

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



SÍNTOMAS DE TRASTORNO DEPRESIVO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL RELACIONADOS CON EL PESO DEL HIJO

Por

LIC. MARÍA EUGENIA PÉREZ CAMPA

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

ENERO, 2016

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



SÍNTOMAS DE TRASTORNO DEPRESIVO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL RELACIONADOS CON EL PESO DEL HIJO

Por

LIC. MARÍA EUGENIA PÉREZ CAMPA

Director de tesis

DRA. YOLANDA FLORES PEÑA

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

ENERO, 2016

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



SÍNTOMAS DE TRASTORNO DEPRESIVO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL RELACIONADOS CON EL PESO DEL HIJO

Por

LIC. MARÍA EUGENIA PÉREZ CAMPA

Co- director de tesis

DRA. VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL

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

ENERO, 2016

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



SÍNTOMAS DE TRASTORNO DEPRESIVO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL RELACIONADOS CON EL PESO DEL HIJO

Por

LIC. MARÍA EUGENIA PÉREZ CAMPA

Asesor estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD

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

ENERO, 2016

SÍNTOMAS DE TRASTORNO DEPRESIVO Y ESTILOS MATERNOS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL RELACIONADOS CON EL PESO DEL HIJO

Aprobación de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña

Director de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña

Presidente

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Secretario

Dra. Bertha Cecilia Salazar González

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirección de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Agradezco principalmente y sobre todas las cosas a Dios por permitirme lograr una meta más en mi vida. Él es bueno y fiel a sus promesas y en éste camino me dio fe, paciencia y motivación cada vez que mi ánimo decaía.

A mi madre Sra. Ma. Eugenia, porque sin su amor, apoyo y aliento éste logro sin duda habría sido más difícil.

A mis abuelitos Sr. Omar y Sra. Francisca que en los momentos en que los he necesitado siempre me han demostrado su cariño y apoyo incondicional.

De igual manera agradezco a mis tíos: Gabriela, Omar y Marco y a sus respectivas familias por su apoyo moral y ánimos para que no decayera en el largo camino.

Y por último y no por eso menos importante agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, a la Dra. Yolanda Flores Peña, a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo y demás profesores y personal administrativo que mediante su orientación, enseñanza y gestión logré conocer y aprender grandes cosas inimaginables.

A todos y cada uno de ustedes ¡GRACIAS!

Dedicatoria

Éste logro concluido lo dedico desde lo más profundo de mi corazón a Dios nuestro señor, que a pesar de grandes barreras me mantuvo firme y aunque algunas veces estuve a punto de rendirme continué hasta el final.

Con todo mi amor dedico mi trabajo y esfuerzo a mi madre, abuelito Omar, abuelita Francisca, tíos y primos que tal vez sin darse cuenta contribuyeron grandemente a éste reto lo concluyera. Familia, ¡sí se pudo! Gracias por tanto.

Y finalmente a mis compañeros y amigos en éste camino por comprender mi sentir y por compartir momentos inigualables e inolvidables.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco de referencia	4
Estudios relacionados	8
Definición de términos	20
Objetivos específicos	21
Capítulo II	22
Metodología	22
Diseño del estudio	22
Población, muestreo y muestra	22
Medición de lápiz y papel	22
Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)	22
Cuestionario de alimentación del cuidador	23
Procedimiento de recolección de la información	24
Consideraciones éticas	25
Estrategia de análisis	28
Capítulo III	30
Resultados	30
Consistencia interna de los instrumentos	30
Estadística descriptiva de información sociodemográfica y variables de estudio	30
Capítulo IV	39
Discusión	39

Contenido	Página
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias	43
Apéndices	
A. Población de estudio	49
B. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos	50
C. Cuestionario de estilos de alimentación del cuidador	52
D. Procedimientos de mediciones	55
E. Formato de registro de medidas antropométricas	56
F. Consentimiento Informado	57
G. Cédula de Datos Personales y Socio-demográficos	60

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Consistencia interna de los instrumentos	30
2 Estadísticas descriptivas y prueba de normalidad de mediciones antropométricas maternas y del hijo	31
3 Estado nutricio materno según la OMS	32
4 Estado nutricio del hijo	32
5 Estadísticas descriptivas y prueba de normalidad de síntomas depresivos y estilos maternos de alimentación	33
6 Síntomas de episodio depresivo mayor	34
7 Estilos maternos de alimentación	34
8 Estado nutricio del hijo	35
9 Prueba U de Mann-Whitney para los síntomas de episodio depresivo de acuerdo a si/no SP-OB	35
10 Estilo materno de alimentación infantil en hijos con y sin SP-OB	36
11 Prueba U de Mann-Whitney para las variables niños con y sin sobrepeso y obesidad con la variable estilo materno de alimentación.	36
12 Estadística inferencial del efecto de las variables sobre los EMAAF	37
13 Frecuencias y porcentajes de los estilos maternos de alimentación.	38
14 Síntomas depresivos de acuerdo al estilo de alimentación	38

Resumen

María Eugenia Pérez Campa
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2016

Título del Estudio: SINTOMAS DE TRASTORNO DEPRESIVO Y ESTILOS
MATERNOS DE ALIMENTACIÓN
INFANTIL RELACIONADOS CON EL PESO DEL HIJO

Número de Páginas: Candidato para obtener el Grado de Maestría en
Ciencias de Enfermería

LGAC: Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad

Propósito y Método del Estudio: El objetivo general del estudio fue describir si los estilos maternos de alimentación son diferentes de acuerdo a los síntomas del trastorno depresivo mayor. Participaron 259 diadas madre- hijo en edad preescolar de 10 escuelas públicas del municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León. El estudio fue de diseño descriptivo correlacional. La muestra se calculó para una regresión lineal múltiple, intervalo de confianza de .05, potencia de prueba de 95%. Se midió peso y talla de madre e hijo. Se utilizaron los instrumentos Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos y el cuestionario de estilos de alimentación del cuidador. Se aplicó regresión lineal múltiple, corrección de Lilliefors y Prueba U de Mann-Whitney.

Resultados y Conclusiones: La edad promedio de las madres fue de 30.02 ($DE= 6.68$) años, y con 10.35 años ($DE= 3.14$) de escolaridad. El 68.7% de las madres presentó pre-obesidad y obesidad en sus tres categorías. La edad promedio de los niños fue de 4.28 años. Ambos cuestionarios resultaron con un índice de confiabilidad alpha de Cronbach de .90 y .89 respectivamente. El estilo materno de alimentación que predominó fue el autoritario con 92 casos ($DE= 35.5$). Respecto a los síntomas de trastorno depresivo mayor, solo se detectaron 31 casos (12%) de mujeres que se clasificaron en la categoría sub- umbral respecto a la depresión, sólo una madre se clasificó en la categoría posible episodio de depresión mayor y de igual manera solo una madre se clasificó con el trastorno depresivo mayor. No se presentaron diferencias significativas de los casos de niños con y sin sobrepeso y obesidad con el estilo materno de alimentación ($U=5796.5$, $p= .792$). De igual manera tampoco se presentaron diferencias significativas entre de la depresión con los casos de sobrepeso y obesidad infantil ($U=5726.0$, $p= .837$). Se concluyó en la clasificación realizada de acuerdo a los estilos maternos de alimentación, se pudo observar que el estilo predominante fue el Autoritario (alta demanda/ Baja responsabilidad). Respecto a las dos dimensiones de los estilos maternos de alimentación (Demanda y responsabilidad), se encontró que a mayor puntaje de síntomas de trastorno depresivo mayor, mayor puntaje existirá en la dimensión demanda.

Firma del Director de Tesis: _____

Capítulo I

Introducción

La prevalencia del sobrepeso (SP) – obesidad (OB) ha aumentado a un ritmo alarmante, se calcula que en el año 2010, 42 millones de niños padecían SP en todo el mundo, de éstos cerca de 35 millones habitaban en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) reportó una prevalencia de SP-OB en menores de cinco años de 9.7%. El principal aumento se registró en la región Norte del país donde alcanzó una prevalencia de 12%, es decir 2.3 puntos porcentuales (pp) por arriba del promedio nacional [Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012)]. Respecto al Estado de Nuevo León la prevalencia de SP-OB en menores de cinco años fue de 13.2%, en localidades urbanas 13.0 % y en las rurales 14.8% (ENSANUT-Nuevo León, 2012).

El exceso de peso durante la infancia tiene repercusiones en la salud, se ha identificado que presentar SP-OB aumenta el riesgo de desarrollar: hiperlipidemia, hipertensión y tolerancia anormal a la glucosa, además se ha documentado que un niño que a los cinco años presenta SP tiene cuatro veces más probabilidad de presentar OB a los nueve años de edad en comparación con un niño que tenía peso normal a la misma edad (Cunningham et al., 2014).

En su etiología (OB) interactúan múltiples factores entre los que se encuentran la predisposición genética (Russo, Lauria & Siani, 2011), el incremento en el consumo de energía, disminución de la actividad física, el estatus socioeconómico, así como factores socioculturales y las creencias tradicionales falsas respecto a la OB infantil (Grupta, Goel, Shah & Mirsa, 2012). A diferencia de los adultos los niños no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen, tienen además una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento, por consiguiente necesitan una atención especial en la lucha contra la epidemia de OB

(OMS, 2014).

Durante la infancia los padres pueden influir o no en los factores relacionados a la OB, por ejemplo al comprar los alimentos que se colocan a disposición del hijo y al actuar como modeladores de conducta (Ventura & Birch, 2008). Sin embargo, de acuerdo al rol tradicional en el cuidado de los hijos, la madre es el cuidador principal por lo que ésta es una posición única de género para influir en las conductas del estilo de vida del hijo (Grupta, Goel, Shah & Mirsa, 2012). Sin embargo, la crianza representa retos constantes.

Estudios realizados en países, tales como Estados Unidos, Dinamarca, Los Países Bajos, Bélgica, Alemania e Italia, han documentado asociación entre la depresión materna y el peso del hijo (Ertel, Koenen, Rich-Edward & Gillman, 2010). Se encontró que las madres con síntomas depresivos de moderados a severos tienen mayor probabilidad de tener hijos con SP u OB hasta los 5 años de edad ($OR = 2.62$, $IC\ 95\%$) en comparación a las madres sin síntomas depresivos (Gross, Velazco, Briggs & Racine, 2013).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

De acuerdo a la OMS (2014) las mujeres son más propensas con un 14.4% a padecer depresión que los hombres 8.9% , la cual afecta aproximadamente al 13% de las mujeres en el año siguiente al parto además se ha identificado que ser jefa de familia (Secretaría de Salud, 2013), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar, tener bajo nivel socioeconómico, ser madre soltera, dificultades matrimoniales y disminución de apoyo social son factores que pueden originar depresión (Goodman, 2007; Howell, 2009; Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco, 2012).

Cuando una madre padece depresión, relaciones importantes podrían verse afectadas tal como la relación madre-hijo, sobre todo en los niños pequeños (Toth & Pelz, 2011), dado que estos dependen principalmente de sus madres para su estimulación cognitiva e interacción social por lo cual podrían ser vulnerables al impacto de la depresión materna en comparación a los niños en edad escolar y adolescentes [UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), 2011].

Se ha documentado que madres con síntomas depresivos de moderados a severos tienen estilos de crianza caracterizados por mayor demanda (Goulding et al, 2014) de igual manera se ha documentado que la depresión materna podría exacerbar el impacto de la crianza permisiva (indulgente) en la OB infantil (Topham et al, 2008).

Por otra parte, se ha encontrado que un estilo de crianza indulgente se relaciona con conductas de alimentación no saludables y mayor IMC del hijo (Johnson, Welk, Saint-Maurice & Imhels, 2012). Al respecto del concepto de estilos 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 concepto de estilos se integra por dos dimensiones: demanda y responsabilidad, las cuales al combinarse dan como resultado cuatro estilos de crianza: 1) alta demanda/alta responsabilidad (con autoridad), 2) alta demanda/baja responsabilidad (autoritario), 3) baja demanda/alta responsabilidad (indulgente) y 4) baja demanda/baja responsabilidad (no involucrado) (Hughes et al., 2005).

Como ya se mencionó la OB infantil es un problema importante de salud pública por lo cual es relevante estudiar los factores asociados a esta, debido a que no se localizaron estudios que hayan abordado éstas variables en madres mexicanas y que hayan evaluado el concepto de estilos integrado por ambas dimensiones de acuerdo a lo señalado por Hugues et al, (2005) surgió el interés de plantear el presente estudio de investigación con el objetivo general de verificar si existe relación entre los síntomas de trastorno depresivo y los estilos maternos de alimentación infantil. Se considera que este

estudio es relevante para enfermería, dado que se encuentra en servicios de salud de atención primaria y es responsable de promover conductas saludables, así como de realizar la detección temprana de casos que requieren atención especial, por lo que está en una posición crucial para proporcionar cuidado a madres y sus hijos, cuidado que idealmente debe estar basado en la evidencia científica por tanto estudiar los diferentes factores que pueden contribuir al desarrollo del SP-OB infantil, permitiría brindar con mayor efectividad el cuidado. Por lo cual se considera importante estudiar esta variable en madres mexicanas.

Marco de Referencia

En éste apartado se abordan los conceptos depresión y estilos de alimentación infantil.

La depresión es un problema de salud pública que afecta el bienestar, la manera de vivir, la actitud y la manera de ver la vida. Puede causar una gran tristeza y puede quitarle a la persona la energía, la motivación y el entusiasmo, además de presentar síntomas tales como; irritabilidad o desasosiego, tristeza profunda y llanto frecuente, alejamiento de los seres queridos y aislamiento social, sentimiento de impotencia o desesperanza, pérdida de motivación o interés en las actividades diarias fatiga constantemente por sueño irregular y falta de interés en sí mismo o en los propios hijos (Mental Health American, 2008).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 2014], distingue varios tipos de trastornos depresivos, entre estos, el trastorno de desregularización disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por algún medicamento y el trastorno depresivo no especificado, entre otros. Los cuales presentan características comunes, tales como: tristeza, vacío o irritabilidad, además de cambios somáticos y cognitivos que afectan en gran manera la funcionalidad del individuo y se diferencian según su duración, presencia temporal o supuesta etiología.

De acuerdo al DSM-5 (2014) el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de ésta clasificación y se caracteriza por episodios de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría puede durar más tiempo) con cambios en el afecto, cognición, funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas (American Pshychiatric Association, 2014).

Según el DSM-5 (2014), para diagnosticar el trastorno depresivo mayor, una persona debe presentar al menos cinco de los siguientes nueve síntomas: 1) estado de ánimo deprimido (casi todos los días según la información subjetiva), 2) disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades casi todos los días, 3) pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días, 4) insomnio o hipersomnia diariamente, 5) agitación o retraso psicomotor casi todos los días, 6) fatiga o pérdida de energía diariamente, 7) sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada, 8) falta de concentración o falta de criterio para la toma de decisiones y 9) pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado o intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los episodios depresivos mayores en ocasiones son precedidos por algún estrés psicosocial (por ejemplo la muerte de un ser querido, la separación matrimonial y/ o divorcio), así mismo el parto puede precipitar un episodio depresivo mayor. Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comiencen puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable, lo habitual es que dure seis meses o más, independientemente de la edad de inicio (Rozados, 2014).

Además, según Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet y Orozco (2012) en la población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: ser mujer (más aún cuando se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a

las labores del hogar, si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo, el bajo nivel socioeconómico, ser madre soltera, dificultades matrimoniales y disminución del apoyo social (Goodman, 2007; Howell, 2009). Cabe mencionar que no todas las mujeres con síntomas de trastorno depresivo presentan los mismos síntomas, puede haber diferencias en gravedad, frecuencia y duración de éstos, que además pueden variar según la persona y otras comorbilidades.

La depresión es un problema significativo para la mujer en todas las edades, pero durante la etapa de crianza es especialmente importante dado el sufrimiento emocional que conlleva y las repercusiones sobre como cuida de sí misma y de su hijo, lo que constituye un riesgo en la actualidad para la salud del hijo que tiene consecuencias en su desarrollo inmediato y a largo plazo (Castro, 2011).

Por otro lado los estilos educativos parentales se definen como: esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas de los padres a unas pocas dimensiones que cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar (Coloma, 1993). El concepto de estilos se integra por dos dimensiones; responsabilidad y demanda. La responsabilidad refleja el grado en el cual los padres intencionalmente apoyan las necesidades de los hijos y los ayudan a desarrollar habilidades como: auto-regulación, auto-valoración y reaccionar de forma apropiada (Eneli, Crum & Tylka; 2008) y la demanda se basa en pruebas de exigencia como el control y el comportamiento del niño.

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 (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

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 (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

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 niño 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 la autora 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 (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

En relación al estilo indulgente éste 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. Este estilo de disciplina familiar se describe, 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, ceden fácilmente a los deseos de los hijos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008), se asume que el comportamiento parental es un determinante en el comportamiento del menor (Corvo & Williams, 2000).

Estudios relacionados

En éste apartado se muestran los estudios relacionados a la temática a estudiar. En primer lugar se muestran los estudios que han evaluado los síntomas depresivos y posteriormente los estudios relacionados de la variable estilos de alimentación.

Haycraft y Blissett (2008) realizaron un estudio en Birmingham, Inglaterra en el que exploraron la relación entre las prácticas de alimentación de control y una serie de síntomas de salud mental (depresión y ansiedad), considerando a ambos padres y el género del hijo. Participaron 214 triadas (madres $n = 107$ y padres $n = 107$) y su hijo con una edad entre 18 y 59 meses. La edad media de las madres fue de 35 años ($DE = 4.28$, rango 22 a 46 años) y la edad media de los padres fue de 37 años ($DE = 5.35$, rango 23 -53 años). Se aplicaron tres cuestionarios: 1) Cuestionario de Alimentación Infantil (Child Feeding Questionnaire, CFQ, 2011) el cual cuenta con 31 ítems que miden las prácticas de alimentación parental, 2) Inventario de Desórdenes de Alimentación [Eating Disorder Inventory versión 2 (EDI-2), 1991] que consta de 91 ítems para evaluar la psicopatología alimentaria, se divide en tres subescalas, las cuales miden comportamientos y actitudes hacia la alimentación, el peso y forma del cuerpo, y ocho subescalas que evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos de la alimentación. En este estudio sólo se utilizaron las subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal.

Se encontró que 18 madres (17%) y 17 padres (16%) mostraron mayor puntaje de control o preocupación en sus hijos al momento de comer. En la relación madre-hija: las puntuaciones de depresión materna ($r_s = .26, \rho < .05$), hostilidad ($r_s = .23, \rho < .05$), psicoticismo ($r_s = .30, \rho < .05$) e índice de severidad global ($r_s = .27, \rho < .05$) se correlacionaron de forma positiva y significativa con la presión para comer.

Respecto a la relación madre-hijo se encontró que las puntuaciones de sensibilidad interpersonal ($r_s = .268, \rho < .05$) y el índice de severidad global ($r_s = .302, \rho < .05$) se correlacionaron con presión para comer. Mientras que ansiedad fóbica se

correlacionó con restricción para comer ($r_s = .29, \rho < .05$) con la presión para comer, mientras que la somatización ($r_s = -.12, \rho < .05$) ansiedad fóbica ($r_s = -.17, \rho < .05$) se correlacionó con una mayor restricción en la ingesta de alimentos de los hijos.

Al evaluar la relación padre-hija se encontró correlación de somatización ($r_s = .231, \rho < .05$), obsesión-compulsión ($r_s = .253, \rho < .05$), sensibilidad interpersonal ($r_s = .273, \rho < .05$), ansiedad ($r_s = .233, \rho < .05$), hostilidad, ($r_s = .241, \rho < .05$), ideación paranoide ($r_s = .300, \rho < .01$) y el índice de severidad global ($r_s = .325, \rho < .01$) con presión para comer. Además se encontró correlación de somatización ($r_s = .226, \rho < .05$), obsesión-compulsión ($r_s = .218, \rho < .05$), ansiedad fóbica ($r_s = -.227, \rho < .05$), psicoticismo ($r_s = .210, \rho < .05$) y el índice de severidad global ($r_s = .319, \rho < .01$) con restricción para comer. Finalmente al evaluar la relación de padres con hijos se encontró correlación de somatización ($r_s = .307, \rho < .05$), obsesión compulsión ($r_s = .304, \rho < .05$), ideación paranoide ($r_s = .324, \rho < .05$), y el índice de severidad global ($r_s = .308, \rho < .05$).

Topham et al. (2008) realizaron un estudio con el propósito de probar la influencia moderadora de la depresión materna y el estatus socioeconómico en la asociación entre el estilo de crianza autoritario y/o permisivo en la OB infantil. Los hijos se clasificaron con obesidad cuando el IMC para la edad fue mayor o igual al percentil 95 y el estatus socioeconómico se calculó en base a la educación y ocupación parental, utilizando el índice de Hollingshead de cuatro factores. Participaron 176 madres de niños de primer grado de escuelas rurales públicas en el estado de Oklahoma.

La consistencia interna de la CES-D fue $\alpha = .90$ y se encontró un valor promedio de 9.58 ($DE = 8.40$). No se encontró correlación significativa entre el estatus socioeconómico y la depresión materna $r = -0.09, \rho = .62$. Se aplicó regresión logística para probar la hipótesis de que la depresión materna podría exacerbar el impacto de la crianza autoritaria en la obesidad infantil, los resultados revelaron que no existe efecto

moderador significativo de la depresión materna y la crianza autoritaria y la OB infantil. ($OR= 1.06$, $IC\ 95\%= 0.92-1.21$).

La hipótesis que señalaba que la depresión materna podría exacerbar el impacto de la crianza permisiva en la obesidad infantil reveló un efecto moderador significativo de la depresión materna en la relación entre el estilo permisivo y la obesidad infantil. Posteriormente la regresión logística post hoc de depresión y estilo permisivo fue significativa $X^2(1) = 3.70$, $\beta = 1.91$, $p = .05$, $OR= 6.74$ ($IC\ 95\%= 0.96- 47.16$), $Poder = .88$, lo que indica que por cada punto de incremento en el estilo permisivo en las madres con depresión la probabilidad de que su hijo tenga obesidad se incrementa 6.74 veces.

McConley et al. (2011) realizaron un estudio en EUA en el cual participaron 4 601 niños de quinto grado de primaria y sus cuidadores primarios con el objetivo de probar si la depresión materna y ser madre soltera, se asocian con la calidad de la crianza (evaluada mediante tres factores de riesgo para la obesidad infantil: dieta, tiempo de esparcimiento y conductas sedentarias). Los padres tenían una educación de dos años de estudios universitarios y la media del ingreso familiar se ubicó entre 30,000 y 34,999 USD por año. La mayoría de los cuidadores fueron padres (96%), típicamente madres 88.4%.

El 34% de los padres fueron solteros, de éstos el 41% nunca se habían casado, el 34% estaba divorciado, el 20% separados y el 5% viudos. El 19 % de los niños presentaron SP (IMC entre 85 < 95 percentil) y el 27% tenía obesidad (IMC > 95). Se encontró que la depresión materna y ser madre soltera se asociaron positivamente con el percentil del hijo ($\beta = 0.06$ y 0.05 , $p < .001$), el hecho de que en la familia se encontraran ambos padres no se relacionó con el IMC del hijo, este predictor se excluyó del modelo de mediación.

El análisis de sendero reveló que las familias caracterizadas por altos niveles de depresión materna y ser madres solteras tuvieron mayor probabilidad de reportar niveles

más bajos de crianza donde, la calidad más baja de crianza se relacionó también a niveles menores de actividad física, menor dieta saludable y mayor conducta sedentaria en el niño. Además los niveles bajos de actividades de esparcimiento y más conductas sedentarias se asociaron a puntuaciones más altas del IMC contrario a lo esperado el que el hijo consuma alimentos saludables no se relacionó al percentil del IMC, de acuerdo a los autores los resultados apoyan la hipótesis de que la calidad de la crianza se asocia con los patrones de actividad de esparcimiento y conductas sedentarias de los hijos, mediados por el efecto de la depresión materna y ser madre soltera.

Para demostrar la magnitud de estos efectos se realizaron comparaciones por subgrupos y se encontró que los niños de madres solteras en comparación a los otros niños tuvieron percentiles más altos de IMC (74.17 vs 71.09, error estándar = 0.11) y los niños de madres con una puntuación > 9 tuvieron mayores puntuaciones del IMC comparados con los niños de madres en el inventario de síntomas breves igual a 6 (74.23 vs 70.52 error estándar= 0.14), adicionalmente los niños de padres solteros tuvieron mayor probabilidad de ser clasificados con obesidad (30.08 vs 25.04 error estándar = 0.10). Además se encontraron puntuaciones más altas del IMC en las hijas de madres solteras, pero no en los hijos ($\beta = 0.08, \rho = 0.01$ vs $\beta = 0.03, \rho = 0.21$).

Gross et al, (2013), realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar la relación entre los síntomas depresivos maternos y el peso del hijo, prácticas de alimentación promotoras de obesidad y conductas relacionadas a la actividad en familias urbanas de bajo ingreso, en el cual participaron 401 diadas (madre e hijo de 5 años de edad). Las prácticas de alimentación que promueven la obesidad fueron valoradas usando tres cuestionarios 1) cuestionario de alimentación infantil, 2) cuestionario holístico de prácticas de alimentación infantil y 3) estrategias de crianza de alimentación y actividad física.

Entre las conductas relacionadas a las actividades promotoras de obesidad se consideraron: tiempo de sueño, tiempo de ver televisión y de juegos al aire libre.

Además se consideraron como potenciales variables confusoras características maternas tales como: edad, raza, nivel educativo, estatus marital, empleo e IMC; como características del hijo se consideraron sexo, nacimiento antes o después de las 37 semanas de gestación, ser/ no ser hijo único, peso al nacer y seguridad en salud.

Se encontró que el 23.4% de las madres reportaron síntomas depresivos con una puntuación > 5 . De estas madres el 15.7% (63) presentaron síntomas depresivos leves y 7.7% (31) presentaron síntomas depresivos entre moderados y severos.

Las madres con síntomas depresivos tuvieron significativamente mayor probabilidad de tener una educación menor a preparatoria y era menos probable que fueran trabajadoras en comparación a las madres sin síntomas depresivos. Además se encontró que las madres con síntomas depresivos de moderados a severos tuvieron mayor probabilidad de tener un hijo con SP u OB a los 5 años de edad (OR ajustado= 2.62, IC 95%= 1.02- 6.70) que las madres sin síntomas depresivos, también se encontró que la madres con síntomas depresivos leves tuvieron mayor probabilidad de tener un niño con SP u OB a pesar de que esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR ajustado= 1.41, IC 95%= .73- 2.74).

Respecto a la asociación de los síntomas depresivos maternos con los estilos de alimentación se encontró que las madres con síntomas depresivos leves y moderados tuvieron menos probabilidad de establecer límites en la alimentación [sin síntomas (\bar{X} = 4.50 + 0.62 (referencia) depresión leve \bar{X} = 4.10 + 0.99, β = -0.43, Error estándar = 0.11, IC 95%= -0.64 a 0.23, $\rho < 0.5$; depresión moderada a severa \bar{X} = 3.94 + 0.91, β = -0.56, Error estándar = 0.15, IC 95%= -0.86 a 0.27, $\rho < 0.5$], usar el alimento como recompensa [sin síntomas \bar{X} = 2.39 + 1.29 (referencia) depresión leve \bar{X} = 2.02 + 1.21, β = -0.47, Error estándar = 0.18, IC 95%= -0.82 a 0.12, $\rho < 0.5$; depresión moderada a severa \bar{X} = 2.07 + 1.16, β = -0.51, Error estándar = 0.24, IC 95%= -0.99 a 0.04, $\rho < 0.5$] y modelado de conductas saludables [sin síntomas \bar{X} = 4.57 + 0.68 (referencia) depresión leve \bar{X} = 4.15 + 1.13, β = -0.46, Error estándar = 0.11, IC 95%= -0.68 a 0.25,

$\rho < 0.5$; depresión moderada a severa $\bar{X} = 4.26 + 0.85$, $\beta = -0.38$, Error estándar = 0.15, $IC\ 95\% = -0.67$ a -0.09 , $\rho < 0.5$] y restringir la ingesta de alimentos [sin síntomas $\bar{X} = 4.51 + 0.80$ (referencia) depresión leve $\bar{X} = 4.43 + 0.84$, $\beta = -0.07$, Error estándar = 0.12, $IC\ 95\% = -0.31$ a 0.17 , $\rho > 0.5$; depresión moderada a severa $\bar{X} = 4.08 + 1.29$, $\beta = -0.41$, Error estándar = 0.16, $IC\ 95\% = -0.73$ a 0.09 , $\rho < 0.5$] en comparación con las madres sin síntomas depresivos.

Wang et al. (2013) realizaron un estudio en EUA, con el objetivo de valorar el impacto actual y futuro de los síntomas depresivos maternos en el SP del hijo. Se seleccionaron a 1 090 niños que tenían mediciones de peso y estatura en tres puntos en el tiempo (grados 1, 2 y 6), los síntomas depresivos maternos se definieron de acuerdo a la CES-D con una puntuación de 16 o más y fueron evaluados cuando el hijo tenía 1, 24 y 36 meses).

Se usaron ecuaciones estimadas generalizadas para examinar el impacto de los síntomas depresivos maternos en el peso del hijo, después de ajustar los covariables sexo y raza del hijo, educación materna en 5 categorías; 1) menos de preparatoria, 2) Preparatoria, 3) universidad o grado asociado, 4) licenciatura y 5) posgrado, edad materna en años, empleo materno, estatus marital, ingreso familiar, lactancia materna, fumar antes del embarazo, apoyo social y sensibilidad materna.

Se encontró que los niños de madres con depresión en los tres puntos en el tiempo tuvieron 1.695 más probabilidad de tener SP comparados con los niños de madres sin depresión en cualquiera de los tres puntos en el tiempo después de ajustar las características del hijo ($IC\ 95\% = 1.001$ - 2.869). Cuando se ajustaron las características maternas los hijos de madres con depresión en los tres puntos del tiempo tuvieron 2.13 más probabilidades de tener SP ($IC\ 95\% = 1.05$ - 4.31).

En la ciudad de Michigan, Goulding et al. (2014) identificaron la asociación entre las prácticas de alimentación y síntomas depresivos maternos usando múltiples metodologías: a) cuestionarios administrados por el entrevistador, b) entrevista narrativa

semi- estructurada y c) observaciones y grabaciones en video en los entornos domésticos y de laboratorio y plantearon la hipótesis de que los síntomas depresivos maternos se asocian con menor responsabilidad en las prácticas de alimentación de responsabilidad. La población estuvo constituida por $n = 295$ diadas madres e hijos de 4 -8 años, se incluyeron madres biológicas (95%), adoptivas, madrastras y abuelas (5%).

Se encontró que el 31% de las madres reportaron síntomas depresivos con una puntuación en el CES-D ≥ 16 . El 48% de las madres reportaron un nivel de escolaridad menor a preparatoria y el IMC materno promedio fue 33.08 ($DE= 9.36$). En los análisis bivariados, no hubo diferencias significativas en las características sociodemográficas (edad y sexo del hijo, número de hermanos, edad, IMC y educación materna, grupo étnico y ser madre soltera) al comparar las madres con síntomas depresivos elevados contra aquellas con síntomas depresivos con niveles más bajos.

Las madres con síntomas depresivos elevados reportaron en los cuestionarios mayor presión para comer (2.97 ± 1.11 vs $2.61 + 1.04$, $\rho < .01$), restricción ($3.48 + 0.86$ vs $3.24 + 0.94$, $\rho < .05$) y mayor demanda en la alimentación ($2.67 + 0.60$ vs $2.49 + 0.52$, $\rho < .01$) en comparación a las madres con un nivel menor de síntomas depresivos.

Por otra parte las madres con síntomas depresivos elevados refirieron en la entrevista semi- estructurada una autoridad más baja en la alimentación del niño y en los hogares de estas madres los hijos tuvieron menos probabilidad de comer en la cocina / comedor, la televisión tenía un volumen más alto durante la comida y las madres tenían menos probabilidad de comer en compañía de su hijo.

Posteriormente los autores ajustaron modelos de regresión lineal de las respuestas que las madres dieron en los cuestionarios. Se encontró que las madres con síntomas depresivos elevados reportaron mayor presión para comer ($\beta = 0.29$, $\rho = 0.027$) y mayor demanda ($\beta = 0.16$, $\rho = .017$). De igual forma se ajustaron modelos de regresión logística de los datos de las entrevistas narrativas aquellas madres con síntomas depresivos elevados tuvieron tres veces más probabilidad de presentar baja autoridad en

la alimentación del hijo ($OR= 2.82$, IC 1.55, 5.12, $\rho = .001$). Además en los modelos ajustados de regresión logística de las observaciones en la casa durante los tiempos de comida, se encontró que el tener la televisión en un volumen alto durante los tiempos de comida era más probable en los hogares de madres con síntomas depresivos elevados ($OR= 1.91$, IC 1.05, 3.48, $\rho = .034$), mientras que la probabilidad de que éstas madres comieran en compañía de su hijo fue más baja ($OR= 0.48$, IC 0.27, 0.85, $\rho = 0.012$).

Los videos grabados en los laboratorios de las interacciones durante la alimentación fueron analizados mediante modelos de regresión de Poisson y se encontraron diferencias significativas en las frecuencias de estimular o inhibir la alimentación de alimentos comunes o no comunes en casa al comparar las madres con y sin síntomas depresivos elevados.

Por otro lado Duarte, Shen, Wu y Must (2012) en la ciudad de Boston, realizaron un estudio longitudinal con el objetivo de examinar la asociación entre la depresión materna y el índice de masa corporal (IMC) del hijo desde jardín de niños hasta quinto grado de primaria. Los participantes formaron parte de un estudio representativo a nivel nacional de más de 21 000 niños, de casi 1 000 escuelas (públicas y privadas). Los niños fueron evaluados de forma individual en sus escuelas cuando estaban en el jardín de niños, durante el primero, tercero y quinto grado.

No se encontraron diferencias significativas de las puntuaciones Z del IMC de acuerdo al género de los hijos que cursaban el preescolar, niñas = 0.38 ($DE= 0.03$), niños = 0.42 ($DE=0.03$), $\rho = .25$, sin embargo, este indicador fue más alto para los niños que para las niñas, de tercer grado [niñas $x = 0.56$ ($DE= 0.03$), niños $x = 0.65$ ($DE= 0.03$), $\rho = .03$] y quinto grado de primaria [niñas $x = 0.64$ ($DE= 0.03$), niños $x = 0.77$ ($DE= 0.03$), $\rho < .01$]. Se encontró depresión severa en el 9% de las madres de niños preescolares, en el 7.7% de las madres de los niños de tercer grado y 1.3% presentó depresión severa e ambos puntos del tiempo.

Los análisis bivariados indicaron variación en las puntuaciones Z del IMC de las

niñas preescolares de acuerdo a los síntomas depresivos maternos, las niñas de madres con síntomas depresivos severos tuvieron más bajas puntuaciones Z del IMC (niñas de madres sin síntomas = 60.74, niñas de madre con algunos síntomas = 24.04, niñas de madres con depresión moderada = 7.4 e hijas de madres con depresión severa = 7.82, $\rho < .03$).

Lampard, Franckl y Davidson (2013) realizaron una revisión sistemática de estudios prospectivos para identificar la asociación entre la depresión materna o síntomas depresivos con el exceso de peso del hijo con edades de entre 2 y 18 años, incluyendo SP infantil u OB. Puntuaciones Z del IMC o percentiles u otros indicadores de adiposidad. Examinaron resultados de forma separada para depresión episódica (depresión en un punto en el tiempo) y depresión crónica (depresión en múltiples ocasiones). Incluyeron publicaciones en inglés a partir de 1980.

Se identificaron nueve estudios prospectivos, seis de ellos examinaron la asociación de la depresión materna y el sobrepeso del hijo, en dos de ellos el indicador fue la obesidad, en cinco estudios las puntuaciones Z del IMC o el percentil y en otros tres estudios otros indicadores de adiposidad. Los estudios se realizaron en los EE.UU. ($n = 5$), Dinamarca ($n = 1$), Holanda ($n = 1$) y Brasil ($n = 1$), y un estudio incluyó varios lugares de Europa ($n = 1$).

En seis de los estudios la depresión materna se midió en los seis meses posteriores al parto y tres de los estudios midieron el efecto de la depresión en el desarrollo del hijo a) al primer mes, 24 y 36 meses de edad; b) 12, 14 y 36 meses, y c) seis meses hasta el sexto grado.

Se encontró que la exposición del hijo a la depresión materna en los primeros seis meses postparto tuvo mayor adiposidad en general (suma de pliegues cutáneos, subescapular y tríceps) pero no en la puntuación Z del IMC. Comparado con aquellos niños que no estuvieron expuestos a la depresión materna, sin embargo, en otro de los estudios se encontró que los síntomas depresivos maternos a los dos meses pero no a los

seis meses postparto se asociaron a mayores puntuaciones Z de IMC pero no con el SP u OB. El resto de los estudios no encontró asociación entre la depresión materna postparto y resultados en el peso del hijo, incluyendo el SP del hijo. De forma similar asociaciones positivas y nulas se observaron durante los años preescolares y resultados en el peso de hijo.

Respecto a la relación de la depresión episódica y el peso del hijo se encontró que dos de los estudios identificaron asociación positiva entre la depresión materna y la adiposidad del hijo o las puntuaciones Z del IMC y en otro estudio no se observó asociación entre estas variables. Dos de los estudios examinaron la relación entre la depresión materna crónica y el peso del hijo y se encontró que la depresión materna en tres ocasiones se asoció con el SP del hijo, sin embargo, no encontraron asociación entre dos episodios de depresión materna y el peso del hijo. Dos de los estudio examinaron el ingreso familiar como moderador de la depresión maternal y el peso del hijo y no reportaron asociación entre éstas variables.

A continuación se describe la literatura relacionada a la variable estilos de alimentación. Wake, Nicholson, Hardy y Smith (2009), realizaron un estudio en Australia donde los objetivos fueron a) investigar si el estado de IMC de los niños se asoció con cualquiera de los 3 indicadores de crianza (calor, control e irritabilidad) para madres y padres por separado, b) Investigar de manera similar las asociaciones entre el IMC de los niños y las 4 categorías clásicas de crianza (no autorizado, autoritario, indulgente y no involucrado), c) Explorar el IMC de los niños de manera más amplia en modelos de acuerdo a comportamientos y estilos de crianza de los padres y de las madres de manera simultánea respecto a la hipótesis que señalaba que las madres o padres con un estilo con autoridad comparado con padres y madres con estilo autoritario, indulgente y no involucrado tendrían hijos con alta probabilidad de estar en una categoría más pesada de IMC. Los participantes fueron 4 983 niños entre cuatro y cinco años de edad con datos completos de IMC y madres y padres categorizados en los tres

indicadores y los cuatro estilos de crianza.

Se encontró que las posibilidades de que los hijos estén en una categoría alta de IMC se incrementaron en un 59% (*IC* 95% [25-103]) para los hijos de padres con estilo indulgente y un 35% (*IC* 95% [2-80]) para hijos de padres no involucrados.

Olvera y Power (2010) realizaron un estudio en madres México-Americanas de bajos ingresos, participaron 80 díadas madre-hijo. Se aplicó el Parenting Dimension Inventory. El estilo materno se identificó como no involucrado en el 37% de las participantes, indulgente 28%, con autoridad 19% y autoritario 16%. Se encontró que los hijos de madres con estilo materno indulgente presentaron mayor ganancia de peso en comparación a los hijos de madres con estilos con autoridad (Media = .87 vs Media = .51 respectivamente, $f(1,27) = 4.32, \rho < .05$) y autoritario (Media = .87 vs Media = .42, $F(1,25) = 6.87 \rho < .05$).

Tovar et al. (2012), realizaron un estudio con la hipótesis de demostrar que hijos de madres con un estilo de baja demanda/alta responsabilidad (indulgente) tiene un mayor riesgo de SP-OB comparados con aquellos con un estilo de alta demanda/ y alta responsabilidad (con autoridad) y participaron 383 diadas de madres.

Se encontró que el 15% de las madres tienen un estilo con autoridad, el cual se caracteriza por demandas razonables, ser consistente en las reglas, con sensibilidad y aceptación del niño, el 32% estilo autoritario caracterizado por imponer muchas reglas y demandas, dar pocas explicaciones y baja sensibilidad a las necesidades y perspectivas del niño, el 34% tuvo estilo indulgente con pocas reglas y demandas, permitiendo mucha libertad al niño, mientras que el 18% tuvo estilo no involucrado caracterizado por imponer pocas reglas y demandas, no se involucran y son poco sensibles a las necesidades de sus hijos.

El análisis reveló el estilo indulgente se relacionó con puntuaciones Z más altas del IMC en los hijos, comparado con los otros estilos de crianza (1.2 vs .7 con autoridad, 1.2 vs .7 autoritario, $p = .002$). Mediante análisis de regresión lineal múltiple se

encontró que un estilo de alimentación indulgente se asoció positivamente ($\beta = .56$) con puntuaciones más altas de IMC ($p = .01$). Este modelo explicó el 26% de la variación de la puntuación Z del IMC en los hijos.

Respecto a la revisión de los estudios que documentan la relación entre la depresión materna y el peso del hijo, se localizaron siete estudios, cinco de estos con diseño transversal y dos con diseño longitudinal, realizados en su mayoría en los Estados Unidos de Norteamérica y un estudio realizado en Inglaterra. Además se localizó una revisión sistemática la cual incluyó nueve estudios realizados en países tales como Dinamarca, Holanda, Estados Unidos de Norteamérica, Brasil y Europa, en la cual se consideraron madres e hijos entre dos y 18 años.

En los estudios han participado en su mayoría madres e hijos entre los 18 meses y hasta los 10 años, para evaluar la depresión materna en la mayoría de los estudios se ha aplicado la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y entre los indicadores del peso del hijo se han considerado percentiles del IMC, puntuaciones Z del IMC y pliegues cutáneos.

Con la Escala CES-D se ha encontrado depresión materna en el 23.4 y 31% de las madres participantes en los estudios, además se ha identificado relación entre los síntomas depresivos severos y menores puntuaciones Z del IMC en hijos en edad pre-escolar, por otra parte respecto a la asociación entre la depresión y el estilo de alimentación, cabe señalar que se han medido dimensiones del estilo por ejemplo, demanda con el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador encontrando mayores puntuaciones de demanda en aquellas madres con síntomas depresivos ≥ 16 . Otro de los estudios documentó que la depresión materna exagera el impacto de la crianza permisiva en la OB infantil, sin embargo cabe señalar que ninguno de los estudios realizados han definido el estilo de alimentación de acuerdo a la tipología de Hugues et al (2005).

Respecto a la literatura revisada del concepto de estilos se ha encontrado que

predominan los estilos indulgente y no involucrado, y que el estilo indulgente se asocia con mayor peso e IMC del hijo. Además se encontró que variables sociodemográficas maternas tales como ser madre soltera, con baja escolaridad y con nivel socio-económico se asocian con la depresión materna.

Definición de términos

Síntomas de trastorno depresivo fueron los síntomas referidos por las madres participantes en las últimas dos semanas, en aspectos como: estado de ánimo deprimido (anhedonia), disminución importante del interés o placer (disforia), pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada, falta de concentración o falta de criterio para la toma de decisiones y pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado o intento de suicidio. Los cuales fueron evaluados con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) la cual permite clasificar o casi todos los días, según el DSM, 2014.

Estilo materno de alimentación (EMA) son las actitudes y comportamientos que las madres utilizan en la interacción con su hijo al momento de la alimentación. Se clasifican en cuatro tipos: a) alta demanda/alta responsabilidad (con autoridad), b) alta demanda/baja responsabilidad (autoritario), c) baja demanda/alta responsabilidad (indulgente) y d) baja demanda/baja responsabilidad (no involucrado), los cuales se evaluarán con el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) (Hughes et al., 2005).

Estado nutricional del hijo fue el índice de masa corporal (IMC) medido del hijo en percentiles y clasificado como desnutrición (percentil < 3), bajo peso (≥ 3 y < 15), peso normal (≥ 15 y < 85), SP (≥ 85 pero < 97) y OB (≥ 97) (World Health Organization [WHO] 2006).

Objetivos Específicos

- 1) Identificar en las madres participantes la presencia de síntomas de trastorno depresivo.
- 2) Describir los estilos maternos de alimentación infantil.
- 3) Describir el estado nutricional del hijo.
- 4) Verificar si los síntomas de trastorno depresivo materno son diferentes de acuerdo a si/no el hijo presenta SP-OB.
- 5) Identificar el estilo de alimentación de las madres de niños con SP-OB.
- 6) Identificar predictores síntomas de trastorno depresivo en las madres participantes (características maternas: edad, ser madre soltera, ingreso económico, escolaridad, número de hijos, ocupación e IMC; del hijo: sexo e IMC)

Capítulo II

Metodología

En éste capítulo se describe la metodología del presente estudio. Se incluye el diseño, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, mediciones, procedimiento de recolección de la información, consideraciones éticas y estrategias de análisis de datos.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional, fue descriptivo dado que describió los síntomas de trastorno depresivo y los estilos de alimentación infantil de madres de hijos pre-escolares y se consideró correlacional dado que examinó si existía relación entre los síntomas de trastorno depresivo y los estilos maternos de alimentación infantil (Burns & Grove, 2012).

Población, muestreo y muestra

Participaron diadas integradas por madres y sus hijos pre-escolares. Las madres se identificaron a partir de sus hijos inscritos en instituciones públicas de educación pre-escolar ubicadas en el municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León.

Mediciones de lápiz y papel

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

Fue creada en el año de 1977 por Laurie Radloff y en el año 2004 fue revisada por William Eaton La CES- D es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante las últimas dos semanas, ha demostrado ser una herramienta útil y económica en formato auto aplicable en virtud de que no requiere personal especializado para su aplicación. Dada la importancia de la depresión, el interés por su investigación ha sido consistente en México durante las últimas décadas y la CES-D ha sido uno de los instrumentos más empleados en diversos estudios (González, Wagner & Jiménez, 2012).

La CES-D consta de 20 ítems, integrados en nueve sub-escalas de acuerdo al The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), las cuales son: 1) tristeza ó estado de ánimo deprimido (disforia), 2) pérdida de interés o disminución de placer (Anhedonia), 3) apetito, 4) sueño, 5) concentración, 6) culpa (inutilidad), 7) cansancio (fatiga), 8) movilidad (agitación) y 9) ideación suicida (Apéndice B).

Los ítems tienen las siguientes opciones de respuesta que van desde: 1) “Escaso” [(0-1 día) con valor de cero puntos], 2) “Algo” [(1-2 días) con valor de un punto], 3) “Ocasionalmente” [(3-4 días) con valor de dos puntos], 3) “la mayoría” [(5- 7 días) con valor de tres puntos] y 5) “todos los días durante las últimas dos semanas” (con valor de tres puntos).

Tras realizar la sumatoria de las respuestas y partiendo del punto de corte $\geq 16 \leq$ y determinando si las participantes padecen anhedonia o disforia (sumando el valor máximo de acuerdo a los ítems de cada subcategoría y el número de variables correspondientes a cada subcategoría) las respuestas se clasifican en las siguientes categorías : 1) episodio depresivo mayor (puntaje mayor a 16 con anhedonia y disforia), 2) probable episodio depresivo mayor (puntaje mayor a 16 y anhedonia) , 3) posible episodio depresivo mayor (puntaje mayor a 16 y disforia), 4) episodio depresivo sub-umbral (puntaje mayor a 16 sin anhedonia, ni disforia) y 5) sin síntomas puntaje menor a 16. Lo anterior de acuerdo a el análisis y puntuación obtenido de manera online automática mediante el link <http://cesd-r.com/> (González, Wagner & Jiménez, 2012).

Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador.

Para evaluar los estilos de alimentación infantil, se aplicó el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC). El cual de acuerdo Hughes et al, (2005) 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, mediante lo cual se generaron los ítems que después fueron revisados por especialistas en nutrición y psicólogos expertos en psicología del desarrollo (Apéndice C).

El CEAC consta de 19 ítems que evalúan los estilos de alimentación infantil con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1) nunca a 5) siempre. Los ítems se agrupan en dos dimensiones demanda y responsabilidad. Demanda es el promedio de la sumatoria de los 19 ítems y responsabilidad la sumatoria de los 7 ítems centrados en el hijo (3, 4, 6, 8, 9, 15 y 17) dividida entre el promedio de la sumatoria de los 19 ítems.

Posteriormente se calculó la mediana de ambas dimensiones y se categoriza a los participantes en cuatro estilos: 1) con autoridad (alta demanda/alta responsabilidad), 2) autoritario (alta demanda y baja responsabilidad), 3) indulgente (baja demanda y alta responsabilidad) y 4) no involucrado (baja demanda y baja responsabilidad).

El CEAC ha reportado una correlación test-retest ($r = .79$) ($p < .001$) para demanda y ($r = .75$) ($p = <.001$) para responsabilidad (Hughes et al, 2005).

Mediciones Antropométricas

Se midió peso y talla de las madres e hijos de acuerdo al procedimiento descrito (Apéndice D). La talla se midió con un estadímetro (Seca 214) y el peso con la báscula Seca 804 equipo con una precisión de 0.1 kg. El IMC del hijo se clasificó en percentiles de acuerdo a lo establecido por la OMS (2006) en: Desnutrición ($<$ percentil 3), Bajo peso (≥ 3 y < 15), Peso normal (≥ 15 y < 85), SP (≥ 85 pero < 97) y OB (≥ 97).

El IMC materno se clasificó de acuerdo a lo establecido por la OMS (2010) en: Bajo peso (< 18.5), peso normal (18.5 a 24.9), pre-OB (25.0 a 29.9), OB I (30.0 a 34.9), OB II (35.0 a 39.9) y OB III (> 40) de acuerdo a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (Apéndice E).

Procedimiento de Recolección de la Información

Una vez que se contó con la autorización de la Comisión de Ética e Investigación se acudió a las instituciones educativas previamente seleccionadas y se solicitó la autorización a los Directivos para la colecta de la información y los listados de alumnos del período escolar 2015- 2016. Se envió un aviso por escrito a las madres de familia por

conducto del hijo para invitarlas a una reunión informativa que se realizó en la institución en la cual estaba inscrito su hijo, se expusieron los objetivos del estudio y procedimientos a realizar, se solicitó su participación voluntaria y la firma del consentimiento informado (Apéndice F). Se solicitaron datos sociodemográficos (Apéndice G) y se aplicaron los cuestionarios (Apéndice B y C) para así realizar la somatometría (peso y talla). Se realizaron las medidas antropométricas en las madres en la misma institución de acuerdo a fechas y horarios previamente solicitados.

Respecto a las mediciones de los hijos se realizaron en la misma institución correspondiente, buscando un área específica que respetara la privacidad de los participantes, solicitando al maestro responsable del grupo autorización para que salieran los niños en grupos de 5 en 5 para no interferir en las actividades académicas habituales de los pre-escolares. Si alguna de las madres hubiera solicitado estar presente durante la medición se le hubiera permitido hacerlo.

Se enviaron al domicilio hasta tres avisos de invitación y la recolección de datos se llevó a cabo hasta completar el número de madres que aceptara participar en el estudio correspondiente a cada institución.

Para el cálculo de muestra se consideraron los alumnos inscritos ($N = 961$) en 10 escuelas de la Zona 19 del mencionado municipio. 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 escuelas fue el estrato, tanto madre e hijo se identificaron mediante numeración en serie. (Apéndice A).

Consideraciones Éticas

El proyecto contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. Se apegó a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

(Secretaría de Salud [SS], 2014). En particular a los apartados siguientes: Capítulo I, Artículo 13 que menciona que en la investigación con seres humanos deberá prevalecer el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los sujetos de investigación, aplicando éste capítulo en la investigación mediante la confidencialidad al momento de responder cuestionarios respecto a la madre, así como al momento de medir y pesar tanto a la madre como al hijo brindando confianza y privacidad al realizar las mediciones antropométricas.

Se aplicó el artículo 14, debido a que señala que la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases de acuerdo a la fracción V : por participar menores de edad se contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, de acuerdo a esto se solicita el consentimiento firmado de la madre para la participación de su hijo, la fracción VI : ya que la investigación se realizará por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, en éste caso la presente propuesta se presenta por la estudiante de Maestría en Ciencias de Enfermería, con grado de licenciatura en Enfermería, y de acuerdo a lo que señala 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.

El artículo 16 también guio la investigación, ya que designa que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, es decir completa confidencialidad, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Por lo cual se le informó a la madre que su participación sería anónima y que durante las mediciones antropométricas de sus hijos, ellas podían estar presentes si así lo decidían.

De igual manera la investigación fue basada en el artículo 17, señalando que: 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, y se clasificará en la fracción II, debido a que ésta investigación se clasifica como una investigación con riesgo mínimo: ya que son los estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; entre otros. Lo cual engloba las mediciones antropométricas que se les realizarán tanto a la madre como a su hijo.

De acuerdo al Artículo 20 del capítulo I que menciona que 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. El consentimiento informado será firmado por la madre del niño preescolar en el cual se mencionarán los objetivos del estudio y procedimientos a realizar.

De acuerdo al artículo 21, que señala para que el consentimiento informado se considera existente cuando, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal reciba una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: I. La justificación y los objetivos de la investigación; II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales; III. Las molestias o los riesgos esperados; IV. Los beneficios que puedan obtenerse; V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto; VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; VII.

La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de

participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; VIII, por lo cual se realiza una reunión y se explicará la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando; X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Por último se tomó en cuenta el artículo 36, ya que menciona que para la realización de investigaciones en menores o incapaces deberá en todo caso obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate, en éste caso se solicita autorización a la madre para que participe su hijo, debido a que cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será necesario el consentimiento de una de ellas .

Estrategias de Análisis de Datos

La información se capturó y analizó en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0. Se obtuvieron estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas, frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central según correspondiera.

De acuerdo al objetivo general que señala verificar si los estilos maternos de alimentación infantil son diferentes de acuerdo a los síntomas del trastorno depresivo mayor en madres de niños pre-escolares residentes en el área metropolitana se construyó una tabla de contingencia de 5x4 y se aplicó la prueba de chi-cuadrada.

Para identificar la presencia de trastorno depresivo mayor en las madres

participantes las puntuaciones del CES-D se capturaron en línea mediante el link <http://cesd-r.com/> , clasificándose en: 1) Cumple con los criterios del episodio depresivo mayor, 2) Probable episodio depresivo, 3) Posible episodio depresivo mayor, 4) síntomas de depresión sub-umbral, 5) Sin importancia clínica. Éstas categorías se capturarán en el programa Statical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0

Para describir los estilos maternos de alimentación infantil, las puntuaciones de demanda y responsabilidad y se clasificaron en las siguientes categorías: 1) con autoridad (alta demanda/alta responsabilidad), 2) autoritario (alta demanda y baja responsabilidad), 3) indulgente (baja demanda y alta responsabilidad) y 4) no involucrado (baja demanda y baja responsabilidad).

Por último para describir el estado nutricio del hijo se realizó la clasificación de acuerdo a los percentiles como: desnutrición (percentil < 3), bajo peso (≥ 3 y < 15), peso normal (≥ 15 y < 85), SP (≥ 85 pero < 97) y OB (≥ 97) (World Health Organization [WHO] 2006).

Capítulo III

Resultados

En este apartado se muestran los resultados del estudio que tuvo como objetivo verificar si existe relación entre los síntomas de trastorno depresivo y los estilos maternos de alimentación infantil. En primer lugar se muestra la consistencia interna de los cuestionarios que se utilizaron, posteriormente se presentan la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y antropométricas de las diadas participantes y al final la estadística que se aplicó para verificar los objetivos del estudio.

Consistencia interna de los cuestionarios

Se valoró la consistencia interna de los cuestionarios que se utilizaron mediante el coeficiente alpha de Cronbach. Ambos, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos [EDCEE] y el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador, (CEAC) obtuvieron un valor de alpha de Cronbach aceptable según Burns & Grove (2012), como se observa en la tabla 1.

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Items	α
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	20	.89
Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador	19	.90

α = Coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach $n = 259$

Estadística descriptiva de información sociodemográfica y variables de estudio

Participaron 259 diadas (madre- hijo en edad preescolar) pertenecientes a la zona 19 del municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León. Primero se describen las variables sociodemográficas, antropométricas y de los síntomas del trastorno depresivo mayor y los estilos maternos de alimentación.

La edad promedio de las madres fue 30.02 años ($DE = 6.68$), la media de

escolaridad fue 10.35 años ($DE = 3.15$). La mayoría de las madres participantes señaló como estado civil estar casada ($n = 154, 59.5\%$), seguido por unión libre ($n = 64, 24.7\%$) y madres solteras ($n=26, DE= 10.0\%$). Respecto a la ocupación la mayoría, 204 (78.8%) se dedicaba al hogar, 42 (16.2%) tenían como ocupación trabajo no profesional y 13 (5%) trabajo profesional. El promedio de horas de trabajo diario se ubicó en 7.80 h ($DE = 17.3\%$). En relación a los hijos participantes, 135 (52.1%) eran de sexo masculino y 123 (47.5%) de sexo femenino con una edad promedio de 4.39 años ($DE= .69$).

La tabla 2 presenta información de las variables antropométricas de las diadas participantes. Se identificó un peso materno promedio de 69.24 kgs ($DE = 14.80$), talla promedio de 1.58 mts ($DE = 0.64$) y un IMC promedio de 27.61 ($DE = 5.50$). El peso del hijo promedio fue de 18.46 ($DE = 4.96$), talla media de 59.4 cms ($DE = 52.92$) e IMC promedio de 15.95 ($DE = 3.58$).

Tabla 2

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

Variable	\bar{X}	DE	Valor			D^a	P
			Mínimo	Máximo			
Madre							
Peso	69.24	14.80	36.90	115.20	.032	.200	
Talla	1.58	.0647	1.40	175	.052	.089	
IMC	27.61	5.506	15.56	46.15	.038	.200	
Hijo							
Peso	18.46	4.964	9.20	57.00	.166	.000	
Talla	59.44	52.920	.92	126.00	.312	.000	
IMC	15.95	3.5813	9.20	57.00	.210	.000	

Nota: \bar{X} : valor media; DE: Desviación estándar; D^a : prueba de normalidad; p: valor para p.

Posteriormente el IMC materno se clasificó 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%

Nota: *f*=frecuencia % = porcentaje

Respecto al estado nutricio del hijo, se encontró que el 22.4% presentó 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

Nota: *f* = frecuencia % = porcentaje

También se calcularon las estadísticas descriptivas de las variables de estudio

síntomas depresivos y de las dimensiones exigencia y responsabilidad de los estilos maternos de alimentación infantil y se verificó la normalidad de las variables como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5

Estadísticas descriptivas y prueba de normalidad de síntomas depresivos y estilos maternos de alimentación

Variable	\bar{X}	Mdn	DE	Valor		D ^a	P
				Min	Max		
Síntomas depresivos	8.52	6.00	9.10	.00	16.00	.175	.000
Estilos							
Demanda	2.60	2.57	.69	1.00	4.42	.058	.039
Responsabilidad	1.17	1.16	.18	.61	1.76	.039	.200

Nota: \bar{X} : valor media; DE: Desviación estándar; D^a: prueba de normalidad; p: valor para p.

Posteriormente se calcularon las medias de las dimensiones de demanda y responsabilidad de las participantes como punto de corte de la muestra para identificar la categoría de estilo. La media de demanda fue 2.60 (DE = .69) y la media de responsabilidad fue 1.17 (DE = .18). Respecto a las puntuaciones de la EDCEE se identificó una media de 8.52 (DE = 9.10), dado que las variables no mostraron normalidad se utilizó estadística no paramétrica para responder los objetivos del estudio.

Estadística para verificar los objetivos del estudio

Para dar respuesta al objetivo específico uno que refiere identificar en las madres participantes la presencia de síntomas de trastorno depresivo, se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Se encontró que 31 participantes (12%) clasificaron en la categoría síntomas de depresión sub-umbral, una madre presentó posible episodio depresivo mayor y otra participante presentó episodio de depresión mayor, ver tabla 6.

Tabla 6

Síntomas de trastorno depresivo mayor

Categoría	<i>f</i>	%
Episodio de depresión mayor	1	.4
Posible episodio de depresión mayor	1	.4
Síntomas de depresión sub-umbral	31	12
Sin Síntomas	226	87.2
Total	259	100.0

Nota: *f* = frecuencia % = porcentaje

La tabla 7 da respuesta al objetivo específico número dos el cual señala describir los estilos maternos de alimentación. Se identificó que el estilo de alimentación con mayor porcentaje fue el autoritario con el 35.5% ($n = 92$) seguido por el estilo indulgente 31.7% ($n = 82$).

Tabla 7

Estilos maternos de alimentación

Estilo	<i>F</i>	%
Con autoridad	45	17.4
No involucrado	40	15.4
Autoritario	92	35.5
Indulgente	82	31.7
Total	259	100.0

Nota: *f* = frecuencia % = porcentaje

Respecto al estado nutricio del hijo, se identificó que el 12% ($n = 31$) y el 10.4% ($n = 27$) presentó SP y OB respectivamente. El 62.2% ($n = 161$) se ubicó en la categoría de peso normal. La información se presenta en la tabla 8, lo cual responde al objetivo específico tres.

Tabla 8

Estado nutricional del hijo

Estado nutricional	<i>f</i>	%
Desnutrido	11	4.2
Bajo peso	29	11.2
Normal	161	62.2
Sobrepeso	31	12.0
Obesidad	27	10.4
Total	259	100.0

Nota: *f* = frecuencia % = porcentaje

Para dar respuesta al objetivo 4 que señala verificar si los síntomas de trastorno depresivo materno son diferentes de acuerdo a si/no el hijo presenta SP-OB. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney a las puntuaciones de síntomas de trastorno depresivo. No se encontraron diferencias significativas, ($U=5726.0$, $p= .837$) ver tabla 9.

Tabla 9

Prueba U de Mann-Whitney para los síntomas de trastorno depresivo de acuerdo a si/no el hijo presenta SP-OB

Variable	<i>N</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Condición						
Si SP-OB	58	8.1	6.0	8.4	5726.0	.837
No SP-OB	201	8.6	6.0	9.3		
Total	259	8.5	6.0	9.1		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = Mediana, *DE* =Desviación Estándar, *U* = Estadístico de U de Mann-Whitney, *p*= valor de *p* *n*= 259

La tabla 10 responde al objetivo número 5 que señala identificar el estilo de alimentación de las madres de niños con sobrepeso y obesidad. Se aplicó la prueba *chi*-

cuadrada. Se encontró que independientemente de la presencia de SP-OB en el hijo, predominó el estilo autoritario ($X^2 = 0.780$, $gl = 3$, $p < .854$).

Tabla 10

Estilo materno de alimentación infantil en hijos con y sin SP-OB

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

Nota: *f* = frecuencia % = porcentaje

Posteriormente se compararon las puntuaciones de las dimensiones de exigencia y responsabilidad de acuerdo a si/no el hijo presenta SP-OB mediante la prueba U de Mann-Whitney. La tabla 11 demuestra que no se presentaron diferencias significativas de los casos de niños con SP-OB y niños sin SP-OB con el estilo materno de alimentación ($U = 5796.5$, $p = .792$).

Tabla 11

Prueba U de Mann-Whitney para las variables niños con y sin sobrepeso y obesidad con la variable estilo materno de alimentación.

Variable	<i>N</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Condición					5696.5	.792
Con SP-Ob	58	2.53	2.52	.74		
Sin SP-OB	201	2.61	2.63	.67		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = Mediana, *DE* =Desviación Estándar, *U* = Estadístico de U de Mann-Whitney, *p*= valor de *p*, *n*= 259

Para responder al objetivo específico 6 que plantea identificar predictores de los síntomas de trastorno depresivo en las madres participantes, se consideraron como variables independientes: maternas (edad, ser madre soltera, escolaridad, número de hijos, IMC, exigencia y responsabilidad) y del hijo (sexo e IMC) y se aplicó análisis de regresión lineal múltiple. El modelo resultó significativo ($\chi^2 = 826.445$, $gl = 1$, $p = .001$). Mediante el procedimiento Enter con eliminación de variables de forma manual, se identificó que la variable que contribuyó al modelo fue: exigencia. En forma específica se muestra que por cada unidad que aumente la escolaridad materna los EMAAF se incrementan 0.66 veces; de igual manera por cada unidad de ingreso económico que aumente los EMAAF se incrementan 0.001 veces y por cada unidad de ocupación materna los EMAAF se incrementan 4.67 veces (Tabla 12).

Tabla 12

Estadística inferencial del efecto de las variables sobre los EMAAF

Modelo		χ^2	<i>Gl</i>	<i>P</i>	R^2
Regresión lineal múltiple		826.445	1	.001	.039
Variable	β	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>Exp</i> (β)	<i>P</i>
Modelo		χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	R^2
Constante	1.77	2.16	.824		
Demanda	2.59	.806	3.21	.197	.001

Finalmente, para dar respuesta al objetivo general que señala verificar si existe relación entre los síntomas de trastorno depresivo y los estilos maternos de alimentación infantil, se construyó una tabla de contingencia. Se encontró que en las madres con síntomas depresivos predominó el estilo autoritario 48.48 ($n = 16$) y en las madres sin síntomas se identificaron en proporciones similares los estilos autoritario e indulgente, ($n = 76$, 33.63% y $n = 73$, 32.30, respectivamente).

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes de los estilos maternos de alimentación.

Estilo	Síntomas de trastorno depresivo			
	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Autoridad	4	12.12	41	18,14
No involucrado	4	12.12	36	15.93
Autoritario	16	48.48	76	33.63
Indulgente	9	27.27	73	32.30
	33		226	

Nota: *f* = frecuencia % = porcentaje

n = 259

De acuerdo a lo anterior, se realizó análisis considerando las puntuaciones de síntomas de trastorno depresivo y las puntuaciones de las dimensiones de estilo (exigencia y responsabilidad). Se encontró correlación positiva significativa entre la puntuación de síntomas depresivos maternos y la dimensión de exigencia (*Rho de Spearman* = .208, *p* = .001). Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney se encontró que el estilo autoritario obtuvo la puntuación mayor de síntomas depresivos (146.33) con una diferencia significativa ($X^2 = 10.705$, *g l* = 3, *p* < .05), ver tabla 14.

Tabla 14

Síntomas depresivos de acuerdo al estilo de alimentación

Estilo	<i>f</i>	Rango promedio
Con autoridad	45	139.24
No involucrado	40	109.78
Autoritario	92	146.33
Indulgente	82	116.47
Total	259	100.0

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio se realizó con el propósito de verificar si existe relación entre los síntomas de trastorno depresivo y los estilos maternos de alimentación infantil en madres de niños preescolares.

Para identificar la presencia de síntomas de trastorno depresivo se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, la cual obtuvo una consistencia interna aceptable que coincide con el estudio realizado por Topham et al. (2008). Cabe señalar que esta escala es la más utilizada en estudios que investigan el trastorno depresivo mayor, ha sido aplicada en estudios realizados en países tales como Dinamarca, Holanda, Estados Unidos de Norteamérica, Brasil y Europa.

Respecto a la presencia de síntomas de trastorno depresivo, es posible señalar que las cifras identificadas en el presente estudio, coinciden con lo documentado por la OMS (2014), incluso una de las participantes se identificó con trastorno depresivo mayor. Por otra parte la literatura señala como variables psicosociales asociadas al trastorno depresivo, el ser mujer (más aún cuando se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar, si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo, el bajo nivel socioeconómico, ser madre soltera, dificultades matrimoniales y disminución del apoyo social (Goodman, 2007; Howell, 2009), sin embargo, en la población estudiada más de la mitad de las participantes señalaron estar casada y la mayoría dedicadas a labores del hogar.

Al evaluar los estilos maternos de alimentación, el estilo que predominó fue el autoritario caracterizado por alta demanda y baja responsabilidad. A este respecto se ha descrito que la cultura mexicana enfatiza el respeto por la autoridad y el empleo de reglas estrictas para disciplinar a los hijos, además se ha señalado que el estilo autoritario podría relacionarse con un bajo nivel educativo y bajo ingreso económico

(Hoerr et al., 2009), además se resalta que el estilo autoritario no apoya a que el hijo interiorice los valores parentales y que cuando los niños son pequeños los padres tienen mayor control que cuando el niño es mayor, lo que podría colocarlo en riesgo de desarrollar SP-OB. (Hughes, Power, Fisher, Mueller & Nicklas, 2005).

Además del estilo autoritario, el otro estilo que se presentó fue indulgente el cual se caracteriza por baja demanda/alta responsabilidad, el cual también se ha encontrado que predomina en las madres Latinas (Olvera & Power, 2010, Tovar et al., 2012), el estilo indulgente se ha encontrado relacionado a mayores puntuaciones del IMC, sin embargo a pesar de que no se identificaron diferencias entre los estilos maternos de alimentación y la presencia/ausencia de SP-OB del hijo, se identificó que el estilo que predomina fue el estilo autoritario.

Por otra parte se identificó que las madres con síntomas de trastorno depresivo se caracterizan por un estilo autoritario, además al realizar análisis de las dimensiones del estilo es decir exigencia y responsabilidad, se encontró que a mayor puntuación de síntomas depresivos, mayor puntuación de la dimensión de demanda. Lo cual coincide con el estudio realizado por Goulding et al (2014) quien identificó “alta demanda” en las madres con síntomas depresivos.

Al respecto del estilo autoritario es posible señalar que está caracterizado por el control. En este sentido, se ha descrito que el uso parental del control encubierto (por ejemplo limitar la disponibilidad de aperitivos sabrosos en el hogar) en comparación con el control manifiesto (establecer normas respecto a la ingesta de los alimentos disponibles en el hogar) lo que podría ayudar a la elección de alimentos sanos y permitir la independencia del hijo respecto a las decisiones sobre la comida y la alimentación (Ogden, Reynolds, & Smith, 2006), sin embargo la literatura señala que las madres Latinas se caracterizan por imponer el control encubierto, el cual puede impedir que el hijo desarrolle la capacidad de regular su propia ingesta de alimentos y el apetito cuando

se queda solo, lo cual podría colocarlo en mayor riesgo para desarrollar OB (Birch & Davison, 2001).

Por otra parte, no se identificaron diferencias entre el estilo materno de alimentación y el hecho de que el hijo presentara o no SP-OB, dado que se identificó que predominó el estilo autoritario en ambos grupos. Cabe señalar que se ha documentado que las madres con síntomas depresivos de moderados a severos tienen mayor probabilidad de que su hijo tenga SP u OB a los 5 años de edad en comparación con las madres sin síntomas depresivos (Gross et al, 2013)

Cabe señalar que no se presentaron diferencias significativas de los casos de niños con y sin SP-OB relacionados con el estilo materno de alimentación, sin embargo, Wake, Nicholson, Hardy y Smith (2009) encontraron que las posibilidades de que los hijos estén en una categoría alta de IMC se incrementaron para los hijos de padres con estilo indulgente y para hijos de padres no involucrados.

Como ya se mencionó la literatura señala algunos predictores de síntomas de trastorno depresivo en población mexicana, cabe señalar que en el presente estudio se identificó como predictor la dimensión de exigencia de estilos, esto es de significancia dado que estilo autoritario se caracteriza por ejercer el control como manipulación de los sentimientos y del apego con el hijo, manejar límites y reglas estrictas, lo que podría colocar a las madres en un nivel de estrés y ansiedad, al ver que sus demandas no son satisfechas, lo que potencialmente las podría conducir a trastornos depresivos.

Conclusiones

De acuerdo a los hallazgos del presente estudio se concluye lo siguiente:

- En la clasificación realizada de acuerdo a los estilos maternos de alimentación, se pudo observar que el estilo predominante fue el Autoritario (alta demanda/ Baja responsabilidad).
- El segundo estilo materno de alimentación predominante fue el indulgente (baja demanda/ alta responsabilidad).

-Respecto a las dos dimensiones de los estilos maternos de alimentación (Demanda y responsabilidad), se encontró que a mayor puntaje de síntomas de trastorno depresivo mayor, mayor puntaje existirá en la dimensión demanda.

-La exigencia se definió como predictor para padecer síntomas del trastorno depresivo mayor.

Recomendaciones

- Dado que el estilo de crianza que predominó fue el autoritario y que las puntuaciones de exigencia del estilo son predictoras de síntomas depresivos, se recomienda continuar estudiando la dimensión de exigencia y evaluarla con diferentes instrumentos que permitan identificar el control manifiesto y encubierto.

Referencias

- Berenzon, B., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública México. 55(1):74-80*
- Burns, N., & Grove, S. (2012). Investigación en Enfermería. *Elsevier, España.*
- Castro C. (2011). Maternal depression and child development. *De Familias y Terapias 20:30.*
- Coloma, J. (1993). La familia como ámbito de socialización de los hijos. In J.M. Quintana (Ed.), *Pedagogía familiar, Madrid, Narcea.*
- Corvo, K., & William, K. (200°). Substance abuse, parenting styles and aggression; an exploratory study of weapon carrying students, *Education 46 (1),1-13.*
- Cuervo A. (2009). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Perspectiva Psicológica. / ISSN: 1794-9998 / Vol. 6 / No 1 / 2010 / pp. 111 – 121.*
- Cummings, E. & Kouros C. (2011). Depresión materna y su relación con el desarrollo y la adaptación de los niños. *UNICEF*
- Cunningham, S., Kramer, M. & Nayaran, V. (2014) Incidence of childhood obesity in the United States. *New England Journal of Medicine.370.(5), 403- 4011.*
- Duarte, C., Shen, S., Wu, P. & Must, A., 2012. Maternal depression and child's BMI: longitudinal findings from US sample. *Pediatría-Obesidad.2012 Apr;7(2):124-33. doi: 10.1111/j.2047-6310.2011.00012.x*
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (2012). Resultados por entidades Federativas, Nuevo León.
- <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- Eneli, I. U., Crum, P., & Tylka, T. L. (2008). The trust model: A different feeding paradigm for managing childhood obesity. *Obesity, 16*, 2197–2204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2008.378>.
- Ertel K., Koenen K., Rich-Edwards J. & Gillman M., (2010). Antenatal and postpartum depressive symptoms are differentially associated with early childhood weight and adiposity. *Plos. One peer reviewed, Open acces journal*.
- Franco, N., Pérez- Nieto, N. & Pérez, J., (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 1*, (2), 149-156.
- González, C., Echeagaray, W. & Jiménez, F. (2012). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental, 26*,(1),59-68.
- Goodman, S. (2007) .Depression in Mothers. *Annu. Rev. Clin. Psychol. 2007.3:107-135*
- Goulding et al. (2014) Associations between maternal depressive symptoms and Child Feeding practice in a cross- sectional study of low- income mothers and their Young children. *International Behavioral nutrition and physical activity*.
- Gross, R., Velazco, N., Briggs, R. & Racine, A. (2013). Maternal depressive symptoms and child obesity in low-income urban families. *Acad Pediatr. 13*(4):356-63.
- Grupta, N., Goel, K., Shah, P. & Misra, A. (2012). Childhood obesity in developing countries: *Epidemiology, determinants, and prevention. Endocrine Reviews, 33*(1), 48-70.
- Haycraft, E. & Blissett, J. (2008). Controlling feeding practices and psychopathology in a non-clinical sample of mothers and fathers. *Elsevier, Eating behaviors (9)*, 484-492.
- Hoerr, S., Hughes, O., Fisher, J., Nicklas, T., Liu, Y. & Shewchuk, R.(2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families

with limited incomes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, (5):403-10.

Howell, E. & Mora, P., (2009). Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health* 2009;12 (2):113-120.

http://www.who.int/childgrowth/standards/Growth_standard.pdf

Hughes, S., Power, J., Fisher, J., Muellerc, S. & Nicklas, T. (2004). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Elsevier Ltd. All rights reserved. doi:10.1016/j.appet*.

Instituto Nacional de la Salud Mental, (2008). Las mujeres y la depresión, descubriendo la esperanza. *Publicación de NIH Núm. SP 11-4779*

Johnson, R., Welk, G., Saint-Maurice, P. & Ihmels, M. (2012) Parenting Styles and Home Obesogenic Environments. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9(4), 1411-1426.

Lampard, A., Franckl, R. & Davidson, K. (2013). Maternal Depression and Childhood obesity: a sistematic review. *Prev Med. 2014 Feb;59:60-7. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.11.020*.

McConley, R., Mrug, S., Gilliland, M., Lowry, R., Elliot, M., Schuster, M., Bogart, L., Franzini, L. & Escobar- Cháves, (2011). Mediators of maternal depression and family structure on Child BMI: Parenting Quality and Risk Factors of Child overweight. *Behavior and psychology. Vol. 19. núm. 2 E.U.A.*

Mental Health American (2008) La depresión materna. Marcando la diferencia a través de la acción de la comunidad: una guía de planeamiento.

Nussbaum, A. (2015) American Psychiatric Association. Páginas: 300

Olvera, N. & Power, T. (2010). Brief report: parenting styles and obesity in Mexican - American children: a longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology* 35(3) pp. 243-249.

- Organización Mundial de la Salud, (2012). Obesidad y sobrepeso. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Radloff, L. (1977) The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas ; 1(3):385-401*.
- Rafful, C., Medina-Mora M., Borges, G., Benjet, C. & Orozco, R., (2012). Depression, gender and the treatment gap in México. *Journal of Affective Disorders 138. (1-2: 165-169)*.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, (2014). Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Russo, P., Lauria S. & Siani N. (2011) Epidemiology of Obesity in Children and Adolescents. *Springer Science+Business Media. 239—252*.
- Secretaría de Salud (2012) Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/025_GPC_SobrepesoObesenPed/SSA_025_08_EyR.pdf
- Secretaria de Salud (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Secretaría de Salud, Nuevo León (2012). Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Slater, M. A. & Power, T.G. (1987). Multidimensional assessment of parenting in single-parent families. *Advances in family intervention, assessment and theory (pp.197-228)*.
- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM–5) (2014). *American Psychiatric Association*.
- Topham, G., Page M., Hubbs-Tait L., Rutledge J., Kennedy T., Shriver L. & Harrist A. (2008). Maternal depression and socio-economic status moderate the parenting

style/child obesity association. *Pubmed US National Library of Medicine National Institutes of Health*.

- Torío, S., Peña, J. & Rodríguez, M. (2008) Parenting styles. Bibliographical revision and theoretical reformulation. *Ediciones Universidad de Salamanca Teor. educ. 20, 2008, pp. 151-178*.
- Toth S, Peltz J. (2009). Maternal depression. *Centre of Excellence for Early Childhood Development;1-8*.
- Tovar, A., Hennessy E., Pirie A., Must, A., Gute, D., Hyatt, R., Luongo, C., Hughes, S., Boulos, R., Sliwa, S., Galvão, H. & Economos C. Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 9:62*.
- 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., Hardy, P. & Smith, K. (2007). Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian national population study. *American Academy of Pediatric*.
- Wang, L., Anderson, J., Dalton, W., Wu, T., Liu, X., & Zheng, S. (2012) Maternal depressive symptoms and the Risk of Overweight in their children. *Maternal Child Health 17:940-948*.
- World Health Organization (2006). WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. Disponible en:

Apéndices

Apéndice A
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Población de Estudio

Escuela	Alumnos
Jardín de niños “Benito Coquet”	6
Jardín de niños “Armando Garza Zambrano”	41
Jardín de niños “Juan Álvarez”	83
Jardín de niños “Pedro Villarreal Cantú”	69
Jardín de niños “Genoveva Franco Badillo”	10
Jardín de niños “Melchor Muzquiz”	8
Jardín de niños “Ezequiel Chávez”	14
Jardín de niños “Eduardo A. Elizondo Lozano”	28
Total	259

Apéndice B

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos

Durante cuantos días...	Escaso (0-1 día)	Algo (1-2 días)	Ocasional- Mente (3-4 días)	La mayoría (5-7 días)	Todos los días durante las últimas dos semanas
1.Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2.No podía quitarse la tristeza	0	1	2	3	4
3.Tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4.Tenía sueño intranquilo	0	1	2	3	4
5.No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
6.Se sentía triste	0	1	2	3	4
7.No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8.Nada le hacía feliz	0	1	2	3	4
9.Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10.Había perdido interés en sus actividades diarias	0	1	2	3	4
11.Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12.Sentía que se movía muy lento	0	1	2	3	4
13.Se sentía agitado (a)	0	1	2	3	4
14.Sentía deseos de estar muerto (a)	0	1	2	3	4
15.Quería hacerse daño	0	1	2	3	4
16.Se sentía cansado (a) todo el tiempo	0	1	2	3	4

17.Estaba a disgusto consigo mismo	0	1	2	3	4
18.Perdió peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19.Le costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20.Era difícil concentrarse en las cosas importantes.	0	1	2	3	4

Apéndice C

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador

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.		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
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	1	2	3	4	5

	buena para tu salud porque te hará fuerte”).					
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 D

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Procedimientos de Mediciones

Talla

Se instalará el estadímetro en una superficie plana para evitar variaciones en las mediciones. Se le pedirá al participante (tanto menor como la madre) retire sus zapatos así como calcetines de ambos pies, posteriormente guiaremos al participante a tomar la posición adecuada para su medición (lo más recta posible), lo colocaremos sobre la base del estadímetro (pagando su espalda y glúteos en la regla del estadímetro y los talones en la pared de la base) juntando talones y separando las puntas en un ángulo de 90 grados. Los brazos deben estar pegados a los costados y la mandíbula hiperextendida. Una vez que el participante está en la posición adecuada, se procede a bajar el marcador del estadímetro hasta que toque la cabeza (la cabeza debe estar libre de cualquier objeto que interfiera en la medición como: diademas, broches, gorras, sombreros, etc.), se procede a la lectura de la estura y se registra en el formato específico.

Peso

De igual manera que el estadímetro, la báscula debe estar en una superficie totalmente plana, cuando el participante es previamente medido se pasa de manera directa a la báscula, se le explicara al participante que subirá a la báscula para obtener su peso así como que deberá estar en una posición recta, con brazos a los costados y con la mandíbula hiperextendida.

Pasos del procedimiento:

1. Deberá subir a la base de la báscula y colocará sus pies descalzos sobre cada lado de la misma (procurando los pies estén separados uno de otro en el mismo centro de la báscula) y esperara un momento en posición recta para que la maquina reporte su peso.

Apéndice E

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Formato de Registro de Medidas Antropométricas

No. de Cuestionario _____ Estado _____

Nivel Pre-escolar _____ Primaria _____

Escuela _____ Grado _____ Sección _____

Hijo

Peso (kg) _____ Estatura (cm) _____ IMC _____ Percentil _____

Valor Z _____ Estado Nutricio _____

Madre

Peso (kg) _____ Estatura (cm) _____ IMC _____

Estado Nutricio _____

Apéndice F

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Consentimiento Informado

Título del Estudio:

Síntomas del trastorno depresivo mayor y estilos maternos de alimentación infantil relacionados con el peso del hijo.

Responsable de la investigación: Lic. María Eugenia Pérez Campa

Introducción

Estamos interesados en indagar si la madre de familia presenta depresión y si esta se relaciona al estado nutricional del hijo, además de si las formas como la madre alimenta a su hijo se relacionan con el estado nutricional del hijo. Por lo que le invitamos a participar en este estudio en el cual se le solicitará contestar dos cuestionarios y proporcionar información general de usted y de su hijo, tal como edad y estado de nacimiento, entre otros.

Esta investigación es una actividad que se realiza como parte de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

Propósito del Estudio

El propósito del estudio es identificar si la madre de familia presenta depresión y si esta se relaciona al estado nutricional del hijo, además de si las formas como la madre alimenta a su hijo se relacionan con el estado nutricional del hijo.

Descripción del Estudio/Procedimiento

Si usted acepta participar en el estudio, se le pedirá que colabore en lo siguiente: 1) contestar dos cuestionarios que le tomarán de 15 a 20 minutos respectivamente, en los cuales responderá algunas preguntas relacionadas con su estado de ánimo en las últimas

dos semanas y un cuestionario para identificar la forma en la cual usted alimenta a su hijo, 2) Además de permitir que se le tomen medidas de peso y estatura a usted y su hijo.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con su participación en esta investigación., sin embargo dado que se realizará medida del peso que implica que usted y su hijo suban a la báscula, eventualmente podría presentarse algún tropiezo al momento de esta medición, para lo cual se colocarán tapetes antiderrapantes y además el personal de salud estará a su lado y al de su hijo en todo momento.

Beneficios esperados

Si acepta participar podrá conocer el estado nutricional de usted y de su hijo y se le brindará información que usted podrá utilizar en el momento de la alimentación de su hijo.

Costos

Participar en el estudio no le generará ningún costo.

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

La información que usted proporcione será totalmente confidencial, los únicos que tendrán conocimiento de su información serán usted y el investigador responsable del estudio. En caso de que los resultados sean publicados se reitera la confidencialidad, además de que serán presentados de manera grupal.

Derechos a dejar de participar

Si usted desea participar en el estudio será de forma voluntaria, es decir, está en libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decida. Si decidiera no participar o retirarse del estudio, su relación actual o futura con la Universidad Autónoma de Nuevo León y/o con la institución donde estudia su hijo en ningún momento será afectada.

Preguntas

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en la investigación o requiere aclarar cualquier tipo de duda, comuníquese por favor al teléfono 83481010

directo a la Facultad de Enfermería de la UANL Subdirección de Posgrado e Investigación. En horario de 9:00 a 17:00 hrs.

CONSENTIMIENTO

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y autorizo que se obtenga información sobre mi persona y la de mi hijo. He leído este documento y 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 del testigo 1

Fecha

Firma del testigo 2

Fecha

**Firma, nombre y datos del autor del
estudio**

Fecha

Apéndice G

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Cédula de Datos Personales y Socio-demográficos

No. de Cuestionario _____ Fecha de hoy: Día _____ Mes _____ Año _____

Escuela _____ Grado _____ Sección _____

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 _____

Este hijo es:

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

Otro cuál _____

De usted (Mamá)

Nombre _____ Apellidos (Paterno) _____ (Materno) _____

Edad en años _____

Lugar de nacimiento _____

Municipio

Estado

Escolaridad en años _____

Ocupación _____

Estado Civil _____

Del padre de su hijo

Edad en años _____

Lugar de nacimiento _____

Municipio

Estado

Escolaridad en años _____

Ocupación _____

Ingreso económico promedio familiar mensual _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

MARÍA EUGENIA PÉREZ CAMPA

Tesis: SÍNTOMAS DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN RELACIONADOS CON EL PESO DEL HIJO

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

Biografía: Nacida en Poza Rica en el estado de Veracruz, el 26 de septiembre del año 1990, hija de la Señora María Eugenia Campa Salguero y el señor Francisco Javier Pérez Pérez y con el apoyo de formación por parte de abuelos maternos, el Señor Omar Campa Vázquez y la Señora Francisca Salguero Ramírez.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciada en Enfermería perteneciente a la generación 2008-2012. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha desde 2015.

Experiencia profesional: Enfermera de turno en Centro Médico Santa Fé y pasantía con trato directo con paciente en Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” rotando por áreas como: urgencias adulto/ niño, quirófano, medicina interna y maternidad.