy importante en el momento de evaluar a un niño obeso y considerados dentro de la norma para el manejo ambulatorio de la malnutrición por exceso del ministerio, y además el 64% de los niños dedican más de 3 horas a ver televisión, lo que nos muestra hábitos sedentarios en esta población.

Podemos concluir que la evolución de los niños con exceso de peso es lenta y lábil, lo que queda de manifiesto al observar la tabla N° 2 de seguimiento de los niños con diagnóstico nutricional de obesidad, nos muestra que esta condición más bien se mantuvo en el tiempo, a pesar del cambio que experimentan estos niños en la alimentación, tanto en calidad como en horarios. Es muy bajo el porcentaje que logra cambios, sólo uno de ellos logró un diagnóstico nutricional normal y 3 sobrepesos, aunque no podemos saber si estos escasos cambios de condición nutricional se mantendrán en el tiempo, debido a lo corto del periodo de estudio.

El estudio de Marcela Díaz en Julio del 2000, que midió la percepción de los padres de niños con diagnóstico nutricional de obesidad y mostró, un 26.6% de los padres consideran a sus hijos con peso Normal, 37.5% con Sobrepeso y un 37.9% con Obesidad.

En este estudio se observa un alto nivel de conciencia en los padres en cuanto a que la obesidad es una condición patológica e identifican, aunque vagamente, alguna de las patologías con que esta se asocia. Sin embargo, la apreciación que ellos tienen sobre la condición nutricional de su hijo, resultó ser muy distorsionada, solo el 30% de ellos la considera con sobrepeso, incluso, un 70% lo considera dentro de un peso normal y ninguno lo considera con obesidad, la que realmente es su condición.

Las cifras observadas en el estudio, podemos atribuirles a que todavía socialmente se considera al hecho de que un niño coma, con que este bien de salud, por lo tanto mientras más come, más sano está; los padres también creen que los niños deben comer hartos para que cuando se enfermen no bajen mucho de peso. Además mientras los padres no tengan una real percepción del estado nutricional de sus hijos difícilmente podrán corregir esta situación. Todas estas conductas y pensamientos contribuyen a que los niños tengan una ganancia de peso desmedida, que luego traen consecuencias en la juventud y en la vida adulta, a los niños se les enseñan las conductas alimentarias en edades tempranas como esta, por lo que así los niños están aprendiendo a comer más de lo que necesitan.

Y con el único caso que resultó con diagnóstico riesgo de desnutrir al finalizar el estudio, se pudo pesquisar que padece Síndromes Bronquiales Obstructivos Recurrentes que estarían condicionando su estado nutricional, y esta siendo tratada por nutricionista para la ganancia de peso, hábitos alimenticios, horarios, etc. y gastroenterólogo que lo está evaluando. Estos niños se asocian a tallas insuficientes, que en su futuro constituye un factor que perjudica al adulto, puesto que nuestra sociedad a menudo valora al individuo de mayor estatura, situación que no está presente en este preescolar ya que, posee durante el estudio un Talla/ Edad Normal.

11. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que:

- De la población en estudio, que asisten al Jardín Infantil La Gotita el mayor porcentaje son del sexo masculino.
- En cuanto a edad, mayoritariamente la población está compuesta por niños de 4 años y 1 día a 5 años
- La mayor parte de la población presenta un estado nutricional normal como era de esperarse.
- Los niveles de transición I y II presentan solo, alteraciones nutricionales por exceso.
- Las situaciones de riesgo de desnutrir están presente sólo en el nivel de menor edad y en 3 niños al comienzo del estudio y sólo uno al concluir este.
- Las situaciones de riesgo de desnutrir la presenta el sexo femenino, sólo edades de 3 a 4 años y ninguno presenta déficit de talla, condición que regularmente se asocia a los déficit de peso.
- El porcentaje mas bajo de normalidad del estado nutricional lo presenta Medio Mayor y el más alto transición 1 jornada de la tarde.
- La población en estudio presentó un 18% de niños con alteración nutricional por exceso, esto en todas las edades en ambos sexos.
- La población femenina es quien presenta mayoritariamente la condición de obesidad en relación a los hombres, en todos los meses del estudio y en todas las edades.

- El porcentaje niños con diagnóstico de sobrepeso disminuyó un 5% durante el tiempo que duró el estudio, al igual que los niños con la condición de obesidad, pero la disminución de estos fue sólo de 1%.
- El porcentaje de Obesidad al concluir este estudio se encuentra en 9%, el cual está cercana a las estadísticas para la obesidad en niños menores de 6 años, del MINSAL.
- Del seguimiento que se hizo a la población de niños con diagnóstico nutricional de obesidad todos presentaron al menos dos factores de riesgo asociados a la malnutrición por exceso, lo que nos lleva a considerar que estos niños deberían tener un seguimiento especial durante sus controles de niños sanos, ya que estos factores de riesgo presentes los, estaría predisponiendo a la condición que presentan hoy.
- Las madres de los niños obesos presentaron un alto nivel de conciencia en cuanto a que la obesidad es una condición patológica, pero presentaron una apreciación muy distorsionada de el estado nutricional de su hijo, ya que ninguna identificó a su hijo como obeso, lo cual es su condición actual.

El estado nutricional alterado tanto por déficit como por exceso resulta de la confluencia de una serie de factores que muestran lo complejo del problema y lo difícil que puede ser su abordaje. La vigilancia nutricional, es un proceso de seguimiento, que permite ejercer acciones, para mejorar la nutrición de la población, por lo que esta tesis, va a brindar información que se puede convertir en un instrumento de trabajo para enfermería, sobre todo y considerando que la población preescolar desde hace un tiempo se ha ido perdiendo de vista, debido a lo espaciado de los controles y a que los padres le restan importancia al control de niño sano, después de los 2 años, lo que no involucra mayor frecuencia de los controles sino que mayor conciencia en los padres.

Se conocieron algunos aspectos de la percepción de los padres de niños con obesidad, y factores de riesgo asociados a la malnutrición tanto por déficit como por exceso, esto nos orienta a las áreas específicas que necesitan intervención y como ya se sabe principalmente con los padres, que son quienes forman y educan en los hábitos alimentarios a los niños más aún en edades tempranas.

Hoy en día es necesario hacer prevención y promoción respecto a este tema, en general en edades tempranas y es necesario un equipo multidisciplinario para el abordaje de esta problemática debido a que, es un trabajo largo y familiar donde se busca cambios de hábitos y costumbres, que por lo general se encuentran arraigadas por mucho tiempo en las familias a intervenir.

12. PROYECCIONES PARA ENFERMERÍA

La salud infantil es de gran interés para la Enfermería, sobre todo el estado nutricional de estos, ya que se ha convertido en una epidemia de alcance mundial y además por las consecuencias que provoca en la población, todo esto cobra importancia debido al cambio de la conceptualización de salud de los últimos años, donde el fomento y la promoción son la base de la atención para el niño y su familia, lo que hace necesario modificar en forma significativa las estrategias que guían la práctica de los profesionales de salud. Esto implica un importante desafío para este equipo, quienes deben tener un pensamiento analítico, crítico y creativo, así como habilidades de intervención integral en el niño como también en sus familias y comunidades en las que están insertos; aspectos en los que la Enfermera juega un rol protagónico.

Los conocimientos que aporta esta investigación permitirán tener datos reales sobre el estado nutricional de los preescolares y factores de riesgo asociados a la condición de obesidad y riesgo de desnutrir, lo que va a dar las directrices a seguir en la intervención para descubrir y cubrir cuales son las necesidades de intervención, cuidados y/o autocuidado que necesita la población, esto es importante para enfermería que tiene mucho que hacer con respecto a este tema a nivel asistencial, ya que es la enfermera quien realiza los controles y tiene acceso y contacto con los padres y los niños de esta edad. Nos orienta además, a los aspectos que se deben abordar en la educación con los padres y familia de estos niños, lo que podría ligar a enfermería con los jardines infantiles en un contacto de retroalimentación, para así lograr mayor cobertura en la educación.

Es una tarea pendiente seguir investigando a esta población, sobre todo para los equipos de atención primaria que son quienes se encargan de controlar intervenir y educar a esta población en cuanto al estado nutricional, hábitos, desarrollo psicomotor, etc.

Es por esto que la enfermería, como profesión, en este nuevo milenio, debe demostrar que esta preparada para dar respuesta a las demandas que se generan y para afrontar los cambios que se vayan produciendo en las necesidades de salud de la población, de manera que pueda ofrecer soluciones a dichas necesidades y pueda prestar un servicio útil y eficaz a la sociedad.

13. BIBLIOGRAFIA

- Alegría A, Ordóñez E, Verdugo P, Sepúlveda H, López I: Obesidad y sobrepeso en menores de 6 años. Rev. Pediatría 1988; 31: 140-5.
- Espinoza T, Villagrán B, Vegas M, Pino P, Palomino E: Evaluación de la nutrición infantil en la ciudad de Angol Chile. Rev. Chil Cienc Med Biol 1988; 8: 69-72.
- Ministerio de Salud.2004. Gobierno de Chile. Los objetivos sanitarios de la década. 2000-2010.
- Ministerio de Salud.2004. Programa de Salud del Niño y Adolescente. Manejo ambulatorio del niño con malnutrición. Santiago, Chile Agosto 1993.
- Uribe. P. 1992. Redacción de referencias bibliográficas en educación. Primera Edición. Valdivia. Chile. Universidad Austral de Chile. 26p
- Uauy R, Castillo C: Nutrición de los niños en Chile: donde estamos hacia donde vamos. Rev. Chil. Pediatría 2001; 72: 1-5.
- Vio F, Albala C: La transición nutricional en Chile. Rev. Chil Nutra. 1998; 25: 11-20.

SITIOS VISITADOS EN INTERNET

- Atalah Eduardo, 2003. De la desnutrición a la obesidad: evolución de los problemas nutricionales en Chile. <http://www.minsal.cl/ici/nutrición/nutrición.html>. acceso 23 de Mayo 2006.
- Berdasco Antonio, 2002. Obesidad Infantil, <http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad.shtml> acceso 22 de Junio 2006

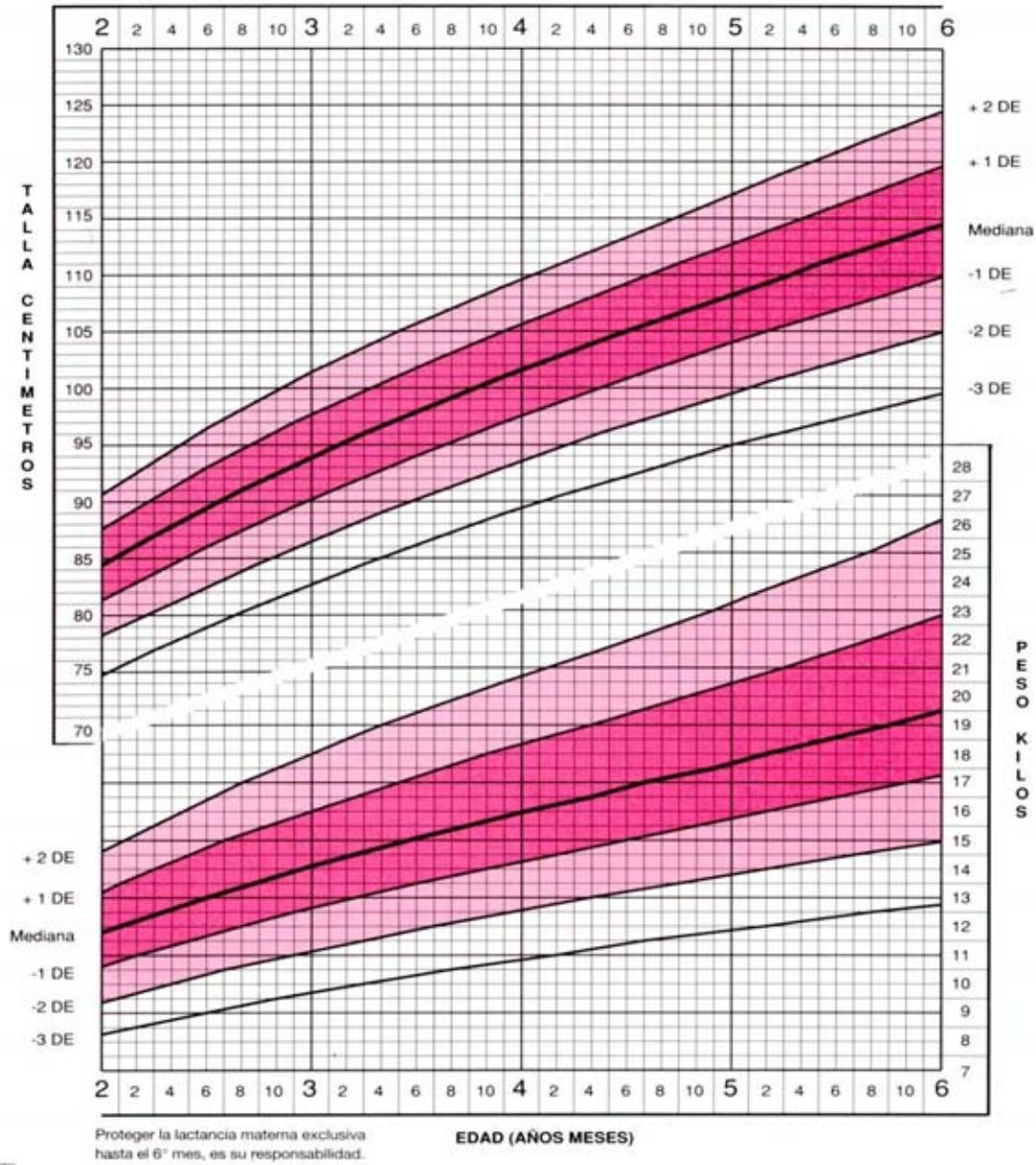
- Bolzán Andrés y col. 2005 Aplicación de dos métodos diagnósticos para evaluar el estado nutricional de una población infantil. <http://www.scielo.cl/scielo.php?> acceso 26 de Abril 2006.
- FAO, 2001. Perfiles Nutricionales por Países – CHILE. <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/Mapa%20Nut%20Chile%20FAO.pdf>. acceso 23 de Mayo 2006.
- García H; 1999. Metodología de la Investigación en Salud. E:\metodologia\Metodología de la investigación.htm acceso 06 de Abril 2006.
- Ibáñez, Silvia. 2003. Desnutrición infantil, <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/Desnutric.html> acceso 03de junio 2006.
- López, Ilse y col. 2004. Evaluación nutricional de niños de 0 a 5 años: Consultorio Dr. J. Symon Ojeda. Comuna Conchalí. 1996-2000. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-410620400040005&script=sci_arttext. acceso 1 de Mayo 2006.
- MINSAL, 2004. Situación Nutricional de la Población infantil menores de 6 años, <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/Mapa%20Nut%20Chile>, acceso 03de junio 2006.
- MINSAL, 2004. Obesidad. <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/Obesidad.ppt>, acceso 1 de Mayo 2006.
- MINSAL, 2005. Norma de Manejo Ambulatorio del niño, menor de 6 años con malnutrición. <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/NORMA%20FINAL.pdf>. acceso 23 de Mayo 2006.
- MINSAL, 2005 Situación Nutricional del Pre-Escolar, Escolar y Adolescente <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/Mapa%20Nut%20Chile/20preescolar>. acceso 23 de Mayo 2006.

- MINSAL, 2005. Norma para el manejo ambulatorio de la mal nutrición por déficit o por exceso en el niño (a) menor de 6 años http://latinut.net/documentos/Obesidad/docuybase/Norma_malnutricion_0_6anos.pdf acceso 20 de Abril 2006.
- MINSAL, 2006. Estrategia Global Contra La Obesidad (EGO-CHILE) <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/ego.html> acceso 20 de Abril 2006.
- Silva, Edita y col. 2004. Estado nutricional de los niños en edades comprendidas de 2 a 4 años, <http://www.tusalud.com.mx/140401.htm>, acceso 1 de Mayo 2006.

14. ANEXOS

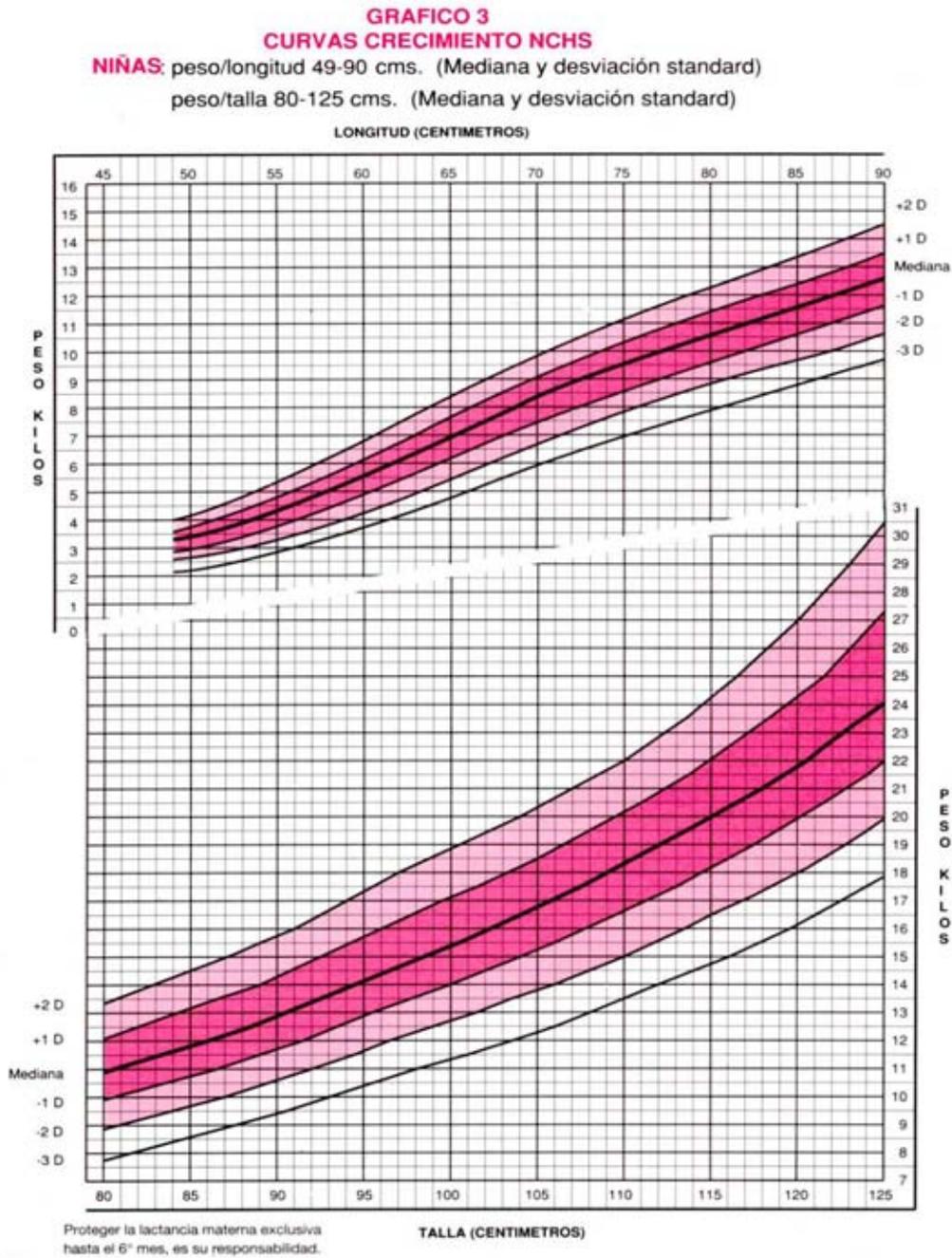
ANEXO 1

GRAFICO 2
CURVAS CRECIMIENTO NCHS
NIÑAS : desde 2 a 6 años (Mediana y desviación standard)
 Talla/Edad y Peso/Edad
 EDAD (AÑOS MESES)



FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional para las Estadísticas de Salud en la colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de la Enfermedad Crónica y Promoción de Salud (2000)

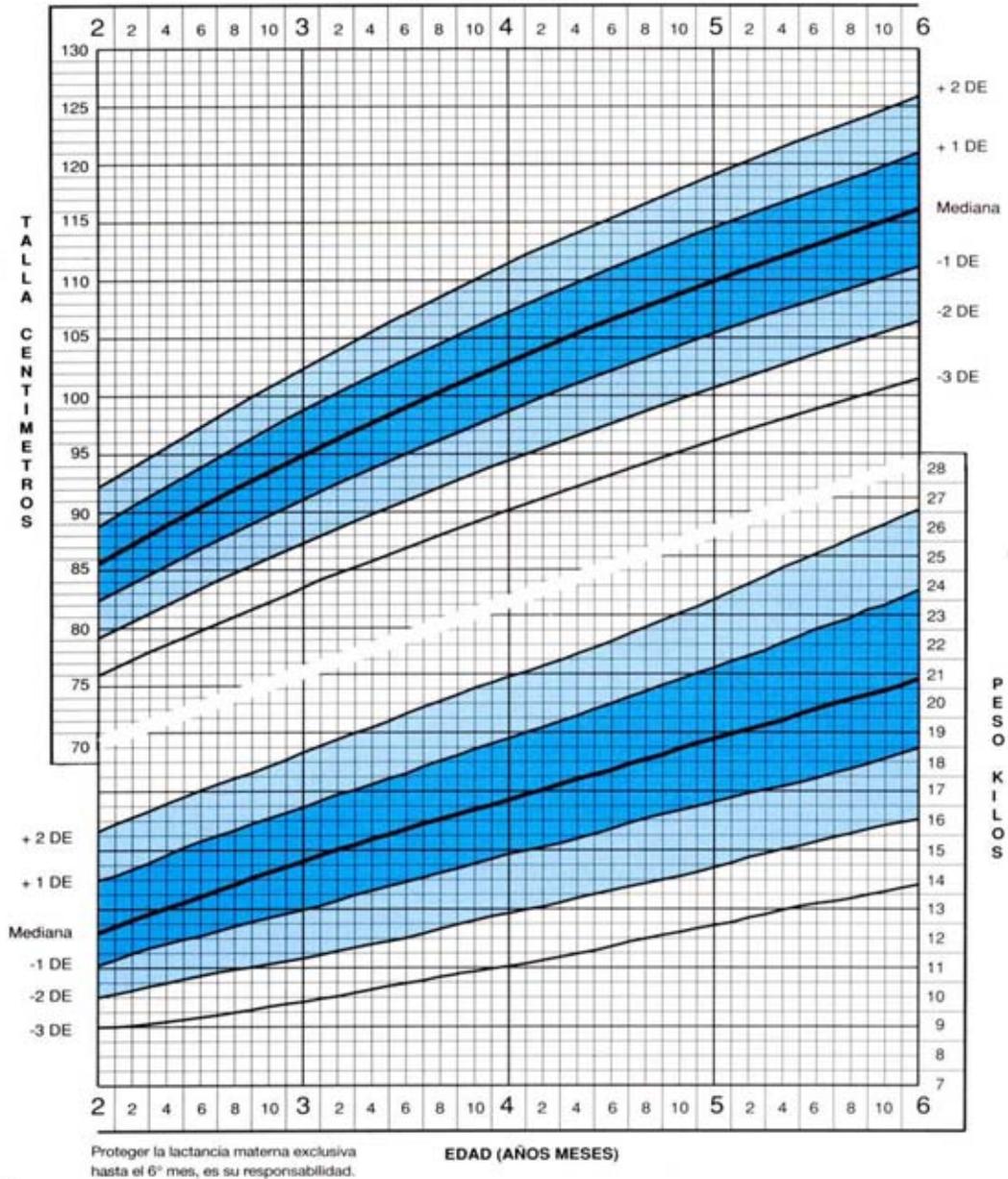
ANEXO 2



FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional para las Estadísticas de Salud en la colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de la Enfermedad Crónica y Promoción de Salud (2000).

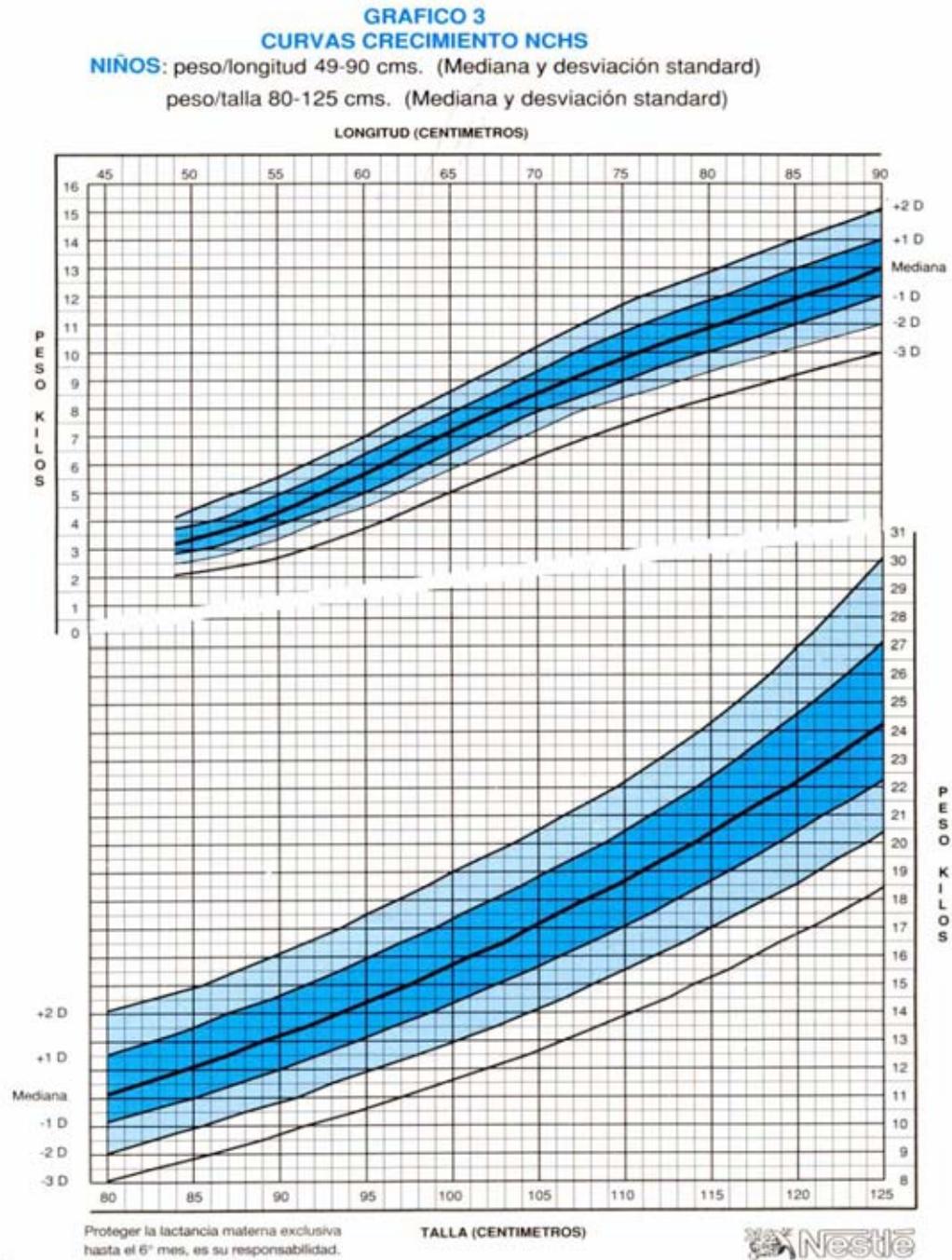
ANEXO 3

GRAFICO 2
CURVAS CRECIMIENTO NCHS
NIÑOS desde 2 a 6 años (Mediana y desviación standard)
 Talla/Edad y Peso/Edad
 EDAD (AÑOS MESES)



FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional para las Estadísticas de Salud en la colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de la Enfermedad Crónica y Promoción de Salud (2000).

ANEXO 4



FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional para las Estadísticas de Salud en la colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de la Enfermedad Crónica y Promoción de Salud (2000).

ANEXO 5
UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tesis: “Estudio del Estado Nutricional de Niños entre 3 Y 5 años que asisten a el Jardín Infantil La Gotita De Puerto Montt, durante el Primer Semestre del Año 2006.”

Consentimiento escrito para la utilización de la información recolectada en Tesis

Fecha _____

Nombre de Apoderado _____

RUT _____ Edad _____

Por medio de la presente confirmo que la Sra. Erika Ximena Díaz Mansilla me explico la utilización que se le va a dar a la información recolectada.

Por lo anterior autorizo a Sra. Erika Ximena Díaz Mansilla a utilizar la información que obtenga de mi hijo para el desarrollo normal en la elaboración de su tesis.

Confirmo que he leído y entendido todo lo anterior.

.....
Nombre Apoderado

.....
Firma del Apoderado

.....
Nombre del Alumno

ANEXO 6
FICHA DE REGISTROS

NIVEL: _____

NOMBRE _____

F. NACIMIENTO _____

PESO AL NACER _____

SEXO ___F ___M

FECHA	PESO	TALLA	EDAD	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL		
				P/T	P/E	T/E

NOTAS _____

ANEXO 7

Encuesta Para Niños Con Diagnósticos De Alteración Del Estado Nutricional
Pesquisa factores de riesgo

Antecedentes Personales:

Edad.....

Sexo: ___F ___M

Peso de nacimiento.....

Lactancia Materna exclusiva, ¿hasta que edad?.....

¿Cuántas horas estima que su hijo ve televisión al día?

_____ horas al día

Antecedentes Familiares:

¿Obesidad de alguno de los padres?

SI _____ NO _____ ¿Cuál de ellos?.....

¿Hipertensión arterial de alguno de los padres?

SI _____ NO _____ ¿Cuál de ellos?.....

¿Diabetes de alguno de los padres?

SI _____ NO _____ ¿Cuál de ellos?.....

Presentó “la Madre” Diabetes gestacional durante el embarazo

SI _____ NO _____

Escolaridad de los padres:

Mamá

Papá

___ Sin escolaridad	___ Sin escolaridad
___ Básica Incompleta	___ Básica Incompleta
___ Básica Completa	___ Básica Completa
___ Media Incompleta	___ Media Incompleta
___ Media Completa	___ Media Completa
___ Técnica Incompleta	___ Técnica Incompleta
___ Técnica Completa	___ Técnica Completa
___ Universitaria Incompleta	___ Universitaria Incompleta
___ Universitaria Completa	___ Universitaria Completa
___ Otras. ¿Cuál?	___ Otras. ¿Cuál?

Edad de los Padres: Mamá..... Papá.....

¿Cuál cree UD. que es el estado nutricional de su hijo?

___Desnutrido

___riesgo de desnutrir

___normal

___sobrepeso

___obeso

¿Cree UD. que la condición de Obesidad trae consigo alguna complicación?

SI_____ NO_____ ¿Cuál o cuales?_____

ANEXO 8

Encuesta Para Niños Con Diagnósticos De Alteración Del Estado Nutricional Por Déficit

Edad: _____

Sexo: _____F _____M

Peso al Nacer: _____

Talla al Nacer: _____

Edad Gestacional: _____

Lactancia Materna Hasta: _____

Lactancia Materna Exclusiva: _____

¿Recientemente ha presentado su hijo alguna enfermedad?

si _____ no _____ ¿Cuál? _____

Sabe usted si su hijo padece de:

	SI	NO
DIARREAS A REPETICIÓN		
VOMITOS A REPETICIÓN		
REFLUJO ESOFAGICO		
INTOLERANCIA ALIMENTARIA		
CUADROS RESPIRATORIOS A REPETICIÓN		
CANSANCIO O SUDORACIÓN AL ALIMENTARSE		
INFECCIONES A REPETICION		