

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



“ESTILOS DE CRIANZA PARENTAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL NORESTE DEL PAÍS”

POR

DRA. KATIA YANETH MEDINA SANTOS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA**

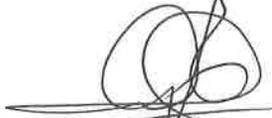
ENERO, 2025

“ESTILOS DE CRIANZA PARENTAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL NORESTE DEL PAÍS”

Aprobación de la tesis:



Dra. med. Consuelo Treviño Garza
Director de la tesis



Dra. med. Idalia Aracely Cura Esquivel
Coordinador de Enseñanza



Dr. Fernando García Rodríguez
Coordinador de Investigación



Dr. med. Fernando Félix Montes Tapia
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A mi madre, que con su arduo esfuerzo me brindó la oportunidad de una educación universitaria y me impulsó a continuar mis estudios en todo momento.

A mis hermanos, quienes han sido mis compañeros de aventuras.

A mi futuro esposo, Mauricio Arteaga, quien me ha apoyado en todo momento de manera incondicional y me ha alentado a dar mi mejor versión en todos los aspectos.

A las 14 hermanas que me regaló la residencia, en especial a Jocelyn, por darme la mano en todo momento y no dejarme caer.

A mis maestros, en especial al Dr. Jesús Eduardo Treviño Alvarado, por ser mi mentor y ejemplo por seguir en el área de Neumología Pediátrica.

Al Dr. Jorge Alberto Cantú Hernández quien, con sus conocimientos en materia de investigación, me orientó en la realización de este estudio.

A los padres de mis pacientes, quienes me confiaron lo más valioso de su vida.

A mis pequeños pacientes, quienes me permitieron aprender de ellos, no solo en el ámbito médico.

A mi casa, el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, quien me brindó las herramientas para concluir satisfactoriamente mi formación académica de posgrado.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN	7
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	9
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS	14
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS	15
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS	17
Capítulo VI	
6. RESULTADOS	24
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN	28
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN	31
Capítulo IX	
9. BIBLIOGRAFÍA	32
Capítulo X	
10. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Página
Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de 390 pacientes clasificados con base en el estilo de crianza parental.	26
Tabla 2. Coeficientes de correlación entre IMC y estilos de crianza.	27
Tabla 3. Modelo de regresión logística múltiple para la predicción de sobrepeso/obesidad infantil en 390 niños que fueron evaluados según el estilo de crianza parental.	27

LISTA DE ABREVIATURAS

IMC: Índice de masa corporal

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

1. Resumen

Antecedentes y objetivo. El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema de salud pública y una pandemia a nivel mundial, siendo de etiología multifactorial, en donde se ven involucrados los estilos de crianza parental. Nuestro país no es la excepción: las encuestas recientes demuestran un alza en la prevalencia en los últimos años. Históricamente, Baumrind describió tres estilos de crianza parental: autoritario, autoritativo y permisivo; diversos estudios han encontrado relación entre estos y el riesgo de desarrollar obesidad o sobrepeso.

Debido a que en nuestro medio no se conoce el estilo de crianza prevalente, se realizó este estudio con la finalidad de observar la relación existente entre este y el IMC en la población pediátrica del hospital para poder diseñar futuras estrategias de educación orientadas a las familias de los pacientes.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, prospectivo y comparativo mediante la aplicación de una encuesta electrónica a los padres de pacientes de entre 2 y 16 años que acudieron a la consulta externa de pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL, durante el periodo de julio del 2023 a octubre 2024 que cumplieron con los criterios de inclusión. Dicha encuesta incluyó el Cuestionario de Dimensión y Estilos de Crianza de Robinson y colaboradores.

Resultados. Se incluyeron 390 pacientes, el 55.1% fueron varones, con una mediana (IQR) de edad de 8 (4-13) años. El 49.8% presentaban algún tipo de alteración patológica del IMC, ya fuera peso bajo (n=52; 13.3%) o sobrepeso/obesidad (n=142; 36.3%). El 83% reportó el rol de cuidador principal

por la madre con un IMC en sobrepeso/obesidad en el 43.8%. El estilo de crianza predominante en este estudio fue el Autoritativo (n=377; 96.6%). No hubo diferencias significativas en las variables demográficas y basales de los pacientes al comparar por estilos de crianza. Los estilos de crianza permisivo y autoritario mostraron una correlación significativa, de grado débil, con el índice de masa corporal de los pacientes (Autoritario $p=0.121$; Permisivo $p=0.110$; $p<.05$ en ambos). El modelo de regresión logística multivariable mostró una ausencia de relación significativa entre el estilo de crianza y la presencia de sobrepeso/obesidad en el paciente (estilos Autoritario y Permisivo, respectivamente, tomando como referencia el estilo Autoritativo, OR[IC95%]: 0.94 [0.46-1.93], $p=.87$; 0.71 [0.31-1.63], $p=.42$). En un análisis exploratorio de la fiabilidad y la consistencia interna de la escala utilizada se utilizó el test α de Cronbach, obteniendo un coeficiente 0.842.

Conclusiones. El estudio proporciona información importante sobre el estilo de crianza predominante en los pacientes que acuden a la consulta externa de un hospital de tercer nivel, así como sus asociaciones con otros factores clínicos y sociodemográficos. Sin embargo, se requieren ajustar las herramientas para evaluar dichas asociaciones, con la finalidad de lograr los objetivos de diseñar y ejecutar estrategias preventivas de sobrepeso y obesidad infantil.

Palabras clave

Estilos de crianza parental, Sobrepeso, Obesidad, Índice de masa corporal, Cuidador principal, Ingreso económico.

2. Introducción

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades crónicas, multifactoriales y prevenibles que constituyen un problema de salud pública y una pandemia a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

En la población pediátrica el parámetro utilizado para el diagnóstico es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se obtiene del cociente del peso en kilogramos sobre la talla en metros al cuadrado y debe formar parte de toda evaluación y consulta pediátrica en niños mayores de 2 años. Al tratarse de una población especial, los puntos de corte se basan en percentiles. La definición de sobrepeso es aquel IMC que se localiza igual o por encima del percentil 85 y obesidad igual o mayor al percentil 95. ¹

Las enfermedades asociadas con el sobrepeso y la obesidad infantil son las primeras causas de morbilidad y mortalidad en México y el mundo, por ejemplo, la diabetes mellitus, hipertensión arterial, retinopatía diabética, e infarto agudo al miocardio, por mencionar algunas. ² Además, las complicaciones van más allá de la salud física, involucra aspectos psicológicos en donde los niños sufren acoso escolar con depresión y baja autoestima como consecuencia. ³

Como se mencionó anteriormente, el sobrepeso y la obesidad son padecimientos multifactoriales. Involucran patrones genéticos, hábitos alimenticios, sedentarismo, educación y estilos de crianza; éstos últimos han sido relacionados directamente con los hábitos de ingesta alimentaria y actividad física.

La familia es el ambiente en el cual los niños aprenden a desarrollarse y formar conductas, hábitos y seguir patrones; es por esto por lo que los padres de familia juegan un rol crítico en la formación de hábitos alimenticios, actividad física y estilo de vida. ²

Antecedentes

Históricamente, Baumrind describió 3 tipos de crianza parental ⁴: autoritario, autoritativo y permisivo basándose en el balance entre disciplina y comunicación existente entre los padres o cuidadores principales y los menores. Los padres autoritarios son aquellos que la balanza se inclina hacia la disciplina y existe poca o nula comunicación, el estilo de crianza autoritativo se caracteriza por un balance entre disciplina y comunicación, y, por último, el estilo permisivo son padres que se inclinan más por la comunicación, dejando de lado la parte disciplinaria.

A raíz de esta descripción, se han realizado diversos estudios sobre el tema, los cuales han relacionado los estilos de crianza parental con la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

En el estudio publicado por Corey Selland y colaboradores se encontró que las niñas con padres autoritarios tenían un IMC más bajo en comparación con las niñas con padres no autoritarios o permisivos. ⁵ Este resultado apoya la idea de que los padres autoritarios crean un entorno propicio para lograr un IMC favorable y deseado para sus hijos, además, demuestra que el estilo de crianza forma parte de una serie de factores importantes en el desarrollo de obesidad o sobrepeso infantil.

En el 2015, Lisa Kakinami y sus colaboradores también se encontraron asociaciones similares, agregando factores socioeconómicos y sociodemográficos. Demostraron que los hogares con recursos económicos limitados tendían a contar con cifras de sobrepeso y obesidad más elevadas, independientemente del estilo de crianza que predominara en dicho hogar. ⁶ Este resultado abre la puerta a que las investigaciones en este rubro deben incluir, no solo el estilo de crianza, sino otros factores que pueden o no contribuir al aumento del IMC en la población pediátrica, para realizar mejores intervenciones de prevención en la sociedad.

Burke y colaboradores, estudiaron en el 2019 hogares de escasos recursos económicos y hogares inseguros en donde encontraron que los padres con estilo de crianza autoritario y autoritativo contaban con una calidad dietética mejor que aquellos padres permisivos. ⁷

En el 2020, Allison Kiefner y Nova Hinman describieron que los hogares con estilos de crianza autoritarios y autoritativos contaban con hábitos alimenticios y de estilo de vida más saludable que aquellos hogares con padres permisivos. Además, incluyeron otros factores como el sexo del cuidador principal, el ingreso y situación socioeconómica y el origen étnico; encontrando asociación entre estos, el estilo de crianza, hábitos alimenticios e IMC de los niños. ² Estos hallazgos apoyan la idea de que los hogares con estilos de crianza autoritarios y autoritativos propician un entorno para un IMC y hábitos de vida más saludables.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 1 de cada 20 niños menores de 5 años padecen obesidad. ⁸ Lamentablemente, nuestro país

forma parte de dicha cifra estadística. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2020 estimó una prevalencia de sobrepeso y obesidad en el 8.4% de niños menores de 5 años, así como 19.6% y 18.6%, respectivamente, en mayores de 5 años, porcentajes que han ido al alza en los últimos años, en donde la pandemia por SARS-COV 2 jugó un papel crucial. ⁹

Como se ha demostrado en diversos estudios, las comorbilidades que aquejan a los niños con sobrepeso u obesidad van más allá de la salud física y metabólica. Involucran padecimientos como ansiedad, depresión, con riesgo aumentado a largo plazo de suicidio o intento del mismo.

En el presente año (2024), Lilibian Carrillo y sus colaboradores, demostraron que, en la población mexicana, los padres con estilo de crianza autoritario lograron la normalidad en el estado nutricional de sus hijos, así como la asociación entre los padres permisivos y el desarrollo de obesidad infantil. ¹⁰

Debido a que en nuestro medio no conocemos el estilo de crianza prevalente, se realizó este estudio con la finalidad de observar la relación existente entre este y el IMC en la población pediátrica del hospital, incluyendo factores sociodemográficos, para diseñar futuras estrategias de educación preventiva orientadas a las familias de los pacientes.

Justificación

En la actualidad, contamos con muchos estudios que demuestran la asociación directa entre los estilos de crianza parental y la presencia de sobrepeso u obesidad en la población pediátrica. Algunos de ellos han concluido que esto depende de otros factores, tales como quién es el cuidador principal, el ingreso

económico de la familia, número de hijos, ocupación de los padres, madres o padres solteros, etc. Por otro lado, otros estudios han demostrado que el IMC puede no verse afectado en aquellos pacientes más pequeños, sino en la etapa escolar o adolescente.

A pesar de que es un tema de mucho interés y alta prevalencia en nuestro país, en América Latina se cuenta con un número limitado de estudios que evalúen estas asociaciones. Por esta razón, este estudio se centró en el análisis del estilo de crianza parental y factores sociodemográficos con la finalidad de encontrar asociaciones en las cuales se pueda intervenir como personal de la salud en la prevención de sobrepeso y obesidad infantil.

3. Hipótesis

Hipótesis nula: No existe relación entre el estilo de crianza parental y el diagnóstico de sobrepeso u obesidad infantil en la población pediátrica que acude a la consulta externa de pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Hipótesis alterna: Existe relación entre el estilo de crianza parental y el diagnóstico de sobrepeso u obesidad infantil en la población pediátrica que acude a la consulta externa de pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Pregunta de investigación

¿El estilo de crianza parental tiene efecto en la presencia de sobrepeso y obesidad infantil en los pacientes pediátricos que acuden a la consulta externa del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”?

4. Objetivos

Objetivo general

Evaluar si existe asociación entre el estilo de crianza parental y el sobrepeso u obesidad infantil en la población pediátrica que acude a la consulta externa de pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Objetivos específicos

- Conocer el estilo de crianza parental prevalente en la población pediátrica que acude a la consulta externa de pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.
- Evaluar si existe asociación entre el estilo de crianza parental y el ingreso económico mensual total.
- Evaluar si existe asociación entre el estilo de crianza parental y la escolaridad de los padres.
- Evaluar si existe asociación entre el estilo de crianza parental y quién es el cuidador principal.
- Evaluar si existe asociación entre el estilo de crianza parental y el IMC del cuidador principal.
- Evaluar si existe asociación entre el estilo de crianza parental y el estado civil de los padres.
- Evaluar si existe diferencia en el estilo de crianza parental con relación al grupo etario.

- Evaluar si existe asociación entre el estilo de crianza parental y el número de integrantes que conforman a la familia.
- Evaluar si existe asociación entre el estilo de crianza parental y la posición numérica del pediátrico dentro de sus hermanos.

5. Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y comparativo mediante la aplicación de una encuesta electrónica que, además de incluir datos sociodemográficos del paciente y su familia, incluía el Cuestionario de Dimensión y Estilos de Crianza de Robinson y colaboradores a los padres de pacientes de entre 2 y 16 años que acudieron a la consulta externa de pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL, durante el periodo de julio del 2023 a octubre 2024, que cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio.

Criterios de inclusión

- Padres de pacientes de entre 2 y 16 años que acepten participar en el estudio y contesten la encuesta
- Padres de pacientes de entre 2 y 16 años que hablen español.

Criterios de exclusión

- Padres de pacientes de entre 2 y 16 años que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes fuera del rango de edad de entre 2 y 16 años.
- Pacientes con comorbilidades que afecten la crianza.
- Pacientes que utilicen medicamentos que favorezcan la ganancia de peso.
- Pacientes con síndromes genéticos asociados a obesidad.

- Padres de pacientes de entre 2 y 16 años que hablen un idioma distinto al español.

Criterios de eliminación

- Cuestionario incompleto o con falta de información.

Tamaño de muestra

Se utilizó la fórmula de estimación de una proporción en una población infinita con una proporción esperada del 50% ($p=0.5$). Se basó el cálculo en el artículo publicado por Kakinami et. al. (2015). Se buscó el tamaño de muestra mínimo máximo debido a la intención de realizar un análisis por subgrupos y, por ende, se necesita un gran tamaño de muestra para un adecuado análisis estadístico. Se usó un nivel de significancia a dos colas de 0.05, un poder del 97.5%, precisión de 0.05 e intervalo de confianza de 95%. El tamaño mínimo de muestra resultante fue de 384.16, redondeando a 385 sujetos.

Procedimientos

A los padres de pacientes de entre 2 y 16 años que acudieron a la consulta externa de Pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” y cumplieron los criterios de inclusión se les aplicó una encuesta en formato digital en Google Forms que incluía el Cuestionario de Dimensión y Estilos de Crianza de Robinson y colaboradores, la cual cuenta con 62 preguntas de opción múltiple (nunca, de vez en cuando, casi la mitad del tiempo, muy seguido y siempre) otorgando una puntuación del 0 al 4, respectivamente. Cada pregunta forma

parte de un estilo de crianza, con lo cual se obtuvo un promedio, el más alto correspondiendo al estilo de crianza parental predominante.

Además, se incluyeron los siguientes datos:

- Iniciales del paciente y número de registro, con la finalidad de evitar datos duplicados.
- Peso y talla del pediátrico, los cuales fueron registrados por el personal de enfermería al arribo del paciente a la consulta.
- Edad del pediátrico.
- Ingreso económico mensual total.
- Último grado académico concluido de ambos padres.
- Cuidador principal del pediátrico.
- Peso y talla del cuidador principal, los cuales fueron registrados por el personal de enfermería al arribo a la consulta.
- Estado civil de los padres.
- Número de integrantes que conforman la familia del pediátrico.
- Posición numérica que ocupa el pediátrico dentro de sus hermanos.

En la base de datos en formato Excel, que fue arrojada de manera automática por el formulario digital, se agregaron las siguientes columnas:

- Índice de masa corporal del pediátrico, el cual fue calculado de manera automática mediante la fórmula descrita anteriormente.
- Percentil del IMC del pediátrico basado en la CDC.
- Clasificación del IMC del pediátrico según la CDC.

- Estilo de crianza parental, el cual fue arrojado de manera automática según los resultados del Cuestionario de Dimensión y Estilos de Crianza de Robinson y colaboradores.
- Grupo etario del pediátrico.
- Índice de masa corporal del cuidador principal, el cual fue calculado de manera automática mediante la fórmula descrita anteriormente
- Clasificación del IMC del cuidador principal, según la OMS.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables demográficas de los pacientes mediante frecuencias y porcentajes para variables cualitativas; las variables cuantitativas fueron expresadas mediante medidas de tendencia central y dispersión, con previa evaluación de la distribución de éstas últimas con las pruebas estadísticas adecuadas (Kolmogorov-Smirnov). El análisis inferencial se llevó a cabo en distintas fases, a saber:

Análisis univariable (Tabla 1), en el cual se examinaron las diferencias, en cuanto a proporciones y tendencias, dentro de las variables demográficas y basales entre cada uno de los grupos poblaciones (establecidos según los resultados de la herramienta de evaluación de estilos de crianza), utilizando las pruebas de χ^2 (chi cuadrada), con o sin el uso adjunto del test exacto de Fisher (según conviniera), para la comparación de proporciones relativas a variables cualitativas, test ANOVA para la comparación de variables cuantitativas cuya distribución fuera paramétrica, y el test Kruskal-Wallis en caso de éste último de

tipo de variables en caso de que éstas presentaran una distribución no paramétrica.

Matriz de correlación (Tabla 2), para el análisis de la existencia de tendencias significativas entre el IMC, tanto del paciente como del cuidador principal y el nivel de cada rasgo de estilo de crianza.

Construcción y ejecución de modelo multivariable (Tabla 3), con el propósito de predecir la presencia de sobrepeso u obesidad en el paciente. Dicho modelo incluyó, además del principal factor a evaluar (clasificación de estilo de crianza), aquellas variables demográficas con cualquiera de las siguientes justificaciones: (1) un nivel aceptable de significancia estadística ($p \leq 0.1$) en el análisis univariable, (2) la presencia de literatura previa que haya señalado dicha variable como un factor significativo, o (3) por disposición de un profesor experto en el tema. Por motivo de tratarse de desenlaces que son observados al momento de la consulta (y no se realiza seguimiento a dichos desenlaces), se seleccionó el Odd's Ratio (OR) como el tamaño de efecto utilizado. Con la intención de analizar la fiabilidad y la consistencia interna de la escala utilizada, así como su aplicación en la población seleccionada, se utilizó la prueba α de Cronbach. El análisis estadístico fue realizado utilizando el software IBM® SPSS V27.

Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adaptada por 52a Asamblea General, en Edimburgo, Escocia en el año 2000 en su Artículo 11, considerando también el artículo 13, el 15 y las últimas enmiendas de la declaración; que señalan que la investigación

debe basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico, se revisó cuidadosamente la bibliografía para redactar los antecedentes y la metodología del proyecto.

Esta investigación, de acuerdo con el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud" en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, se consideró como sin riesgo/riesgo mínimo debido a que no se realizó intervención alguna en los participantes.

El estudio se ajustó a las Normas Institucionales en Materia de Investigación Científica, y previo a su desarrollo, fue enviado para su evaluación y posteriormente aprobado por el Comité de Ética y Comité de Investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la U.A.N.L.

El estudio dio inicio con la aprobación de los comités involucrados. La información recabada se almacenó en una nube (Google Drive) la cual se vinculó al correo electrónico del investigador principal y tesista, contando con contraseña segura. Solo los involucrados tuvieron acceso a dicha nube, de manera que la información contenida estuvo bajo resguardo y ninguna persona ajena al estudio tuvo acceso. La información de los pacientes se identificó mediante iniciales y número de registro, este último con la única finalidad de evitar información duplicada. La información obtenida se utilizó con fines exclusivos de investigación.

Este estudio no otorgó ningún tipo beneficio, ganancia financiera o comercial a los sujetos de investigación ni a los investigadores, quienes declararon no tener conflicto de interés. Sin embargo, proporcionó a la población un beneficio

indirecto a través de la generación de conocimiento que ayudó a comprender mejor las asociaciones objetivo y contribuirá a diseñar estrategias de educación preventiva orientadas a las familias de los pacientes.

6. Resultados

Se incluyó un total de 390 pacientes, de los cuales 215 (55.1%) fueron varones, con una mediana (IQR) de edad de 8 (4-13) años. Se tuvo cuidado de mantener la distribución de grupos etarios, de manera que se incluyó la misma cantidad de pacientes pertenecientes a los grupos de preescolar, escolar y adolescente (n=130 cada uno). Al momento de la consulta, aproximadamente la mitad de los pacientes (49.8%) presentaban algún tipo de alteración patológica del índice de masa corporal, ya fuera peso bajo (n=52; 13.3%) o sobrepeso/obesidad (n=142; 36.3%). Tres de cada cuatro cuidadores principales (n=296, 75.8%) presentaron sobrepeso/obesidad. El rol de cuidador principal fue principalmente representado por la madre (n=324; 83%). En su gran mayoría, el estilo de crianza predominante dentro de la muestra estudiada fue el Autoritativo (n=377; 96.6%). El perfil educativo de los cuidadores principales mostró una educación media superior/superior en más del 50%, tanto en la madre como en el padre (n=200, 51.2%, y n=198, 50.7%, respectivamente).

Análisis univariable

No se encontraron diferencias significativas en las variables demográficas y basales de los pacientes ni de sus cuidadores principales, al compararlas por estilos de crianza.

Matriz de correlación

El grado de presencia de estilos de crianza menos estrictos al autoritativo mostraron una correlación significativa, de grado débil, con el índice de masa corporal de los pacientes (Autoritario $p=0.121$; Permisivo $p=0.110$; $p<.05$ en ambos).

Modelo multivariable

El modelo de regresión logística multivariable, el cuál fue diseñado con base en los hallazgos obtenidos en el análisis univariable, así como en el conocimiento del investigador principal, mostró una ausencia de relación asociativa significativa entre el estilo de crianza y la presencia de sobrepeso/obesidad en el paciente (OR[IC95%] 0.94 [0.46-1.93], $p=0.87$; 0.71 [0.31-1.63], $p=0.42$; estilos Autoritario y Permisivo, respectivamente, tomando como referencia el estilo Autoritativo).

El coeficiente obtenido mediante la prueba α de Cronbach fue de 0.842, indicando una consistencia interna aceptable de la escala.

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de 390 pacientes clasificados con base en el estilo de crianza parental.

	Total (n=390)	Estilos de crianza			p
		Autoritativo (n=377)	Autoritario (n=12)	Permisivo (n=1)	
Paciente					
Sexo					
Masculino	215 (55.1)	207 (54.9)	7 (58.3)	1 (100)	1.000
Femenino	175 (44.8)	170 (45.1)	5 (41.7)	0 (0)	
Grupo etario					
Preescolar	130 (33.3)	126 (33.4)	4 (33.3)	0 (0)	
Escolar	130 (33.3)	128 (33.9)	1 (8.3)	1 (100)	
Adolescente	130 (33.3)	123 (32.6)	7 (58.3)	0 (100)	
Clasificación de IMC					
Peso bajo	52 (13.3)	48 (12.7)	2 (16.7)	0 (0)	0.900
Normal	196 (50.2)	191 (50.7)	5 (41.7)	1 (100)	
Sobrepeso	62 (15.8)	61 (16.2)	2 (16.7)	0 (0)	
Obesidad	80 (20.5)	77 (20.4)	3 (25)	0 (0)	
Padres del paciente					
Escolaridad de la madre					
Analfabeta	2 (0.5)	2 (0.5)	0 (0)	0 (0)	0.370
Básica	188 (48.2)	180 (47.7)	8 (66.7)	0 (0)	
Media superior	143 (36.6)	141 (37.4)	2 (16.7)	0 (0)	
Superior	57 (14.6)	54 (14.4)	2 (16.7)	1 (100)	
Escolaridad del padre					
Analfabeta	7 (1.7)	7 (1.9)	0 (0)	0 (0)	0.530
Básica	185 (47.4)	177 (46.9)	8 (66.7)	0 (0)	
Media superior	146 (37.4)	142 (37.6)	3 (25)	1 (100)	
Superior	52 (13.3)	51 (13.5)	1 (8.3)	0 (0)	
Cuidador principal					
Madre	324 (83)	312 (82.8)	11 (91.7)	1 (100)	1.000
Padre	37 (9.4)	36 (9.5)	1 (8.3)	0 (0)	
Otro	29 (7.4)	29 (7.7)	0 (0)	0 (0)	
Clasificación de IMC del cuidador principal					
Normal	94 (24.1)	88 (23.3)	6 (50)	0 (0)	0.130
Sobrepeso	125 (32)	122 (32.4)	2 (16.7)	1 (100)	
Obesidad	171 (43.8)	167 (44.3)	4 (33.3)	0 (0)	
Familia					
Estado civil de los padres					
Soltero	23 (5.8)	23 (6.1)	0 (0)	0 (0)	0.300
Unión libre	140 (35.8)	133 (35.2)	7 (58.3)	0 (0)	
Casado	187 (47.9)	182 (48.2)	5 (41.6)	0 (0)	
Divorciado/separado	37 (9.4)	36 (9.5)	0 (0)	1 (100)	
Viudo	3 (0.7)	3 (0.7)	0 (0)	0 (0)	

Ingreso económico mensual					
Menor a 4 mil pesos	112 (28.7)	108 (28.6)	4 (33.3)	0 (0)	0.980
4-9 mil pesos	161 (41.2)	155 (41.1)	5 (41.6)	1 (100)	
9-18 mil pesos	80 (20.5)	78 (20.6)	2 (16.6)	0 (0)	
18-40 mil pesos	25 (6.4)	24 (6.3)	1 (8.3)	0 (0)	
40-50 mil pesos	8 (2)	8 (2.1)	0 (0)	0 (0)	
Más de 50 mil pesos	4 (1)	4 (1)	0 (0)	0 (0)	
Número de integrantes que conforman la familia					
1-4	228 (58.4)	221 (58.6)	7 (58.3)	0 (0)	0.640
5-9	161 (41.2)	155 (41.1)	5 (41.6)	1 (100)	
10 o más	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	
Número de hijo					
Primogénito	171 (43.8)	165 (43.7)	6 (50)	0 (0)	0.040
Segundo	140 (35.8)	138 (36.6)	2 (16.6)	0 (0)	
Tercero	52 (13.3)	48 (12.7)	4 (33.3)	0 (0)	
Cuarto o más	27 (6.9)	26 (6.8)	0 (0)	1 (100)	

Tabla 2. Coeficientes de correlación entre IMC y estilos de crianza

Índice de Masa Corporal	Estilos de crianza		
	Autoritativo	Autoritario	Permisivo
Paciente	-.052	.121*	.110*
Cuidador	-.011	-.007	-.035

* $p < .05$

Tabla 3. Modelo de regresión logística múltiple para la predicción de sobrepeso/obesidad infantil en 390 niños que fueron evaluados según el estilo de crianza parental.

	OR (IC 95%)	p
Sexo masculino	1.06 (0.70-1.62)	0.750
Edad	1.05 (1.00-1.10)	0.030
Cuidador principal		
Mamá	-	-
Papá	1.21 (0.37-3.99)	0.740
Otro	-	-
Cuidador principal con IMC \geq 24	1.28 (0.77-2.11)	0.320
Posición familiar	1.04 (0.82-1.33)	0.690
Método de crianza		
Autoritativo	-	-
Autoritario	0.94 (0.46-1.93)	0.870
Permisivo	0.71 (0.31-1.63)	0.420

7. Discusión

El sobrepeso y la obesidad infantil en México y el mundo, representan un problema de salud pública al tratarse de enfermedades crónicas y multifactoriales, además de asociarse a las principales causas de morbimortalidad, por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, retinopatía diabética e infarto agudo al miocardio, por mencionar algunos ejemplos. Al tratarse de enfermedades multifactoriales, se ha hecho un gran esfuerzo en el estudio y comprensión de asociaciones, tal es el caso de los estilos de crianza parental. Se conoce que la familia es el ambiente en el cual los infantes aprenden a formar hábitos, la mayoría de las veces siguiendo un patrón dictado por los padres o cuidadores principales. ^{2,3}

El presente estudio se enfocó en analizar y buscar, principalmente, asociación entre el estilo de crianza parental y el diagnóstico de sobrepeso u obesidad infantil en una muestra de población que acude a la consulta de pediatría general en un hospital de tercer nivel. De forma secundaria, se buscaron asociaciones entre los estilos de crianza parental y variables sociodemográficas.

En estudios previamente publicados, por ejemplo, el de Lisa Kakinami en el 2015, se encontró que las familias con recursos económicos limitados tendían a mayores índices de sobrepeso u obesidad, independientemente del estilo de crianza predominante. ⁶ En el presente estudio, se confirmó que en los hogares con ingreso mensual bajo (4-9 mil pesos mexicanos), la mayoría de los padres o cuidadores principales tenían un diagnóstico de sobrepeso u obesidad por IMC. No obstante, no se encontró relación entre dicha variable y el IMC del pediátrico.

Por otro lado, en el 2019, Burke y colaboradores encontraron que aquellos padres con estilos de crianza diferentes al permisivo tenían mejor calidad dietética, reflejada en el IMC de sus hijos.⁷ En este estudio, se encontró asociación entre el estilo de crianza permisivo y el IMC de los pediátricos, consistente con los hallazgos publicados por Burke, así como por Corey Selland en el año 2021.

Asimismo, fue consistente con lo publicado recientemente en México por Liliana Carrillo en el 2024, quien demostró que los padres permisivos contaban con diagnóstico de obesidad en sus hijos. Sin embargo, en dicha publicación predominó el estilo de crianza permisivo (hasta el 70% de los padres estudiados)¹⁰, a diferencia de este estudio, en donde predominaron los padres autoritativos.

El trasfondo de este hallazgo puede tener varias explicaciones, las cuales fueron las principales limitantes del estudio. La primera es que el cuestionario aplicado cuenta con 62 preguntas de opción múltiple, amplio en extensión para llevarse a cabo en la sala de espera de una consulta externa. Además, algunas interrogantes se asocian a situaciones de violencia física o mental hacia el pediátrico, lo que pudo despertar miedo por parte del cuidador principal a enfrentarse a posibles consecuencias.

Los hallazgos por destacar de este estudio es que casi la mitad de los pediátricos presentaron una alteración en el IMC (49.8%), de los cuales, el 20% fue representado por el diagnóstico de obesidad. Asimismo, la mayoría de los cuidadores principales se reportaron obesos.

La importancia de esto radica en que la institución estudiada cuenta con consulta de pediatría general y clínica de obesidad, en donde se pueden llevar a cabo medidas preventivas y terapéuticas, partiendo desde los estilos de crianza parental.

8. Conclusión

El presente estudio proporciona una visión general sobre el estilo de crianza que prevalece en una población que acude a la consulta de pediatría general en un hospital de tercer nivel. Principalmente, se identificó que casi la mitad de los pediátricos tienen una alteración en el IMC, de los cuales el 20% (un porcentaje considerable), tienen obesidad. Además, también se encontró asociación entre el estilo de crianza permisivo y el diagnóstico de sobrepeso u obesidad.

Los hallazgos reportados resaltan la importancia de crear estrategias dirigidas a la prevención primaria y secundaria, debido a que la institución cuenta con una consulta de pediatría general, así como clínica de obesidad, la cual atiende una cantidad importante de pacientes.

Es importante continuar con esta línea de investigación, tomando en cuenta la recomendación de modificar la metodología, para lograr resultados fidedignos que sean útiles para los objetivos propuestos.

9. Bibliografía

1. Moreno Aznar LA, Lorenzo Garrido H. Obesidad infantil. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;1:535-542
2. Kiefner-Burmeister, A., & Hinman, N. (2020). The Role of General Parenting Style in Child Diet and Obesity Risk. *Current Nutrition Reports*, 9(1), 14-30. <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00301-9>
3. 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*, 18(3), 281-292. <https://doi.org/10.1111/obr.12497>
4. Baumrind, D., 1967. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *357 Genet. Psychol. Monogr.* 75, 43–88.
5. Selland, C. A., Huber-Johnson, E. C., Bowne, M., & Meendering, J. R. (2021). Influence of Parenting Style on Body Mass Index, Physical Activity, and Sedentary Time. *Global Pediatric Health*, 8, 2333794X2110455. <https://doi.org/10.1177/2333794x211045528>
6. Kakinami, L., et al., Parenting style and obesity risk in children, *Prev. Med.* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.03.005>
7. Burke, M. P., Jones, S. J., Frongillo, E. A., Blake, C. E., & Fram, M. S. (2019). Parenting styles are associated with overall child dietary quality within low-income and food-insecure households. *Public Health Nutrition*, 22(15), 2835-2843. <https://doi.org/10.1017/s1368980019001332>
8. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 – Encuesta de Indicadores

Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.

9. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, GaonaPineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021.
10. Carrillo-Aguilar L, Ramos-Hinojosa K, Salas-Flores R, et al. (2024) Parenting Educational Styles and Obesity Association in Mexican Children. *Cureus* 16(7): e65106. DOI 10.7759/cureus.65106

10. Resumen autobiográfico

Soy Katia Yaneth Medina Santos, originaria y residente de Monterrey, Nuevo León, nacida el 26 de noviembre de 1996. Desde pequeña, mi interés por las ciencias naturales me llevó a tomar la decisión de estudiar Medicina, en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Durante mi carrera tuve la oportunidad de desempeñarme como instructora y becaria del Departamento de Patología, así como participar en actividades extracurriculares. Llegué a formar parte de la coordinación del grupo de acción social “Médicos Integrales” en donde realicé múltiples actividades en pro de la población infantil. Aquí es donde nace mi gusto por la Pediatría.

En marzo del 2022 inicié esta aventura como residente de Pediatría en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, mismo que fue mi casa por 3 años y me brindó las herramientas y facilidades para adquirir las habilidades necesarias para mi práctica profesional. Durante mi residencia, estuve rodeada y guiada por muchos profesores, de quienes destaco al Dr. Jesús Eduardo Treviño Alvarado, quien sembró en mi el gusto por el área de Neumología Pediátrica y que, además, me impulsó a continuar formándome en esta área, actualmente siendo aceptada a realizar la subespecialidad en el Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua en el periodo del 2025 al 2027. Mi objetivo es formarme en esta área y algún día poder retribuir a mi alma máter todo lo que me facilitó.

Culmino mi etapa como residente de Pediatría, agradecida con todas las personas que contribuyeron a mi formación profesional.