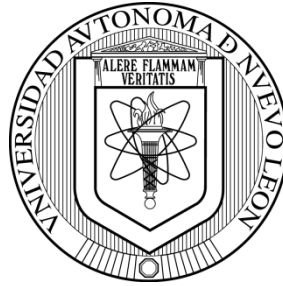


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTRÉS DE LA CRIANZA, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN
INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL HIJO PREESCOLAR

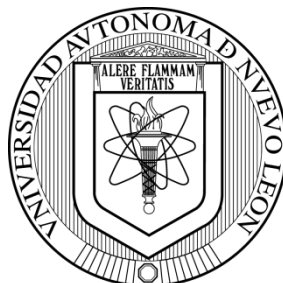
Por

LIC. MONSERRAT MORALES ALDUCIN

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2020

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



ESTRÉS DE LA CRIANZA, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN
INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL HIJO PREESCOLAR

Por

LIC. MONSERRAT MORALES ALDUCIN

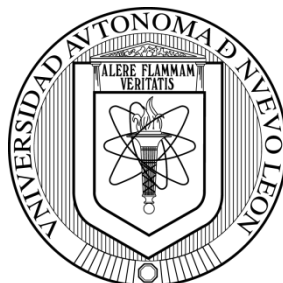
Director de tesis

DRA. YOLANDA FLORES PEÑA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2020

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



ESTRÉS DE LA CRIANZA, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN
INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL HIJO PREESCOLAR

Por

LIC. MONSERRAT MORALES ALDUCIN

Asesor estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD.

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2020

ESTRÉS DE LA CRIANZA, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN
INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL HIJO PREESCOLAR

Aprobación de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña
Director de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña
Presidente

Dra. Nora Hernández Martínez
Secretario

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca proporcionada para realizar y culminar mis estudios de maestría

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirector de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo brindado durante mi etapa académica.

A mi Directora de Tesis la Dra. Yolanda Flores Peña por confiar siempre en mí y apoyarme en todo momento, así como guiarme paso a paso en este camino.

A la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal y la Dra. Nora Hernández Martínez por sus sabias aportaciones y observaciones para mejorar el proyecto de investigación.

A la Dra. Perla M. Trejo Ortiz quien me brindó su asesoría en mi estancia de investigación realizada en Zacatecas.

A los docentes de la Maestría por las enseñanzas y la transmisión del conocimiento que ha sido parte de mi formación.

A la Secretaría de Educación Pública por proporcionar la información necesaria para el procedimiento de recolección de los datos.

A las Directoras de las instituciones de educación preescolar por permitir el acceso sus instituciones creyendo en el proyecto.

A las madres y niños participantes por la gran disposición para participar en el estudio.

Dedicatoria

A mi madre Josefina Alducin Sánchez el pilar más importante en mi vida, mi motor, la mujer que me vió crecer y que me enseñó que la perseverancia diaria da buenos frutos. Ella quien se esfuerza día a día desde mi nacimiento para que llegara hasta este día. A ti mujer amada te dedico cada uno de mis logros.

A mi padre Moisés Morales Hernández quien siempre confió en mí, motivándome desde pequeña a ser mejor cada día. Gracias por ser mi ángel y cuidarme desde tu partida.

A mis hermanos Hugo y Miriam quienes han confiado y me han acompañado en mi crecimiento como profesional.

A mi compañera de vida, Ashley Solís quien me ha acompañado y apoyado desde que llegó a mi vida. Gracias por creer siempre en mí y mi capacidad de hacer las cosas y brindarme amor incondicional.

A la Dra. Corina Mariela Alba Alba, su esposo y sus hijas Valeria y Paola quienes me acompañaron en este proceso y me brindaron siempre palabras de aliento. Gracias por confiar en mí siempre.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Estrés	4
Estrés en la Crianza	6
Estilos Maternos de Alimentación Infantil	9
Índice de Masa Corporal	11
Estudios Relacionados	11
Estrés de la crianza, variables antropométricas del hijo y/o prácticas de alimentación	11
Estrés Materno e IMC	16
Estrés de la crianza y EMAI	17
Estilos Maternos de Alimentación Infantil	18
Definiciones Operacionales	22
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
Hipótesis	23
Capítulo II	
Metodología	24
Diseño del Estudio	24
Población, Muestreo y Muestra	24
Criterios de Inclusión	24
Criterios de Exclusión	24
Mediciones	25
Instrumentos de lápiz y papel	25

Contenido	Página
Antropométricas	26
Procedimiento de Recolección de los Datos	27
Consideraciones Éticas	28
Estrategia de Análisis de Datos	30
Capítulo III	
Resultados	31
Consistencia interna de los cuestionarios	31
Estadísticas descriptivas	31
Capítulo IV	42
Discusión	42
Limitaciones	46
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
Referencias	48
Apéndices	57
A. Cédula de Datos Personales	58
B. Escala de Estrés Parental	60
C. Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador	61
D. Procedimiento para la Medición del Peso en el Preescolar	62
E. Procedimiento para la Medición de Talla en el Preescolar	64
F. Cédula de Registro de Datos Antropométricos	66
G. Consentimiento Informado	67
H. Asentimiento Informado	69

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los cuestionarios aplicados	31
2. Estadísticas descriptivas variables sociodemográficas maternas	32
3. Estadísticas descriptivas - enfermedad crónica y hábito de fumar	32
4. Estadística descriptiva – variables antropométricas del hijo	33
5. Estadística descriptiva – estado nutricional del hijo de acuerdo al sexo	34
6. Estadísticas descriptivas de las dimensiones de EMAI	35
7. Estadísticas descriptivas – Estilos Maternos de Alimentación Infantil	35
8. Correlación de Spearman dimensiones del EMAI (demanda y responsabilidad) e IMC del hijo	36
9. Modelo de regresión lineal múltiple con características maternas (demanda y responsabilidad centrada en el hijo) y del hijo (sexo y si-no SP-OB)	36
10. Correlación de Spearman, estrés de la crianza, escolaridad materna e IMC del hijo	38
11. Prueba Chi-cuadrada – estrés de la crianza según el EMAI	38
12. Prueba H de Kruskal-Wallis de Estrés de la Crianza y EMAI	39
13. Prueba U de Mann-Whitney de estrés de la crianza de acuerdo al EMAI	39
14. Prueba H de Kruskal-Wallis del IMC del hijo de acuerdo al EMAI	40
15. Prueba U de Mann-Whitney del IMC del hijo de acuerdo al EMAI	41

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Rutas teóricas de influencia con respecto a los determinantes del comportamiento de la crianza	8
2. Modelo de estrés en la crianza y EMAI	9

Resumen

Monserrat Morales Alducin
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Agosto, 2020

Título del estudio: ESTRÉS DE LA CRIANZA, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL HIJO PREESCOLAR

Número de páginas: 70

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la Salud en Riesgo de Desarrollar Estados Crónicos en Grupos Vulnerables

Propósito y Método del Estudio: El objetivo general fue analizar la relación entre el estrés de la crianza (EC) y el estilo materno de alimentación infantil (EMAI) con el índice de masa corporal (IMC) del hijo preescolar. Objetivos específicos: 1) Describir el EC, 2) Distinguir el EMAI, 3) Relacionar las dimensiones del EMAI (demanda y responsabilidad) e IMC del preescolar, 4) Identificar predictores del EC y 5) Identificar predictores de la demanda. Hipótesis: 1) Las madres con baja escolaridad tendrán hijos con mayor IMC y 2) A mayor EC los hijos tendrán mayor IMC. Los conceptos EC y EMAI guiaron el presente estudio descriptivo correlacional. Participaron 344 diadas (madre-hijo preescolar). Las madres contestaron la Escala de Estrés Parental y el Cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador. Se midió peso y estatura del hijo preescolar. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados y Conclusiones: La confiabilidad de los cuestionarios fue aceptable. Edad materna promedio 31.67 años ($DE = 6.86$), escolaridad promedio 12.13 años ($DE = 4.16$), ingreso económico mensual promedio 13,801.69 M. N. ($DE = 12,897.82$). El 28.2% de los hijos presentó sobrepeso-obesidad (SP-OB). La media de EC fue 58.33, la mediana de demanda 2.68 y responsabilidad 1.18 (Dimensiones del EMAI). El EMAI indulgente fue el más frecuente (33.7%, $n = 116$). La demanda se correlacionó de forma negativa y significativa con el IMC del hijo ($r = -.119$, $p < 0.05$). Demanda, responsabilidad centrada en el hijo, sexo y si-no SP-OB del hijo fueron determinantes del EC ($R^2 = .073$, $p < .05$), respecto a los predictores de demanda no se identificaron variables que contribuyeran de forma significativa. Las madres con estrés alto tuvieron EMAI autoritario 33.1% ($n = 59$), las madres con estrés bajo EMAI indulgente 38.6% ($n = 64$) ($X^2 = 10.67$, $p = 0.14$). El EC fue diferente de acuerdo al EMAI ($H = 7.767$, $gl = 3$, $p < 0.05$). El IMC del hijo es mayor en el EMAI indulgente ($U = 5197.00$, $p = .028$). El EC se relaciona al EMAI autoritario, se recomienda diseñar intervenciones para reducir el EC y la promoción del EMAI con autoridad.

Firma del Director de Tesis: _____

Capítulo I

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de los noventa el sobrepeso (SP) y la obesidad (OB) se han triplicado en todo el mundo. Actualmente el exceso de peso es un problema que se considera uno de los retos más grandes para la salud pública del siglo XXI, dado que la mayoría de la población mundial vive en países donde el SP-OB cobran más vidas de personas que la desnutrición (DN), este problema es más frecuente en países de ingresos bajos y medianos y principalmente en poblaciones urbanas (OMS, 2018). En 2016 se calculó que 41 millones de niños menores de cinco años presentaban SP-OB, mismo problema presente en más de 340 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años (OMS, 2018).

De acuerdo con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés UNICEF) México ocupa el primer lugar mundial en OB infantil, presente en diferentes grupos de edad (preescolares, escolares y adolescentes) (UNICEF, 2016). También datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportaron que la prevalencia de SP en niños menores de cinco años fue de 8.2%, siendo esto mayor en localidades urbanas (8.4% vs 7.8% rural), mientras que la prevalencia de SP-OB en escolares fue de 35.6% (SP 18.1 y OB 17.5%) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018). Por otro lado, la región del Norte del país presentó una prevalencia de SP-OB de 7.0% en menores de cinco años (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016), en Nuevo León de acuerdo con la ENSANUT 2012 la prevalencia de SP-OB en menores de cinco años fue de 13.2 %, para los escolares fue de 40.2% (SP 20.4 y OB 19.8%), esto superior a lo reportado a nivel nacional (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

Dado lo anterior se considera que la infancia temprana (Preescolares) es una ventana de oportunidad para disminuir el riesgo de presentar SP-OB en edades posteriores. La infancia temprana es un período crítico en el desarrollo de patrones de

alimentación y conductas de actividad que pueden influir en el peso corporal del infante y en la edad adulta, incrementando una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematura, OB en la edad adulta y padecimientos de enfermedades no transmisibles como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, problemas ortopédicos, problemas de autoestima y discriminación (Chen, Guo, Esquivel & Chesla, 2018; Shamah-Levy et al., 2018). Este riesgo se incrementa principalmente por la edad de inicio, mientras un niño o niña inicie a edades más tempranas con exceso de peso, los riesgos de padecer otras enfermedades crónicas se incrementan.

La edad preescolar es un momento singular del desarrollo humano, ya que representa un período crítico de aprendizaje, además de que en esta edad se sientan bases que repercuten en la salud a largo plazo, se producen acontecimientos físicos y de formación de hábitos que influyen en la calidad de vida. La edad preescolar es momento ideal para la promoción de hábitos sanos de higiene, alimentación y sueño, así como la creación de hábitos que promuevan conductas alimentarias y de actividad física saludables (Aliño, Navarro, López & Pérez, 2007).

El manejo y la prevención del SP-OB infantil requiere la participación de los padres (Grossklaus y Marvicsin, 2014). Al respecto se resalta que, durante la edad preescolar, la madre (en la mayoría de los casos) es el proveedor principal de cuidados y modelador de las conductas de salud del hijo. Aunado a lo anterior es la madre quien proporciona el ambiente físico y social donde se desarrolla el niño e influye en sus patrones de conducta, incluyendo aquellos relacionados con la alimentación y actividad física (Betancourt, Rodríguez & Gempeler, 2007). Actualmente la literatura señala que existen variables como el estrés de la crianza y los estilos maternos de alimentación infantil (EMAI) que pudieran interferir en la relación madre-hijo y en el desarrollo de SP-OB infantil.

Un aspecto importante que surge del cuidado diario de los hijos es el estrés de la crianza, el cual parece interferir en la salud y el funcionamiento psicológico y en la

relación con el hijo (Coyle, Roggman & Newland, 2002). Los niveles elevados de estrés de la crianza experimentados por la madre se han asociado a problemas en el hijo tales como: apego inseguro, utilización de una disciplina inflexible, aparición de problemas de conducta y adaptación en los niños (Crnic, Gaze & Hoffman, 2005; Anthony et al., 2005), así como aumento de riesgo de desarrollar SP-OB en la infancia (El-Behadli, Sharp, Hughes, Obasi & Nicklas, 2015). El estrés de la crianza puede afectar la relación de la madre con el hijo, así como las expectativas de crianza.

Una madre muy estresada es poco tolerante a la frustración, utiliza estrategias de enseñanza-aprendizaje basadas en el castigo, tiende a mantener un estilo de crianza autoritario o permisivo, así mismo, el estrés de la crianza tiende a modelar comportamientos maternos poco saludables (Jang, Owen & Lauver, 2019; Vera y Peña, 2005). Por otro lado, el EMAI contribuye al desarrollo de conductas alimentarias en los hijos (Tovar et al., 2012; Ventura & Birch, 2008). Estos estilos hacen referencia a la forma en que los padres interactúan con sus hijos durante situaciones de alimentación, integrados por dos dimensiones: demanda (cuánto alientan los padres a comer) y responsabilidad (cómo los padres alientan a comer). Estas dimensiones se combinan y se integran en cuatro estilos de alimentación (con autoridad, autoritario, indulgente y no involucrado) (Hughes, Power, Orlet Fisher, Mueller & Nicklas, 2005).

Se ha evidenciado que un estilo con autoridad está asociado con adecuados patrones de alimentación infantil que favorecen un peso normal (PN), sin embargo, un estilo autoritario (padres que controlan la ingesta de alimentos de los niños) está asociado a patrones de alimentación inadecuados que favorecen el desarrollo de la OB infantil (Hughes et al., 2005; Kakinami, Barnett, Séguin & Paradis, 2015; Tung & Yeh, 2014). Si bien se conoce la relación entre los estilos de alimentación y el peso del hijo, existen otras características de los padres que han sido poco estudiadas en relación al peso corporal del hijo.

Respecto a las variables estrés de la crianza, EMAI e IMC se ha encontrado que

aquellas madres con estrés presentan un EMAI indulgente o autoritario, así como la presencia de prácticas de alimentación restrictivas, pero no estudian como esta relación influye en el IMC del hijo. Hasta el momento la información acerca de la relación entre el estrés de la crianza, los EMAI y el IMC del preescolar no ha sido clara. Por lo que se considera que el presente estudio incrementará el conocimiento existente de factores maternos (estrés de la crianza y EMAI) que afectan al IMC del hijo preescolar y permitirá al personal de enfermería como primer contacto, identificar comportamientos clave en la prevención del SP-OB, apoyando a las madres en la adquisición de habilidades parentales positivas y la creación de un ambiente seguro y saludable.

De acuerdo con lo anterior y dado que no se ha explorado si existe relación entre estas variables en madres mexicanas residentes en Monterrey, Nuevo León se propone realizar el presente estudio con el objetivo general de relacionar el estrés de la crianza y los EMAI con el IMC del hijo preescolar residentes en el municipio de Monterrey.

Marco de Referencia

Estrés

Diversos científicos han contribuido a la investigación del estrés (Charles Darwin 1809–1892, Claude Bernard 1813–1878, Walter B. Cannon 1871–1945) Hans Selye considerado el fundador de la investigación moderna del estrés a través de sus investigaciones delineó un nuevo paradigma el cual plantea que el organismo independientemente de la naturaleza del estímulo nocivo responde de manera estereotipada (Bértola, 2010). Esta respuesta fisiológica estereotipada del organismo que se produce ante un estímulo estresante ayuda al organismo a adaptarse y es independiente del tipo de estímulo que lo provoca ya sea aversivo o placentero, a lo que se le denominó Síndrome General de Adaptación (SGA). Años más tarde Selye utilizó el término *stress*, que significa tensión, presión, coacción, para definir la condición con la que el organismo responde a agentes nocivos (stressors) (Le Moal, 2007).

El estrés consiste en la suma de los cambios inespecíficos que tienen lugar en

todo momento en el organismo, mientras que el SGA se refiere a todos los cambios inespecíficos que se desarrollan a través del tiempo durante una exposición constante a un alergógeno. En su trabajo Selye identifica el concepto de respuesta al estrés para describir los procesos fisiológicos a los que se enfrenta el organismo siendo estos principalmente hormonales. En concreto define la respuesta al estrés como la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal con elevación de la secreción de corticoides (cortisol) y del eje simpático-médulo-suprarrenal como reacción a estímulos inespecíficos (Rom & Reznick, 2015). Cuando se mantiene este proceso, se produce el llamado síndrome del estrés, el cual es caracterizado por hiperplasia de la corteza suprarrenal, involución del timo y aparición de úlceras de estómago.

Considerando que el estrés es una parte de nuestra vida y una respuesta funcional esencial de nuestro cuerpo, su función general es prepararnos para actuar o escapar ante posibles amenazas. Según Selye una cantidad óptima de estrés es esencial y saludable, pero demasiado estrés se vuelve dañino. Con esto, se considera que existen dos tipos de estrés. En primer lugar, el eutrés es el tipo de estrés que incentiva la vida, permitiendo a los seres humanos enfrentar los retos, mantiene la motivación en el intento de obtener buenos resultados y adaptarse a los cambios. Por esta razón se considera como el buen estrés, esencial en la vida permitiendo el crecimiento y la sobrevivencia. Por lo contrario, el distrés se considera un estrés dañino, patológico, destruyendo el organismo a medida que se acumula, mata neuronas del hipocampo, participa en la presencia de patologías mentales y acelera el proceso de envejecimiento.

Por otra parte, Walter Cannon definió el estrés como una reacción fisiológica provocada por la percepción de situaciones o estímulos aversivos o placenteros, describe la respuesta de “lucha-huida” definiendo un patrón de respuesta fisiológica provocada por una situación de estrés de tipo social. Las situaciones sociales provocan altos niveles de estrés, afectando la salud, la calidad de vida y la longevidad (Cockerham, 2001 citado por Rom & Reznick, 2015), estas situaciones pueden actuar como agentes estresantes.

Los sucesos vitales definidos como eventos sociales que precisan un tipo de cambio respecto a los hábitos del individuo propician principalmente reacciones psicofisiológicas siendo así, los sucesos vitales pueden definirse también como cambios vitales (a mayor cambio mayor probabilidad de enfermar). En este contexto de estrés de tipo social engloba a su vez tres tipos de estrés: estrés reciente, estrés crónico y estrés por sucesos menores (estrés cotidiano).

Estrés de la Crianza

La crianza se considera un conjunto de actitudes, creencias, costumbres sociales, percepciones y conductas relacionadas con la construcción humana del nuevo ser, requiere de condiciones materiales, recursos humanos y financieros que conjuntamente puedan facilitar o inhibir el ejercicio de la crianza (Vera & Peña, 2005). Se señalan tres condiciones necesarias para la crianza: un entorno libre de presiones, el empleo de recursos didácticos y comunicación, así como las costumbres y creencias que la comunidad desea conservar (Arranz, 2005). El estrés en la crianza es un elemento disposicional que establece en las madres niveles diferenciales de actuación relacionados con el comportamiento del niño y las expectativas de la crianza.

El estrés de la crianza ha sido estudiado en diferentes modelos (Abidin & Bruner, 1995; Webster-Stratton, 1999) como elemento fundamental en la explicación del desarrollo del niño. El modelo de Abidin explica una ruta teórica de influencia con respecto a los determinantes del comportamiento en la crianza, para dar explicación a este comportamiento en la crianza considera aquellos factores estresantes (las características de los padres, del hijo, el trabajo, la relación matrimonial, molestias diarias y eventos de la vida), estos factores estresantes contribuyen a la evaluación de la relevancia del rol de padres ya sea como beneficio o daño. Esta evaluación da como resultado el grado de estrés de la crianza que los padres experimentan y Abidin considera este estrés como un factor motivacional que permite utilizar los recursos que tienen a su alcance (apoyo social, alianza de los padres, competencia de habilidades

parentales, recursos materiales y afrontamiento cognitivo) y que da como resultado el comportamiento en la crianza de los hijos (Figura 1).

Para el presente estudio se consideró como referencia el modelo de Abidin que señala que el estrés de la crianza es el resultado de una serie de evaluaciones realizadas por los padres derivadas del entorno, las cuales superan su capacidad de respuesta adaptativa, y se sientan desbordados por las mismas (Abidin, 1992). El estrés de la crianza tiene influencia en la salud y el funcionamiento psicológico del padre y en las relaciones con sus hijos. Lo anterior refiere que los niveles elevados de estrés se asocian a problemas como el apego inseguro en el niño y la utilización de disciplina punitiva y abusiva por parte de los padres, así como la aparición de problemas de conducta y adaptación en los niños (Dopke, Lundahl, Dunsterville & Lovejoy, 2003; Holden & Banez, 1996; Rodríguez & Green, 1997 citado por Vera & Peña, 2005).

Existen diversas maneras de medir el estrés general (Escala de Estrés Percibido, Escalas de Depresión Ansiedad Estrés [DASS-21]), sin embargo, cuando se habla de estrés de la crianza el Índice de Estrés Parental (IEP) desarrollado por Abidin (1990) es uno de los más utilizados. Posteriormente, en el año de 1995 Berry y Jones desarrollaron la Escala de Estrés Parental como una alternativa accesible para evaluar el estrés de la crianza que evalúa los niveles de estrés experimentado por los padres, tomando en cuenta los aspectos positivos y negativos de la crianza de los hijos, a partir del modelo de Abidin se propone el modelo que guía las relaciones a abordar en el presente estudio, lo que se muestra en la Figura 2.

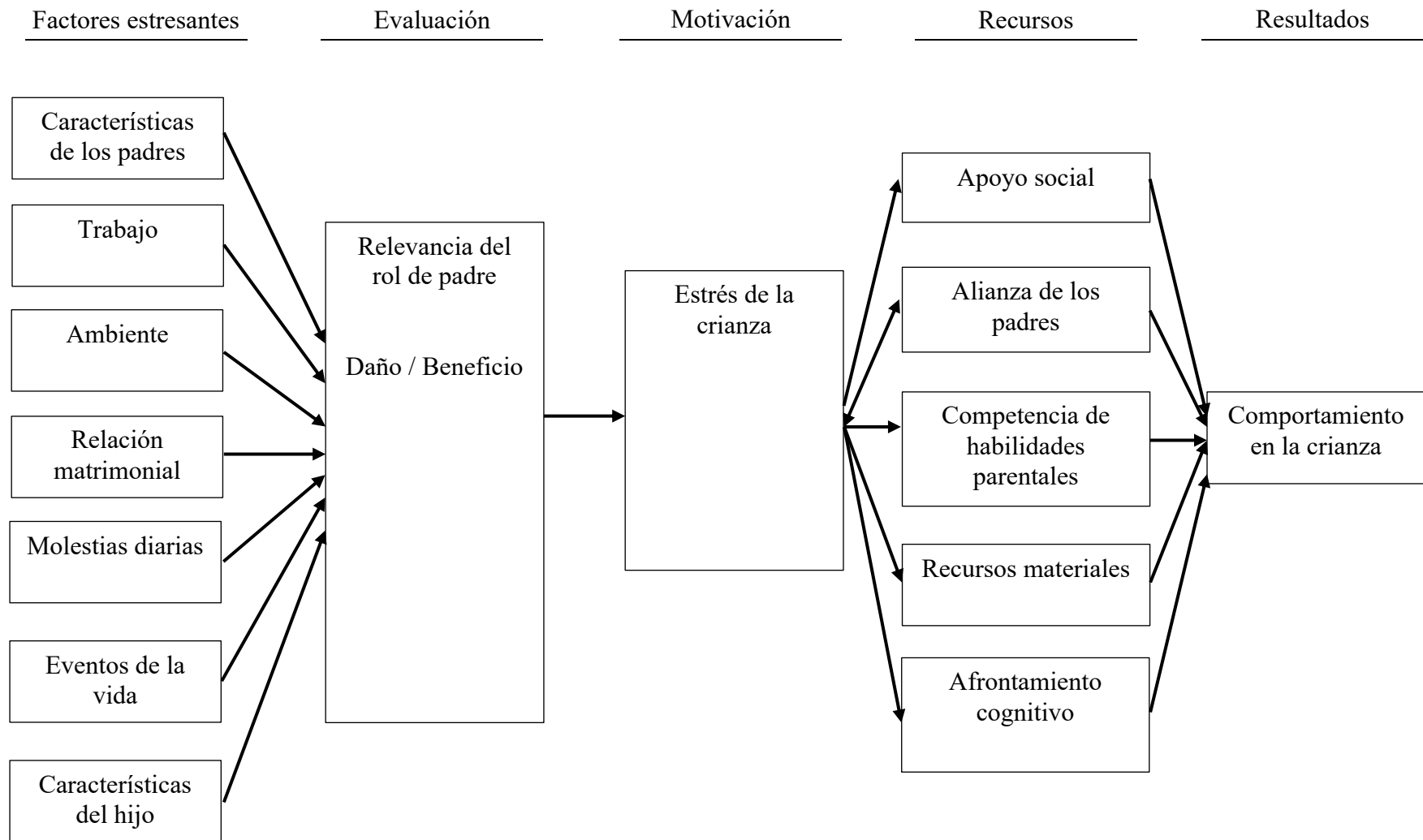


Figura 1. Rutas teóricas de influencia con respecto a los determinantes del comportamiento en la crianza

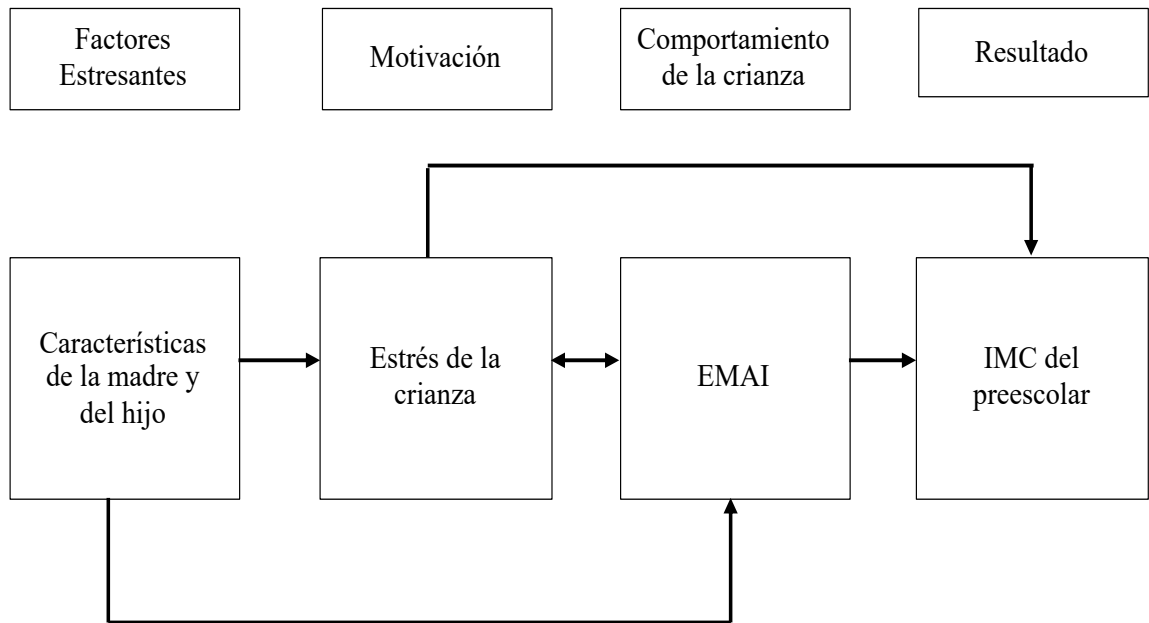


Figura 2. Modelo de estrés de la crianza y EMAI

Estilos Maternos de Alimentación Infantil

Los padres desempeñan un papel fundamental en la determinación de las conductas, hábitos y actitudes de sus hijos en su entorno físico y social. La crianza de los hijos incluye varios factores diferentes, tales como los estilos de crianza que se han denominado con un conjunto de comportamientos que reflejan una cierta actitud hacia el niño e intenta describir el clima emocional de las interacciones entre padres e hijos (Darling & Steinberg, 1993).

Los estilos de crianza fueron introducidos por primera vez por Baumrind en 1968, quien identifica en su estudio tres tipos (autoritario, con autoridad y permisivo). Un estilo de crianza autoritario es aquel que valora la obediencia como una virtud y favorece las medidas punitivas y contundentes para frenar la voluntad propia en los puntos en que las acciones o creencias del niño(a) entran en conflicto con lo que un padre/madre piensa que es la conducta correcta. Por otro lado, considera que la crianza con autoridad intenta dirigir las actividades del niño de una manera racional y orientada a los problemas. Alienta el dar y recibir verbalmente, y comparte con el hijo el

razonamiento detrás de su autoridad. En este tipo de crianza el padre/madre valora tanto los atributos expresivos como los instrumentales, tanto la voluntad propia autónoma como la conformidad disciplinaria.

Por último, aborda el estilo de crianza permisivo que describe como un padre/madre se comporta de una manera no punitiva, aceptable y afirmativa hacia los impulsos, deseos y acciones del hijo (Baumrind, 1968 citado por Kuppens & Ceulemans, 2018). Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) retoman el trabajo de Baumrind, y a través de investigaciones deciden agregar un cuarto estilo de crianza (negligente), basan su trabajo en dos dimensiones, demanda y responsabilidad y definen cuatro estilos de crianza; con autoridad (alta demanda y alta responsabilidad), autoritario (alta demanda y baja responsabilidad); indulgente (baja demanda y alta responsabilidad); y negligente (baja demanda y baja responsabilidad).

Posteriormente Hughes y colaboradores describen los estilos de crianza en el contexto de la alimentación infantil realizando un estudio con padres afroamericanos e hispanos y señalan que los estilos de alimentación son la forma en que los padres interactúan con sus hijos durante las situaciones de alimentación, identifican dos dimensiones: demanda se refiere a cuánto la madre anima a comer a su hijo y responsabilidad a cómo la madre anima a comer a su hijo de manera sensible o insensible. Estas dimensiones a su vez se combinan y dan como resultado cuatro estilos de alimentación infantil: con autoridad que es muy demandante y receptivo, se caracteriza por el apoyo de los padres centrado en el niño a través de demandas nutricionales razonables y estructura de alimentación, así como la sensibilidad hacia las necesidades del niño (alta demanda / alta responsabilidad).

El autoritario se caracteriza por comportamientos de alimentación de control centrados en los padres con poca sensibilidad a las necesidades del niño (alta demanda / baja responsabilidad), indulgente se caracteriza por una alta responsabilidad de los padres con una falta de reglas y estructura que les permita a los niños determinar su

propia ingesta nutricional. (baja demanda / alta responsabilidad) y no involucrado se caracteriza por la falta de control y la participación de los padres en la alimentación (baja demanda / baja responsabilidad) (Hunghe et al., 2005).

Índice de Masa Corporal

Indicador utilizado para evaluar el estado nutricional, el cual se define como la condición corporal resultante del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo. El IMC definido como el peso de una persona representado en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros, este indicador puede detectar categorías de peso que pueden conducir a problemas de salud (CDC, 2015). Para los niños y adolescentes este indicador es específico para la edad el sexo y se denomina IMC para la edad. Después de calcular el IMC en los niños este resultado se expresa como un percentil que puede obtenerse mediante gráfica o calculadora de percentiles. El IMC se clasifica mediante categorías de peso según el IMC para la edad las cuales se clasifican de la siguiente manera: Desnutrición (percentil < 3), Bajo peso (percentil > 3) PN (percentil ≥ 15 y < 85), SP (percentil ≥ 85 y < 97) y OB (percentil ≥ 97) (OMS, 2006).

Estudios Relacionados

En el siguiente apartado se presentan los estudios relacionados. Primero se describen los relacionados con el estrés de la crianza, posteriormente los estudios relacionados con los EMAI y su relación con el IMC o estado nutricional del hijo.

Estrés de la crianza, variables antropométricas del hijo y/o prácticas de alimentación

Walton, Simpson, Darlington y Haines (2014) examinaron la asociación entre el estrés de la crianza y el IMC del hijo, realizaron un estudio transversal, participaron 110 diadas madre-hijo (2 a 5 años). Las participantes contestaron la subescala de angustia principal de 12 ítems de la edición corta de la 3ª edición (PSI-3-SF) del índice de estrés de la crianza. Se midió peso y talla del hijo y auto informe materno sobre la actividad

física y ver televisión. En este estudio, el nivel de estrés de la crianza no se asoció con el estado del peso del hijo ($OR = 1.01$, $IC\ 95\% = .35$ a 2.91). Los hijos de madres con niveles altos de estrés tenían menor probabilidad de cumplir con las pautas de actividad física del preescolar los días de semana ($OR = .33$, $IC\ 95\% = .12$, $.95$). En comparación con las madres con niveles normales de estrés de la crianza, las que experimentaron niveles altos de estrés tenían menos probabilidades de establecer límites en la televisión de sus hijos ($OR = .32$, $IC\ 95\% = .11$ - $.93$). Los resultados sugieren que es posible que las intervenciones deban abordar el estrés de la crianza como un factor subyacente asociado con los comportamientos poco saludables entre los niños pequeños, como la falta de juegos activos entre semana y el aumento de los comportamientos sedentarios.

Swyden et al. (2017) examinan cómo las horas de trabajo, el estrés materno y la preocupación materna sobre el peso del niño influyen en el uso de prácticas restrictivas de alimentación entre los niños en edad preescolar, independientemente de la edad del niño. Participaron 285 madres de niños de 2 a 5 años reclutados en centro de cuidado infantil. El estrés materno se evaluó utilizando la forma corta de la Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Para medir las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación se utilizó el Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ). Se encontró que el 56% de las madres presentó estrés normal, 28% estrés leve / moderado y 16% con estrés severo / extremadamente severo.

Las madres con estrés materno severo / extremo informaron que usaron prácticas de alimentación restrictivas más que las madres con estrés normal ($p < .05$). El estrés materno y la preocupación por el peso del niño se relacionaron con el uso de prácticas de alimentación restrictivas en modelos individuales no ajustados (Modelo 1: $p < .001$). A medida que aumentó la edad infantil, el uso de prácticas de alimentación restrictivas fue mayor (Modelo 1: $M = 3.41 \pm .77$, estándar $\beta = .155$, $r = .02$, $p < .001$). Los autores concluyen que la alimentación infantil es multifactorial, ya que el estrés materno, el trabajo y la preocupación pueden contribuir conjuntamente al uso de prácticas de

alimentación restrictivas.

Por otro lado, en Lituania Grazuleviciene, Petraviciene, Andrusaityte y Balseviciene (2017) realizaron un estudio transversal con el propósito de examinar si el estrés de la crianza incrementa el riesgo de SP-OB en niños de 4 a 6 años en madres con bajo nivel educativo. La muestra se conformó por 1489 diadas madre-hijo (4-6 años). Se midió peso y talla y se calculó el IMC del hijo. Las madres contestaron el Índice de Estrés de la Crianza (S-PSI / SF) y se evaluó el nivel educativo como: educación deficiente (10 años o menos), educación no universitaria y título universitario.

Se encontró que los niños de madres con mayor educación tuvieron una prevalencia de 6.6 % de SP-OB, mientras que los hijos de madres con menor educación tuvieron una prevalencia de 11.7 % ($p < .05$), además se encontró que los hijos tienen mayor riesgo de presentar SP-OB cuando existe estrés de la crianza ($OR = 1.89$, $IC\ 95\% = 1.03 - 2.62$). Como conclusión los autores señalan que la educación pobre de la madre, el estrés de la crianza y el comportamiento sedentario de los niños son determinantes del riesgo de SP-OB en niños de 4 a 6 años.

Un estudio realizado por Grummon, Vaughn, Jones y Ward (2017) en Estados Unidos con el objetivo de examinar si los niños que están expuestos al estrés de la crianza tienen mayor circunferencia de cintura y si esta asociación estaba medida por el tiempo de ver televisión. Participaron 319 diadas padres-hijo (2-5 años). Se midió peso, talla, circunferencia de cintura, pliegues cutáneos y se calculó el IMC del hijo. El estrés de la crianza se evaluó mediante el Índice de Estrés Parental (PSI-SF), el caos del hogar por la Escala de Orden y Confusión de Hubbub (CHAOS), la Crianza inconsistente se midió a través del Cuestionario de crianza de Alabama - Revisión preescolar, para evaluar la confianza de los padres se utilizó la Escala de Sentido de Competencia de los Padres (PSOC) y la Desregulación emocional de los padres se midió con la Escala de Dificultad en la Regulación Emocional (DERS).

La exposición de un niño al estrés de la crianza acumulativo se asoció

positivamente con la circunferencia de cintura, pero no fue significativo ($\beta = .17$, $p < .05$). Los niños con una mayor exposición al estrés de la crianza tendían a mirar más televisión ($\beta = .16$, $p < .05$) y presentaban una circunferencia de cintura mayor ($\beta = .19$, $p < .05$), significativo cuando el sexo del niño moderó el tiempo de ver televisión. ($\beta = .65$, $p < .05$). A manera de conclusión, la exposición a múltiples factores de riesgo psicosocial se asoció positivamente con peores resultados de peso en niños en edad preescolar (aunque la asociación es de magnitud moderada).

En Estados Unidos, Berge et al. (2018) realizaron un estudio transversal para identificar si las fuentes de estrés materno transitorias (es decir, momentáneas; conflicto entre madre e hijos) y crónicas (es decir, a largo plazo; desempleo > 6 meses) están relacionadas con las prácticas de alimentación maternas con respecto a la OB infantil. Participaron 61 diadas madre-hijo (5 a 7 años). Para medir el estrés materno transitorio respondieron una pregunta: ¿Qué tan estresado se siente en este momento? Esta pregunta realizada 4 veces al día y al final del día ¿qué tan estresante fue su día?, para medir el estrés materno crónico contestaron en una escala del 1 al 10 qué tan estresados estuvieron durante los últimos 30 días. Las Prácticas de alimentación de las madres se midieron a través del Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ) se preguntó a las madres, qué tipos de alimentos servían en la comida.

Se encontró que los estresores transitorios se relacionaron de forma positiva con servir comida rápida en los tiempos de comida (.09; IC 95%: [.01, .16], $p < .05$) y servir comida ya preparada (.10, IC 95% = .00 - .20, $p < .05$). El estrés financiero transitorio tuvo una fuerte relación con consumir comida rápida durante el día (.09, IC 95% = .01 - .16, $p < .05$) y servir comida ya preparada (.10, IC 95% = .00 - .20, $p < .05$), y se asoció de forma negativa con servir comida casera durante el día (-0.25, IC 95% = -0.47 - -0.02, $p < .05$). El estrés transitorio se relacionó con prácticas de alimentación restrictivas (.09, IC 95% = .03 - .16, $p < .05$).

En Portugal, Gouveia, Canavarro y Moreira (2019) realizaron un estudio con el

fin de explorar si la asociación entre los comportamientos alimentarios desordenados de los niños/adolescentes puede estar mediada por estrés de la crianza y las prácticas parentales de alimentación infantil. La muestra se conformó por 726 diadas madre o padre y su hijo (7-18 años). Para medir el estrés de la crianza las madres completaron la Escala de Estrés Parental (PSS, por sus siglas en inglés, Berry & Jones, 1995), para las prácticas de alimentación infantil completaron el Cuestionario de Prácticas de Alimentación Infantil (CFQ por sus siglas en inglés, Birch et al., 2001). Para evaluar los comportamientos desordenados los niños completaron el Cuestionario de Comportamiento de Alimentación Holandés (DEBQ, por sus siglas en inglés, van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986) y el Inventario de Trastornos Alimentarios para niños (EDI-C, por sus siglas en inglés, Garner, 1991).

Hubo asociaciones para la etapa temprana de la adolescencia entre el estrés de la crianza y la presión para comer ($\beta = .228, p < .001$), estrés de la crianza y restricción parental ($\beta = 0.112, p < .05$), estrés de la crianza y monitoreo parental ($\beta = 0.136, p < .05$), estrés de la crianza y recompensa alimentaria ($\beta = 0.268, p < .001$), se encontraron asociaciones para niños únicamente entre estrés y restricción parental ($\beta = 0.165, p < .05$) y estrés de la crianza y comer en exceso ($\beta = 0.178, p < .05$). Además, hubo efectos indirectos significativos entre el estrés de la crianza y la alimentación emocional a través de la recompensa alimentaria para las niñas ($\beta = 0.507, p < .05$) y entre el estrés de la crianza y comer en exceso a través de la presión para comer para las niñas ($\beta = -0.032, p < .05$). Los investigadores sugieren que a niveles más bajos de estrés de la crianza los niños pueden participar menos en conductas alimentarias desordenadas.

Fulkerson et al. (2019) realizaron una investigación en Minesota con el objetivo de examinar cómo el caos doméstico y el estrés de la crianza no controlado (estrés percibido y la capacidad para manejarlo) están asociados y contribuyen a la variación en los marcadores del entorno alimentario del hogar (frecuencia de comidas familiares,

barreras percibidas para cocinar, disponibilidad saludable de alimentos en el hogar) en familias de hijos jóvenes. Participaron 819 diadas madre-padre y su hijo (6 años). Los participantes contestaron cuatro ítems de la escala de confusión y de orden (Matheny et al., 1995) para medir el caos del hogar, para evaluar el estrés de la crianza los padres contestaron dos preguntas 1) estrés general: ¿Cómo calificaría su nivel promedio de estrés en los últimos 30 días, 2) manejo del estrés: ¿Cómo calificaría su capacidad del manejo del estrés en los últimos 30 días? Para evaluar el ambiente de comidas en casa se realizó una sola pregunta: durante los últimos siete días, ¿Cuántas veces comieron juntos todos o la mayoría de las personas que viven en su hogar? Y para evaluar las barreras para preparar la comida se preguntó la disponibilidad de alimentos saludables.

Las familias con niveles más bajos de estrés de la crianza no controlado se reunían 8 veces a la semana a la hora de la comida, esto mayor a las demás familias ($n = 215$, $M = 0.3$, $DE = 0.1$, $p < .01$) así como la disponibilidad de alimentos más saludables ($p < .01$). El tipo y el momento del estrés pueden ser importantes ya que la investigación ha demostrado estresores transitorios relacionados con conflictos interpersonales los cuales tienen efectos más fuertes sobre prácticas de alimentación no saludables.

Estrés materno e IMC

Shankardass et al. (2014), examinaron el impacto del estrés materno en el IMC del niño, realizaron un estudio longitudinal con 4078 diadas madre-hijo (5-10 años). Se tomaron medidas de peso y talla y se calculó el IMC de los niños. Por otra parte, las madres contestaron la Escala de Estrés Percibido (PSS). Los resultados señalan que el aumento del estrés materno se asocia con un IMC más alto ($IC\ 95\% 0.025 - 0.860$). El IMC aumentó de un 2 a 7% en niños con madres estresadas ($IC\ 95\% 0.016 - 0.558$, $IC\ 95\% 0.007 - 0.100$). Los autores sugieren intervenciones para reducir el estrés crónico del hogar y las condiciones ambientales estresantes, y aumentar los recursos para que las familias puedan hacer frente al estrés lo cual podría ayudar a reducir la OB

en los niños y sus consecuencias metabólicas.

Por otro lado, Farewell, Thayer, Puma y Morton (2018) realizaron un estudio transversal con el objetivo de investigar si el momento de la exposición al estrés materno (pre vs post natal) impacta el IMC de la primera infancia. Participaron 5839 diadas residentes en Nueva Zelanda. Para evaluar el estrés materno se utilizó la Escala de vulnerabilidad materna GUINZ, además, se calcularon los puntajes z del IMC de los hijos. Las madres que experimentaban un alto estrés acumulativo ($p < .01$, $IC\ 95\% = 1.04, 1.17$), aumento del estrés, ($p < .01$, $IC\ 95\% = 0.76, .98$), o disminución del estrés ($p < 0.01$, $IC\ 95\% = 0.76, 1.03$), desde el período prenatal hasta el posparto se asoció significativamente con un IMC más alto en la primera infancia a los 54 meses de edad en comparación con las madres que experimentan un estrés establemente bajo. Una mayor duración de la exposición al estrés durante el período prenatal durante la primera infancia puede ser más perjudicial para el desarrollo infantil y la aparición posterior de la OB infantil y adulta.

Estrés de la crianza y EMAI

Hughes, Power, Liu, Sharp y Nicklas (2015) realizaron un estudio exploratorio con el objetivo examinar cómo los síntomas depresivos y el estrés de la crianza pueden influir en los EMAI. Participaron 290 cuidadores primarios (96% madres, 2% padres 2% abuelas) y sus hijos de edad preescolar. Se utilizó el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CFSQ, por sus siglas en inglés) para medir los EMAI y para evaluar el estrés de la crianza se aplicó la forma corta PSI-SF. Se encontró que los niveles más altos de afecto positivo se asociaron con una probabilidad tres veces mayor de presentar otros estilos de alimentación en comparación con el estilo de alimentación no involucrado ($OR = 2.93$, $IC\ 95\% = 1.72 - 5.01$).

Al agregar la variable depresión al modelo, la puntuación z del IMC del hijo se asoció significativamente con los cuatro estilos de alimentación ($OR = .85$, $IC\ 95\% = .74 - .98$). Al agregar la puntuación de estrés de la crianza, la puntuación z del

IMC infantil ($OR = .86$, $IC\ 95\% = .74 - .99$) tuvo un efecto positivo ($OR = 2.60$, $IC\ 95\% = 1.51 - 4.50$) y el estrés de la crianza ($OR = .43$; $IC\ 95\% = .24 - .77$) se asoció significativamente con los EMAI. Se concluye que los estilos de alimentación tienden a asociarse con la OB infantil en población debajo ingreso, los resultados de este estudio brindaron información importante sobre la dinámica alimenticia entre madres e hijos que puede promover conductas alimentarias infantiles menos óptimas y el desarrollo de la OB infantil.

Estilos Maternos de Alimentación Infantil

Pai y Contento (2014) realizaron un estudio transversal en Estados Unidos con el propósito de examinar las relaciones entre las percepciones maternas del peso del hijo, EMAI y nivel de aculturación de madres estadounidenses de origen chino y el peso de su hijo en edad escolar. Participaron 615 diadas madre-hijo (5- 10 años), se midió peso, talla y se calculó el IMC de las diadas, las madres contestaron tres instrumentos: la Escala de Aculturación de Autoidentidad Asiática de Suinn-Lew (SL-ASIA), El Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ) y Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CFSQ). El 56.8% de las madres tenían título universitario o superior, el 58.5% una edad entre 31 y 40 años, el 19.1% tenían SP-OB y la prevalencia de SP-OB de los escolares fue de 22.6%. Las madres tuvieron con mayor frecuencia un EMAI indulgente (33.2%), autoritario (27.9%) y no involucrado (21.3%) y con menor frecuencia el EMAI con autoridad (17.6%).

El 51.8% de los hijos con OB tenían madres con un EMAI indulgente, en el EMAI no involucrado el 26% de los hijos tenían SP-OB, para el EMAI autoritario el 31% de sus hijos tenían SP-OB, por otro lado, el 75.2% de los hijos de madres con un EMAI con autoridad tenían peso normal. La dimensión demanda de los EMAI se correlacionó positivamente con la restricción de alimentos menos saludables ($r = .286\ p < .01$), monitoreo y presión para comer alimentos saludables ($r = .176\ p < .01$; $r = .408\ p < .01$), pero se correlacionó negativamente con la percepción del peso del hijo

($r = -.146$ $p < .01$) y con percentil del IMC del hijo ($r = -.175$ $p < .01$). Se concluye que la preocupación materna por el peso del hijo y un EMAI indulgente puede promover el SP-OB, por otro lado, tener un EMAI con autoridad contribuye a que los niños tengan pesos saludables y por lo tanto, vidas saludables.

Boucher (2016) en Estados Unidos realizó un estudio transversal con el fin de determinar la relación entre las creencias y comportamientos maternos y el peso corporal del hijo en edad preescolar. Participaron 126 diadas madre-hijo (3-5 años), se midió peso y talla y se calculó el IMC de ambos (madre-hijo), las participantes contestaron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) para medir los EMAI, el Cuestionario de Estilos de Alimentación Parental (CEAP), la Encuesta de Actividad Infantil y el Diario de Alimentación (CADET). El 65% de las madres eran afroamericanas y 9% hispanas. El 26% de las madres y el 33% de los hijos tenían SP-OB. Respecto al EMAI, el 25% de las madres se clasificó en un estilo autoritario, 25% con autoridad, el 29% indulgente y el 27% no involucrado. Se encontró una relación inversa significativa entre el peso del hijo y un EMAI autoritario ($\beta = .19$, $p < .05$).

Los hijos de madres con un EMAI con autoridad pesaron menos que los niños cuyas madres utilizaron otros EMAI. Las madres que utilizaron un EMAI indulgente y limitaron el tiempo de pantalla de sus hijos a menos de dos horas por día, tenían hijos con IMC significativamente más bajo que las madres indulgentes que no limitaron el tiempo de pantalla de sus hijos ($\beta = .44$, $p < .05$).

Flores-Peña et al. (2017) realizaron un estudio transversal en México con los siguientes objetivos, evaluar la confiabilidad del cuestionario que mide los EMAI y verificar si existe asociación entre la PMPH, verificar si existen diferencias entre el EMAI y el IMC del hijo. Participaron 566 diadas madre-hijo (3-5 años), para evaluar el EMAI las participantes contestaron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC). Se midió peso, talla e IMC de la diada. La escolaridad promedio de las madres fue de 10.89 años, el 77% se dedicaba al hogar, 61.1% señaló estar casada, el

71.3% de las participantes tenían SP-OB, respecto a los datos del hijo, el 25.3% presentó SP-OB.

Se encontró que el 34.5% de las madres presentó un EMAI autoritario, el 17.5% con autoridad, el 29.7% indulgente y el 18.4% no involucrado. Las madres con un EMAI no involucrado tenían la media más alta del IMC del hijo ($M = 16.84$, $DE = 2.77$), por madres con un EMAI indulgente ($M = 16.26$, $DE = 3.96$; $F = 3.91$, $p < .05$).

Maliszewski, Gillette, Brown y Cowden (2017) con el propósito de evaluar la relación entre el EMAI y el IMC del hijo en las familias latinas. Realizaron un estudio en el cual participaron 124 diadas madre-hijo (2-8 años). Se midió peso y talla por el personal médico de la clínica y se calculó el IMC del hijo, las madres respondieron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC). El 57.3% de las participantes eran mexicanas, mexicana americana o chicano, el 42% de los hijos presentó SP-OB. Los resultados revelaron que el puntaje z del IMC del hijo estaba relacionado negativamente con la demanda ($r = -.179$, $p < .05$).

Horodyski et al. (2018) realizaron un estudio transversal en Estados Unidos con el propósito de evaluar los efectos interactivos del EMAI y el riesgo familiar psicosocial asociado al puntaje Z del IMC en niños de edad preescolar. Participaron 626 diadas madre-hijo (3-5 años), se utilizaron cinco indicadores contextuales y de riesgo: maternidad soltera, estado de pobreza, inseguridad alimentaria en el hogar, sintomatología depresiva y conductas parentales disfuncionales, dichos indicadores se dicotomizaron (1= presencia de riesgo y 0 = ausencia de riesgo). Contestaron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) y se midió peso y talla del preescolar. El 62% de las madres eran blancas no hispanas y el 30% negras, la proporción promedio de ingresos del hogar fue de .85, lo que indica que la mayoría de las familias vivían por debajo del umbral de pobreza de los EEUU, el 43% de las madres estaba soltera, el 34% de los hijos preescolares tenía SP-OB.

Respecto al EMAI, el 35.5% de las madres tuvieron un EMAI autoritario, el 35%

indulgente, el 14.5 con autoridad y 15% no involucrado. El puntaje z del IMC del hijo se correlacionó con el EMAI autoritario e indulgente, cuando se presentó un EMAI autoritario el puntaje Z del IMC del hijo era más bajo ($r = .11, p < .05$) y cuando se presentó un EMAI indulgente los hijos presentaron un IMC más alto ($r = .10, p < .05$). Se encontró que el riesgo familiar psicosocial moderado por el EMAI predice un mayor IMC del preescolar ($F = 3.28, p < .001$), estar en una familia pobre, con una madre que padece depresión, con inseguridad alimentaria y con un EMAI no involucrado se asoció con un mayor puntaje z del IMC infantil ($t = .68, IC\ 95\% = .06, 1.29$).

Respecto a los estudios de estrés de la crianza se ha evidenciado que cuando las madres tienen niveles altos de estrés de la crianza incrementa el riesgo de SP-OB en el preescolar en estudios transversales y longitudinales (Farewel et al, 2018; Grazuleviciene et al., 2017; Shankardass et al., 2014) así como el incremento de la circunferencia de cintura mediado por el tiempo de ver televisión (Grummon et al., 2017), así mismo las madres con niveles altos de estrés de la crianza tienen menor probabilidad de cumplir pautas de actividad física y moderar el tiempo de ver televisión (Walton et al., 2014). Por otro lado, cuando las madres tienen mayor educación y menor estrés de la crianza disminuye el riesgo de SP-OB infantil (Grazuleviciene et al., 2017). En relación con los EMAI y el estrés de la crianza, se ha encontrado que el estrés de la crianza tiene relación con los EMAI con autoridad, autoritario e indulgente (Hughes et al., 2015).

Hasta el momento en la literatura revisada se ha encontrado que aquellas madres con un EMAI autoritario, indulgente o no involucrado tienen hijos con un IMC alto (Flores-Peña et al., 2017; Horodyski et al., 2018; Maliszewski et al., 2017; Pai & Contento, 2014), por otra parte, aquellas madres que presentan un EMAI con autoridad tienen hijos con IMC normal (Flores-Peña et al., 2017; Pai & Contento, 2014). Por otro lado, el EMAI indulgente acompañado del control en el tiempo de pantalla predice una disminución en el IMC del preescolar, pero el pertenecer a una familia pobre, con una

madre que padece depresión y con inseguridad alimentaria aumenta el IMC en el preescolar (Baucher, 2016; Horodynski et al., 2018). Por último, un nivel alto de estrés de la crianza materno aumenta el uso de prácticas restrictivas, la presión para comer, consumo de comida rápida, comer en exceso, la recompensa alimentaria y disminuyen las comidas familiares y la disponibilidad de alimentos saludables (Berge et al., 2018; Fulkerson et al., 2019; Gouveia et al., 2019; Swyden et al., 2017). Hasta el momento la información acerca de la relación entre el estrés de la crianza, los EMAI y el IMC del preescolar no es clara y no se ha estudiado en madres de niños preescolares.

Definiciones Operacionales

Estrés de la crianza es una variable motivacional que estimula a una madre a utilizar los recursos disponibles para apoyar la crianza. Es el resultado de una serie de evaluaciones realizadas por la madre, las cuales pueden superar su capacidad de respuesta adaptativa, lo que genera la sensación de sentirse rebasada por las mismas (Abidin, 1992), lo cual se midió con la Escala de Estrés Parental (PSS, por sus siglas en inglés, Berry & Jones, 1995).

Los Estilos Maternos de Alimentación Infantil son actitudes y comportamientos que las madres utilizan en la interacción con su hijo(a) al momento de la alimentación. Se integra por dos dimensiones, responsabilidad y demanda las cuales permiten categorizar a los participantes en uno de los cuatro estilos: a) alta exigencia/alta responsabilidad (con autoridad), b) alta exigencia/ baja responsabilidad (autoritario), c) baja exigencia/alta responsabilidad (indulgente) y d) baja exigencia/baja responsabilidad (no involucrado), se identificaron con el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) (Hughes et al., 2005).

Índice de Masa Corporal (IMC) es el peso del preescolar en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros de acuerdo a la edad y el sexo. Se medirá a través de percentiles y clasificado en desnutrición (percentil < 3), bajo peso (percentil > 3) peso normal (percentil ≥ 15 y < 85), SP (percentil ≥ 85 y < 97) y OB (percentil ≥ 97) (OMS,

2006).

Predictores maternos características como edad en años, escolaridad en años, ingreso económico, ocupación, estado civil, enfermedad crónica y hábito de fumar, información que será registrada en una cédula de datos personales.

Predictores del hijo son aquellas características propias del preescolar como su edad, sexo e IMC. Se medirá mediante una cédula de datos personales y una cédula de registro de datos antropométricos.

Objetivo general

Analizar la relación entre el estrés de la crianza y los EMAI con el IMC del hijo preescolar residentes en el municipio de Monterrey.

Objetivos específicos

- 1) Describir el estrés de la crianza de madres de niños preescolares del estado de Nuevo León.
- 2) Distinguir el EMAI de madres de niños preescolares del estado de Nuevo León.
- 3) Relacionar las dimensiones del EMAI (demanda y responsabilidad) e IMC del preescolar.
- 4) Identificar predictores del estrés de la crianza (**maternos:** edad, años de escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil, enfermedad crónica, hábito de fumar, demanda, responsabilidad y responsabilidad centrada en el hijo, **del hijo:** edad, sexo y si-no SP-OB).
- 5) Identificar predictores de la demanda (**maternos:** estrés de la crianza, edad, años de escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil, enfermedad crónica, hábito de fumar, demanda, responsabilidad y responsabilidad centrada en el hijo, **del hijo:** edad, sexo y si-no SP-OB).

Hipótesis

- 1) Las madres con baja escolaridad tendrán hijos con mayor IMC.
- 2) A mayor estrés de la crianza los hijos tendrán mayor IMC.

Capítulo II

Metodología

En el siguiente capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de medición, procedimientos de recolección de los datos, consideraciones éticas y estrategia de análisis de datos.

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional (Grove y Gray, 2019). Se considera descriptivo dado que describe el estrés de la crianza de madres e identifica el EMAI y correlacional ya que busca la relación de estas variables con el IMC del hijo preescolar.

Población, Muestreo y Muestra

La población del presente estudio se conforma por diadas (madre-hijo preescolar). La madre se seleccionó a partir de su hijo inscrito en instituciones de educación preescolar públicas del municipio de Monterrey, N. L., seleccionadas de forma aleatoria con el programa Excel, a partir del Listado de Instituciones Educativas proporcionado por la Secretaría de Educación Pública.

El tamaño de muestra se determinó con el programa N-Query Advisor para un modelo de regresión lineal múltiple con 10 variables independientes, considerando un nivel de significancia de .05, potencia de prueba 90%, tamaño de efecto de .07 (entre mediano y pequeño según Cohen), con lo cual se obtuvo un tamaño de muestra de 283 diadas (madre-hijo preescolar), además se considero una tasa de no respuesta del 5%, por lo que el tamaño de muestra fue 297 diadas.

Criterios de Inclusión

Mujer que se identificó como madre de un niño preescolar inscrito en las instituciones educativas seleccionadas.

Criterios de Exclusión

Niños cuyas madres refirieron enfermedad metabólica que pudiera afectar el

crecimiento y desarrollo del niño o si se estaba bajo algún tratamiento para el control del peso, indicado en la cédula de datos socio demográficos (Apéndice A).

Mediciones

Para el presente estudio se realizaron mediciones de lápiz y papel, así como antropométricas. A continuación, se describen cada una de ellas.

Instrumentos de lápiz y papel

Las participantes contestaron dos instrumentos: 1) Escala de Estrés Parental (Berry y Jones, 1995) (Apéndice B) y 2) Cuestionario de Estilo de Alimentación del Cuidador (Hughes et al., 2005) (Apéndice C).

Para evaluar el estrés de la crianza se utilizó la Escala de Estrés Parental (EEP; Berry y Jones, 1995) la cual permite evaluar el estrés relacionado a la crianza que experimentan los padres de hijos menores de 18 años, es una escala de auto reporte de una sola dimensión que consta de 18 ítems que evalúan la gratificación o aspectos positivos relacionados a la crianza (beneficios emocionales, auto enriquecimiento, desarrollo personal) y componentes negativos (demandas sobre recursos, coste de oportunidad y restricciones) con respuestas tipo Likert de 5 puntos que va de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5), los reactivos 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 y 18 se califican de forma inversa de tal manera que el 5 toma el valor de 1 y viceversa lo que permiten tener un rango entre 18 – 90, indicando que a mayor puntaje mayor será el estrés de la crianza.

Se ha reportado un nivel de confiabilidad de .83 y confiabilidad test-retes de .81 (Berry y Jones, 1995) esta escala ha demostrado una validez convergente satisfactoria con diversas medidas de estrés, emoción y satisfacción de roles, incluidos el estrés percibido, el estrés laboral / familiar, la soledad, la ansiedad, la culpa, la satisfacción matrimonial, el compromiso matrimonial, la satisfacción laboral y el apoyo social. Esta escala originalmente se encuentra en el idioma inglés por lo cual se sometió a traducción al idioma español por tres peritos traductores avalados por el Tribunal Superior de

Justicia (Apéndice D) y posteriormente fue adaptado por el estudiante y director de tesis para poder ser aplicado en el presente estudio.

Para identificar el EMAI se aplicó el Cuestionario de Estilo de Alimentación del Cuidador (CFSQ por sus siglas en inglés, Hughes et al., 2005) el cual fue diseñado específicamente para evaluar el estilo de alimentación en muestras étnicamente diversas de bajos ingresos. Este cuestionario consta de dos dimensiones: demanda y responsabilidad de las cuales surge una tipología de cuatro estilos de alimentación 1) con autoridad (alta responsabilidad/alta demanda, 2) autoritario (baja responsabilidad/alta demanda, 3) indulgente (alta responsabilidad/baja demanda y 4) no involucrado (baja responsabilidad/baja demanda).

El cuestionario cuenta con 19 ítems con una escala de tipo Likert de cinco puntos que va desde nunca (1) hasta siempre (5), estos ítems se agrupan en dos dimensiones. Para calcular la demanda se obtiene la mediana de la sumatoria de los 19 ítems y la responsabilidad se calcula obteniendo la mediana de la sumatoria de los 7 ítems centrados en el hijo (3, 4, 6, 8, 9, 15 y 17) y se divide entre la sumatoria de los 19 ítems y se categoriza a los participantes en uno de los cuatro estilos 1) con autoridad (alta responsabilidad/alta demanda, 2) autoritario (baja responsabilidad/alta demanda, 3) indulgente (alta responsabilidad/baja demanda y 4) no involucrado (baja responsabilidad/baja demanda). El CEAC ha demostrado evidencia de fiabilidad test-retes de .85, consistencia interna de .86 y validez convergente y predictiva (Hughes et al., 2005).

Antropométricas

Se midió peso y talla del hijo de acuerdo con el procedimiento sugerido por la OMS (2008) (Apéndice E y F). La talla se midió con un estadímetro marca Seca 214 y el peso con una báscula marca Seca 804 con precisión de 0.1 kg y se calculó el IMC del preescolar. Las mediciones de peso y talla se registraron en la cédula de registro de datos antropométricos (Apéndice G). El IMC se calculó y se clasificó de acuerdo con el

percentil como desnutrición (percentil < 3), bajo peso (percentil > 3) peso normal (percentil ≥ 15 y < 85), SP (percentil ≥ 85 y < 97) y OB (percentil ≥ 97) (OMS, 2006). Además, se solicitó datos socio demográficos de la madre y el hijo (Apéndice A).

Procedimientos de Recolección de los Datos

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posterior a esto se acudió a Secretaría de Educación Pública (SEP) del Estado de Nuevo León y se solicitó listado de instituciones de educación preescolar del municipio de Monterrey, a partir de este listado de 243 escuelas con el programa Microsoft Excel se seleccionaron de forma aleatoria 10 instituciones educativas, considerando que éstas permitirán completar el tamaño de muestra. Posteriormente se acudió con los directivos de las instituciones seleccionadas, se expusieron los objetivos del estudio y se solicitó su autorización y apoyo para convocar a las madres de familia a una reunión informativa.

Durante la reunión con las madres en un aula proporcionada por la institución, se explicaron los objetivos y procedimientos del estudio y se solicitó su participación voluntaria para contestar los cuestionarios y su autorización para realizar las mediciones antropométricas peso y talla de su hijo, si están de acuerdo se solicitó firmar el consentimiento informado (Apéndice H). Luego de firmar el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de los cuestionarios. Las madres recibieron una explicación verbal por parte del investigador principal para poder saber como contestar los cuestionarios y el personal de investigación se mantuvo en el aula durante la aplicación para resolver dudas. Cuando las participantes terminaron de contestar los cuestionarios, el investigador realizó una revisión para poder verificar que todas las preguntas han sido contestadas.

Si una pregunta no se respondió, se preguntó a la participante la posibilidad de que la contestará, si la participante decidió no responder se respeto su decisión. Al término de la colecta de datos se agradeció a las madres su participación. Después se

buscaron a los hijos de aquellas madres que aceptaron participar con la ayuda de un listado proporcionado por la institución y la cédula de datos personales contestada por la madre. Una vez ubicados a los participantes, se llevaron a un espacio proporcionado por la institución y se obtuvo su asentimiento informado (Apéndice I), se les explicó el procedimiento de pesar y medir, si el participante no daba su asentimiento, no se le insistió para participar.

El espacio proporcionado se acondicionó para ser seguro y privado, colocando tapetes antiderrapantes y un biombo en la zona de los instrumentos de medición. Previamente el investigador principal contó con capacitación para realizar mediciones antropométricas y se contó con el apoyo de un auxiliar de investigación, el cual fue capacitado por el investigador principal. Al término de las mediciones se agradeció a los niños por su valiosa participación y se acompañó de regreso a su aula. Este procedimiento se realizó las veces que fueron necesarias hasta completar la muestra requerida.

Consideraciones Éticas

El siguiente proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud (1987, DOF 2014). De acuerdo con lo establecido en el Título segundo sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se respetó la integridad de la madre y su hijo, así mismo se protegió los derechos y el bienestar de los participantes conforme al Capítulo I, Artículo 13. La presente investigación contó con el consentimiento informado por parte de las madres y el asentimiento informado por parte del menor, las mediciones fueron realizadas por un profesional de salud previamente capacitado, resguardando la integridad de la madre y su hijo. Se obtuvo la autorización por parte de los Comités de Investigación y Ética en Investigación para llevar a cabo dicho proyecto y se realizó el estudio una vez obtenida la autorización por parte de las instituciones educativas participantes, todo esto de acuerdo con el Artículo 14, Fracciones I, V, VI, VII y VIII.

Se protegió la privacidad de la madre y su hijo durante todo el estudio como lo señala el Artículo 16. Por otra parte, se consideró una investigación de riesgo mínimo dado que se realizaron mediciones de peso y talla en el menor, para disminuir el riesgo de caída el área se encontró cubierta con tapetes antiderrapantes y se le brindó asistencia al menor para subir a la báscula y estadímetro, considerando lo establecido en el Artículo 17, Fracción II.

Cabe mencionar que se contó con el consentimiento informado de la madre por escrito, dando una explicación previa, clara y completa, este consentimiento expone la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar y el propósito de estos, así como los riesgos y beneficios de participar en el estudio. Si la madre externaba dudas sobre su participación se le garantizó recibir respuesta o aclaración, así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio sin que esto afecte negativamente a ella o a su hijo. Aunado a esto, el consentimiento puntualiza la seguridad y confidencialidad relacionada con la identificación de la madre y su hijo, resguardando la información por un año y posteriormente será destruida, asegurando que sus datos no serán utilizados por personal externo a la investigación, esto referente al Artículo 20 y 21, Fracción I, II, III, IV, VI, VII y VIII.

El consentimiento informado fue realizado por el investigador principal, revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Se obtuvo la firma del consentimiento informado por las madres participantes, proporcionando a éstas un duplicado del consentimiento, esto de acuerdo con lo establecido en el Artículo 22, Fracción I, II, IV y V.

Con respecto al Capítulo III sobre la investigación en menores de edad, se solicitó el consentimiento informado por parte de la madre del preescolar y se le explicó al preescolar el procedimiento a realizar y su participación en la investigación, solicitando de esta manera su asentimiento informado, como lo señala el Artículo 36 y

37. En cuanto al Capítulo V sobre la investigación en grupos subordinados, el proceso de recolección de datos se apegó al tiempo y espacio proporcionados por las autoridades de las instituciones educativas con el fin de que no afectar la situación académica de los niños, en relación con el Artículo 58, Fracciones I y II.

Estrategia de Análisis de Datos

Los datos se capturaron y se analizaron en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25, se realizó una prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para identificar la normalidad de las variables. Para responder al objetivo general se realizó una prueba de *chi*-cuadrada, H de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney. Para responder al primer objetivo específico las puntuaciones de los ítems 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 y 18 se codificaron de forma reversa (1 = 5) (2 = 4) (3 = 3) (4 = 2) (5 = 1) y se obtuvo la sumatoria de las puntuaciones. Posteriormente se aplicó estadística descriptiva (media, desviación estándar, puntaje mínimo y máximo).

Para el segundo objetivo se calculó la mediana de la población en las dimensiones de demanda y responsabilidad, y se clasificó a las participantes en uno de los cuatro EMAI: 1) con autoridad (alta responsabilidad/alta demanda, 2) autoritario (baja responsabilidad/alta demanda, 3) indulgente (alta responsabilidad/baja demanda y 4) no involucrado (baja responsabilidad/baja demanda). Para responder el objetivo tres, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman. Con respecto al cuarto y quinto objetivo se construyeron modelos de regresión lineal múltiple y para dar respuesta a la hipótesis uno y dos se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman dada la normalidad de las variables.

Capítulo III

Resultados

En el siguiente capítulo se muestran los resultados del presente estudio. En primer lugar, se expone la consistencia interna de los cuestionarios aplicados, posteriormente se presentan las estadísticas descriptivas de las variables socio demográficas de la diada (madre-hijo) y antropométricas del hijo, en último lugar se muestran las estadísticas que dan respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia interna de los cuestionarios

Se analizó la consistencia interna de los cuestionarios mediante el coeficiente alpha de Cronbach, la Escala de Estrés parental (EEP) y el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CFSQ) obtuvieron un Alpha de Cronbach aceptable (Grove y Gray, 2019), lo anterior se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Consistencia interna de los cuestionarios aplicados

Cuestionario	Items	α
Escala de Estrés parental (EEP)	18	.69
Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CFSQ)	19	.88
α = Coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach	$n = 344$	

Estadística descriptiva

Participaron 344 diadas (madre-hijo), la edad materna promedio fue 31.67 años ($DE = 6.86$) y del hijo 4.45 años ($DE = .73$). La escolaridad materna promedio fue 12.13 años ($DE = 4.16$), ingreso económico mensual promedio 13,801.69 pesos mexicanos ($DE = 12,897.82$), la información se presenta en la Tabla 2. Respecto al estado civil el 53.5% ($n = 184$) de las mujeres refirió estar casada, el 30.2% ($n = 104$) en unión libre, el 11.3% ($n = 39$) solteras, 4.1% ($n = 14$) divorciadas y el 0.3% ($n = 1$) viuda.

Tabla 2

Estadísticas descriptivas variables sociodemográficas maternas

Variable	Media	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
<i>Madre</i>				
Edad (años)	31.67	6.86	20	51
Escolaridad (años) ^a	12.13	4.16	2	27
Ingreso económico mensual (M. N.) ^b	13,801.69	12,897.82	1,000	75,000

Nota: M.N. = Moneda Nacional

n = 344

^a*n* = 306

^b*n* = 237

Se cuestionó a las participantes si padecían alguna enfermedad crónica, se incluyeron migraña, enfermedad tiroidea, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y depresión, el 70.3% (*n* = 242) no refirió algún padecimiento y el 29.7% (*n* = 102) señaló padecer alguna enfermedad, la información se presenta en la Tabla 3.

Además, en el grupo de mujeres que refirieron padecer alguna enfermedad (*n* = 102) la más frecuente fue migraña, seguida por hipertensión y al preguntarles respecto al consumo de tabaco, el 24.5% (*n* = 25) señaló fumar, refiriendo consumir de 1 a 8 cigarrillos diarios. Por otra parte en el grupo sin enfermedad crónica (*n* = 242), el 14.5% (*n* = 35) señaló consumir cigarrillos entre 1 y 5 diarios, por tanto el total de madres que consumen cigarrillos en la muestra estudiada fue 17.44 (*n* = 60).

Tabla 3

Estadísticas descriptivas - enfermedad crónica y hábito de fumar

Enfermedad	Si		No	
	f	%	f	%
Migraña	54	52.9	48	47.1

Nota: DM2: diabetes mellitus tipo 2

n = 344

(Continúa)

Tabla 3

Estadísticas descriptivas - enfermedad crónica y hábito de fumar

Enfermedad	Si		No	
	f	%	f	%
Migraña	54	52.9	48	47.1
Tiroides	15	14.7	87	85.3
DM2	9	8.8	93	91.2
Hipertensión	23	22.5	79	77.5
Depresión	13	12.7	89	87.3
Otras (asma)	11	10.8	91	89.2
Fumar	25	24.5	77	75.5

Nota: DM2: diabetes mellitus tipo 2

n = 344

En la tabla 4 se presenta la información de las variables antropométricas del hijo. El peso promedio fue 19.01kg ($DE = 4.29$), talla 107.32 cm ($DE = 6.17$) e IMC 16.36 ($DE = 2.34$).

Tabla 4

Estadística descriptiva – variables antropométricas del hijo

Variable	Media	DE	Valor		D^a	p
			Mínimo	Máximo		
Peso (kg)	19.01	4.29	13.50	43.90	.164	.000
Talla (cm)	107.32	6.17	91.20	126.00	.051	.032
IMC (kg/m ²)	16.36	2.34	12.90	30.50	.145	.000

Nota: D^a = prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors

n=344

Respecto al estado nutricional de los hijos este se realizó de acuerdo a la clasificación del IMC en percentiles de acuerdo a la OMS (2006). Se encontró que el 66.0% ($n = 227$) de los participantes tenía peso normal, el 15.7% ($n = 54$) SP y el 12.5% ($n = 43$) OB, presentándose con mayor frecuencia en el sexo masculino, lo anterior se muestra en la tabla 5.

Tabla 5

Estadísticas descriptivas - Estado nutricional del hijo de acuerdo al sexo

Sexo	Estado Nutricional	
	<i>f</i>	%
<i>Femenino^a</i>		
Desnutrido	0	0
Bajo Peso	7	4.2
Normal	121	72
SP	23	13.7
OB	17	10.1
<i>Masculino^b</i>		
Desnutrido	1	.6
Bajo peso	12	6.8
Normal	106	60.2
SP	31	17.6
OB	26	14.8

Nota: DN: desnutrición, BP: bajo peso, PN: peso normal, SP: sobrepeso, OB: obesidad
 $n^a = 168$
 $n^b = 176$

Para verificar los objetivos e hipótesis de estudio se aplicó estadística descriptiva e inferencial, para el objetivo específico 1 que señala describir el estrés de la crianza de madres de niños preescolares del Estado de Nuevo León, se realizó sumatoria de las preguntas de la Escala de Estrés Parental y se obtuvo estadística descriptiva, el promedio fue de 58.33 ($DE = 6.99$), valor mínimo 28 y máximo 80. Dado que no existen puntos de corte, se identificó el percentil 50 de las puntuaciones de estrés y a partir de ésta se clasificó el estrés como bajo y alto, se encontró que el 51.7% ($n = 178$) de las madres presento alto estrés de la crianza.

Para el objetivo 2 que señala describir el EMAI, se calcularon las puntuaciones

de demanda y responsabilidad y se obtuvieron las medianas, demanda = 2.68 y responsabilidad = 1.18, esto se muestra en la tabla 6, se verificó la distribución de las puntuaciones y se verificó que tienen distribución normal.

Tabla 6

Estadísticas descriptivas de las dimensiones de EMAI

Variable	Media	Mediana	DE	Valor		D ^a	p
				Minimo	Máximo		
Demanda	2.72	2.68	.66	1.21	4.94	.045	.097
Responsabilidad	1.19	1.18	.18	.76	1.80	.046	.072

Nota: DE: Desviación estándar; D^a: prueba de normalidad; p: valor para p.

La Tabla 7 muestra el EMAI, se encontró que el 33.7% ($n = 116$) de las participantes tuvieron EMAI indulgente, el 31.4% ($n = 108$) autoritario.

Tabla 7

Estadísticas descriptivas-Estilos Maternos de Alimentación Infantil

EMAI	f	%
Con autoridad	58	16.9
Autoritario	108	31.4
Indulgente	116	33.7
No involucrado	62	18

$n=344$

Para responder al objetivo 3 relacionar las dimensiones del EMAI (demanda y responsabilidad) con el IMC del hijo. Se realizó correlación de Spearman y se encontró que la demanda se relacionó de forma negativa y significativa con el IMC del hijo ($r = -.119, p < 0.05$), lo anterior se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8

Correlación de Spearman de las dimensiones del EMAI (demanda y responsabilidad) e IMC del hijo

Variable	1	2	3
IMC	1		
Demanda	-.119*	1	
Responsabilidad	.060	-.419**	1

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ $n = 344$

Para verificar el objetivo específico 4 que señala distinguir los predictores del estrés de la crianza se realizó regresión lineal múltiple; se incluyeron como factores maternos: edad, años de escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil, enfermedad crónica, hábito de fumar, demanda, responsabilidad y responsabilidad centrada en el hijo; del hijo: edad, sexo y si-no SP-OB,). Mediante el procedimiento de Backward de eliminación de variables hacia atrás se identificó que los factores maternos (demanda y responsabilidad centrada en el hijo) y del hijo (sexo y si-no SP-OB) contribuyeron al modelo con una varianza explicada del 7.3%.

Tabla 9

Modelo de regresión lineal múltiple de estrés de la crianza, características maternas (demanda y responsabilidad centrada en el hijo) y del hijo (sexo y si-no SP-OB)

Fuente de variación	β	Error estándar	t	p
Características maternas				
Demanda	3.050	1.104	2.763	.006
Responsabilidad centrada en el hijo	-3.053	1.021	-2.991	.003

Nota: Modelo 1: $R = .271$ $R^2 = .073$

(Continúa)

Tabla 9

Modelo de regresión lineal múltiple de estrés de la crianza, características maternas (demanda y responsabilidad centrada en el hijo) y del hijo (sexo y si-no SP-OB)

Fuente de variación	β	Error estándar	t	p
Características del hijo				
Si-No SP-OB	-2.081	1.001	-2.080	.039
Sexo	1.851	.921	2.009	.046

Nota: Modelo 1: $R = .271$ $R^2 = .073$

Respecto al objetivo 5, identificar los predictores de demanda (maternos: estrés de la crianza, maternos: edad, años de escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil, enfermedad crónica, hábito de fumar, responsabilidad y responsabilidad centrada en el hijo, del hijo: edad, sexo y si-no SP-OB,), se realizó análisis mediante modelos de regresión lineal múltiple univariado y procedimiento de Backwar, no se identificó contribución de las variables.

La Tabla 10 muestra el procedimiento que se siguió para verificar las hipótesis planteadas se realizó pruebas de normalidad y correlación de Spearman. De acuerdo con la $H_1 =$ Las madres con baja escolaridad tendrán hijos con mayor IMC ($r = .078$, $p = .172$) no se identificó correlación significativa y la $H_2 =$ A mayor estrés de la crianza, los hijos tendrán mayor IMC, no se encontró una relación significativa ($r = -.036$, $p = .505$).

Tabla 10

Correlación de Spearman, estrés de la crianza, escolaridad materna e IMC del hijo

Variable	1	2	3
Estrés de la crianza	1		
Escolaridad	-.056	1	
IMC	-.036	.078	1

$n = 344$

Para responder al objetivo general se realizó una prueba *chi*-cuadrada. Se identificó el percentil 50 de las puntuaciones de estrés y se clasificó el estrés como bajo y alto, se construyó una tabla de contingencia considerando los cuatro EMAI y el estrés de la crianza en bajo y alto. Se encontró que la mayoría de las madres con estrés alto tenían EMAI autoritario 33.1% ($n = 59$), mientras que las madres con estrés bajo presentaban un estilo indulgente 38.6% ($n = 64$), la diferencia fue significativa ($X^2 = 10.67$, $p = 0.14$), la información se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11

Prueba Chi cuadrada-estrés de la crianza según el EMAI

Estilo	Estrés				X^2	p
	Bajo		Alto			
	f	%	f	%		
Con autoridad	33	19.9	25	14.0		
Autoritario	49	29.5	59	33.1		
Indulgente	64	38.6	52	29.2	10.67	.014
No involucrado	20	12.0	42	23.6		

Nota: X^2 : *chi*-cuadrada, p : valor de p

Posteriormente para verificar si el estrés de la crianza era diferente de acuerdo al EMAI se realizó la prueba de H de Kruskal-Wallis la cual fue significativa ($H = 7.767$,

$gl = 3, p < .05$), en la Tabla 12 se observa que las madres con EMAI autoritario presentan el rango promedio más alto de estrés de la crianza comparado con las otras categorías.

Tabla 12

Prueba H de Kruskal-Wallis de estrés de la crianza y EMAI

EMAI	<i>f</i>	RP	H	<i>p</i>
Con autoridad	58	150.16		
Autoritario	108	180.89	7.767	.05
Indulgente	116	162.82		
No involucrado	62	191.67		

Nota: *f*: frecuencia, RP: rango promedio

Posteriormente se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney para comparar los rangos promedio del estrés de la crianza por categoría de EMAI, se encontró diferencia significativa al comparar los estilos con autoridad y autoritario ($U = 2510.00, p = .035$), con autoridad y no involucrado ($U = 1351.00, p = .019$), la información se presenta en la tabla 13.

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney de estrés de la crianza de acuerdo al EMAI

EMAI	<i>n</i>	RP	SR	<i>U</i>	<i>p</i>
Con autoridad	58	72.78	4221.00	2510.00	.035
Autoritario	108	89.26	9640.00		
Con autoridad	58	83.59	4848.00	3137.00	.468
Indulgente	116	89.46	10377.00		
Con autoridad	58	52.79	3062.00	1351	.019
No involucrado	62	67.71	4198.00		

Nota: EMAI = estilos maternos de alimentación infantil, RP = rango promedio, SR = suma de rangos, U = U de Mann-Whitney

(Continúa)

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney de estrés de la crianza de acuerdo al EMAI

EMAI	<i>n</i>	RP	SR	<i>U</i>	<i>p</i>
Autoritario	108	119.40	12895.00	5519.00	.124
Indulgente	116	106.08	12305.00		
Autoritario	108	84.23	9097.00	3211.00	.657
No involucrado	62	87.71	5438.00		
Indulgente	116	84.29	9777.50	2991.50	.065
No involucrado	62	99.25	6153.50		

Nota: EMAI = estilos maternos de alimentación infantil, RP = rango promedio, SR = suma de rangos, U = U de Mann-Whitney

Para verificar si existía relación entre el EMAI y el IMC del hijo se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallis, no se observó diferencia significativa ($H = 5.68$, $gl = 3$, $p = .128$).

Tabla 14

Prueba H de Kruskal-Wallis del IMC del hijo de acuerdo al EMAI

EMAI	<i>f</i>	RP	H	<i>p</i>
Con autoridad	58	164.93	5.68	.128
Autoritario	108	157.80		
Indulgente	116	188.30		
No involucrado	62	175.63		

Nota: EMAI: estilos maternos de alimentación infantil, *f*: frecuencia, RP: rango promedio

La Tabla 15 muestra la información que se obtuvo al aplicar la prueba de U de Mann-Whitney para comparar los rangos promedio del IMC del hijo por categoría de EMAI, encontrando diferencia significativa, el EMAI indulgente presenta mayor puntuación del IMC cuando se compara con el EMAI autoritario e ($U = 5197.00$,

$p = .028$).

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney del IMC del hijo de acuerdo al EMAI

EMAI	<i>n</i>	RP	SR	<i>U</i>	<i>p</i>
Con autoridad	58	85.81	4977.00	2998.00	.650
Autoritario	108	82.26	8884.00		
Con autoridad	58	79.60	4617.00	2906.00	.144
Indulgente	116	91.45	10608.00		
Con autoridad	58	58.52	3394.00	1683.00	.546
No involucrado	62	62.35	3866.00		
Autoritario	108	102.62	11083.00	5197.00	.028
Indulgente	116	121.70	14117.00		
Autoritario	108	81.92	8847.50	2961.50	.211
No involucrado	62	91.73	5687.50		
Indulgente	116	92.15	10689.50	3288.50	.348
No involucrado	62	84.54	5241.50		

Nota: EMAI= estilos maternos de alimentación infantil, RP= rango promedio, SR= suma de rangos, U= U de Mann-Whitney

Capítulo IV

Discusión

El objetivo general del presente estudio fue analizar la relación entre el estrés de la crianza y el EMAI con el IMC del hijo preescolar que asistía a instituciones públicas ubicadas en el municipio de Monterrey. A continuación se presenta la discusión de los resultados de acuerdo a los objetivos del estudio; conclusiones y limitaciones del estudio y se plantean algunas recomendaciones.

En relación con la consistencia interna de los cuestionarios utilizados en el presente estudio, estos obtuvieron una consistencia interna aceptable, la Escala de Estrés Parental obtuvo una consistencia interna menor a la reportada en el estudio original (Berry & Jones, 1995) y en otro estudio que utilizó esta escala (Gouveia, Canavarro & Moreira, 2019), sin embargo esto puede deberse a que es la primera vez que se aplica esta Escala en población mexicana en el idioma Español, para lo cual se siguió el procedimiento back-translation por tres peritos traductores. En relación con el cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador, obtuvo una consistencia interna similar a lo reportado en otros estudios (Hughes et al., 2005, 2015, Tovar et al., 2012).

Respecto a las enfermedades crónicas y el hábito de fumar se encontró que las enfermedades con mayor prevalencia fueron migraña, hipertensión y depresión, estas prevalencias son mayores a las reportadas por la ENSANUT (2018) a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2018). Respecto al hábito de fumar el 17.4% de las participantes señaló el hábito de fumar estos resultados son superiores a los reportados a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2018) siendo el consumo de tabaco en población de 20 años y más del 11.4%. Así mismo, las participantes que refirieron una enfermedad crónica fumaban un máximo de 8 cigarrillos y aquellas que no refirieron enfermedad crónica consumían un máximo de 5 cigarrillos diarios, estos resultados son similares a lo reportado por la ENSANUT (2018) donde se reporta que el promedio de cigarrillos consumidos por día en mujeres es de 5.9 cigarrillos diarios. Lo anterior cobra importancia

ya que el consumo de tabaco y la exposición al humo inducen una elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades, en particular del sistema circulatorio y respiratorio, así como el riesgo de SP-OB en la infancia (Grazuleviciene et al., 2017; Sanabria, Arce, Sierra, Orlenis, & Gil, 2016).

Se ha evidenciado que la nicotina perturba el flujo normal de la neurotransmisora dopamina en el sistema nervioso central mediante su liberación en el cerebro, esa actividad contribuye de forma significativa a la sensación de placer y recompensa (NIDA, 1998). Aquellas madres que presentan niveles altos de estrés de la crianza tienden a consumir tabaco con mayor frecuencia, lo que provoca en ellas una sensación de liberación, placer y disminución del estrés (Lynch, Johnson, Kable, Carroll & Coles, 2011).

Respecto al estado nutricional del hijo se encontró una prevalencia de SP-OB de 28.2%, prevalencia mayor a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 en México (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018), así mismo mayor a la prevalencia para la región Norte del país reportada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). Por otro lado, estos resultados fueron similares a los reportados en un estudio realizado en Nuevo León (Flores-Peña et al., 2017).

Respecto al estrés de la crianza se encontró que la media de la sumatoria de estrés de la crianza fue de 58.33 esto similar a lo reportado en los estudios realizados por Berry y Jones (1995) y Leung y Tsang (2010) quienes también aplicaron la Escala de Estrés Parental. Berry y Jones (1995) refieren que no se cuenta con puntos de corte, solo señalan que a mayor puntaje mayor es el estrés de la crianza.

Por otra parte, la literatura que utiliza el Índice de Estrés Parental (Abidin, 1992) categorizan a las madres en estrés alto y bajo, por lo que se identificó el percentil 50 (58) y de acuerdo a esto las madres se categorizaron en estrés bajo y alto. Se encontró que más de la mitad de las participantes presentaron estrés de la crianza alto, hallazgo similar

a la literatura (Berge et al., 2018; Grazuleviciene et al., 2017; Grummon et al., 2017; Walton et al., 2014). Los autores hacen referencia que al presentar un estrés de la crianza alto éste interfiere en la salud y funcionamiento psicológico del hijo, así como la relación con el mismo. Así mismo, las madres/padres que presentan alto estrés de la crianza incrementan el uso de prácticas restrictivas, presión para comer y recompensa alimentaria.

Respecto al EMAI la literatura ha reportado que los puntos de corte de la mediana de demanda es 2.80 y para responsabilidad de 1.16, estos resultados fueron obtenidos en población afroamericana, hispana y americana, los resultados encontrados en el presente estudio son diferentes a los reportados por la literatura, dado que la demanda y la responsabilidad se encuentran por debajo de las medianas referidas por la literatura (Hughes et al., 2012), sin embargo el autor señala que no es posible establecer puntos de corte universales para las poblaciones ya que estas se comportan de diferente manera, por lo que recomienda identificar los puntos de corte para cada población.

Así mismo, la literatura reporta que los EMAI más frecuentes en población hispana son el autoritario e indulgente (Baoucher, 2016; Flores-Peña et al., 2017; Horodynski et al., 2018;), lo anterior es similar a lo encontrado en esta investigación, lo que sugiere que las madres actúan de dos formas opuestas, cuando son autoritarias ejercen control en las acciones del hijo, tales como castigos o amenazas de retirar el apoyo si el hijo no cumple las expectativas de la madre, por el contrario una madre indulgente intentará satisfacer las necesidades del hijo, sin solicitarle al hijo que cumpla con conductas o normas del hogar en el momento de la alimentación.

Al evaluar la relación entre las dimensiones del EMAI y el IMC del hijo en el presente estudio se encontró que la demanda se relacionó de forma negativa y significativa con el IMC del hijo, lo que es similar a lo reportado por Pai y Contento (2014), lo anterior hace referencia a que las madres con EMAI con menor demanda tendrán hijos con menor IMC como las madres con EMAI indulgente, lo que es

congruente con lo encontrado en este estudio.

Respecto a los predictores del estrés de la crianza la literatura ha identificado que el ingreso económico, la escolaridad materna, el hábito de fumar, la presencia de una enfermedad crónica, la edad del hijo y el IMC del hijo son factores que contribuyen a incrementar el estrés de la crianza (Grummon et al., 2017; Shankardass et al., 2014; Swyden et al., 2017). En el presente estudio se identificó que la demanda, la responsabilidad centrada en el hijo, el sexo y el estado nutricional del hijo contribuyeron al estrés de la crianza con una varianza explicada que puede considerarse débil.

Respecto a la hipótesis de que aquellas madres con baja escolaridad tendrán hijos con mayor IMC, Grazuleviciene et al. (2017) reporta que aquellas madres con mayor educación tuvieron menor prevalencia de SP-OB del hijo comparado con aquellas madres con menor educación, en el presente estudio no se verificó lo anterior. Sin embargo, estos resultados reportados por la literatura son de población distinta a la estudiada, en Lituania el nivel de educación superior es mayor al reportado en México (Atlas Mundial de Datos, 2016), lo que podría explicar los resultados diferentes en esta población.

Por otra parte, respecto a la hipótesis planteada que a mayor estrés de la crianza los hijos tendrán mayor IMC la literatura ha reportado que aquellas madres que presentan niveles elevados de estrés de la crianza, así como su exposición a lo largo del tiempo aumenta el riesgo de tener hijos con mayor IMC (Berge, 2018; Farewell et al., 2018; Grazuleviciene et al., 2017; Shankardass et al., 2014), lo anterior no se verificó en el presente estudio. Esto es congruente con lo reportado en otros estudios en los cuales no se ha identificado relación directa entre el estrés de la crianza y el IMC del hijo (Fulkerson et al., 2019; Gouveia, Canavarro & Moreira, 2019; Grummon et al., 2017; Swyden et al., 2017; Walton et al., 2014), la literatura refiere que el estrés de la crianza no afecta directamente al IMC del hijo, sino que afecta principalmente al comportamiento y relación parental.

Respecto a la relación entre el estrés de la crianza y el EMAI con el IMC del hijo, se ha reportado que aquellas madres con un estilo autoritario y no involucrado presentan mayor estrés de la crianza (Tovar et al., 2012; Hughes et al., 2015) esto es similar a lo reportado en este estudio ya que las mujeres que presentaban alto estrés tuvieron un EMAI autoritario y no involucrado con mayor frecuencia. Así mismo se ha reportado que las madres con EMAI autoritario tienen hijos con mayor IMC, lo que se identificó en el presente estudio.

Al respecto se ha documentado que el estrés de la crianza afecta el comportamientos de los padres, en este caso al EMAI, lo que apoya el modelo propuesto de estrés de la crianza y EMAI (Abidin, 1992; El-Behadli et al., 2015), donde se explica que el estrés de la crianza contribuye al EMAI, pero no de forma directa al IMC del preescolar, también apoya el modelo propuesto por Abidin (1992) donde explica que el estrés de la crianza es un factor parental que puede influir en la implementación adecuada de las estrategias de alimentación infantil dando como resultado la utilización de EMAI poco saludables que favorecen el incremento de SP-OB infantil.

Limitaciones

El diseño del presente estudio es transversal, se realizó una sola medición del estrés de la crianza y la literatura ha documentado que el IMC del hijo preescolar presenta cambios significativos en presencia de estrés de la crianza a lo largo del tiempo. Otra limitante encontrada fue que las participantes se negaron a proporcionar información relacionada al ingreso económico, por lo que se necesitan otros indicadores para distinguir el nivel socioeconómico de las participantes y poder identificar si este pudiera ser determinante del estrés.

Conclusiones

- Los cuestionarios utilizados para medir las variables de estudio (estrés de la crianza y EMAI) tuvieron consistencia interna aceptable.
- El estado nutricional de los hijos preescolares es similar a la población del estado de

Nuevo León, sin embargo se encuentran por encima de las cifras reportadas por la ENSANUT (2018).

- La mayoría de las madres presentó estrés de la crianza alto.
- La mayoría de las participantes tuvieron un EMAI autoritario o indulgente.
- Las dimensiones del EMAI, sexo del hijo y cuando el hijo tiene SP-OB son predictores del estrés de la crianza.
- El EMAI autoritario presentó más alto estrés de la crianza.
- El EMAI indulgente presentó el IMC del hijo más alto

Recomendaciones

Continuar investigando los factores maternos que contribuyen al estrés de la crianza en poblaciones similares a la estudiada y en otras poblaciones o niveles socioeconómicos, así como a identificar aquellos factores que contribuyen al EMAI de que favorece el incremento del IMC del hijo, promocionar el EMAI autoritario con estrategias de negociación durante los momentos de la alimentación y evitar patrones de alimentación forzada que se encuentran ligados al EMAI autoritario, dado que el EMAI que presentó el estrés de la crianza más alto fue el autoritario se recomienda estrategias dirigidas al manejo del estrés de la crianza.

Se recomienda continuar investigando acerca del consumo de tabaco en madres de hijos preescolar y su influencia en el estado nutricional el preescolar. También se recomienda construir indicadores de vulnerabilidad que integren estatus socioeconómico, educativo de la familia, así como estado de salud que permitan identificar determinantes del estrés de la crianza, realizar estudios longitudinales y diseñar intervenciones dirigidas a la promoción del EMAI con autoridad y manejo del estrés de la crianza.

Referencias

- Abidin, R. R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407–412. doi:10.1207/s15374424jccp2104_12
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C. & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behavior and preschoolers' social competence and behavior problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14(2), 133–154. doi:10.1002/icd.385
- Aliño, S. M., Navarro F. R., López E. R. & Pérez S. I. (2007). La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010&lng=es&tlng=es.
- Arlinghaus, K. R., Vollrath, K., Hernandez, D. C., Momin, S. R., O'Connor, T. M., Power, T. G. & Hughes, S. O. (2018). Authoritative parent feeding style is associated with better child dietary quality at dinner among low-income minority families. *The American journal of clinical nutrition*, 108(4), 730–736. doi:10.1093/ajcn/nqy142
- Boucher, N. L. (2016). Feeding Style and a Child's Body Mass Index. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(6), 583–589. doi: 10.1016/j.pedhc.2015.12.002
- Berge, J. M., Tate, A., Trofholz, A., Fertig, A., Crow, S., Neumark-Sztainer, D. & Miner, M. (2018). Examining within- and across-day relationships between transient and chronic stress and parent food-related parenting practices in a racially/ethnically diverse and immigrant population: Stress types and food-related parenting practices. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 15(1), 7. doi:10.1186/s12966-017-0629-1
- Bértola, D. (2010). Hans Selye y sus ratas estresadas. *Medicina Universitaria, Elsevier*. 12(47), 87-144. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-hans-selye-sus-ratas-estresadas-X1665579610537461>

- Betancourt M., L., Rodríguez Guarín, M., & Gempeler Rueda, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48 (3), 261-276. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668007>
- Camargo, B. S. (2004). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*. 17(2), 78-86. Recuperado de: <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/103/public/103-370-1-PB.pdf>
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, CDC. (2015). *Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes*. Recuperado de https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html
- Coyl, D., Roggman, L., & Newland, L. (2002). Stress, maternal depression and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23(1-2), 145-163. doi: 10.1002/imhj.10009
- Chen, J.-L., Guo, J., Esquivel, J. H., & Chesla, C. A. (2018). Like Mother, Like Child: The Influences of Maternal Attitudes and Behaviors on Weight-Related Health Behaviors in Their Children. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(6), 523–531. doi: 10.1177/1043659617736883
- Crnic, K., Gaze, C. & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age five. *Infant and Child Development*, 14(2), 117-132. Doi: 10.1002/icd.384
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. doi:10.1037/0033-2909.113.3.487
- De Lepeleere, S., De Bourdeaudhuij, I., Cardon, G. & Verloigne, M. (2017). The effect of an online video intervention “Movie Models” on specific parenting practices and parental self-efficacy related to children’s physical activity, screen-time and

- healthy diet: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*, 17(1), 366. doi: 10.1186/s12889-017-4264-1.
- El-Behadli, A. F., Sharp, C., Hughes, S. O., Obasi, E. M. & Nicklas, T. A. (2015). Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *The British Journal of Nutrition*, 113 Suppl, S55–S71. doi: 10.1017/S000711451400333X.
- Farewell, C. V., Thayer, Z. M., Puma, J. E. & Morton, S. (2018). Exploring the timing and duration of maternal stress exposure: Impacts on early childhood BMI. *Early Human Development*, 117, 15–19. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2017.12.001
- Fulkerson, J. A., Telke, S., Larson, N., Berge, J., Sherwood, N. E. & Neumark-Sztainer, D. (2019). A healthful home food environment: Is it possible amidst household chaos and parental stress? *Appetite*, 104391. doi:10.1016/j.appet.2019.104391
- Flores-Peña, Y., Acuña-Blanco, A., Cárdenas-Villarreal, V. M., Amaro-Hinojosa, M. D., Pérez-Campa, M. E. & Elenes-Rodríguez, J. R. (2017). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 51. doi:10.20960/nh.975
- Frontini, R., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2015). Parenting Stress and Quality of Life in Pediatric Obesity: The Mediating Role of Parenting Styles. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 1011–1023. doi:10.1007/s10826-015-0279-3
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C. & Moreira, H. (2019). How can mindful parenting be related to emotional eating and overeating in childhood and adolescence? The mediating role of parenting stress and parental child-feeding practices. *Appetite*, 138, 102–114. doi: 10.1016/j.appet.2019.03.021
- Grazuleviciene, R., Petraviciene, I., Andrusaityte, S. & Balseviciene, B. (2017). Psychosocial stress and obesity among children residing in Kaunas City. *Environmental Research*, 157, 37-43. doi: 10.1016/j.envres.2017.05.002
- Grossklaus, H. & Marvicsin, D. (2014). Parenting Efficacy and its Relationship to the

Prevention of Childhood Obesity. *Pediatric Nursing*, 40(2), 69–86. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/263289688_Parenting_efficacy_and_its_relationship_to_the_prevention_of_childhood_obesity

- Grummon, A. H., Vaughn, A., Jones, D. J. & Ward, D. S. (2017). Cumulative Risk Exposure and Waist Circumference in Preschool-Aged Children: The Mediating Role of Television and Moderating Role of Sex. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(4), 489–499. doi:10.1007/s12160-016-9872-y
- Hidalgo-Mendez, J., Power, T. G., Fisher, J. O., O'Connor, T. M. & Hughes, S. O. (2019). Child weight status and accuracy of perceived child weight status as predictors of Latina mothers' feeding practices and styles. *Appetite*, 104387. doi: 10.1016/j.appet.2019.104387
- Horodyski, M. A., Brophy-Herb, H. E., Martoccio, T. L., Contreras, D., Peterson, K., Shattuck, M., ... Lumeng, J. C. (2018). Familial psychosocial risk classes and preschooler body mass index: The moderating effect of caregiver feeding style. *Appetite*, 123, 216–224. doi: 10.1016/j.appet.2017.12.025
- Hughes, S. O., Cross, M. B., Hennessy, E., Tovar, A., Economos, C. D., & Power, T. G. (2012). Caregiver's Feeding Styles Questionnaire. Establishing cutoff points. *Appetite*, 58(1), 393–395. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.011>
- Hughes, S. O., Power, T. G., Orlet Fisher, J., Mueller, S. & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44(1), 83–92. doi: 10.1016/j.appet.2004.08.007
- Hughes, S. O., Power, T. G., Liu, Y., Sharp, C. & Nicklas, T. A. (2015). Parent emotional distress and feeding styles in low-income families. The role of parent depression and parenting stress. *Appetite*, 92, 337–342. doi: 10.1016/j.appet.2015.06.002

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018 Presentación de Resultados*. Recuperado de:
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados por entidad federativa, Nuevo León*. Recuperado de encuestas.insp.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Reynales- Shigematsu LM, Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.
- Jang, M., Owen, B. & Lauver, DR. (2019). Different types of parental stress and childhood obesity: A systematic review of observational studies. *Obesity Reviews*, 1–19. doi: 10.1111/obr.12930
- Kakinami, L., Barnett, T. A., Séguin, L. & Paradis, G. (2015). Parenting style and obesity risk in children. *Preventive Medicine*, 75, 18-22. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.03.005.
- Kuppens, S. & Ceulemans, E. (2018). Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept. *Journal of child and family studies*, 28(1), 168–181. doi:10.1007/s10826-018-1242-x
- Kuri-Morales, P. Antonio., González-Roldán, J. F., María Jesús, & Cortés-Ramírez, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*, 48(Supl. 1), s91-s98. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700011&lng=es&tlng=es.

- Leung, C., & Tsang, S. K. M. (2010). The Chinese Parental Stress Scale: Psychometric Evidence Using Rasch Modeling on Clinical and Nonclinical Samples. *Journal of Personality Assessment*, *92*(1), 26–34. doi:10.1080/00223890903379209
- Le Moal, M. (2007). Historical approach and evolution of the stress concept: A personal account. *Psychoneuroendocrinology*, *32*, S3S9. doi: 10.1016/j.psyneuen.2007.03.019
- Lynch, M. E., Johnson, K. C., Kable, J. A., Carroll, J., & Coles, C. D. (2011). Smoking in pregnancy and parenting stress: maternal psychological symptoms and socioeconomic status as potential mediating variables. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, *13*(7), 532–539. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr037>
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 1–101). New York: Wiley.
- Maliszewski, G., Gillette, M. D., Brown, C. & Cowden, J. D. (2017). Parental Feeding Style and Pediatric Obesity in Latino Families. *Hispanic Health Care International*, *15*(2), 65–70. doi:10.1177/1540415317707739
- Melis, Y. H. & Selcuk, B. (2018). Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding practices. *Appetite*, *120* (1), 491-499. doi: 10.1016/j.appet.2017.10.001
- Montiel, C. M. & López, R. L. (2017). Estilos parentales y su relación con la obesidad en niños de 2 a 8 años de edad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *8*(1), 11-20. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.006>
- NIDA. (1998). Like Other Drugs of Abuse, Nicotine Disrupts the Brain's Pleasure Circuit. Recuperado de <https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/1998/07/other-drugs-abuse-nicotine-disrupts-brains-pleasure-circuit> on 2020, June 5

- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*. Recuperado de https://www.who.int/childgrowth/training/b_midiendo.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2018). *Nutrición y salud*. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s04.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Sobrepeso y Obesidad Infantil*. Recuperado de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles?*. Recuperado de https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/
- Pai, H.-L. & Contento, I. (2014). Parental perceptions, feeding practices, feeding styles, and level of acculturation of Chinese Americans in relation to their school-age child's weight status. *Appetite*, 80, 174–182. doi: 10.1016/j.appet.2014.04.029
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30,241-256. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2674272>
- Power, T. G., Silva Garcia, K., Beck, A. D., Goodell, L. S., Johnson, S. L. & Hughes, S. O. (2018). Observed and self-reported assessments of caregivers' feeding styles: Variable- and person-centered approaches for examining relationships with children's eating behaviors. *Appetite*, 130, 174–183. doi: 10.1016/j.appet.2018.08.010
- Rom, O. & Reznick, A. Z. (2015). The Stress Reaction: A Historical Perspective. *Respiratory Contagion*, 1–4. doi:10.1007/5584_2015_195
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores

sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 141-157.

Sanabria, C., Arce, S. J. S., Sierra, O. J. D., Orlenis, M., & Gil, V. A. M. (2016).

Tabaquismo materno como un factor posiblemente implicado en el desarrollo de la obesidad infantil. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(6), 526-533. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000600013>

Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Sokol, R. L., Qin, B. & Poti, J. M. (2017). Parenting styles and body mass index: a systematic review of prospective studies among children. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18(3), 281–292. doi:10.1111/obr.12497

Shamah-Levy, T. T., Cuevas-Nasu, L., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., del Carmen Morales-Ruán, M., Hernández-Ávila, M., & Ángel Rivera-Dommarco, J. (2018). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública de México*, 60(3), 244–253. doi:

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8815>

Shankardass, K., McConnell, R., Jerrett, M., Lam, C., Wolch, J., Milam, J., ... Berhane, K. (2014). Parental stress increases body mass index trajectory in pre-adolescents. *Pediatric obesity*, 9(6), 435–442. doi:10.1111/j.2047-6310.2013.00208.x

Swyden, K., Sisson, S. B., Morris, A. S., Lora, K., Weedn, A. E., Copeland, K. A. & DeGrace, B. (2017). Association Between Maternal Stress, Work Status, Concern About Child Weight, and Restrictive Feeding Practices in Preschool Children. *Maternal and Child Health Journal*, 21(6), 1349–1357.

doi:10.1007/s10995-016-2239-y

- Tovar, A., Hennessy, E., Pirie, A., Must, A., Gute, D. M., Hyatt, R. R., ... Economos, C. D. (2012). Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9 (62), 2-8. doi:10.1186/1479-5868-9-62
- Tung, H. & Yeh, M. (2014). Parenting style and child-feeding behaviour in predicting children's weight status change in Taiwan. *Public Health Nutrition*, 17(5), 970-978. doi:10.1017/S1368980012005502
- UNICEF, México. (2016). *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>
- Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 5, 15. doi:10.1186/1479-5868-5-15
- Vera, J. A. & Peña, M. O. (2005). Desarrollo, estimulación y estrés de la crianza. *Apuntes de psicología*, 23(3), 305-319. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/100>
- Walton, K., Simpson, J. R., Darlington, G. & Haines, J. (2014). Parenting stress: a cross-sectional analysis of associations with childhood obesity, physical activity, and TV viewing. *BMC pediatrics*, 14, 244. doi:10.1186/1471-2431-14-244
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 479-492. doi:10.1007/bf00911103

Apéndices

Sexo: Femenino____ Masculino_____

Lugar de nacimiento _____
Municipio Estado

Número Total de hijos _____

Este hijo es:

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

 Otro cuál _____

Ingreso económico promedio familiar mensual _____

Apéndice B

Escala de Estrés Parental

Solicitar información a: monserrat.moralesaldc@uanl.edu.mx

Apéndice C

Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador

Solicitar información a: monserrat.moralesaldc@uanl.edu.mx

Apéndice D

Procedimiento para la Medición del Peso en el Preescolar

Equipo

Se recomienda pesar a los niños usando una báscula con las siguientes características:

- Sólidamente fabricada y durable
- Electrónica (lectura digital)
- Mediciones hasta 150 kg
- Mediciones a una precisión de 0.1 kg (100g)
- Permita la toma de pesos reprogramados (con función de tara)

Medición del peso

Explique a la madre las razones de pesar al niño y que el niño deberá pararse en la balanza y permanecer de pie sin moverse. Retire el exceso de ropa. Explique que es necesario que el niño se quite la ropa exterior a fin de obtener un peso exacto (un pañal húmedo, zapatos o pantalones de lona pesan más de 0.5 kg.).

Nota: Si en el caso de las niñas tienen trenzas o accesorios para el pelo que interferirán con la medición de la longitud/talla, quíteselos antes de la toma del peso para evitar retraso entre la toma de las mediciones. Es importante pasar rápidamente y sin titubeos de la báscula al infantómetro/tallímetro.

Asegúrese que la báscula sea colocada en una superficie plana, sólida y pareja. No debe colocarse sobre una superficie deslizante. Es aceptable colocarla sobre una alfombra firme que esté pegada sobre una superficie.

Pida a la madre que le ayude al niño a quitarse los zapatos y la ropa exterior. Explique al niño que es necesario que se pare sin moverse. Comuníquese con el niño amablemente en una forma que no lo asuste.

- Encienda la báscula y cuando aparezca el número 0.0, la báscula está lista.
- Pida al niño que se pare en el centro de la báscula con los pies ligeramente separados

(sobre la huella de pies, si es que la báscula ha sido marcada) y que se mantenga sin moverse hasta que el peso aparece en el mostrador.

- Registre el peso del niño hasta el 0.1 kg. más cercano.

Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño, Ginebra, OMS, 2008.

Apéndice E

Procedimiento para la Medición de Talla en el Preescolar

Equipo

Para medir la talla use un tallímetro (una tabla de medición de talla) montada en un ángulo recto entre el nivel del piso contra una superficie vertical recta como una pared o un pilar.

Medición de talla

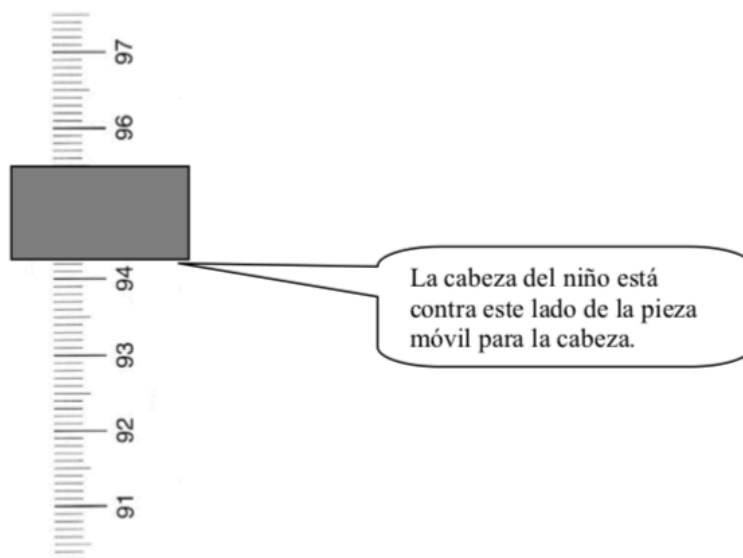
Prepárese para medir la talla inmediatamente después de la toma de peso. Asegúrese que se le ha quitado al niño los zapatos, medias y los accesorios para el pelo. Deshaga las trenzas si éstas interfieren con la medición de la talla. Durante la medición de la talla, es necesario que la madre colabore con la toma de mediciones y para mantener al niño tranquilo y cómodo. Explique a la madre las razones para la toma de mediciones y los pasos a seguir en el procedimiento de la medición. Responda las preguntas que la madre pueda tener. Explique y demuéstrele la forma en que puede ayudarlo. Explíquele que es necesario mantener al niño sin moverse y calmado para obtener una buena medición.

Ayude al niño a pararse en la base del tallímetro con los pies ligeramente separados. La parte de atrás de la cabeza, omóplato, glúteos, pantorrillas, talón deben tocar la tabla vertical. Este alineamiento puede ser imposible en caso de un niño obeso, en este caso, ayude al niño a pararse en la base del tallímetro con uno o más puntos de contacto con la tabla. El tronco debe estar balanceado sobre la cintura, es decir, no debe estar inclinado hacia atrás o adelante.

- Pídale a la madre que sujete las rodillas y los tobillos para ayudar a mantener las piernas estiradas y los pies planos, con talones y pantorrillas tocando la tabla vertical. Pídale que capte la atención del niño, que lo mantenga tranquilo mientras sea necesario y que le avise si el niño cambia de posición.
- Posicione la cabeza del niño de manera de que una línea horizontal desde el conducto

auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla vertical. Sujete la barbilla del niño entre el espacio que se forma entre su dedo pulgar y el índice, para mantener la cabeza del niño en esta posición.

- Si es necesario, presione suavemente el estómago del niño para ayudarlo al niño a pararse erguido hasta alcanzar su máxima talla.
- Mientras mantiene la cabeza en esta posición, use su otra mano para empujar la pieza móvil para la cabeza hasta que se apoye firmemente sobre la cabeza y presione el pelo.
- Lea la medición y registre en las Notas de Visita del Registro del Crecimiento la talla del niño en centímetros hasta el último 0.1 cm completado. El cual es la última línea que usted es capaz de ver. (0.1 cm = 1 mm). Lea las cintas de medición abajo y registre las mediciones hasta el 0.1 cm. más cercano.



Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño, Ginebra, OMS, 2008.

Apéndice F
Cédula de Registro de Datos Antropométricos

No. de Cuestionario _____

Del hijo

Peso (kg) _____

Talla (cm) _____

IMC _____

Fecha en la que se realizan las mediciones

Día _____ Mes _____ Año _____

Apéndice G

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO PARA PADRES

Título de proyecto: Estrés de la crianza, Estilos Maternos de Alimentación Infantil e Índice de Masa Corporal del Hijo Preescolar

Autores/Estudiantes: Lic. Monserrat Morales Alducin

Director de Tesis: Dra. Yolanda Flores Peña

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación con fines científicos para obtener el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es conocer factores de la madre que puedan causar desajustes en el crecimiento normal de su hijo, la información obtenida aumentará el conocimiento sobre aspectos poco conocidos afectan el peso y talla de su hijo. El estudio se está realizando Instituciones de Educación Preescolar del municipio de Monterrey, N.L.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar y que su hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. **A usted.** Le haremos algunas preguntas acerca de los hábitos de alimentación, cómo es la relación con su hijo, así como cuestiones generales acerca de su hijo(a) por ejemplo, grado, grupo, edad y fecha de nacimiento. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 20 minutos. Se solicitará en los cuestionarios que coloque su nombre y el de su hijo con el fin de identificar posteriormente a su hijo para las mediciones, asegurando que sus datos personales serán manejados con confidencialidad y únicamente por los investigadores responsables.
2. **A su hijo(a).** Se le realizarán mediciones de peso y talla, las cuales serán realizadas por personal capacitado.

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), a usted, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Beneficios: Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando para conocer mejor los factores que contribuyen al peso y talla de los niños preescolares de Monterrey, N.L.

Compromisos del Investigador: Usted cuenta con la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el (la) autor(a) principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro

propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan a usted y a su hijo en esta institución.

En caso de que desee contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico:

investigación.faen@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)

La Lic. Monserrat Morales Alducin, investigador principal del proyecto, me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, y me ha dejado saber que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma: _____

Fecha:

Relación con el menor participante _____

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Relación con el participante _____

Firma del Testigo 2:

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Relación con el participante _____

Fecha:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Día / Mes / Año

Apéndice H

Asentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Estrés de la crianza, Estilos Maternos de Alimentación Infantil e Índice de Masa Corporal del Hijo Preescolar
Autores: Lic. Monserrat Morales Alducin
Director de Tesis: Dra. Yolanda Flores Peña

Mi nombre es Monserrat Morales Alducin soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Actualmente se está realizando un estudio para conocer el crecimiento nutricional de los niños, quiero conocer cuánto pesan y miden los niños como tú y para ello queremos pedirte que participes.

Tu participación en el estudio consistiría en:

1. Subir a una báscula para conocer tu peso y tu estatura.
2. Retiraras tus zapatos y accesorios que puedan incrementar tu peso o tu estatura.
3. Subirás a la báscula y debes mantenerte quieto mientras te pesamos y medimos.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aún cuando alguno de tus padres haya dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema y será tu decisión continuar el estudio.

Todas las mediciones que se realicen nos ayudarán a conocer el estado de peso y talla actual de los niños de tu edad que asisten a escuelas en esta área (municipio de Monterrey, N.L.).

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus resultados de mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de ____.

Firma del Testigo 1:

Dirección

Fecha:

Día / Mes / Año

Relación con el participante _____

Firma del Testigo 2:

Dirección

Relación con el participante _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

MONSERRAT MORALES ALDUCIN

- Tesis:** ESTRÉS DE LA CRIANZA, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL HIJO PREESCOLAR
- LGAC:** Cuidado a la Salud en Riesgo de Desarrollar Estados Crónicos en Grupos Vulnerables
- Biografía:** Nacida en Córdoba en el estado de Veracruz, el 11 de noviembre del año 1994, hija de la Señora Josefina Alducin Sánchez y el señor Moises Morales Hernández.
- Educación:** Egresada de la Universidad de las Américas Puebla con el grado de Licenciada en Enfermería perteneciente a la generación 2013-2018. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Experiencia profesional:**
- Pasante de Licenciatura en Enfermería en el Hospital General Zona Norte de Puebla durante el periodo 2017-2018. Estancia académica de investigación en la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León 2017 y en la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas 2018.
- E-mail:** monserrat.moralesan@udlap.mx