



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

T E S I S

**” ESTILOS DE CRIANZA PATERNOS Y SU ASOCIACION CON
OBESIDAD EN NIÑOS DE 2 A 9 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA DE
MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 Y MEDICINA
FAMILIAR ”**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO

DIANA ELVIRA MENDEZ TRUJILLO

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO

**DRA SANDRA AIDEE BACA RODRIGUEZ
ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO DEL IMSS**

PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2013-2016
PACHUCA DE SOTO, HIDALGO

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la tesis titulada

"ESTILOS DE CRIANZA PATERNOS Y SU ASOCIACION CON OBESIDAD EN NIÑOS DE 2 A 9 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 Y MEDICINA FAMILIAR"

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, QUE SUSTENTA LA MEDICO CIRUJANO.

DIANA ELVIRA MENDEZ TRUJILLO

PACHUCA, HIDALGO, ENERO 2016

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H

M.C. ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

M.C. ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. EN PSICOLOGÍA CLAUDIA GONZALEZ FRA
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

DR. MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
EN SALUD DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. MARIA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD, DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DR. JUAN ALBERTO AGUILAR MARTINEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

DRA. SANDRA AIDEE BACA RODRIGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO



COORD. PLANEACIÓN
ENLACE INSTITUCIONAL

COORDINACIÓN
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



H.G.Z. M.F. No. 1
DELEGACIÓN HGO.

R-2015-1201-17.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi especialidad, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo amor.

A mi amado esposo Carlos, por ser mi compañero y apoyo en todo momento.
Por impulsarme a crecer profesional y personalmente.
Por siempre brindarme su amor incondicional.

A mis padres: Socorro e Isidro, que siempre me han alentado a luchar por mis sueños.
Que han hecho sacrificios personales, económicos y familiares, para apoyarme a terminar este sueño.
Gracias por demostrarme el significado de la palabra amor.

A mis hermanos, Jessy y Raúl, por creer en mí, y demostrarme su apoyo incondicional todos los días.
A mi familia, amigos, y todos los que hicieron posible este sueño.

A mis asesores por brindarme sus conocimientos y orientación para lograr este trabajo.
En especial al Dr. Mario López Carbajal, quien siempre estuvo dispuesto a enseñarnos y orientarnos.

A mis maestros por tener la vocación hacia la docencia, y compartir el amor por la Medicina Familiar.
En especial a la Dra. Rosy, quien siempre me brindó su apoyo y comprensión.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi pequeña Sofy, que le ha brindado un nuevo sentido a mi vida.
Que se ha vuelto mi luz desde el primer momento que escuche su latido.
Por qué su sonrisa llena mi mundo de Alegría y me impulsa a ser mejor cada día.

A Itzamí, que me acompañó en este camino.
Que día a día se convirtió en mi amiga y sobre todo mi familia.

ASESORES PRINCIPALES

ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO

DRA SANDRA AIDEE BACA RODRIGUEZ
H.G.Z.M.F.1 PROLONGACIÓN AV. MADERO S/N,
COLONIA NUEVA FRANCISCO I. MADERO.
LUGAR DE TRABAJO: H.G.Z.M.F. 1
TEL: 7712405597
CORREO ELECTRONICO: sandia722000@gmail.com

ASESOR EXTERNO:

DR. MARIO JOAQUÍN LOPEZ CARBAJAL
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO.
LUGAR DE TRABAJO: DIRECCION DE
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
TEL: 7711294614
CORREO ELECTRONICO: epiblasto@yahoo.com.mx

INDICE

1.-RESUMEN	1
2.-MARCO TEÓRICO.....	2
3.-JUSTIFICACIÓN	9
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5.- OBJETIVOS.....	13
6.--HIPÓTESIS.....	13
7.-MATERIAL Y MÉTODOS	14
8.- ASPECTOS ÉTICOS.....	21
9.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO	21
10.-ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	22
11.- RESULTADOS	22
12.- DISCUSIÓN.....	40
13.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
15.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
16.- ANEXOS	50

1.-RESUMEN

TITULO: Estilos de crianza paternos y su asociación con obesidad en niños de 2 a 9 años que acuden a consulta de medicina familiar en el Hospital General de Zona 1 y Medicina Familiar.

ANTECEDENTES: La Obesidad Infantil es considerada una pandemia, ya que en los últimos años se ha duplicado su prevalencia en México, esto se ve reflejado en el incremento de la demanda de atención en los servicios de salud por sus complicaciones físicas, psicológicas y emocionales. La obesidad tiene su origen en un mayor consumo de carbohidratos, factores sociales y familiares que influyen en las actitudes y actividades realizadas. Dentro de las funciones básicas de la familia se encuentra la de Cuidado, donde la finalidad es asegurar un sano crecimiento y proveer alimentos que la favorezcan. Los estilos de crianza se definen como actitudes que los padres adoptan para controlar las conductas de los hijos y esta se ve reflejada en 3 tipos, los cuales pueden influir en los hábitos alimenticios y favorecer el desarrollo de la obesidad.

OBJETIVO: Determinar la asociación entre los estilos de crianza paternos y la obesidad en niños de 2 a 9 años que acuden a consulta de medicina familiar en el Hospital General de Zona 1 y Medicina Familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio comparativo, transversal, observacional, prospectivo, que consistió en la aplicación del cuestionario de Prácticas Parentales de Robinsón a madres de niños de 2 a 9 años, de la población correspondiente al Hospital General de Zona 1 y medicina familiar de la ciudad de Pachuca. Se midió y pesó al niño en una báscula calibrada con estadímetro, calculando el IMC y percentiló los valores en las curvas de Hernández, durante el periodo de 2 meses.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Cuestionario de Prácticas de Crianza Parentales de Robinsón.

RECURSOS HUMANOS. Médico residente. Asesor clínico y metodológico.

RECURSOS MATERIALES. Instrumento para la recolección de información. Material de papelería. Equipo de cómputo. Equipo de impresión.

RECURSOS FINANCIEROS. Propios del investigador.

EXPERIENCIA DE GRUPO: Se cuenta con la experiencia de la Dra. Sandra Baca como médico familiar para la realización e interpretación de los resultados de las mediciones antropométricas, así como de la encuesta.

TIEMPO EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN: 60 días

RESULTADOS: Se determinó que sí existe asociación entre el estilo de crianza autoritario y el desarrollo de sobre peso y obesidad en los niños de 2 a 9 años de edad. Se clasificó el estado nutricional de los niños a los que se les realizó sonometría.

2.-MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE OBESIDAD INFANTIL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa, a partir de un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30, y lo considera perjudicial para la salud ¹

La Confederación Nacional de Pediatría A. C. define obesidad infantil cuando existe un IMC mayor de dos desviaciones estándares en niños mayores de 2 años, y considera su etiología en una ingestión excesiva de carbohidratos, estilo de vida sedentario. Mientras al sobrepeso lo define cuando existe un IMC mayor de una desviación estándar. El IMC se obtiene dividiendo el peso/talla en metros cuadrados (kg) / (m)², se considera como el indicador más práctico, económico y de uso universal para clasificar el estado nutricional infantil.²

La Revista Mexicana de Pediatría, define a la obesidad como el exceso de grasa relacionado entre talla y peso, y considera diagnóstico valores por encima del 120% del valor normal; clínicamente se encuentra aumento en el tamaño del grosor de los pliegues cutáneos de tríceps y bicipital, el IMC se va a situar por arriba del percentil 85, o del 95% en las tablas del consenso del Centro Nacional de Estadísticas en Salud de Estados Unidos.³

DIAGNOSTICO:

En los adultos el diagnóstico de sobrepeso se realiza cuando se encuentra un IMC de 25 a 29.9 kg/m² y se considera a esta población con un riesgo alto de desarrollar Obesidad, la cual se clasifica según el IMC como Obesidad Grado I: cuando este es mayor de 30-34.9 kg/m², Obesidad Grado II: con un IMC de 35-39.9 kg/m² y, Obesidad Grado III: con un IMC igual o mayor 40 kg/m². ⁴

En los niños se debe vigilar el crecimiento, pues es un indicador del estado nutricional muy sensible, que no se mantiene constante, debido a que se incrementa dentro de los primeros 18 meses y disminuye hasta los 6 años, en este periodo se vuelve a incrementar, este proceso se conoce como rebote adiposo, entre más rápido suceda

existe mayor posibilidad de ser propensos a obesidad. En este periodo se debe obtener el IMC y graficar en la curva de percentiles de Hernández, donde se puede clasificar como sobrepeso si se encuentra por arriba del percentil 85 y Obesidad si se encuentra por arriba del percentil 95.⁵

Diversos estudios y autores han recomendado como el indicador más eficaz para el diagnóstico de Sobrepeso y Obesidad al IMC, con la desventaja de que es un indicador de masa y no de grasa corporal, sin embargo, permite la evaluación nutricional independiente de la estatura, el IMC se grafica en la curva de percentiles, y posiciona al individuo respecto a la población general.⁶

En estados Unidos y Canadá, se utilizan las tablas de crecimiento desarrolladas por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), para clasificar al sobrepeso y obesidad, actualmente son las tablas recomendadas por los criterios de International Obesity Task Force.⁷

EPIDEMIOLOGÍA:

Según la OMS, la obesidad Infantil es uno de los problemas de Salud Pública más grave del Siglo XXI; en el año 2010 existían 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los cuales el 35% se encontraba en países en vías de desarrollo, de bajos y medianos ingresos.⁸

La UNICEF reporta que México ocupa el primer lugar mundial en la Obesidad Infantil, y el segundo en adultos, los reportes indican que su prevalencia ha aumentado en la edad preescolar.⁹

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en su censo realizado en el año 2010, reporta que el estado de Hidalgo cuenta con una población infantil de 789 mil 409 niños entre 0-14 años. La OMS reporta una prevalencia de 34.4% de población infantil obesa a nivel mundial, que representa 4.1 millones escolares de ambos sexos La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 reporta un incremento de obesidad infantil de un 26% a nivel nacional, mientras que en estado de Hidalgo se ha incrementado en un 30% en menores de 5 años, el bajo peso a permanecido sin modificaciones significativas a pesar de los nuevos programas que ha implementado el gobierno federal para combatir la obesidad y desnutrición infantil.¹⁰

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE OBESIDAD.

Diversos estudios realizados remarcan a la obesidad infantil como factor de riesgo cardiovascular, con un incremento de probabilidad de padecer enfermedades coronarias a edades más tempranas sin importar el género, y consideran que la obesidad se ve favorecida por un bajo nivel educativo materno.¹¹

El estudio enKid, valora los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil española, considera como factores de riesgo para desarrollar obesidad infantil un peso mayor de 3.500 kg al nacimiento, ausencia de lactancia materna, ingesta alta de grasa, consumo elevado de embutidos, refrescos y panes, consumo bajo de frutas y verduras, actividad sedentaria, menor nivel educativo de la madre, un rápido incremento de IMC a partir de los 2 años y los medios de comunicación.¹²

Se realizó un estudio en una población de Cataluña, el cual reporta como factores de riesgo para desarrollo de obesidad a la inactividad física, consumo de comida rápida, y número de horas que pasan frente a televisión. El nivel de estudios materno y algunas conductas y hábitos se asociaron a obesidad y sobrepeso.¹³

FISIOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La Obesidad se define como el desequilibrio entre el gasto y aporte de energía, las grasas que se ingieren se almacenan como adipocitos para la producción de hormonas, para suministrar energía cuando se acaban las reservas. Esta célula posee tres funciones: almacén, liberación de energía y endocrino metabólica. Puede cambiar su diámetro veinte veces, y su volumen, secreta: factor de necrosis tumoral alfa, proteína C, molécula de adhesión intercelular, factor de VVV, angiotensinógeno, inhibidores del activador del plasminógeno, adiponectina, y leptina. La función de la leptina es la de brindar la información sobre la grasa corporal al sistema nervioso central, la gente con obesidad requiere consumir más carbohidratos para mantener su peso, pues requiere mantener la mayor cantidad de tejido magro.¹⁴

La cantidad y localización del tejido adiposo varía en las diferentes etapas de la vida, al nacer el cuerpo humano tiene aproximadamente 12% de grasa y puede llegar hasta el

17% a los 5 años de edad y su distribución es diferente según el sexo, en las mujeres prevalece la obesidad ginecoide (en la región inferior del cuerpo), mientras que en los hombres es la obesidad androide, en la mitad superior del cuerpo. ¹⁵

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD:

La obesidad en la niñez y la adolescencia ha incrementado la frecuencia de enfermedades cardiovasculares, sociales y familiares, así como ha favorecido la baja autoestima en los niños que la padecen afectando su rendimiento escolar y sus relaciones sociales, así como el incremento de maltrato y discriminación social. ¹⁶

En México se ha reportado una prevalencia de Síndrome metabólico en niños y adolescentes de 6.5%, que es similar a la estadística en Estados Unidos, mientras que en Turquía la prevalencia es de 2.2%, en Irán de 10.1 % y Corea del Sur de 9.2%, existe una relación con aterosclerosis prematura, como consecuencia de la Obesidad Infantil. ¹⁷

Mientras que en América Latina la obesidad infantil se asocia a la aparición de dislipidemias, alteración del metabolismo de la glucosa, diabetes, hipertensión, a edades más tempranas, la American Diabetes Association (ADA) refiere que el 85% de niños con diabetes tipo 2, tienen sobrepeso u obesidad, esto interfiere en la economía mundial al incrementar los gastos de salud y los costos indirectos. ¹⁸

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA OBESIDAD INFANTIL:

La alimentación en la primera infancia está influenciada por los padres, pues las preferencias hacia los alimentos principalmente son aprendidas, por exposición repetida, por lo que exponer al menor a alimentos no saludables incrementa su riesgo de obesidad al favorecer el rechazo a ciertos alimentos. ¹⁸

Debido a los cambios demográficos, la alimentación familiar ha sufrido modificaciones incrementando la ingesta de alimentos hipercalóricos, así como el incremento de la jornada laboral ha incrementado la inactividad física, así como la influencia del marketing televisivo. ¹⁹

Se ha demostrado que cuando otra persona diferente a la madre, es la que se encarga de elaborar la dieta familiar, esta disminuye su calidad nutritiva, por lo que se acepta que la madre es la persona mejor indicada para elaborar una dieta y asegurar la nutrición correcta de los menores. ²⁰

DEFINICIÓN DE NIÑEZ

La Etapa de la Niñez se presenta de los 24 meses a los 11 años de edad, se divide en etapas preescolar, escolar y esta se caracteriza por un incremento físico lento con un incremento anual de 2 a 3 kg de peso y 5-8 cm por año. ²¹

La Estrategia Nacional para la Promoción y Prevención de la Salud engloba a los niños en un rango de 0-9 años, para garantizar las acciones de prevención, siguiendo los lineamientos de PREVENIMSS, que divide a la población en 5 grupos: Niños y niñas de 0-9 años, 10-19 años: Adolescentes, Mujeres de 20-59 años, Hombres de 20-59 años, Mayores de 60 años. ²²

ESTILOS DE CRIANZA PATERNOS:

Se definen como un conjunto de actitudes e ideologías que modelan las acciones que adoptan los padres para educar e interactuar con sus hijos, este es un proceso dinámico, que va sufriendo variaciones y se va adaptando a los cambios sociales y demográficos. ²³

El conocer los diversos estilos de crianza paternos nos permitirá conocer la relación entre la crianza y comportamientos posteriores de los menores, así como las repercusiones en la interacción social entre los individuos, en los cambios afectivos, cognitivos y de actitudes. El modelo de estilo de crianza más aceptado internacionalmente es el modelo de Baumrind. ²⁴

Diana Baumrind, define que existen 3 estilos educativos paternos, mediante los cuales los padres controlan las conductas de sus hijos y los define como:

1. **Autoritario:** son padres que dedican mucho esfuerzo en moldear, influir y controlar las actitudes de sus hijos, dificultan el dialogo y refuerzan con castigos. Favorecen la inseguridad y dificultan la socialización.
2. **Permisivo:** Son padres que favorece la autonomía del hijo, el padre permite una actitud benigna hacia los impulsos del niño, no son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y acciones del niño, el problema radica en que a veces no saben marcar limites, y a veces produce una conducta antisocial.
3. **Autoritativo o democrático:** intentan dirigir a los niños imponiendo límites y conductas maduras, pero utiliza el razonamiento y la negociación, favorecen una

actitud recíproca, donde saben que tienen derechos y también obligaciones, desarrollan autoestima.²⁵

En 1995, Robinsón y Cols desarrollaron un cuestionario de Prácticas Parentales, basado en el trabajo teórico analítico de Diana Baumrind sobre los estilos educativos de los padres. Este cuestionario fue validado en una población mexicana en el año de 2006, donde se aplicaron 62 preguntas a padres con hijos de edad preescolar y escolar. Se reportó por los autores alfas de Cronbach significativas para las escalas utilizadas, siendo de 0.91 para los 27 ítems relacionados con la escala autoritativa, .086 para las 20 preguntas de la escala autoritaria, y 0.75 para las 15 preguntas de la escala permisiva en su versión original, por lo que se considera un instrumento fiable para su evaluación, sin embargo se demostró que los estilos y prácticas de crianza están influidos por los contextos sociales, creencias de un grupo particular por lo que en la población mexicana agrupa estas características en 2 estilos de crianzas (autoritario y autoritativo), con rasgos de permisivo²⁶

Existen estudios realizados en la población latina, donde se reporta una prevalencia de estilo protector, sin embargo se plantea que toda la literatura existente es contradictoria, pues algunos autores lo reportan como permisivos, mientras otros los describen como autoritarios²⁷, estas diferencias se asocian a que existen factores biopsicosociales que afectan la salud mental de los padres como estrés, depresión, agresividad, por lo que los estilos de crianza se consideran un proceso dinámico, ya que se encuentran relacionados con las conductas parentales negativas o positivas que ellos vivieron, así como al nivel socioeconómico y las edades de los hijos, que se deben conocer para no ser valorados como un proceso aislado.²⁸

ESTUDIOS RELACIONADOS:

En la Universidad de Pennsylvania, en el departamento de estudios familiares, se realizó un estudio sobre la asociación de factores ambientales que influyen en la obesidad infantil, el cual reportó que los comportamientos de los padres, estilos y hábitos de crianza influyen en el desarrollo de sobrepeso y obesidad.²⁹

El estudio de Framingham Children, que se llevó a cabo en el 2000, demuestra que los padres que no controlan su alimentación, y no mantienen una restricción dietética,

favorecen el desarrollo de obesidad en sus hijos, esto se encuentra relacionado directamente con los modelos conductuales de los padres.³⁰

Se realizó un estudio en la Universidad estatal de Oklahoma, sobre los estilos de crianza y hábitos de alimentación, el cual reporto que hubo una varianza del 21% de obesidad en padres autoritarios, 15% en padres permisivos, esto se debe a las prácticas de alimentación, donde los padres autoritarios ejercen una presión para comer.³¹

La Universidad de Maastricht University, realizo un estudio sobre la asociación de la obesidad infantil con el apego de los padres a los estilos de crianza, el cual reporta que existe interrelación con el autocontrol a la hora de comer de los menores, por lo que establece que la obesidad se puede prevenir al formar vínculos reales, y apegados a la educación paterna.³² En la Universidad de Isfahan Iran, en el 2013 se realizó el mismo estudio, utilizando las mismas variables y herramientas de medición, sin encontrar diferencias en los resultados.³³

En la Universidad Harokopio, en el 2008, se realizó un estudio transversal, entre la asociación de creencias, comportamientos alimenticios de los padres y las conductas infantiles, este estudio demostró que los niños preocupados por el peso creen que deben comer toda su comida, tienden a tener padres autoritarios, controladores, los cuales presentan obesidad y sobrepeso.³⁴

La Universidad de Maastricht, en el departamento de Prevención de la Salud ha demostrado que es un factor primordial en el desarrollo de Obesidad, el papel de la crianza de los hijos, ya que se ha observado que padres autoritarios pueden prevenir la obesidad, por lo que se ha convertido en una estrategia oportuna.³⁵

Mientras que en América Latina, Alejandro Chacón, realiza un estudio en población costarricense donde encuentra que son padres autoritarios que ejercen control al comer sobre los preescolares, independientemente de la clase social, escolaridad, o población situacional.³⁶ Peña describe que un rol paterno muy autoritario previene que el infante aprenda a autorregular su ingesta con base en la saciedad, promoviendo la obesidad y el consumo desenfrenado de alimentos, incluso sin hambre, cuando no se está bajo supervisión.³⁷

3.-JUSTIFICACIÓN

El conocer la asociación que tiene la obesidad con los estilos de crianza es importante para el personal de salud ya que, en los últimos años, la obesidad infantil ha incrementado sus cifras, tanto que se ha convertido en un problema de Salud Pública, la ENSANUT 2012, muestra que, en los últimos 6 años, en las áreas urbanas del estado de Hidalgo, se ha incrementado en un 30% la obesidad en menores de 5 años.

Córdoba y cols., reportan que el exceso de peso corporal y el exceso de grasa corporal tienen asociación directa con concentraciones plasmáticas elevadas de insulina, lípidos, lipoproteínas, y aumento de la presión arterial en niños, estas asociaciones son importantes porque enfermedades crónicas que eran consideradas de adultos, se estén presentando en menores de 16 años, aumentando las visitas e intervenciones institucionales para su manejo, incrementando los costos al presentarse en edades más tempranas, así como sus comorbilidades.

La obesidad representa un problema serio para los Sistemas Nacionales de Salud ya que representa el 1 a 3% de los gastos de atención médica a nivel mundial, y se prevé que estos gastos aumenten debido a las complicaciones de la obesidad, como Diabetes Mellitus tipo 2. Del financiamiento otorgado para Salud Pública, el 24,9% se destina a la atención de enfermedades causadas como complicaciones de obesidad y sobrepeso, que se ve representado por un costo anual de 3,500 millones de dólares.

Antonio Cruz Barrera refiere que el costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, hipertensión, algunos cánceres, diabetes mellitus tipo 2) se incrementó en un 61 % en el periodo 2000-2008, previendo un incremento del doble en el periodo 2017, mientras que la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad se ha triplicado en los últimos años.

Estas cifras son poco alentadoras, por lo que el Gobierno Federal ha planteado estrategias para su prevención, al crear el “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad”, donde engloba áreas afectivas y principios

para promover, prevenir, revertir y disminuir el avance de obesidad en los alumnos de educación básica, aquí se plantea la importancia de que los padres participen en la toma de decisiones, y medidas de prevención, por lo que conocer los estilos paternos, ayudara a implementar eficazmente las estrategias ya establecidas a nivel Nacional, pues los niños no son autónomos al elegir los alimentos que consumen.

EL Dr. John Wiley cita que los estilos de crianza de los padres, influyen en las prácticas de alimentación de los niños, y el conocerlas favorecerá la intervención oportuna en la dinámica familiar y las prácticas de alimentación, la literatura plantea que la cultura latinoamericana tiende a tener un estilo autoritario, donde los padres ejercen presión y control al comer, por lo que brindar capacitación a los padres disminuirá en forma importante la incidencia y prevalencia de obesidad.

Se escogió este grupo de edad pues a partir del nacimiento hasta los 2 años, el comer es un proceso biológico, que está dado durante los primeros seis meses de vida con lactancia exclusiva, y se debe extender hasta los 2 años, según las últimas recomendaciones de la OMS, por lo que se excluirá a este grupo, para evitar sesgos en la investigación, y se manejará el grupo de edad, según los lineamientos de PREVENIMSS.

Existen pocas investigaciones que valoren la asociación de los estilos de crianza paternos con la obesidad en población mexicana; en el estado de Hidalgo no se cuentan con estudios sobre esta relación, el conocer el tipo de estilo que predomina en la población derechohabiente del IMSS, en el hospital General de Zona Número 1, permitirá predecir el riesgo de presentar obesidad a edades tempranas y favorecerá la capacitación a los padres sobre la alimentación a base de una dieta equilibrada y el apego a la misma, evitará complicaciones de salud como diabetes, hipertensión, dislipidemias y síndrome metabólico en edades tempranas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Pertinencia: Es pertinente poder diagnosticar la obesidad y su asociación con los estilos de crianza paternos, para poder evitar las complicaciones metabólicas, psicológicas y sociales de la obesidad.

Trascendencia: La obesidad es un problema de salud pública, que se ha incrementado en los últimos años, presentando enfermedades crónicas a edades más tempranas, esto afecta al individuo al incrementar su riesgo cardiovascular, y afectar el estilo de vida. A nivel federal e institucional, el mayor porcentaje de presupuesto está distribuido para enfermedades crónicas, la detección y atención oportuna de la Obesidad y los factores asociados como estilos de crianza, nos permitirán educar a la población, brindar un tratamiento oportuno, e integrarlos en programas de salud, a nivel institucional se favorecerá la disminución de enfermedades crónicas prevenibles, y disminuirá los gastos institucionales por complicaciones de estas.

Factibilidad: Este estudio es factible debido a que se cuenta con los recursos humanos y administrativos necesarios para llevarla a cabo y cumplir con los objetivos señalados.

Congruencia: La realización de esta investigación tendrá relación lógica ya que el método efectuado permitirá detectar los factores relacionados con la obesidad.

Político – Administrativa: Esta investigación será realizada con el propósito de identificar los estilos de crianza paternos que influyen en el desarrollo de la obesidad infantil, que son enfermedades prioritarias en la política de salud actual.

Plausibilidad: El estudio es recomendable y admisible ya que en la institución se cuenta con los recursos humanos y materiales para su realización.

Aspectos éticos: es éticamente correcto determinar la asociación entre los estilos de crianza y obesidad, ya que los resultados influirán en la capacitación de los padres, y permitirá realizar intervenciones en el primer nivel de atención.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México ocupa el primer lugar de Obesidad Infantil a nivel mundial, en el último sexenio su incidencia se ha incrementado, mientras que su prevalencia se mantiene sin cambios. Se ha descrito en diversas literaturas su relación con Diabetes Mellitus, intolerancia a la glucosa, Hipertensión arterial, Síndrome metabólico en niños, así como la aparición de síndromes coronarios a edades más tempranas.

Dentro de las variables que influyen en su aparición existen factores sociodemográficos, por lo que se ha creado la Red Mexicana de Municipios por la salud, donde promueven la formación de espacios físicos para la realización de actividades y el fomento de campañas contra la obesidad. En los ámbitos laborales, los sindicatos se han comprometido con el fomento a la realización de ejercicio en espacios laborales, entre otros.

En el Acuerdo Nacional para la salud Alimentaria, Estrategia para la prevención de Sobrepeso y Obesidad se plantea que los hábitos alimentarios inadecuados de las familias, son transmitidos de padres a hijos y están influidos por factores como la geografía, el clima, la vegetación, las costumbres, las experiencias, la capacidad de compra, la información disponible, la selección y preparación de los alimentos y la forma de consumirlos.

Todos estos esfuerzos por prevenir la obesidad infantil son admirables, pero que se han olvidado de las actitudes e ideologías de los padres para moldear su conducta, el entenderlas mejoraría la aplicación de las estrategias ya establecidas.

Ante este panorama, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre el estilo de crianza autoritario y el desarrollo de Obesidad en niños de 2 a 9 años que acuden a consulta de medicina familiar en el Hospital General de Zona 1 y Medicina Familiar?

5.- OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la asociación del estilo de crianza autoritario y el desarrollo de Obesidad en los niños de 2 a 9 años que acuden a consulta de medicina familiar en el hospital general de zona y medicina familiar 1.

ESPECIFICO:

Identificar el estado nutricional de los niños a los que se les realiza sonometría.

Identificar los estilos de crianza paternos en niños de 2 a 9 años que acuden a consulta externa

6.--HIPÓTESIS

Hipótesis: Existe asociación entre el estilo de crianza autoritario y el desarrollo de obesidad en niños de 2 – 9 años que acuden a consulta externa del HGZ1 Y MF.

Hipótesis nula: No existe asociación entre el estilo de crianza autoritario y el desarrollo de obesidad en niños de 2 – 9 años que acuden a consulta externa del HGZ1 Y MF.

Hipótesis alterna: El estilo de crianza paterno democrático se asocia a un mayor desarrollo de Obesidad Infantil

7.-MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Se realizó una investigación de tipo comparativo, ya que se pretendió encontrar si existía relación/asociación entre la variable dependiente e independiente.

DISEÑO:

TRANSVERSAL COMPARATIVO.

El cual tuvo las siguientes características:

- Observacional: porque se presentó el fenómeno sin modificar intencionalmente las variables.
- Comparativo: se estudiaron dos grupos. Permitieron evaluar la relación existente entre la exposición y el resultado, medidos en un momento definido del tiempo.
- Transversal: las variables de resultado fueron medidas una sola vez, por lo que no existieron períodos de seguimiento.
- Ambispectivo: porque se definió previamente y con precisión la forma de recolección de datos. Parte de la muestra ya se generó y la otra se obtuvo una vez iniciado el estudio.

METODO:

Se aplicó el cuestionario ya validado de Prácticas Parentales de Robinson a las madres de los niños que aceptaron participar, al ser una escala de tipo social se verificó su confiabilidad interna, y su índice de confiabilidad en la población estudiada, se procedió a pesar y medir a los niños en báscula calibrada con estadímetro, se calculó el IMC y se percentilaron en las gráficas de Hernández para población mexicana. Se dividió la población en 2 grupos: pacientes con peso ideal o normal, y pacientes con obesidad y sobrepeso ya que la OMS en su nota descriptiva de enero de 2015, lo define y cataloga como equivalente y lo clasifica como paciente en alto riesgo. Se clasificó con base a su IMC, y percentil, según criterios de la OMS, se evaluó el cuestionario de Prácticas Parentales y se clasificó el estilo de crianza predominante en la madre. Se recabaron los datos, se determinó la asociación.

Universo de estudio:

Población: Son 4,494 niños de 2 -9 años adscritos a HGZ1 Y MF, usuarios de la consulta externa vespertina.

Periodo de estudio: 2 meses posteriores a la aceptación del protocolo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1.- Criterios de inclusión.

- Se incluyeron a los niños de 2 a 9 años, que acudieron a consulta Externa de Medicina Familiar del turno vespertino.
- Ambos sexos.
- Adscritos HGZ1 y MF1.
- Que la madre aceptó su participación firmando el consentimiento informado,

Estos son criterios de inclusión y metodología: Se incluyeron todos los niños de 2-9 años que acudieron a los consultorios de medicina familiar del turno vespertino. Se les aplicó una cédula de identificación, se tomaron las medidas antropométricas (peso, talla e IMC), se realizó la prueba de asociación entre estilos de crianza y presencia de sobrepeso y obesidad.

2. Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades crónicas.
- Pacientes con enfermedades metabólicas
- Pacientes con uso de cortico esteroides.
- Pacientes Hospitalizados

3. Criterios de eliminación.

- Aquellos que no tuvieron datos incompletos o encuesta incompleta

Tamaño de la muestra.

Se calculó el tamaño de la muestra con método probabilístico, usando la fórmula para estimar una proporción en una población finita y así poder tener una muestra representativa de la población infantil.

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = Representa la población de 4494 niños adscrito a HGZ1 y MF turno vespertino.

σ = Se le asignó un valor de 0.4 según encuestas del ensaut 2010 del estado de Hidalgo.

Z = Se le otorgó un valor de 1,81 compatible al 93% de confianza

e = Límite aceptable de error del 7 %.

La fórmula fue la siguiente:

$$n: \frac{4494 (.4)^2 (1.81)^2}{(4494-1)0.07^2 + (.4)^2 (1.81)^2}$$

De acuerdo al resultado obtenido por medio de la formula anterior y con un error de estimación máxima del 7% y un nivel de confianza del 93%, el tamaño de la muestra fue de 102 niños.

MATERIAL:

Se utilizó la encuesta de Prácticas Parentales de Robinsón validada en la población mexicana en el año 2006 por Gaxiola, compuesta por 62 afirmaciones, con opción a 5 respuestas, que variaron desde nunca, asignándole un valor de 1, hasta siempre que cuenta con un valor de 5 respectivamente.

Esta encuesta arroja 2 estilos de crianza paternos, que son autoritarios, y democráticos o permisivos. Robinson le asigna un coeficiente de 0.91, 0.75 respectivamente.

Los dos estilos parentales estuvieron formados por grupos de ítems o factores, que de acuerdo a Robinsón y colaboradores (1995, 1996), determinan las prácticas parentales específicas: (1) Estilo autoritativo: a) calidez e involucramiento, b) razonamiento, c) participación democrática y d) relación amistosa (27 ítems, con un alfa de Cronbach de: 0.91).

(2) Estilo autoritario: a) hostilidad verbal, b) castigo corporal, c) no razonamiento, estrategias punitivas y d) directividad (20 ítems, con un alfa de Cronbach de 0.86).

(3) Estilo permisivo: a) falta de confianza en las habilidades de crianza, b) ignorar mal comportamiento y c) falta de supervisión (15 ítems, con un alfa de Cronbach de 0.75). En su versión original y en población mexicana como autoritario y autoritativo con 0.8 con Alfa de Cronhbach

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Obesidad	Acumulación anormal o excesiva de grasa con IMC mayor de 30, encima del percentil 95	Será cuando el IMC esté por encima del percentil 95.	Cualitativa ordinal	IMC	25-29.9: Sobrepeso 30- 34.9 Obesidad Grado 1 35- 39.9 Obesidad Grado 2 ≥ 40 Obesidad Grado 3

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional.	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Estilos de crianza paternos	Conjunto de actitudes e ideologías que modelan las acciones que adoptan los padres para educar e interactuar con sus hijos.	Se determinará con la puntuación del cuestionario	Cualitativa nominal.	Instrumento de Medición de Robinsón	1.- Autoritario 2.- Democrático

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Variable Sociodemográficas	Definición conceptual	<i>Definición operacional</i>	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	Periodo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Edad requisitada en el instrumento de medición.	Cuantitativa discreta	Años.	2 - 9 años
Sexo	Conjunto de características biológicas que caracterizan un genero	Sexo referido y requisitado en el instrumento de medición.	Cualitativa nominal dicotómica	Caracteres secundarios	Femenino Masculino
Ocupación materna	Ocupación o función que se desempeña para ganar el sustento	Actividad materna referida al momento de la aplicación.	Cualitativa nominal	Actividad materna.	- Trabajadoras - No trabajadoras.
Escolaridad materna	Tiempo que se acude a la escuela	Instrucción escolaridad referida en instrumento de medición.	Cualitativa ordinal	Años que se acude a la escuela	- Sin educación - Primaria - Secundaria - Preparatoria - Licenciatura

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabulación de los datos que se obtuvieron de las encuestas en una base de datos del programa Excel. Y posterior a depurar eliminando los datos incongruentes se analizaron con apoyo del programa SPSS para Windows.

Se realizó estadística descriptiva y estadística inferencial con análisis univariado y bivariado respectivamente.

El análisis univariado nos permitió determinar las características de las variables de interés en la población de estudio, obtención de frecuencias simples y porcentajes en las variables cualitativas; Para las variables cualitativas obtención de las medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar).

El análisis bivariado nos permitió determinar la asociación de la variable dependiente (obesidad infantil), con los estilos de crianza paternos, aplicación y obtención de la razón de prevalencias (RP) con sus respectivos intervalos de confianza de 95% (IC 95%).

Para corroborar que los resultados no se debieran al azar, se aplicó la prueba de X² (ji cuadrada), tomando como valores significativos cuanto la $P < 0.05$ (resultado no significativo $P > 0.05$).

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Hospital general de Zona y Medicina Familiar No.1 de Pachuca, Hgo, durante un periodo de 2 meses posteriores a la aprobación del protocolo de investigación. Se realizó un estudio descriptivo, donde se incluyeron a pacientes de 2 a 9 años, adscritos al hospital que acudieron a la consulta externa de medicina familiar turno vespertino, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se otorgó consentimiento informado y posterior a su autorización, se realizó toma de medidas antropométricas (peso y talla) en una báscula calibrada con estadímetro por el médico residente, se procedió a graficar en las tablas de crecimiento de Hernández, aprobada para población mexicana. Se aplicó una cédula de recolección de datos por el médico residente y se procedió a aplicar el cuestionario de Practicas Parentales de Robinsón a las madres de los menores.

8.- ASPECTOS ÉTICOS.

En base a la declaración de Helsinki de 1975, Finlandia en 1964, de la asociación Médica Mundial, Leyes y Códigos de México y la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo de los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos, capítulo 1, artículo 13, 17 y 21 publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 17 de febrero de 1987. Se trató de un estudio con riesgos mínimos, ya que se procedió a pesar y medir a niños de 2-9años, y se realizó una encuesta a la madre. Se obtuvieron 2 consentimientos informados por escrito de padres o representantes legales al ser una población vulnerable por grupo de edad y otro de adulto para la aplicación del instrumento de medición. Este estudio permitió asociar las conductas paternas con el desarrollo de la obesidad, al tomar medidas antropométricas al menor, representando una experiencia razonable, como lo establece la Ley General de Salud en su artículo 39. Se contó con carta de consentimiento informado cumpliendo los requisitos establecidos y siendo escrito del médico encuestador, conociendo los riesgos y beneficios de ésta y teniendo la opción de negarse a participar. Se entregó copia de Consentimiento informado a pacientes.

9.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

Recursos humanos

Asesor clínico y metodológico: Dra. Sandra Aidee Baca Rodríguez

Asesor Universitario: Dr. Mario Joaquín López Carbajal

Investigador: Diana Elvira Méndez Trujillo

Recursos materiales.

Hojas blancas.

Equipo de cómputo.

Lápices, plumas y papelería diversa.

Bascula calibrada con estadímetro.

Calculadora.

Recursos financieros.

Aportados por el propio investigador.

10.-ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se requirió autorización por escrito de bioseguridad ya que en esta investigación se realizó solo encuesta, y no se utilizó material biológico infecto-contagioso; cepas patógenas de bacterias o parásitos; virus de cualquier tipo; material radiactivo de cualquier tipo; animales y/o células y/o vegetales genéticamente modificados; sustancias tóxicas, peligrosas o explosivas; cualquier otro material que pusiera en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud o los derechohabientes del IMSS o afectación al medio ambiente

11.- RESULTADOS

Los indicadores antropométricos representan el promedio, y el intervalo de confianza para un 95 %, que significa el margen de seguridad de que en futuros muestreos probabilísticos los valores individuales caerán en ese rango, y en el 5% podrá existir error de que así sea.

Cuadro no 1

Indicadores generales antropométricos de resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad

Indicadores	Valor medio	Intervalo de confianza (95 %)
Edad (años)	5.65	2.18----- 9.74
Peso (kg)	17.20	11.08----- 31.64
Talla (cm)	111	90.00-----134.00
Masa corporal	13.72	12.88----- 20.80
Edad de la madre (años)	31.67	20.03----- 42.75

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En el estudio se incluyó un total de 102 niños y niñas, de entre 2 y 9 años de edad; de los cuales, 48 correspondieron al sexo masculino y 54 al femenino; la media de edad fue de 5.65 años; de peso 17.2 kg, de talla 111 cms, y la media del Índice de Masa Corporal (IMC) fue de 13.72; en tanto que la media de edad de las madres fue de 31.67

Como puede observarse, sobresale el intervalo del índice de masa corporal, precisamente una de las variables centrales del estudio y consecuencia (al menos en el tema) del estilo de la “crianza”, y que se encuentra en un intervalo que va de 12.9 a 20.8; por otra parte, la edad de la madre que es la principal actora fluctuó entre los 20 a los 43 años de edad, (Cuadro no 1)

Cuadro no 2

Indicadores medios clasificados según el índice de masa corporal (IMC) resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad

Indicadores	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad
Edad (años)	5.65	5.68	6.44	6.45
Peso (kg)	17.20	19.68	23.70	26.82
Talla (cm)	111	111	114	113
Masa corporal	13.72	15.95	17.95	20.54
Edad de la madre (años)	31.67	30.93	31.93	32.36

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

De acuerdo a la media de los Indicadores clasificados según el IMC, observamos que todos son consistentes y confiables muestran un incremento e incluso una diferencia sustancial, por ejemplo, la edad promedio de la madre es mayor cuando hay presencia de obesidad y sobrepeso 32.36 y 31.93 años de edad respectivamente, (Cuadro no 2).

Cuadro no 3

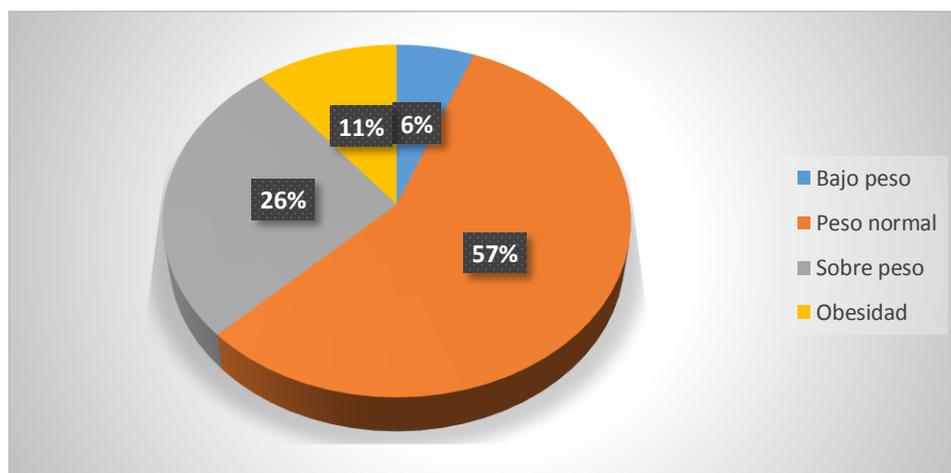
Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad según la clasificación del índice de masa corporal (IMC)

Clasificación	Número	%
Bajo peso	6	5.88
Peso normal	58	56.86
Sobrepeso	27	26.47
Obesidad	11	10.78
Total	102	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Los resultados mostraron que el 56.86 % tenían peso normal, el 26.47 %, tienen sobrepeso y en tercer lugar están los individuos con obesidad con el 10.78 %; y solo el 5.88 % tuvieron en la medición bajo peso; con base en lo anterior, podemos concluir que, el 37.25 % de la muestra presentó sobrepeso y obesidad; (Cuadro no 3).

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad según la clasificación del índice de masa corporal (IMC)



Fuente: Cuadro no 3

Cuadro no 4

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad según género

Género	Número	%
Masculino	48	47.06
Femenino	54	52.94
Total	102	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

De acuerdo al sexo biológico, el 52.94 % fueron mujeres y el 47.06 varones lo cual muestra equidad en la muestra analizada, (Cuadro no 4).

Cuadro no 5

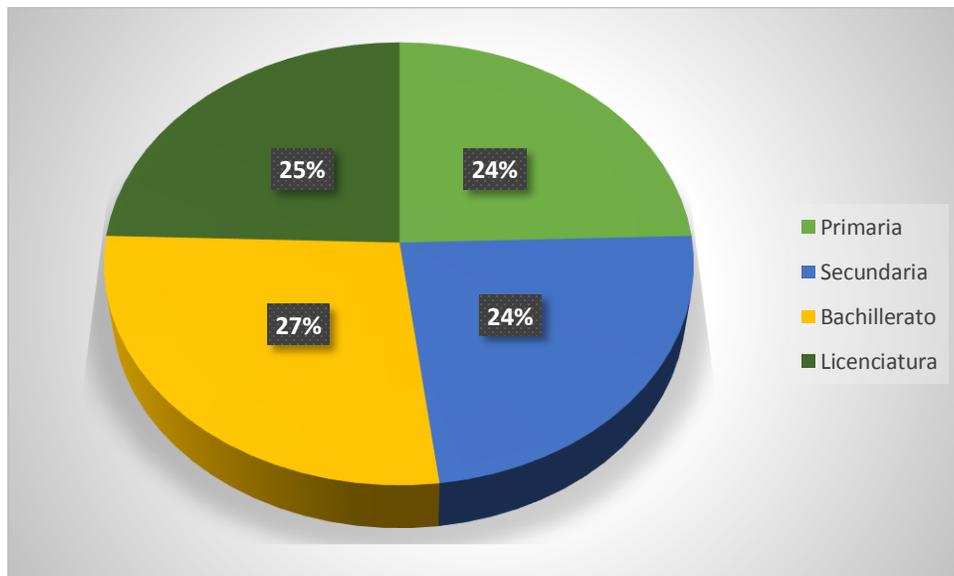
Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad según escolaridad de la madre

Escolaridad	Número	%
Primaria	25	24.51
Secundaria	24	23.53
Bachillerato	28	27.45
Licenciatura	25	24.51
Total	102	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

De acuerdo a la escolaridad de la madre, la distribución fue homogénea, ya que los porcentajes son más o menos semejantes, llamando la atención que una cuarta parte (24.51%) de las madres declararon tener nivel de licenciatura, (Cuadro no 5).

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad según escolaridad de la madre



Fuente: Cuadro no 5

Cuadro no 6

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad según tipo de servicios en la vivienda

Servicios	Número	%
Agua	102	100.00
Luz	102	100.00
Teléfono	100	98.04
Televisión	102	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

Con relación a los servicios con los que cuenta la vivienda y por los resultados obtenidos, éstos son adecuados ya que solo en dos casos se tiene carencia de servicio telefónico, (Cuadro no 6).

Cuadro no 7

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad según si la madre trabaja o no

Trabaja	Número	%
Sí	61	59.80
No	41	40.20
Total	102	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

En la pregunta de que, si la madre trabaja o no, el 59.8 % de las encuestadas respondió contar con un empleo, mientras que el 40.2 declaró no trabajar, (Cuadro no 7).

Para el estudio de Prácticas parentales de Robinson, verificamos la consistencia interna del instrumento, con un alfa de Cronbach de 0.79 y 0.91, por lo que se consideró un instrumento válido para nuestra población.

Cuadro no 8

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad según estilo de la crianza

Estilo	Número	%
Autoritario	40	39.22
Democrático	62	60.78
Total	102	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

Con relación al estilo de la crianza que para fines del estudio se definió como el conjunto de actitudes e ideologías que modelan las acciones que adoptan los padres para educar e interactuar con sus hijos. Se obtuvo como resultado general que en el 39.22 % tiene estilo autoritario, y en el 60.78 % tiene estilo democrático, (Cuadro no 8).

Cuadro no 9

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso bajo según género

Género	Número	%
Masculino	3	50.00
Femenino	3	50.00
Total	6	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Los niños y niñas de 2 a 9 años de edad con bajo peso según género, fue de 50 % en mujeres y el 50 % en varones lo cual muestra equidad en la muestra analizada, (Cuadro no 9).

Cuadro no 10

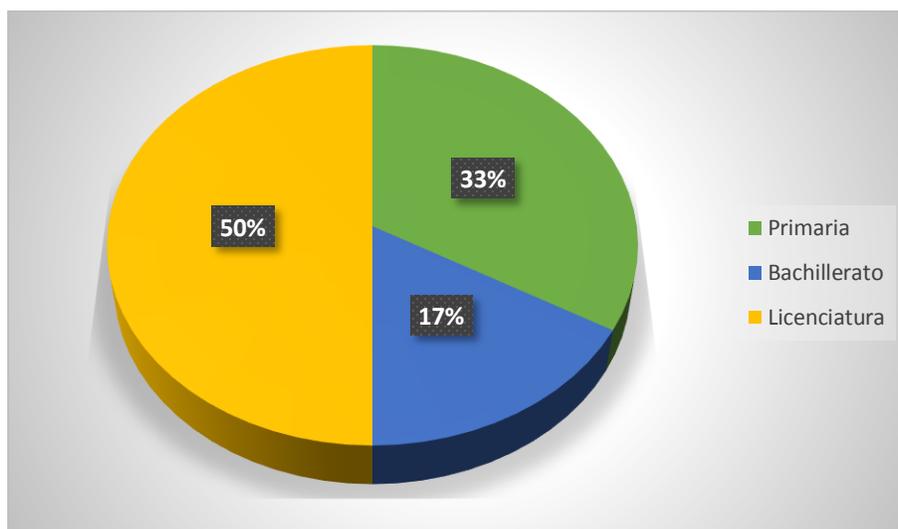
Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso bajo según escolaridad de la madre

Escolaridad	Número	%
Primaria	2	33.33
Bachillerato	1	16.67
Licenciatura	3	50.00
Total	6	100.0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La distribución de acuerdo al nivel de educación formal se tiene que el 50 % de las madres entrevistadas declararon contar con estudios de licenciatura y el 33.33 % con estudios de primaria, (Cuadro no 10).

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso bajo según escolaridad de la madre



Fuente: Cuadro no 10

Cuadro no 11

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso bajo según si la madre trabaja o no

Trabaja	Número	%
Sí	4	66.67
No	2	33.33
Total	6	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

En el grupo de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con bajo peso, al preguntar si la madre trabajaba o no, el 66.67 % de las encuestadas respondió contar con un empleo, mientras que el 33.33 % declaró no trabajar, (Cuadro no 11).

Cuadro No 12

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso bajo según estilo de la crianza

Estilo	Número	%
Autoritario	3	50.00
Democrático	3	50.00
Total	6	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

Con relación al estilo de la crianza --que para fines del estudio se definió como el conjunto de actitudes e ideologías que modelan las acciones que adoptan los padres para educar e interactuar con sus hijos-- en el grupo de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con bajo peso, se obtuvo como resultado, que en el 50% el estilo es autoritario, y en el otro 50% es democrático, (Cuadro no 12).

Cuadro no 13

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal según género

Género	Número	%
Masculino	25	43.10
Femenino	33	56.90
Total	58	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Por lo que respecta a los niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal según género encontramos que el 56.9 % fueron mujeres y el 43.1 % varones lo cual muestra 13.8 puntos de diferencia porcentual, o en una relación de 1.32:1 en la muestra analizada, (Cuadro no 13).

Cuadro no 14

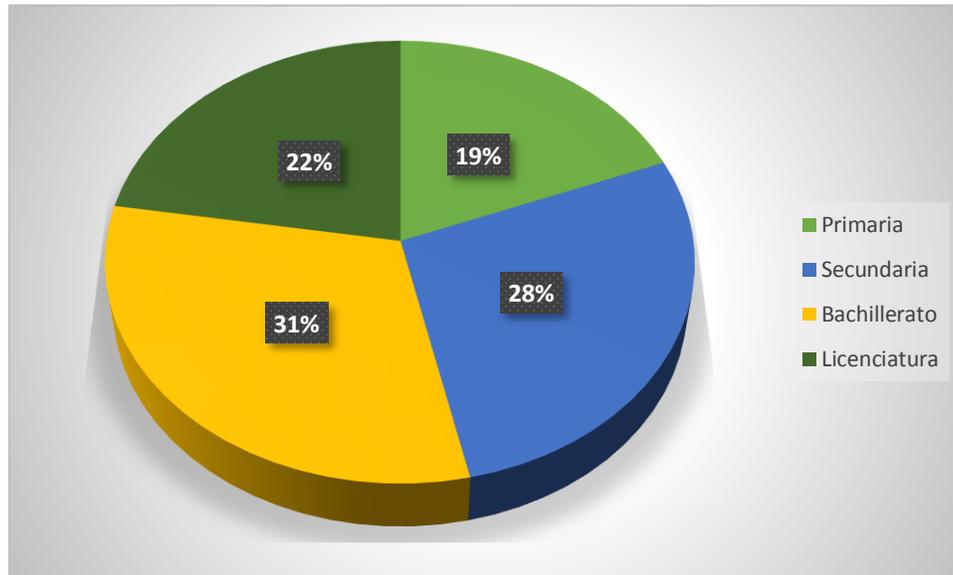
Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal según escolaridad de la madre

Escolaridad	Número	%
Primaria	11	18.97
Secundaria	16	27.59
Bachillerato	18	31.03
Licenciatura	13	22.41
Total	58	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La escolaridad de la madre en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal, mostro que un 27.59 % tenía estudios de bachillerato, el 27.59 % estudios de secundaria y en tercer lugar el 22.41 % con licenciatura, (Cuadro no 14).

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal según escolaridad de la madre



Fuente: Cuadro no 14

Cuadro no 15

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal según si la madre trabaja o no

Trabaja	Número	%
Sí	35	60.34
No	23	39.66
Total	58	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

En la pregunta de que, si la madre trabaja o no, en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal el 60.34 % de las encuestadas respondió contar con un empleo, mientras que el 39.66 % declaró no trabajar, (Cuadro no 15).

Cuadro no 16

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal según estilo de la crianza

Estilo	Número	%
Autoritario	24	41.38
Democrático	34	58.62
Total	58	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

Con relación al estilo de la crianza en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con peso normal, se obtuvo como resultado que en el 41.38 % el estilo es autoritario, y en el 58.62 % el estilo es democrático, (Cuadro no 16).

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso según género

Género	Número	%
Masculino	15	55.56
Femenino	12	44.44
Total	27	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Con relación género en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso, el 44.44 % fueron mujeres y el 55.56 % varones, lo cual muestra 11.12 puntos de diferencia porcentual, o en una relación de 1.25:1 en la muestra analizada, (Cuadro no 17).

Cuadro no 18

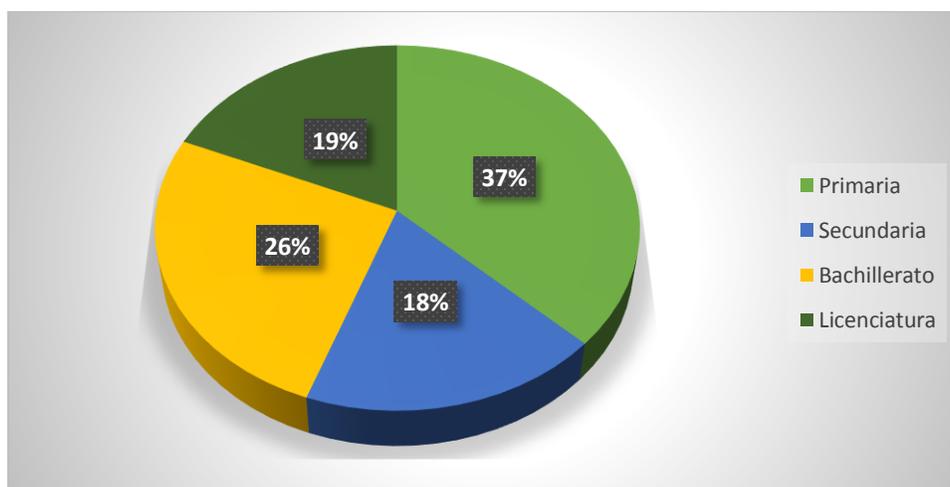
Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso según escolaridad de la madre

Escolaridad	Número	%
Primaria	10	37.03
Secundaria	5	18.52
Bachillerato	7	25.93
Licenciatura	5	18.52
Total	27	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Por lo que respecta a la escolaridad de la madre de los niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso según la distribución mostro que el 37.03 % cuentan con estudios de primaria, 25.93 % con bachillerato y 18.52 con estudios de secundaria y de licenciatura, (Cuadro no 18).

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso según escolaridad de la madre



Fuente: Cuadro no 18

Cuadro no 19

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso según si la madre trabaja o no

Trabaja	Número	%
Sí	17	62.96
No	10	37.04
Total	27	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

Al preguntar si la madre trabaja o no en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso encontramos que el 62.96 % cuenta con un empleo, mientras que el 37.04 % no trabaja, (Cuadro no 19).

Cuadro no 20

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso según estilo de la crianza

Estilo	Número	%
Autoritario	8	29.63
Democrático	19	70.37
Total	27	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

El estilo de la crianza en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con sobrepeso mostró que el 29.63 % tiene estilo autoritario, y en el 70.37 % tiene estilo democrático, (Cuadro no 20).

Cuadro no 21

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad según género

Género	Número	%
Masculino	5	45.45
Femenino	6	55.55
Total	11	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Con relación sexo biológico en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad, el 55.55 % fueron mujeres y el 45.45 % varones lo cual muestra 10 puntos de diferencia porcentual, o en una relación de 1.22:1 en la muestra analizada, (Cuadro no 21).

Cuadro no 22

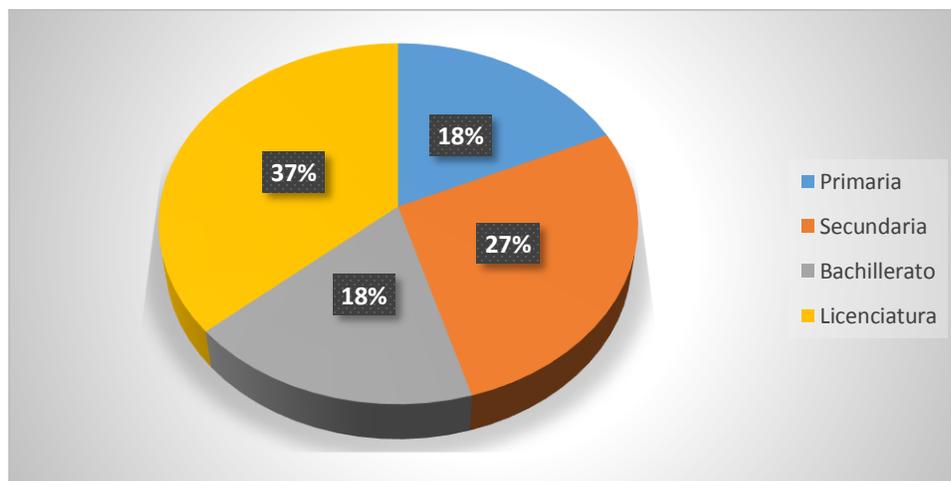
Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad según escolaridad de la madre

Escolaridad	Número	%
Primaria	2	18.18
Secundaria	3	27.27
Bachillerato	2	18.18
Licenciatura	4	36.37
Total	11	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La escolaridad de la madre en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad, evidenció que el 36.37 % contaban con licenciatura, el 27.27 % con estudios de secundaria y el 18.18 con estudios de primaria y bachillerato (Cuadro no 22).

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad según escolaridad de la madre



Fuente: Cuadro no 22

Cuadro no 23

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad según si la madre trabaja o no

Trabaja	Número	%
Sí	5	45.45
No	6	55.55
Total	11	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

El 45.45 % de las encuestadas respondió contar con un empleo, mientras que el 55.55 % declaró no trabajar, (Cuadro no 23) cuando se preguntó si la madre trabaja o no la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad

Cuadro no 24

Resumen de la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad según estilo de la crianza

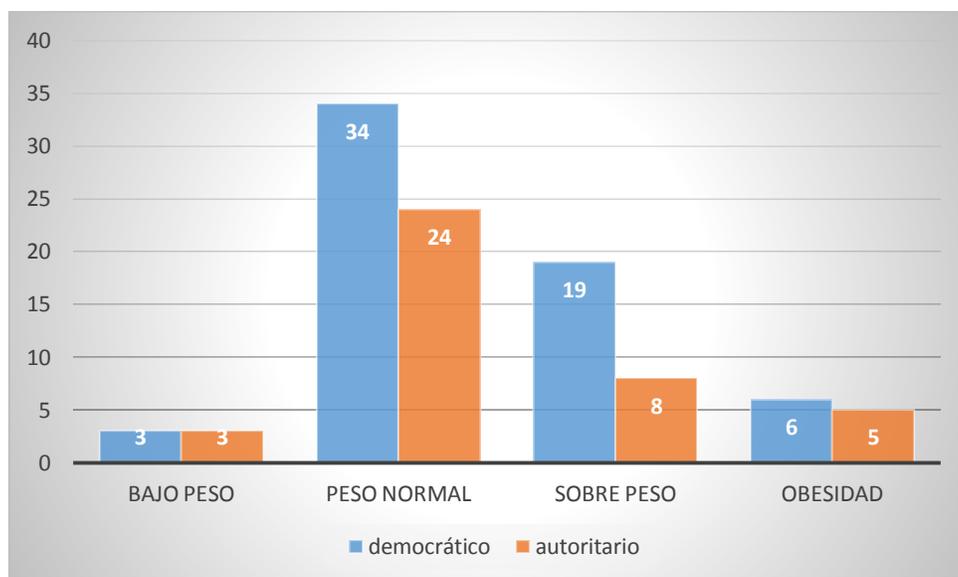
Estilo	Número	%
Autoritario	5	45.45
Democrático	6	55.55
Total	11	100.00

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

% Sobre el total de la muestra analizada

El estilo de la crianza en la muestra de niños y niñas de 2 a 9 años de edad con obesidad determino que en el 45.45 % el estilo es autoritario, y en el 55.55 % el estilo es democrático, (Cuadro no 24).

Gráfico comparativo del índice de masa corporal y estilo de la crianza



En el gráfico se observa que, a excepción del bajo peso, en niños y niñas con peso normal, sobrepeso y obesidad las cifras absolutas son mayores en el estilo de la crianza de tipo democrático

TABLA 2x2

Asociación de estilo de la crianza vs sobrepeso y obesidad y con peso normal

Estilo	Sobrepeso y obesidad	Peso normal	Total
Autoritario	13	24	37
Democrático	25	34	59
Total	38	58	96

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Nota: No se incluyen 6 infantes por tener bajo peso

Para analizar la asociación entre el estilo de la crianza vs sobrepeso y obesidad se aplicó la prueba Chi cuadrada para 2 grados de libertad y 95 % de confianza con un error establecido de $P < 0.05$. El resultado de la prueba Chi cuadrada resultó “no significativo” debido a que la $P > 0.05$ de acuerdo a la tabla de valores.

TABLA 2x2 PARA EL ANÁLISIS DE BIVARIADO.

INDICADORES	VALORES
Prevalencia de exposición de los casos: $a/n_1 =$	0.35
Prevalencia de exposición de los controles: $c/n_0 =$	0.42
Momios de exposición de los casos: $a/b =$	0.54
Momios de exposición de los controles: $c/d =$	0.74
Razón de momios (RM): $a \times d / b \times c =$	0.74
IC: $95\% \ln(RM) \pm 1.96 \times (DE) =$	0.10----1.5828
Error estándar (EE) $\sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}} =$	0.430
Riesgo atribuible poblacional (Rap) $a/n_1 (RM - 1)/RM =$	0.12
Riesgo atribuible de los expuestos (Rae) $RM - 1/RM =$	0.35

En la tabla para análisis de casos y controles, se puede observar la fuerza de asociación de una relación hipotética de causa-efecto, en el caso específico del estilo de crianza autoritario vs sobrepeso y obesidad representada por la RM o razón de momios que fue de 0.74 que es menor a 1 y se localiza dentro del intervalo de confianza para un 95 % (“no significativo”), lo que indica que el sobrepeso y la obesidad se asocian de manera inversa con el autoritarismo, y aun cuando la asociación (RM) es estadísticamente “no significativa”, se identifica al autoritarismo como un factor de riesgo para que los niños(as) de 2 a 9 años de edad presenten sobrepeso u obesidad. Por otra parte, el riesgo atribuible, impacto o fracción etiológica que tiene el estilo autoritario para la presencia de sobrepeso y obesidad fue de 0.35, que coincide con la prevalencia de exposición de los casos de autoritarismo o sea un 35 %, que es el porcentaje que se evitaría para la presencia de sobrepeso y obesidad al cambiar de estilo en la crianza.

12.- DISCUSIÓN

Se realizó una investigación transversal, observacional prolectiva en niños y niñas de 2 a 9 años de edad que fueron llevados a consulta de medicina familiar durante el turno vespertino en el HGZMF No 1 de Pachuca, HGO durante el período de 2 meses del año 2015.

Para llevar a la práctica el plan de investigación se utilizó como instrumento de medición el cuestionario para encuesta directa de Prácticas Parentales de Robinsón validada en la población mexicana en el año 2006 por Gaxiola, compuesta por 62 afirmaciones, con opción a 5 respuestas, que varían desde nunca, asignándole un valor de 1, hasta siempre que cuenta con un valor de 5 respectivamente.

Después de pesar y medir a los niños(as) y calcular el índice de masa corporal, se aplicó el cuestionario a las madres y se formaron 2 grupos: pacientes con peso normal; y pacientes con obesidad y sobrepeso ya que la OMS en su nota descriptiva de enero de 2015, lo define y cataloga como equivalente y lo clasifica como paciente en alto riesgo; posteriormente se especificó el estilo de crianza predominante en la madre.

En diversos estudios relacionados con el peso corporal se han asociado con problemas biológicos, con costos por atención médica, pérdida de productividad, etc. La mayoría de los estudios han sido efectuados en población adulta, y en que las cifras obtenidas son impactantes debido a su magnitud; sin embargo la prioridad establecida por el Gobierno Federal Mexicano en el acuerdo nacional para la salud alimentaria que es una estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, considera a alumnos de educación básica, donde además engloba áreas afectivas y principios para promover, prevenir, revertir y disminuir el avance de la obesidad planteándose la importancia de que los padres participen en la toma de decisiones, y medidas de prevención: La directriz anteriormente señalada motivo para abordar la investigación para identificar la existencia o no de asociación entre el estilo de la crianza y el sobrepeso y la obesidad en una muestra de 102 niños y niñas, considerándose para ello el supuesto de que los niños no son autónomos al elegir los alimentos que consumen.

Se partió de la concepción del Dr. John Wiley que cita que los estilos de crianza de los padres, influyen en las prácticas de alimentación de los niños, y el conocerlas favorecerá

la intervención oportuna en la dinámica familiar y las prácticas de alimentación, la literatura plantea que la cultura latinoamericana tiende a tener un estilo autoritario, donde los padres ejercen presión y control al comer, por lo que brindar capacitación a los padres disminuirá en forma importante la incidencia y prevalencia de obesidad.

De los resultados obtenidos se tiene una distribución homogénea y comparable entre los niños(as) de peso ideal o normal y los de sobrepeso y obesidad con porcentajes similares, lo que permitió incluso durante el proceso del análisis de la información considerar la aplicación de análisis bivariado en una tabla dicotómica 2x2.

Al procesar los datos se descubre que las variables de escolaridad, servicios de la vivienda como agua, luz, telefonía y televisión no influyen en los resultados debido que tanto para los niños(as) de peso normal como para los niños(as) con sobrepeso y obesidad las cifras son similares e incluso los niveles de educación formal escolarizada son buenos ya que son de secundaria, bachillerato y licenciatura; lo que sí llama la atención es que, tres cuartas partes de las mujeres declararon que trabajan lo cual es un factor que de alguna manera debe de incidir en la crianza de los hijos; sin embargo hay otra serie de factores como los hábitos alimentarios inadecuados de las familias que son transmitidos de padres a hijos y están influidos por factores como la geografía, el clima, la vegetación, las costumbres, las experiencias, la capacidad de compra, la información disponible, la selección y preparación de los alimentos y la forma de consumirlos.

Diversos estudios realizados remarcan a la obesidad infantil como factor de riesgo cardiovascular, con un incremento de probabilidad de padecer enfermedades coronarias a edades más tempranas sin importar el género, y consideran que la obesidad se ve favorecida por un bajo nivel educativo materno.¹¹ En la investigación realizada la educación sobresaliente de las madres de niños(as) con sobrepeso es de primaria y en las madres de niños(as) con peso normal es de nivel bachillerato; sin embargo se dijo párrafo atrás de que no tiene relación la educación formal o escolarizada con el sobrepeso y la obesidad, debido a que en este caso el nivel declarado por las madres es de licenciatura; se podría entender lo educativo como de tipo cultural y no escolarizado ya que existe una confusión en el concepto de educación.

Con relación a los estilos de crianza que se refieren a un conjunto de actitudes e ideologías que modelan las acciones que adoptan los padres para educar e interactuar

con sus hijos y que es un proceso dinámico, que va sufriendo variaciones y se va adaptando a los cambios sociales y demográficos.²³

Se descubrió en la investigación realizada que el estilo predominante es el “democrático” tanto en peso normal como en los niños(as) con sobrepeso y obesidad por arriba del estilo autoritario que se definen como: en el democrático es el intento para dirigir a los niños imponiendo límites y conductas maduras, pero utiliza el razonamiento y la negociación, favorecen una actitud recíproca, donde saben que tienen derechos y también obligaciones, desarrollando la autoestima.²⁵; y por otra parte el estilo autoritario que incluye a los padres que dedican mucho esfuerzo en moldear, influir y controlar las actitudes de sus hijos, dificultan el dialogo y refuerzan con castigos, favoreciendo la inseguridad y dificultando la socialización.

Ante la disyuntiva para conocer la existencia o no de asociación entre los estilos de crianza y la presencia de sobrepeso y obesidad, se realizó un análisis más fino aplicando diversos procedimientos, descubriéndose de que a pesar de que en la comparación de estas variables vs estilos autoritario y estilo democrático por el método de casos y controles, la razón de momios (RM) o frecuencia relativa de la asociación entre el estilo de la crianza vs sobrepeso y obesidad fue de 0.74 lo que establece la tasa de incidencia o riesgo relativo que se tiene para la presencia de sobrepeso y obesidad debido al estilo autoritario; es decir que en efecto “sí” existe asociación entre ser autoritario y presencia de sobrepeso y obesidad en los niños(as), aunque la prueba Chi cuadrado indicó que la asociación es “no significativa”; ya que la $P > 0.05$; por otra parte, el riesgo atribuible fue de 0.35, o sea hay un 35 % de impacto efectivo del autoritarismo para la presencia de sobrepeso y obesidad. El riesgo atribuible es el impacto o fracción etiológica que tiene el estilo autoritario para la presencia de sobrepeso y obesidad, que significa el porcentaje que se evitaría para la presencia de sobrepeso y obesidad al cambiar de estilo en la crianza. Para incidir sobre el sobrepeso y la obesidad debe intervenir para corregir el estado nutricional.

La alimentación en la primera infancia está influenciada por los padres, pues las preferencias hacia los alimentos principalmente son aprendidas, por exposición repetida, por lo que exponer al menor a alimentos no saludables incrementa su riesgo de obesidad al favorecer el rechazo a ciertos alimentos.¹⁸

Por lo anterior el conocer los estilos de crianza paternos y su impacto en la masa corporal permitirá actuar para la prevención de los riesgos conocer la relación entre la crianza y comportamientos posteriores de los menores, así como las repercusiones en la interacción social entre los individuos, en los cambios afectivos, cognitivos y de actitudes

13.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se determinó que sí existe asociación entre el estilo de crianza autoritario y el desarrollo de sobre peso y obesidad en los niños de 2 a 9 años de edad.

Se clasificó el estado nutricional de los niños a los que se les realizó sonometría.

Se cuantificaron los estilos de crianza paternos en niños de 2 a 9 años que acudieron a consulta externa en el turno vespertino

Los resultados son un estímulo para los médicos familiares y otro personal de salud para predecir el riesgo de presentar obesidad a edades tempranas y favorecer la capacitación a los padres sobre la alimentación a base de una dieta equilibrada y el apego a la misma, evitando que a futuro los niños (as) sufran complicaciones en su salud, tales como diabetes, hipertensión, dislipidemias y síndrome metabólico en edades tempranas.

Para diseñar estrategias de intervención tendientes a prevenir el sobre peso y la obesidad infantil considerando el tema de los estilos de la crianza que contempla el cambio de las actitudes e ideologías de los padres para moldear la conducta de los hijos pero que muchas veces tienen un sentido negativo; al entender esos estados de su conducta mejorará el estado nutricional de los hijos.

Finalmente es recomendable continuar realizando investigaciones sobre el tema, ya que los resultados indican que, tanto para el estilo en la crianza autoritario como para el estilo democrático, se registran altos porcentajes de sobre peso y obesidad, debiendo reflexionar acerca de que también una democracia mal entendida lleva a actitudes de los padres que pudieran ser negativas con implicaciones en la salud de los niños (as).

14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	ENERO-FEBRERO 2014	MARZO-ABRIL 2014	MAYO JUNIO 2014	JULIO-AGOSTO 2014	SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2014	NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2014	ENERO-FEBRERO 2015	MARZO 2015	ABRIL 2015	MAYO 2015	JUNIO 2015	JULIO 2015	AGOSTO 2015	SEPTIEMBRE 2015	OCTUBRE 2015	NOVIEMBRE 2015	DICIEMBRE 2015	ENERO 2016	FEBRERO 2016	
Elección del tema de investigación	x																			
Revisión de la bibliografía		x	x	x																
Elaboración del protocolo		x	x	x	x	x														
Corrección del protocolo						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Presentación al Comité local de Investigación (CLI)										x	x	x	x	x	x	x		x		
Captura en base de datos																			x	
Análisis de resultados																			x	Xx
Discusión de resultados																			x	
Conclusiones																			x	
Presentación de Tesis																			x	x

}

15.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud (Sede WEB). Obesidad y Sobrepeso, 2014, (Consultada agosto 2014). Disponible desde:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- 2.- Romero VE, Vásquez GE, Machado DA, Larrosa HA. Guías clínicas para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y obesidad en pediatría. Comité de Nutrición, Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C. *Pediatría de México* 2012; 14(4): 186-196.
- 3.- Ortiz RO. Obesidad en la niñez: La pandemia. *Revista Mexicana de Pediatría* 2009; 76(1): 38-43.
- 4.- Moreno GM. Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2012; 23(2): 124-128.
- 5.- Redondo FC, Noriega BM. Importancia del exceso de peso. *Cuadernos de Pediatría Social, Sociedad de pediatra Social* 2011; 14(1): 4-6.
- 6.- Kaufer HM, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Médico del Hospital Infantil México* 2008; 65(1): 502-518.
- 7.- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. *Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil*. España: Ministerio de ciencia e innovación; 2009.
- 8.- Organización Mundial de la Salud (Sede WEB). Sobrepeso y obesidad infantiles. (Consultada agosto 2014). Disponible desde:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- 9.- UNICEF México (sede WEB). El doble reto de la malnutrición y la obesidad, (Consultada agosto 2014). Disponible desde:
<http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>

- 10.- Instituto nacional de salud pública. *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados por entidad federativa*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013.
- 11.- Sánchez CJ, Jiménez MJ, Fernández QF, Sánchez M. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista española de cardiología* 2013; 66(5): 371-376.
- 12.- Duelos MM, Escribano CE, Muños VF. Obesidad. *Revista de Pediatría en Atención Primaria* 2009; 11(16): 239-257.
13. - Rajmil L, López AS, Mompart PA. Calidad de vida relacionada con la salud y factores asociados al sobrepeso y obesidad en la población infantil de Cataluña. *Medicina Clínica* 2011; 137(2): 37-41.
- 14.- González GE. Obesidad: Análisis Etiopatogénico y Fisiopatológico. *Endocrinología y Nutrición* 2013; 60(1): 17-24.
- 15.- Ponce PG, Haro AM, Arce TM, Núñez SA, Ruiz EJ, Mayagoitia WJ. Obesidad y Tejido Adiposo. *Revista de Salud Pública y Nutrición* 2010; 11(2).
- 16.- Mercado P, Vilchis G. La Obesidad Infantil en México. *Alternativas en Psicología. Revista Semestral* 2013; 1(28): 49-57.
- 17.- Cardoso SG, Yamamoto KL, Mediana UA, Posadas SR, Caracas PN, Posadas RC. Exceso de Peso y Síndrome Metabólico en Adolescentes de la Ciudad de México. *Archivo de Cardiología México* 2010; 80(1): 12-18.
- 18.- Liria R. Consecuencias de la Obesidad en el Niño y el Adolescente: Un Problema que requiere Atención. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2012; 3(29): 357-360.
- 19.- Salas AI, Gattas ZV, Ceballos SX, Burrows AR. Tratamiento integral de la Obesidad Infantil: Efecto de una Intervención Psicológica. *Revista Médica de Chile* 2010; 138(1): 1217-1225.

- 20.- González JE, Aguilar CJ, García GC, García LP, Álvarez FJ, Padilla LC, Ocete HE. Influencia del entorno Familiar en el Desarrollo del Sobrepeso y Obesidad en una Población de Escolares de Granada (España). *Revista Nutrición Hospitalaria* 2012; 27(1): 177-184.
- 21.- Vázquez GE, Romero VE. Esquemas de Alimentación Saludable en Niños Durante sus Diferentes Etapas de Vida. Parte II. Preescolares Escolares y Adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 2008; 65(1): 605-615.
- 22.- Gobierno Federal. *Guía Técnica para la Cartilla Nacional de Salud*. México: Secretaría de Salud; 2008.
- 23.- Vielma RJ. Estilos de Crianza, Estilos Educativos y Socialización de Género: Fuentes de Bienestar Psicológico. *Acción Pedagógica* 2003; 12(1): 48-55.
- 24.- Vielma RJ. Estilo de Crianza en Familias Andinas Venezolanas. Un Estudio Preliminar. *Fermentum. Revista venezolana de Sociología y Antropología* 2002; 12(33): 46-65.
- 25.- Torio LS, Peña CJ, Rodríguez MC. Estilos educativos Parentales. Revisión Bibliográfica y Reformulación Teórica. *Teoría de la Educación Revista Interuniversitaria* 2008; 1(20): 151-178.
- 26.- Gaxiola RJ, Frías AM, Cuamba AN, Franco BD, Olivas SC (2006) 'Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana', *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), pp. 115-128.
- 27.- Domenech RM, Donovick RM, Crowley S. Estilos Parentales en un Contexto Cultural: Observaciones del Estilo Parental Protector en Latinos de Primera Generación. *Family Process* 2009; 48(2): 2-18.
- 28.- Cuervo MA. Pautas de Crianza y Desarrollo Socio afectivo en la Infancia. *Diversitas: Perspectiva en Psicología* 2010; 6(1): 111-121.

29. - Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America* 2001; 48(4): 893-907.
30. - Hood MY, Moore LL, Sundarajan RA, Singer M, Cupples LA, Ellison RC. Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *International journal obesity and related metabolic disorders: Journal of the international Association for the Study for obesity* 2000; 24(10): 1319-1325.
31. - Hubbs TL, Kennedy TS, Page MC, Topham GL, Harrist AW. Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles. *Journal of the American Dietetic Association* 2008; 108(7): 1154-1161.
- 32.- Sleddens EF, Gerards SM, Thijs C, De Vries NK, Kremers SP. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *International journal of pediatric obesity* 2011; 6(2): 12-27.
- 33- Bahrami F, Kelishadi R, Jafari N, Kaveh Z, Isanejad O. Association of children's obesity with the quality of parental-child attachment and psychological variables. *Acta paediatrica* 2013; 102(7): 321-324.
- 34- Lazarou C, Kalavana T, Leda MA. The influence of parents' dietary beliefs and behaviours on children's dietary beliefs and behaviours. The CYKIDS study. *Appetite* 2008; 51(3): 690-696.
- 35.- Gerards SM, Sleddens EF, Dagnelie PC, De Vries NK, Kremers SP. Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *International journal of pediatric obesity* 2011; 6(2): 28-45.
- 36.- Chacón VA. Control y presión al comer en madres de preescolares costarricenses, y su relación con la clase social, escolaridad, las prácticas de alimentación temprana y el índice de masa corporal de sus hijos e hijas. *Población y salud en Mesoamérica. Revista electrónica semestral* 2011; 9(1): 1-26.

37.- Peña QL, Madruga AD, Calvo RC. Alimentación del preescolar, escolar y adolescente. Situaciones especiales: Dietas vegetarianas y deporte. *Anales españoles de pediatría* 2001; 54(5): 484-496.

16.- ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
 Y POLITICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Estilos de crianza paternos y su asociación con obesidad en niños de 2 a 9 años que acuden a consulta de medicina familiar en el hospital general de zona 1 y medicina familiar.
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la asociación entre el estilo de crianza autoritario y obesidad en niños de 2 a 9 años que acuden a consulta de medicina familiar en el Hospital General de Zona 1 y Medicina Familiar.
Procedimientos:	Se pesará y medirá en bascula con estadiómetro a los niños de 2 a 9 años.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad al momento de pesar y medir a los niños.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el IMC del menor y su ubicación en la tabla de percentiles de Hernández, según grupo de edad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos contenidos en la encuesta podrán ser utilizados para publicaciones científicas. Se derivará a médico familiar los niños que presenten un IMC mayor de 29.
Participación o retiro:	La participación es libre y se podrán retirar en el momento que lo deseen, sin que afecte la atención en el Instituto Mexicano del seguro social.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos contenidos en la encuesta podrán ser utilizados para publicaciones científicas, pero se garantiza la confidencialidad de la misma.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Se derivara al consultorio de medicina familiar a los pacientes que presenten obesidad y sobrepeso para envio a nutricion, Medicina preventiva y toma de laboratorios según GPC.

Beneficios al término del estudio:

Conocer el estado nutricional del menor.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA SANDRA AIDEE BACA RODRIGUEZ EN HGZ1 Y MF ALTELEFONO 7712405597

Colaboradores: DRA DIANA ELVIRA MENDEZ TRUJILLO EN HGZ1 Y MF AL TELEFONO 7717753758

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Estilos de crianza paternos y su asociación con obesidad en niños de 2 a 9 años que acuden a consulta de medicina familiar en el hospital general de zona 1 y medicina familiar
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la asociación entre el estilo de crianza autoritario y obesidad en niños de 2 a 9 años que acuden a consulta de medicina familiar en el Hospital General de Zona 1 y Medicina Familiar.
Procedimientos:	Contestar las preguntas realizadas por el entrevistador del cuestionario de Practicas Parentales de Robinson.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad ante respuestas de ítems.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el estado nutricional del menor según las gráficas de Hernández.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos contenidos en la encuesta podrán ser utilizados para publicaciones científicas. Se derivará a médico familiar los niños que presenten un IMC mayor de 29, y menor de 18.
Participación o retiro:	La participación es libre y se podrán retirar en el momento que lo deseen, sin que afecte la atención en el Instituto Mexicano del seguro social.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos contenidos en la encuesta podrán ser utilizados para publicaciones científicas, pero se garantiza la confidencialidad de la misma.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Se derivara al consultorio de medicina familiar a los pacientes que presenten obesidad y sobrepeso para envio a nutricion, Medicina preventiva y toma de laboratorios según GPC.

Beneficios al término del estudio:

Conocer el estado nutricional del menor.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA SANDRA AIDEE BACA RODRIGUEZ EN HGZ1 Y MF ALTELEFONO 7712405597

Colaboradores: DRA DIANA ELVIRA MENDEZTRUJILLO EN HGZ1 Y MF AL TELEFONO 7717753758

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

ANEXO 2. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Escolaridad _____ Ocupación _____

Servicios Básicos de vivienda

Agua ____ Luz ____ Tel.____ T.V.____ Lavadora ____

Datos del Hijo

Edad _____ Sexo _____ Talla _____ Peso _____

IMC _____ Percentil _____

Escolaridad _____

Enfermedades _____

Marque la opción que se adecue a su situación		Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Motivo a mi hijo(a) a hablar de sus problemas.					
2	Disciplino a mi hijo(a) por medio del castigo más que usando la razón					
3	Conozco los nombres de los amigos de mi hijo(a).					
4	Encuentro difícil disciplinar a mi hijo(a).					
5	Felicito a mi hijo(a) cuando se porta bien.					
6	Nalgueo a mi hijo(a) cuando es desobediente.					
7	Juego y bromeo con mi hijo(a).					

8	Evito ofender o criticar a mi hijo(a) cuando actúa contrario a mis deseos.					
9	Muestro simpatía cuando mi hijo(a) se encuentra herido(a) o frustrado(a).					
10	Castigo a mi hijo(a) quitándole privilegios con poca o ninguna explicación.					
11	Consiento a mi hijo(a).					
12	Brindo confianza y entendimiento cuando mi hijo(a) se encuentra triste.					
13	Grito y rezongo cuando mi hijo(a) se porta mal.					
14	Me porto tranquila y relajada con mi hijo(a).					
15	Permito que mi hijo(a) moleste a otro.					
16	Le explico a mi hijo(a) lo que espero de él (ella) antes de que inicie una actividad.					
17	Ofendo y crítico para que mi hijo(a) mejore.					
18	Muestro paciencia con mi hijo(a).					
19	Jalo con fuerza a mi hijo(a) cuando es desobediente.					
20	Amenazo con castigar a mi hijo(a) y no lo cumplo.					
21	Estoy atenta a los deseos y necesidades de mi hijo(a).					
22	Permito a mi hijo(a) establecer las reglas de la familia.					
23	Discuto con mi hijo(a).					
24	Tengo confianza de mis habilidades para educar a mi hijo(a).					
25	Explico a mi hijo(a) las razones de las reglas que deben ser obedecidas.					
26	Me preocupo más de mis propios sentimientos que de los sentimientos de mis hijos.					
27	Le digo a mi hijo(a) que aprecio sus logros o sus intentos de lograr algo.					
28	Castigo a mi hijo(a) llevándolo(a) a un lugar aislado con poca o ninguna explicación.					

29	Ayudo a mi hijo(a) a entender el impacto de la conducta motivándolo(a) a que hable acerca de las consecuencias de sus propias acciones.					
30	Temo que disciplinar a mi hijo(a) cuando se porte mal provocará que no me quiera.					
31	Tomo en cuenta los deseos de mi hijo(a) antes de pedirle que haga algo.					
32	Exploto en enojo con mi hijo(a).					
33	Me doy cuenta de los problemas y preocupaciones que tiene mi hijo(a) en la escuela.					
34	Antes castigaba más frecuentemente a mi hijo(a) que ahora.					
35	Le expreso afecto a mi hijo(a) con abrazos, besos o al cargarlo(a).					
36	Ignoro la mala conducta de mi hijo(a).					
37	Empleo el castigo físico como una manera de disciplinar a mi hijo(a).					
38	Disciplino a mi hijo(a) después de que se porta mal.					
39	Pido perdón a mi hijo(a) cuando comento errores al educarlo(a).					
40	Le digo a mi hijo(a) que es lo que tiene que hacer.					
41	Me dirijo hacia mi hijo(a) cuando causa algún problema.					
42	Hablo y razono con mi hijo(a) cuando se porta mal.					
43	Doy una cacheteada a mi hijo(a) cuando se porta mal.					
44	No estoy de acuerdo con mi hijo(a).					
45	Permito que mi hijo(a) interrumpa a otros.					
46	Tengo tiempos agradables junto a mi hijo(a).					
47	Cuando dos niños se están peleando, primero					

	los disciplino y después les pregunto por qué lo hicieron.					
48	Animo a mi hijo(a) a que libremente exprese lo que siente cuando no está de acuerdo conmigo.					
49	Premio a mi hijo(a) para que reconozca lo que hace bien.					
50	Ofendo y critico a mi hijo(a) cuando no hace bien lo que tiene que hacer.					
51	Respeto las opiniones de mi hijo(a) al ayudarlo a que las exprese.					
52	Mantengo reglas claras y estrictas a mi hijo(a).					
53	Le explico a mi hijo(a) como me siento con su buena o mala conducta.					
54	Amenazo a mi hijo(a) con castigarlo(a) con poca o ninguna justificación.					
55	Tomo en cuenta las preferencias de mi hijo(a) al hacer los planes familiares.					
56	Cuando mi hijo(a) me pregunta por qué tiene que hacer algo, le contesto que, porque yo lo digo, o porque soy su mamá y porque así lo quiero.					
57	Me muestro insegura sobre qué hacer ante la mala conducta de mi hijo.					
58	Explico a mi hijo(a) las consecuencias de su mala conducta.					
59	Demandado que mi hijo(a) haga cosas.					
60	Cambio la mala conducta de mi hijo(a) hacia actividades más aceptables.					
61	Jalo a mi hijo(a) cuando es desobediente.					
62	Explico a mi hijo(a) las razones de las reglas.					