

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL

Por:

LIC. JESÚS ROBERTO ELENES RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DICIEMBRE, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL

Por:

LIC. JESÚS ROBERTO ELENES RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE TESIS

DRA. YOLANDA FLORES PEÑA

DICIEMBRE, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL

Por:

LIC. JESÚS ROBERTO ELENES RODRÍGUEZ

CO-DIRECTOR DE TESIS

DRA. VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLAREAL

DICIEMBRE, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL

Por:

LIC. JESÚS ROBERTO ELENES RODRÍGUEZ

Asesor Estadístico

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.

DICIEMBRE, 2015

PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL

Aprobación de Tesis:

Dra. Yolanda Flores Peña

Director de tesis

Dra. Yolanda Flores Peña

Presidente

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de crecer profesionalmente con salud y apoyo de gente que aprecio.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo otorgado para la realización de los estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo que me brindaron durante mi estancia en Monterrey.

Al Sindicato de Trabajadores de la Industria Azucarera y Similares de la República Mexicana, sección 14 por el apoyo otorgado para la realización de los estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Sub-Directora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería por las gestiones realizadas para apoyar los estudios de Maestría en Monterrey, así como la estancia en la Universidad de Concepción, Chile.

A la Dra. Yolanda Flores Peña por su total disposición y apoyo en todo momento hasta lograr que este proyecto terminara.

A la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villareal por su tiempo y dedicación en cualquier situación que se presentara.

A la MSP. Rosa Alicia Veloz Garza por su apoyo y amistad.

A la Universidad de Concepción, Chile por sus atenciones durante mi estancia internacional, especialmente a la Dra. Sandra Valenzuela Suazo y a la Dra. Vivianne Jofré Aravena.

Dedicatoria

Dedico de manera muy especial a todas las personas que se involucraron en este proyecto.

De igual manera dedico esta tesis a mis padres Germán Elenes Landeros y Ma. Del Carmen Rodríguez Barajas por estar en todo momento pendiente de mi situación y por ser el pilar más importante de mi vida.

A mis hermanos Germán Elenes Rodríguez y Adrián Elenes Rodríguez por el apoyo incondicional durante mi vida personal y académica.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Percepción Parental del Peso del Hijo	3
Estilos de Alimentación Infantil	5
Estudios Relacionados	9
Definición de Términos	14
Objetivos Específicos	15
Capítulo II	16
Metodología	16
Diseño del Estudio	16
Población, Muestreo y Muestra	16
Criterios de Inclusión	16
Mediciones	16
De Lápiz y Papel	16
Mediciones Antropométricas	17
Procedimientos de Recolección de la Información	18
Consideraciones Éticas	18
Estrategias de Análisis de Datos	20
Capítulo III	
Resultados	21

Contenido	Página
Consistencia Interna de los Cuestionarios	21
Estadística Descriptiva	21
Estadística para Verificar Objetivos	22
Capítulo IV	
Discusión	30
Conclusiones y Recomendaciones	33
Referencias Bibliográficas	34
Apéndices	38
A. Cuestionario de Percepción Materna del Peso del Hijo (PMPH)	39
B. Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC)	40
C. Formato de Registro de Mediciones Antropométricas	43
D. Consentimiento Informado	44
E. Cédula de Datos Sociodemográficos	47

Lista de Tablas

Tabla	Pagina
1. Estadísticas Descriptivas y Prueba de Normalidad de Mediciones Antropométricas Maternas y del Hijo y Variable de Interés	
2. Consistencia Interna del Cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC)	
3. Estado Nutricio Materno según la OMS	
4. Estado Nutricio del Hijo	
5. PMPH por PP de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo	
6. PMPH por PI de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo	
7. Estilos Maternos de Alimentación	
8. Estilo materno de alimentación infantil de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo	
9. EMAI de acuerdo a la PMPH por PP y estado nutricional del hijo	
10. EMAI de acuerdo a la PMPH por PI y estado nutricional del hijo	

Resumen

Fecha de graduación: Enero, 2016

Jesús Roberto Elenes Rodríguez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título del estudio: PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO Y ESTILOS
MATERNOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Número de páginas: Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de
Enfermería

LGAC: Cuidado a la Salud en: (a) estados crónicos y (b) en grupos vulnerables

Propósito y Método del Estudio: Los objetivos específicos fueron: 1) Evaluar la percepción materna del peso del hijo (PMPH) de acuerdo a si/no presencia de sobrepeso (SP)-obesidad (OB) del hijo y verificar si existen diferencias, 2) Describir los estilos maternos de alimentación infantil (EMAI), 3) Identificar el EMAI de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo y verificar si existen diferencias. El objetivo general fue identificar el EMAI de acuerdo a la PMPH y al estado nutricional del hijo. La muestra se calculó con un nivel de confianza de .95, prueba bilateral, enfoque conservador de .50, límite de error de estimación de .03, tasa de no respuesta de 5%, resultó un tamaño de muestra de 209. Participaron diadas madre-hijo que se encontraba inscrito en el período escolar 2015 – 2016 en instituciones educativas públicas de nivel pre-escolar de la Zona 19 de San Nicolás de los Garza Nuevo León. La PMPH se evaluó mediante por la pregunta “Creo que mi niño/a está...” (PP) y por imágenes (PI), se aplicó el Cuestionario de Estilos de Alimentación de Cuidador y se midió peso y talla de las diadas. Para el análisis se obtuvieron estadísticas descriptivas y se aplicó estadística inferencial.

Resultados y Conclusiones: Participaron 259 diadas. El 22.4% de los hijos ($n = 58$) presentó SP-OB. Se encontró que el 91.4% ($n = 53$) de las madres de hijos con SP-OB no percibió esta situación por PP y por PI el 62.1% ($n = 36$), diferencia significativa ($X^2 = 68.03$, $gl = 1$, $p < .001$) y ($X^2 = 47.99$, $gl = 1$, $p < .001$) respectivamente. El 35.5% ($n = 92$) de las madres presentó EMAI autoritario, el cual también predominó al evaluar la PMPH por PP ($X^2 = 1.652$, $gl = 3$, $p > .05$) y PI ($X^2 = 4.421$, $gl = 3$, $p > .05$) e independientemente de si/no el hijo presenta SP-OB ($X^2 = 0.780$, $gl = 3$, $p > .05$). Finalmente el EMAI que predominó fue el autoritario independientemente del EMAI y del estado nutricional del hijo. El EMAI que se ha identificado en madres hispanas residentes en los Estados Unidos de Norteamérica es el indulgente, en esta población se identificó el autoritario el cual se caracteriza por baja responsabilidad/alta exigencia, los hijos podrían tener menor capacidad para determinar el tamaño de las porciones y la cantidad de energía. Es la primera vez que se estudia en población mexicana si la PMPH modifica los EMAI. Se requieren intervenciones que promuevan el EMAI con autoridad el cual se relaciona a menor ganancia de IMC del hijo y a hábitos saludables.

Firma del Director de Tesis: _____

Capítulo I

Introducción

La prevalencia de obesidad (OB) en los últimos años ha aumentado a un ritmo alarmante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012 reportó que a nivel mundial habían 42 millones de niños con sobrepeso (SP) de los cuales cerca de 35 millones vivían en países en desarrollo. Este problema está afectando notoriamente y de manera progresiva a muchos países de bajos y medianos ingresos, pero sobre todo al medio urbano (OMS, 2014). Además, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), señaló que en México la prevalencia de SP-OB en menores de cinco años registró un ligero ascenso a lo largo del tiempo de 7.8% a 9.7% de 1988 a 2012 respectivamente y en el estado de Nuevo León se registró una prevalencia del 13.2% en este grupo de edad.

El SP y OB infantil son un problema que requiere atención para disminuir el riesgo de enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (OMS, 2014). El exceso de peso durante la infancia puede provocar hiperlipidemia, hipertensión y tolerancia anormal a la glucosa, asimismo, se ha demostrado que los niños que a los 5 años de edad presentan SP tienen 4 veces más probabilidad de presentar OB a los 9 años en comparación con un niño que tiene un peso normal. (Cunningham et al., 2014).

En la etiología del SP-OB interactúan múltiples factores entre los que se encuentran la predisposición genética, el incremento en el consumo de energía, disminución de la actividad física y el estatus socioeconómico, así como factores socioculturales y las creencias (Gupta, Goel, Shah, & Mirsa, 2012). Por otra parte, un estudio realizado en Italia documentó que la prevalencia alta de OB infantil se asoció con la no adecuada percepción materna del peso del hijo (PMPH). (Binkin, Spinelli, Baglio, & Lamberti, 2011).

Respecto a la percepción materna del peso del hijo (PMPH) los estudios han

reportado que la mayoría de las madres de niños con SP-OB no perciben de forma adecuada el peso de su hijo, tienden a subestimarlos, tal como lo señalan los hallazgos de estudios realizados en países como Estados Unidos de Norte América, Reino Unido, Australia, Italia y Alemania (Rietmeijer-Mentink, Paulis, Van Middelkoop, Bindels & Van der Wouden, 2013).

Además la literatura señala que en la población infantil los padres son modeladores de hábitos y conductas relacionados al peso del hijo y que los padres pueden influir en el peso del hijo mediante estilos y prácticas de alimentación (Ventura & Birch, 2008), de la misma forma Innella, Breitenstein, Hamilton, Reed y Naughton (2015), identificaron como determinantes de la OB en pre-escolares hispanos factores maternos como las creencias y prácticas de alimentación.

Respecto al concepto de estilos es posible señalar que estos pueden ser abordados de forma general y específica (Power et al., 2013). En el contexto de alimentación Hugues et al. (2005) han documentado la asociación del estilo indulgente con el riesgo de obesidad infantil. Por otra parte, Yilmaz, Erkorkmaz, Ozcetin y Karaslan (2013) encontraron que de acuerdo a como la madre perciba el peso de su hijo, es decir si tiene una PMPH adecuada o no, esto modifica los estilos maternos de alimentación, señalaron que cuando los padres de niños con SP perciben a sus hijos como con peso normal o bajo peso, los padres estimulan la alimentación del hijo, dado que consideran que tener un hijo “llenito” es sinónimo de buena salud y de buenas prácticas de crianza.

El estilo de crianza general este se ha definido como una tipología de actitudes y comportamientos que caracterizan la forma en la que un padre podría interactuar con su hijo a través de los dominios de crianza (Ventura & Birch, 2008). El estilo de crianza se integra por dos dimensiones demanda y responsabilidad (Baumrind, 1960), citado por Power et al. (2013), las cuales al combinarse dan como resultado cuatro estilos de crianza: 1) autoritario, 2) con autoridad, 3) indulgente y 4) no involucrado (Vollemer &

Mobley, 2013).

Cabe señalar que solo el estudio de Yilmaz et al. (2013) ha documentado como la PMPH modifica las dimensiones de estilos maternos de alimentación esto en Turquía, sin embargo cabe señalar que las madres no fueron categorizadas en un estilos de alimentación particular, como se mencionó solo se estudiaron las diemensiones de forma separada. Así mismo dado que se ha documentado que madres mexicanas residentes en el noreste de México subestiman el peso de su hijo (Peña, et al., 2014) y que no se ha estudiando si existe relación entre la PMPH y EMAI, surgió el interés de realizar el presente estudio con el objetivo general de identificar el EMAI de acuerdo a la PMPH y al estado nutricio del hijo.

Como ya se mencionó los factores atribuibles al SP-OB son de origen multifactorial, resaltando los estilos de vida de alimentación y actividad física, así como la influencia de los padres, situación que podría modificarse mediante intervenciones de enfermería respecto a promoción y educación en salud, así como detección temprana de individuos en riesgo así mismo generando conocimientos de estas variables, lo que contribuirá a futuras investigaciones.

Marco de referencia

En este apartado se describen los conceptos que guían el presente estudio, percepción parental del peso del hijo y estilos de alimentación infantil.

Percepción parental del peso del hijo

La percepción se define como el proceso de organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria. Es un proceso de transacciones humanas con el medio ambiente. Le da un sentido a las experiencias del individuo, representa su imagen de la realidad e influye en su conducta (King, 1992).

La percepción es un componente clave de varios marcos conceptuales teóricos que se han utilizado en la investigación en enfermería que indica como las personas toman acciones en salud, por ejemplo de acuerdo a la susceptibilidad percibida, por tanto

esta noción de la percepción como conductor para la toma de decisiones en salud es de particular importancia para el personal de enfermería cuando se tiene que motivar a las personas a realizar acciones en beneficio de su salud (McDonald, 2011).

La percepción involucra la forma de ver el mundo (McDonald, 2011), es la representación de la realidad en cada ser humano, es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos. Aunque los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetre en su medio perceptual. Los instrumentos perceptuales, sensoriales e intelectuales varían en cada persona. Una percepción se relaciona con experiencias pasadas con el concepto de uno mismo (del yo), con la herencia biológica, con los antecedentes educativos y con los grupos socioeconómicos (Gómez y Canto, 2000).

La percepción utiliza procesos sensoriales y cognitivos para apreciar el mundo que nos rodea (McDonald, 2011), así mismo Gómez y Canto (2000) consideran que la percepción es el proceso de organizar e interpretar información sensorial para darle significado. La percepción de personas es una de las áreas que constituye la percepción social que se dedica a investigar los procesos y mecanismos por los cuales las personas elaboran y generan la información sobre los otros y sobre sí mismos. Las personas a diferencia de los objetos físicos, son centros de acción e intención. Cuando se percibe a una persona no solo se presta atención a los rasgos físicos, sino que se intenta conocer sus cualidades internas (rasgos de personalidad, estados emotivos, actitudes e intenciones), se pretende construir una imagen de cada persona más o menos estable, que permita comprender su comportamiento y ayude en futuras interacciones (Gómez & Canto, 2000).

En un análisis del concepto de percepción parental del peso del hijo realizado por Mareno (2013) este concepto se definió como el juicio que realizan los padres sobre el peso corporal del hijo el cual se formula a través de cinco atributos clave, reconocimiento del tamaño corporal, apariencia física, capacidades funcionales, efectos

psicosociales y efectos sobre la salud relacionados al peso corporal actual. Respecto al reconocimiento del tamaño corporal del hijo se encontró que este se ha evaluado mediante el reconocimiento de imágenes, dibujos o un bosquejo de cómo los padres ven el peso de su hijo, los padres comparan a su hijo con las imágenes y seleccionan aquella que corresponde con la imagen de su hijo, la cual a su vez se compara con una medida estándar del peso del hijo.

La PMPH también se ha evaluado solicitando a los padres referir como ven el peso del hijo en una escala tipo Likert con opciones de respuesta que van desde muy bajo peso hasta con mucho sobrepeso. Los hallazgos señalan una falta de correspondencia entre la realidad objetiva y la realidad percibida, la investigación reporta que los padres tienden a subestimar el peso de sus hijos específicamente de aquellos con OB.

En cuanto al reconocimiento de la apariencia física se encontró que es el segundo atributo más importante este atributo se define como el reconocimiento de los padres del tamaño del hijo, evaluado a través del reconocimiento del tamaño del hijo comparado con otros niños de su edad y si su talla de ropa corresponde a un niño de su edad.

El tercer atributo es el reconocimiento de los padres respecto a las habilidades funcionales del hijo, el padre reconoce si su hijo es más sedentario que otros niños o físicamente más lento que otros niños. El cuarto atributo es el reconocimiento de efectos psicosociales relacionados con el IMC del hijo, en el cual los padres notan que sus hijos, tienen una disminución en la autoestima ocasionada por burlas de los compañeros de escuela y la experiencia vivida por otros integrantes de la familia.

Respecto al reconocimiento de efectos de salud relacionados con el peso corporal del hijo el cual es el quinto y último atributo es aquí donde los padres reconocen y atienden las repercusiones negativas en la salud del hijo (a) tales como diabetes y cuestiones motoras mismas que están relacionadas con el peso actual de su hijo (a).

Estilos de alimentación infantil

El estilo de alimentación infantil se define como un conjunto de actitudes y comportamientos que indican como una madre interactúa con su hijo a través de los dominios de crianza. El cual se integra por dos dimensiones: a) demanda que se basa en pruebas de exigencia como el control del comportamiento del niño y b) responsabilidad que es la capacidad de respuesta de la madre tal como el afecto y el apoyo para el niño los cual puede ser clasificado en uno de los cuatro estilos de crianza específicos: autoritarios, con autoridad, indulgente y no involucrado (Hughes et al., 2005).

De acuerdo a éstas dos dimensiones, se clasifican como alta demanda/alta responsabilidad (con autoridad), alta demanda/baja responsabilidad (autoritario), baja demanda/alta responsabilidad (indulgente) y baja demanda/baja responsabilidad (no involucrado) (Hughes et al., 2005).

Las primeras investigaciones respecto al concepto de estilos de crianza fueron realizadas por Diana Baumrind quien investigó y publicó su literatura clásica en los años 1967 y 1971, la autora consideró la interrelación que existe entre tres variables paternas básicas: control, comunicación e implicación afectiva. Esta autora realizó investigación sobre la forma en la cual socializa la familia siendo esta un punto de partida para la creación de nuevos conocimientos respecto al control parental y el desarrollo del hijo con el objetivo de descubrir si los estilos educativos de los padres tienen relación con el comportamiento del hijo (a).

Diana Baumrind propuso tres estilos educativos paternos, mediante los cuales los padres controlan la conducta de sus hijos: a) Estilo Autoritario; b) Estilo Permisivo y c) Con Autoridad mismos que están basados en el control y la implicación afectiva (relación padre-hijo, madre-hijo) (Baumrind, 1966).

Definió sus tres categorías principales de la siguiente manera: los padres autoritarios valoran la obediencia como una virtud, así como la dedicación a las tareas marcadas, la tradición y la preservación del orden. Favorecen las medidas de castigo o

de fuerza y están de acuerdo en mantener a los niños en un papel subordinado y en restringir su autonomía. Dedicar muchos esfuerzos a influir, controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones preestablecidos. No facilitan el diálogo y en ocasiones, rechazan a sus hijos/as como medida disciplinaria.

Algunos autores como MacCoby y Martin (1983) y Torío, Peña y Rodríguez (2008) señalan que el estilo autoritario es el que tiene más repercusiones negativas sobre la socialización de los hijos, como la falta de autonomía personal y creatividad, menor competencia social o baja autoestima y genera niños descontentos, reservados, poco tenaces a la hora de perseguir metas, poco comunicativos y afectuosos y tienden a tener una pobre interiorización de valores morales.

Por otra parte los padres con autoridad o democráticos: intentan dirigir la actividad del niño imponiéndole roles y conductas maduras pero utilizan el razonamiento y la negociación. Los padres de este estilo educativo tienden a dirigir las actividades del hijo de forma racional. Parten de una aceptación de los derechos y deberes propios, así como de los derechos y deberes de los niños, lo que Diana Baumrind consideraba como una «reciprocidad jerárquica», es decir, cada miembro tiene derechos y responsabilidades con respecto al otro.

Es un estilo que se caracteriza por la comunicación bidireccional y un énfasis compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el hijo. Dicho estilo produce, en general, efectos positivos en la socialización: desarrollo de competencias sociales, índices más altos de autoestima y bienestar psicológico, un nivel inferior de conflictos entre padres e hijos, entre otros. Estos niños suelen ser interactivos y hábiles en sus relaciones con sus iguales, independientes y cariñosos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

En lo que respecta al padre permisivo, éstos se caracterizan por comportarse sin autoridad ante el hijo, de tal manera que le brindan al hijo autoridad siendo el quien

decide sus actividades. Los padres permisivos proporcionan gran autonomía al hijo siempre que no se ponga en peligro su supervivencia física. El prototipo de adulto permisivo requiere que se comporte de una forma afirmativa, aceptadora y benigna hacia los impulsos y las acciones del niño. Su objetivo fundamental es liberarlo del control y evitar el recurso a la autoridad, el uso de las restricciones y castigos. No son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas.

Uno de los problemas que presenta el estilo permisivo consiste en que los padres no siempre son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los niños respecto a conductas agresivas y el logro de independencia personal. Aparentemente, este tipo de padres forman niños alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y con bajos niveles de madurez y éxito personal (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

MacCoby y Martin (1983) modificaron las investigaciones de Baumrind, interpretando las dimensiones básicas propuestas por Baumrind, redefiniendo los estilos parentales en función de dos aspectos básicos: a) el control o exigencia: presión o número de demandas que los padres ejercen sobre sus hijos para que alcancen determinados objetivos y metas; b) el afecto o sensibilidad y calidez: grado de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las necesidades de los hijos, sobre todo, de naturaleza emocional. Según estos autores, de la combinación de las dimensiones mencionadas y de su grado, se obtienen cuatro estilos educativos parentales: estilo autoritario-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente.

El estilo permisivo que Baumrind había descrito fue dividido por MacCoby y Martin (1983) en dos estilos nuevos, al observar que la permisividad presentaba dos formas muy diferentes: el estilo permisivo-indulgente y el permisivo-negligente, este último desconocido en el modelo de Diana Baumrind y que se asocia a un tipo de maltrato (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

MacCoby y Martin (1983) indican la necesidad de distinguir entre dos tipos de familias permisivas: las indulgentes y las negligentes. El estilo permisivo-indulgente podría definirse por tres características fundamentales de la conducta parental ante el niño: a) la indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas; b) la permisividad y c) la pasividad. Evitan, en lo posible, la afirmación de la autoridad y la imposición de restricciones. Hacen escaso uso de castigos, tolerando todos los impulsos de los hijos.

En los hogares se promueve la comunicación abierta y el clima democrático, este estilo de disciplina familiar se caracteriza, principalmente, por una interacción carente de sistematización y no suele ofrecer un modelo con el que el hijo pueda identificarse o imitar. Los padres no son directivos, ni asertivos y tampoco establecen normas en la distribución de tareas o en los horarios dentro del hogar y acceden fácilmente a los deseos de los hijos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Los padres permisivos o indulgentes son tolerantes en cuanto a la expresión de impulsos, incluidos los de ira y agresividad, pero se destaca que les preocupa la formación de sus hijos. Responden y atienden a sus necesidades, a diferencia de los permisivos-negligentes, cuya implicación y compromiso paterno es nulo. Según los estudios, los hijos de hogares permisivos presentan índices favorables en espontaneidad, originalidad y creatividad, así como mejor competencia social, se ven favorecidos en autoestima y confianza, obtienen puntuaciones más bajas en los logros escolares y menor capacidad para la autorresponsabilidad, siendo más propensos a la falta de autocontrol y autodominio (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Estudios relacionados

En este apartado se presentan los estudios relacionados con las variables de estudio. Cabe mencionar que respecto a la PPH se incluyeron resultados documentados en dos revisiones sistemáticas y posteriormente los estudios que abordan EMAI y finalmente un estudio que abordó ambas variables.

Parry, Netuweili, Parry y Saxena (2008) realizaron una revisión sistemática con el fin de determinar qué proporción de los padres de niños de 2-12 años considerados con SP de acuerdo a estándares clínicos aceptados internacionalmente podrían reconocer que su hijo tenía SP. En esta revisión sistemática se incluyeron estudios realizados en Norte y Centro América, Australia, Europa y África del sur. Sin considerar nivel socioeconómico, grupo étnico y lengua.

En la revisión antes mencionada, se incluyeron 22 estudios y un meta-análisis en los cuales participaron 16,128 diadas de éstas 3864 tenían un hijo con OB basados en criterios objetivos, no se consideraron los estudios que evaluaban la percepción mediante imágenes.

Se encontró que para definir SP en los estudios se utilizaron varias definiciones. Siete de los estudios definieron SP como un IMC \geq percentil 95 de acuerdo a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) estos estudios incluyeron 1,071 niños (con tamaño de muestra entre 19 hasta 570). El reconocimiento de los padres de su hijo con SP se ubicó entre 10.5% a 79%. Solo el estudio de Maynard et al. (2003). incluyó participantes a nivel nacional y encontró que el 67% de los padres percibieron correctamente el SP de su hijo.

Otros cuatro estudios definieron el SP de acuerdo a la norma propuesta por la International Obesity Task Force (Cole et al., 2000). En estos estudios participaron 2,387 niños con SP (su tamaño de muestra varió entre 12 y 962). Se encontró que el porcentaje de padres que reconocieron a su hijo con SP se ubicó entre 6.2 y 73.5, la mayoría se ubicó entre 30% y 50% (1,912 niños).

Un estudio pequeño ($n = 51$) definió SP como un IMC mayor al 91° percentil y encontró un 25% de reconocimiento de la condición de SP. Dos estudios realizados en Estados Unidos definieron SP como un percentil >90 , con un reconocimiento del SP del hijo entre 21% y 5.9%, respectivamente. El último estudio que se incluyó fue publicado en 1990 (10 años antes que cualquiera de los otros estudios incluidos en esta revisión),

era un pequeño estudio ($n = 17$) y se consideró de mala calidad. Otros tres estudios definieron a niños con SP como aquellos que tenían un IMC > percentil 85, con proporciones de reconocimiento de 16%, 22% y 28%.

Mentink, Paulis, Middelkoop, Bindels y Wouden (2013) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de estudiar las diferencias entre la percepción de los padres y el estado del peso real de los niños, incluyeron 51 artículos y una muestra de 35,103 niños de los cuales 11,530 (32.9%) presentaban SP, fueron clasificados de acuerdo a su IMC. Cuando se realizaron los estudios los participantes tenían entre 2 y 18 años, en esta revisión sistemática se encontró que el 63.4% de los padres de hijos con SP no tienen una correcta percepción sobre el peso de su hijo y solo el 32.4% de los padres de hijos con SP lo percibían correctamente. Seis de los estudios utilizaron imágenes para medir la percepción del SP de hijo aplicándolo a 1,196 niños de los cuales 392 (32.8%) tenían SP de esos 392 niños y el 47.7% de los padres tenían una percepción incorrecta del peso del hijo. De los 35,103 niños participantes, 11,530 tenían SP (32.9%), de los cuales solo a 4,339 (37.6%) niños sus padres los percibieron como con SP, mientras que 7,191 (62.4%) fueron mal percibidos. 32 estudios de tipo cualitativo utilizaron la descripción verbal de los que el 37% de los hijos que presentaban SP fueron bien percibidos por los padres durante el análisis de subgrupos de edad, reveló que el 86% de los padres de los niños de 2-6 años no reconocen el SP de sus hijos.

Respecto a los estudios de la variable EMAI, Wake, Nicholson, Hardy y Smith (2007) realizaron un estudio en Australia con el objetivo de determinar la relación entre el IMC de hijos de 4 a 5 años de edad y las dimensiones de crianza parental. Participaron 2,537 niños y 2,446 niñas con una edad promedio de 56.9 meses de los cuales 15% tenía SP y el 5% presentaba OB. Las madres y los padres auto-reportaron sus conductas parentales a través del Child Rearing Questionnaire, el cual consta de cinco ítems dirigidos a la selección de frecuencia de conductas afectivas, se utilizaron tres escalas las cuales fueron (calidez, control e irritabilidad) y se clasificaron en uno de los cuatro

estilos de crianza (con autoridad, autoritario, indulgente y no involucrado). Se analizaron los factores asociados con el IMC del hijo, incluyendo el IMC de las madres y los padres.

No se encontró asociación entre el estilo de crianza materno y el IMC del niño ($p = .85$). Sin embargo se encontró fuerte evidencia de asociación entre el estilo de crianza paterno y el IMC del hijo ($p = .002$). Después de ajustar las covariables, se encontró una fuerte evidencia que asocia el estilo de crianza paterno con el IMC del hijo ($p = .002$). Las probabilidades de tener un niño con un IMC mayor aumentaron en un 59% (IC del 95%: 25 -103) para los padres con un estilo indulgente y en un 35% (95% IC: 2 -80) para aquellos padres no involucrados.

Olvera y Power (2010) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar longitudinalmente las relaciones entre los cuatro estilos de crianza (con autoridad, autoritario, indulgente y no involucrado) y el peso del niño en las familias Mexicano-americanas, este estudio realizó valoraciones por 4 años. Participaron 80 diadas, (madres México-americanas de bajos ingresos con hijos entre 4 y 8 años). El 37% de las madres México-americanas se caracterizaron con un estilo no involucrado, 28% indulgente, 19% con autoridad y 16% autoritarias.

En los resultados se encontró que los hijos de madres México-americanas indulgentes eran propensos a desarrollar SP 3 años más tarde que los niños de madres autoritarias o con autoridad.

Hoerr, Hugues, Fisher, Nicklas, Liu y Shewchuk (2009) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la asociación de los estilos de alimentación de cuidadores de niños y el consumo de comida en familia multiétnicas. Participaron 715 hijos y sus padres quienes contestaron el Caregiver's Feeding Styles Questionnaire, con el cual evaluaron 2 puntuaciones derivadas de la exigencia/ control y responsabilidad/ afecto, a través de 7 ítems con los que se calificaba del 1-5 donde 1 significa nunca y 5 siempre. Se reportaron datos de alimentación tanto de los niños como de los padres. Los

participantes eran de Texas y Alabama, representando tres grupos étnicos, africano-americano (43%), hispanos (29%), y blancos (28%).

La ingesta de comida en estos grupos fue calculada basada en tres días de dieta de la ingesta de comida en el niño a partir de las tres de la tarde hasta la hora de dormir. Se encontró que los estilos de alimentación indulgente tenían una relación negativa en la ingesta de comida alta en nutrientes como la fruta y vegetales y a diferencia de hijos de padres con estilo autoritario en los cuales la ingesta de alimentos lácteos fue menor (1.77 ± 0.09 vs 1.45 ± 0.09 y 1.42 ± 0.11 tazas).

Tovar et al., (2012) realizaron un estudio en el cual participaron inmigrantes recién llegados a Estados Unidos e inmigrantes que tienen mayor tiempo con el objetivo de identificar los factores de riesgo que predisponen al hijo al aumento de peso. Participaron 383 diadas (madre-hijo), en un estudio controlado aleatorizado de intervención sobre el estilo de vida para prevenir el aumento de peso en las madres que inmigraron recientemente a Estados Unidos. Se valoró el peso y talla de la madre, así como del hijo, aspectos sociodemográficos y se utilizó el Caregiver's Feeding Styles Questionnaire (CFSQ).

La edad promedio de los hijos participantes fue de 6.2 ± 2.7 años, de los cuales 58 % eran hombres y 42% eran mujeres. Las madres habían estado en el país durante un promedio de 6 ± 3.3 años y eran procedentes de Brasil (36 %), Haití (34 %) y el resto eran Latinos (30 %). El 62% de las madres presentaron SP-OB, mientras que el 43 % de los niños presentaron SP-OB, el 15% de las madres presentó estilo de alimentación con autoridad, 32 % autoritario, 34 % como indulgente y el 18% como no involucrado. El estilo de alimentación indulgente, se asoció de forma positiva ($\beta = 0.56$, $p = .01$) con mayor peso del hijo.

Rhee, Lumen, Applugliese, Kaciroti y Bradley (2006) realizaron un estudio con el propósito de determinar la relación entre los estilos de crianza de alimentación y el SP- OB en niños de primer año. La variable dependiente fue el SP en niños de primer

grado y la variable independiente: los estilos de crianza.

La muestra incluyó a 872 niños de 54 meses de edad. El 11.1 % tenía SP y 13.4% estaba en riesgo. Los hijos de madres con estilo autoritario ($n = 298$) tuvieron mayor riesgo de tener SP en comparación con los hijos de madres con autoridad ($n = 179$). Los niños de madres indulgentes ($n = 132$) y de madres no involucradas ($n = 263$) tuvieron el doble de probabilidad de presentar SP, en comparación con los hijos de madres con autoridad. Los hijos de padres autoritarios tuvieron casi 5 más veces de probabilidad de tener sobrepeso comparados con los niños de padres con autoridad (*OR*: 4.88; 95% *IC*: 2.15-11.10; $p < .001$).

Los hijos de padres permisivos o no involucrados tuvieron el doble de probabilidad de tener SP en comparación a los hijos de padres con autoridad (permisivo *OR*: 2.84 *IC* 95% 1.10 - 7.35 $p = .03$, no involucrado *OR*: 2.67 *IC* 95% 1.12 - 6.38 $p = .03$).

Yilmaz et al. (2013), realizaron un estudio en Turquía con el propósito de evaluar la relación entre la PMPH por imágenes y los estilos de alimentación. Participaron 380 diadas entre madre - hijo preescolar con edad entre 5 y 7 años (media de 6.14). El IMC de los hijos se clasificó de acuerdo a las Tablas de Crecimiento del Centro Nacional de Estadísticas en Salud, se consideró BP a un en el percentil IMC < 5 , peso normal a un IMC entre el percentil 5 y 95 y SP a un IMC $>$ al percentil 95. Más de la mitad 57.9% de las madres, percibieron de forma adecuada el peso de su hijo. El 57.4% de las madres de hijos con bajo peso tuvo una adecuada PMPH, en el grupo de madres de hijos con peso normal el 58.2% y en las madres de hijos con SP el 53.7%, la diferencia fue significativa $v = 0.396$, $p < .001$.

Al evaluar las puntuaciones de los estilos de alimentación se encontraron diferencias significativas cuando los padres perciben a su hijo como con bajo peso o como con SP, cuando se perciben como bajo peso (13.91 ± 4.27) y como SP (11.83 ± 4.26) ($p = .015$) en la sub-escala alimentación emocional y entre la percepción del peso

como normal 32 [28-35] y como SP 29.5 [26-33] en la sub-escala de estimulación de la alimentación ($p = .033$). El incremento de las puntuaciones en estas subescalas indica que cuando los padres subestiman el peso de hijo tienden a estimular la alimentación.

En síntesis la literatura revisada muestra que los padres tienden a subestimar el peso del hijo, se han encontrado proporciones de PMPH adecuada que varían entre el 105% y el 79%. Otro aspecto que cabe señalar es que para definir SP-OB se han utilizado diferentes indicadores, tales como los propuestos por el Centro de Control de Enfermedades o del International Obesity Task Force. Los estudios se han realizado en países tales como Estados Unidos, Turquía, Alemania e Italia y en las revisiones sistemáticas solo se incluyen artículos publicados en idioma Inglés.

Respecto a los EMAI se ha encontrado que predomina el estilo no involucrado, seguido del estilo indulgente, el cual se ha relacionado con un mayor IMC de los hijos, así como con una menor ingesta de frutas y vegetales. Además se ha documentado que el estilo del padre se relaciona con el IMC de los hijos y que los hijos de padres con estilo indulgente o no involucrado tienen hasta cinco veces más probabilidad de presentar SP en comparación a hijos de padres con estilo autoritario.

Definición de términos

Percepción materna del peso del hijo (PMPH) es el juicio referido por la madre, respecto al peso de su hijo. Lo cual se evaluó mediante la respuesta de la madre a la pregunta Creo que mi niño esta, con opciones de respuesta desde bajo peso hasta con sobrepeso, lo que se denominó percepción por palabras (PP) y se clasificó como percepción adecuada, a) cuando las madres de niños con bajo peso refirieron las opciones bajo(a) de peso y un poquito bajo(a) de peso, b) cuando las madres de niños con peso normal lo refirieron como peso Normal, c) cuando las madres de niños con SP lo refirieron como con un poco de SP y d) cuando las madres de niños con OB los señalaron como con mucho SP.

Además se evaluó por imágenes (PI) lo cual fue el juicio referido por la madre al

seleccionar la imagen que representa el peso de su hijo, lo que se evaluó mediante las imágenes diseñadas por Eckstein et al. (2006). Se consideró PMPH adecuada cuando las madres de hijos SP-OB seleccionen la imagen media o mayor y cuando las madres de hijos con peso normal seleccionen la imagen menor a la media.

Los estilos maternos de alimentación infantil son las actitudes y comportamientos que la madre utiliza en la interacción con su hijo al momento de la alimentación. Se clasifican en cuatro tipos: a) alta demanda/ alta responsabilidad (con autoridad), b) baja demanda/ alta responsabilidad (indulgente), c) alta demanda/ baja responsabilidad (autoritario) d) baja demanda/ baja responsabilidad (no involucrado), lo cual se evaluó con el cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (Hughes et al. 2005).

Objetivos Específicos

- 1) Evaluar la PMPH de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo y verificar si existen diferencias.
- 2) Describir los EMAI.
- 3) Identificar el EMAI de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo y verificar si existen diferencias.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño, población, muestreo y muestra, mediciones, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y estrategias de análisis de datos.

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional (Burns & Grove 2012). Se considera descriptivo dado que describió la PMPH y los EMAI. Es correlacional dado que identificó el EMAI que utilizan las madres de acuerdo a la PMPH y estado nutricional del hijo.

Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio fueron 961 diadas (madre-hijo pre-escolar). Las madres fueron reclutadas a partir de su hijo pre-escolar que se encontraba inscrito en una institución educativa pública de la Zona Escolar No 19, la cual se integra por 10 instituciones públicas de educación pre-escolar que pertenecen al municipio de San Nicolás de los Garza N. L.

La muestra se calculó con un nivel de confianza de .95, prueba bilateral, con enfoque conservador de .50, límite de error de estimación de .03 y una tasa de no respuesta de 5% con lo cual resultó un tamaño de muestra de 209 hijos. Los cuáles fueron seleccionados por muestreo estratificado de acuerdo al tamaño del estrato, donde cada una de las instituciones educativas fueron el estrato.

Criterios de Inclusión

- Mujeres que se declaren como madres del menor pre-escolar
- Niños pre-escolares inscritos en el período escolar 2015 – 2016
- Madres que sepan leer y escribir

Criterios de Exclusión

Se excluyeron niños con enfermedades que podrían alterar su crecimiento o peso

corporal (diabetes, cáncer, desnutrición) referidos por la madre en la cédula de datos sociodemográficos.

Mediciones

De lápiz y papel

La PMPH se evaluó mediante por la pregunta “Creo que mi niño/a está...”, con opciones de respuesta de “bajo/a de peso”, “un poquito bajo/a de peso”, “más o menos con el peso correcto”, “con un poco de SP y con SP”, lo que se consideró PP y mediante un panel integrado por 7 imágenes de acuerdo a edad y sexo del hijo (Eckstein et al., 2006), lo que se consideró PI.

Para evaluar los estilos maternos de alimentación, se aplicó el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) (Hughes et al. 2005) (Apéndice B). El cual de acuerdo a su autor, se elaboró a partir de la revisión de la literatura existente y de las mediciones de alimentación infantil, además de videos filmados en casa y en el salón de clases, lo que permitió generar los ítems que después fueron revisados por especialistas en nutrición y psicólogos expertos en psicología del desarrollo (Hughes et. al. 2005)

El CEAC consta de 19 ítems que evalúan los estilos de crianza de alimentación con respuestas tipo Likert que van de 1) nunca hasta 5) siempre. Los ítems se agrupan en dos dimensiones demanda y responsabilidad. Para calcular la puntuación de demanda se calcula el promedio de los 19 ítems y responsabilidad es el promedio de los 7 ítems centrados en el hijo (3, 4, 6, 8, 9, 15 y 17) dividido entre el promedio de los 19 ítems.

Posteriormente se calcula la media de ambas dimensiones en esta población y se categorizaran a los participantes en alta/baja demanda y alta/baja responsabilidad y se clasifican en cuatro estilos: 1) con autoridad (alta demanda/ alta responsabilidad), 2) autoritario (alta demanda/ baja responsabilidad), 3) indulgente (Baja demanda/ alta responsabilidad) y 4) no involucrado (baja demanda/ baja responsabilidad).

Mediciones antropométricas

Se realizaron mediciones de peso y talla de madre e hijo. Para medir el peso se utilizó la báscula SECA modelo 813 con capacidad para 150 kilogramos con una precisión de 0.1 kg. La estatura se midió con el estadímetro SECA modelo 214. Con los datos de peso y estatura se calculó el IMC y se clasificó en percentiles de acuerdo a lo establecido por la OMS (2006) en desnutrición un IMC < 3 percentil, bajo peso un IMC ≥ 3 y < 15, peso normal IMC ≥ 15 y < 85, SP un IMC en el percentil ≥ 85 y < 97 y OB un IMC ≥ 97 percentil.

Respecto a las mediciones maternas de peso y talla se calculó el IMC y se clasificó de acuerdo a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2010) como: bajo peso (<18.5), peso normal (18.5 a 24.9), pre-obesidad (25.0 a 29.9), OB I (30.0 a 34.9), OB II (35.0 a 39.9) y OB III (>40), las cuales se registraron en un formato de registro de mediciones antropométricas (Apéndice C).

Procedimientos de recolección de la información

Después de haber obtenido la aprobación de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó autorización de los Directores de cada una de las instituciones educativas para acordar los espacios físicos y una reunión con las madres de los niños en la cual se les explicaron los objetivos del estudio y los procedimientos a realizar.

Se envió al domicilio por conducto del hijo un aviso solicitando la participación voluntaria a las madres, al asistir a la reunión se solicitó la firma del consentimiento informado (Apéndice D). Posteriormente se aplicó el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) y se evaluó la PMPH, después se procedió a realizar las mediciones a las madres y niños en un lugar asignado por los directivos de la institución, se establecieron horarios para realizar las mediciones antropométricas con la autorización previa de la madre para la participación de su hijo. Si por alguna razón las madres no asistieron a la reunión programada se notificó por segunda ocasión a través de las maestras a cargo del grupo y a aquellas madres que no se presentaron por segunda

ocasión fueron sustituidas por la siguiente participante de acuerdo a las listas de los grupos. Además se solicitó información sociodemográfica (Apéndice E).

Consideraciones Éticas

El presente proyecto contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL y se apejó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud (1987), se solicitó autorización al profesor del grupo para realizar las mediciones de las madres y de los niños.

De acuerdo al Capítulo I, se respetó el Artículo 13, mismo que refiere que prevaleció la protección de los derechos y bienestar de los sujetos de estudio, en este caso de la madre y del hijo, solicitando la participación voluntaria tanto de la madre como del hijo (a) y la firma del consentimiento informado, además los cuestionarios fueron aplicados en un salón designado para tal fin, así como las mediciones antropométricas cuidando la privacidad.

De acuerdo con el Artículo 14, fracciones I, V, VI, VII Y VIII, el estudio contó con el consentimiento informado por escrito de la madre del menor, el cual fue desarrollado por profesionales de salud, en este caso lo elaboró un estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería y contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL y de la autorización del personal directivo de las instituciones educativas seleccionadas.

Artículo 16 que señala que en las investigaciones en seres humanos se debe proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación durante las mediciones, se estableció el compromiso de que solo se identificará al participante cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, así mismo los cuestionarios serán resguardados por un año en un lugar al cual solo tiene acceso personal de investigación, las mediciones antropométricas se realizaran en un espacio destinado para tal fin.

Respecto a la fracción II del Artículo 17 estipula que el presente estudio se

consideró de riesgo mínimo, ya que se realizaron mediciones de peso y talla, para lo cual tuvieron que estar descalzos, por tanto para disminuir el riesgo de caída se colocó un tapete anti-derrapante y se evitó que el niño pisara el suelo sin calzado y se permitió la presencia de la madres, si estas lo solicitaron,

De acuerdo al Artículo 18 que estipula que el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste, se consideró la suspensión de madres participantes si así ellas lo deseaban, sin repercusiones para ella o su hijo.

Respecto al Artículo 21 el cual describe que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en el caso que participen , su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, para el cumplimiento de las Fracciones I, II, III, IV, VI, VII Y VIII, se brindó una explicación clara respecto a los objetivos del estudio y se garantizó la confidencialidad de la información y la libertad de retirarse el cualquier momento si el participante lo decidía.

Estrategias de análisis estadístico

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico Statistics Package for Social Sciences (SPSS) versión 20 para Windows, se obtuvieron estadísticas descriptivas de variables sociodemográficas y de las variables de estudio. Para verificar los objetivos de investigación se construyeron tablas de contingencia y se aplicó la prueba de Chi-cuadrada.

Capítulo III

Resultados

Este capítulo presenta los resultados del estudio. En primer lugar se analizó la consistencia interna del cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC). Se presentan las estadísticas descriptivas de los datos sociodemográficos y de las mediciones antropométricas tanto de la madre como del hijo, posteriormente las estadísticas descriptivas de las variables de estudio y finalmente los datos estadísticos que permitieron verificar los objetivos del estudio.

Estadística descriptiva de información sociodemográfica y antropométrica de los participantes y prueba de normalidad

Participaron 259 diadas (madre e hijo). La edad materna promedio fue 30.02 años ($DE = 6.68$), la escolaridad en años promedio fue 10.39 ($DE = 3.08$). La mayoría de las participantes se dedicaba al hogar (78.8%, $n = 204$) y el 21.2% ($n = 55$) trabajaba fuera de casa.

Respecto a las madres que trabajaban fuera de casa se encontró que el 5.0% ($n = 13$) realizaba trabajo profesional y el 16.2% trabajo no profesional. El promedio de horas que trabajaban fuera de casa fue 7.83 diarias ($DE = 17.35$). Respecto al estado civil el 59.5% ($n = 154$) señaló estar casada, un 24.7% ($n = 64$) estaban en unión libre y un 10% ($n = 26$) refirió estar soltera. En relación a los hijos, el 52.1% ($n = 135$) fueron de sexo masculino y el 47.5 ($n = 123$) pertenecía al sexo femenino, la edad promedio fue 4.35 años ($DE = .695$).

Respecto a las estadísticas descriptivas de las variables antropométricas de la diada (madre e hijo). El peso materno promedio fue de 69.24 kgs ($DE = 14.80$), talla promedio de 1.58 mts ($DE = 0.64$) y un IMC promedio de 27.61 ($DE = 5.50$). Respecto al peso del hijo se encontró una media de 18.46 ($DE = 4.96$), talla media de 59.4 cms ($DE = 52.92$) un IMC promedio de 15.95 ($DE = 3.58$), esta información se presenta en la tabla 1.

Tabla 1

Estadísticas descriptivas y prueba de normalidad de mediciones antropométricas maternas y del hijo y variables de interés

Variable	\bar{X}	DE	Valor		D^a	p
			Mínimo	Máximo		
Madre						
Peso (Kg)	69.24	14.80	36.90	115.20	.032	.200
Talla (cm)	1.58	.06	1.40	175.00	.052	.089
IMC	27.61	5.50	15.56	46.15	.038	.200
Hijo						
Peso (Kg)	18.46	4.9	9.20	57.00	.166	.000
Talla (cm)	59.44	52.92	.92	126.00	.312	.000
IMC	15.95	3.58	9.20	57.00	.210	.000

$n = 259$ IMC = Índice de masa corporal D^a = prueba de kolmogorov Smirnov

Consistencia interna del cuestionario utilizado

La tabla 2 presenta la evaluación de la consistencia interna del CEAC mediante el coeficiente alpha de Cronbach, el cual fue de 0.897, lo que se consideró aceptable (Burns & Grove, 2012).

Tabla 2

Consistencia Interna del Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC)

Cuestionario	Numero de ítems	valor de alpha
Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC)	19	.897

Fuente: CEAC

$n = 259$

Posteriormente se clasificó el IMC materno de acuerdo a los criterios establecidos por la OMS y se encontró que el 68.7% ($n = 178$) de las madres participantes presentó algún problema relacionado con OB. La información se presenta

en la tabla 3.

Tabla 3

Estado nutricio materno según la OMS

Estado nutricio	<i>f</i>	%
Bajo peso	11	4.2
Normal	70	27.0
Pre-obesidad	97	37.5
Obesidad I	55	21.2
Obesidad II	21	8.1
Obesidad III	5	1.9
Total	259	100

Respecto al estado nutricio del hijo, se encontró que el 22.4% presento SP-OB, la información se presenta en la tabla 4.

Tabla 4

Estado nutricio del hijo

Estado nutricio	<i>f</i>	%
Desnutrición	11	4.2
Bajo peso	29	11.2
Peso normal	161	62.2
Sobrepeso	31	12.0
Obesidad	27	10.4
Total	259	100

Estadística descriptiva para verificar los objetivos

En este apartado se presenta la estadística para verificar los objetivos del estudio. De acuerdo al objetivo específico 1 que señala evaluar la PMPH de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo y verificar si existen diferencias. Se formaron dos grupos,

el estado nutricio desnutrido, bajo peso y peso normal, formaron un grupo y el estado nutricio SP y OB otro grupo y la PMPH se consideró en términos de adecuada y no adecuada.

Los resultados de la PMPH por PP se muestran en la tabla 5, se encontró que el 91.4% de las madres de hijos con SP-OB no tienen una percepción adecuada, solo el 8.6% de las madres tiene una percepción adecuada del peso de su hijo, la diferencia fue significativa ($X^2 = 68.03$, $gl = 1$, $p < .001$).

Tabla 5

PMPH por PP de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo

Estado nutricio	No SP-OB		Si SP-OB	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Adecuada	140	69.7	5	8.6
No Adecuada	61	30.3	53	91.4
Total	201	100	58	100

($X^2 = 68.03$, $p < .001$). SP-OB = sobrepeso-obesidad, PMPH = percepción materna del peso del hijo.

La tabla 6 muestra los resultados de la PMPH por PI se encontró que 62.1% de madres de hijos con SP no tienen una percepción adecuada del peso de su hijo y solo el 37.9% tiene percepción adecuada, se encontró una diferencia significativa ($X^2 = 47.99$, $p < .001$).

Tabla 6

PMPH por PI de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo

Estado nutricio	Sin SP-OB		Con SP-OB	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Adecuada	168	83.6	22	37.9
No Adecuada	33	16.4	36	62.1

Total	201	100	58	100
-------	-----	-----	----	-----

($X^2 = 47.99$, $p < .001$). SP-OB = sobrepeso-obesidad, PMPH = percepción materna del peso del hijo.

Para verificar el objetivo específico 2 que señala describir los EMAI se calcularon frecuencias y porcentajes de la variable estilos y se encontró que el 35.5% ($n = 92$) de las madres tuvieron estilo autoritario, seguido por el 31.7% ($n = 82$) que tuvieron un estilo indulgente. La información se presenta en la tabla 7.

Tabla 7

Estilos maternos de alimentación

EMAI	<i>f</i>	%
Con autoridad	45	17.4
Autoritario	92	35.5
Indulgente	82	31.7
No involucrado	40	15.4
Total	259	100%

Posteriormente para identificar el EMAI de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo y verificar si existen diferencias (objetivo específico 3) se construyó una tabla de contingencia y se aplicó la prueba *chi*-cuadrada. Se encontró que predominó el estilo autoritario independientemente de la presencia de SP-OB del hijo, el valor de *chi*-cuadrada fue ($X^2 = 0.780$, $gl = 3$, $p > .005$). La información se muestra en la tabla 8.

Tabla 8

Estilo materno de alimentación infantil de acuerdo a si/no presencia de SP-OB del hijo

EMAI	No SP-OB		Si SP-OB	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Con autoridad	36	17.9	9	15.5
Autoritario	72	35.8	20	34.5

Indulgente	64	31.8	18	31.0
No involucrado	29	14.3	11	19.0
Total	201	100.0	58	100.0

($\chi^2 = 0.780$, $gl = 3$, $p = .854$) EMAI = Estilo materno de alimentación infantil SP-OB = Sobrepeso-obesidad.

Para verificar el objetivo general que señala identificar el EMAI de acuerdo a la PMPH y al estado nutricional del hijo, se encontró que predominó el estilo autoritario, independientemente de la PMPH y del estado nutricional del hijo. Los datos se muestran en la tabla 9.

Tabla 9

EMAI de acuerdo a la PMPH por PP y estado nutricional del hijo

PMPH	EMAI	Estado nutricional							
		Bajo Peso		Peso normal		Sobrepeso		Obesidad	
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Adecuada	Autoritario	7	43.7	45	36.3	2	50.0	1	100
	Con Autoridad	0	0	23	18.5	0	0	0	0
	Indulgente	6	37.5	37	29.8	0	0	0	0
	No involucrado	3	18.8	19	15.3	2	50.0	1	100
Total		16	100	124	100	4	100	1	100
No Adecuada	Autoritario	5	20.9	15	40.5	10	37.0	7	26.9
	Con Autoridad	5	20.9	8	21.6	6	22.2	3	11.5
	Indulgente	10	41.6	11	29.7	10	37.0	8	30.8
	No involucrado	4	16.6	3	8.1	1	3.8	8	30.8
Total		24	100	37	100	27	100	26	100

De igual forma se identificó que el estilo de alimentación que utilizan las madres

de acuerdo al estado nutricional del hijo y a la PMPH evaluada por PI, es el estilo autoritario e indulgente, independientemente del estado nutricional del hijo y de la PMPH, los datos se muestran en la tabla 10.

Tabla 10

EMAI de acuerdo a la PMPH por PI y estado nutricional del hijo

PMPH	EMAI	Estado nutricional							
		Bajo Peso		Peso normal		Sobrepeso		Obesidad	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Adecuada	Autoritario	7	43.7	45	36.3	2	50.0	1	100
	Con Autoridad	0	0	23	18.5	0	0	0	0
	Indulgente	6	37.5	37	29.8	0	0	0	0
	No involucrado	3	18.8	19	15.3	2	50.0	0	100
Total		16	100	124	100	4	100	1	100
No Adecuada	Autoritario	5	20.9	15	40.5	10	37.0	7	26.9
	Con Autoridad	5	20.9	8	21.6	6	22.2	3	11.5
	Indulgente	10	41.6	11	29.7	10	37.0	8	30.8
	No involucrado	4	16.6	3	8.1	1	3.8	8	30.8
Total		24	100	37	100	27	100	26	100

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio que tuvo como objetivo general identificar el estilo de alimentación que utilizan las madres de acuerdo al estado nutricional del hijo y a la PMPH. Se les aplicó el cuestionario de estilos de alimentación del cuidador CEAC (Hugues 2005), el presentó su consistencia interna aceptable lo cual coincide con lo reportado por otros autores que realizaron investigaciones en países como Estados Unidos y Australia entre otros (Olvera & Power, 2010, Tovar Et al., 2012, Wake, Nicholson, Hardy & Smith, 2007).

Respecto a la PMPH esta fue evaluada por PP y por PI de acuerdo a Eckstein et al. 2006. En la literatura se han utilizado al menos tres métodos para evaluar la percepción del peso del hijo. El primero se basa en preguntas o afirmaciones con respuestas tipo escala tales como: 1) ¿Considera que su hijo(a) tiene sobrepeso, bajo peso o peso normal? (Maynard, Galuska, Blanck & Serdula, 2003), 2) Considera que su hijo(a) tiene: sobrepeso, bajo peso o peso normal (Jeffery, Voss, Metcalf, Alba, Wilkin; 2005), 3) ¿Cómo describiría el peso de su niño(a) en este momento? muy bajo de peso, bajo de peso, normal, sobrepeso o con bastante sobrepeso (Carnell, Edwards, Croker, Boniface, Wardle; 2005), 4) Creo que mi niño/a esta; bajo/a de peso, un poquito bajo/a de peso, más o menos con el peso correcto, con un poco de sobrepeso y con sobrepeso (Eckstein et al., 2006) .

Respecto a la PMPH por PI es posible señalar que ésta también ha sido evaluada mediante fotografías que se muestran a la madre, padre o cuidador (según sea el caso), a quien se le solicita seleccionar la imagen que mejor represente el peso de su hijo(a), estas imágenes se han diseñado de acuerdo a la edad y sexo del hijo. Para niños (as) preescolares se tienen las imágenes de Killion, Hughes, Wendt, Pease y Nicklas, 2006 y Warschburger y Kröler, 2009.

Sin embargo las imágenes de Eckstein et al. (2006) se pueden utilizar para

evaluar la PMPH han sido utilizadas por diferentes autores en países tales como México y han demostrado sensibilidad y validez aceptable. (Flores-Peña, Trejo-Ortiz, Gallegos-Cabriales & Cerda-Flores, 2009; Flores-Peña, Trejo-Ortiz, Ávila-Alpírez, Cárdenas-Villarreal, Ugarte-Esquivel, Gallegos-Martínez, Cerda-Flores, 2014; Flores-Peña, Cárdenas-Villarreal, Trejo-Ortiz, Ávila-Alpírez, Ugarte-Esquivel, Gallegos-Martínez, 2014 y Vallejo, Cortes-Rodríguez, Colin-Ramírez, 2015), Holanda (Oude, Stolk y Sauer, 2010) y Turquía (Yilmaz, Erkorkmaz, Ozcentin & Karaaslan, 2013).

Respecto al estilo materno de alimentación se encontró que el estilo que predominó en las participantes fue el autoritario (alta demanda / baja responsabilidad) las madres con este estilo se caracterizan por favorecer las medidas de castigo o de fuerza y están de acuerdo en mantener a los niños en un papel subordinado y en restringir su autonomía, por otra parte el estilo indulgente (baja demanda/ alta responsabilidad) fue el segundo estilo al que pertenecían las madres, el cual se caracteriza por que las madres son excesivamente condescendientes con sus hijos.

Esto hallazgos son consistentes con lo reportado por otros autores que han estudiado población Latina quienes reportan que predomina el estilo indulgente y posteriormente el autoritario (Olvera & Power, 2010, Tovar Et al., 2012). A este respecto cabe resaltar que la literatura reporta que los hijos de madres con estilo autoritario (alta demanda/ baja responsabilidad) tienen un mayor riesgo de tener SP en comparación con los hijos de madres con autoridad y los niños de madres indulgentes (baja demanda/ alta responsabilidad) (Rhee, Lumen, Applugliese, Kaciroti & Bradley, 2006).

Al evaluar el estilo de alimentación que utilizan las madres de acuerdo Al estado nutricional del hijo y de acuerdo a la PMPH se identificó que predominó el estilo autoritario. Respecto a esto primeramente podemos mencionar que la literatura es consistente al señalar que los padres no reconocen cuando su hijo tiene SP-OB, lo que es más notable en los niños de 2 a 6 años y cuando los padres tienen SP (Doolen, Alpert, &

Miller, 2009; Rietmeijer-Mentink, Paulis, Middelkoop, Bindels, & Wouden, 2013).

Además, un estudio realizado en Italia documentó que la prevalencia alta de OB infantil se asoció con la no adecuada percepción materna del peso del hijo (PMPH) (Binkin, Spinelli, Baglio, & Lamberti, 2013).

De acuerdo a esto es posible considerar que un primer paso en el tratamiento del SP-OB es ayudar a la madre a reconocer que su hijo tiene exceso de peso o que el exceso de peso de su hijo representa un problema para la salud, para que de esta manera pueda tener la disponibilidad de implementar cambios en los hábitos y conductas de los hijos (Eckstein et al., 2006).

Si el exceso de peso infantil se percibe como una enfermedad, las madres tendrían mayor probabilidad de involucrarse en conductas para prevenir y tratar el SP-OB infantil, sin embargo, si las madres no perciben esta situación como una enfermedad que requiere prevenirse y tratarse, las acciones podrían verse como expectativas con un resultado negativo, tales como el que cocinar los alimentos es una pérdida de tiempo o que el dinero con el que se cuenta es escaso para comprar alimentos que son de precio alto (Sosa, 2012).

Ahora de acuerdo a los resultados del presente estudio que permitieron identificar que independientemente de la PMPH y del estado nutricional del hijo las madres utilizan estilo de alimentación autoritario, se abre una ventana de oportunidades para el diseño de intervenciones, las cuales de acuerdo a los resultados del presente estudio deben considerar trabajar en modificar no solo la PMPH sino además los estilos de alimentación particularmente el estilo autoritario el cual como se mencionó se caracteriza por imponer reglas y exigencias sin considerar las expectativas del hijo (Hugues 2005).

Además la literatura resalta que el estilo autoritario no apoya a que el hijo interiorice los valores parentales y agregan que cuando los niños son pequeños los padres tienen mayor control pero cuando el niño es mayor, el control disminuye y esto

podría colocarlo al hijo en un riesgo mayor de desarrollar SP-OB. (Hughes, Power, Fisher, Mueller & Nicklas, 2005).

Finalmente la literatura distingue dos tipos control encubierto y control manifiesto. Respecto al control encubierto este se caracteriza por manipulación de los sentimientos y del apego con el hijo, no manejar límites y reglas estrictas, lo que podría incrementar la ingesta de calorías y grasas y por tanto un mayor IMC. De acuerdo a lo anterior se recomienda continuar estudiando la variable estilos de alimentación infantil y explorar las dimensiones de control manifiesto y encubierto y su relación con el IMC del hijo.

Referencias

- Baumrind, D. (1996). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Binkin, Spinelli, Baglio, & Lamberti, (2011). What is common becomes normal: the effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 23(5), 410 - 416
- Burns, N. & Grove, S. K. (2012) *Diseño de investigación en enfermería*, (260-333). (5ta. Ed). Elsevier, España.
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D. & Wardle, J. (2005) Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal Obesity*, 29(4):353-555.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240.
- Cunningham, S. A., Kramer, M. R., & Narayan, K. V. (2014). Incidence of childhood obesity in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 370(5), 403-411. doi: 10.1056/NEJMc1402397.
- Eckstein, K., Mikhail, L., Ariza, A., Thompson, J., Millard, S. & Binns, H. (2006). Parents' perceptions of the child's weight and health. *Pediatrics*, 117, 681-690.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados Nacionales. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados por entidad federativa, Nuevo León. Recuperado de: <http://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/3057-ensanut2012-resultados-entidad-federativa.html>
- Flores-Peña, Y., Trejo-Ortiz, P. M., Ávila-Alpirex, H., Cárdenas-Villarreal, V. M., Ugarte-Esquivel, A., Gallegos-Martínez, J. & Cerda-Flores, R. M. (2014).

- Predictores de la percepción materna del peso del hijo con sobrepeso-obesidad. *Universitas Psychologica*, 13(2). doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pppmp
- Genovesi, S., Giussani, M., Faini, A., Vogorita, F., Pieruzzi, F., Strepparava, M., et al. (2005). Maternal perception of excess weight in children: a survey conducted by pediatricians in the province of Milan. *Acta paediatrica*, 94, 747-752
- Gupta, N., Goel, K., Shah, P., & Misra, A. (2012). Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. *Endocrine Reviews*, 33(1), 48-70. <http://dx.doi.org/10.1210/er.2010-0028>
- Hoerr, S. L., Hughes, S. O., Fisher, J. O., Nicklas, T.A., Liu, Y. & Shewchuk, R. M. (2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(55). doi: 10.1186/1479-5868-6-55.
- Hughes, S. O., Power, T. G., Fisher, J. O., Mueller, S. & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 44, 83-92. doi: 10.1016/j.appet.2004.08.007.
- Hughes, S. O., Shewchuk, R. M., Baskin, M. L., Nicklas, T. A. & Qu, H. (2008). Indulgent feeding style and children's weight status in preschool. *JournalDev Behavior Pediatric*, 29 (5). doi: 10.1097/DBP.0b013e318182a976.
- Innella, N., Breitenstein, S., Hamilton, R., Reed, M. & McNaughton, D. B. (2015). Determinants of Obesity in the Hispanic Preschool Population: An Integrative Review. *Public Health Nursing*, 29. doi: 10.1111/phn.12215. [Epub ahead of print].
- King, I. (1992). Sistemas personales. En Grupo Noriega (Eds.). *Enfermería como profesión* (pp. 31-38). México, España, Venezuela, Argentina, Colombia, Puerto Rico: Limusa.
- MacCoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction, en Hetherington, E. M. y Mussen, P. H. (eds.).

- Handbook of child psychology: vol. 4. Socialization, personality and social development. New York, Wiley, 1-101.
- Mareno, N. (2013) Parental perception of child weight: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 70(1), 34-45. doi: 10.1111/jan.12143
- Olvera, N. & Power, T. G. (2010). Brief Report: Parenting styles and obesity in Mexican American children: a longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 243-249, doi: 1093/jpepsy/jsp071.
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. (2014). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Maynard, L. M., Galuska, D., Blanck, H., & Serdula, M. K. (2003) Maternal Perceptions of Weight Status of Children. *PEDIATRICS* Vol. 111 No. 5
- Mentink, M., Paulis, W., Middelkoop, M., Bindels, P., Wouden, J. (2013). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal Child Nutrition*, 9(1), 3-22.
- Parry, L., Netuveli, G., Parry, J., & Saxena S. (2008). A systematic review of parental perception of overweight status in children. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 31(3), 253-268. doi: 10.1097/01.JAC.0000324671.29272.04.
- Rachel L. Vollmer, Amy R. Mobley (2013) Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite* 71. 232-241
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117(6), 2047-2054.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México, D. F. Recuperado el 2 de Febrero del 2015, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.htm>.

- Torio, S. Peña, J. y Rodríguez, M. (2011). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoria de la educacion*. 20, pp. 151-178
- Tovar, A., Hennessy, E., Pirie, A., Must, A., Gute, D.M., Hyatt, R.R., Kamins, C.L. ... Economos, C.D. (2012). Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9 (62). doi: 10.1186/1479-5868-9-62.
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* 4(8) 47-53
- Ventura, A & Birch, L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 5:15. doi: 10.1186/1479-5868-5-15.
- Wake, M., Nicholson, J.M., Hardy, P. & Smith, K. (2007). Preschooler Obesity and Parenting Styles of Mothers and Fathers: Australian National Population Study. *Pediatrics*, 120 (6), doi: 10.1542/peds.2006-3707.
- Warschburger, P. & Kröller, K. (2009). Maternal Perception of Weight Status and Health Risks Associated With Obesity in Children. *Pediatrics*, 124, e60-e68.
- Yilmaz, R., Erkorkmaz, U., Ozcetin, M & Karaaslan, E. How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style? *Nutrición Hospitalaria*, 28(3):741-746

Apéndices

Apéndice A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Cuestionario de Percepción Materna del Peso del Hijo

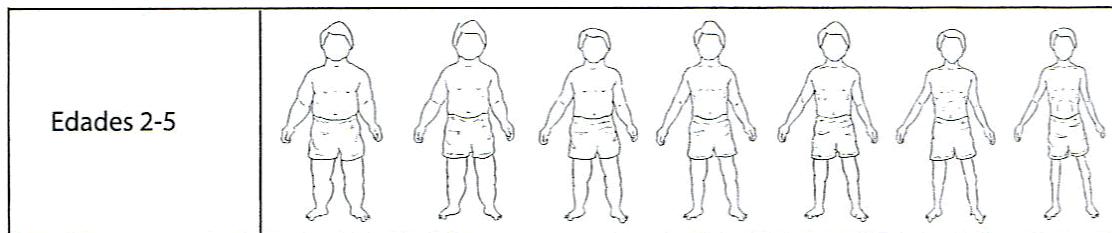
Marque con una X la respuesta que usted considere representa el peso de su hijo

Creo que mi niño/a esta...

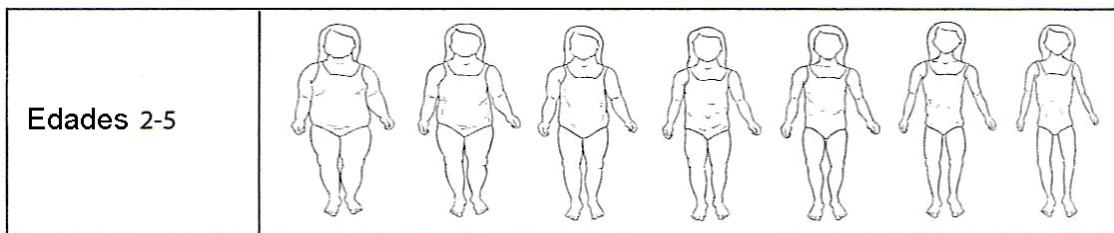
- a) bajo/a de peso _____
- b) un poquito bajo/a de peso _____
- c) más o menos con el peso correcto _____
- d) con un poco de sobrepeso _____
- e) con sobrepeso _____

A continuación encierre en un círculo la imagen que mejor represente el peso actual de su hijo/a

Imágenes para sexo masculino



Imágenes para sexo femenino



GRACIAS POR PARTICIPAR

Apéndice B

Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Estas preguntas tratan sobre sus interacciones con su hijo pre-escolar durante la cena. Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa con qué frecuencia ocurren las siguientes cosas. Si no está segura seleccione la respuesta que más se aproxima donde 1 significa nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 la mayoría de las veces y 5 siempre.		1	2	3	4	5
1	Batalla físicamente con el niño para que él o ella coma (por ejemplo, sentando al niño o niña en la silla para que coma).	1	2	3	4	5
2	Promete al niño algo que no sea comida, a cambio de que él o ella coma (por ejemplo, “Si te comes los frijoles, jugamos a la pelota después de la cena”).	1	2	3	4	5
3.	Anima al niño a que coma, presentándole la comida de una forma más interesante (por ejemplo, haciendo caritas felices en los hot cakes).	1	2	3	4	5
4.	Hace preguntas al niño(a) sobre la comida durante la cena.	1	2	3	4	5
5.	Le dice al niño(a) que por lo menos coma un poco de la comida que hay en su plato.	1	2	3	4	5
6.	Razona con el niño(a) para que coma (por ejemplo, “La leche es buena para tu salud porque te hará fuerte”).	1	2	3	4	5
7.	Le dice algo al niño(a) en señal de desaprobación por no comerse la cena.	1	2	3	4	5

8.	Deja que el niño(a) escoja de los alimentos preparados, lo que él o ella quiere cenar.	1	2	3	4	5
9.	Felicita al niño(a) por comerse los alimentos (por ejemplo, “¡Qué buen niño(a) . Te estás comiendo tus frijoles!”)	1	2	3	4	5
10.	Le sugiere al niño(a) que cene, por ejemplo diciéndole, “Tu cena se está enfriando”.	1	2	3	4	5
11.	Le dice al niño(a) “Apúrate y come tu comida”.	1	2	3	4	5
12.	Advierte al niño(a) que va a quitarle algo que no sea comida, si el (ella) no come (por ejemplo, “Si no te terminas la carne, no habrá tiempo para jugar después de la cena”).	1	2	3	4	5
13.	Le dice al niño(a) que se coma algo de lo que hay en su plato (por ejemplo, “Comete los frijoles”).	1	2	3	4	5
14.	Advierte al niño(a) que le quitará un alimento si él o ella no come (por ejemplo, “Si no te terminas las verduras, no podrás comer fruta”).	1	2	3	4	5
15.	Dice algo positivo acerca de los alimentos que el niño está comiendo durante la cena.	1	2	3	4	5
16.	Le da de comer al niño(a) en la boca con la cuchara para que el (ella) se coma la cena.	1	2	3	4	5
17.	Le ayuda al niño(a) a comerse la cena (por ejemplo, le corta la comida en pedazos más pequeños).	1	2	3	4	5
18.	Anima al niño(a) a que coma algo usando los alimentos como recompensa (por ejemplo, “Si terminas tus verduras, podrás comer algo de fruta”).	1	2	3	4	5
19.	Le ruega al niño(a) para que coma la cena.	1	2	3	4	5

Apéndice C**Formato de registro de mediciones antropométricas**

No. de Cuestionario _____

De la madre

Peso (kg) _____

Talla (m) _____

IMC _____

Del hijo

Peso (kg) _____

Talla (cm) _____

IMC _____

Categoría de peso (OMS) _____

Apéndice D

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA

Título del Proyecto: Percepción del Peso del Hijo y Estilos Maternos de Alimentación Infantil

Autor del estudio: L.E. Jesús Roberto Elenes Rodríguez

Introducción

Estamos interesados en conocer como las madres perciben el peso del hijo y los riesgos de salud con los que se relaciona, por este motivo le invitamos a participar en dicho estudio el cual consiste en la aplicación de cuestionarios y una cédula de datos de identificación, así como la medición de peso y estatura su hijo. Esta investigación se realiza para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Propósito del Estudio

El objetivo de este estudio es verificar si los Estilos Maternos de Alimentación Infantil son diferentes de acuerdo a la Percepción Materna del Peso del Hijo, realizar este estudio permitirá detectar factores asociados con enfermedades tales como Obesidad, Diabetes entre otras, mismas que en un futuro den pie a la creación de nuevas intervenciones enfocadas a la prevención de las mismas.

Descripción del Estudio/Procedimiento

Si usted acepta participar en el estudio se le pedirá que colabore en lo siguiente:

1) Contestar preguntas en relación a la percepción materna respecto al peso de su hijo y los estilos de alimentación del cuidador del niño, contestar estos cuestionarios le tomará entre 10 a 20 minutos. Estos cuestionarios se basan en preguntas para lo cual le solicitarán datos generales (Nombre, edad, sexo) su hijo y la alimentación de mismo, estos datos solo se utilizarán para control interno de la investigación.

2) Se tomarán medidas de peso y estatura a usted y su hijo para lo cual se

utilizara una báscula y la estatura se medirá con un estadímetro portátil.

3) Se le proporcionaran algunas opciones de horario y fecha mismas que serán propuestas por la institución educativa de su hijo y los investigadores para que usted elija una que no interfiera con sus actividades diarias.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con su participación y la de hijo(a) en esta investigación. Sin embargo puede que exista riesgo de caída durante las mediciones misma que se tratarán de prevenir instalando un tapete antiderrapante en el lugar de las mediciones. Durante las mediciones de su hijo puede que éste se sienta incómodo. Para evitar lo anterior usted podrá estar con él durante el procedimiento si así lo manifiesta.

Beneficios esperados

Se le otorgará información respecto al peso de usted y de su hijo. Cabe señalar que participar en el presente estudio no le brindara un beneficio económico.

Costos

No hay ningún costo por participar en el estudio.

Autorización para el uso y distribución de la información en el estudio.

Todos los datos obtenidos serán manejados de forma confidencial, solo el personal involucrado directamente en la investigación tendrá acceso a los datos y serán los responsables de la información que usted proporcione, La necesidad de respetar la confidencialidad de los participantes es indispensable en el estudio, la información que usted proporcione será resguardada por un año y posterior será destruida en su totalidad, los resultados del estudio serán publicados de forma grupal para proteger la confidencialidad de los participantes.

Derechos a dejar de participar

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide participar, está en libertad de abandonar el estudio en el momento que así usted lo decida. Si decidiera no participar o retirarse del estudio, su relación actual o futura con la

institución donde estudia su hijo en ningún momento será afectada.

Preguntas

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de la investigación o requiere aclarar cualquier situación respecto a la misma, por favor comuníquese con los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL en el teléfono 83 48 18 47, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Nte. Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Acepto participar voluntariamente en este estudio y autorizó que se obtenga información sobre mi persona y la de mi hijo. He leído y analizado este documento por lo cual todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación y la de mi hijo cuando así lo decida.

_____	_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____
Firma primer testigo	Fecha
_____	_____
Firma segundo testigo	Fecha
_____	_____
Lic. Jesús Roberto Elenes Rodríguez	Fecha

Apéndice E

Cédula de Datos Sociodemográficos

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

No. de Cuestionario _____

Fecha de hoy: Día _____ Mes _____ Año _____

Escuela _____ Grado _____ Sección _____

De usted

Nombre _____ Apellidos (Paterno) _____ (Materno) _____

Edad en años _____

Lugar de nacimiento _____

Municipio

Estado

Escolaridad en años _____

Ocupación _____

Estado Civil _____

De su hijo

Nombre _____ Apellidos (Paterno) _____

(Materno) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad en años _____

día mes año

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Lugar de nacimiento _____

Municipio

Estado

Número Total de hijos _____

¿Cuántos años de edad tenía usted cuando tuvo a su primer hijo? _____

Este hijo es:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Otro cuál _____

Del padre de su hijo

Edad en años _____

Lugar de nacimiento _____

Municipio

Estado

Escolaridad en años _____

Ocupación _____

Ingreso económico promedio familiar mensual _____

Tiene su hijo alguna enfermedad que usted considere pueda alterar su crecimiento

Si _____ No _____ Indique cual? _____

Resumen Autobiográfico

Lic. Jesús Roberto Elenes Rodríguez

Candidato para Obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: Percepción del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil

LGAC: Cuidado de la salud en (a) estados crónicos (b) en grupos vulnerables

Biografía: Nacido en Culiacán Sinaloa el 24 de Febrero de 1990. Hijo del Sr. German Elenes Landeros y la Sra. Ma. Del carme Rodríguez Bajaras.

Educación: Egresado de la Escuela Superior de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa con el Grado de Licenciado en Enfermería. Actualmente realizó estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León

Experiencia Profesional:

E-mail: jesele2490@hotmail.com