

**“CONGRUENCIA DE LA PERCEPCIÓN MATERNA CON EL ESTADO
NUTRICIONAL DE SU HIJO”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE GRADO COMO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

INVESTIGADORES:

DRA. ALYNE MENDO REYGADAS.

Especialista en Medicina Familiar.

Profesora Ayudante del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA.

Especialista en Medicina Familiar.

Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DRA. ÁNGELES GUZMÁN RIVAS.

Médico Residente de Segundo Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Número de registro: R-2015-3703-18

CIUDAD DE MÉXICO, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1. ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. ÍNDICE | 1 |
| 2. TÍTULO | 2 |
| 3. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES: | 2 |
| 4. RESUMEN | 3 |
| 5. MARCO TEÓRICO | 7 |
| 6. JUSTIFICACIÓN | 21 |
| 7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 23 |
| 8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 24 |
| 9. OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 24 |
| 10. HIPÓTESIS DE TRABAJO | 24 |
| 11. MATERIAL Y MÉTODOS. | 24 |
| 12. VARIABLES | 27 |
| 13. ASPECTOS ÉTICOS | 30 |
| 14. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO. | 32 |
| 15. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD | 32 |
| 16. RESULTADOS. | 33 |
| 17. DISCUSIÓN | 47 |
| 18. CONCLUSIÓN | 49 |
| 19. SUGERENCIAS | 51 |
| 20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. | 52 |
| 21. ANEXOS | 55 |

2. TÍTULO

“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

DRA. ALYNE MENDO REYGADAS

Especialista en Medicina Familiar.

Profesora Ayudante del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No.281 Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza.

Teléfono: 55 52 56 43, conmutador 57 68 66 00

ennylamr@gmail.com

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

Especialista en Medicina Familiar.

Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No.281 Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza.

Teléfono: 55 52 56 43, conmutador 57 68 66 00

alcalamedfam@gmail.com

DRA. ÁNGELES GUZMÁN RIVAS

Médico Residente de Segundo Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección: Calle 5 #103 EDIF CH departamento 5 Colonia Agrícola Pantitlán.

Delegación Iztacalco CP 08100 Teléfono 58564177

dra.guzman.r@gmail.com

4. RESUMEN

“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

*Dra. Alyne Mendo Reygadas, **Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ***Dra. Ángeles Guzmán Rivas

Introducción:

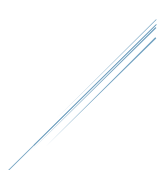
De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. La desnutrición contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles. Las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables.⁸

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se calcula que en el año 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades



cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.

Se acepta que es una entidad de complejo tratamiento de forma multidisciplinaria donde deben participar pediatras, nutriólogos, psicólogos, comunicadores sociales y maestros, entre otros técnicos y profesionales que trabajen para modificar los factores de alimentación y estilos de vida u otros factores causales.

Un primer paso en el tratamiento de la obesidad consiste en ayudar a los padres a reconocer el sobrepeso-obesidad de sus hijos. Los progenitores que no reconocen que sus hijos tienen un problema de salud por sobrepeso-obesidad podrían no estar dispuestos a recibir ayuda profesional. Estudiosos del tema han encontrado que los padres de niños con obesidad subestiman el peso de sus hijos; además, cuando las madres no percibieron el sobrepeso-obesidad de sus hijos, éstos tuvieron 4.5 veces más probabilidad de ser obesos en la vida adulta, en comparación con aquéllos cuyas madres sí lo percibieron.

La literatura ha reportado al menos tres pruebas para evaluar la percepción materna del peso del hijo. La primera prueba-percepción por palabras- se basa en preguntas o afirmaciones con respuesta tipo escala: a) Considera que su hijo tiene: sobrepeso, bajo peso o peso normal y b) Creo que mi niño/a esta: bajo de peso, un poquito bajo de peso, más o menos con el peso correcto, con un poco de sobrepeso y con sobrepeso. La segunda prueba –percepción por imágenes- evalúa la percepción materna del peso del hijo a través de imágenes que se muestran a la madre y se le solicita que seleccione la figura que mejor represente la figura de su hijo. Una tercera prueba- índice de masa corporal del hijo percibido por la madre- valora el peso y la talla del hijo escolar percibidos por la madre, cifras con las que posteriormente calcularon el IMC y lo clasificaron en categorías de peso.

Dado que existen mayores probabilidades de que las madres se involucren en programas para prevenir y tratar los problemas de peso de sus hijos, si perciben de forma adecuada que estos presentan problemas con el peso, se recomienda evaluar la percepción materna del peso del hijo.

Objetivos: Evaluar la percepción materna del estado nutricional de su hijo en derechohabientes de 2 a 5 años de la unidad de Medicina Familiar #21.

Objetivos específicos: Determinar si existe congruencia entre la percepción de la madre del estado nutricional de su hijo, clasificar al niño de acuerdo a su IMC y determinar el porcentaje de niños con malnutrición

Hipótesis: Existe congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo en al menos el 50%.

Material y Métodos.

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo en población infantil de 2 a 5 años 11 meses de edad y sus madres derechohabientes de la U.M.F. # 21, "Francisco del Paso y Troncoso", turno matutino y vespertino, delegación Venustiano Carranza. Dicha población fue obtenida del Diagnóstico de Salud de la U.M.F. # 21 del año 2014, determinándose que se encuentran adscritos 10322 niños entre 2 y 5 años de edad. Se realizó en un período de tiempo que incluyó de junio del 2015 a octubre de 2015. Se realizó el cálculo de la muestra finita resultando 107 de los pacientes a estudiar, los cuales se seleccionaron en la consulta externa de forma aleatorizada tanto en el turno matutino y vespertino. Se les otorgó un cuestionario auto aplicable y posteriormente se utilizó el índice de masa corporal para establecer su estado nutricional.

Criterios de inclusión: Pacientes Derechohabientes adscritos a la U.M.F. No. 21, niños de 2 a 5 años 11 meses de edad, madre que acepte participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Niños que acudan con acompañante que no sea su madre, pacientes con alguna incapacidad física o mental.

Criterios de Eliminación: Pacientes que no contesten el cuestionario en su totalidad.

Variables:

Variable independiente: Estado nutricional.

Variables dependientes: Percepción materna.

Recursos e infraestructura: se contó con recursos necesarios para la realización de este estudio así como personal capacitado para realizar encuestas por lo que contamos con el apoyo de la Unidad de Medicina Familiar 21: en la coordinación de educación e investigación en salud y la jefatura de departamento clínico; así como autoridades del cuerpo de Gobierno de esta Institución.

Tiempo a desarrollarse: Julio 2015 a Octubre 2015

Palabras Clave: estado nutricional infantil, percepción materna, índice de masa corporal.

* Asesor, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Profesora Ayudante Curso de Especialización en Medicina Familiar, Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Asesor, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*** Residente del segundo año del curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

5. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

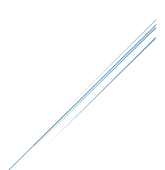
El período que transcurre entre el nacimiento y los primeros seis años de la vida es de singular importancia, de manera incluso irreversible, para el crecimiento, el desarrollo físico y mental del niño, así como para el establecimiento de bases firmes para lograr una vida sana, útil y productiva en la edad adulta.²³ Por lo que una adecuada alimentación en este período será indispensable para que el crecimiento y desarrollo del niño sean óptimos.

Cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales), el potencial genético puede expresarse de manera integral; por el contrario, si éstas son desfavorables, la expresión se verá disminuida.²³

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. ⁸

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición también se caracteriza por la carencia de diversos nutrientes esenciales en la dieta, en particular hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo.

La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. La desnutrición contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles. Las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables.⁸



La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida. Se caracteriza por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y, por ende, ganancia de peso. ²

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.⁸

La principal causa a la que se apunta son los malos hábitos en la alimentación, que acaban desembocando en una prevalencia del sobrepeso de un 70% en la edad adulta. A largo plazo, la obesidad favorece la aparición de enfermedades tales como diabetes, infartos, altos niveles de colesterol o insuficiencia renal, entre otros.

Actualmente, la diabetes es el mayor problema al que se enfrenta el sistema nacional de salud: es la principal causa de muerte en adultos, la primera causa de demanda de atención médica y la enfermedad que consume el mayor porcentaje de gastos en las instituciones públicas. La experiencia demuestra que una correcta alimentación previene los problemas de sobrepeso y obesidad. ¹⁰

Entre los factores etiológicos del sobrepeso-obesidad está dada por la interrelación de múltiples factores, como la predisposición genética y los estilos de vida.^{6, 12.}

Durante la infancia, el ambiente familiar es el medio dominante para el desarrollo de las preferencias por ciertos alimentos, así como de los patrones de consumo de la comida y la actividad física que contribuyen al peso del niño. El estilo de vida tiende a favorecer o no el equilibrio entre el consumo y el gasto de energía, es así como las experiencias tempranas del niño con la comida y las actitudes y estilos,

así como el tiempo que las madres pasan con sus hijos tienen gran importancia en la formación de los hábitos que se desarrollaran durante la infancia.¹²

A este respecto, la madre ejerce una fuerte influencia en el desarrollo de los hábitos de alimentación y de actividad física de los hijos. Sin embargo, puede ser que no inicie cambios en los estilos de vida a menos de que perciba que su hijo tiene Sobrepeso-Obesidad o que el peso de su hijo representa un riesgo para la salud.⁶

La transición nutricional que experimenta México tiene como características una occidentalización de la dieta, en la cual aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal; se presenta un aumento en el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa para un sector creciente de la población; disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos; aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético; aumenta el poder adquisitivo de la población; aumenta la oferta de alimentos industrializados en general; y disminuye de forma importante la actividad física de la población.²

EPIDEMIOLOGÍA

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 se evaluó a 38 208 personas adultas que representan a más de 69 millones de mexicanos. De acuerdo con los puntos de corte de índice de masa corporal (IMC) (kg/m²) propuestos por la OMS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.28% (48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad (IMC \geq 30 kg/m²) en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.5% y el femenino de 35.9%. La prevalencia combinada de sobrepeso y

obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%).⁹

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años la ENSANUT 2012 ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 pp de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente). El principal aumento se registra en la región norte del país que alcanza una prevalencia de 12% en 2012, 2.3 pp arriba del promedio nacional. En el Distrito federal la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de 5 años en 2012 fue de 8.2%.⁹

Actualmente, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos. Problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar.¹⁰

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.⁸

Las nuevas curvas de antropometría infantil presentadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2006 incluyen tablas de índice de masa corporal (IMC) para lactantes y niños de hasta cinco años. Éstas se suman a las referencias para la clasificación del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 18 años, para hacer una definición normalizada de obesidad infantil en todo el mundo.²

El sector salud, que durante mucho tiempo estuvo preocupado exclusivamente por las infecciones y otros problemas agudos de salud, ahora debe prestar mayor atención en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Por ello se requiere capacitar más a los profesionales de la salud para que puedan promover cambios conductuales en la población en riesgo de presentar sobrepeso y obesidad, al mismo tiempo que el estado y los gobiernos locales y las

comunidades promueven cambios en el entorno para facilitar un estilo de vida saludable.²

Tratándose de los niños en edad escolar, independientemente de los factores genéticos, padres e hijos comparten el mismo ambiente socioecológico, ya que es el hogar el sitio donde los padres transmiten a sus hijos hábitos y costumbres. En México, con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 1999,⁵ se realizó una primera aproximación para conocer el riesgo de los niños de desarrollar sobrepeso u obesidad si la madre cursaba con sobrepeso u obesidad. Los hijos de madres con sobrepeso presentaron 1.9 más riesgo de ser obesos y si la madre cursaba con obesidad, el riesgo de presentar obesidad fue de 3.4; en este sentido, la familia parece ser un factor de riesgo para la adquisición de esta enfermedad. ¹⁸

La realidad es que un niño con sobrepeso u obesidad, que no es tratado, persistirá con el problema hasta la vida adulta, con la resultante de enfermedades crónicas asociadas como hipertensión arterial, dislipidemias, aterosclerosis, morbilidad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2, entre otras .⁴

FISIOPATOLOGÍA

La obesidad es un problema de salud pública a escala mundial que se sabe que tiene determinantes genéticos pero también tiene fuertes influencias ambientales.

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo.²¹

Desde el punto de vista genético se conoce que cuando se porta un alelo del gen FTO, el riesgo de presentar obesidad es de 30%, pero en quienes portan los dos alelos, el riesgo se incrementa a 67%.¹ La asociación entre el gen FTO y la

obesidad es una de las fuertes asociaciones entre genotipo y fenotipo identificadas hasta la fecha. ¹⁸

La obesidad durante la infancia tiene importantes implicaciones a corto, mediano y largo plazo. A corto plazo tiene efectos adversos sobre la presión arterial, los lípidos, el metabolismo de los carbohidratos, sobre la autoestima y la calidad de vida. A largo plazo, las implicaciones médicas de la obesidad infantil incluyen: mayor riesgo de obesidad en el adulto, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc. Estos datos sugieren que la niñez es un período crítico de oportunidad para realizar medidas de prevención e intervención.³

Los niños con obesidad tienen repercusión en toda la economía que implica alteraciones en diferentes subsistemas, por lo cual muchos especialistas mencionan el Síndrome Metabólico que incluye además de la obesidad, a la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, elevación de las LDL y VLDL, disminución de las HDL, hiperuricemia y aumento de la resistencia a la insulina. No es por tanto un trastorno único, por el contrario se acepta que es un grupo heterogéneo de trastornos asociados que repercuten grandemente en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones.²¹

Desde que un niño desarrolla el sobrepeso presenta complicaciones que se pueden clasificar en inmediatas, intermedias y tardías de acuerdo al lapso que transcurre entre el inicio del sobrepeso y la aparición de las manifestaciones asociadas:

a) Inmediatas. Con el simple hecho de presentar sobrepeso, se observa un incremento de las alteraciones ortopédicas como pie plano, resistencia a la insulina, incremento de andrógenos, aumento de colesterol, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos, así como alteraciones pulmonares, menstruales, diabetes tipo 2 y psicológicas, como autoimagen deteriorada.

b) Mediatas. En un lapso de dos a cuatro años posterior al inicio de la obesidad, se incrementa el riesgo de presentar, además de las manifestaciones inmediatas: hipertensión arterial (10 veces más), hipercolesterolemia (2.4 veces más),

lipoproteínas de baja densidad altas (tres veces más) y lipoproteínas de alta densidad bajas (ocho veces más).

c) Tardías. Si la obesidad persiste hasta la edad adulta, además del agravamiento de las complicaciones mediatas, se tendrán incidencias y prevalencias altas de enfermedades coronarias, hipertensión vascular, enfermedad renal vascular, aterosclerosis, artritis y ciertas neoplasias que son las que elevan la morbilidad y explican la mortalidad en la vida adulta.⁴

TRATAMIENTO

Se acepta que es una entidad de complejo tratamiento de forma multidisciplinaria donde deben participar pediatras, nutricionistas, dietistas, psicólogos, comunicadores sociales y maestros entre otros técnicos y profesionales que trabajen para modificar los factores de alimentación y estilos de vida u otros factores causales. ²⁰

En 2007, la Academia Americana de Pediatría publicó las recomendaciones para la prevención, evaluación y tratamiento del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes⁹. En estas recomendaciones se hace énfasis en la evaluación del paciente con sobrepeso y la detección de las comorbilidades asociadas, así como las medidas preventivas aplicables a toda la población pediátrica. También incluyen el tratamiento de los pacientes pediátricos obesos; la meta primaria del tratamiento es la mejora en la salud a largo plazo mediante la implementación de hábitos de estilo de vida saludables a largo plazo, pero se reconoce que en algunos pacientes sería necesario añadir medidas de tratamiento adicionales. Las intervenciones de tratamiento se dividen en cuatro estadios: Prevención Plus, Manejo Estructurado del Peso, Intervención Multidisciplinaria Completa, e Intervención de Cuidado Terciario. En la intervención de cuidado terciario se consideran la dieta muy baja en calorías, el manejo farmacológico y los procedimientos de cirugía bariátrica.

En el 2009 la misma academia vuelve hacer énfasis en las recomendaciones anteriores y en las conductas terapéuticas de actividad física, cambio de estilo de vida (cambio de malos hábitos y orientación alimentaria).

Las guías de manejo de obesidad infantil y los reportes de las revisiones sistemáticas reportan que las medidas de intervención son enfocadas a lograr cambios en la alimentación, en el estilo de vida y en promover actividad física tienen un efecto benéfico pero desafortunadamente es transitorio sobre la pérdida de peso.²²

PERCEPCIÓN

DEFINICIÓN

La palabra percepción proviene del latín *perceptio*, compuesta del prefijo *per* (intensidad) el verbo *capere* (capturar) y el sufijo *tio* (ción, acción y afecto). Es decir es "la acción y afecto de capturar bien las cosas".

Puede ser una imagen, un sonido, un olor, etc. Los primeros estudios científicos sobre percepción no comenzaron sino hasta el siglo XIX. Con el desarrollo de la fisiología, se produjeron los primeros modelos que relacionaban la magnitud de un estímulo físico con la magnitud del evento percibido, a partir de lo cual surgió la psicofísica.

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.¹¹

La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza

que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc).

El movimiento Gestalt, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, durante las primeras décadas del siglo XX. Estos autores consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual.

En este orden de ideas, la Gestalt asume un nativismo perceptual, es decir, el supuesto de que la mente tiene criterios o categorías para organizar los datos de la experiencia y que dichas categorías no están sometidas al influjo de los aprendizajes y por el contrario, las experiencias y los datos obtenidos son sometidos a su forma particular de organizarlos.

Los estilos o modalidades de organización perceptual de la Gestalt son, entre otros, la tendencia a discriminar el contorno de los objetos (buenos contornos), la tendencia a privilegiar la información que más se repite en un objeto (similaridad), la tendencia a establecer niveles de contraste entre los datos que se presentan en una imagen. ¹³

La labor de la percepción consiste en un intento de agrupación de la información circundante dentro de unidades simples que le permitan a la conciencia adquirir noción de objeto y con ello afinar su capacidad abstracta. La percepción es entendida como un permanente acto de conceptualización. Los eventos del mundo externo son organizados a través de juicios categoriales que se encargan de encontrar una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos.¹³

La percepción es un proceso sensorial y cognitivo que comprende procesos y mecanismos para elaborar y generar juicios sobre los otros y sobre sí mismo. Es el proceso de organizar e interpretar información sensorial para darle significado. Las personas, a diferencia de los objetos, son centro de acción e intención. En relación con la percepción materna del peso del hijo, se ha encontrado que

madres de niños con sobrepeso-obesidad no perciben de forma adecuada el peso de su hijo, tienden a subestimarlos.⁶

INSTRUMENTO

La literatura ha reportado al menos tres pruebas para evaluar la percepción materna del peso del hijo. La primera prueba-percepción por palabras- se basa en preguntas o afirmaciones con respuesta tipo escala: a) Considera que su hijo tiene: Sobrepeso, bajo peso o peso normal y b) Creo que mi niño/a esta: bajo de peso, un poquito bajo de peso, más o menos con el peso correcto, con un poco de sobrepeso y con sobrepeso.

La segunda prueba –percepción por imágenes- evalúa la percepción materna del peso del hijo a través de imágenes que se muestran a la madre y se le solicita que seleccione la figura que mejor represente la figura de su hijo.

Una tercera prueba- índice de masa corporal del hijo percibido por la madre- fue aplicado por Akerman, Williams y Meunier quienes valoraron el peso y la talla del hijo escolar percibidos por la madre, cifras con las que posteriormente calcularon el I.M.C. y lo clasificaron en categorías de peso.¹²

El panel de siete imágenes digitales para evaluar la percepción por imágenes, se realizó a través de un artista gráfico que creó la serie de bocetos basado en la edad y peso, estos fueron modificados a su vez por 2 autores con experiencia en la evaluación nutricional de los niños para llegar a un consenso.

Se subdividen en niños y niñas y en grupos de edad 2 a 5 años, 6 a 9 años, 10 a 13 años y 14 a 17 años. La imagen de en medio en cada serie de bocetos fue desarrollada para representar a un niño en el percentil 50 del I.M.C.¹

Estudios previos han identificado que la prueba percepción por imágenes tiene una sensibilidad y especificidad mayor para que las madres de niños con sobrepeso y obesidad perciban de forma adecuada esta situación. ¹²

Un primer paso en el tratamiento de la obesidad consiste en ayudar a los padres a reconocer el sobrepeso-obesidad de sus hijos.⁷ Los progenitores que no

reconocen que sus hijos tienen un problema de salud por sobrepeso-obesidad podrían no estar dispuestos a recibir ayuda profesional.⁸ Estudiosos del tema han encontrado que los padres de niños con obesidad subestiman el peso de sus hijos; además, cuando las madres no percibieron el sobrepeso-obesidad de sus hijos, éstos tuvieron 4.5 veces más probabilidad de ser obesos en la vida adulta, en comparación con aquéllos cuyas madres sí lo percibieron.¹⁴

Se ha encontrado que del 32.1% al 87.5% de madres de niños con Sobrepeso-Obesidad no perciben de forma adecuada esta situación, sino que consideran el peso de su hijo como normal ¹².

Dado que existen mayores probabilidades de que las madres se involucren en programas para prevenir y tratar los problemas de peso de sus hijos, si perciben de forma adecuada que estos presentan problemas con el peso, se recomienda evaluar la percepción materna del peso del hijo.¹²

En relación con la evaluación de la percepción de la madre del peso corporal de su hijo a partir de la prueba percepción por palabras, diversos autores señalan diferentes porcentajes, que van desde 25 hasta 66.7%, de padres de niños con sobrepeso y obesidad que consiguen identificar de forma adecuada esta situación. Un estudio realizado en Reino Unido identificó que 25% de los padres reconoció el sobrepeso en sus hijos; en Estados Unidos se encontró que 36% de los padres de niños con sobrepeso y obesidad los identificaron y en otro estudio también estadounidense 66.7% de las madres de niños con obesidad percibió esta situación.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

La antropometría es un indicador objetivo y tiene como propósito cuantificar la variación en las dimensiones físicas y la composición del cuerpo humano en diferentes edades y con distintos grados de nutrición.²⁰

La evaluación antropométrica es uno de los recursos más sencillos, útiles y económicos para determinar la situación nutricional en la población y ha sido uno

de los ejes de vigilancia nutricional para focalizar intervenciones alimentarias o de salud.

Una evaluación sencilla del crecimiento implica la medición del peso y el crecimiento lineal del niño y la comparación de estas mediciones con estándares de crecimiento. El propósito es determinar si un niño está creciendo “normalmente” o si tiene un problema de crecimiento o si presenta una tendencia que puede llevarlo a un problema de crecimiento que debe ser abordado. ¹⁶

Repetir estas mediciones en un niño a través del tiempo proporciona datos objetivos sobre su estado de nutrición y de salud. Para evaluar el crecimiento se necesita conocer el peso, la longitud o la estatura, la edad exacta y el sexo.⁴

Antropometría en lactantes y niños.

El peso corporal valora la masa del organismo y es el resultado de los cambios producidos en sus diversos componentes: la masa magra o muscular, la masa grasa o adiposa, la masa esquelética, la masa visceral y el agua corporal total. Para su evaluación es necesario considerar edad, sexo y un estándar de referencia.²⁰

El peso se puede evaluar de tres maneras: peso para la edad, peso para la talla e índice de masa corporal (IMC). El peso para la edad compara el peso del niño con un grupo de referencia representado por niños de la misma edad. El peso para la talla cuantifica el peso del niño en relación con su propia talla, evalúa con más precisión la constitución corporal y distingue la consunción (desnutrición aguda) de la atrofia (desnutrición crónica).

El índice de masa corporal (IMC) se determina dividiendo el peso en kilogramos de la persona por su talla en metros al cuadrado: $IMC = \text{peso (kg)} / [\text{talla (m)}]^2$. Muestra la masa en función de la estatura y es una herramienta de tamizado usada para identificar diferentes grados de nutrición.²⁰

Actualmente varios comités de expertos de distintos ámbitos y países, incluyendo México, han recomendado que el indicador IMC para la edad sea utilizado para evaluar sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, por lo que hoy día es el

indicador aceptado para comparaciones internacionales. Su recomendación se basa, entre otros aspectos, en que presenta una correlación positiva con la adiposidad en estas edades; el IMC en la infancia, así como sus cambios en esta etapa, se asocian con factores de riesgo para el desarrollo subsecuente de enfermedad coronaria y de otras enfermedades crónicas.

En la edad pediátrica, el IMC es muy cambiante y dependiente de la edad, al grado en que éste presenta un aumento importante del nacimiento a la adultez temprana. Por tal razón, a diferencia del adulto, donde se establecen puntos de corte fijos para sobrepeso y obesidad, en la edad pediátrica no es posible establecer un punto de corte único y deben establecerse, para niños y niñas, cortes dependientes de la edad.⁴

La talla representa la suma de longitud de los segmentos y subsegmentos corporales, puede utilizarse como punto de referencia al analizar la proporcionalidad del cuerpo. La talla para la edad evalúa la estatura del niño en relación con la estatura esperada para niños de la misma edad, expresa las consecuencias de una desnutrición crónica con alteración en el crecimiento lineal o la existencia de una enfermedad a estudiar. La longitud en decúbito, expresada en centímetros, se registra desde el nacimiento, en tanto que la estatura de pie a partir de los dos años. El perímetro cefálico a menudo se emplea en los exámenes clínicos como parte de la detección de posibles discapacidades neurológicas o del desarrollo en los niños. En los lactantes la medición es útil para determinar el estado nutricional o para vigilar la respuesta a las intervenciones de nutrición

Para reportar estas relaciones se emplean comúnmente dos sistemas diferentes:

1. El sistema de las puntuaciones Z expresa el valor antropométrico como el número de desviaciones estándares o puntuaciones Z por debajo o por encima de la media de referencia.
2. El sistema de centiles indica la posición de un individuo en una determinada distribución de referencia, visualiza objetivamente el proceso dinámico del crecimiento a través de mediciones regulares y secuenciales en el niño, facilita la

detección oportuna de algún problema y genera acciones por parte del equipo de salud; su interpretación es directa.²⁰

Para una estimación adecuada, las mediciones antropométricas deben ajustarse a ciertas prácticas, así como ser realizadas en forma sistemática.

Para realizar la medición de peso, debe procurarse que el niño este desnudo o vista la menor cantidad posible de ropa, con la vejiga y recto vacíos, parado en el centro de la base de la báscula y manteniéndose inmóvil durante la medición. La persona que tome la medición deberá vigilar que el sujeto no esté recargado en ningún objeto cercano, la lectura se registra cuando la barra móvil se alinee con el indicador fijo al final de la barra, es recomendable realizar la medida en ayuno o a una hora similar del día.

Estatura o talla. Distancia del vértice (punto más elevado de la cabeza) al suelo. El sujeto descalzo, de pie con los talones unidos, piernas rectas, columna en extensión, hombros relajados, deberá estar pegado a la superficie vertical en la que se sitúa el estadímetro. La cabeza en plano de Francfort (el canto externo del ojo debe estar al mismo nivel que la implantación superior del pabellón auricular) y el medidor bajará la barra móvil a la misma, en tanto, la medición se realizará con una tracción gentil pero firme de la cabeza hacia arriba alcanzando así la máxima extensión fisiológica.

6. JUSTIFICACIÓN

En México la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años de acuerdo a la ENSANUT 2012 ha registrado 9.7%, en el Distrito federal la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de 5 años en 2012 fue de 8.2% mientras que en todo el país 2.8% de los menores de cinco años presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla y 1.6% desnutrición aguda (emaciación).

Actualmente, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos. Problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar.

Con el presente estudio se pretende determinar si existe congruencia entre la percepción materna no solo en los hijos con sobrepeso y obesidad sino también evaluar la percepción en todos los niños sin importar su estado nutricional. Es importante determinar si existe una adecuada percepción del peso del hijo para identificar oportunamente riesgos a la salud en esta población y así evitar comorbilidades puesto que se ha visto que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para presentar, diabetes, hipertensión, dislipidemias entre otras enfermedades crónicas, se estima que en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial , 6.4 millones de personas de la población adulta ha tenido un diagnóstico de diabetes, el Distrito Federal es la entidad con mayor porcentaje de hombres con diagnóstico de diabetes (12.7%), seguido del Estado de México (11.5%) , en tanto que para las mujeres el Distrito Federal ocupa el tercer lugar (11.9%) de ahí la importancia de prevenir estados de malnutrición en la población infantil.

La prevalencia de éstas es alarmante, sus consecuencias sanitarias y sociales requieren de la identificación precisa de las posibles causas biológicas y sociales, una causa de ésta es la identificación oportuna por parte de los padres del peso de sus hijos para solicitar de manera oportuna atención médica así como realizar estrategias integrales inmediatas para la prevención y control de estados de mal nutrición en la población infantil.

Si las madres perciben de forma adecuada que sus hijos presentan problemas con el peso se podrán involucrar en programas para prevenir y tratar los problemas de peso de sus hijos. No se han reportado investigaciones en el centro del país por lo que es importante en el caso de la unidad de medicina familiar esta investigación.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad infantil es un problema serio de salud que en México ha ido aumentando de manera alarmante. Antes no se consideraba una enfermedad y los niños sufrían las consecuencias del sobrepeso durante toda la vida.

Actualmente sigue faltando información para los padres, las escuelas y los niños sobre el peso saludable, el control del sobrepeso y las consecuencias de un estilo de vida poco adecuado.

Conocer la situación del problema es el primer paso para resolverlo.

La percepción es un proceso sensorial y cognitivo que comprende procesos y mecanismos para elaborar y generar juicios sobre los otros y sobre sí mismo, las personas a diferencia de los objetos son centro de acción e intención.

En relación con la percepción materna del peso del hijo se ha encontrado que madres de niños con sobrepeso y obesidad no perciben de forma adecuada el peso de su hijo, tienden a subestimarlos.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación.

8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe congruencia entre la percepción materna del estado nutricional de su hijo?

9. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la percepción materna del estado nutricional de su hijo en derechohabientes de 2 a 5 años de la unidad de Medicina Familiar #21.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar si existe congruencia entre la percepción de la madre del estado nutricional de su hijo.
- Clasificar al niño de acuerdo a su IMC.
- Determinar porcentaje de niños con malnutrición.

10. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Existe congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo en al menos el 50%.

HIPÓTESIS ALTERNA:

No existe congruencia entre la percepción materna del estado nutricional de su hijo.

11. MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo y Características del Estudio:

Se realizó un estudio Observacional, Transversal, en población infantil de 2 a 5 años de edad y sus madres derechohabientes de la UMF 21.

Definición del Universo de Trabajo.

- a) **Lugar de estudio:** El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar # 21, turno matutino y vespertino, “Francisco del Paso y Troncoso”; Delegación Venustiano Carranza.

- b) Población del estudio:** Pacientes de 2 años a 5 años 11 meses y su madre derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 21, de acuerdo a cifras otorgadas por Diagnóstico de Salud de la UMF 21 del año 2014, determinándose que se encuentran adscritos 10322 niños entre 2 y 5 años 11 meses de edad.
- c) Periodo del estudio:** El estudio se realizó de julio 2015 a Octubre 2015.

Fuente de Información:

La percepción materna por imágenes del peso del hijo se evaluó utilizando el panel de siete imágenes, que estima el índice de masa corporal en percentiles representando la imagen del medio el percentil 50. Se solicitó a la madre señalar en primera instancia con un círculo de color amarillo la imagen que más se parecía a su hijo y posterior con color verde identificó en las figuras la que pensó era el niño más sano.

Se midió peso y talla del hijo por el propio encuestador que está capacitado para realizar las mediciones. El peso se midió en kilogramos con una báscula. La talla se midió en centímetros con un estadímetro. Posterior se calculó el Índice de masa corporal y de acuerdo a las tablas de IMC para la edad en niños y niñas de la Organización Mundial de la Salud se clasificó a su hijo de acuerdo a la puntuación Z: Por encima de 3 obeso, por encima de 2 sobrepeso, por encima de 1 posible riesgo de sobrepeso, 0 (mediana) y por debajo de -1 es normal, por debajo de -2 emaciado, por debajo de -3 severamente emaciado.

Criterios de Inclusión:

- Derechohabientes adscritos a la U.M.F. No. 21.
- Niños de 2 a 5 años 11 meses de edad
- Madre que acepte que ella y su hijo participen en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Niños que acudan con acompañante que no sea su madre.
- Pacientes con alguna incapacidad física o mental

Criterios de Eliminación.

- Pacientes que no contesten el cuestionario en su totalidad.

ESTRATEGIA DE MUESTREO

a) **Tamaño de muestra.** Total de 107 pacientes

b) **Tipo de muestreo:** Probabilístico.

Fórmula: Para determinar el tamaño de muestra se consultó el Diagnóstico de Salud de la Unidad de Medicina Familiar # 21 del año 2014 para conocer la totalidad de niños de 2 a 5 años de edad adscritos a la U.M.F.# 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

Dónde:

N = 10 322 Población de niños de 2 a 5 años de edad

$Z^2_{\alpha/2}$ = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95%= 1.96.

d = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p = 0.08 Prevalencia estimada

q = 1-0.08 = 0.92

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{10\ 322 (1.96)^2 [(0.08) (0.92)]}{(0.05)^2 (10\ 322-1) + (1.96)^2 [(0.08) (0.92)]}$$

$$n = \frac{10\,322 (3.8416) (0.07)}{(0.0025) 10321 + 3.8416 [(0.07)]}$$

$$n = \frac{39636.48 (0.07)}{25.80 + 0.2688}$$

$$n = \frac{2774.5536}{26.0688} = 106.46 \approx 107$$

12. VARIABLES

- **Variable independiente:**
 - Estado nutricional
- **Variables dependientes:**
 - Percepción materna

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | INDICADOR |
|-------------------------|---|--|------------------------|--|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida. | Se solicitó a la madre la edad del niño en años y meses cumplidos. | Cuantitativa Discreta. | <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 años (de 2 años a 2 años 11 meses) 2. 3 años (de 3 años a 3 años 11 meses) 3. 4 años (de 4 años a 4 años 11 meses) 4. 5 años (de 5 años a 5 años 11 meses) |
| Sexo | Fenotipo determinado cromosómicamente para un individuo. | Género al que pertenece referido por el paciente en el cuestionario: masculino o femenino. | Cualitativa Nominal. | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Femenino. 2.- Masculino |
| Peso | Es la medida de la masa corporal. | Peso del niño con la menor cantidad de ropa posible y sin calzado. | Cuantitativa continua | Kilogramos |
| Talla | Estatura de una persona. Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo. | Es la medida indicada en centímetros en el estadímetro. | Cuantitativa continua | Centímetros |
| Índice de Masa corporal | Es el cociente que resulta de dividir el peso corporal en kilogramos entre el cuadrado de la estatura | Es el cociente del peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado. | Cuantitativa continua | kg/m^2 |

| | | | | |
|--------------------|--|--|----------------------|--|
| Percepción materna | Una valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde los cultural y social | La valoración que la madre hace de la imagen corporal de sus hijos a partir de un panel de 7 imágenes. | Cualitativa ordinal | Imagen 1 Imagen 2 Imagen 3 Imagen 4 Imagen 5 Imagen 6 Imagen 7 |
| Estado nutricional | Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetro considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes | Se clasificó de acuerdo al índice de masa corporal y las tablas de la O.M.S. | Cualitativa ordinal. | Severamente emaciado. Emaciado. Normal. Posible riesgo de sobrepeso. Sobrepeso. Obesidad. |

13. ASPECTOS ÉTICOS

Se dará prioridad a mantener la privacidad, confidencialidad y anonimato de los participantes en el estudio. Al no representar una intervención física directa en los pacientes ni tener validez en trámites laborales, la investigación representa un riesgo mínimo. Durante las fases del estudio se respetará la confidencialidad y anonimato de los pacientes, se leerá a todos aquellos susceptibles de ser estudiados un formulario de consentimiento informado el cual busca el acuerdo de los individuos con base en la explicación de la naturaleza del estudio.

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki; las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica en su apartado referente a la investigación en humanos; lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud en materia de investigación en el reglamento de la ley general de salud en su título segundo capítulo primero que expresa:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.

II.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del representante legal del sujeto.

III- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

IV. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Se incorporaron las observaciones publicadas por el comité de ética e investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México en cuanto a la investigación con humanos; este protocolo de estudio se ajusta a la normatividad bioética publicada por el IMSS, dentro de las cuales los principios básicos son:

La investigación científica con seres humanos debe basarse en principios de honestidad y respeto a la dignidad y los derechos de los humanos participantes.

En la investigación con seres humanos el interés y bienestar del individuo debe prevalecer sobre el interés de la ciencia y la sociedad.

La investigación en humanos es aceptable siempre y cuando la importancia y trascendencia de los beneficios sean muy superiores a los riesgos para el participante.

14. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.

RECURSOS HUMANOS.

- 1.-Pacientes que aceptaron participar en estudio.
- 2.-El propio investigador.
- 3.-Asesor metodológico.

RECURSOS MATERIALES.

Computadora, papelería de oficina.

Software Windows vista.

Cuestionarios y base de datos.

RECURSOS FINANCIEROS:

Financiado por el propio investigador

15. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se requiere, ya que es un estudio transversal, observacional.

16. RESULTADOS.

A partir de una muestra total de 110 pacientes de 2 a 5 años 11 meses de edad y sus madres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, población correspondiente a la Unidad de Medicina Familiar # 21 de ambos turnos, se obtuvieron los siguientes datos posterior a medir peso y talla del hijo y obtener su índice de masa corporal así como evaluando la percepción materna del estado nutricional a través del panel de siete imágenes.

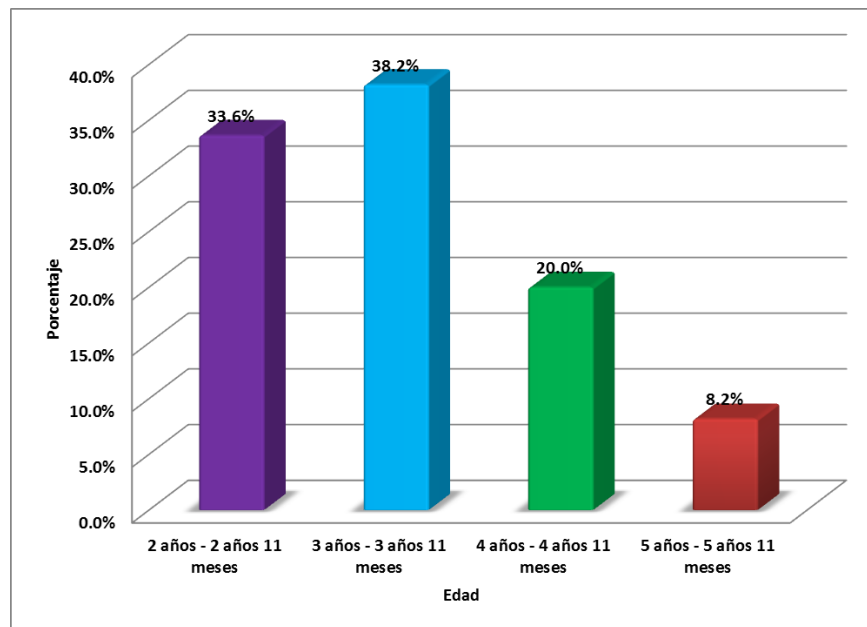
“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

| Grupo de edad | Frecuencia N° | Porcentaje |
|--------------------------|---------------|------------|
| 2 años - 2 años 11 meses | 37 | 33.6% |
| 3 años - 3 años 11 meses | 42 | 38.2% |
| 4 años - 4 años 11 meses | 22 | 20.0% |
| 5 años - 5 años 11 meses | 9 | 8.2% |
| Total | 110 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 1: DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

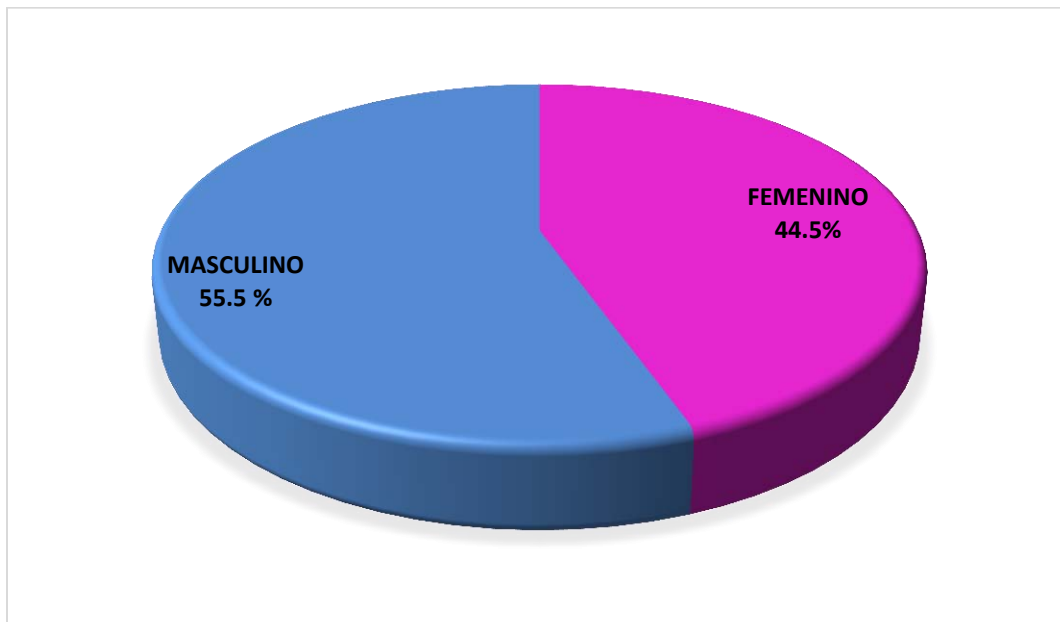
En la tabla 1 podemos observar la variable demográfica edad de la población en estudio, que presentó las siguientes características: la edad de la muestra en estudio es de 2 años a 5 años 11 meses, y de ella los pacientes de 3 años a 3 años 11 meses representan 38.2 % (42) por lo que son los que tienen una mayor participación y la menor participación fue en la población de 5 años a 5 años 11 meses con solo el 8.2% (9). En la gráfica 1 se observa mejor esta misma distribución.

TABLA 2: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR SEXO

| Sexo | Frecuencia N° | Porcentaje |
|-----------|---------------|------------|
| Femenino | 49 | 44.5% |
| Masculino | 61 | 55.5% |
| Total | 110 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 2: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR SEXO.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

En la tabla 2 se describe la variable demográfica sexo, la población del sexo masculino fue del 55.5% (61) en comparación con el 44.5% (49) en población femenina de la muestra total de la población en estudio. En la gráfica 2 se observa el porcentaje de esta variable.

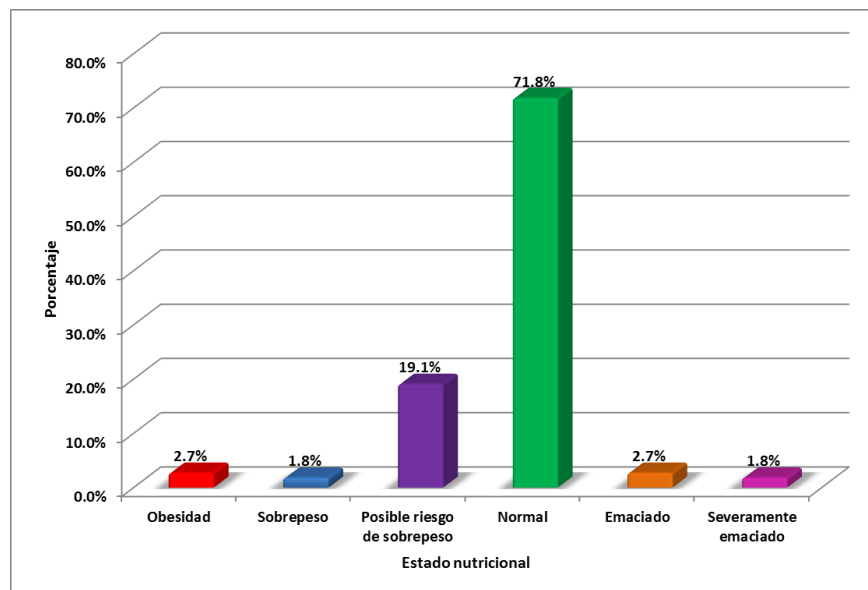
“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

TABLA 3: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS HIJOS DE ACUERDO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

| Estado nutricional | Frecuencia N° | Porcentaje |
|-----------------------------|---------------|------------|
| Obesidad | 3 | 2.7% |
| Sobrepeso | 2 | 1.8% |
| Posible riesgo de sobrepeso | 21 | 19.1% |
| Normal | 79 | 71.8% |
| Emaciado | 3 | 2.7% |
| Severamente emaciado | 2 | 1.8% |
| Total | 110 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 3: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS HIJOS DE ACUERDO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

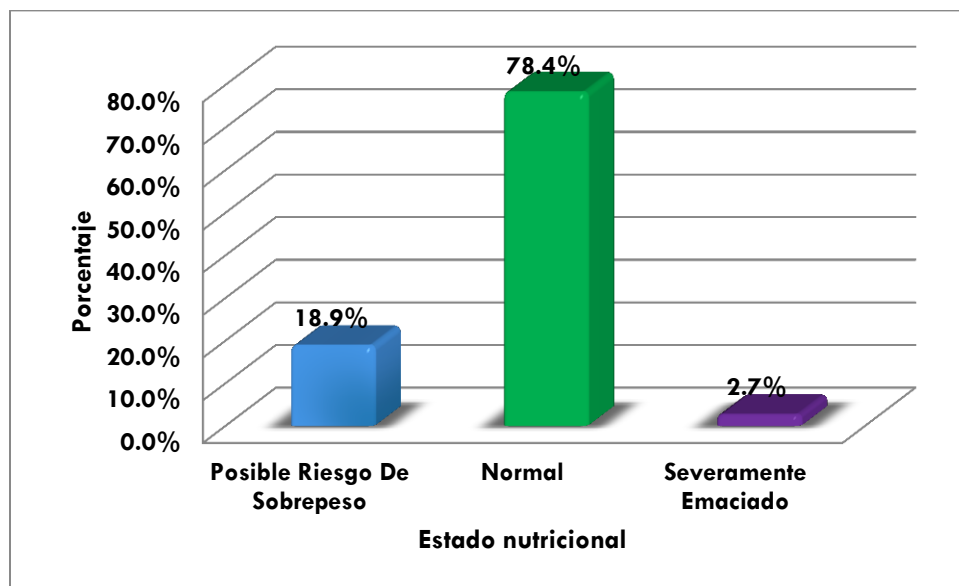
En la tabla 3 se describe el estado nutricional de la población de estudio de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) con la siguiente característica: el estado nutricional Normal es el que más prevalece con un 71.8% (79) seguido por el Posible Riesgo de Sobrepeso con un 19.1 % (21). En la gráfica 3 se observa que el menor porcentaje corresponde al estado nutricional sobrepeso con 1.8 % (2) y severamente emaciado con el mismo porcentaje.

TABLA 4: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 2 AÑOS DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

| Estado nutricional | Frecuencia N° | Porcentaje |
|-----------------------------|---------------|------------|
| Posible Riesgo De Sobrepeso | 7 | 18.9% |
| Normal | 29 | 78.4% |
| Severamente Emaciado | 1 | 2.7% |
| Total | 37 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 4: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 2 AÑOS DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

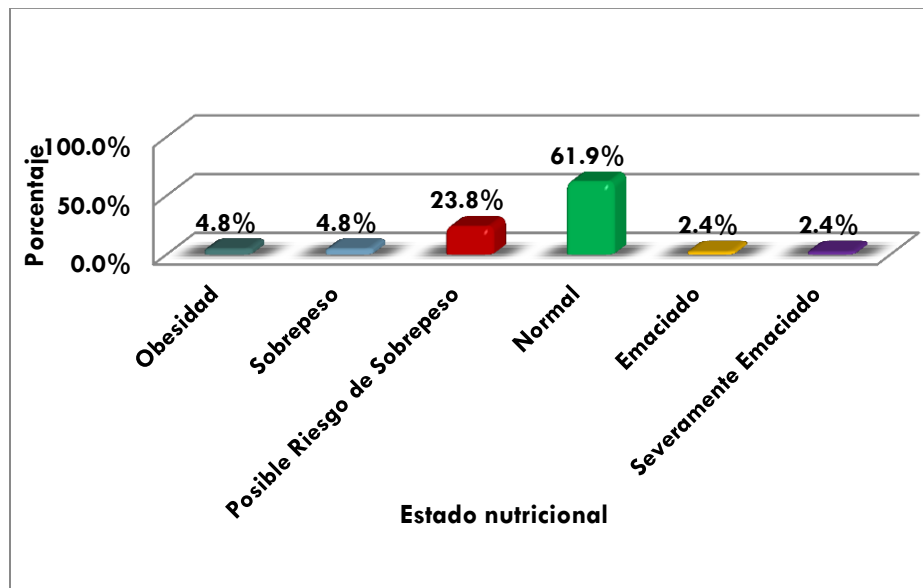
En la tabla 4 se describe el estado nutricional, el que más prevalece es el Normal en el 78.4% (29) de la población de 2 años de edad y el menor porcentaje corresponde a la clasificación severamente emaciado en un 2.7% (1) que se puede ver reflejado en la gráfica 4.

TABLA 5. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 3 AÑOS DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

| Estado nutricional | Frecuencia N° | Porcentaje |
|-----------------------------|---------------|------------|
| Obesidad | 2 | 4.8% |
| Sobrepeso | 2 | 4.8% |
| Posible Riesgo de Sobrepeso | 10 | 23.8% |
| Normal | 26 | 61.9% |
| Emaciado | 1 | 2.4% |
| Severamente Emaciado | 1 | 2.4% |
| Total | 42 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 5. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 3 AÑOS DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

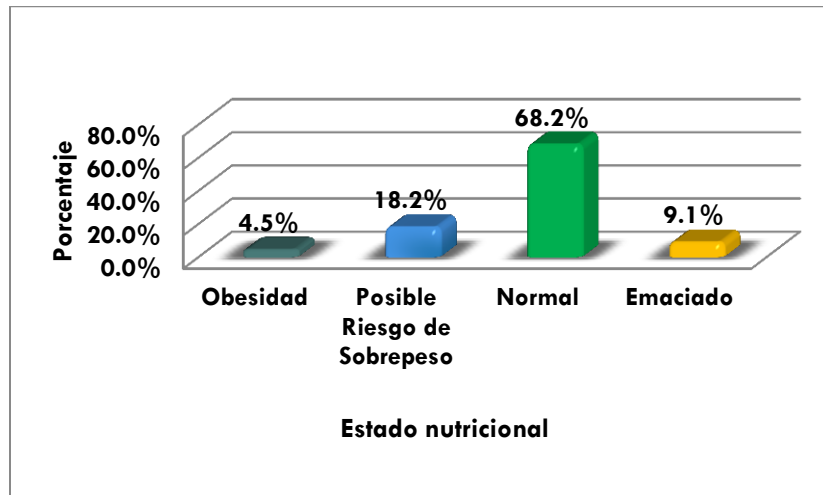
La tabla 5 reúne los datos del estado nutricional en la edad de 3 años donde podemos observar que el estado nutricional que predominó fue el normal con el 61.9% (26), el menor porcentaje corresponde a la clasificación de emaciado y severamente emaciado con 2.4% (1) cada uno. La gráfica 5 nos hace visualizar esta distribución en este grupo de edad.

TABLA 6. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 4 AÑOS DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL

| Estado nutricional | Frecuencia N° | Porcentaje |
|-----------------------------|---------------|------------|
| Obesidad | 1 | 4.5% |
| Posible Riesgo de Sobrepeso | 4 | 18.2% |
| Normal | 15 | 68.2% |
| Emaciado | 2 | 9.1% |
| Total | 22 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 6. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 4 AÑOS DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

La tabla 6 reúne los datos del estado nutricional en el grupo de edad de 4 años el 68.2% (15) corresponde al estado nutricional normal, el menor porcentaje 4.5%(1) corresponde a los niños con obesidad. La gráfica 6 nos hace evidente esta distribución donde la prevalencia es el estado nutricional normal.

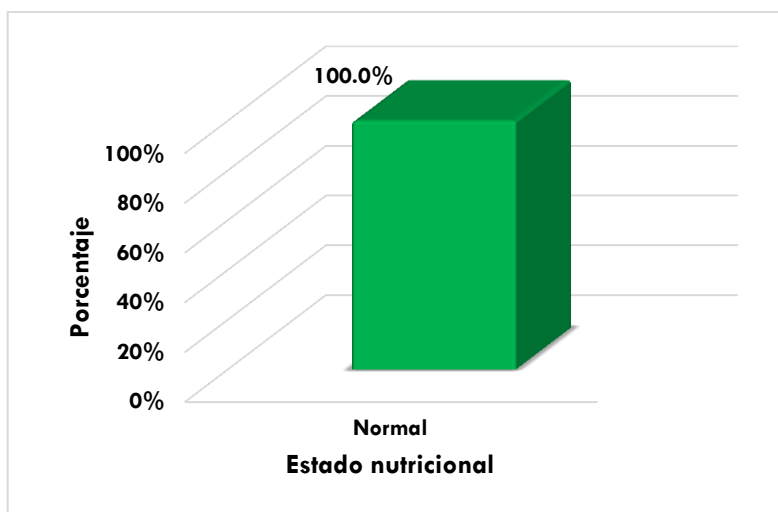
“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

TABLA 7. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 5 AÑOS DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

| Estado nutricional | Frecuencia N° | Porcentaje |
|--------------------|---------------|------------|
| Normal | 9 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 7. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 5 AÑOS DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

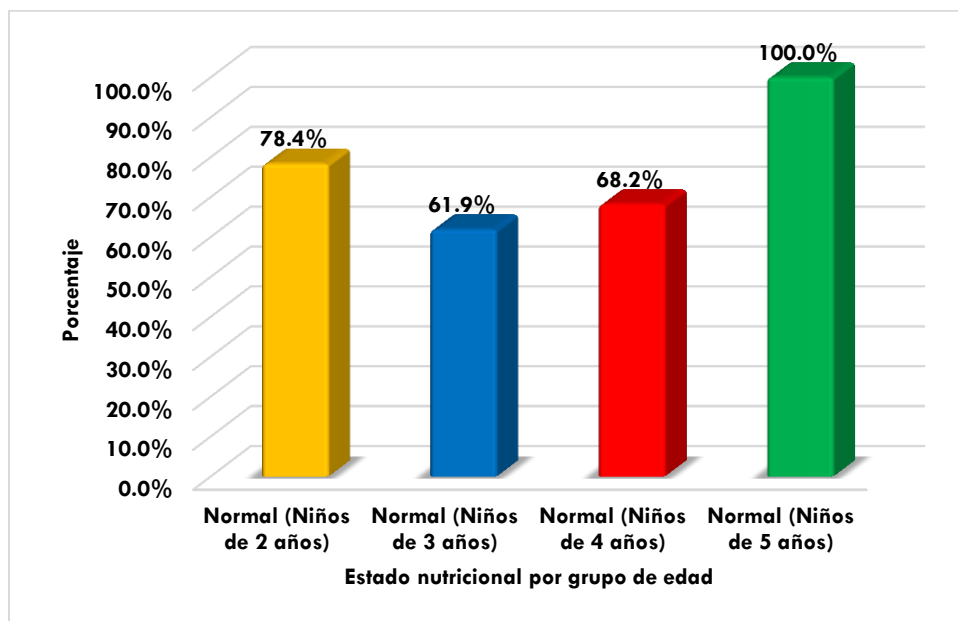
La tabla 7 describe el estado nutricional en los niños de 5 años donde se encontró que el 100% (9) es normal y en la gráfica 7 se observa esta prevalencia.

TABLA 8. ESTADO NUTRICIONAL POR GRUPO DE EDAD.

| Estado nutricional por grupo de edad | Frecuencia N° | Porcentaje |
|--------------------------------------|---------------|------------|
| Normal (Niños de 2 años) | 29 | 78.4% |
| Normal (Niños de 3 años) | 26 | 61.9% |
| Normal (Niños de 4 años) | 15 | 68.2% |
| Normal (Niños de 5 años) | 9 | 100.0% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 8. ESTADO NUTRICIONAL POR GRUPO DE EDAD.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

En la tabla 8 se describe la prevalencia del estado nutricional que en los 4 grupos de edad prevaleció el estado normal. En la gráfica 8 observamos que la disminución de la normalidad disminuye en el grupo de edad de 3 años.

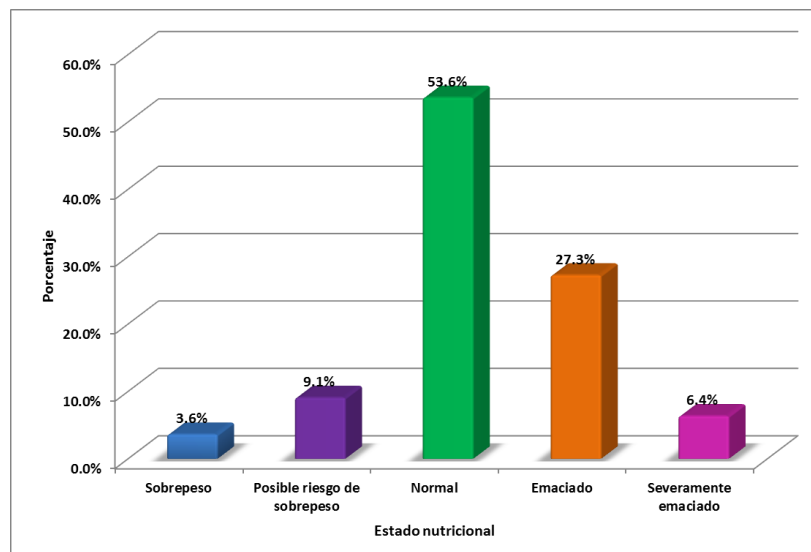
“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

TABLA 9: PERCEPCIÓN MATERNA CON RESPECTO AL ESTADO NUTRICIONAL DE SU HIJO.

| Estado nutricional | Frecuencia N° | Porcentaje |
|-----------------------------|---------------|------------|
| Sobrepeso | 4 | 3.6% |
| Posible riesgo de sobrepeso | 10 | 9.1% |
| Normal | 59 | 53.6% |
| Emaciado | 30 | 27.3% |
| Severamente emaciado | 7 | 6.4% |
| Total | 110 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 9: PERCEPCIÓN MATERNA CON RESPECTO AL ESTADO NUTRICIONAL DE SU HIJO.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

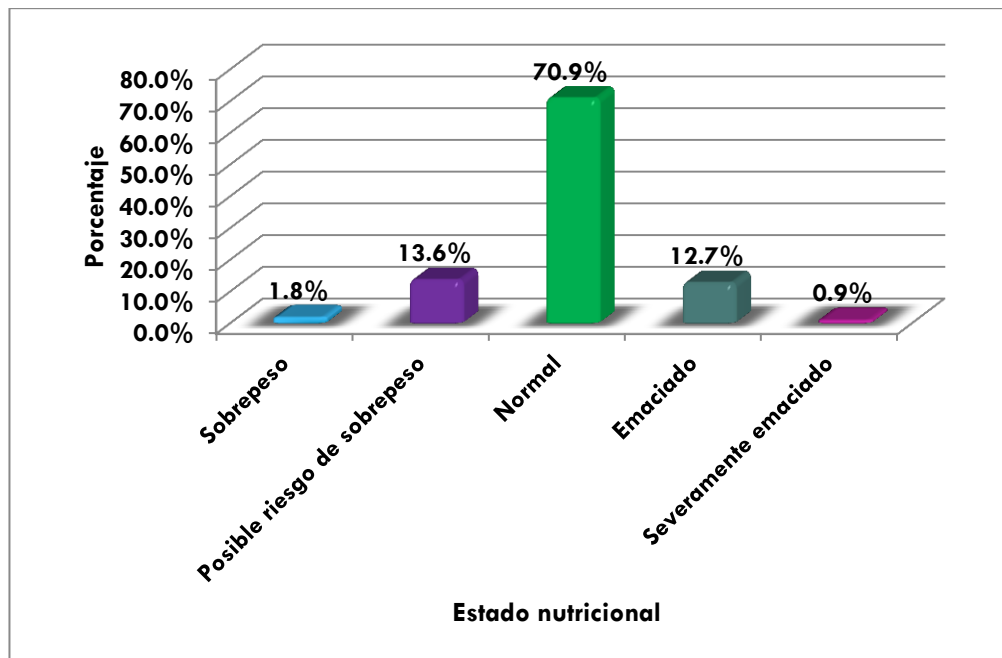
En la tabla y gráfica 9 podemos observar que la percepción de la madre con respecto al estado nutricional de su hijo el 53.6 % (59) de las madres los catalogaron como normal, seguido de 27.3% (30) que los catalogaron como emaciados. Cabe mencionar que esto es solo la percepción y no la realidad del IMC de su hijo.

TABLA 10. PERCEPCIÓN MATERNA DE UN NIÑO SANO

| Estado nutricional | Frecuencia N° | Porcentaje |
|-----------------------------|---------------|------------|
| Sobrepeso | 2 | 1.8% |
| Posible riesgo de sobrepeso | 15 | 13.6% |
| Normal | 78 | 70.9% |
| Emaciado | 14 | 12.7% |
| Severamente emaciado | 1 | 0.9% |
| Total | 110 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 10. PERCEPCIÓN MATERNA DE UN NIÑO SANO



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

En la tabla 10 podemos observar del porcentaje de las madres que no identificaron adecuadamente el estado nutricional normal, el 13.6% (15) lo identificó en la figura que corresponde a posible riesgo de sobrepeso, el 1.8% (2) a sobrepeso, el 12.7% (14) a emaciado y el 0.9% (1) severamente emaciado. La gráfica 9 nos hace más evidente esta misma distribución.

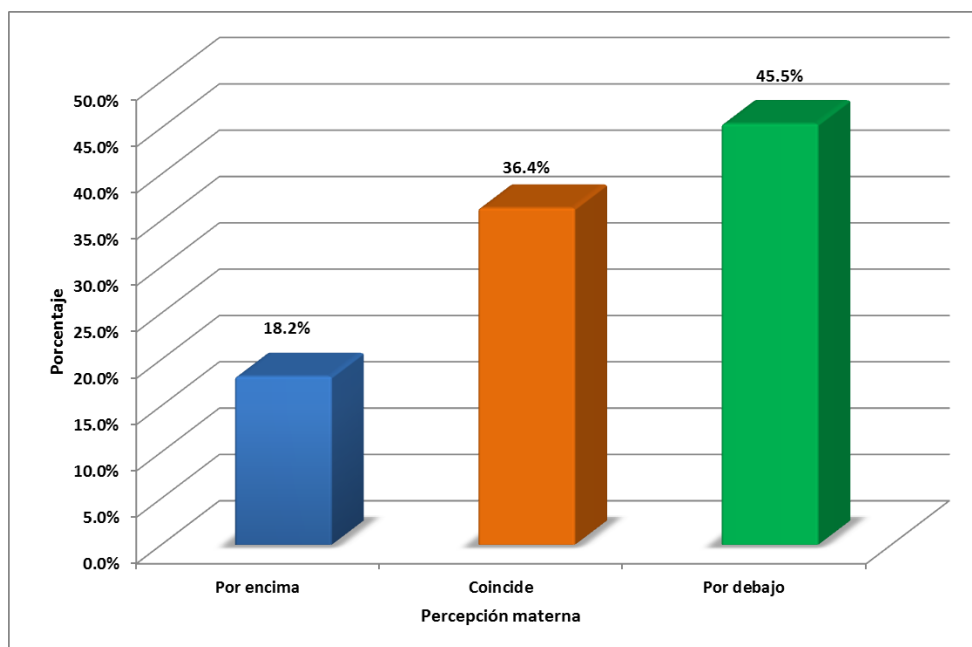
“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

TABLA 11. PERCEPCIÓN MATERNA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE SU HIJO RESPECTO UN NIÑO SANOS.

| Percepción materna | Frecuencia N° | Porcentaje |
|--------------------|---------------|------------|
| Por encima | 20 | 18.2% |
| Coincide | 40 | 36.4% |
| Por debajo | 50 | 45.5% |
| Total | 110 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 11. PERCEPCIÓN MATERNA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE SU HIJO RESPECTO UN NIÑO SANOS.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

En la tabla y gráfica 11 podemos observar que el 36.4% (40) coincidió con la percepción de la madre de su hijo con su percepción de un niño sano, mientras que el 45.5% (50) lo identificó por debajo de su percepción de un niño sano y el 18.2 % (20) lo identificó por encima de este.

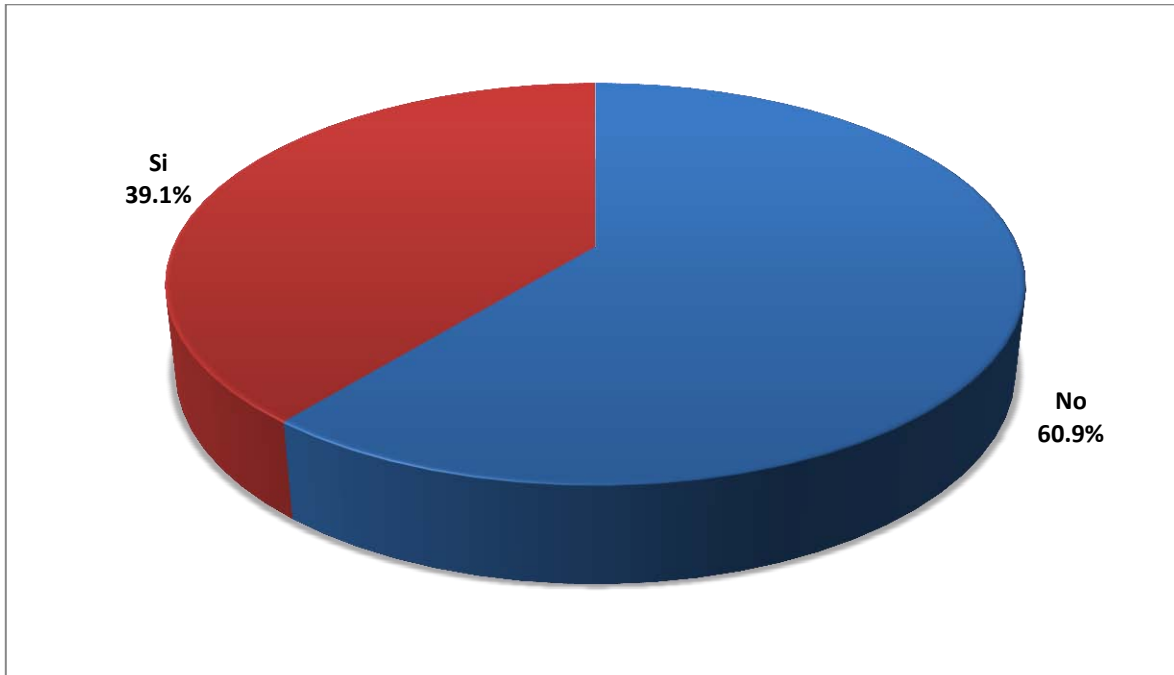
“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

TABLA 12. CONGRUENCIA DE LA PERCEPCIÓN MATERNA CON EL ESTADO NUTRICIONAL REAL DE SU HIJO.

| Congruencia | Frecuencia N° | Porcentaje |
|-------------|---------------|------------|
| No | 67 | 60.9% |
| Si | 43 | 39.1% |
| Total | 110 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 12. CONGRUENCIA DE LA PERCEPCIÓN MATERNA CON EL ESTADO NUTRICIONAL REAL DE SU HIJO.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

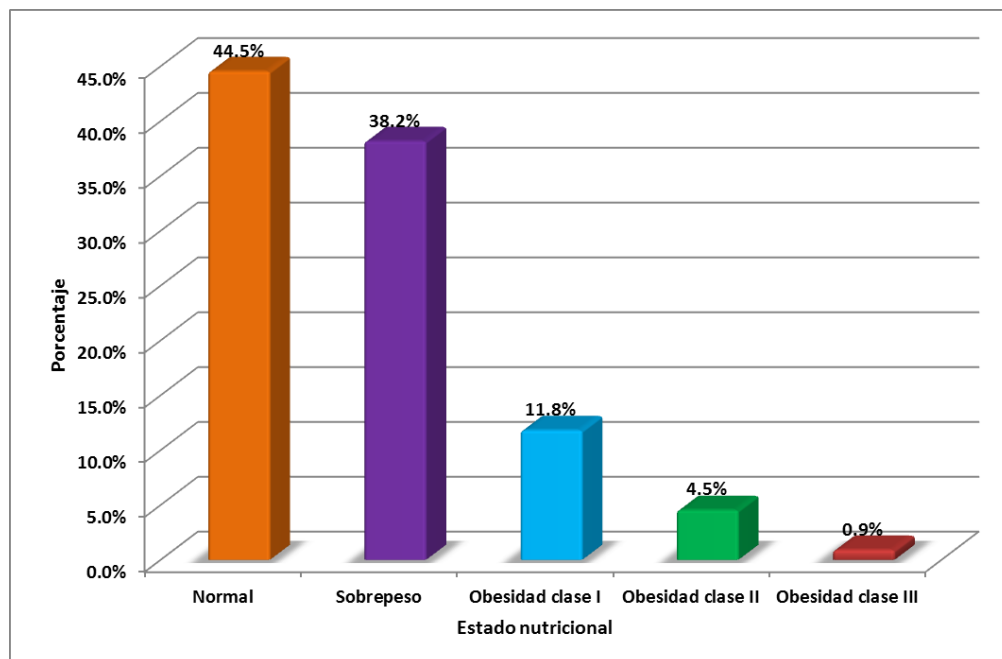
La tabla 12 describe de acuerdo a la comparación entre el estado nutricional acorde al I.M.C de su hijo y la percepción de la madre, en el 60.9% (67) de ellas no hay congruencia entre su percepción y el estado nutricional real de su hijo. La grafica 12 se observa que el menor porcentaje 39.1 %(43) si hubo congruencia entre la percepción materna y el estado nutricional real.

TABLA 13. ESTADO NUTRICIONAL DE MADRES RESPECTO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

| Estado nutricional | Frecuencia N° | Porcentaje |
|--------------------|---------------|------------|
| Normal | 49 | 44.5% |
| Sobrepeso | 42 | 38.2% |
| Obesidad clase I | 13 | 11.8% |
| Obesidad clase II | 5 | 4.5% |
| Obesidad clase III | 1 | 0.9% |
| Total | 110 | 100% |

FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.

GRÁFICA 13. ESTADO NUTRICIONAL DE MADRES RESPECTO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL.



FUENTE: Encuestas aplicadas del estudio “Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”. Unidad de Medicina Familiar # 21. Octubre-Noviembre 2015.


En la tabla y gráfica 13 podemos observar que el 44.5 % (49) de las madres su índice de masa corporal corresponde a la normalidad, 38.2 % (42) sobrepeso y 18% (19) tiene algún grado de obesidad.

17. DISCUSIÓN

Dado que existen más probabilidades que la madre se involucre en programas para prevenir y tratar el problema de peso de sus hijos, se ha evaluado la percepción del peso del hijo en ellas, sin embargo los estudios que se han realizado solamente se han enfocado a la percepción materna de hijos con sobrepeso y obesidad, en el presente trabajo de investigación se realizó la percepción materna en toda la población de niños. Es importante que la madre tenga un parámetro de comparación para evaluar a su hijo e identifique la apariencia de un niño sano para detectar oportunamente el problema cuando existe y si no se encuentra prevenirlo para evitar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo que provocan los estados de mal nutrición.

Lara-García B. y col en la parte norte del país en Nuevo Laredo, Tamaulipas en niños preescolares encontraron que el 16% de las madres de niños con sobrepeso y obesidad percibieron adecuadamente el peso del hijo, Flores-Peña y col. analizaron que solo el 10.3% de madres de hijos con sobrepeso y 1.8% de madres de hijos con obesidad los percibieron de forma adecuada en su estudio realizado en la parte sur del país en el estado de Campeche, en niños escolares. Los resultado del presente estudio sin hacer diferencia entre un estado de mal nutrición se encontró de acuerdo a la comparación entre el estado nutricional acorde al Índice de masa corporal de su hijo y la percepción materna, en el 39.1% de ellas hubo congruencia entre su percepción y el estado nutricional real de su hijo, lo cual es importante ya que no solo en los niños con problemas de sobrepeso y obesidad no hay reconocimiento de tal problema como lo demuestran los estudios anteriores, si no que en niños con adecuado estado nutricional los están subestimando o sobreestimando ya que pudimos observar que el 36.4% coincidió con la percepción de la madre de su hijo con su percepción de un niño sano, mientras que el 45.5% lo identificó por debajo de su percepción de un niño sano y el 18.2 % lo identificó por encima de este.

Lara-García B y col. evaluaron la percepción materna de una imagen con riesgo a la salud en el niño donde encontraron que el mayor porcentaje de las madres



83.1% identificaron el riesgo en las imágenes con los percentiles 90 y 97, en el presente estudio se encontró que el porcentaje de las madres que no identificaron adecuadamente el estado nutricional normal, el 14% lo identificó en la figura que corresponde a posible riesgo de sobrepeso, el 2% a sobrepeso, el 13% a emaciado y el 1% severamente emaciado, es decir que el 79% si reconoce el estado nutricional adecuado en un niño esto es comparativo con el mismo estudio de Lara-García B y col ya en el que encontraron que el 97.5% percibió el sobrepeso y obesidad en niños no emparentados.

Un hallazgo fue que las madres presentaron sobrepeso y obesidad en un 55.4% por lo que esto podría estar relacionado con la percepción materna alterada en el estado nutricional normal de un niño sano, diversos estudios han demostrado que existe un factor hereditario, puesto que si la madre es obesa, su hijo tiene el 25 por ciento de riesgo de padecerla, si lo es el padre, el porcentaje es del 50 por ciento, y se eleva al 75 por ciento cuando ambos progenitores la sufren. En ausencia de obesidad en ambos padres, los hijos tienen sólo 14% de riesgo de padecerla.

18. CONCLUSIÓN

La edad promedio de la población estudiada fue 3 años 2 meses, siendo la media de edad 3 años 4 meses, mediana 3 años 2 meses y la moda 2 años 6 meses. Teniendo una mayor participación el sexo masculino con 55.5 %. La edad promedio de la madre fue de 29 años.

Se encontró que del total de la población estudiada el 71.8% tuvo un estado nutricional normal, el mayor porcentaje de obesidad y sobrepeso se encontró en los niños de 3 años así como el mayor porcentaje de posible riesgo de sobrepeso dentro de este mismo grupo, en el grupo de 4 años se encontró que el 9.1% de su población correspondía al estado nutricional emaciado.

El estado nutricional que más prevaleció en los 4 grupos de edad es el estado normal, sin embargo se observó una disminución de porcentaje en el grupo de edad de 3 años.

Las madres sin importar el estado nutricional real de su hijo los identificaron el mayor porcentaje en normal, sin embargo el 33.7% lo identificó como emaciado y severamente emaciado.

La mayor parte de las madres identificaron en el panel de imágenes al niño con estado nutricional normal o sano, sin embargo es importante señalar que el 13.6 % de las madres identificaron a un niño sano en el panel de imágenes en la que correspondía a posible riesgo de sobrepeso y el 12.7% a la clasificación de emaciado.

Se encontró que la mayoría de las madres no perciben adecuadamente el estado nutricional de sus hijos, el mayor porcentaje de las madres identificaron que sus hijos estaban por debajo de lo que ellas consideraban un niño sano pese que el 71.8 % de los niños estudiados estaban en un estado nutricional normal. Esto quiere decir que a pesar que identifican a un niño sano en el panel de imágenes al momento de compararlo con su hijo el mayor porcentaje se encuentra por debajo de lo que la madre espera.

En el 44.5 % de las madres, su índice de masa corporal corresponde a la normalidad, sin embargo el 55.5% de ellas tiene sobrepeso y obesidad.

19. SUGERENCIAS

La percepción de salud, es un parámetro que no es fácil de evaluar, por todo el componente social y ambiental por lo que se recomienda para futuras investigaciones indagar sobre mas factores como, la escolaridad de la madre, aspecto económico, tipo de familia, antecedentes perinatales, el acudir a guardería, también evaluar la percepción del cuidador primario ya que no siempre es la madre quien cumple este rol pueden ser el padre, los abuelos u otra persona quien es quien provee los alimentos.

También será importante reforzar en las unidades de medicina familiar temas como son promoción de una nutrición saludable en el hogar en estos grupos de edad para prevenir enfermedades crónicas.

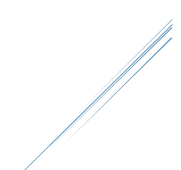
Un área de oportunidad será ayudar a la madre a identificar correctamente el estado nutricional normal de un niño sano y evaluar factores sociales y culturales que influyen en la percepción materna de su hijo, para identificarlo cuando está sano y continuar un adecuado plan alimenticio y no tratar de llevarlo al sobrepeso o viceversa disminuir su ingesta calórica por sobrestimar su peso lo que pudiese llevar a condiciones de sobrepeso y obesidad e incluso desnutrición en una edad futura.


Sería importante implementar en el servicio de Materno- infantil y en los consultorios de medicina preventiva y del médico familiar, el panel de siete imágenes y hacer énfasis en cual es un niño sano y donde se encuentra su hijo para reforzar los conocimientos de la madre del crecimiento adecuado de su hijo para evitar problemas de subestimación o sobreestimación del peso de su hijo.

Un punto de mejora será realizar el mismo panel de imagen para identificar la percepción del propio hijo respecto a su imagen en las edades que tienen el concepto de autopercepción.

20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Eckstein, et al. Parents 'Perceptions of Their Child's Weight and Health. Pediatrics, volume 117, number 3, March 2006 ;681-690.
2. Barquera Cervera, et al. Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. Gaceta Médica de México. 2010; 146:397-407.
3. Bacardí GM, Jiménez CA, Jones E, Guzmán GV Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol.64, noviembre-diciembre 2007.362-369.
4. Kaufer HM, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 65, noviembre-diciembre 2008.502-518.
5. Warschburger and Kröller. Childhood overweight and obesity: maternal perceptions of the time for engaging in child weight management. BMC Public Health 2012, 12: 295.
6. Lara-García B y col. Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. Salud pública de México. Vol 53.No.3, mayo-junio de 2011.258-263.
7. Diagnóstico de Salud de la Unidad de Medicina Familiar # 21 año 2014.
8. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.
9. ENSANUT 2012.

- 
10. <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
 11. Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* 1994;447-53.
 12. Flores-Peña et al. Evaluación de la percepción materna del peso del hijo y de la heredabilidad del IMC en diadas mestizas del Sureste de México. *Archivos Latinoamericanos de nutrición*. Vol. 61 No 4, 2011
 13. Oviedo Gilberto L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, no. 18, agosto de 2004, 89-96.
 14. Flores-Peña Y, Trejo-Ortiz PM, Gallegos-Cabriales EC, Cerda-Flores RM. Validez de dos pruebas para evaluar la percepción materna del peso del hijo *Salud Publica Mex* 2009;51:489-495.
 15. Bado Pérez Ricardo y col. Percepción materna del estado nutricional infantil de niños menores de tres años en el distrito de Ocongate, Cusco. *Paediatrica* 2007;9(2) .
 16. Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra, OMS, 2008.
 17. Giordano, Sergio A.; Sartori, María Lía. Percepción de las madres del estado nutricional de sus niños en una escuela primaria de Cachi (Salta, Argentina) *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, vol. 17, núm. 1, 2012, pp. 37-41
 18. Klünder-Klünder Miguel, Cruz Miguel, Medina-Bravo Patricia, Flores-Huerta Samuel. Padres con sobrepeso y obesidad y el riesgo de que sus hijos desarrollen obesidad y aumento en los valores de la presión arterial. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2011;68(6):438-446
 19. Guevara Cruz M. Association between maternal perceptions and actual nutritional status for children in a study group in Mexico. *Nutr Hosp*. 2012;27(1):209-212
 20. Montesinos-Correa H. Crecimiento y antropometría: aplicación clínica. *Acta Pediat Mex* 2014;35:159-165.

- 
21. Soledad Achor M. Obesidad infantil. Revista de Posgrado de I a VIa Cátedra de Medicina. N° 168 – Abril 2007 pp 34-38.
 22. Guía del abordaje diagnóstico y de manejo de la obesidad infantil. Hospital General de México.
 23. Chávez-Zúñiga C, Merino-Zeferino B, Del Mazo-Mendoza A, Guarneros-Soto AN y col. Diagnóstico del estado nutricional de los niños de uno a seis años de edad del turno completo de una estancia de desarrollo y bienestar infantil en la Ciudad de México. Rev Esp Méd Quir 2012;17(4):256-260

21. ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(NIÑOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|---|
| Nombre del estudio: | "Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo" |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | México .D.F. 2015 |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | La finalidad de este estudio es evaluar la percepción materna del estado nutricional de su hijo , en derechohabientes de 2 a 5 años de la unidad de Medicina Familiar #21. |
| Procedimientos: | Por la naturaleza del proyecto no existe ningún riesgo para su hijo o para usted. La información recabada es estrictamente confidencial de acuerdo a los lineamientos de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (artículos 13 y 16). |
| Posibles riesgos y molestias: | La información que se reúna será compartida con usted así mismo estamos en la posibilidad de ofrecer un análisis sobre las condiciones de salud , nutrición y crecimiento y en caso de así requerirse poder ofrecer alternativas de solución y consejo nutricional. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | |
| Participación o retiro: | |
| Privacidad y confidencialidad: | |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | |
| <input type="checkbox"/> | No autoriza que se tome la muestra. |
| <input type="checkbox"/> | Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. |
| <input type="checkbox"/> | Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | |
| Beneficios al término del estudio: | |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigador Responsable: | Dra. Alyne Mendo Reygadas. Email: ennyiamr@gmail.com Teléfono: 55525643, conmutador 57 68 66 00 extensión 21407 Dr Jorge Alejandro Alcalá Molina. Email: alcalamedfam@gmail.com Teléfono: 55525643, conmutador 57 68 66 00 extensión 21407 |
| Colaboradores: | Dra Angeles Guzman Rivas E mail: dra.guzman.r@gmail.com Teléfono: 55525643, conmutador 57 68 66 00 extensión 21407 |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: | Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx |

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21.
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“Congruencia de la percepción materna con el estado nutricional de su hijo”

Dra. Alyne Mendo Reygadas* Dr Jorge Alejandro Alcalá Molina** Dra. Angeles Guzmán Rivas***

| | Marco Teórico y Planteamiento del Problema | Hipótesis y Definición de Variables | Cálculo del tamaño muestra | Aprobación de Protocolo de Investigación | Realización y Aplicación de Cuestionarios | Organización y recolección de datos | Análisis de resultados | Conclusiones |
|-----------------|--|-------------------------------------|----------------------------|--|---|-------------------------------------|------------------------|--------------|
| Enero 2015 | Realizado | | | | | | | |
| Febrero 2015 | Realizado | | | | | | | |
| Marzo 2015 | Realizado | | | | | | | |
| Abril 2015 | | Realizado | | | | | | |
| Mayo 2015 | | | Realizado | | | | | |
| Junio 2015 | | | | Realizado | | | | |
| Julio 2015 | | | | Realizado | | | | |
| Agosto 2015 | | | | | Realizado | Realizado | | |
| Septiembre 2015 | | | | | | Realizado | | |
| Octubre 2015 | | | | | | | Realizado | |
| Noviembre 2015 | | | | | | | Realizado | |
| Diciembre 2015 | | | | | | | | Realizado |

* Profesora Ayudante del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*** Médico Residente de Segundo Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social



No Realizado



Realizado

CUESTIONARIO

DATOS PERSONALES MADRE

EDAD:

IMC:

DATOS PERSONALES HIJO

NSS:

EDAD:

PESO:

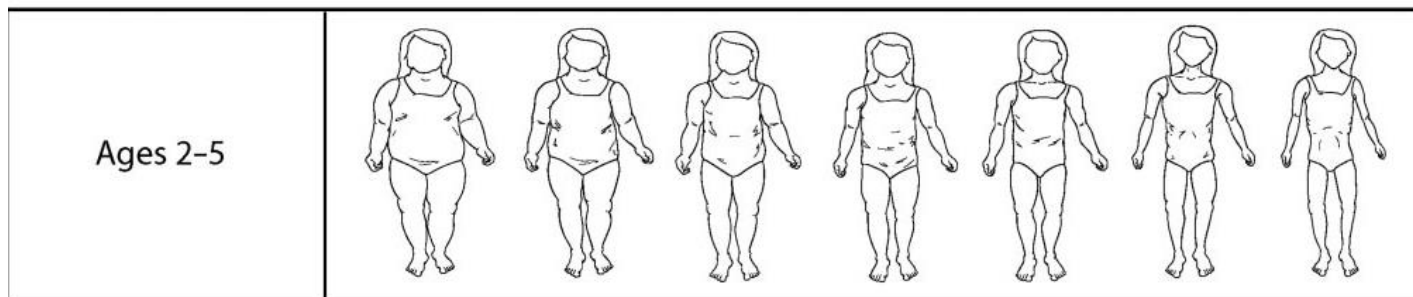
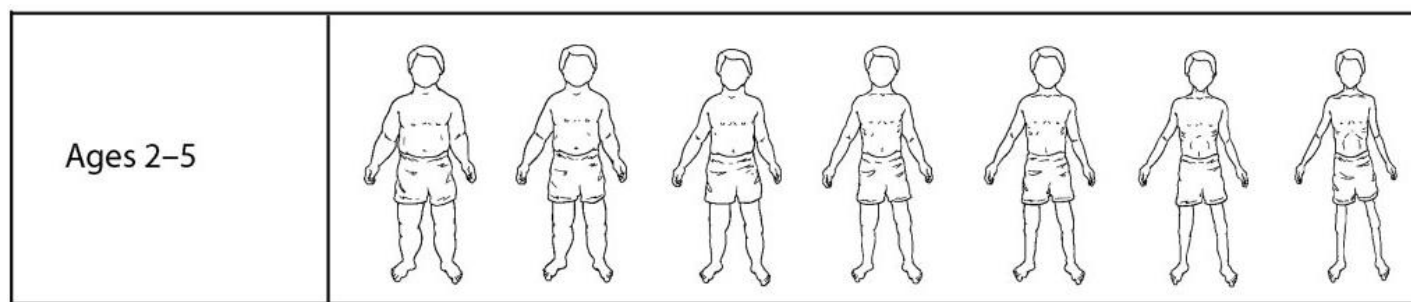
TALLA:

IMC:

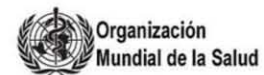
SEXO:

LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

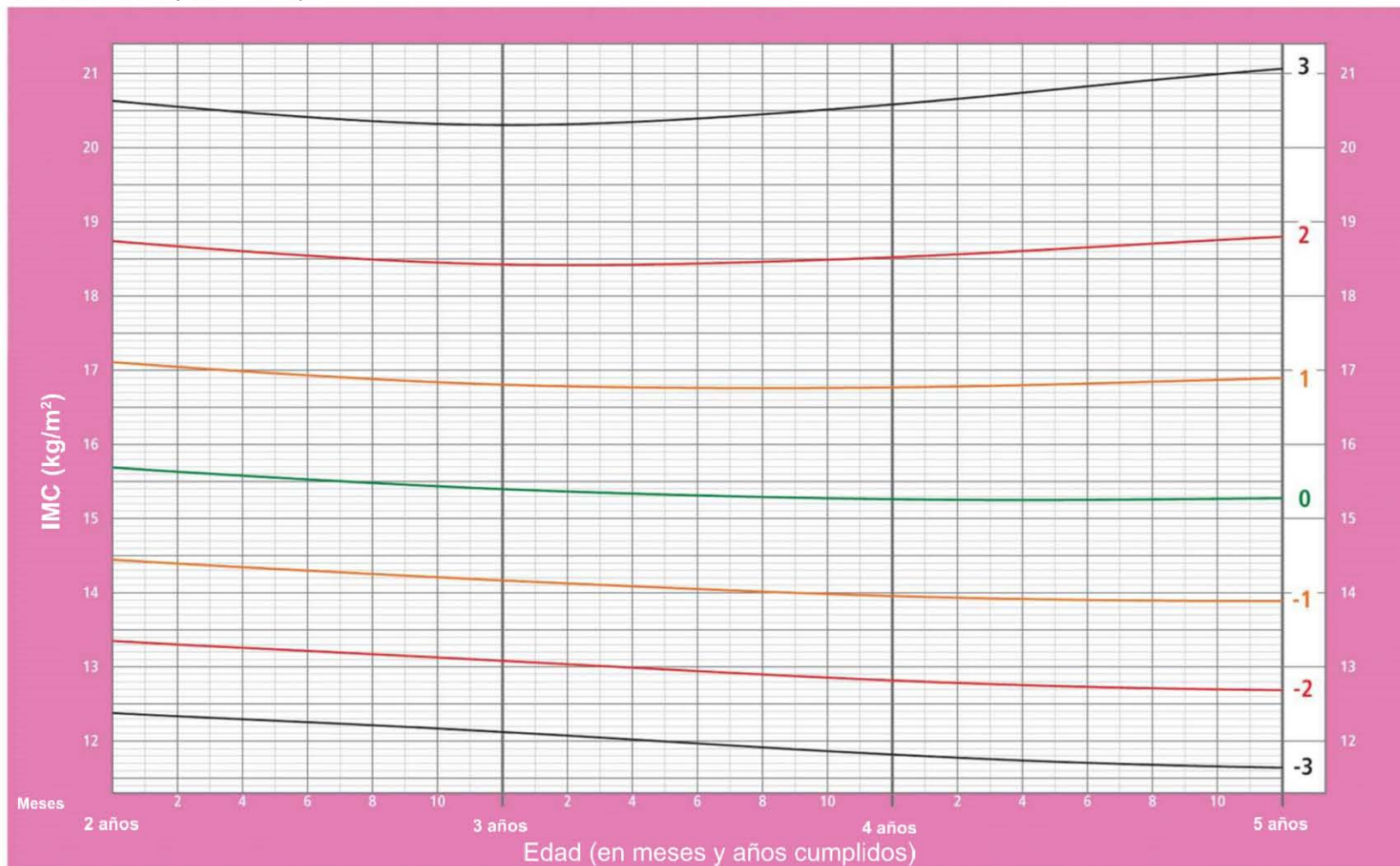
1. CON COLOR AMARILLO IDENTIFIQUE EN LAS SIGUIENTES FIGURAS LA QUE MAS SE PAREZCA A SU HIJO.
2. CON COLOR VERDE IDENTIFIQUE EN LAS FIGURAS LA QUE USTED PIENSE QUE ES EL NIÑO MAS SANNO.



IMC para la edad Niñas



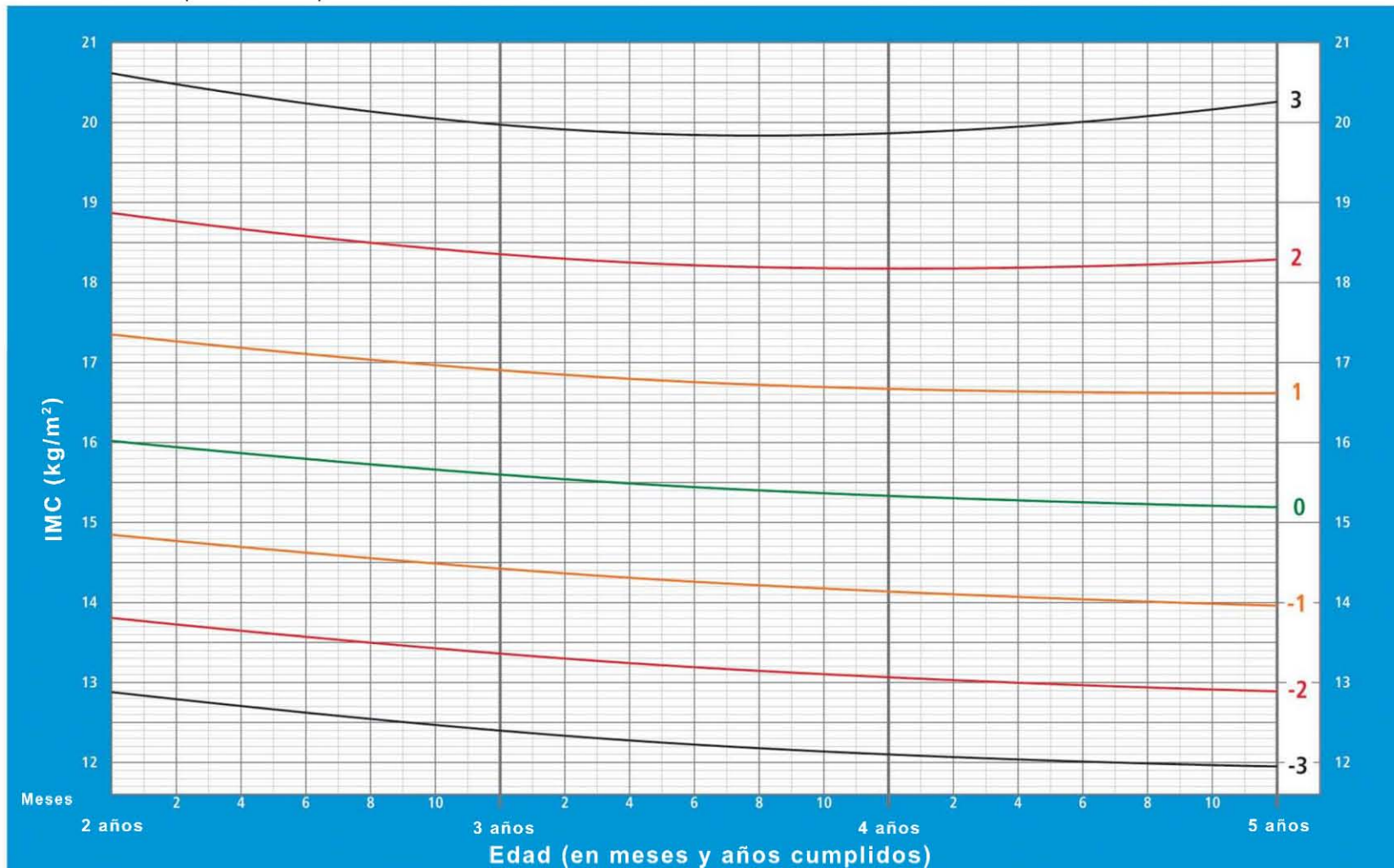
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS