



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD EN ESCOLARES CON LOS
HÁBITOS, PRÁCTICAS Y ESTILOS DE ALIMENTACIÓN DE LOS
PADRES EN LA UMF 09 DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTA:
DR. ANA GLORIA GARCIA RODRIGUEZ

ASESORES:
DR. BENJAMÍN ACOSTA CAZARES
DRA. VANESSA CRYSTAL SÁNCHEZ ESCALANTE

CD.MX., FEBRERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorización de la Tesis

Vo. Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cázares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Vo. Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cázares
Asesor metodológico
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Vo. Bo.

Dr. Vanessa Crystal Sánchez Escalante
Asesor clínico
Unidad de Medicina Familiar 09 “San Pedro de los Pinos”

ÍNDICE

Resumen	3
Marco teórico	5
Justificación	16
Planteamiento del problema	17
Hipótesis	18
Objetivo	
Generales	18
Específicos	19
Variables	19
Criterios de selección	27
Tipo y diseño de estudio	28
Material y métodos	28
Universo de estudio	28
Ámbito geográfico	28
Límites de tiempo	28
Descripción General del estudio	29
Procedimientos	29
Aspectos estadísticos	31
Muestreo	31
Tamaño de la muestra	31
Análisis estadístico	32
Instrumentos para la recolección de datos	33
Aspectos éticos	33
Recursos físicos, humanos y financieros	35
Financiamiento	35
Factibilidad	35
Difusión	37
Trascendencia	37
Resultados	38
Discusión	52
Conclusiones	56
Referencias bibliográficas	58
Anexos	64
1. Carta de consentimiento informado	64
2. Instrumento de recolección	66

RESUMEN

Asociación entre obesidad en escolares con los hábitos, prácticas y estilos de alimentación de los padres en la UMF 09 de la Ciudad de México.

García-Rodríguez Ana Gloria¹, Acosta-Cazares Benjamín¹, Sánchez-Escalante Vanessa Crystal²,

¹Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, ²UMF San Pedro de los Pinos.

El sobrepeso y la obesidad en niños es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. La prevalencia de sobrepeso y obesidad combinadas de los 5 a 11 años fue de 33.2% en 2016 conforme a la ENSANUT. Modelos que tratan de explicar el origen del sobrepeso y obesidad infantil, engloban en tres grandes grupos los factores de riesgo: características de la comunidad y sociodemográficas, estilos de los padres y el contexto familiar, y las características de los mismos niños; aunado a esto los estilos parentales y características de la familia (dieta, actividad física, prácticas de alimentación).

Pregunta de Investigación: ¿Cuál es la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con los estilos y prácticas de alimentación, y hábitos (actividad física) de sus padres?

Hipótesis: Los niños de 6 a 12 años con padres autoritarios, permisivos, con restricción de los alimentos, falta de monitorización, y baja actividad física, tendrán un mayor riesgo de padecer sobrepeso y obesidad.

Objetivo: Estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con los estilos y prácticas de alimentación y hábitos (actividad física) de los padres.

Material y métodos: Estudio de casos y controles no pareado que se realizó en la UMF 09 San Pedro de los Pinos durante septiembre 2016 a febrero 2018 en diadas de madre/padre e hijo(a) de 6 a 12 años, para lo cual se aplicó un cuestionario sobre estilos y prácticas de alimentación y se midió y pesó a madre e hijo(a). Se realizaron frecuencias simples y proporciones, prueba de Kolmogorov-Smirnov, mediana y rango intercuartil (RIC), se utilizó Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher. En el análisis multivariado se utilizó un modelo de regresión logística múltiple.

Resultados: Se entrevistaron 599 escolares con su madre o padre, 245 casos y 354 controles. El 97.7% de las encuestas fueron respondidas por madres. De los casos, la mediana de edad de los padres fue de 35 años con RIC 11.5, y de los controles 34 con RIC de 11. De acuerdo con la clasificación de la OMS sobre el IMC, entre los padres de los casos el 18.4% tenían peso normal, 38.8% sobrepeso y 42.9% obesidad; de los controles tenían el 31.1%, 41.5% y 27.4%, respectivamente. Sobre el sexo de los menores, 55.9% fueron de masculino entre los casos y 48.3% entre los controles. La mediana de edad para ambos casos y controles fue de 8 años con RIC de 3. De los menores, entre los casos el 16.3% realizaban actividad física solamente en la escuela y 83.7% en la escuela y otro lugar, y entre los controles 7.3% y 92.7%, respectivamente. De los padres de los casos el 8.2% realizaban actividad física recomendada, 77.6% insuficiente, y 14.3% eran inactivos, y entre los padres de los controles 11.6%, 76.6% y 12.9%, respectivamente. Sobre las prácticas de alimentación, los casos realizaban un nivel de presión alto en 17.6% y los controles en un 41.5%; de

monitoreo, los casos realizaban nivel alto nivel en un 66.5% y los controles 71.5%; acerca de la restricción, los casos tenían nivel alto en un 11.8%, y los controles 6.8%. La frecuencia del estilo de crianza democrático se presentó en un 89% en los casos y 91.2% en los controles, del autoritario en un 2% y 1.1%, y sobre el permisivo en un 9% y 7.6%, respectivamente.

En el análisis bivariado, aquellos niños que realizaban la actividad física en otros lugares además de en la escuela razón de momios (RM) 0.41 con intervalo de confianza al 95% (IC95%) de 0.241 a 0.686 y $p < 0.001$. Según el nivel de actividad física realizado por los padres, los niños de padres que realizaban actividad física insuficiente RM 1.44 (IC95% 0.816, 2.531), y en los que eran inactivos RM 1.71 (IC95% 0.850, 3.433), $pt=0.14$. Sobre las prácticas de alimentación aquellos con nivel de presión alto RM 0.28 (IC95% 0.185, 0.424), y nivel de presión medio RM 0.81 (0.542, 1.230) $pt < 0.001$. Sobre monitoreo, aquellos con nivel alto tuvieron RM 0.91 (IC95% 0.555, 1.508), y nivel medio RM 1.27 (IC95% 0.701, 2.302), $pt=0.38$. En cuanto a la restricción, aquellos con un nivel alto RM 2.12 (IC95% 1.190, 3.797), y con nivel medio RM 1.56 (IC95% 1.080, 2.257) $pt=0.002$. En el análisis de los estilos de crianza, se encontró un RM 1.85 (IC95% 0.492, 6.975) $p=0.36$ para el estilo autoritario, y RM 1.21 (IC95% 0.670, 2.175) $p=0.53$ para el estilo permisivo, comparados con el estilo democrático. En el análisis multivariado, el niño que realizaba ejercicio en otro lugar además de la escuela RM ajustada (RMa) de 0.37 (IC95% 0.206, 0.650) $p < 0.001$. Respecto a los estilos de crianza los niños con padres autoritarios RMa 1.23 (IC95% 0.292, 5.209) $p=0.78$, los hijos de padres permisivos RMa 1.67 (IC95% 0.869, 3.193) $p=0.12$. En cuanto a las prácticas de alimentación, un nivel alto de presión tuvo RMa 0.20 (IC95% 0.124, 0.319) $p < 0.001$, nivel medio RMa 0.71 (IC95% 0.458, 1.107) $p=0.13$, comparándose con el nivel bajo; sobre monitoreo, el nivel alto tuvo RMa 0.92 (IC95% 0.531, 1.582) $p=0.75$, el nivel medio RMa 1.39 (IC95% 0.724, 2.672) $p=0.32$, comparados con el nivel bajo; sobre la restricción, el nivel alto obtuvo RMa 3.55 (IC95% 1.807, 6.997) $p < 0.001$, el nivel medio RMa 2.14 (IC95% 1.394, 3.284) $p < 0.001$, comparados con el nivel bajo. Según el nivel de actividad física de los padres, ser hijo de padres inactivos RMa 1.28 (IC95% 0.582, 2.818) $p=0.54$, de padres con actividad insuficiente RMa 1.25 (IC95% 0.675, 2.331) $p=0.47$.

Conclusiones: De acuerdo con lo encontrado, se puede observar que los padres juegan un papel importante como modelos para los niños. Así, las prácticas de alimentación influyen en el estado nutricional del menor, provocando la sobreingesta, o disminuyéndola de alimentos no sanos. Sin embargo, posterior al análisis de los resultados del estudio y los encontrados en otros, podemos concluir también que la mejor manera de estudiar las conductas es a través de estudios longitudinales, con más de una medición a través del tiempo, ya que, al hablar de enfermedades crónicas, con un periodo de latencia amplio como lo es la obesidad, puede existir variación en el tiempo que sería importante medir. También hace falta que se unifique la clasificación de los estilos de crianza y seguir estudiando otras prácticas de alimentación relacionadas al ámbito familiar, social y cultural que también influyan en la forma de alimentar a los niños.

Palabras clave: obesidad infantil, estilos parentales, prácticas de alimentación.

MARCO TEÓRICO

Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes

El sobrepeso y la obesidad en niños es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema se presenta en todo el mundo, afectando a países desarrollados y países de medianos y bajos ingresos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad en el caso de los niños y adolescentes de 5 a 19 años (1) como:

- Sobrepeso: es el índice de masa corporal (IMC) para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- Obesidad: es el IMC para la edad mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

En la ENSANUT 2012, se reporta en niños de 5 a 11 años una prevalencia de sobrepeso y obesidad combinadas de 34.4% (2). Por su parte la ENSANUT 2016 publica la prevalencia de sobrepeso y obesidad a partir de los 5 a 11 años y en adolescentes de 12 a 19 años de edad, donde se encuentra que en el primer grupo la prevalencia fue de 33.2%, y para el grupo de adolescentes de 36.3%, cifras que no concluyen que exista una disminución o aumento respecto a las prevalencias encontradas en la ENSANUT 2012 (3).

La obesidad infantil es una enfermedad crónica de origen multifactorial (genético, ambiental, neuroendocrino, metabólico, conductual, social y cultural). Se asocia también a un proceso de inflamación de baja intensidad, por lo que conlleva a que el niño presente alteraciones posteriores. De manera global, la obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras, además de tener mayor probabilidad de presentar obesidad durante su vida adulta y presentar enfermedades no transmisibles a edades más tempranas. La OMS clasifica los

efectos de la obesidad en niños y adolescentes a corto y mediano plazo. A corto plazo están las psicológicas como baja autoestima, dificultad para la socialización y bajo rendimiento escolar, y las médicas en las que se encuentran las dislipidemias, alteraciones ortopédicas y hepáticas, cifras elevadas de la tensión arterial y mayor riesgo de desarrollar intolerancia a la glucosa. Por otro lado, se encuentran los efectos a largo plazo que se refieren a la progresión de los efectos antes mencionados, como es continuar siendo obeso, desarrollar hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares (4). Si no se realiza una intervención en este grupo, estos niños se mantendrán obesos durante toda su vida y por consiguiente presentarán las enfermedades antes mencionadas en algún momento.

Modelos que tratan de explicar el origen del sobrepeso y obesidad infantil, engloban en tres grandes grupos los factores de riesgo, que son: características de la comunidad y sociodemográficas, estilos de los padres y el contexto familiar, y por último las características de los mismos niños. El impacto que tienen estos factores para que un niño desarrolle sobrepeso, está moderado por las propias características del niño como son edad, sexo, y susceptibilidad a ganar peso; además para que se presenten estos factores de riesgo también estarán involucrados los padres a través de sus estilos parentales y las características de la familia, como la dieta que llevan, la cantidad de ejercicio que realizan, el conocimiento sobre alimentación, prácticas de alimentación, y las interacciones con sus hermanos (5).

La actividad física es un punto importante en el desarrollo del sobrepeso y obesidad como algunos autores han reportado que niveles menores de actividad física se han asociado a mayor IMC, mayor masa grasa, y obesidad (6,7). La actividad física que realizan los niños se ve influenciada primero por las características de ellos mismos como el sexo y la edad, así como de los padres y de lo que observan en su escuela y compañeros. Los hijos de padres que realizan actividad física se verán influenciados positivamente a que realicen también ésta (8). En la literatura se habla

de que las niñas realizan menos actividad física que los niños debido al hecho de que los deportes se asocian a actividades poco femeninas, y que esto podría variar dependiendo de la edad y de la influencia que ejercen los amigos y padres. Por otro lado, las características sociodemográficas también tienen un papel muy importante en que se realice o no actividad física ya que influye el conocimiento de los padres para saber que la actividad física provee un efecto beneficioso para la salud de sus hijos y para ellos mismos; y por otra parte el nivel socioeconómico, que se traduce en la disponibilidad y seguridad de centros recreacionales dependiendo del sitio donde se encuentre la vivienda de la familia. La actividad física va relacionada al sedentarismo, ya que las actividades que realizan los niños con hábitos sedentarios son: mayor tiempo viendo televisión o jugando video juegos, que estarían ligados a la monitorización que tienen los padres con ellos, a la disponibilidad de tiempo de atenderlos y a la mayor capacidad adquisitiva de aparatos electrónicos que facilitan su mayor uso. En un estudio realizado por Berkey, et al. reporta que las actividades sedentarias se asocian con un mayor incremento en el IMC en tan solo el periodo de un año (9). Otros estudios no han encontrado asociación entre actividades sedentarias y el peso, lo que podría sugerir, que esta asociación puede estar influenciada por otros factores como el nivel socioeconómico, u otras conductas, por ejemplo, la ingesta de diversos alimentos durante el tiempo que se ve televisión, entre otros (7).

La interacción que se da entre los padres y los niños es de suma importancia pues es el origen de las conductas que irán adquiriendo los niños durante su vida, y su influencia puede llevar a que un niño padezca sobrepeso u obesidad. Los patrones de alimentación que el niño adquiere van evolucionando de acuerdo con el contexto familiar, en pocas palabras, la dieta de los hijos será similar a la de los padres. Una explicación que se le da a esto es que la genética juega un papel importante en la percepción del sabor, las preferencias por la comida, el hambre y la saciedad; sin embargo, esto no explica del todo como se relacionan los patrones de dieta entre los habitantes de un mismo hogar, ya que también entra en juego la disponibilidad de los alimentos, el conocimiento, y las prácticas de alimentación (5).

Actualmente se conoce como algunos estilos y prácticas de crianza y/o alimentación que tienen los padres con sus hijos afectan el peso a largo plazo de su hijo. Por esta razón se han iniciado otras líneas de investigación sobre obesidad en las que se toman en cuenta estos estilos y prácticas.

Estilos de crianza y prácticas de alimentación

El efecto que tiene la forma en que los niños son criados, alimentados, como aprenden a alimentarse y el ejemplo de los padres que tienen desde edades tempranas para su vida futura, resulta un aspecto importante a tomar en cuenta, ya que de esto dependerán sus hábitos en general y por consiguiente su salud en la edad adulta. Resulta de importancia el estudio de factores modificables de problemas de peso, ya no enfocándose en el cambio de tipo y cantidad de alimentos, si no buscar desde antes como se aprenden diferentes hábitos, ya sea de alimentación o actividad física, por la influencia de los padres.

Es cierto que los padres ejercen un importante poder en los patrones de alimentación de sus hijos y por ende en su peso a través de sus prácticas de alimentación. Los niños pequeños atraviesan una etapa importante para su desarrollo digestivo y se ha encontrado que las conductas de alimentación que se establecen para el término de la etapa preescolar y durante la etapa escolar se mantendrán después en su vida (10).

Los padres van modificando las prácticas de alimentación de sus hijos, con el fin de que coman lo que a su forma de ver es lo más adecuado, sin saber los efectos que esas prácticas tendrán a corto y/o largo plazo en los niños sobre su conducta alimentaria y en la capacidad de autorregulación del consumo de alimentos durante su vida (11). Además, se ha reportado que en las madres con sobrepeso es más común que den de comer a sus hijos snacks de bajo nivel nutritivo y que estos niños también consuman proporciones más altas de grasas; así mismo, los padres con

sobrepeso utilizan prácticas de alimentación controladoras debido al estado de peso de sus hijos, que tiende a ser como en ellos, con sobrepeso (12).

Existen fundamentos pedagógicos y de otras disciplinas en los que se basa el aprendizaje de conductas y hábitos para abordar problemas no clínicos de alimentación como: rehusarse a consumir determinados alimentos, las restricciones o llenarse fácilmente; sin embargo, en la práctica se realizan acciones y recomendaciones basadas en mitos, supuestos personales y estados emocionales (11). Por ejemplo, aunque los padres pudieran ser conscientes de la capacidad de autorregulación de la ingesta de sus hijos desde los primeros meses, en la práctica no parecen confiar en sus hijos cuando muestran señales de saciedad (13).

La forma en que los padres interactúan con sus hijos durante las comidas o respecto a las actividades recreativas, puede influenciar la elección de las prácticas de los padres o los resultados (14). Esto es, porque la interacción durante las comidas entre padres y sus hijos es bidireccional y es influenciada a su vez por una amplia variedad de factores ambientales como es el nivel socioeconómico y la cultura, también los conocimientos, actitudes y conductas de los padres, y las mismas características de los niños como su temperamento, y sus conductas ya aprendidas (15).

Por esto, al estudiar las prácticas y los estilos, es importante tomar en cuenta el tiempo, la disponibilidad y el conocimiento que tienen los padres para escoger y preparar los alimentos de sus hijos. En esto se engloba el tipo de trabajo de los padres y la cantidad de horas que pasa en el trabajo, el nivel socioeconómico, la etnicidad, creencias, ya que de esto depende como perciben el estado nutricional de sus hijos y el tipo de alimentos que proporcionan al pensar que unos son mejores que otros, que finalmente modifica sus prácticas de alimentación.

Estilos de crianza

Los estilos de alimentación se refieren a la actitud general y clima emocional que los padres crean con su hijo durante la crianza. Se basa en dos dimensiones: de exigencia y de responsabilidad sobre las conductas de sus hijos (16). Por exigencia se refiere a la medida en que los padres son demandantes con sus hijos. Y por responsabilidad se refiere a la medida en que los padres muestran sensibilidad acerca de las necesidades de los niños.

Existen diversas clasificaciones de los estilos de crianza, las cuales han derivado de diferentes investigaciones. Una de las más utilizadas es la propuesta por Baumind, que en estudios realizados en 1967 (16), identificó tres estilos de crianza diferentes, los cuales son resultado del cuestionario “The Parenting styles and dimensions questionnaire” (17):

- Democrático: padres que dirigen las actividades de su hijo de manera racional, de una forma orientada a un objetivo. Se caracteriza por exigencias nutricionales razonables y por tener una estructura de alimentación, así como sensibilidad de las necesidades del niño.
- Autoritario: son padres que moldean, controlan y evalúan la conducta y las actitudes de su hijo de acuerdo con un estándar de conducta, de manera que este tipo de estilo no toma en cuenta el “dar y recibir”, sino que, creen que su hijo debe aceptar lo que ellos digan pues su palabra es lo correcto. Por lo que es caracterizado por prácticas de alimentación controladas con poca sensibilidad hacia las necesidades del niño.
- Permisivo: se definen como aquel padre que no castiga, acepta, y permite los impulsos del niño, sus deseos y acciones, no ejercen control ni enfrentan a sus hijos a que obedezcan. Se caracteriza por falta de reglas y de estructura de la alimentación permitiendo al menor la libertad de escoger lo que consume.

Rhee, et al, encontraron que el estilo autoritario fue el que se asociaba con un mayor riesgo de sobrepeso en niños con una RM 4.88 (IC95% 2.15, 11.10), en segundo lugar, el estilo permisivo RM 2.84 (IC95% 1.10, 7.35), con lo que concluyeron que resulta necesario entender el mecanismo de cómo los estilos llevan a sobrepeso para poder desarrollar intervenciones dirigidas (18); para la medición de los estilos utilizaron dos escalas que dicotomizaron sus resultados y combinaron para formar los estilos de crianza, estableciendo el punto de corte según la media de sus mediciones. Wake et al. estudiaron los estilos de madres y padres analizándolos por separado y en conjunto con un estudio transversal a partir de datos de una cohorte, sin embargo, no encontraron asociación del estilo autoritario, mientras que del estilo permisivo si encontraron un mayor riesgo de sobrepeso en los hijos cuando analizaron en conjunto madres y padres, con una RM de 1.59 (IC95% 1.25, 2.03) (19).

Hennessy, et al. encontraron que el estilo permisivo o indulgente se relacionaba con mayor ingesta calórica, así como alimentos con bajo nivel nutritivo, mayor consumo de bebidas azucaradas, grasas, carne, frijoles y leche. Un estilo no comprometido se asoció negativamente con la ingesta calórica y bebidas azucaradas; e igualmente se encontró una mayor asociación con peso mayor e IMC. Por su parte el estilo democrático se asoció negativamente con el consumo de alimentos con bajo nivel nutritivo, y grasas (20).

En otro estudio de diseño transversal, donde participaron familias afroamericanas e hispanoamericanas, encontraron que el estilo indulgente se asocia con menor sensibilidad de la saciedad, mayor disfrute de la comida y mayor IMC en los niños; además de mayor riesgo de un IMC más alto en comparación con un estilo autoritario (21). Hughes, et al. realizaron un estudio en el que su objetivo principal fue observar si existía diferencia entre el clima y las conductas creadas de los padres con sus hijos dependiendo del estilo de alimentación y como objetivo secundario fue buscar si existía asociación del estilo de alimentación con el IMC del menor. Encontraron que niños hispanos con padres indulgentes tenían mayor IMC

comparado con niños hispanos con padres con los otros estilos de alimentación, sin embargo, no encontraron dicha asociación en niñas ni en los niños afroamericanos (22). A partir de este estudio se puede apreciar que existen diferencias en la asociación dependiendo del género y el grupo étnico de estudio, lo que justifica su estudio en diferentes tipos de población, ya sea por localización geográfica, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo, entre otros.

Rodenburg, et al. en su estudio transversal, en el cual dividieron los estilos en 5 (democrático, permisivo, autoritario, negligente y rechazador) reporta que el estilo de alimentación democrático fue protector para el riesgo de obesidad y se asoció con un mayor consumo de frutas y verduras, mencionando que este estilo con reglas y límites claros daban como resultado un IMC más sano (23).

Es importante mencionar que de las investigaciones que han estudiado los estilos de crianza y/o alimentación utilizan diferentes escalas, que dividen los estilos en diferentes dependiendo de las características que toman en cuenta para crearlos, lo que podría explicar las diferencias e inconsistencias en sus resultados, además del papel que juega en estas conductas los factores sociodemográficos.

Prácticas de alimentación

Por otro lado, se encuentran las prácticas de alimentación, que tienen un enfoque orientado a metas para alimentar, donde los padres tienen objetivos específicos acerca de cómo y qué dan de comer a sus hijos, y se basa en el incremento o decremento de la ingesta de ciertos alimentos. Dependiendo del tipo de práctica, estas pueden llevar a consecuencias negativas para el desarrollo de conductas apropiadas de alimentación en los niños (24).

Se han estudiado diferentes prácticas que resultan perjudiciales (25):

- Forzar o presionar por comer ciertos alimentos.
- Restringir alimentos.

- Utilizar la comida como premio.
- Representar modelos de alimentación poco apropiados.
- Disponibilidad de alimentos, entre otros.

Sin embargo, el “Child Feeding Questionnaire” es el instrumento que se usa mayormente para medir las prácticas de alimentación de los padres en el estudio de la obesidad infantil (26). Este cuestionario se basa en la medición principalmente de 3 prácticas:

- Restricción: se refiere a los límites que los padres establecen para que sus hijos tengan acceso a alimentos “chatarra”.
- Presión para comer: es como los padres se aseguran de que sus hijos coman lo que consideran lo suficiente y adecuado.
- Monitorización: es como los padres están al pendiente de la cantidad que los niños consumen de alimentos “chatarra”.

Los padres que continuamente presionan a comer a sus niños desvían su atención de sus señales de saciedad, lo que produce que tengan problemas para su propia regulación (27). Las prácticas de alimentación restrictivas han demostrado ser contraproducentes de tal manera que esos alimentos restringidos son buscados e ingeridos por el niño cuando los encuentran disponibles y los padres no están allí.

Cuando se utiliza la comida “chatarra” como premio, se convierte en un objeto deseado, mientras que los alimentos sanos se vuelven menos deseados (28). A largo plazo, esto podría conducir a un cambio en la neurofisiología que sensibiliza al sistema mesolímbico dopaminérgico del cerebro para desear una mayor cantidad de la recompensa (29).

En un artículo de revisión se encontró que existe inconsistencia de algunas conductas, sin embargo, concluyen que la restricción ha sido encontrada en diferentes estudios como factor de riesgo para dieta, el peso del niño o ambos, y en algunos de ellos se ha encontrado una relación causal (26). También los modelos,

o el ejemplo de los padres se asocian positivamente con la ingesta de los niños, sin embargo, los padres pueden de manera no intencionada mostrar modelos de conductas no sanas sin darse cuenta de las consecuencias para sus hijos (30).

Birch, et al. en un estudio longitudinal sobre el uso de prácticas restrictivas en niñas, encontraron que esta práctica promueve el comer en exceso (27). Por su parte, Rollins et al. examinaron la restricción de alimentos snacks y el cambio de peso a 3 años, donde clasificaron en cuatro grupos si tenían acceso ilimitado, con límites, pero sin restringir snacks, con límites y restricción de snacks altos en grasa y azúcar y por último con límites y restricción de todo tipo de snacks. Aquí encontraron que las niñas con límite y restricción de todos los snacks mostraron un mayor nivel de comer en ausencia de hambre a la edad de 5 años. Esto lo traducen como estas niñas con restricción total desarrollan un menor control de inhibición con una mayor expectativa del premio (comida) y por lo tanto eran más pesadas que las niñas con un alto control y bajo nivel de expectativa. Aunque también en sus resultados demostraron que las niñas con acceso ilimitado a los snacks también mostraban un mayor IMC (31).

Holland et al. realizaron un ensayo clínico con 16 sesiones familiares sobre un tratamiento para bajar de peso a niños de 7 a 11 años de edad. Durante el ensayo, las prácticas restrictivas fueron disminuyendo y orientándose, y a su vez también el peso de los niños. También, en el seguimiento observaron que disminuyó el consumo total de energía consumida a partir de grasas, disminuyeron la ingesta de azúcar e incrementó la ingesta de frutas y vegetales. Concluyeron que la restricción selectiva, sólo sobre grasas y cantidad de calorías ingeridas pueden ayudar a promover un mejor IMC (32).

Wehrly et al. realizaron un estudio con una muestra amplia en etnicidad y nivel socioeconómico, donde encontraron que la presión para comer era diferente según el grupo. Los padres que reportaron mayor presión para comer fueron los blancos hispanos, negros y asiáticos, mientras que los que ejercían menor presión para

comer fueron los blancos no hispanos. También, el ingreso mensual se relacionó inversamente a la presión para comer, la percepción del peso del niño y el IMC del niño (33). Lo que justifica que se realice el estudio de estas prácticas y sus factores de riesgo en diferentes poblaciones, como también se había mencionado en el apartado de los estilos de crianza, pues estas características son influenciadas por factores sociodemográficos.

Gubbles et al. en su estudio longitudinal, encontraron que la monitorización por los padres sobre la ingesta de sus hijos a la edad de 5 años se asocia con menor peso y una mejor calidad en la dieta a los 7 años de edad, por lo que concluyeron que la monitorización podría ser protectora contra el sobrepeso (34).

JUSTIFICACIÓN

El estado nutricional en los menores representa un punto importante para su vida futura, ya que el desarrollo de hábitos y el crecimiento durante sus primeros años de vida estará ligado a la salud que alcanzarán en su vida adulta.

En nuestro país, con una alta y creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, resulta de importancia evaluar sus factores de riesgo, sobre todo aquellos factores que programen al menor a desarrollar conductas no adecuadas de alimentación.

Con el presente estudio se pretende conocer el riesgo de presentar sobrepeso y obesidad según los estilos y prácticas de alimentación de los padres y de su actividad física, así como de la misma actividad física en los menores. Estudiar conductas provee información sobre factores modificables de problemas de peso que se enfoquen a realizar intervenciones que mejoren las prácticas de alimentación y un peso saludable, con lo que se verán beneficiados los menores de edad al no estar expuesto a malas prácticas de alimentación y los padres al recibir recomendaciones enfocadas a mantener un peso saludable en su hijo. Así mismo, esta información será útil para el instituto para la realización de recomendaciones enfocadas en el primer nivel de atención, con lo cual a largo plazo ayudará a disminuir la prevalencia de la enfermedad y por consiguiente ayudará en la disminución de la presentación de las complicaciones de la obesidad, que se traducirá en disminución de costos por atención médica.

No resultaría en una investigación costosa, pues no requiere de exámenes diagnósticos de alto costo, sólo de la participación de los pacientes, sin ningún riesgo para la salud e integridad del participante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sobrepeso y la obesidad en niños es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. La ENSANUT 2016 publica la prevalencia de sobrepeso y obesidad a partir de los 5 a 11 años y en adolescentes de 12 a 19 años de edad, donde se encuentra que en el primer grupo la prevalencia de sobrepeso y obesidad combinada fue de 33.2%, y para el grupo de adolescentes fue de 36.3%.

La obesidad infantil es una enfermedad crónica de origen multifactorial que de manera global se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras, además de tener mayor probabilidad de presentar obesidad durante su vida adulta y presentar enfermedades no transmisibles a edades más tempranas.

La obesidad infantil es un problema que va en aumento alrededor del mundo, sin embargo, las distintas medidas que se han establecido para su reducción han logrado muy poco. Si no se realiza una intervención en este grupo, estos niños se mantendrán obesos durante toda su vida y por consiguiente presentarán las enfermedades antes mencionadas en algún momento.

Es por esto, que resulta imprescindible buscar otro tipo de factores que condicionen este padecimiento desde etapas tempranas. Para ello han surgido nuevas líneas de investigación sobre conductas, que se refieren a estilos y prácticas de alimentación y de ellas se han identificado que algunas actúan como promotoras de obesidad con ciertas inconsistencias (padres autoritarios o indulgentes, presión, restricción, utilización de comida como premio, una dieta pobre, comidas en familia infrecuentes, prácticas de alimentación no responsables de los padres, entre otras) que se asocian con el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil. En los diversos estudios que investigan la asociación de los estilos de crianza y prácticas de alimentación se utilizan diferentes cuestionarios, además de que no toman en cuenta otros factores que han sido comprobados como factores de riesgo para obesidad infantil, como IMC de los padres, peso al nacimiento, tiempo de lactancia

materna, actividad física, nivel socioeconómico, el acceso a alimentos, la educación de los padres, y el entorno de los menores, entre otros.

Por lo anterior mencionado surgieron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con los estilos y prácticas de alimentación, y hábitos (actividad física) de sus padres?
- ¿Cuál es la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con su actividad física?

HIPÓTESIS

- Los niños de 6 a 12 años con padres autoritarios, permisivos, con restricción de los alimentos, falta de monitorización, y baja actividad física, tendrán un mayor riesgo de padecer sobrepeso y obesidad.
- Los niños de 6 a 12 años con baja actividad física tendrán un mayor riesgo de padecer sobrepeso y obesidad.

OBJETIVOS

General

- Estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con los estilos y prácticas de alimentación, y hábitos (actividad física) de los padres.
- Estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con su nivel de actividad física.

Específicos

- Estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con los estilos de alimentación (Democrático, Autoritario, Permisivo) de sus padres.
- Estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de 6 a 12 años con las prácticas de alimentación (Presión, Restricción, Monitorización) de sus padres.
- Estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con la actividad física de sus padres.
- Estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años con su nivel actividad física.

VARIABLES

Variable dependiente:

IMC por edad del niño

Naturaleza: Cualitativa

Medición: Ordinal

Definición conceptual: El índice de masa corporal es la relación entre el peso (en kilos) y la longitud en posición recostada o la estatura en posición vertical (en metros cuadrados) (44).

Definición operacional: Se obtendrá midiendo la talla y el peso del niño para luego calcularlo dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²), y posteriormente compararlo con las tablas de puntaje-z de IMC por edad de la OMS para obtener el estado nutricional.

Indicador: Posterior a calcular el peso sobre la talla al cuadrado, se clasificará:

- (1) Peso normal: $z \geq -1$ DE a $< +1$ DE
- (2) Sobrepeso: $z \geq +1$ DE a $< +2$ DE
- (3) Obesidad: $z \geq +2$ DE

Variables independientes:

Estilos de crianza

Naturaleza: Cualitativa

Medición: Nominal politómica

Definición conceptual: Actitud general y clima emocional que los padres crean con su hijo durante las comidas, esto quiere decir como proveen los alimentos a sus hijos (16).

Definición operacional: Se medirá a través de "The Parenting styles and dimensions questionnaire", obteniendo el promedio de los reactivos de la siguiente manera:

- Democrático: promedio de reactivos 12, 1, 7, 27, 29, 14, 31, 25, 11, 5, 18, 22, 3, 9 y 21.
- Autoritario: promedio de los reactivos 16, 13, 6, 2, 19, 32, 10, 28, 26, 4, 23, 30.
- Permisivo: promedio de los reactivos 20, 17, 15, 24, 8.

Indicador: De acuerdo los puntajes obtenidos en el cuestionario, para cada estilo, se seleccionará el mayor para clasificarse como:

- (1) Democrático
- (2) Autoritario
- (3) Permisivo

Prácticas de alimentación:

Restricción

Naturaleza: Cuantitativa

Medición: Continua

Definición conceptual: se refiere a los límites que los padres establecen para que sus hijos tengan acceso a alimentos "chatarra" (26).

Definición operacional: Se medirá a través de la adaptación mexicana de "The Child Feeding Questionnaire" (37) obteniendo el promedio de las preguntas 16 a 23 y 25 a 27.

Indicador: Se obtendrá un puntaje a partir del promedio obtenido de las preguntas relacionadas a la práctica "restricción" para clasificarse en <3 como baja, 3 como media y >3 alta.

Presión para comer

Naturaleza: Cuantitativa

Medición: Continua

Definición conceptual: es como los padres se aseguran de que sus hijos coman lo que consideran lo suficiente (26) obteniendo el promedio de las preguntas 24 y 28 a 30.

Definición operacional: Se medirá a través de la adaptación mexicana de “The Child Feeding Questionnaire” (37).

Indicador: Se obtendrá un puntaje a partir del promedio obtenido de las preguntas relacionadas a la práctica “presión para comer” para clasificarse en <3 como baja, 3 como media y >3 alta.

Monitorización

Naturaleza: Cuantitativa

Medición: Continua

Definición conceptual: es como los padres están al pendiente de la cantidad que los niños consumen de alimentos “chatarra” (26).

Definición operacional: Se medirá a través de la adaptación mexicana de “The Child Feeding Questionnaire” (37) obteniendo el promedio de las preguntas 31 a 33.

Indicador: Se obtendrá un puntaje a partir del promedio obtenido de las preguntas relacionadas a la práctica “Monitorización” para clasificarse en <3 como baja, 3 como media y >3 alta.

Hábitos:

Actividad física de la madre o padre

Naturaleza: Cualitativa

Medición: Ordinal

Definición conceptual: Se refiere a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (4).

Definición operacional: La información se obtendrá a partir del cuestionario de Baecke (38) que mide la actividad de 3 esferas: recreacional, ocupacional, y deportiva. Utilizando el catálogo de actividades físicas de Ainsworth (39) se clasificarán cada esfera según la intensidad de acuerdo a los METs y frecuencia en actividad como “recomendado, insuficiente e inactivo”.

Indicador: finalmente se hará una clasificación global,

- (1) Recomendada: si al menos en la esfera deportiva u ocupacional tiene actividad recomendada.
- (2) Insuficiente: cualquier otra combinación diferente a la recomendada e inactiva.
- (3) Inactivo: si en las tres esferas es inactivo.

Actividad física del niño

Naturaleza: Cualitativa

Medición: Nominal dicotómica

Definición conceptual: Se refiere a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (4).

Definición operacional: La información se obtendrá a partir del Cuestionario de Actividad Física para niños de la ENCO PREVENIMSS para niños.

Indicador: De acuerdo con los lugares donde el niño realiza actividad física se clasificará como:

- (1) Realiza actividad física (en más lugares además de la escuela)
- (2) No realiza actividad física (sólo en escuela)

Covariables:

Sexo del niño

Naturaleza: Cualitativa

Medición: Nominal dicotómica

Definición conceptual: El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer (40).

Definición operacional: Se tomará el sexo asignado.

Indicador: Femenino (1), Masculino (2).

Escolaridad de la madre o el padre

Naturaleza: Cualitativa

Medición: Nominal politómica

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (40).

Definición operacional: Se obtendrá al interrogatorio, preguntando acerca del último nivel aprobado en la escuela.

Indicador: De acuerdo con el último nivel aprobado se clasificará:

- (1) Preescolar
- (2) Primaria
- (3) Secundaria
- (4) Bachillerato o equivalente
- (5) Licenciatura
- (6) Posgrado
- (7) No asistió a la escuela

Nivel socioeconómico

Naturaleza: Cualitativa.

Medición: Ordinal.

Definición conceptual: es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio (41).

Definición operacional: Se preguntarán indicadores de la regla AMAI 8x7

Indicador: De acuerdo con el puntaje obtenido se clasificará:

AB	193+
C+	155-192
C	128-154
C-	105-127
D+	80-104
D	33-79
E	0-32

Peso al nacer del niño

Naturaleza: Cuantitativa

Medición: Continua

Definición conceptual: Es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento (42).

Definición operacional: Se preguntará a la madre o al padre el peso del niño al nacimiento.

Indicador: Se anotará el peso en kilogramos.

Número de hijo

Naturaleza: Cuantitativa

Medición: Discreta

Definición conceptual: Es el número secuencial que le corresponde al hijo de acuerdo con la existencia o no de niños previos al del sujeto de estudio.

Definición operacional: Se preguntará a la madre o al padre que número de hijo es el sujeto de estudio.

Indicador: Se anotará en número.

Estado civil de la madre o el padre.

Naturaleza: Cualitativa.

Medición: Nominal politómica.

Definición conceptual: situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto (40).

Definición operacional: Referencia de la situación legal y social actual del individuo.

Indicador: De acuerdo con lo que el encuestado responda se clasificará como:

- (1) Soltero(a)
- (2) Casado(a)
- (3) Unión libre
- (4) Divorciado(a) o separado(a)
- (5) Viudo(a)

Ocupación de la madre o del padre.

Naturaleza: Cualitativa.

Medición: Nominal politómica.

Definición conceptual: Realización de una actividad económica, ya sea de manera independiente o subordinada (43).

Definición operacional: Se preguntará al padre o madre a que se decida económicamente.

Indicador: De acuerdo con lo respondido se clasificará como:

- (1) Sin ocupación
- (2) Obrero(a)
- (3) Empleado(a)
- (4) Profesionista
- (5) Al hogar
- (6) Jubilado o pensionado
- (7) Estudiante

Edad de la madre o del padre

Naturaleza: Cuantitativa.

Medición: Discreta.

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (40).

Definición operacional: Se preguntará la fecha de nacimiento de la madre o el padre, y se tomará la edad en años al momento de la entrevista.

Indicador: Se anotará la cantidad de años cumplidos.

IMC de los padres

Naturaleza: Cualitativa.

Medición: Ordinal.

Definición conceptual: Indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad (1).

Definición operacional: Se obtendrá midiendo la talla y el peso del padre o madre para luego calcularlo dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2), y clasificarlo dentro de las 4 categorías.

Indicador: De acuerdo con el IMC calculado se clasificará como:

- (1) Bajo peso: <18.5
- (2) Peso normal: 18.5-24.9
- (3) Sobrepeso: 25-29.9
- (4) Obesidad: ≥ 30

Lactancia materna

Naturaleza: Cualitativa

Medición: Nominal politómica

Definición conceptual: La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno (45).

Definición operacional: Se preguntará qué tipo de leche alimentó a su hijo al nacimiento hasta los 4-6 meses.

Lactancia materna exclusiva: Alimentar con leche materna únicamente.

Lactancia materna mixta: Alimentación con leche materna y otros alimentos incluyendo otros tipos de leche.

Indicador: De acuerdo con el tiempo de lactancia, si la madre uso leche complementaria y materna o solo complementaria se clasificará como:

- (1) Lactancia materna exclusiva
- (2) Lactancia materna mixta
- (3) No dio lactancia materna

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Casos:

Inclusión

- Niños de 6 a 12 años de edad con sobrepeso u obesidad, que acudieron a la UMF con su madre o padre.

Exclusión:

- Niños que requerían una dieta especial por una enfermedad o indicación médica.
- Niños con tratamiento a base de esteroides por más de 1 mes.
- Niños con una enfermedad crónica como diabetes tipo 1 o cáncer.
- Niños con una discapacidad que afecte su actividad física.

Eliminación

- Cuestionarios incompletos porque fueron llamados a consulta y no regresaron a terminar la encuesta u otro motivo que les impidió concluir la entrevista.

Controles:

Inclusión

- Niños de 6 a 12 años de edad con peso normal, que acudieron a la UMF con su madre o padre.

Exclusión:

- Niños que requerían una dieta especial por una enfermedad o indicación médica.
- Niños con tratamiento a base de esteroides por más de 1 mes.
- Niños con una enfermedad crónica como diabetes tipo 1 o cáncer.

- Niños con una discapacidad que afecte su actividad física.

Eliminación

- Cuestionarios incompletos porque fueron llamados a consulta y no regresaron a terminar la encuesta u otro motivo que les impidió concluir la entrevista.

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: clínico-epidemiológico

Diseño de estudio: casos y controles no pareado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de trabajo:

- **Casos:** Niños de 6 a 12 años de edad con sobrepeso u obesidad, que acudieron a la UMF con su madre o padre.
- **Controles:** Niños de 6 a 12 años de edad con peso normal que acudieron a la UMF con su madre o padre.

Ámbito geográfico:

Unidad de Medicina Familiar 9 “San Pedro de los Pinos”, consulta externa IMSS.

Límites de tiempo:

1° de septiembre de 2016 al 28 de febrero de 2018.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se solicitó permiso en la UMF 9 la autorización para la realización del proyecto de investigación. Cada día se acudió a la consulta externa para buscar participantes, a los cuales se les explicó en qué consistía el estudio, los procedimientos que se realizarían, así como los beneficios y riesgos que pudieran tener, posteriormente se le pidió que firmara el consentimiento informado. Se continuó a contestar los cuestionarios y al terminarlos se les midió la talla y se pesaron al niño(a) y a su madre o padre.

Los datos obtenidos en los cuestionarios se capturaron en un formulario de Access para integrar una base de datos. Posteriormente se analizaron los datos en SPSS 19 y Epidat 3.1 para obtener frecuencias simples y proporciones, medidas de tendencia central y dispersión, prueba de Kolmogorov-Smirnov. Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher; y para el análisis multivariado se seleccionaron modelos de regresión logística múltiple.

PROCEDIMIENTOS

- Se solicitó el permiso en la UMF 09 para la autorización para la realización del proyecto de investigación, acudiendo a la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud de la unidad.
- Se acudió a la consulta externa de la UMF 9 de manera diaria, utilizando dos diferentes alternativas para obtener la muestra de estudio:
 1. Se revisaron las listas de citas a consultas para ubicar el número diario de niños citados de entre 6 y 12 años de edad, y buscar aquellos que cumplieran los criterios de selección para invitar a su madre o padre a participar en el trabajo.
 2. Se visitaron las salas de espera para invitar a niños de 6 a 12 años con su madre o padre independientemente si el niño acuda o no a consulta, preguntando de manera consecutiva iniciando en el consultorio 1 hasta el 29.

- Se les explicó en qué consistía el estudio, cuál era el objetivo principal de este y a qué resultados se pretendía llegar, así como los procedimientos que se les realizarían y los posibles beneficios y riesgos del estudio. Si aceptaron en participar, se les entregó el consentimiento informado para su firma.
- Se inició el interrogatorio con el cuestionario establecido.
- Se le pidió al niño(a) y a su madre o padre que se retiraran chamarra, suéter u otro accesorio pesado, y sus zapatos para medirlos y pesarlos en la báscula digital del servicio de enseñanza.
- A aquellos niños con alteraciones en el peso, se les sensibilizó acerca de las consecuencias de un peso alterado, y se solicitó una consulta con su médico familiar para una valoración completa que permitiera ver la necesidad de una referencia al servicio de nutrición, pediatría o endocrinología, según la gravedad.
- Se vaciaron nombre, peso, talla, fecha de nacimiento y fecha de medición en el programa Anthro Plus de la OMS para obtener el percentil, puntaje z, IMC y las gráficas de IMC por edad, para clasificar a los niños en bajo peso, normal, sobrepeso u obesidad.
- El resto de los cuestionarios, incluyendo la información generada en el punto anterior, se vaciaron en un formulario de Microsoft Access 2016 para integrar la base de datos.
- Se realizó el análisis en los paquetes estadísticos: SPSS 19 y Epidat 3.1 para obtener frecuencias simples y proporciones, medidas de tendencia central y dispersión, prueba de Kolmogorov-Smirnov. Chi cuadrada, prueba exacta de Fisher; y para el análisis multivariado se seleccionaron modelos de regresión logística múltiple.
- Se redactaron los resultados y se elaboró la discusión y conclusiones pertinentes.

ASPECTOS ESTADÍSTICOS

Muestreo:

No probabilístico, consecutivo.

Tamaño de la muestra:

Para el cálculo del tamaño mínimo de muestra se utilizó la fórmula para probar hipótesis de razón de momios. (36)

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P^*2 (1-P^*2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P^*1 (1-P^*1) + P^*2 (1-P^*2)}]^2}{(P^*_1 - P^*_2)^2}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

α : 95%

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

P^*_1 = Proporción de expuestos en casos

$$= \frac{(\text{OR}) P^*_2}{(\text{OR}) P^*_2 + (1-P^*_2)}$$

β : 80%

$Z_{1-\beta} = 0.842$

P^*_2 = Frecuencia relativa esperada (o proporción esperada) de la exposición de interés en los controles. 23.1% (19)

OR = Razón de momios esperada de la asociación. Estilo autoritario RM 2.15 (18)

N= 112.4 casos y 112.4 controles

+ 10 % pérdidas = 124.7= 125 casos y 125 controles

Análisis estadístico:

Univariado:

Frecuencias simples y proporciones para las variables cualitativas; medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas según su distribución de acuerdo con los resultados de la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov).

Bivariado:

Se realizaron pruebas de hipótesis. Para variables cualitativas se usó Chi cuadrada (χ^2) y prueba exacta de Fisher. Para la asociación entre las variables independientes y covariables con la dependiente se calculó la razón de momios (RM) con su intervalo de confianza al 95%, con significancia estadística si el valor de p fue <0.05 .

Análisis multivariado:

Se seleccionaron las variables que resultaron significativas y son explicativas para construir un modelo de regresión que explicara cómo los estilos y prácticas de alimentación que tienen los padres con sus hijos, así como la actividad física en los padres e hijos afecta el IMC del menor.

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario 1: Datos de identificación y generales de la madre o padre y datos de identificación y antecedentes del menor.

Cuestionario 2: Nivel socioeconómico Regla AMAI NSE 8X7.

Cuestionario 3: Cuestionario de Baecke para actividad física habitual. Adulto.

Cuestionario 4: Cuestionario de Actividad Física para niños

ENCO PREVENIMSS

Cuestionario 5: Adaptación mexicana de “The Child Feeding Questionnaire” (AMCFQ).

Cuestionario 6. The Parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ).

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la declaración de la asamblea médica de Helsinki, el presente trabajo no afecta los derechos humanos, ni las normas éticas y de salud en materia de investigación, por lo tanto, no se compromete la integridad física, moral o emocional de las personas.

De acuerdo con la Ley General de Salud en el artículo 17° apartado II se considera que este estudio es de RIESGO MÍNIMO, que menciona lo siguiente:

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos

en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Tomando en cuenta además los siguientes artículos:

ARTICULO 36.- Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate.

ARTICULO 37.- Cuando la capacidad mental y estado psicológico del menor o incapaz lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación, después de explicarle lo que se pretende hacer. La Comisión de Ética podrá dispensar el cumplimiento de estos requisitos por razones justificadas.

ARTICULO 38.- Las investigaciones clasificadas como de riesgo y con probabilidad de beneficio directo para el menor o el incapaz, serán admisibles cuando;

I.- El riesgo se justifique por la importancia del beneficio que recibirá el menor o el incapaz, y

II.- El beneficio sea igual o mayor a otras alternativas ya establecidas para su diagnóstico y tratamiento.

Además, para la evaluación del protocolo por el Comité Local se tomará en cuenta lo escrito en: "Procedimiento para la evaluación, registro, seguimiento y modificación de protocolos de investigación en salud presentados ante el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud" Clave: 2810-003-002.

RECURSOS FÍSICOS, HUMANOS Y FINANCIEROS

Recursos humanos:

1. Un médico residente del tercer año de epidemiología.
2. Un asesor con especialidad en epidemiología.

Recursos materiales:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. Una computadora. | 4. Consumible de impresora. |
| 2. Una impresora. | 5. Línea telefónica. |
| 3. Material de oficina (hojas, plumas, carpetas). | 6. Báscula digital con estadiómetro. |

Recursos económicos:

El presente trabajo de investigación no requirió recursos económicos extras. Los recursos antes mencionados fueron proporcionados por la alumna, y por la sede académica de la alumna.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo de investigación no recibió financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria externa.

FACTIBILIDAD

La realización del presente trabajo fue posible debido a que dentro del instituto se cuenta con la infraestructura, las unidades de medicina familiar, para poder llevar a cabo este tipo de investigación, que engloba aspectos de la dinámica familiar y

sobre el estado de nutrición de los pacientes. En el caso de la UMF 09 se cuentan con 29 consultorios en turno matutino y vespertino. Además, para su realización, no se requirieron de equipos médicos costosos, los materiales utilizados se encontraban disponibles en la unidad sede de la alumna y en la Unidad de medicina familiar 9.

El grupo de trabajo cuenta con la siguiente experiencia:

El Dr. Benjamín Acosta Cázares es médico especialista en epidemiología, con el grado de Doctor en Filosofía por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Pittsburgh. Ha publicado 32 trabajos, la mayoría enfocados a la epidemiología de las enfermedades no transmisibles, entre los cuales cuatro tratan sobre obesidad. También ha participado como asesor de 16 trabajos de tesis, de los cuales seis son acerca de sobrepeso y obesidad general y tres de sobrepeso y obesidad infantil.

La Dra. Vanessa Crystal Sánchez Escalante cuenta con Maestría en Ciencias y ha participado en múltiples trabajos de investigación, así como asesora de trabajos de médicos pasantes y rotantes de la Unidad de Medicina Familiar 9.

DIFUSIÓN

Este trabajo de investigación nació con el propósito principal de obtener el grado de especialista en epidemiología por parte de la médica residente Ana Gloria García Rodríguez. Los resultados fueron presentados en la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica del IMSS.

TRASCENDENCIA

Con el presente estudio se pretendía conocer el riesgo de presentar sobrepeso y obesidad según los estilos y prácticas de alimentación de los padres y de su actividad física, así como de la misma actividad física en los menores. Estudiar conductas provee información sobre factores modificables de problemas de peso que se enfoquen a realizar intervenciones que mejoren las prácticas de alimentación y un peso saludable, con lo que se verán beneficiados los menores de edad al no estar expuesto a malas prácticas de alimentación y los padres al recibir recomendaciones enfocadas a mantener un peso saludable en su hijo. Así mismo, esta información será útil para el instituto para la realización de recomendaciones enfocadas en el primer nivel de atención, con lo cual a largo plazo ayudará a disminuir la prevalencia de la enfermedad y por consiguiente ayudará en la disminución de la presentación de las complicaciones de la obesidad, que se traducirá en disminución de costos por atención médica.

RESULTADOS

Se entrevistaron 599 escolares con su madre o padre, 245 casos y 354 controles. El 97.7% de las encuestas fueron respondidas por madres, y sólo un 2.3% por padres. A partir de aquí, se hará referencia como “padres” al hablar de madres y padres en conjunto. De los casos, la mediana de edad de los padres fue de 35 años con RIC 11.5, y de los controles 34 con RIC de 11 (Figura 1). Acerca del estado civil, en los padres de los casos el 11.4% eran solteros, 35.1% casados, 34.7% en unión libre, y 18.8% divorciados o separados; sobre los controles, el 16.4% eran solteros, el 44.9% casados, 31.6% en unión libre y 7.1% divorciados o separados. Acerca de la ocupación de los padres de los casos el 47.7% eran empleados, el 4.5% profesionistas, 46.1% se dedicaban al hogar, y 1.6% eran estudiantes, mientras que de los controles el 49.7% eran empleados, 2.8% profesionistas, y 47.5% se dedicaban al hogar. De acuerdo con la clasificación de la OMS sobre el IMC, entre los padres de los casos el 18.4% tenían peso normal, 38.8% sobrepeso y 42.9% obesidad; de los controles tenían el 31.1%, 41.5% y 27.4%, respectivamente. Según la clasificación del nivel socioeconómico por la regla de AMAI 8x7, de los casos el 2% fueron de nivel alto, 47.3% medio, y 50.6% bajo; en los controles el 2% fueron de nivel alto, 53.1% medio, y 44.9% bajo. En cuanto a la escolaridad, los padres de los casos tenían primaria incompleta en un 3.3%, 7.8% primaria completa, 44.1% secundaria completa, 35.9% preparatoria completa, 6.9% licenciatura y 2% posgrado; por su parte, los padres de los controles tenían 2.3% primaria incompleta, 5.6% primaria completa, 39.5% secundaria completa, 44.9% preparatoria completa, 5.1% licenciatura y 2.5% posgrado (Tabla 1).

Hablando de las características de los menores, el 51.4% fueron del sexo masculino y el 48.6% femenino. Su distribución entre casos y controles fue: 55.9% masculino y 44.1% femenino para los casos, y entre los controles 48.3% y 51.7%, respectivamente (Tabla 2). La mediana de edad para ambos casos y controles fue de 8 años con RIC de 3 (Tabla 3). Únicamente de manera descriptiva, se presenta la distribución de la clasificación del IMC de los niños, observando que el 59.1%

tenían peso normal, 21.7% sobrepeso, y 19.2% obesidad (Figura 2). El 50.2% de los casos y 57.3% de los controles recibieron lactancia materna exclusiva. La mediana de meses de los casos que recibieron lactancia exclusiva fue de 6 (RIC 2) y los controles 6 (RIC 3). En cuanto al mes en que iniciaron la ablactación, los casos tuvieron una mediana de 6 (RIC 1), y los controles 6 (RIC 2). El 30.2% de los casos eran hijos únicos, de los controles el 20.9%. Entre las complicaciones que presentó la madre durante el embarazo de los niños participantes, se encontró que entre los casos, el 3.7% tuvo diabetes gestacional, 3.3% hipertensión gestacional, 7.3% preeclampsia o eclampsia, 2.4% enfermedad de la tiroides y 2.9% alguna enfermedad infecciosa importante; entre los controles presentaron 0.3% diabetes gestacional, 2% hipertensión gestacional, 12.1% preeclampsia o eclampsia, 0.3% enfermedad de la tiroides, y 1.7% alguna enfermedad infecciosa importante (Tabla 2). La mediana de peso al nacer de los casos fue de 3.175 (RIC 0.750) y para los controles de 3 (RIC 0.660) (Tabla 3). Respecto a la forma en como los padres percibían el peso de sus hijos, entre los casos fue de 0.4% de muy bajo peso, 1.6% de bajo peso, 44.5% normal, 49.4% con sobrepeso y 4.1% con mucho sobrepeso; para los controles fue 0.8%, 11.9%, 81.9%, 4.8%, y 0.6%, respectivamente (Tabla 2).

Hablando ahora sobre las características relacionadas a la actividad física de los niños, la percepción de los padres de la cantidad de ejercicio que sus hijos realizan, entre los casos, el 20.4% percibía que sus hijos realizaban más ejercicio que los demás, 43.7% igual ejercicio, 35.9% menor ejercicio; para los controles 30.2% más ejercicio, 53.1% igual ejercicio y 16.7% menor ejercicio. El 16.3% de los casos realizaban actividad física solamente en la escuela y 83.7% en la escuela y otro lugar, mientras que entre los controles se encontró el 7.3% y 92.7%, respectivamente. En cuanto a la cantidad de televisión al día, el 15.5% de los casos la veían más de 4 horas, mientras que los controles el 7.9% (Tabla 4).

Sobre los índices de actividad física en los padres obtenidos a partir del cuestionario de Baecke, se encontraron las siguientes medianas: para actividad física

ocupacional 3.1 (RIC 0.81) y 3.1 (RIC 0.88), para actividad física deportiva 2 (RIC 0.88) y 2 (RIC 0.75), y actividad física recreativa 3 (RIC 0.75) y 3 (RIC 0.50), para casos y controles, respectivamente (Tabla 5).

Se realizó una clasificación de la actividad física a partir de los datos obtenidos en el cuestionario de Baecke. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre actividad física, y tomando en cuenta las tres esferas (ocupacional, deportiva y recreacional) se obtuvo que entre los padres de los casos el 8.2% realizaban actividad física recomendada, 77.6% insuficiente, y 14.3% eran inactivos; por su parte los padres de los controles realizaban 11.6% de actividad física recomendada, 76.6% insuficiente y 12.9% eran inactivos (Tabla 6).

Sobre las prácticas de alimentación, los casos realizaban un nivel de presión alto en 17.6% y los controles en un 41.5%, nivel medio 26.1% y 21.2%, y nivel bajo en un 56.3% y 37.3%, respectivamente. Sobre la práctica de monitoreo, los casos realizaban alto nivel en un 66.5% y los controles 71.5%, nivel medio 20.8% y 16.1%, y nivel bajo 12.7% y 12.4%, respectivamente. Acerca de la restricción, los casos tenían nivel alto en un 11.8%, medio en 32.2% y bajo en 55.9%; por su lado los controles tuvieron 6.8, 25.1% y 68.1%, respectivamente (Tabla 7).

La frecuencia del estilo de crianza democrático se presentó en un 89% en los casos y 91.2% en los controles, del autoritario en un 2% y 1.1%, y sobre el permisivo en un 9% y 7.6%, respectivamente (Tabla 8).

En el análisis bivariado, primero, al obtener los riesgos con las características de los padres, se encontró que el ser madre presentó una RM 1.25 (IC95% 0.414, 3.78), $p=0.69$. De acuerdo con la división en decenios de la edad de los padres, en el grupo de 40 años y más, se encontró una RM de 1.52 (IC95% 0.980, 2.382), y para el decenio de 30 a 39 años RM 1.10 (IC95% 0.733, 1.664), p de tendencia (pt) de 0.06, comparados con los menores de 29 años. Según el estado civil, aquellos que no tenían pareja presentaron una RM 1.41 (IC95% 0.979, 2.040) $p=0.07$, respecto

a aquellos con pareja. En cuanto tener una ocupación RM 1.06 (IC95% 0.761, 1.463) $p=0.75$ comparado con aquellos sin ocupación. Ser de un nivel socioeconómico medio tuvo RM 0.86 (IC95% 0.268, 2.785), y un nivel bajo RM 1.09 (IC95% 0.338, 3.523), p de tendencia (pt)=0.21, comparados con el nivel socioeconómico alto. Comparando con nivel de escolaridad de posgrado, aquellos con primaria incompleta obtuvieron RM 1.80 (IC95% 0.415, 7.814) $p=0.43$, primaria completa RM 1.71 (0.485, 6.033) $p=0.40$, secundaria completa RM 1.39 (IC95% 0.452, 4.263) $p=0.57$, preparatoria completa RM 1.00 (IC95% 0.324, 3.065) $p=0.99$, y licenciatura completa RM 1.70 (IC95% 0.473, 6.105) $p=0.42$. Analizando la relación con el IMC de los padres, aquellos con sobrepeso tuvieron un RM 1.58 (IC95% 1.025, 2.434) $p=0.04$, y aquellos con obesidad RM 2.65 (IC95% 1.699, 4.122) $pt<0.001$ (Tabla 9).

Posteriormente, al analizar las características de los mismos niños se obtuvieron los siguientes riesgos: ser del sexo masculino tuvo RM 1.36 (0.978, 1.883) $p=0.07$, haber sido producto a término RM 0.90 (IC95% 0.569, 1.433) $p=0.67$, haber recibido lactancia materna exclusiva RM 0.75 (IC95% 0.541, 1.040) $p=0.08$, ser hijo único tuvo RM 1.63 (IC95% 1.126, 2.380) $p=0.01$, tener el antecedente de que la madre presentó diabetes gestacional durante su embarazo RM 13.46 (IC95% 1.694, 106.955) $p=0.002$. Aquellos niños que realizaban la actividad física en otros lugares además de en la escuela obtuvieron una RM 0.41 (IC95% 0.241, 0.686) $p<0.001$, comparados con aquellos niños que sólo realizaban actividad física obligatoria en la escuela (Tabla 10).

Según el nivel de actividad física realizado por los padres, los niños de padres que realizaban actividad física insuficiente presentaron un RM 1.44 (IC95% 0.816, 2.531), y en los que eran inactivos RM 1.71 (IC95% 0.850, 3.433), $pt=0.14$ (Tabla 11).

En función a las variables relacionadas a las prácticas de alimentación aquellos que ejercían un nivel de presión alto obtuvieron un RM 0.28 (IC95% 0.185, 0.424), y

nivel de presión medio RM 0.81 (0.542, 1.230) $p < 0.001$, comparados con el nivel de presión bajo. Comparando los padres con un nivel de monitoreo bajo, aquellos con nivel alto tuvieron RM 0.91 (IC95% 0.555, 1.508), y aquellos con nivel medio RM 1.27 (IC95% 0.701, 2.302), $p = 0.38$. En cuanto a la restricción, aquellos con un nivel alto obtuvieron RM 2.12 (IC95% 1.190, 3.797), y aquellos con nivel medio RM 1.56 (IC95% 1.080, 2.257) $p = 0.002$, comparados con un nivel de restricción bajo (Tabla 12).

En el análisis de los estilos de crianza, se encontró un RM 1.85 (IC95% 0.492, 6.975) $p = 0.36$ para el estilo autoritario, y RM 1.21 (IC95% 0.670, 2.175) $p = 0.53$ para el estilo permisivo, comparados con el estilo democrático (Tabla 13).

De acuerdo con las variables que resultaron estadísticamente significativas, y que tuvieran plausibilidad biológica, se realizaron un modelo de análisis multivariado que mejor explicaran el fenómeno. En este se encontró que el niño, al ser de sexo masculino RMa 1.31 (IC95% 0.908, 1.874) $p = 0.15$. Ser hijo único RMa 1.62 (IC95% 1.073, 2.430) $p = 0.02$. El antecedente de diabetes gestacional RMa 16.92 (IC95% 1.916, 149.482) $p = 0.01$. El niño que realiza ejercicio en otro lugar además de la escuela RMa 0.37 (IC95% 0.206, 0.650) $p < 0.001$. Respecto a los estilos de crianza los niños con padres autoritarios RMa 1.23 (IC95% 0.292, 5.209) $p = 0.78$, los hijos de padres permisivos RMa 1.67 (IC95% 0.869, 3.193) $p = 0.12$. En cuanto a las prácticas de alimentación, un nivel alto de presión tuvo RMa 0.20 (IC95% 0.124, 0.319) $p < 0.001$, nivel medio RMa 0.71 (IC95% 0.458, 1.107) $p = 0.13$, comparándose con el nivel bajo; sobre monitoreo, el nivel alto tuvo RMa 0.92 (IC95% 0.531, 1.582) $p = 0.75$, el nivel medio RMa 1.39 (IC95% 0.724, 2.672) $p = 0.32$, comparados con el nivel bajo; sobre la restricción, el nivel alto obtuvo RMa 3.55 (IC95% 1.807, 6.997) $p < 0.001$, el nivel medio RMa 2.14 (IC95% 1.394, 3.284) $p < 0.001$, comparados con el nivel bajo. Por último, según el nivel de actividad física de los padres, ser hijo de padres inactivos RMa 1.28 (IC95% 0.582, 2.818) $p = 0.54$, de padres con actividad insuficiente RMa 1.25 (IC95% 0.675, 2.331) $p = 0.47$ (Tabla 14).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los padres

Variable	Casos n=245 (%)	Controles n=354 (%)	Total n=599 (%)
Sexo			
Masculino	5 (2)	9 (2.5)	14 (2.3)
Femenino	240 (98)	345 (97.5)	585 (97.7)
Estado civil			
Soltera	28 (11.4)	58 (16.4)	86 (14.4)
Casada	86 (35.1)	159 (44.9)	245 (40.9)
Unión libre	85 (34.7)	112 (31.6)	197 (32.9)
Divorciada o separada	46 (18.8)	25 (7.1)	71 (11.9)
Ocupación			
Empleada	117 (47.7)	176 (49.7)	293 (48.9)
Profesionista	11 (4.5)	10 (2.8)	21 (3.5)
Al hogar	113 (46.1)	168 (47.5)	281 (46.9)
Estudiante	4 (1.6)	0 (0)	4 (0.7)
IMC			
Normal	45 (18.4)	110 (31.1)	155 (25.9)
Sobrepeso	95 (38.8)	147 (41.5)	242 (40.4)
Obesidad	105 (42.9)	97 (27.4)	202 (33.7)
NSE			
Alto	5 (2)	7 (2)	12 (2)
Medio	116 (47.3)	188 (53.1)	304 (50.8)
Bajo	124 (50.6)	159 (44.9)	283 (47.2)
Escolaridad			
Primaria incompleta	8 (3.3)	8 (2.3)	16 (2.7)
Primaria completa	19 (7.8)	20 (5.6)	39 (6.5)
Secundaria completa	108 (44.1)	140 (39.5)	248 (41.4)
Preparatoria o equivalente completo	88 (35.9)	159 (44.9)	247 (41.2)
Licenciatura completa	17 (6.9)	18 (5.1)	35 (5.8)
Posgrado	5 (2)	9 (2.5)	14 (2.3)

Figura 1. Distribución de la edad de los padres

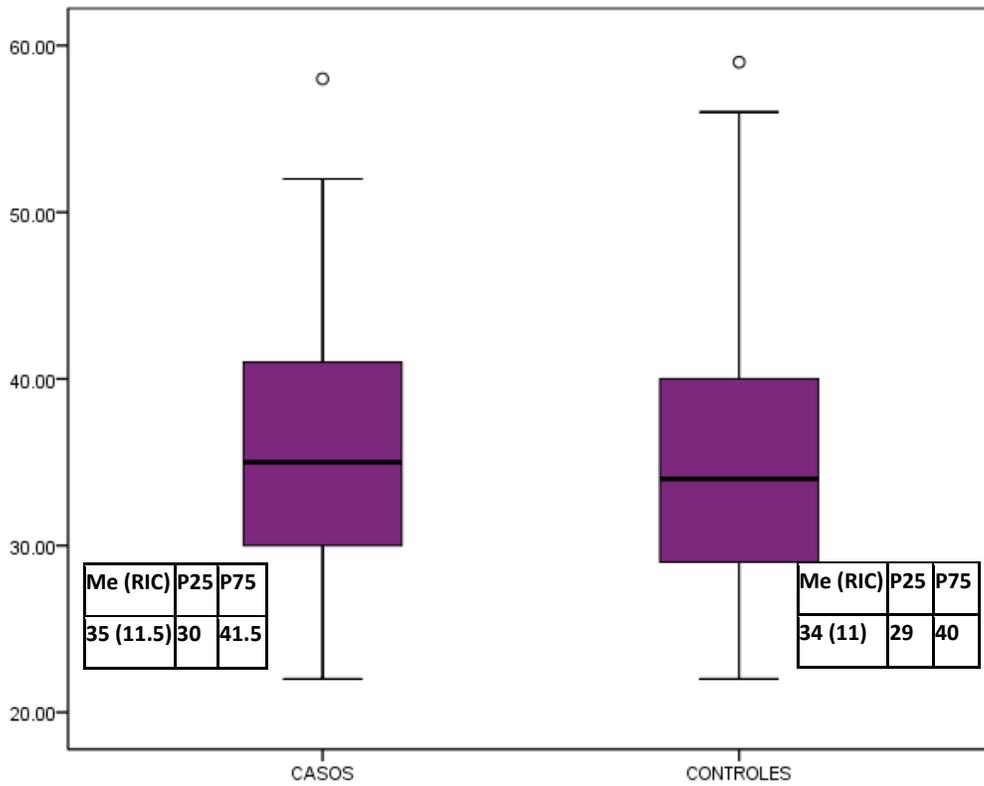


Figura 2. Distribución del IMC en los niños

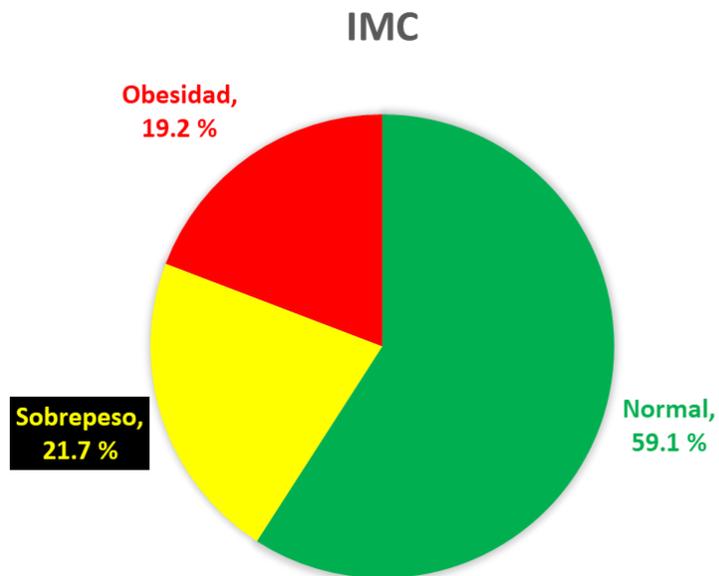


Tabla 2. Características y antecedentes de los niños

Variable		Casos n=245 (%)	Controles n=354 (%)	Total n=599 (%)
Sexo				
	Masculino	137 (55.9)	171 (48.3)	308 (51.4)
	Femenino	108 (44.1)	183 (51.7)	291 (48.6)
Producto de término				
	Si	208 (84.9)	305 (86.2)	513 (85.6)
	No	37 (15.1)	49 (13.8)	86 (14.4)
Lactancia exclusiva				
	Si	123 (50.2)	203 (57.3)	326 (54.4)
	No	122 (49.8)	151 (42.7)	273 (45.6)
Hijo único				
	Si	74 (30.2)	74 (20.9)	148 (24.7)
	No	171 (69.8)	280 (79.1)	451 (75.3)
Complicaciones en la madre durante el embarazo				
	Diabetes gestacional	9 (3.7)	1 (0.3)	10 (1.7)
	Hipertensión gestacional	8 (3.3)	7 (2)	15 (2.5)
	Preeclampsia/eclampsia	18 (7.3)	43 (12.1)	61 (10.2)
	Enf. Tiroides	6 (2.4)	1 (0.3)	1 (1.2)
	Enf. Infecciosa	7 (2.9)	6 (1.7)	13 (2.2)
Percepción de peso en la actualidad de hijo				
	Muy bajo peso	1 (0.4)	3 (0.8)	4 (0.7)
	Bajo peso	4 (1.6)	42 (11.9)	46 (7.7)
	Normal	109 (44.5)	290 (81.9)	399 (66.6)
	Con sobrepeso	121 (49.4)	17 (4.8)	138 (23)
	Con mucho sobrepeso	10 (4.1)	2 (0.6)	12 (2)

Tabla 3. Características y antecedentes de los niños

	Casos			Controles		
	Mediana (RIC*)	P25+	P75+	Mediana (RIC*)	P25+	P75+
Edad	8 (3)	7	10	8 (3)	7	10
Peso al nacer	3.175 (0.750)	2.75	3.5	3 (0.660)	2.7	3.36
Tiempo de lactancia exclusiva	6 (2)	2	6	6 (3)	3	6
Ablactación	6 (1)	4	6	6 (2)	5	7

*RIC: Rango intercuartil

+P: percentil

Tabla 4. Características de la actividad física de los niños

Variable	Casos n=245 (%)	Controles n=354 (%)	Total n=599 (%)
Percepción de los padres sobre la actividad física que realizan sus hijos			
Más ejercicio	50 (20.4)	107 (30.2)	157 (26.2)
Igual de ejercicio	107 (43.7)	188 (53.1)	295 (49.2)
Menor ejercicio	88 (35.9)	59 (16.7)	147 (24.5)
Lugar de ejercicio			
Solo en escuela	40 (16.3)	26 (7.3)	66 (11)
Otro además de escuela	205 (83.7)	328 (92.7)	533 (89)
Horas de TV al día			
No ve TV	14 (5.7)	24 (6.8)	38 (6.3)
Hasta 2 hora	113 (46.1)	190 (53.7)	303 (50.6)
>2 a 4 horas	80 (32.7)	112 (31.6)	192 (32.1)
> 4hrs	38 (15.5)	28 (7.9)	66 (11)

Tabla 5. Distribución de los índices de Baecke sobre actividad física de los padres

	Casos			Controles		
	Me (RIC)	P25	P75	Me (RIC)	P25	P75
Actividad física ocupacional	3.1 (0.81)	2.7	3.5	3.1 (0.88)	2.6	3.5
Actividad física deportiva	2 (0.88)	1.6	2.5	2 (0.75)	1.8	2.5
Actividad física recreativa	3 (0.75)	2.5	3.25	3 (0.50)	2.8	3.3

Tabla 6. Frecuencias de nivel de actividad física en los padres

	Casos n=245 (%)	Controles n=354 (%)	Total n=599 (%)
Recomendado	20 (8.2)	41 (11.6)	61 (10.2)
Insuficiente	190 (77.6)	271 (76.6)	461 (77)
Inactivo	35 (14.3)	42 (11.9)	77 (12.9)

Tabla 7. Frecuencia del nivel de prácticas de alimentación

Variable	Casos n=245 (%)	Controles n=354 (%)	Total n=599 (%)
Presión			
Alto	43 (17.6)	147 (41.5)	190 (31.7)
Medio	64 (26.1)	75 (21.2)	139 (23.2)
Bajo	138 (56.3)	132 (37.3)	270 (45.1)
Monitoreo			
Alto	163 (66.5)	253 (71.5)	416 (69.4)
Medio	51 (20.8)	57 (16.1)	108 (18)
Bajo	31 (12.7)	44 (12.4)	75 (12.5)
Restricción			
Alto	29 (11.8)	24 (6.8)	53 (8.8)
Medio	79 (32.2)	89 (25.1)	168 (28)
Bajo	137 (55.9)	241 (68.1)	378 (63.1)

Tabla 8. Frecuencia de estilos de crianza

	Casos n=245 (%)	Controles n=354 (%)	Total n=599 (%)
Democrático	218 (89)	323 (91.2)	541 (90.3)
Autoritario	5 (2)	4 (1.1)	9 (1.5)
Permisivo	22 (9)	27 (7.6)	49 (8.2)

Tabla 9. Análisis bivariado de factores asociados de los padres a sobrepeso y obesidad infantil.

Variable		RM	IC 95%	p*
Edad	40 años y más	1.52	(0.980, 2.382)	0.06 †
	30 a 39 años	1.10	(0.733, 1.664)	
	18 a 29 años	1		
Estado civil	Sin pareja	1.41	(0.979, 2.040)	0.07
	Con pareja	1		
Ocupación	Con ocupación	1.06	(0.761, 1.463)	0.75
	Sin ocupación	1		
NSE	Bajo	1.09	(0.338, 3.523)	0.21 †
	Medio	0.86	(0.268, 2.785)	
	Alto	1		
Escolaridad	Primaria incompleta	1.80	(0.415, 7.814)	0.43
	Primaria completa	1.71	(0.485, 6.033)	0.40
	Secundaria completa	1.39	(0.452, 4.263)	0.57
	Preparatoria o equivalente completo	1.00	(0.324, 3.065)	0.99
	Licenciatura completa	1.70	(0.473, 6.105)	0.42
	Posgrado	1		
IMC	Obesidad	2.65	(1.699, 4.122)	<0.001 †
	Sobrepeso	1.58	(1.025, 2.434)	
	Normal	1		

*: χ^2
†: χ^2 de tendencia lineal

Tabla 10. Análisis bivariado de características y antecedentes del niño asociados a sobrepeso y obesidad infantil.

Variable	RM	IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1.36	(0.978, 1.883)	0.07
Femenino	1		
Embarazo a término			
Si	0.90	(0.569, 1.433)	0.67
No	1		
Lactancia materna exclusiva			
Si	0.75	(0.541, 1.040)	0.08
No	1		
Hijo único			
Si	1.63	(1.126, 2.380)	0.01
No	1		
Diabetes gestacional			
Si	13.46	(1.694, 106.955)	0.002†
No	1		
Lugar de ejercicio			
Otro lugar además de la escuela	0.41	(0.241, 0.686)	<0.001
Solo en la escuela	1		

*: χ^2
†: Prueba exacta de Fisher

Tabla 11. Análisis bivariado de actividad física de los padres asociada a sobrepeso y obesidad infantil

Variable	RM	IC 95%	p †
Actividad física 3 esferas			
Inactivo	1.71	(0.850, 3.433)	0.14 †
Insuficiente	1.44	(0.816, 2.531)	
Recomendado	1		

†: χ^2 de tendencia lineal

Tabla 12. Análisis bivariado de las prácticas de alimentación asociada a sobrepeso y obesidad infantil

Variable		RM	IC 95%	p †
Presión				
	Alto	0.28	(0.185, 0.424)	
	Medio	0.81	(0.542, 1.230)	<0.001 †
	Bajo	1		
Monitoreo				
	Alto	0.91	(0.555, 1.508)	
	Medio	1.27	(0.701, 2.302)	0.38 †
	Bajo	1		
Restricción				
	Alto	2.13	(1.190, 3.797)	
	Medio	1.56	(1.080, 2.257)	0.002 †
	Bajo	1		

†: χ^2 de tendencia lineal

Tabla 13. Análisis bivariado de los estilos de crianza asociada a sobrepeso y obesidad infantil

Variable		RM	IC 95%	p*
Estilo de crianza				
	Autoritario	1.85	(0.492, 6.975)	0.36
	Permisivo	1.21	(0.670, 2.175)	0.53
	Democrático	1		

*: χ^2

Tabla 14. Análisis de regresión logística. Asociación entre prácticas de alimentación, estilos de crianza, y actividad física con sobrepeso y obesidad infantil

		RMa	IC95%	p*
Sexo del hijo				
	Masculino	1.31	(0.908, 1.874)	0.15
	Femenino	1		
Hijo único				
	Si	1.62	(1.073, 2.430)	0.02
	No	1		
Antecedente de diabetes gestacional				
	Si	16.92	(1.916, 149.482)	0.01
	No	1		
Lugar de ejercicio				
	Otro lugar además de la escuela	0.37	(0.206, 0.650)	<0.001
	Sólo en la escuela	1		
Estilo de crianza				
	Autoritario	1.23	(0.292, 5.209)	0.78
	Permisivo	1.67	(0.869, 3.193)	0.12
	Democrático	1		
Presión				
	Alto	0.20	(0.124, 0.319)	<0.001
	Medio	0.71	(0.458, 1.107)	0.13
	Bajo	1		
Monitoreo				
	Alto	0.92	(0.531, 1.582)	0.75
	Medio	1.39	(0.724, 2.672)	0.32
	Bajo	1		
Restricción				
	Alto	3.55	(1.807, 6.997)	<0.001
	Medio	2.14	(1.394, 3.284)	<0.001
	Bajo	1		
Actividad física 3 esferas de los padres				
	Inactivo	1.28	(0.582, 2.818)	0.54
	Insuficiente	1.25	(0.675, 2.331)	0.47
	Recomendado	1		

DISCUSIÓN

Estilos de crianza

En nuestro estudio, se utilizó la clasificación de Baumind (16), que divide los estilos de crianza en tres “permisivo, democrático y autoritario”, sin embargo, se han establecido diferentes clasificaciones y en los estudios que buscan una asociación entre estilos de crianza y obesidad infantil se han utilizado diferentes instrumentos de medición para clasificar a los padres dentro de un estilo. Por lo anterior, resulta complicado hacer una comparación fiel con los resultados que se han obtenido de otros estudios. En primer lugar, Rhee et al, estudiaron como el estilo de crianza a los 54 meses de edad se relacionaba sobrepeso en los niños en el primer año escolar. Ellos encontraron el estilo autoritario con RM 4.88 (IC95% 2.15, 11.10), el estilo permisivo RM 2.84 (IC95% 1.10, 7.35), negligente RM 2.67 (IC95% 1.12, 6.38), comparados con el estilo democrático (18). Ellos encontraron una relación importante entre los estilos de crianza y el sobrepeso infantil, sin embargo, existen diferencias importantes con nuestro estudio, primero utilizaron un cuestionario diferente, en el que se clasifican los estilos en cuatro, además, midieron de manera prospectiva, como el estilo a los 4.5 años, afectaba el peso a los 7 años de edad. En algunos otros estudios longitudinales como Olvera y Power et al., encontraron que los estilos de crianza indulgente o no comprometido al inicio de los estudios, se asociaba más a llegar a tener sobrepeso a 3 años de seguimiento que los hijos de madres autoritarias o democráticas (46). En una cohorte de Australia midieron de diferente manera los estilos, ellos midieron la protección a los niños por parte de sus madres y encontraron que un estilo protector medido a la edad de 4 a 5 años, no se asociaba al peso hasta que los niños alcanzaron la edad de 10 a 11 años encontrando que, por el incremento de una desviación estándar de protección, aumentaba un 13% el riesgo de los niños en tener sobrepeso u obesidad (47). Lo anterior sugiere que el efecto de los estilos no se ve inmediatamente o a corto plazo, si no dentro de varios años después. Existe una diferencia importante entre estos estudios con el nuestro en cuanto al diseño. El objetivo fue hacer un estudio más

eficiente en cuanto a tiempo y recursos, es por esto que se hizo un estudio de casos y controles. Sin embargo, no encontramos una relación entre los estilos de crianza y la obesidad infantil. Esto se respalda ya que en estudios transversales como Hennessy et al. (20) y Taylor et al. (48) no encontraron que los estilos de crianza se relacionaran al peso de los niños.

Prácticas de alimentación.

Las prácticas de alimentación que estudiamos se obtuvieron de un cuestionario que es el mayormente utilizado en este tema y además se utilizó la adaptación mexicana en niños de 5 a 11 años realizada por Navarro-Contreras et al. (37)

Sobre la restricción, en algunos estudios longitudinales, no encontraron asociación entre la restricción y cambios en el IMC (34, 49). Por otra parte, en el estudio longitudinal de Campbell et al., encontraron que los padres restrictivos al inicio del estudio no se asociaban con el IMC, sin embargo, a los 3 años de seguimiento, los hijos de padres más restrictivos al inicio ganaron menos peso. Su conclusión fue que al poner límites desde temprana edad se puede lograr un efecto benéfico al enseñar a sus hijos que comer y que no (54). Mientras tanto, en estudios transversales (32, 48), se ha encontrado que mayor restricción se asocia a sobrepeso y obesidad, como en Cardel et al., en un estudio en niños de 7-12 años, en el que encontraron que la restricción era un importante predictor del IMC del niño (50). En nuestro estudio igualmente encontramos que un nivel mayor de restricción se asocia a cuatro veces mayor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad infantil. Una explicación a esta contradicción entre los diferentes estudios es que las prácticas de alimentación pueden cambiar dependiendo de la percepción del peso de los niños, y aquí en los estudios transversales podríamos hablar entonces de una causalidad reversa, es decir, que los padres utilicen la restricción como una medida de evitar que a sus hijos, que perciben con sobrepeso u obesidad, coman alimentos hipercalóricos o mayor cantidad de comida, en cambio en los estudios longitudinales, se observa el efecto benéfico prospectivamente de la restricción al

educar a los niños que comida no es buena para su alimentación ayudando a que ganen menos peso.

En cuanto a la presión para comer, en estudios transversales, Manan et al. concluyeron que en padres de niños con sobrepeso y obesidad es significativamente menor su nivel comprado con padres de niños con peso normal (51). Con resultados similares, Cardel et al, encontraron que la presión para comer se asociaba inversamente al IMC del menor (50). De acuerdo con lo reportado, en el presente estudio, igualmente se encontró que los hijos de padres con un nivel alto de presión para comer tienen menor riesgo de padecer obesidad infantil. Sin embargo, Webber et al, en otro de sus estudios, midieron además las características del apetito de los niños, donde encontraron que los niños quisquillosos o que comen lento tenían padres con niveles mayores de presión sobre sus hijos (52). Por este estudio, podríamos considerar que es importante que, al estudiar las prácticas de alimentación, se tomen en cuenta las características mismas de los niños, que modifican como los padres se comportan con ellos para lograr que tengan una mejor alimentación o coman lo que ellos consideran lo necesario.

Al hablar de la práctica monitoreo, en nuestro estudio no se encontró alguna asociación con obesidad infantil. Esto es similar con diversos estudios transversales (32, 48, 50) y longitudinales (49), en los que no se encontró dicha asociación.

El estudio de conductas resulta ser de complejidad importante, ya que estas pueden cambiar a través del tiempo dependiendo de la situación por la que se esté pasando.

En el caso de nuestro estudio, al tratar de preguntar hacia el pasado, nos enfrentamos al sesgo de memoria, debido a lo cual podría ser que su estilo y actitudes hayan cambiado durante el tiempo y por lo tanto probablemente las madres y los padres hayan respondido de la actitud hacia sus hijos más reciente que recuerden en vez de pensarlo específicamente a más de 3 años atrás, que fue el tiempo en que las cohortes antes mencionadas encontraron una asociación.

Actividad física

La forma en que medimos la actividad física en los niños fue al preguntarles dónde realizaban actividad física, las posibles respuestas eran: en la calle, en la escuela, en el parque o deportivo público, alguna liga de fútbol, etc., en un club deportivo privado, y en boys scouts, pudiendo contestar más de una opción. En general, la mayoría realizaban actividad física en la escuela. Encontramos que aquellos niños que realizan actividad física extra a la que realizan obligatoriamente en la escuela, tienen menor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad. En el estudio transversal de Barkin et al. donde midieron si la actividad física de los padres se correlacionaba con la de sus hijos (53), para medir la cantidad de ejercicio, utilizaron un acelerómetro para todos los movimientos durante el día. Encontraron una asociación positiva que, por cada minuto de actividad física leve de los padres, aumentaba 0.06 minutos la actividad física leve de sus hijos ($p < 0.001$). Por nuestra parte, tomando en cuenta que existe una relación entre la actividad física de los padres e hijos, en nuestro estudio, lo que realizamos fue medir si la actividad física de los padres se asociaba al sobrepeso de sus hijos, sin embargo, los resultados no fueron precisos, una explicación probable es que esta asociación no es directa, como se menciona en el artículo anterior, la actividad física de los padres si se relaciona a la actividad física de los niños, pero interactúan muchas otras variables para que se desarrolle la obesidad en los niños, como es la alimentación. El estudio de la actividad física en los niños es difícil de cuantificar, ya que los niños se encuentran en constante movimiento durante su juego en diferentes momentos del día, y a través de un cuestionario es complicado obtener todos los momentos de actividad física que tienen a lo largo de un día.

Ventajas

Una de las ventajas importantes de nuestro estudio fue que se tomaron en cuenta algunas variables relacionadas con la actividad física de los padres y sus hijos, lo cual es un factor de riesgo importante conocido para la aparición de sobrepeso u

obesidad y pudiera actuar como una variable confusora. En cuanto a la precisión del estudio, en lo que respecta al tamaño de la muestra, esta fue grande, mayor al tamaño mínimo calculado, logrando observar precisión en los intervalos de confianza obtenidos para las razones de momios obtenidas.

Limitaciones

Una limitación importante de nuestro estudio fue la selección de casos prevalentes de sobrepeso u obesidad, lo cual fue debido a que es difícil realizar un diagnóstico en el momento de que se presenta esta enfermedad. Lo anterior pudo haber repercutido en las respuestas de los participantes, ya que, al haber estado conscientes del sobrepeso u obesidad de su hijo, pudieron haber cambiado las prácticas de alimentación que tienen con sus hijos, en el intento de ayudarlos a volver a un peso saludable. Esto se puede demostrar con los resultados sobre las prácticas de alimentación que, a diferencia con los resultados de estudios longitudinales, fueron consistentes con estudios transversales, y la relación encontrada ha sido explicada como una causalidad reversa, en los que los padres de niños con obesidad restringen en un nivel mayor a sus hijos para evitar la sobre ingesta de alimentos hipercalóricos, y disminuyen o no tienen la necesidad de ejercer presión para que coman sus hijos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo encontrado, se puede observar que los padres juegan un papel importante como modelos para los niños. Los padres que padecen sobrepeso y obesidad tienen casi 3 veces mayor riesgo que sus hijos igualmente lo padezcan. Así, las prácticas de alimentación influyen en el estado nutricional del menor, provocando la sobre ingesta, o disminuyéndola de alimentos no sanos promotores de obesidad.

Sin embargo, posterior al análisis de los resultado del estudio y los encontrados en otros, podemos concluir también que la mejor manera de estudiar las conductas es a través de estudios longitudinales, con más de una medición a través del tiempo, ya que, al hablar de enfermedades crónicas, con un periodo de latencia amplio como lo es la obesidad, se necesita cuantificar el tiempo de exposición para poder ver el efecto que producen los estilos en el peso del niño, y ver cuánto tiempo de exposición a los estilos y prácticas es necesario para un cambio en el IMC del menor, lo cual resultó complicado al ser preguntado hacia el pasado, y es aún más difícil comprender los resultados de un estudio transversal en este tema. También hace falta que los estilos de crianza sean mejor establecidos ya que su medición en los estudios previos han sido diferentes, lo que complica su comparación. Así mismo, en cuanto a las prácticas de alimentación, hace falta seguir estudiando otras relacionadas al ámbito familiar, social y cultural que también influyen en la forma como los niños son alimentados por sus padres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web] Centro de Prensa: c2015 [acceso 10 de noviembre de 2016]. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
3. Hernández-Ávila M, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. Instituto Nacional de Salud de Salud Pública. 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web] Suiza: Organización Mundial de la Salud; [14 de mayo de 2014; acceso 3 de marzo de 2017]. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
5. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews* 2001;2:159–171
6. Goran MI, Hunter G, Nagy TR, et al. Physical activity related energy expenditure and fat mass in young children. *Int J Obes Relat Metabol Disor* 1997;21:171–178.
7. Fogelholm M, Nuutinen O, Pasanen M, Myöhänen E, Säätelä T. Parent–child relationship of physical activity patterns and obesity. *Int J Obes* 1999;23:1262–1268.
8. Vilhjalmsón R, Thorlindsson T. Factors related to physical activity: a study of adolescents. *Soc Sci Med* 1998;47:665–675.
9. Berkey CS, Rockett HR, Field AE, et al. Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics* 2000;105:e56.
10. Ashcroft J, Semmler C, Carnell S, et al. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *Eur J Clin Nutr* 2008;62:985–990.

11. Castrillón I, Giraldo O. Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2014;6:57-74.
12. Nguyen VT, Larson DE, Johnson RK, et al. Fat intake and adiposity in children of lean and obese parents. *Am J Clin Nutr* 1996;63:507–513.
13. Schwartz C, Scholtens PJ, Lalanne A, et al. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 2011;57:796-807.
14. Collins C, Duncanson K, Burrows T. A systematic review investigating associations between parenting style and child feeding behaviours. *J. Hum. Nutr. Diet.* 2014;27:557–568.
15. Shloim N, Edelson LR, Martin N, et al. Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4–12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Front. Psychol* 2015;6:1849.
16. Baumrind, D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs* 1967;75:43-88.
17. Olivari MG, Tagliabue S, Confalonieri E. Parenting Style and Dimensions Questionnaire: A Review of Reliability and Validity, *Marriage & Family Review* 2013;49:465-490.
18. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, et al. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics* 2006;117:2047–2054.
19. Wake M, Nicholson JM, Hardy P, et al. Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian National Population Study. *Pediatrics* 2007;120:e1520–e1527.
20. Hennessy E, Hughes SO, Goldberg JP, et al. Parent behavior and child weight status among a diverse group of underserved rural families. *Appetite* 2010;54:369–377.
21. Frankel LA, O'Connor TM, Chen TA, et al. Parents' perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding style differences. *Appetite* 2014;76:166–174.

22. Hughes SO, Power TG, Papaioannou MA, Cross, M. B., Nicklas, T. A., Hall, S. K., et al. Emotional climate, feeding practices, and feeding styles: an observational analysis of the dinner meal in Head Start familie. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2011;8:60.
23. Rodenburg G, Kremers SP, Oenema A, et al. Psychological control by parents is associated with a higher child weight. *Int. J. Pediatr. Obes.* 2011;6:442–449.
24. El-Behadli AF, Sharp C, Hughes SO, et al. Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *British Journal of Nutrition* 2015;113:S55–S71
25. Rhee K. Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *Ann Am Acad Polit Soc Sci* 2008;615:11–37.
26. Clark H, Goyder E, Bissell P, et al. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Public Health (Oxf)* 2007;29:132–141.
27. Birch LL, Fisher JO, Davidson KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr* 2003;78:215–220.
28. Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:858–869.
29. Pani L, Porcella A, Gessa GL. The role of stress in the pathophysiology of the dopaminergic system. *Mol Psychiatry* 2000;5:14–27.
30. Haycraft E, Farrow C, Blissett J. Maternal symptoms of depression are related to observations of controlling feeding practices in mothers of young children. *J Fam Psychol* 2013;27:159–164.
31. Rollins B Y, Loken E, Savage JS, et al. Maternal controlling feeding practices and girls' inhibitory control interact to predict changes in BMI and eating in the absence of hunger from 5 to 7 y. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004;99:249–257.

32. Holland JC, Kolko RP, Stein RI, et al. Modifications in parent feeding practices and child diet during family-based behavioral treatment improve child zBMI. *Obesity* 2014;22:E119–E126.
33. Wehrly SE, Bonilla C, Perez M, et al. Controlling parental feeding practices and child body composition in ethnically and economically diverse preschool children. *Appetite* 2014;73:163–171.
34. Gubbels JS, Kremers SP, Stafleu A, et al. Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: the KOALA Birth Cohort Study. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2011;8:18.
35. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, Huerta Alvarado SG, et al. Case control studies. Design, analysis and interpretation in clinical research. *Rev Mex Pediatr* 2003;70; 257-263.
36. Lemeshow S, Hosmer DW, eds. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. England: John Wiley & Sons Ltd, 1990.
37. Navarro-Contreras G, Reyes-Lagunes I. Validación Psicométrica de la Adaptación Mexicana del Child Feeding Questionnaire. *ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA*, 2016;6:2337–2349.
38. Baecke JA, Burema HJ, Frijters ER, A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am. J. Clin. Nutr.* 1982;36:936-42.
39. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, et al. Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 2000;32:S498-S516
40. Real Academia Española. [Sede Web] Madrid: Diccionario de la lengua Española: Octubre 2014 [acceso 3 de marzo de 2017] Diccionario de la lengua Española 23° edición. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
41. Google sites [Sede Web] [acceso 4 de marzo de 2017] Jojooa - tecnología, marketing y crm "Nivel socioeconómico" Disponible en: <https://sites.google.com/site/jojooa/marketing---definicion/definicion-nivel-socio-economico-nse---que-es-el-nivel-socio-economico>

42. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web] Suiza: Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2012 [Acceso 4 de marzo de 2017] Artículo 23. Definiciones. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2012/03/vol1_definiciones.pdf
43. INEGI. [Sede Web] México: Proyectos estadísticos [acceso 5 de marzo de 2017] Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>
44. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web] Suiza: Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo; 2003 [acceso 4 de marzo de 2017] Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Longitud/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad Métodos y desarrollo. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary_spanish_rev.pdf?ua=1
45. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web] Suiza: Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente; 2017 [acceso 3 de marzo de 2017] Lactancia materna. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
46. Olvera N, Power TG. Brief report: parenting styles and obesity in Mexican American children: a longitudinal study. *J. Pediatr. Psychol.* 2010;35:243-249.
47. Hancock KJ, Lawrence D, Zubrick SR. Higher maternal protectiveness is associated with higher odds of child overweight and obesity: a longitudinal Australian study. *PLoS ONE.* 2014;9:e100686.
48. Taylor A, Wilson C, Slater A, Mohr P. Parent-and child-reported parenting. Associations with child weight-related outcomes. *Appetite.* 2011;57:700-706.
49. Webber L, Cooke L, Carnell S, et al. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2010; 64:259-265.

50. Cardel M, Willing AL, Dulin-Keita A, et al. Parental feeding practices and socioeconomic status are associated with child adiposity in a multi-ethnic sample of children. *Appetite*. 2012;58:347-353.
51. Manan WMWA, Norazawati AK, Lee YY. Overweight and obesity among Malay primary school children in Kota Bharu, Kelantan: parental beliefs, attitudes and child feeding practices. *Mal. J. Nutr.* 2012;18:27-36.
52. Webber L, Cooke L, Hill C, et al. Associations between children's appetitive traits and maternal feeding practices. *J. Am. Diet. Assoc.* 2010;110:1718-1722.
53. Barkin SL, Lamichhane AP, Banda JA, et al. Parent's Physical Activity Associated With Preschooler Activity in Underserved Populations. *Am. J. Prev. Med.* 2017;52:424-432.
54. Campbell K, Andrianopoulos N, Hesketh L, et al. Parental use of restrictive feeding practices and child BMI z-score. A 3-year prospective cohort study. *Appetite* 2010;55:84–88.

Anexo 1. Carta de consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD EN ESCOLARES CON LOS HÁBITOS, PRÁCTICAS Y ESTILOS DE ALIMENTACIÓN DE LOS PADRES EN LA UMF 09 DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Unidad de Medicina Familiar 09 "San Pedro de los Pinos" a ___ de _____ 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El estado nutricional en los menores representa un punto importante para su vida futura, ya que el desarrollo de hábitos y el crecimiento durante sus primeros años de vida estará ligado a la salud que alcanzarán en su vida adulta. En nuestro país, con una alta y creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, resulta de importancia evaluar sus factores de riesgo, sobre todo aquellos factores que programen al menor a desarrollar conductas no adecuadas de alimentación.</p> <p>Con el presente estudio se pretende conocer el riesgo de presentar sobrepeso y obesidad según los estilos y prácticas de alimentación de los padres y de su actividad física, así como de la misma actividad física en los menores. Estudiar conductas provee información sobre factores modificables de problemas de peso que se enfoquen a realizar intervenciones que mejoren las prácticas de alimentación y un peso saludable, con lo que se verán beneficiados los menores de edad al no estar expuesto a malas prácticas de alimentación y los padres al recibir recomendaciones enfocadas a mantener un peso saludable en su hijo. Así mismo, esta información será útil para el Instituto para la realización de recomendaciones enfocadas en el primer nivel de atención, con lo cual a largo plazo ayudará a disminuir la prevalencia de la enfermedad y por consiguiente ayudará en la disminución de la presentación de las complicaciones de la obesidad, que se traducirá en disminución de costos por atención médica.</p> <p>Por esto, los objetivos de este estudio son: Estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años de edad con los estilos y prácticas de alimentación, y hábitos (actividad física) de los padres; y estimar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad de niños de 6 a 12 años de edad con su nivel de actividad física.</p>
Procedimientos:	El encuestador me ha explicado que se me realizará, como tutor del menor un cuestionario sobre los estilos de crianza, prácticas de alimentación, así como un cuestionario sobre la actividad física mía y mi hijo(a). Además, se nos medirá la altura y peso.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha aclarado que tanto las entrevistas como las mediciones y evaluaciones serán realizadas por personal capacitado. Las medidas y evaluaciones que se nos harán a mí y a mi hijo(a) son acciones que se realizan de rutina y ya está probada su inocuidad, por lo que no representa ningún riesgo. Así mismo, el cuestionario puede contener preguntas que me pudieran hacer sentir incómodo(a) por lo que tengo el derecho de no responderlas. En el caso de que mi hijo(a), al ser detectado con problemas en su peso y se me ofrecerá pasar con el médico familiar de mi hijo(a) para realizar una evaluación completa.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que no recibiré algún pago por mi participación en el estudio, así como no tendrá ningún costo. Estaré colaborando para aportar información que genere evidencia científica y con ello desarrollar conocimiento para los médicos. Así mismo, si mi hijo presentara algún problema de peso, se le canalizará primero con su médico familiar y posteriormente al servicio que amerite (nutrición, pediatría, endocrinología), esto anterior si yo estoy de acuerdo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me explicó que posterior a la medición de talla y peso de mi hijo se me informará si él o ella tiene alguna alteración para que se me canalice con mi médico familiar para completar la evaluación del estado de nutrición de mi hijo(a).
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, y que estoy en plena libertad de negarme a participar o de retirar mi participación del mismo en cualquier momento, y que mi decisión acerca de mi participación no afectará de ninguna manera la forma en cómo me tratan en esta Unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Me explicaron que toda la información que proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Quedaré identificado(a) con un número y no con mi nombre.

Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

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 estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Además, si usted o su hijo(a) presentaran algún incidente causado por la investigación, se referirá inmediatamente al servicio correspondiente.

Beneficios al término del estudio: Me explicaron que si mi hijo resulta con alteraciones en su peso se le canalizará al servicio que corresponda.

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

Investigador Responsable: Ana Gloria García Rodríguez. Mat. 99378327. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Al siguiente número de teléfono (045 8711 78 68 84), en un horario de 8 am a 8 pm.

Colaboradores: Benjamín Acosta Cázares Mat. 99091133. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, IMSS Tel. 52 36 27 00 ext. 15729 y 15720. Vanessa Crystal Sánchez Escalante. Mat. 99387510 UMF 9 San Pedro de los Pinos Tel.55 33 97 55 91. Sergio Luis García Cabazos Mat. 11088931 UMF 9 San Pedro de los Pinos Teléfono: 55 91 92 74 60.

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 madre, padre, tutores o representante legal

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

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Instrumento de recolección



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
2015-2018



ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD EN ESCOLARES CON LOS HÁBITOS, PRÁCTICAS Y ESTILOS DE ALIMENTACIÓN DE LOS PADRES EN LA UMF 09 DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

Instrumento de recolección de datos

Fecha: _____ Folio: _____

Datos de identificación de la madre o padre

Iniciaremos con serie de preguntas relacionadas a su persona, en cuanto a nivel socioeconómico, educación y ocupación.

1. ¿Cuál es su nombre?: _____			
2. Me podría proporcionar su NSS: _____-_____			
3. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	_____ / _____ / _____ dd/mm/aaaa	4. Edad cumplida según fecha de nacimiento	_____ años
Características sociodemográficas			
5. ¿Cuál es su estado civil actual?	Soltera (1) Casada (2) Unión libre (3) Divorciada o separada (4) Viuda (5)	_____	
6. ¿Cuál es su último año que aprobó en la escuela?	Preescolar (1) Primaria (2) Secundaria (3) Bachillerato o equivalente (4) Licenciatura (5) Posgrado (6) No asistió a la escuela (7)	_____ año _____ grado	
7. ¿Cuántos años en total estudió? (Contar a partir de primaria)	_____		
8. ¿A qué se dedica actualmente? (Seleccione sólo una, su principal ocupación) Empleado: trabajo en otra actividad que no sea su profesión. Profesionista: Trabajar en el ramo que estudió la licenciatura.	Sin ocupación (1) Obrero(a) (2) Empleado(a) (3) Profesionista (4) Al hogar (5) Jubilado o pensionado (6) Estudiante (7)	_____	
Si me permite, mediré su peso y estatura.			
9. Peso (kg)	_____	10. Talla (mts)	_____
11. IMC	_____	12. Clasificación	_____

Datos de identificación y antecedentes del menor

Ahora le voy a hacer una serie de preguntas sobre su hijo(a) y el embarazo de él/ella mismo(a).

1. ¿Cuál es el nombre de su hijo(a)?: _____			
2. Me podría proporcionar el NSS de su hijo(a): _____-_____			
3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo(a)?:	_____	4. Edad cumplida según fecha de nacimiento:	_____ años
Antecedentes personales			
5. Sexo	Masculino (1) Femenino (2)	6. Dígame cuánto pesó su hijo(a) al nacer	____.____ kg No recuerda (99)
7. ¿Tuvo alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo?	Diabetes gestacional____ Hipertensión gestacional____ Preeclampsia/eclampsia____ Hipo/hipertiroidismo____ Cáncer____ Enf. Del corazón____ Enf. Renal____ Enf. Infecciosa____	8. ¿Su embarazo fue a término? (es decir, no nació antes de los 9 meses)	Si (1) No (2)
9. ¿Cuántos hijos nacieron vivos? 9.5 En orden de nacimiento dígame el orden que le corresponde a (nombre)? (Anotar el número que le corresponda al niño participante en el estudio).	_____ _____	10. ¿Le dio lactancia materna o pecho de manera exclusiva a su hijo(a)? Lactancia materna exclusiva: sin agregar fórmula maternizada, ni agua, té y otros.	Si (1) No (2)
11. ¿Durante cuánto tiempo le dio leche materna exclusiva a su hijo?	_____meses	12. ¿Le complementó con fórmula antes de los 6 meses? ¿Por qué?	Si (1) No (2) _____
13. ¿Le complementó con agua, té u otro alimento antes de los 6 meses (con excepción de la fórmula maternizada)? ¿Cuál? ¿Por qué?	Si (1) No (2) _____ _____	14. ¿A qué edad de su hijo(a) le empezó a dar alimentos sólidos?	_____meses
A continuación, si me permite, pesaré y mediré la talla de su hijo(a).			
15. Peso (kg)	_____	16. Talla (mts)	_____
17. IMC	_____	18. Clasificación peso/talla	_____

Nivel socioeconómico Regla AMAI NSE 8X7		
Preguntas	Respuestas	Puntos
1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.	1	0
	2	0
	3	0
	4	0
	5	8
	6	8
	7 o más	14
2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?	0	0
	1	16
	2	36
	3	36
	4 o más	52
3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?	No tiene	0
	Si tiene	10
4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?	0-5	0
	6-10	15
	11-15	27
	16-20	32
	21 o más	46
5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?	Tierra o cemento (firme de)	0
	Otro tipo de material o acabo	11
6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?	0	0
	1	32
	2	41
	3 o más	58
7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?	No tiene	0
	Si tiene	20
8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (espere respuesta, y pregunte) ¿Realizó otros estudios? (reclasificar en caso necesario).	No estudio	0
	Primaria incompleta	0
	Primaria completa	22
	Secundaria incompleta	22
	Secundaria completa	22
	Carrera comercial	38
	Carrera técnica	38
	Preparatoria incompleta	38
	Preparatoria completa	38
	Licenciatura incompleta	52
	Licenciatura completa	52
	Diplomado o Maestría	72
	Doctorado	72
No Sabe /no contesto Sin instrucción		
Total del puntaje		

TABLA DE PUNTOS POR NIVEL

AB	193+
C+	155-192
C	128-154
C-	105-127
D+	80-104
D	33-79
E	0-32

Cuestionario de Baecke para actividad física habitual. Adulto.

1. ¿Cuál es su ocupación principal? _____
(Verificar lista de actividades en catálogo sólo una opción)
2. ¿En el trabajo permanece sentado? _____
1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Siempre
3. ¿En el trabajo permanece de pie? _____
1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Siempre
4. ¿En el trabajo camina? _____
1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Siempre
5. ¿En el trabajo levanta objetos pesados? _____
1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Muy frecuentemente
6. ¿Después de la jornada laboral se siente cansado? _____
5 Muy frecuentemente 4 Frecuentemente 3 Algunas veces 2 Casi nunca 1 Nunca
7. ¿En el trabajo sus actividades lo hacen sudar? _____
5 Muy frecuentemente 4 Frecuentemente 3 Algunas veces 2 Casi nunca 1 Nunca
8. En comparación con otras personas de su edad piensa que su trabajo es físicamente: _____
5 Mucho más pesado 4 Muy pesado 3 Tan pesado 2 Más liviano 1 Mucho más liviano
9. ¿Practica algún deporte? _____
1 Si 2 No (Pase a la siguiente sección)
10. Si la respuesta es afirmativa:
 - 10a. ¿Qué deporte es el que practica más frecuentemente? _____
Verificar lista de deportes en catálogo, (sólo una opción)
 - 10b. ¿Qué días de la semana lo realiza?

1. L	2. M	3. M	4. J	5. V	6. S	7. D
------	------	------	------	------	------	------

 - 10b. ¿Cuántas horas a la semana? _____
 - 10c. ¿Cuántos meses al año? _____
11. En total. ¿Cuántas horas permanece sentado al día? _____
12. En comparación con otras personas de su edad considera que el tiempo que dedica a actividad física es: _____
5 Mucho mayor 4 Mayor 3 Igual 2 Menor 1 Mucho menor
13. Cuando tiene alguna actividad física durante el tiempo libre ¿suda? _____
5 Muy frecuentemente 4 Frecuentemente 3 Algunas veces 2 Casi nunca 1 Nunca
14. Durante el tiempo libre practica algún deporte _____
1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Muy frecuentemente
15. Durante el tiempo libre mira televisión _____
1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Muy frecuentemente
16. Durante el tiempo libre camina _____
1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Muy frecuentemente
17. Durante el tiempo libre usa bicicleta _____
1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Frecuentemente 5 Muy frecuentemente
18. ¿Cuántos minutos al día camina/anda en bicicleta para ir al trabajo escuela o de compras?
1 Menos de 5 2 De 5 a 15 3 De 15 a 30 4 De 30 a 45 5 Más de 45

Cuestionario de actividad física para niños ENCO PREVENIMSS

Comparado con niños de la misma edad y sexo ¿qué tanto ejercicio o actividad física hace su hijo(a)?

Mucho más que la mayoría	Mucho menos que la mayoría
Un poco más que la mayoría	Igual que la mayoría
Un poco menos que la mayoría	

Entre semana ¿cuántas horas por día ve su hijo (a) televisión?

No ve TV	2.5	5.5
Menos de media hora	3	6
0.5	3.5	6.5
1	4	7
1.5	4.5	Más de 7 horas
2	5	

En los fines de semana ¿cuántas horas por día ve si hijo (a) televisión?

No ve TV	2.5	5.5
Menos de media hora	3	6
0.5	3.5	6.5
1	4	7
1.5	4.5	Más de 7 horas
2	5	

¿En los últimos 12 meses su hijo (a) hizo ejercicio o algún deporte por lo menos 3 veces en alguno de los siguientes lugares? (marque todas las opciones que mencione el entrevistado)

En la calle	Algún club deportivo privado
Parque o deportivo público	Boy scouts (niños exploradores)
Alguna liga de futbol, béisbol, etc.	En la escuela

¿Qué deporte o actividades físicas practicaba su hijo (a) en los lugares que me acaba de mencionar? Entrevistador: Escriba hasta 5 actividades y consulte el catálogo.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

¿Cuántos días a la semana, los padres hacen ejercicio que les cause respiración rápida o les aumente los latidos del corazón por 30 minutos seguidos o más? Especifique los días para la madre y el padre.

Madre ____ Padre ____

Comparado con otros adultos de su misma edad y sexo, ¿qué tanto ejercicio o actividad física hacen los padres?

Madre	Padre
Mucho más que la mayoría	Mucho más que la mayoría
Un poco más que la mayoría	Un poco más que la mayoría
Un poco menos que la mayoría	Un poco menos que la mayoría
Mucho menos que la mayoría	Mucho menos que la mayoría
Igual que la mayoría	Igual que la mayoría

¿Cuántos días de la semana, los padres hacen ejercicio junto con el niño (a) por 20 minutos o más?

Madre ____ Padre ____

AMCFQ

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de frases seguidas de cinco cuadros, usted debe marcar con una X el cuadro que mejor represente a usted y su hijo(a). Si marca el cuadro más cercano y grande a la frase, esto indica que realiza SIEMPRE O MUCHO dicha actividad. Si marca el cuadro más alejado y pequeño esto indica que NUNCA la realiza. El resto de los cuadros indican distintos grados. Utilícelos para encontrar el punto adecuado para su manera de pensar. Conteste en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada uno. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

		Siempre				Nunca
1	¿Cuando su niño(a) está en casa con qué frecuencia es usted la responsable de alimentarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir la cantidad de comida que debe comer su hijo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir si su hijo(a) ha comido el tipo adecuado de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cómo definiría usted SU PROPIO PESO durante:	Con mucho sobre peso		Muy baja de peso		
4	Su niñez (5 a 10 años de edad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Su adolescencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	De sus 20 a 29 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cómo definiría el peso de SU HIJO(a):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Durante el primer año de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	De 1 a 3 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	En preescolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	De preescolar a segundo grado de primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	De tercero a quinto de primaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Qué tanto le preocupa que su hijo(a) coma demasiado cuando usted no está con él?	Mucho		Nada		
14	¿Qué tanto le preocupa que su hijo(a) tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	¿Qué tanto le preocupa que su hijo(a) llegara a tener sobrepeso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tengo que asegurarme que mi hijo(a):		Siempre			Nunca	
16	No coma muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)	<input type="checkbox"/>				
17	No coma muchos alimentos grasosos	<input type="checkbox"/>				
18	No coma mucho de sus alimentos favoritos	<input type="checkbox"/>				
19	Mantengo a propósito algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>				
20	Ofrezco golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) a mi hijo(a) como premio por su buena conducta	<input type="checkbox"/>				
21	Ofrezco a mi hijo(a) su comida favorita a cambio de que se porte bien	<input type="checkbox"/>				
22	Si yo no vigilara la alimentación de mi hijo(a), él comería mucha comida chatarra	<input type="checkbox"/>				
23	Si yo no controlara o guiara la alimentación de mi hijo(a), él comería más de las cosas que le gustan	<input type="checkbox"/>				
24	Mi hijo(a) debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato	<input type="checkbox"/>				
Le prohíbo comer a mi hijo(a):		Siempre			Nunca	
25	Golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>				
26	Comida chatarra (chetos, chicharrones, palomitas papitas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>				
27	Su comida favorita cuando no me obedece	<input type="checkbox"/>				
28	Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hijo(a) coma suficiente	<input type="checkbox"/>				
29	Si mi hijo(a) me dice "no tengo hambre", trato de hacer que él coma de cualquier manera	<input type="checkbox"/>				
30	Si yo no guiara o regulara su alimentación mi hijo(a) comería mucho menos de lo que debe	<input type="checkbox"/>				
		Mucho			Nada	
31	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) que come su hijo(a)?	<input type="checkbox"/>				
32	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de comida chatarra (papitas, chicharrones, etc.) que come su hijo(a)?	<input type="checkbox"/>				
33	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de alimentos grasosos que come su hijo(a)?	<input type="checkbox"/>				

The Parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ)

Instrucciones: Dar la puntuación a cada pregunta. para indicar que tan seguido usted la realiza esa conducta.

- 1 = Nunca
- 2 = Algunas veces
- 3 = La mitad del tiempo
- 4 = Muchas veces
- 5 = Siempre

Yo

- 1. (Yo soy) sensible a los sentimientos y necesidades de mi hijo.
- 2. (Yo utilizo) castigo físico como una manera de disciplinar a mi hijo.
- 3. (Yo tomo) en cuenta los deseos de mi hijo antes de decirle al niño que haga algo.
- 4. Cuando mi hijo pregunta si él/ella tiene que conformarse, (yo afirmo): porque yo digo, o yo soy tu padre/madre y quiero que lo hagas.
- 5. (Yo explico) a mi hijo como me siento acerca de su buena o mala conducta.
- 6. (Yo exploto) cuando mi hijo es desobediente.
- 7. (Yo animo) a mi hijo a hablar sobre sus problemas.
- 8. (Yo encuentro) difícil disciplinar a mi hijo.
- 9. (Yo animo) a mi hijo a expresarse libremente, aunque no esté de acuerdo con nosotros.
- 10. (Yo castigo) a mi hijo quitándole privilegios con poca o ninguna explicación.
- 11. (Yo enfatizo) las razones de las reglas.
- 12. (Yo doy) consuelo y comprensión cuando mi hijo está molesto.
- 13. (Yo grito) cuando mi hijo se porta mal.
- 14. (Yo alabo) cuando mi hijo se porta bien.
- 15. (Yo le pongo atención) a mi hijo cuando se conmociona por algo.
- 16. (Yo exploto) en enojo hacia mi hijo.
- 17. (Yo amenazo) a mi hijo con castigos más de las veces que si le doy un castigo.
- 18. (Yo tomo) en cuenta las preferencias de mi hijo al hacer planes para la familia.
- 19. (Yo agarro/jalo) a mi hijo cuando está siendo desobediente.
- 20. (Yo declaro) castigos a mi hijo sin dárselos realmente.
- 21. (Yo muestro) respeto a las opiniones de mi hijo para alentar a que las exprese.
- 22. (Yo permito) a mi hijo a aportar a las reglas de la familia.
- 23. (Yo regaño y critico) para hacer que mi hijo mejore.
- 24. (Yo mimo/consiento) a mi hijo.
- 25. (Yo doy) razones a mi hijo de por qué las reglas deben obedecerse.
- 26. (Yo utilizo) amenazas como castigo con poca o ninguna justificación.
- 27. (Yo tengo) momentos cálidos e íntimos (apapachos) con mi hijo.
- 28. (Yo castigo) poniendo a mi hijo en algún lugar solo con poca o ninguna explicación.
- 29. (Yo ayudo) a mi hijo a entender el impacto de nuestra conducta para animarlo a hablar de las consecuencias de sus propios actos.
- 30. (Yo regaño o critico) cuando la conducta de mi hijo no cumple mis expectativas.
- 31. (Yo explico) las consecuencias de la conducta de mi hijo.
- 32. (Yo golpeo) a mi hijo cuando se porta mal.

¿En caso de que necesite confirmar algún dato con usted, YO podría contactarlo(a) telefónicamente?: _____ Teléfono: _____