

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TESIS

“TIPO DE CRIANZA EN LAS MADRES Y HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64 TEQUESQUINAHUAC DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. SONIA BONILLA FLORES

DIRECTOR DE TESIS

E. EN M. F. KARLA PESQUERA RAMÍREZ

REVISORES DE TESIS

E. EN M. F. OLIVIA REYES JIMÉNEZ

E. EN M. F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

E. EN M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2014

AGRADECIMIENTOS:

“Cualesquiera que hayan sido nuestros logros, alguien nos ayudó siempre a alcanzarlos”

Althea Gibson

A Dios por permitirme concluir una etapa más de mi formación profesional y estar a mi lado siempre.

A Jorge por soportar durante estos tres años mi estrés, guardias, desvelos, tareas, por ayudarme, por ser un excelente padre en mi ausencia y sobre todo por ser un gran esposo y compañero de vida.

A María José porque eres el motivo más grande de mi vida, por tus ocurrencias, tus abrazos y besos tan sinceros, por ser mi pequeñita adorada que compartió conmigo esta etapa de mi vida.

A mi Mamá por seguir apoyándome en esta carrera tan larga y por alentarme a continuar siendo cada día mejor ser humano y profesionalista. A mi papa por todo el apoyo y cariño que me das día a día.

A mis hermanos Roge, Viki y Fer que son siempre un ejemplo y un apoyo en mi vida.

A mis grandes amigos de Residencia: Regina, Martha, Zita y Fausto por hacer de esta Residencia una gran experiencia, por dejarme compartir tantos momentos agradables, por hacer de los momentos tristes y desagradables momentos amenos y a ti Felipe por haberme permitido ser tu amiga y por enseñarme a ver la vida con humor, sé que algún día nos volveremos a ver amigo.

A Liz que me ayudo en la realización de esta Tesis y por compartir su tiempo y amistad conmigo.

A mis demás compañeros y amigos de residencia por ser parte de esta etapa y por compartir parte de su vida conmigo.

Al Doctor Luis Rey y a la Doctora Saucedo por toda su enseñanza y dedicación en estos 3 años.

A todos los Médicos de guardias , rotaciones médicas que me enseñaron tanto y que cultivaron en mí el deseo de seguir aprendiendo y ser cada día mejor médico.

A Lulú por compartir tu amistad conmigo y por todo el apoyo en estos 3 años.

TIPO DE CRIANZA EN LAS MADRES Y HABITOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64 TEQUESQUINAHUAC DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	
I.1. OBESIDAD Y SOBREPESO	
I.1.1 Definición.....	1
I.1.2 Epidemiología.....	2
I.1.3 Etiología.....	2
I.1.3.1 Factores Genéticos.....	2
I.1.3.2 Factores Ambientales.....	3
I.1.3.3 Factores Alimentarios.....	3
I.1.3.4 Actividad Física.....	4
I.1.3.5 Factores Socioculturales.....	4
I.1.4 Diagnostico.....	5
I.1.5 Complicaciones.....	6
I.1.5.1 Persistencia en la Adultez.....	6
I.1.5.2 Hipertensión Arterial.....	6
I.1.5.3 Dislipidemia.....	7
I.1.5.4 Complicaciones Endocrinas.....	7
I.1.5.5 Síndrome Metabólico.....	7
I.1.6 Tratamiento.....	8
I.2. HABITOS ALIMENTICIOS	9
I.2.1 Definición.....	9
I.2.2 Formación de hábitos Alimenticios.....	9
I.2.3 El papel de la madre en los hábitos Alimenticios.....	10
I-3. CRIANZA	11
I.3.1 Definición.....	11
I.3.2 Tipos de Crianza.....	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
II.1 Argumentación.....	14
II.2 Pregunta de Investigación.....	14
III. JUSTIFICACION	20
III.1 Académica.....	15
III.2 Epidemiológica.....	15
III.3 Educativa.....	15
III.4 Social.....	16
III.5 Económica.....	16
IV. HIPOTESIS.....	18
V. OBJETIVOS.	19
V.1 General.....	19
V.2.Específicos.....	19
VI. MÉTODO.	20
VI.1 Características donde se realizó estudio.....	20
VI.2.Diseño del estudio.....	20
VI.3 Criterios de Inclusión.....	20
VI.4 Criterios de Exclusión.....	21

VI.5 Criterios de Eliminación.....	21
VI.6 Tamaño de la Muestra.....	21
VI.7 Operacionalización de variables.....	22
VI.8 Descripción general del estudio.....	25
VI.9 Instrumentos de investigación.....	26
VI.9.1 Cuestionario de Crianza Parental.....	26
VI.9.2 Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos.....	27
VI.10Análisis de Datos.....	27
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	29
VIII. ORGANIZACIÓN.....	30
IX. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	31
X. TABLAS Y GRÁFICOS.....	34
XI. DISCUSIÓN.....	46
XII. CONCLUSIONES.....	49
XIII. RECOMENDACIONES.....	51
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	52
XV. ANEXOS.....	55

I MARCO TEORICO

I.1 OBESIDAD Y SOBREPESO

La obesidad y el sobrepeso son definidas como un proceso metabólico en el que se produce una acumulación de grasa excesiva en relación con el promedio normal que corresponde a cada niño según su edad sexo y talla es decir la obesidad aparece por que el aporte de energía mediante la ingesta de alimentos supera el gasto y el excedente se almacena en el organismo como tejido graso. ⁽¹⁾

Según su origen, la obesidad se puede clasificar en endógena y exógena:

La obesidad endógena es la menos frecuente de estos dos tipos, pues solo entre un 5 y un 10% de los obesos la presentan, este tipo de obesidad es debida a problemas provocados a la disfunción de alguna glándula endocrina, como lo son el Hipotiroidismo, Síndrome de Cushing , Diabetes mellitus , Síndrome de ovario poliquístico e Hipogonadismo.

La obesidad exógena se refiere a aquella que se debe a exceso en la alimentación o determinados hábitos sedentarios como la falta de actividad física, siendo más común este tipo de obesidad. Este tipo constituye aproximadamente 90 a 95% de todos los casos de obesidad. ⁽¹⁾

Los criterios de la OMS para definir y clasificar el sobrepeso y la obesidad son los siguientes ⁽²⁾:

Clasificación de sobrepeso y obesidad de la OMS de acuerdo al IMC y su correlación con riesgo de comorbilidades		
CLASIFICACION	IMC (KG/M2)	RIESGO
PESO BAJO	<18.5	Bajo
NORMAL	18.5-24.9	Promedio
SOBREPESO	25-29.9	Aumentado
OBESIDAD I	30-34.9	Moderado
OBESIDAD II	35-39.9	Alto
OBESIDAD III	>40	Grave

I.1.2 EPIDEMIOLOGIA

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo .La obesidad infantil es uno de los problemas de salud emergentes en la última década y de los más importantes para la salud pública; ha incrementado en más del 300% y se ha vuelto un problema de salud pública mundial, nacional y regional.

En Europa el 18% de los niños en edad escolar padecen obesidad Infantil los países con mayor incidencia son: España, Estado Unidos, Grecia e Italia. Dentro de América Latina, México y Chile son los países con mayor prevalencia de obesidad infantil.En México uno de cada cuatro niños de entre 5 y 11 años de edad tienen sobrepeso u obesidad, mientras que los adolescentes lo padecen uno de cada tres, de esa manera México se ubica en el primer lugar a nivel mundial de infantes con obesidad.

La obesidad infantil se ha incrementado en las últimas tres décadas, la incidencia en 1963 era de 5%, en el 2004 de 17% y en el último año del 30%.En México según la encuesta Nacional de Nutrición de 2006, la prevalencia de obesidad en niños menores de 5 años fue de 5.5% y en mayores hasta de 26% con sobrepeso y obesidad. La OMS en el 2008 reporto el aumento en la prevalencia de la obesidad en menores de 5 años. Para la población en edad escolar (de 5 a 11 años de edad), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS fue de 34.4%. Para las niñas esta cifra es de 32% y para los niños es 36.9%.⁽³⁾

I.1.3 ETIOLOGIA

Se han determinado diversos factores que predisponen a padecer obesidad, dentro de los cuales se encuentran:

I.1.3.1 FACTORES GENÉTICOS

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se

denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo. (4)

La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos alimenticios dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física. Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %. Se ha demostrado que mecanismos neurohormonales, epigenéticos, y microbiológicos pueden influir en el riesgo para la obesidad mediante la interacción con factores socio ambientales. (4)

I.1.3.2 FACTORES AMBIENTALES

Aunque existen pocos estudios sobre la asociación de disfunción familiar con obesidad en niños y adolescentes, algunos informes señalan que un ambiente intrafamiliar adverso puede condicionar mayor ingestión de alimentos en niños como mecanismo compensatorio. (4)

Las alteraciones de la dinámica familiar se han visto exacerbadas por la ausencia de espacios físicos adecuados para el esparcimiento y recreación , lo cual ha propiciado que los niños permanezcan más horas frente al televisor, con mayor proclividad al consumo de “productos chatarra” estimulado por los mensajes televisivos y con menor tiempo para la actividad física. Todos estos factores actúan de manera simultánea para provocar un incremento desmedido en la prevalencia de obesidad entre escolares. (5)

I.1.3.3 FACTORES ALIMENTARIOS

Las poblaciones urbanas de diversos países han modificado su régimen alimenticio a expensas del aumento en el consumo de grasas, azúcares y de la disminución en

el consumo de fibra. Por su parte, la industria alimenticia favorece este comportamiento al promover la oferta y comercializar productos masivos de mayor contenido en grasas, azúcares y de baja calidad nutricional (deficientes en nutrientes esenciales).

Desde los años 80, los niños han tenido la inclinación por consumir alimentos distintos a los acostumbrados a la familia; desean comer la denominada comida rápida como hamburguesas, pizzas, pollo frito entre otros. Aquellos niños pertenecientes a recursos económicos bajos, comen de lo que hay en casa y buscan otro sabor que disfrutar inclinándose por la comida chatarra así mismo la actividad física se hace menos presente. ⁽⁶⁾

I.1.3.4 ACTIVIDAD FÍSICA:

El ejercicio no sólo es un componente importante de la pérdida de peso a corto plazo si no se considera esencial para el mantenimiento a largo plazo de un peso saludable. La OMS recomienda un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada al menos 5 días de la semana para todas las edades, mientras que para el mantenimiento de un peso saludable y la prevención de obesidad se recomienda 60 minutos de actividad física por día, especialmente en personas sedentarias.

Medios de comunicación: La mecanización de nuestros trabajos, las mejores comunicaciones y mejor transporte han hecho que nuestro gasto energético disminuya sensiblemente en todas las edades y niveles sociales de una sociedad que es cada vez más urbana y menos rural. A ello han contribuido la Televisión, la computadora e Internet.

I.1.3.5 FACTORES SOCIOCULTURALES

Existen dos visiones bastante diferentes relacionadas a la obesidad. En las sociedades en vías de desarrollo el sobrepeso es visto como un signo de prestigio social y de riqueza. En las sociedades desarrolladas la obesidad es un estigma asumido que coloca una correlación negativa entre peso y satisfacción. De esta

forma, la opinión acerca del sobrepeso varía con el nivel socioeconómico y tiene, por lo tanto, una gran influencia en la relación nivel socioeconómico-obesidad. Incluso suele ser más preocupante para los padres, el niño que no come nada, lo que muchas veces solo significa que no come todo lo que a ellos como padres les gustaría.

I.1.4 DIAGNOSTICO

Los valores de referencia que se utilizan para tasar el sobrepeso y la obesidad en la infancia son los siguientes:

- A) Peso para la edad
- B) Talla para la edad
- C) Índice de masa corporal (IMC)

El índice de masa corporal es una ecuación matemática que fue ideada por Adolfo Quetelet, un matemático que nació y vivió en la ciudad de Gante en Bélgica y que a los 25 años había recibido el grado de doctor en ciencias por la universidad de su ciudad natal.⁽⁵⁾

La ecuación de Quetelet para el índice de masa corporal es:

$$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (2)}} = \text{IMC}$$

Quetelet diseño su ecuación para adultos en quienes el proceso de crecimiento ya no existe, pero los niños se encuentran en constante crecimiento desde que nacen hasta los 18 años. Teniendo una ecuación tan practica para medir la masa corporal en poblaciones abiertas, era deseable tener el IMC corporal aplicado a la población infantil, así Must y Cols en 1991 establecieron como puntos de corte los percentiles 85% de IMC para riesgo de sobrepeso y el 95% de IMC para sobrepeso para individuos de 6 a 74 años. En el año 2000 en el centro de control de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) modifico los valores de Must y proporciono valores ligeramente diferentes del IMC para la población infantil y adolescente en sus tablas de referencia. Ese mismo año un grupo de investigadores de Inglaterra y Estado

unidos estimaron el equivalente del Índice de Masa Corporal del adulto para los niños, era la primera vez que se hacía un ejercicio de correlacionar el riesgo del adulto en los niños.

La identificación de pacientes en riesgo de obesidad permite la implementación de medidas preventivas. La academia Americana de pediatría recomienda la determinación de Índice de Masa Corporal una vez al año en todos los niños y los adolescentes. ⁽⁵⁾

I.1.5 COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD INFANTIL

La obesidad no es simplemente un problema cosmético. Es una seria enfermedad multisistémica asociada con más de 40 diferentes enfermedades o situaciones físicas o psíquicas, afectado prácticamente todos los órganos y sistemas. Aunque la mayoría de las manifestaciones clínicas son vistas en la adultez, también pueden estar presentes en los niños.

1.1.5.1 PERSISTENCIA EN LA ADULTEZ

La consecuencia más significativa de la obesidad infanto-juvenil es su persistencia en la adultez. A medida que pasan los años, el riesgo de llegar a ser un adulto obeso va aumentando. Así, un estudio en preescolares con 20 años de seguimiento mostró que el 25% de ellos se mantenía sobrepeso en la adultez. Esta cifra aumenta en escolares, ya que 50% de los niños que son obesos a los 6 años permanecen obesos en la adultez. ⁽⁶⁾

1.1.5.2 HIPERTENSION ARTERIAL

La obesidad es la principal causa de hipertensión arterial (HAS) en la edad pediátrica y estarían involucrados en su génesis factores genéticos, hormonales, metabólicos, como la resistencia insulínica, niveles aumentados de aldosterona y posiblemente niveles elevados de leptina. La presencia de HAS en la niñez es predictiva de HAS persistente en la adultez temprana. Un niño obeso tiene tres veces más posibilidades que uno no obeso de tener Hipertensión Arterial Sistémica. ⁽⁶⁾

I.1.5.3 DISLIPIDEMIA

Es frecuente encontrar niveles de colesterol alterados en niños y adolescentes obesos, con un perfil de lipoproteínas caracterizado por aumento de triglicéridos, colesterol total y LDL y niveles bajos de colesterol HDL. Varios estudios han reportado que un 25% de los niños obesos tiene el colesterol elevado, el doble de lo encontrado en la población general.

I.1.5.3 COMPLICACIONES ENDOCRINAS

Dentro de las cuales se encuentran resistencia insulínica, Intolerancia a la glucosa y Diabetes mellitus tipo II. La tasa de progresión entre las distintas categorías de tolerancia a la glucosa parece ser más rápida en la niñez que en los adultos. La Resistencia a la insulina tiene un rol central en el desarrollo de la DM II y se ve antes que la Intolerancia a la Glucosa en el curso del deterioro de la función de las células beta pancreática. La severidad de la obesidad sumada a historia familiar positiva para DMII, serían los factores más importantes para la aparición de estas complicaciones.⁽⁶⁾

I.1.5.4 SÍNDROME METABÓLICO

Es la presencia de un conjunto de factores que llevan al aumento de padecer un riesgo Cardiovascular. En niños se define comúnmente como la coexistencia de tres o más de los siguientes: obesidad (usualmente con perímetro de cintura (PC) mayor al percentil 90 para sexo y edad), dislipidemia (aumento de triglicéridos y disminución de HDL), Hipertensión Arterial y alteración del metabolismo de la glucosa. De acuerdo al estudio The Third National Health and Nutrition Examination Survey (NAHNES III) la prevalencia de Síndrome metabólico en niños y adolescentes obesos es 5 veces mayor que en los eutróficos.

Las consecuencias psicosociales de la distorsión de la imagen física para el niño obeso pueden ser tan importantes e incluso más que las físicas. Baja autoestima, aislamiento social, discriminación y patrones anormales de conducta son algunas consecuencias frecuentes.⁽⁶⁾

I.1.6 TRATAMIENTO

Estudios muestran que la terapia actual sobre la obesidad y el sobrepeso en la infancia ha de tener como pilar fundamental la adopción de hábitos alimentarios saludables y la promoción de actividad física.⁽⁷⁾

El tratamiento integral de la obesidad incluye:

Psicoterapia: Las técnicas de modificación de la conducta deben estar encaminadas hacia una mejora de la autoestima personal y autocontrol frente a la comida. Dichas técnicas, para que sean efectivas, deben realizarse con mucha frecuencia, y no sólo encaminadas al niño, sino también a la familia.⁽⁷⁾

Ejercicio Físico: Las necesidades energéticas dependen de tres factores: el metabolismo basal, que incluye las necesidades para el crecimiento; la acción dinámica específica de los alimentos, y la actividad física. Debe recomendarse ejercicio físico programado y realizado regularmente. Es importante que el niño elija un ejercicio que le guste, aunque a priori no consiga un mayor gasto energético, puesto que es importante que no lo abandone al poco tiempo.

Dieta: La dieta constituye la piedra angular para el tratamiento de los niños obesos y debe proporcionar todos los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades de crecimiento del tejido magro y que fuerce la utilización de los depósitos de grasa, limitando, no eliminando, la ingesta de calorías provenientes de los hidratos de carbono y las grasas

La prevención de la obesidad debe de comenzar desde el primer año de vida, valorando conjuntamente el crecimiento en altura y peso de cada niño; esta debe dirigirse no solo al paciente con sobrepeso u obesidad si no hacia toda la familia fomentando formas adecuadas de alimentación y estimulando la actividad física, pero también al entorno social, es decir al ambiente en donde se desenvuelve. Además de esto, es necesario implementar políticas sanitarias de prevención global de esta epidemia, con el fin de combatir las enfermedades que se producen como complicación del sobrepeso y la obesidad.⁽⁸⁾

I.2 HABITOS ALIMENTICIOS

I.2.1 DEFINICION

La nutrición es el conjunto de procesos involuntarios por los cuales el cuerpo humano digiere los alimentos. Comienza en la boca con la digestión de los nutrientes y termina con la eliminación de aquellos no aprovechados.

La alimentación es sin embargo un proceso educable, voluntario y muy influenciado por factores, emocionales, sociales y culturales.⁽⁹⁾

Los hábitos alimenticios son definidos como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación y que dependen de las condiciones sociales, ambientales, religiosas-culturales y económicas. Incluyen el tipo de alimentos que se comen, como se combinan, preparan y adquieren.⁽¹⁰⁾

I.2.2 FORMACION DE HABITOS ALIMENTICIOS

El tema relacionado con la formación de los hábitos alimentarios y conducta alimentaria tiene gran trascendencia, especialmente si tenemos en cuenta que sus desviaciones pueden ocasionar dos situaciones extremas por un lado, déficit nutricional, preocupación clásica de las madres manifiesta en forma reiterada por las consultas de falsas o verdaderas inapetencias y por el otro de más reciente aparición el sobrepeso y la obesidad, nuevo motivos de preocupación que empiezan a competir en frecuencia con aquella, de lo anterior se deduce que la buena alimentación y la formación de hábitos alimentarios saludables tienen gran impacto con repercusiones hacia el futuro.⁽¹⁰⁾

Así mismo se ha documentado que entre otros factores, los niños consumen una cantidad de energía superior a las necesidades básicas, exceso que proviene especialmente del consumo de alimentos procesados industrialmente en sustitución de los alimentos naturales.⁽¹¹⁾

Otro aspecto a considerar es que los niños ingieren una importante cantidad de alimentos procesados industrialmente en sustitución de los alimentos naturales.

I.2.3 EL PAPEL DE LA MADRE EN LOS HABITOS ALIMENTICIOS

El papel de la mujer en la preparación de los alimentos no solo implica la realización de la actividad, sino el proceso que hay detrás de esta, las decisiones respecto a lo que se come en el hogar puede tener implicaciones importantes sobre la salud física de sus integrantes, pues cuando una madre de familia ofrece a sus hijos alimentos ricos en grasas y azucares aunados a la no ejercitación física, se tiende a alterar su peso corporal deteriorando progresivamente su salud, provocando sobrepeso y obesidad. Por ello se considera a las madres pilares del estado nutricional de los infantes.

Estudios reflejan que la cuestión de quien elabora el menú principal del día en cada familia reviste de gran importancia, en tanto que de ello, entre otras cosas, dependerá el estado nutricional de los menores, se confirma que en la actualidad continua siendo la madre la figura familiar que mejor conoce las necesidades alimentarias de sus hijos y la mejor preparada en términos de conocimiento alimentarios para la elaboración y el mantenimiento de una óptima alimentación familiar. ⁽¹²⁾

Estudios han demostrado que los patrones de las dietas y las preferencias por ciertas actividades se forman dentro del contexto de la familia, los factores familiares, representados por el medio ambiente familiar que rodea la alimentación practicas alimenticias, comportamiento al comer, los roles modelo-parentales y los factores culturales, como el medio ambiente escolar actúan en conjunto como determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. ⁽¹³⁾

Los hábitos alimentarios de niño y adolescentes mexicanos estudiados, son en su mayoría inadecuados en el consumo de fruta y verdura, queso, leguminosas, agua natural, dulces y chocolates, café, embutidos y hamburguesas y pizzas; y a su vez, en algunos grupos de alimentos se reportan hábitos de consumo diferentes a los de la población en general, como es el caso de cereales o de leguminosas. Además, se observa que la omisión de tiempos de comida es una situación preocupante. ⁽¹⁴⁾

I.3 CRIANZA

I.3.1 DEFINICION

La crianza de los hijos es la acción de promover y brindar soporte a la actividad física, la actividad emocional, el desarrollo social y el desarrollo intelectual de un niño o niña, desde su infancia hasta la adolescencia.

La crianza es el principal medio por el cual se trasmite la cultura en una comunidad no solo para preservarla, sino además para perfeccionarla y la formación de pautas para la alimentación es precisamente la trasmisión de la cultura relacionada con la conducta y los hábitos alimentarios, la que se lleva a cabo primordialmente por vía femenina pues la madre juega un papel fundamental en su trasmisión al hijo, y ella a su vez adquiere categorías y conceptos de alimentación infantil de su madre (la abuela del niño). En este escenario la madre alimenta al hijo de acuerdo con sus valores creencias, costumbres, símbolos y representaciones sobre los alimentos y sobre las preparaciones alimentarias.⁽¹⁵⁾

Desde el punto de vista del contexto familiar es importante tener en cuenta que la relación de apego a la madre, establecida en el primer semestre de la vida, es determinante de la adquisición de la conducta alimentaria y del adecuado desarrollo posterior.⁽¹⁶⁾

Los padres son parte integral del proceso que ayuda a los niños a aceptar sabores y alimentos. Este proceso influencia significativamente qué, cuánto, y cómo los niños aprenden a comer. Durante la primera infancia tienen el potencial de facilitar o dificultar el desarrollo de patrones apropiados de autorregulación de ingesta energética, de preferencias alimentarias y, eventualmente, de influir la elección independiente de los alimentos y la dieta del niño mayor, hasta la adultez.⁽¹⁶⁾

La ingesta dietética de los niños está influenciada tanto por el clima emocional durante la alimentación (estilos de alimentación) como las prácticas o comportamientos específicos de alimentación. Los estilos de alimentación tienen sus raíces conceptuales en los estilos de crianza de los hijos un paradigma basado

en el afecto y las exigencias de la interacción cuidador-niño. En los estudios sobre estilos de crianza, la combinación de mucha afecto/alta exigencia, conocido como capacidad de responder, se considera que favorece el desarrollo de la capacidad de regulación de los niños. ⁽¹⁷⁾

Estudios observacionales han demostrado que la crianza responsiva (definida como aquella que responde a las señales emitidas por el niño) se relaciona con el desarrollo cognitivo y socioemocional positivo en los niños pequeños. El concepto de estilos de crianza se ha aplicado a los estilos de alimentación. Las relaciones entre los estilos de alimentación y los hábitos alimentarios y el crecimiento han sido discrepantes; las relaciones más consistentes que se han visto son para los estilos de alimentación no responsivos. El estilo con control/presión/alimentación forzada se ha relacionado con la baja ingesta, la alimentación restrictiva relacionada con una ingesta excesiva y la alimentación indulgente relacionada con un aumento en la ingesta y ganancia de peso. Los niños pequeños criados por cuidadores que modelan conductas alimentarias saludables, tales como una dieta rica en frutas y verduras - además de otros alimentos nutritivos como son los productos de origen animal - establecen patrones de conductas y preferencias alimentarias que incluyan frutas y verduras. En contraste, los niños de madres que modelan hábitos alimenticios poco saludables (es decir, dietas altas en carbohidratos refinados y grasas saturadas) son propensos a desarrollar, en el futuro, dietas poco saludables por ellos mismos.

Las intervenciones que promueven las prácticas de alimentación dentro de un contexto de un clima emocional apropiado para el desarrollo del niño donde se responde en forma rápida y con sensibilidad aumentan la probabilidad de una interacción responsiva. ⁽¹⁷⁾

Los modelos de crianza se caracterizan por los giros y cambios que tienen lugar como consecuencia de los cambios culturales y sociales a lo largo del tiempo. A medida que la sociedad se transforma, se va viendo la necesidad de introducir, dentro de los modelos de crianza, nuevos conceptos que se ajusten a los tiempos que vivimos.

I.3.2 TIPOS DE CRIANZA

Los tipos de crianza más definidos son: *apoyo*, *control* y *modelo permisivo*. El apoyo se identifica con bajos niveles de castigo físico, la utilización del razonamiento por parte de ambos padres, la buena comunicación y la adecuada expresión de las emociones durante las interacciones padres-hijo. Se considera que el afecto o calor emocional, la sensibilidad y la mutua confianza, son variables que se incluyen dentro de la dimensión de Apoyo, y son necesarias para el buen funcionamiento de las relaciones padres-hijo, sobretodo, para el desarrollo adaptativo del niño. El control, por su parte, se considera la dimensión de la crianza restrictiva controladora, que se caracteriza por un estilo autocrático y afirmación del poder. Esta dimensión está unida al uso frecuente de técnicas de castigo y al autoritarismo que los padres utilizan en la crianza del niño. El control, como técnica de disciplina para forzar la

Obediencia y sometimiento del niño a la voluntad parental, generalmente se ha relacionado con problemas de conducta en el niño, como por ejemplo, baja independencia o autonomía. Sin embargo, en algunos estudios, los datos encontrados no son claros y ello no permite llegar a conclusiones tajantes o definitivas sobre el efecto negativo que produce en el niño este estilo de crianza, sobretodo en estudios transculturales, donde los resultados son ambiguos, mientras que el modelo permisivo se *caracteriza* por la ausencia de normas y reglas de disciplina.⁽¹⁸⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACION

La obesidad infantil es un problema de salud pública ya que se asocia con una mayor probabilidad de presentar muerte prematura, presentando mayor riesgo de fracturas e hipertensión arterial así como la presencia de marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos, existen otras manifestaciones que no se manifestaran sino hasta la edad adulta como son los trastornos de aparato locomotor, ciertos tipos de cáncer como el de endometrio, mama, o colon así como accidentes cerebrovasculares. Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo del sobrepeso u obesidad dentro de los cuales se mencionan los hábitos alimenticios que son adquiridos en la infancia inculcados mayoritariamente por las madres y que al no ser adecuados promueven la aparición de sobrepeso y obesidad, sin embargo la investigación acerca del tipo de crianza de las madres a los niños con sobrepeso u obesidad no ha tenido gran auge en la investigación por lo cual surgió la siguiente pregunta:

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo es el tipo de crianza en las madres y hábitos alimenticios de los niños de 5 a 14 años de edad con obesidad o sobrepeso de la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Septiembre a Diciembre del 2013?

III. JUSTIFICACION:

III.1 Académica

La presente investigación se realizó con el fin de la obtención del diploma de especialista en medicina familiar.

III.2 Epidemiología

Actualmente México, ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, para los escolares la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ascendió un promedio del 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema: ⁽¹⁸⁾

Se ha observado que los efectos psicológicos y sociales más dolorosos de la obesidad puede ser el sufrimiento emocional que ocasiona. Dentro de los hábitos alimenticios más deficientes encontrados en estudios sobre población mexicana el no desayunar, tener una cena abundante, realizar comidas rápidas y consumir porciones grandes de consumo, comer fuera del área de la cocina son los que se presentan con mayor frecuencia. Se ha observado que los niños que realizan un desayuno completo expresan tasas de obesidad más bajas que los que no desayunan o realizan un desayuno incompleto

III.3 Educativa

La importancia de que las madres conozcan los hábitos de alimentación que otorgan así como el tipo de crianza que practican, para la prevención de aparición de complicaciones de la obesidad, será un marco favorable para poder orientar a la madres de la importancia de los hábitos alimenticios correctos que favorecen el estado de salud de estos pacientes en conjunto con pautas de crianza que pueden mejorar la comunicación familiar. Ya que la edad preescolar se caracteriza por ser una etapa en la que se adquieren los hábitos que van a definir el estilo de vida en el futuro de estos niños, es por ello que es pertinente implementar en esta etapa acciones que permitan un crecimiento y desarrollo normal.

III.4 Social

Conocer el estado nutricional de los individuos es de suma importancia pues proporciona información clave para conocer no solo el estado general de salud de una persona, sino también de una población. Dentro de las principales causas que se consideran de la obesidad, se encuentran los hábitos alimenticios que acaban desembocando en una prevalencia del sobrepeso de un 70% en la edad adulta. Por ello es importante investigar cual son los hábitos alimenticios más frecuentes en los niños escolares que cuentan con sobrepeso y obesidad y más aún como perciben las madres de dichos niños estos hábitos alimenticios. La educación que los padres inculcan a sus hijos tiene gran importancia para su desarrollo y actitud ante la sociedad, sin embargo también se relaciona con la presencia de sobrepeso y obesidad es por ello que no solo las acciones de alimentación, estimulación de actividad física o genética son marcadores de la obesidad, si no que las acciones de crianza también trascenderán en el futuro nutricional de los niños.

III.5 Económica

México se encuentra dentro los primeros lugares en el mundo en padecer enfermedades crónicas lo cual genera gastos millonarios para el sector salud, en el tratamiento de dichos padecimientos, es por ello que la prevención debe ser prioritaria desde la infancia, el conocer más fondo los factores que conllevan a la obesidad infantil, nos otorgara herramientas para un mejor manejo.

El siguiente estudio se considero:

FACTIBLE: Fue factible ya que parte la de la población de derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 64 son niños en edad escolar, por lo que la captación de las madres de niños con obesidad o sobrepeso para la aplicación de las encuestas fue realizable.

INTERESANTE: Fue importante la realización del estudio ya que, la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo para que la población infantil desarrolle

enfermedades metabólicas y cardiovasculares en la edad adulta, si no se corrigen a tiempo los hábitos alimenticios inadecuados.

NOVEDOSO: Fue novedoso ya que existen diversos estudios entre la relación de los hábitos alimenticios y la obesidad, sin embargo no existe gran cantidad de estudios respecto a la crianza que las madres otorgan a los niños con sobrepeso y obesidad.

ETICO: El estudio fue ético ya que no se realizara ningún tipo de experimentación en seres humanos, solo se recabara información a partir de la aplicación de un cuestionario auto aplicable.

RELEVANTE: El estudio realizado permitió al instituto mexicano del seguro social reafirmar la importancia de la orientación alimentaria correcta a las madres para evitar la aparición de nuevos pacientes con enfermedades crónicas que generan un gasto en salud cada año así mismo se dará a conocer si el tipo de crianza debe alertarse en niños con sobrepeso y obesidad.

IV. HIPOTESIS

Las madres de niños de 5 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad adscritos a la unidad de Medicina Familiar Numero 64 tienen un tipo de crianza permisivo así como hábitos alimenticios inadecuados.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el tipo de crianza en las madres y los hábitos alimenticios de los niños de 5 a 14 años de edad con obesidad o sobrepeso de la unidad de medicina familiar número 64 de septiembre a diciembre del 2013.

V.2.OBJETIVO ESPECIFICOS:

- 1) Describir los hábitos alimenticios de los niños de 5 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad de la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.
- 2) Describir el tipo de crianza en las madres de niños de 5 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad de la unidad de medicina familiar Numero 64.
- 3) Determinar la frecuencia de sobrepeso y grados de obesidad en los niños de 5 a 14 años de edad con obesidad de la unidad de medicina familiar Numero 64.
- 4) Describir la frecuencia de edad de los niños de 5 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad de la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.
- 5) Describir el género de los niños de 5 a 14 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.
- 6) Describir la edad de las madres de los niños de 5 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad de la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.
- 7) Describir la ocupación de las madres de los niños de 5 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad de la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.
- 8) Describir la escolaridad de las madres de los niños de 5 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad de la Unidad de Medicina Familiar Numero 64

VI METODO

VI.1 CARACTERISTICAS DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO:

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Numero 64 la cual se encuentra ubicada en Avenida Bomberos sin número en la colonia del seguro social del municipio de Tlalnepantla, en donde se ofrece un servicio de atención primaria correspondiente al primer nivel a los derechohabientes, en donde los pacientes acuden a consulta de forma citada así como forma espontánea la cual tiene como área de influencia las zonas de Cuautitlán Izcalli, Atizapán y Tultitlan.

VI.2 DISEÑO

VI.2.1 TIPO DE ESTUDIO:

A) Se Realizó un Estudio de Tipo Observacional Transversal Descriptivo.

VI.2.2 GRUPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio en madres derechohabientes de niños de 5 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Septiembre a Diciembre del 2013. Elegidas a través de un muestreo no probabilístico. Para la obtención de los datos se utilizó una encuesta que incluía datos sociodemográficos, así como el instrumento de investigación (Cuestionario de Crianza Parental y Cuestionario de Frecuencia de Consumo de alimentos), previa autorización de participar en el mismo a través de un consentimiento informado.

VI.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres de niños de 5 a 14 años de edad de ambos sexos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar con estado nutricional correspondiente a sobrepeso u obesidad que deseen participar en el estudio y firmen previamente un consentimiento informado.

VI.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Madres de niños de 5 a 14 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64 que cuenten con antecedentes de enfermedades metabólicas que condicionen sobrepeso u obesidad, como hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, Hipogonadismo.

VI.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Madres de niños que no respondan completos los cuestionarios.

VI.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con un universo de 7,592 niños con obesidad o sobrepeso con un error máximo aceptable de 5% con un porcentaje estimado de la muestra del 50% y un nivel de confianza del 95% por la fórmula de proporciones, se obtuvo una muestra de 96 niños.

VI.7.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
EDAD DE LA MADRE	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de hoy. (Diccionario Mosby 2011) ⁽¹⁹⁾	Etapas cronológicas de la madre, cuantificadas en años, al momento del estudio.	Cuantitativa	Continua	1) Edad en años
EDAD DEL NIÑO	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de hoy. (Diccionario Mosby 2011) ⁽¹⁹⁾	Etapas cronológicas del niño, cuantificadas en años, al momento del estudio.	Cuantitativa	Continua	1) Edad en años (5 a 14)
GENERO DEL NIÑO	Conjunto de aspectos sociales de la sexualidad asociados de manera arbitraria a cada sexo. (Diccionario Mosby 2011) ⁽¹⁹⁾	Conjunto de características fenotípicas de cada niño que los hacen pertenecer a un género.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Masculino 2) Femenino
OCUPACION DE LA MADRE	Termino que proviene del latín <i>occupatio</i> y que está vinculado al verbo <i>ocupar</i> . El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer. (Secretaría de trabajo y previsión social 2012) ⁽¹⁹⁾	Actividad que realiza una madre en un horario establecido.	Cualitativa	Nominal Politómica	1) Ama de casa 2) Empleada 3) Obrera 4) Comerciante 5) Jubilada
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada. (Diccionario manual de la	Años de preparación académica de una persona	Cualitativa	Nominal Ordinal	1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura 5) Posgrado

	Lengua Española 2007) ⁽¹⁹⁾				
HABITOS ALIMENTICIOS	Hábitos alimentarios adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación (Hábitos alimenticios en adolescentes, Macedo-Ojeda 2008) ⁽²⁰⁾	Comportamientos de alimentación que se van heredando de forma familiar y que influyen en el estado nutricional. Se valorara por medio del CUESTINARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS(18) el cual Valora el consumo semanal de alimentos por grupos, clasificando como: Adecuado: Cereales: 5 a 8 raciones. Fruta: 5 a 6 raciones. Vegetales: 5 a 6 raciones. Lácteos: 5 a 6 raciones a la semana. Carnes y lácteos: 3 a 4 raciones Grasas 3 a 4 raciones. Inadecuado: Cereales: más de 8 raciones Fruta: menos de 6 raciones Vegetales: menos de 6 raciones Carnes y Lácteos: más de 4 raciones Grasas: más de 4 raciones.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	A)Inadecuado B)Adecuado
CRIANZA	Proceso de educación, enseñanza y aprendizaje que se otorga a un niño o joven. (Diccionario manual de la Lengua Española 2007) ⁽²¹⁾	Educación de los padres o tutores a los hijos con el fin de hacer individuos funcionales en la sociedad. Se valorara con el Cuestionario Crianza Parental ⁽¹⁹⁾ , el cual valora	Cualitativa	Nominal Politómica	A) Crianza con Control B) Crianza con Apoyo C) Crianza Permisiva

		<p>cinco esferas de la crianza:</p> <p>A) Satisfacción de crianza B) Comunicación C) Apoyo D) Autoritarismo F) Autonomía G) Distribución de rol</p> <p>Califica: Crianza con control: 76 puntos Crianza con apoyo: 56 puntos Crianza permisiva: 35-40 puntos</p>			
--	--	--	--	--	--

VI.8 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio de tipo observacional transversal en la unidad de medicina familiar número 64 sobre madres de niños de ambos sexos con sobrepeso u obesidad entre edades de 5 a 14 años de edad.

Se capturaron a las participantes para dicho estudio de la consulta externa de Medicina Familiar, que acudieron a su consulta médica a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Primeramente se explicó a las madres en qué consistía el estudio, aquellas Mamas que desearon participar se les otorgo un consentimiento informado y se les solicitó contestar 1 cuestionario, que incluía: Datos sociodemográficos, El Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos y El Cuestionario de Crianza Parental con previo consentimiento informado para la participación del estudio.

Posteriormente se obtuvo la puntuación y se clasifico el tipo de crianza y los hábitos alimenticios para informar a las madres de los niños el estado nutricional y el tipo de crianza otorgado.

Se otorgó a las madres participantes un tríptico a través del cual se mencionaban las complicaciones de la obesidad y el sobrepeso infantil así mismo se otorgó una orientación breve de forma verbal acerca de la alimentación, su consumo y frecuencia adecuada.

Aquellos pacientes que se encontraron con presencia de hábitos alimenticios inadecuados se refirieron al servicio de nutrición de la unidad para ser orientados de forma personalizada e integral por parte de su médico familiar al cual previamente se le informo de las alteraciones en los hábitos y en el caso de las madres que presentaron tipo de crianza con control o permisivo se exhorto a acudir a sesiones de psicohigiene familiar otorgadas en esta unidad.

VI.9 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

VI.9.1 CUESTIONARIO DE CRIANZA PARENTAL

VI.9.1.2 DESCRIPCION

El Parent-Child Relationship Inventory o Cuestionario de Crianza Parental fue creado en 1994 por Gerald, es un instrumento que sirve para valorar las actitudes de los padres hacia la crianza y las actitudes hacia los niños, y se puede aplicar tanto a padres como a madres. Mide las dimensiones de control y apoyo. Consta de 78 ítems que están distribuidos en 8 escalas: Apoyo (9 ítems), Satisfacción con la crianza (10 ítems), Compromiso (14 ítems), Comunicación (9 ítems), Disciplina (12 ítems), Autonomía (10 ítems), Distribución de rol (9 ítems) y Deseabilidad social (5 ítems). 25 de estos elementos están enunciados de forma positiva, y los 47 restantes de forma negativa.

VI.9.1.3 VALIDACION

El instrumento fue validado en población española, y por los datos obtenidos, se puede deducir una buena validez de constructo del instrumento de crianza parental. Las correlaciones más fuertes se obtienen entre las escalas de Compromiso-Satisfacción con la crianza (.88); Compromiso- Comunicación (.84); Disciplina-Apoyo (.72); Disciplina-Autonomía (.74) y Satisfacción con la crianza-Disciplina (.83)

VI.9.1.4 APLICACIÓN

La puntuación a cada ítem se realiza en una escala tipo Likert de 4 puntos que va, desde muy de acuerdo hasta total desacuerdo. El cuestionario identifica aspectos específicos de las relaciones padres-hijo que pueden ser causa de problemas. Puntuaciones altas reflejan buena crianza de acuerdo al tipo de crianza presentado, Una Crianza con control, se considera con puntuaciones altas de disciplina, satisfacción de la crianza, bajo puntuaciones de apoyo y baja puntuación en comunicación. El tipo de crianza con apoyo se refleja ante la presencia de alto puntaje en las escalas de Apoyo, Comunicación y Autonomía. La crianza permisiva se refleja con puntaje intermedio entre en disciplina y apoyo.

VI.9.2 CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

VI.9.2.1 DESCRIPCIÓN

Es un instrumento el cual fue elaborado por Mariné Coromoto Nava en Chile en el 2001 en conjunto con el Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela a través de la recolección con los datos de consumo de la población Venezolana, su finalidad fue obtener la lista de los alimentos más consumidos y la frecuencia de consumo semanal de alimentos. Consta de 47 reactivos divididos en grupo de alimentos (Cereales, Frutas, Verduras, Lácteos, Carnes).

VI.9.2.2 VALIDACIÓN

El instrumento fue validado en una población de 173 niños en edad preescolar de Venezuela obteniendo un Alpha de Cron Bach de 0.89.

VI.9.2.3 APLICACIÓN

El instrumento califica la frecuencia de consumo como bajo, normal o alto, para cada grupo de alimentos, de acuerdo a las recomendaciones de raciones de alimentos para niños y niñas de 2 a 9 años del Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela. El cuestionario califica como alimentación normal el consumo semanal Cereales: 5 a 8 raciones. Fruta: 5 a 6 raciones. Vegetales: 5 a 6 raciones. Lácteos: 5 a 6 raciones. Carnes y lácteos: 3 a 4 raciones Grasas 3 a 4 raciones.

VI.10 ANALISIS DE LOS DATOS

Con los resultados obtenidos se realizó un análisis a través de estadística descriptiva

Se analizaron las siguientes variables.

1.- Variables cuantitativas:

A. Edad, definida como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de hoy, dicha variable se interpretara por las medidas de tendencia central graficándose en barras.

2.-Variables Cualitativas:

A. Género, definido como el Conjunto de aspectos sociales de la sexualidad asociados de manera arbitraria a cada sexo, dicha variable será interpretada por proporciones y porcentajes graficándose por sectores.

B. Ocupación: definida como Termino que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar. El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer, dicha variable se interpretara por proporciones y porcentaje graficando por medio de sectores.

C. Escolaridad definida como el periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada, dicha variable se interpretara por proporciones y porcentajes, graficándose por sectores.

D. Hábitos alimenticios, definidos como Hábitos alimentarios adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación, las cuales serán interpretara por proporciones y porcentajes graficándose por sectores.

E. Crianza definida como el proceso de educación, enseñanza y aprendizaje de un niño o joven, las cuales serán interpretadas por proporciones y porcentajes y se graficaran por medio de sectores.

VII IMPLICACIONES ETICAS

El presente estudio se desarrolló en base a los principios bioéticos de la investigación, establecidos en el Informe Belmont, la Normatividad de la Ley General de Salud y Estatus del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de Investigación.

En este estudio se aplicó el principio de respeto a las personas participantes, todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les informo de forma precisa y suficiente de lo que trataba este trabajo de investigación, aclarando que su participación sería libre y voluntaria.

Con respecto a la beneficencia, esta investigación busco la determinación del tipo de crianza y los hábitos alimenticios presentados en las madres de niños con sobrepeso u obesidad con lo cual se le informo a las madres, si la crianza que estaban otorgando a sus hijos era la correcta o no así como la calidad de los hábitos alimenticios que otorgaban y en caso de presentar alteraciones en alguna de las ellas o en ambas se derivó a los servicios correspondientes de la consulta externa de nutrición y a las sesiones de psicohigiene familiar.

El principio de justicia se aplicó al permitir la participación de todas las madres que contaran con hijos que padecieran obesidad y sobrepeso de 5 a 14 años de edad, recibiendo orientación acerca de la adecuada alimentación que debe de otorgarse así como de la crianza ideal que debe practicarse, los médicos familiares de los derechohabientes fueron informados de aquellos casos en donde se encontraba alteraciones en las características a estudiar (Hábitos alimenticios y Tipo de Crianza).

Cabe aclarar que las pacientes que se incluyeron en el estudio, solamente fueron las que autorizaron su participación a través de un consentimiento informado; conservando la confidencialidad de los datos otorgados.

VIII ORGANIZACION

Para la realización del estudio se requirió de la participación de los siguientes recursos humanos.

RECURSOS HUMANOS	CARGO	LABOR A DESARROLLAR
ASESOR DE TESIS	E.M.F. KARLA PESQUERA RAMÍREZ	REVISOR Y ASESOR DE TESIS
ENCUESTADOR Y ANALIZADOR DE RESULTADOS	R3MF SONIA BONILLA FLORES	INVESTIGADOR Y ENCUESTADOR

IX DESCRIPCION DE RESULTADOS

El objetivo de la realización del estudio fue observar el tipo de crianza y los hábitos alimenticios con los que cuentan las madres de niños con estado nutricional correspondientes a sobrepeso u obesidad a través de la aplicación de dos test: Test de Crianza parental y Test de frecuencia de consumo de alimentos, obteniendo los siguientes resultados:

- A) De un total de 96 madres con niños de entre 5 y 14 años de edad con estado nutricional correspondiente a sobrepeso u obesidad se observó que un 43% (n:41) de las madres presentan un tipo de crianza permisivo y hábitos alimenticios inadecuados, seguido de un 21% (n:20) de madres que presentaron un tipo de crianza con control y hábitos adecuados, un 19% (n:18) de las madres presentaron un tipo de crianza permisiva con hábitos alimenticios adecuados, un 12% (n:12) de las madres presento un tipo de crianza con control y hábitos alimenticios adecuados, un 3%(n:3) presento un tipo de crianza con apoyo y hábitos inadecuados , un 2% (n:2) de las madres presentan un tipo de crianza con apoyo y hábitos alimenticios adecuados. Siendo la de mayor prevalencia la Crianza permisiva y los hábitos alimenticios inadecuados. (Tabla y Grafica N.1)
- B) En cuanto al tipo de crianza predominante en las madres de niños con sobrepeso u obesidad, se observó que el 62% (n: 59) de las madres cuenta con una crianza permisiva, el 33%(n: 32) de la población cuenta con una crianza con control y solo el 5% (n: 5) de la población cuenta con una crianza con apoyo. (Tabla y Grafica N.2)
- C) Se observó que de una muestra de 96 madres de niños con sobrepeso u obesidad, el 67% (n: 64) de las madres otorgan a sus hijos hábitos alimenticios inadecuados y solo el 33% (n: 32) otorgan hábitos adecuados.(Tabla y Graficas 4)

- D) Se observa que del total de la población de 96 niños, 67% (n: 64) de ellos tienen un estado nutricional correspondiente a sobrepeso y el 33% (n: 32) contaban con un estado nutricional correspondiente a obesidad. (Tabla y Grafica 5)
- E) La distribución de la edad de los niños incluidos en el estudio con estado nutricional correspondientes a sobrepeso u obesidad fue con mayor frecuencia la edad de 5 años (n:19), seguido de niños de 7 años (n:14), 8 años (N:13), 9 años (13 años) , 10 años (n:12),11 años (n:8) , 6 años (n:7), 14 años (n:5), 12 años (n:4), 13 años (n:1) .Con una Media de 8 años, con una P= 0.000 y un intervalo de confianza del 95% con un intervalo de (7.77-8.79) (Tabla y grafica 6)
- F) En cuanto al Género de los niños con sobrepeso u obesidad, observando con un ligero predominio de frecuencia el género masculino con un 51% (n: 49) en comparación con el género femenino que se presentó con un 49% (n: 47). (Tabla y grafica 7)
- G) La edad de las madres de niños con sobrepeso u obesidad que participaron en el estudio, mostraron una distribución con mayor prevalencia en las edades de 30 a 40 años de edad (n: 43), seguidos de 40 a 50 años (n: 35) y con menor frecuencia madres de 20 a 30 años de edad (n: 18). (Tabla y grafica 8)
- H) En cuanto a la ocupación de las madres de niños son sobrepeso u obesidad participantes en el estudio, se observó mayor prevalencia en la ocupación de ama de casa en un 65% (n=62) seguido de un 21% (n: 20) empleadas, obreras 8% (n: 8), estudiantes 6% (n: 6). (Tabla y grafica 9)
- I) En cuanto a la escolaridad de las madres de niños de 5 a 14 años con sobrepeso u obesidad, participantes en el estudio existió una mayor frecuencia en madres con escolaridad de secundaria 38% (N: 36), seguidos de un 27% (n: 26) con escolaridad de preparatoria, 9% (n: 9), Licenciatura y

6% (n: 6) .Con una media de 30 años, con una $P=0.000$ y un intervalo de confianza del 95% (30.03-40.32). (Tabla y Grafica 10)

J) A pesar de no ser un objetivo específico, se decidió relacionar algunas variables, de las cuales se obtuvo algunos datos relevantes como lo fue en ocupación de las madres y tipo de crianza, encontrando que las madres dedicadas al hogar, presentan mayor incidencia de tener crianza permisiva (N:43), crianza con control (N:15) y crianza con apoyo (N:4). En el caso de las empleadas , presentan una crianza permisiva (N:13), crianza con control en (N:7) y en el caso de las obreras presentaron crianza con control (N:6),crianza permisiva en (N:2), en las madres de ocupación estudiante presentaron crianza con control (N:4), Crianza con apoyo (N:1) Crianza permisiva (N:1) (Tabla y grafica 11)

K) Dentro de la relación de ocupación de las madres y hábitos alimenticios encontramos que las madres con ocupación ama de casa tienen mayor incidencia de hábitos alimenticios inadecuados (N: 39), Hábitos Alimenticios Adecuados (N.12), Empleadas hábitos adecuados (N: 8), Empleadas hábitos inadecuados (N.12), Obrera hábitos adecuados (N:9), Obrera hábitos inadecuados (3),Estudiantes Hábitos Adecuados (N:3), Estudiantes hábitos Inadecuados (N:3).(Tabla y grafica 12)

X.-TABLAS Y GRAFICOS

TABLA No 1.

TIPO DE CRIANZA Y HABITOS ALIMENTICIOS EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

TIPO DE CRIANZA Y HABITOS ALIMENTICIOS	FRECUENCIA
CRIANZA CON CONTROL Y HABITOS ALIMENTICIOS ADECUADOS	20
CRIANZA CON CONTROL Y HABITOS ALIMENTICIOS INADECUADOS	12
CRIANZA CON APOYO Y HABITOS ADECUADOS	2
CRIANZA CON APOYO Y HABITOS INADECUADOS	3
CRIANZA PERMISIVA CON HABITOS ADECUADOS	18
CRIANZA PERMISIVA CON HABITOS INADECUADOS	41
TOTAL	96

FUENTE: Cuestionario de Crianza Parental y Frecuencia de Consumo de Alimentos

GRAFICA No 1.

TIPO DE CRIANZA Y HABITOS ALIMENTICIOS EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013



FUENTE: Tabla No 1.

TABLA No 2.

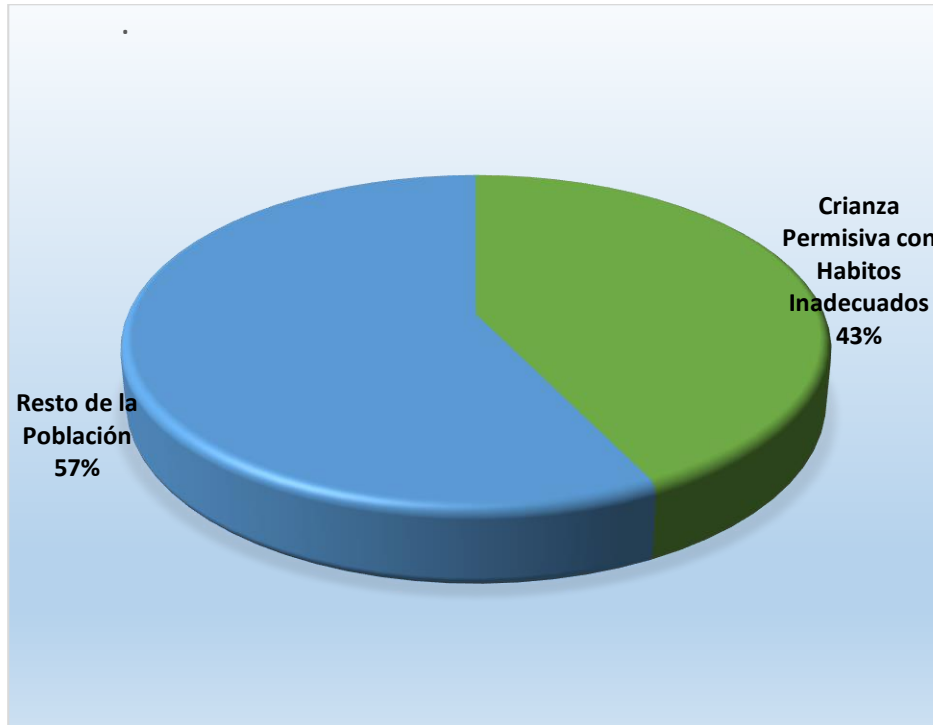
TIPO DE CRIANZA Y HABITOS ALIMENTICIOS EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

TIPO DE CRIANZA	FRECUENCIA
CRIANZA PERMISIVA CON HABITOS ALIMENTICIOS INADECUADOS	41
RESTOS DE LA POBLACION	55
TOTAL	96

FUENTE: Cuestionario de Crianza Parental Y Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos

GRAFICA No 2.

TIPO DE CRIANZA Y HABITOS ALIMENTICIOS EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013



FUENTE: Tabla No 2.

TABLA No 3.

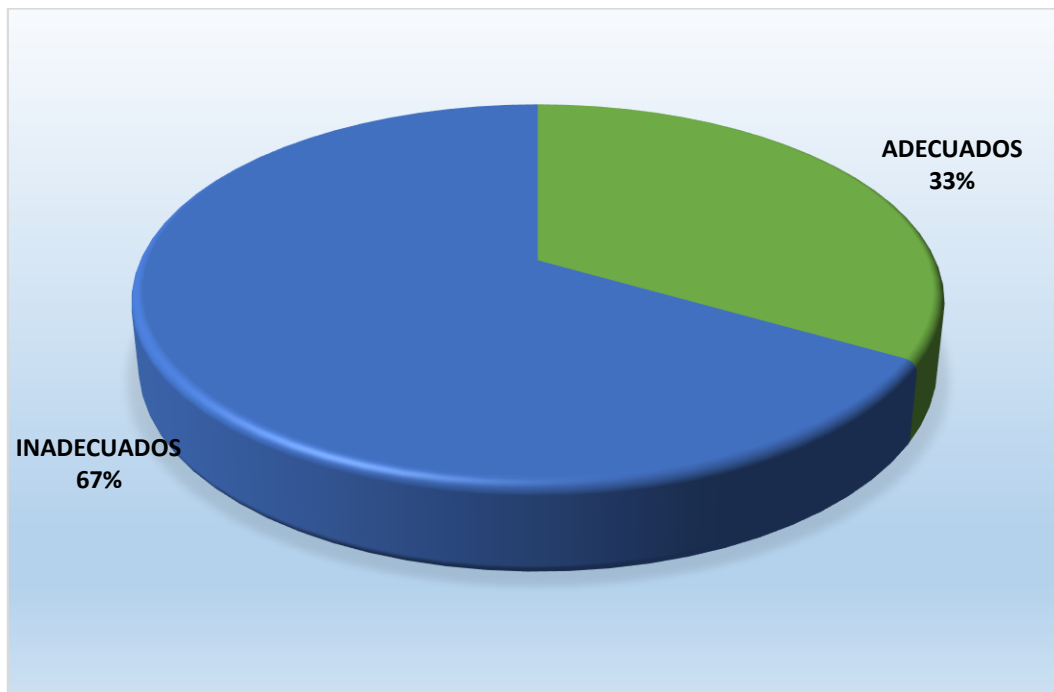
HABITOS ALIMENTICIOS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

HABITOS ALIMENTICIOS	FRECUENCIA
ADECUADOS	32
INADECUADOS	64
TOTAL	96

FUENTE: Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos

GRAFICA No 3.

HABITOS ALIMENTICIOS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: Tabla No 3.

TABLA No 4.

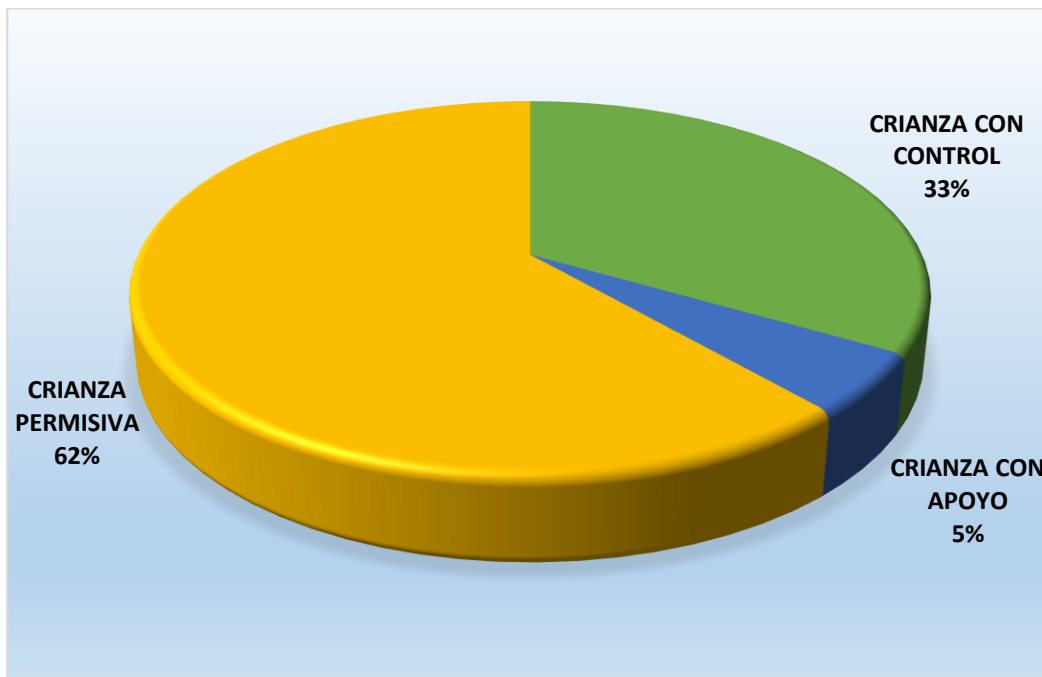
TIPO DE CRIANZA DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

Tipo de Crianza	Frecuencia
CRIANZA CON CONTROL	32
CRIANZA CON APOYO	5
CRIANZA PERMISIVA	59
TOTAL	96

FUENTE: Cuestionario de Crianza Parental

GRAFICO No 4.

TIPO DE CRIANZA DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: Tabla No 4.

TABLA No 5.

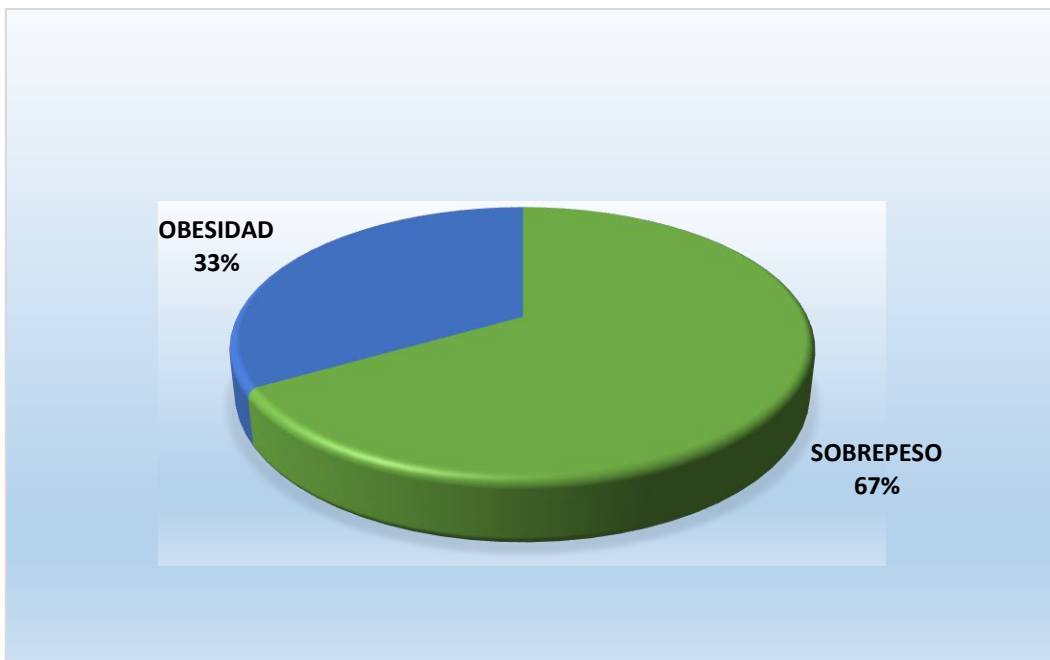
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA
SOBREPESO	64
OBESIDAD	32
Total	96
SOBREPESO	96

FUENTE: Encuesta Sociodemográfica

GRAFICA No 5.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: TABLA No 5.

TABLA No 6.

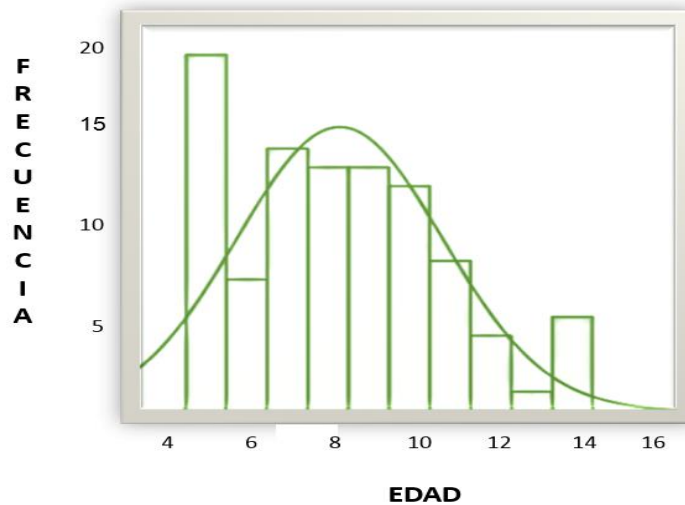
EDAD DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

EDAD	FRECUENCIA
5 AÑOS	19
6 AÑOS	7
7 AÑOS	14
8 AÑOS	13
9 AÑOS	13
10 AÑOS	12
11 AÑOS	8
12 AÑOS	4
13 AÑOS	1
14 AÑOS	5
TOTAL	96

FUENTE: Encuesta Sociodemográfica

GRAFICA No 6.

EDAD DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: Tabla No 6.

TABLA No 7.

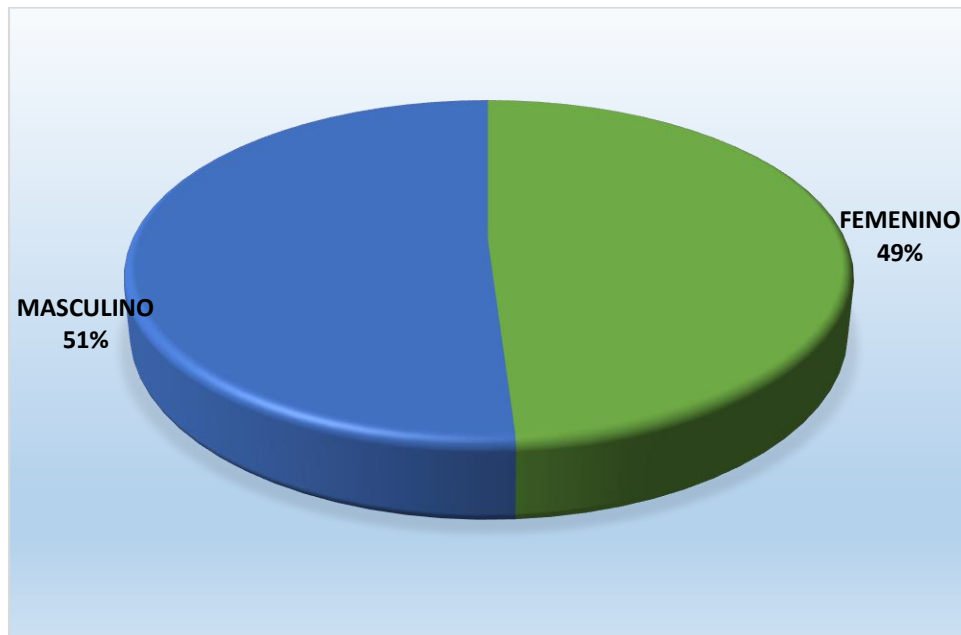
GENERO DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

GENERO	FRECUENCIA
FEMENINO	47
MASCULINO	49
Total	96

FUENTE: Encuesta Sociodemográfica

GRAFICA No 7.

GENERO DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: Tabla No 7.

TABLA No 8.

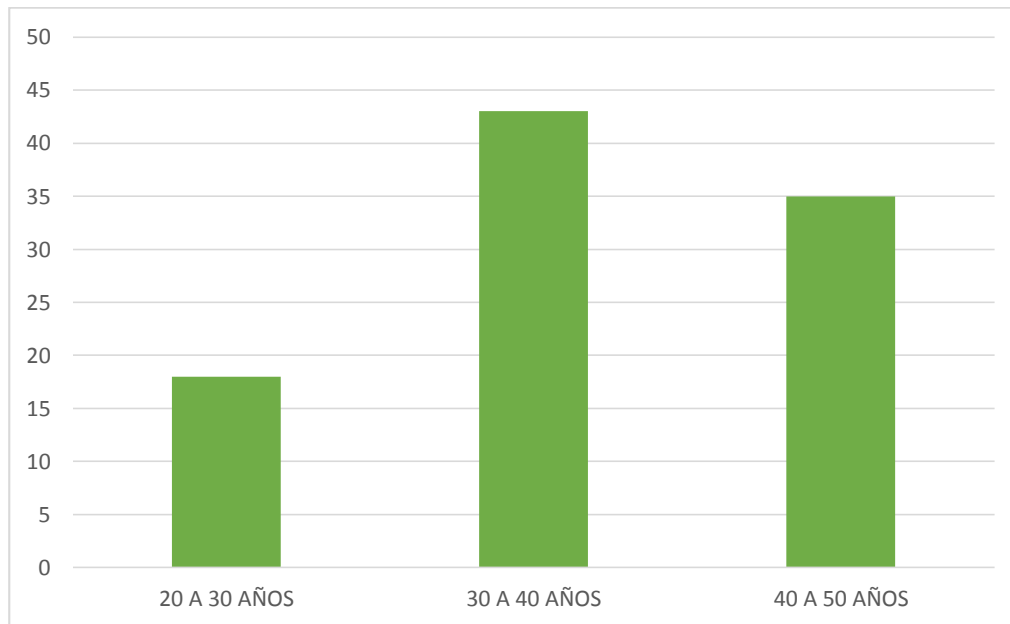
EDAD DE LA MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

EDAD DE LA MADRE	FRECUENCIA
20 A 30 AÑOS	18
30 A 40 AÑOS	43
40 A 50 AÑOS	35
TOTAL	96

FUENTE: Encuesta Sociodemográfica

GRAFICA No 8.

EDAD DE LA MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: Tabla No 8.

TABLA No 9.

OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 64 DEL INSTITUTO DE MEXICANO DE SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

OCUPACION	FRECUENCIA
AMA DE CASA	62
EMPLEADA	20
OBRERA	8
ESTUDIANTE	6
Total	96

FUENTE: Encuesta Demográfica

GRAFICA No 9.

OCUPACION DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MÉDICA FAMILIAR N. 64 DEL INSTITUTO DE MEXICANO DE SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: TABLA No 9.

TABLA No 10.

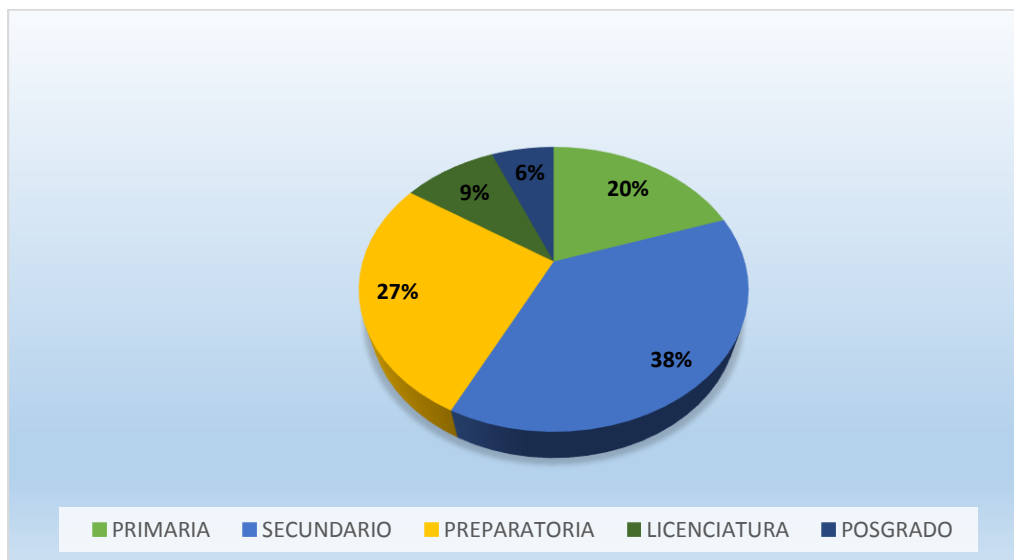
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N.64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013

ESCOLARIAD	FRECUENCIA
PRIMARIA	19
SECUNDARIA	36
PREPARATORIA	26
LICENCIATURA	9
POSGRADO	6
TOTAL	96

FUENTE: Encuesta Demográfica

GRAFICO N. 10

ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N.64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: TABLA No 10.

TABLA No 11.

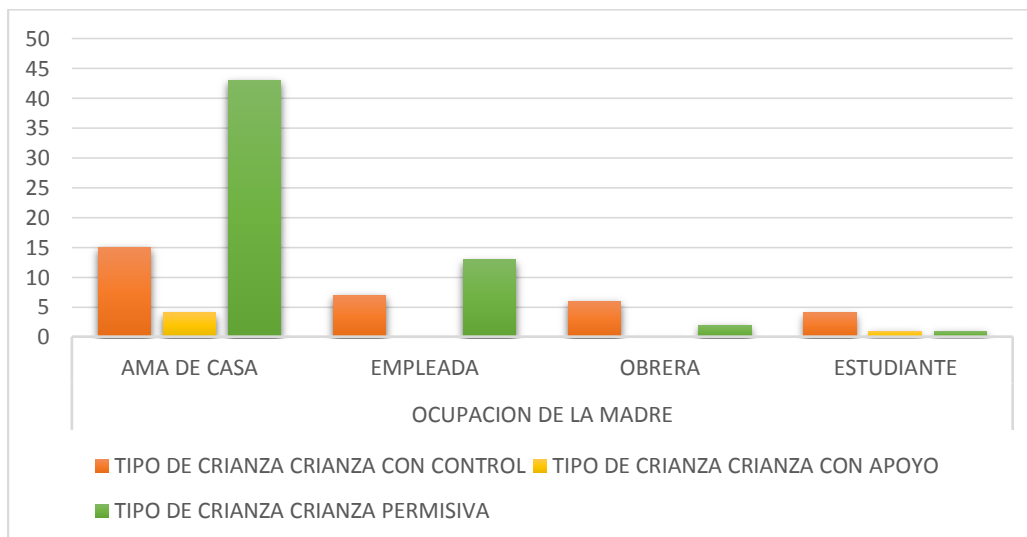
OCUPACION DE LAS MADRES Y TIPO DE CRIANZA DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

		OCUPACION DE LA MADRE				Total
		AMA DE CASA	EMPLEADA	OBRERA	ESTUDIANTE	
TIPO DE CRIANZA	CRIANZA CON CONTROL	15	7	6	4	32
	CRIANZA CON APOYO	4	0	0	1	5
	CRIANZA PERMISIVA	43	13	2	1	59
Total		62	20	8	6	96

FUENTE: Cuestionario de Crianza Parental y Frecuencia de Consumo de Alimentos

GRAFICA No 11.

OCUPACION DE LAS MADRES Y TIPO DE CRIANZA DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.



FUENTE: Tabla No 11.

TABLA No 12.

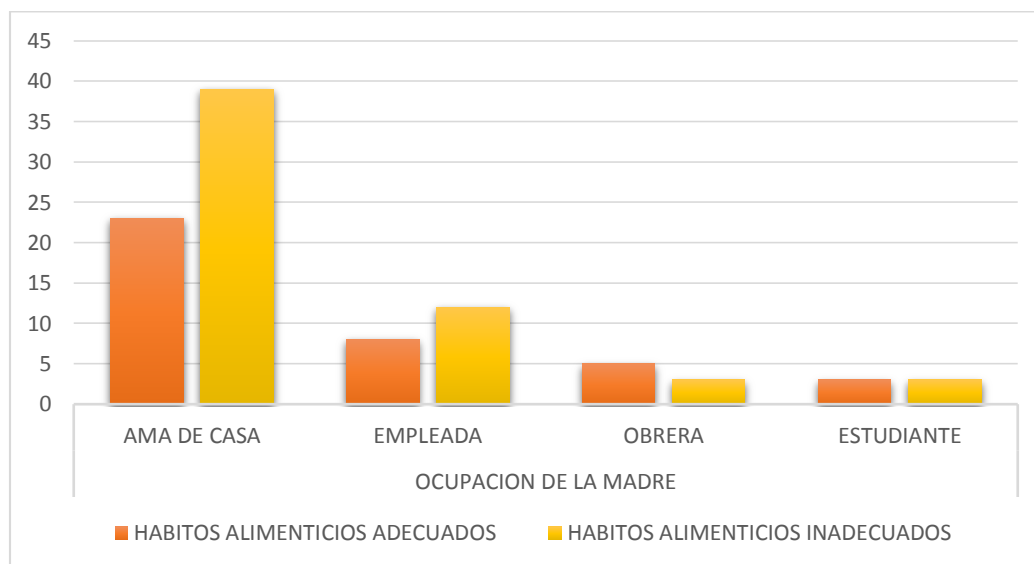
OCUPACION DE LAS MADRES Y HABITOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013

Ocupación de la Madres	Hábitos Adecuados	Hábitos Inadecuados
AMA DE CASA	23	39
EMPLEADA	8	12
OBRERA	5	3
ESTUDIANTE	3	3
TOTAL	39	57

FUENTE: ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA Y CUESTIONARIO DE CRIANZA PARENTAL

GRAFICA No 12.

OCUPACIÓN DE LAS MADRES Y HABITOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013



FUENTE: TABLA No 12.

XI. DISCUSION

La obesidad y el sobrepeso infantil es un problema de salud pública que se incrementa día a día y que conlleva complicaciones a futuro como es el incremento de enfermedades metabólicas a temprana edad, los factores relacionados son múltiples, sin embargo algunos como los hábitos alimenticios persisten siendo pilares para la aparición del sobrepeso y obesidad a pesar de ser bien conocidos.

Esta investigación tuvo como finalidad la descripción del tipo de crianza y los hábitos alimenticios presentados en las madres de niños con obesidad o sobrepeso de 5 a 14 años de edad de la unidad de Medicina Familia Número 64 del instituto Mexicano del Seguro Social.

Los estilos de alimentación tienen sus raíces conceptuales en los estilos de crianza de los hijos. El estudio realizado en la unidad de medicina familiar N.64 mostro una prevalencia de tipo de crianza permisiva y hábitos alimenticios inadecuados en un 41% de las madres de niños con sobrepeso u obesidad, dicho resultado coincide al mencionado en artículos previos ⁽¹⁶⁾, en donde se menciona que un estilo de crianza y alimentación indulgentes se relacionan con un aumento en la ingesta y ganancia de peso. Así mismo el estudio realizado en la unidad de medicina familiar numero 64 arrojó la presencia de un 21% de madres que presentaron hábitos alimenticios adecuados presentan un tipo de crianza con control dicho resultado difiere de estudios sobre estilos de crianza, donde se menciona combinación de mucha afecto/alta exigencia, conocido como capacidad de responder, se considera que favorece el desarrollo de la capacidad de regulación de los niños y aparición de buenos hábitos alimenticios, en el estudio realizado solo se observó un 2% de las madres con tipo de crianza con apoyo y hábitos alimenticios adecuado de los niños con obesidad o sobrepeso

Macedo-Ojeda et al ⁽¹⁴⁾ Menciona que Los hábitos alimentarios de los adolescentes y niños mexicanos estudiados, son en su mayoría inadecuados lo que coincide con los obtenido en el estudio realizado en donde se encontró que un 67% de las madres

otorgan hábitos alimenticios inadecuados y solo un 33% presentan hábitos alimenticios adecuados.

La crianza ideal que deben otorgar las madres es un tipo de crianza con apoyo es decir donde existe una alta comunicación entre madre e hijo así como afecto, sin embargo en el estudio realizado se observó que las madres presentan con mayor frecuencia un tipo de crianza permisivo en un 62%, seguido de un tipo de crianza con control en un 33% y solo un 5% de ellas presento un tipo de crianza con apoyo.

Este estudio abarco niños con sobrepeso y obesidad de edades entre 5 y 14 años de edad, observando mayor frecuencia en la edad de 5 años y 7 años, según el ENSANUT 2012 la frecuencia más alta en edad de niños con sobrepeso u obesidad en México es de 7 años.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS (3), para las niñas esta cifra es de 32% y para los niños es 36.9%, es decir la prevalencia es ligeramente más alta en niños que en niñas, lo que coincide con el estudio realizado en donde se encontró que el 51% de los niños pertenecieron al género masculino y el 49% de los niños perteneció al género femenino.

Yeste D. et al (6), comentan que desde los año 80, los niños han tenido la inclinación por consumir alimentos distintos a los acostumbrados a la familia; desean comer la denominada comida rápida como hamburguesas, pizzas pollo frito etcétera, en el estudio realizado se interrogo la edad de las madres de los niños con sobrepeso u obesidad encontrando mayor frecuencia de edad madres de 30 a 40 años, es decir madres que tuvieron una infancia influenciada por una década en donde se incrementó el consumo de alimentos chatarra.

Morales G.A. (18) menciona que la formación académica de los padres y el grado de sedentarismo son determinantes en la aparición de los problemas de peso en estas edades, observando claramente que el sobrepeso aumenta en los niños que abusan

del consumo de Televisión y que pertenecen a familias con escaso nivel cultural, dicha mención coincide con los resultado obtenidos en el estudio realizado sobre las madres de niños con sobrepeso u obesidad de la UMF 64, en donde se encontró que el 36% de las madres con escolaridad básica correspondiente a secundaria.

XII.- CONCLUSIONES:

La obesidad infantil es un problema de salud que debe de ser controlado de forma prioritaria con el fin de prevenir la aparición de enfermedades metabólicas en edades tempranas así como padecimientos crónicos en la adultez.

El estudio realizado en la unidad de Medicina Familiar Numero 64 concluyo de acuerdo al objetivo fijado que las madres de los niños con sobrepeso u obesidad de la unidad de medicina familiar presentan en su mayoría un tipo de crianza permisivo con hábitos alimenticios inadecuados.

De acuerdo a lo anterior se observó que los factores relacionados a la obesidad infantil mencionados en diversos estudios realizados en niños con sobrepeso u obesidad aún continúan siendo influyentes, manifestando que la difusión de la prevención ha sido limitada o bien no ha quedado claramente establecida para las madres de familia que aún persisten otorgando una alimentación mala en calidad y cantidad. Más del 60% de las pacientes participantes en el estudio a pesar de conocer el estado nutricional de sus hijos, continua otorgando hábitos alimenticios inadecuados lo cual conlleva a la presencia temprana de complicaciones metabólicas y cardiovasculares, que traerán consigo múltiples problemas en la edad adulta.

Así mismo se observa que la madre como pilar de la familia es trascendental no solo en la educación de los niños si no que la crianza que otorgue a sus hijos repercutirá en ámbitos no solo de educación sino también en ámbitos como los de la alimentación, en el estudio se observó que en un 33% las madres presentan tipo de crianza permisiva y solo en un 5% presenta una crianza con apoyo, predominando sobre esta la crianza con control, dichas madres que presentaron un tipo de crianza con control presentaron hábitos alimenticios adecuados.

Las unidades de medicina familiar son el pilar de la prevención por lo que deben de intensificar la prevención del sobrepeso u obesidad infantil no solo influyendo en el

integrante de la familia que la padece sino también en todo el contexto familiar y más aún en las madres quienes nos las trasmisoras de los hábitos alimenticios a los niños y las principales otorgantes de la crianza.

Crear conciencia y educar a las madres de niños con obesidad acerca de los riesgos que implica dicha enfermedad a veces resulta algo muy difícil de lograr, sin embargo es necesario que día a día se continúe en el ejercicio de estas dos acciones por el bienestar de la población infantil.

XIII.-RECOMENDACIONES:

Los Médico Familiares tenemos que convencer a las madres de familia que son las responsables de crear y mantener hábitos de vida saludables en sus hijos y que lo que ellas cultiven hoy en ellos será practicado para el futuro, así mismo continuar haciendo énfasis en la importancia de la alimentación como factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso u obesidad.

Es importante difundir a los médicos que en cuanto se tenga en consulta a un paciente en edad de riesgo para desarrollar obesidad o sobrepeso (5 a 14 años de edad), tenga o no tenga un Índice de masa corporal superior al esperado se debe inculcar a los padres de familia, educación en la alimentación, dejar claro que los alimentos no saludables no solo son alimentos chatarra, si no mencionar de forma breve los grupos de alimentos recomendados así como la frecuencia y cantidad ideal en los niños de acuerdo a su edad.

Identificar en la consulta externa familias con alteraciones en la dinámica familiar e iniciar terapias de psicohigiene para una mejor funcionalidad familiar.

Fomentar talleres dirigidos por los médicos familiares hacia los padres de familia para la formación de límites y reglas en los niños en edad escolar.

Identificar oportunamente a los pacientes que cuenten con sobrepeso para evitar el desarrollo de obesidad, siendo enviados de forma oportuna al servicio de Nutrición y dietología, continuando el médico familiar con su monitorización a través de la consulta.

Realizar estudios de investigación acerca del tipo de crianza y los hábitos alimenticios en niños con peso normal para una comparación de ambos casos y determinar si la crianza por si sola es un factor relevante en la aparición de la obesidad y sobrepeso en niños.

XIV.- BIBLIOGRAFIA

- 1) Mujica J.F. Obesidad en México. Boletín de Epidemiología.2010;27(43):1-3
- 2) Moral G.J. La obesidad Tipos y clasificación. Revista Digital Bueno Aires.2008;13(122):1-3
- 3) Shaman L. T, Morales R. M. et. al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Mexico.2012.p.129-135, disponible en <http://ensanut.insp.mx>
- 4) Achor M.S. Obesidad Infantil. Revista de Posgrado de la Vía Catedra de medicina.2007;10(168):34-38
- 5) Sandoval M.I. Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano Seguro Social 2010; 48 (5): 485-490
- 6) Yeste D, Carrascosa A. Complicaciones Metabólicas en la obesidad infantil. Revista Anales De Pediatría.2011;75(2):135-139
- 7) Mercado P. González V. La obesidad infantil en México. Revista semestral Alternativas psicológicas. 2013;28(17):49-57
- 8) Morales G.A. Factores de riesgo para la obesidad infantil en niños de 9 a 12 años de edad de la Comunidad Valenciana. Revista Española de Obesidad.2008;6(4):215-222
- 9) Lujan S. M, Lillyan G.P. Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obeso génico. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina.2010;3(197):19-23
- 10) Cabello G.L, Reyes D. Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. Revista de salud Pública y Nutrición.2011;12(1):3-5

- 11) Shaman L.T., Cuevas N. L. La obesidad de niños mexicanos en edad escolar se asocia con el consumo de alimentos fuera del hogar, Archivos latinoamericanos de nutrición, 2001;61(3):288-293
- 12) González J.E, Aguilar C.M. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada España, Revista nutrición Hospitalaria. 2012;27(1):177-184
- 13) Macias M.A, Gordillo S.G, Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista de Chile de Nutricion.2012;39(3):40-43
- 14) Macedo O. G, Bernal M. Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara México, 2008. Disponible en [http//.www.didac.ehu.es/antropo](http://.www.didac.ehu.es/antropo).
- 15) Gómez F. Conducta alimentaria, Hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. Revista CCAP;20117(4).38-48
- 16) Domínguez V.P. Olivares S. Influencia Familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Revista Archivos Latinoamericanos de Nutricion.2008;58(3):249-256
- 17) Maureen M. B., Hillary M.C, ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. Revista Salud Publica 2012;29(3):337-378
- 18) Roa C. Barrio V. Adaptación del cuestionario de crianza parenteral (PCRI-M) a población española. Revista latinoamericana de Psicología 2001;33(3)329-343
- 19) Villanueva M.D. Hernández Herrera R. Prevalencia de Obesidad infantil en niños de 6 a 14 años de edad de una UMF. Revista Pediatría de México.2011;13(4):151-155
- 20) Diccionario Mosby Medicina Enfermería y Ciencias de la Salud.5.-Edición 2012.p.123, 189, 222.

- 21) Ley Federal de Trabajo, Última Reforma publicada DOF 30-11-2012 disponible en .Disponible en: www.stps.gob.mx.2013
- 22) Coromoto N. M, Pérez G.A. Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional-antropométrico de preescolares. Revista de Chile de nutrición.2011; 38 (3):301-311
- 23) Diccionario de la Real Academia ,22ed, 2011, Editorial Larousse.p:123,131.

ANEXOS

TIPO DE CRIANZA EN LAS MADRES Y HABITOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Solicito de la manera más atenta su ayuda para contestar el siguiente cuestionario, los datos solicitados ayudaran a la investigación clínica de la obesidad y el sobrepeso en niños, los datos que usted responda serán confidenciales. Favor de leer las preguntas y responder y marcar con una X la respuesta correcta.

Peso del niño Talla del niño IMC

CONSULTORIO AL QUE CORRESPONDE:

1.- EDAD DEL NIÑO:

1.- (5 AÑOS) 2.- (6AÑOS) 3.- (7 AÑOS) 4.- (8 AÑOS)
5.- (9 AÑOS) 6.- (10AÑOS) 7.- (11AÑOS) 8.- (12AÑOS)
9.- (13 AÑOS) 10.- (14 AÑOS)

2.- GENERO DEL NIÑO

1.-FEMENINO 2.-MASCULINO

3.- EDAD DE LA MADRE

4.-OCUPACION DE LA MADRE

1.-AMA DE CASA 2.- EMPLEADA 3.-OBRERA
4.-ESTUDIANTE 5.-COMERCIANTE

5.-ESCOLARIDAD DE LA MADRE

1.-PRIMARIA 2.- SECUNDARIA 3.-PREPARATORIA
4.-LICENCIATURA 5.- POSGRADO

CUESTIONARIO DE CRIANZA PARENTAL

A continuación se presentan una serie de preguntas acerca de la educación otorgada a los hijos por parte de los padres, señale con una cruz (x) la afirmación con la se identifique. Lea cuidadosamente las preguntas.

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	EN TOTAL DESACUERDO
6.- Cuando mi hijo está molesto por algo generalmente me lo dice				
7.- Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo				
8.-Estoy tan insatisfecha de mis hijos como otros padres				
9.-Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo				
10.-Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo				
11.-Cuando toca criar a mi hijo me siento sola				
12.-Mis sentimientos de acuerdo a ser madre cambian día a día.				
13.-Los padres deben proteger a sus hijos de aquellas cosas que pueden hacerles infelices.				
14.-Si tengo que decir "no" a mi hijo le explico por que				
15.-Mi hijo es más fácil de educar que la mayoría de los niños				
16.-Por la expresión del rostro de mi hijo puedo decir cómo se siente.				
17.-Me preocupa mucho el dinero				
18.-Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo				
19.- El ser madre es una cosa natural en mi				
20.-Cedo en algunas cosas con mi hijo para evitar un berrinche				
21.-Quiero a mi hijo tal como es				
22.-Disfruto mucho de todos los aspectos de mi vida				
23.-Mi hijo nunca tiene celos				
24.-A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar a mis hijos				
25.-Mi hijo me cuenta cosas de él y de sus amigos				
26.-Desearia poner límites a mi hijo				
27.-Mi hijo me proporcionan grandes satisfacciones				
28.-Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí sin niños me volveré loca.				
29.-Me arrepiento de haber tenido hijos				

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTAL DESACUERDO
30.-A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren				
31.- Mi hijo pierde el control muchas veces.				
32.-El ser padre no me satisface tanto como pensaba				
33.-Creo que puedo hablar con mi hijo a su mismo nivel.				
34.-Ahora tengo una vida más estresada.				
35.-Nunca me preocupo por mi hijo.				
36.-Me gustaría que mi hijo no me interrumpiera cuando hablo con otros.				
37.-Los padres deberían de dar a sus hijos todo lo que ellos no tuvieron.				
38.-Como padre normalmente me siento muy bien.				
39.-Algunas veces me siento agobiado por mis responsabilidades de padre.				
40. Me siento muy cerca de mi hijo.				
41.-Me siento satisfecho con la vida que llevo actualmente				
42.-Nunca he tenido problemas con mi hijo				
43.-No puedo aguantar la idea de que mi hijo crezca.				
44.-Mi hijo puede estar seguro de que yo lo escucho.				
45.-A menudo pierdo la paciencia con mi hijo.				
46.-Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo.				
47.-Mi marido y yo compartimos las tareas domésticas.				
48.-Nunca me he sentido molesto por lo que mi hijo dice o hace.				
49.-Mi hijo sabe que cosas pueden enfadarme.				
50.-Los padres deberían de cuidar que clase de amigo tienen sus hijos.				
51.-Cunado mi hijo tiene un problema, generalmente me lo comenta.				
52.-Mi hijo nunca aplaza lo que tiene que hacer.				
53.-Ser padre es una de las cosas más importante de mi vida.				
54.-Las mujeres deberían de estar en casa cuidando de los niños.				
55.-Los adolescentes no tiene suficiente edad para decidir				
56.-Mi hijo me oculta sus secretos.				

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total Desacuerdo
57.-Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a su hijo.				
58.-Creo que conozco bien a mi hijo				
59.-Algunas veces me cuesta decir no a mi hijo.				
60.-Me pregunto si hice bien en tener hijos.				
61.-Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo.				
62.-Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro.				
63.-Algunas veces pienso como podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo.				
64.-Ya no tengo la estrecha relación con mi hijo cuando era pequeño				
65.-Mis hijos solo hablan conmigo cuando quiere algo.				
66.-La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos.				
67.-Es mejor razonar con los niños que decirles lo que no deben de hacer.				
68.-Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo.				
69.-Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo y yo.				
70.-Para una mujer tener una carrera estimulante es tan importante como el ser una buena madre.				
71.-A menudo amenazo a mi hijo con castigarle pero nunca lo hago.				
72.-Si volviese a empezar no tendrá hijos.				
73.-Los maridos deben de ayudar a cuidar a los hijos.				
74.-Las madres deben de trabajar solo en caso de necesidad.				
75.-Algunas personas dicen que mi hijo está muy mimado.				
76.-Me preocupa que mi hijo se haga daño.				
77.-Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo.				
78.-Los niños menores de 4 años son muy pequeños para estar en la guardería.				
79.-Una mujer puede tener una buena carrera satisfactoria y ser una buena madre.				
78.-Llevo una fotografía de mi hijo en la cartera o en el bolso.				
79.-me cuesta dar mucho independencia a mi hijo				
80.-No se cómo hablar con mi hijo para que me comprenda.				
81.-Para el niño es mejor una madre que se dedique a él por completo.				

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

El siguiente cuestionario tiene como finalidad evaluar cómo es la calidad de la alimentación que se otorga a los hijos. Lea cuidadosamente y marque con una X la cantidad semanal o diaria que otorga en promedio a su hijo.

ALIMENTO	FRECUENCIA DE ALIMENTO	CONSUMO SEMANAL					
	CANTIDAD	4-6 VECES A LA SEMANA	2 A 3 VECES A LA SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	4 o 5 veces al día	2 o 3 veces al día	Rara vez o nunca
82.-CEREALES							
BOLILLO O PAN BLANCO	1 Pieza						
ARROZ	Media taza						
PASTAS	Media taza						
GRANOS (LENTEJAS, FRIJOL)	Media taza						
GALLETAS	Media taza						
OTRO(ESPECIFIQUE TIPO Y CANTIDAD)							
83.-FRUTAS							
MELON	1 taza						
GUAYABA	1 pieza mediana						
MANGO	1 pieza mediana						
MANZANA	1 pieza mediana						
PERA	1 pieza mediana						
PIÑA	1 rueda						
PLATANO	1 pieza mediana						
NARANJA	1 pieza mediana						
OTRO(ESPECIFIQUE TIPO Y CANTIDAD)							
84.-VEGETALES							
Zanahoria	Media taza						
Papa	Media taza						
Tomate	Media taza						
Pepino	Media taza						
Cebolla	Media taza						
Col	Media taza						
Calabaza	Media taza						
Lechuga	Media taza						
OTRO (ESPECIFIQUE TIPO Y CANTIDAD)							

	FRECUENCIA DE ALIMENTO	CONSUMO SEMANAL					
ALIMENTO	CANTIDAD	4-6 VECES A LA SEMANA	2 A 3 VECES A LA SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	4 o 5 veces al día	2 o 3 veces al día	Rara vez o nunca
85.-LECHE Y DERIVADOS							
LECHE	1 vaso						
QUESO	2 rebanadas						
YOGURTH	Media taza						
HUEVO	Uno						
OTRO(ESPECIFIQUE TIPO Y CANTIDAD)							
86.-CARNES							
CHULETA DE PUERCO	1 pieza						
PECHUGA DE POLLO	½ pechuga						
MUSLO DE POLLO	1 muslo						
CARNE DE RES MOLIDA	½ taza						
BISTEC DE RES	1 bistec						
JAMON	1 rebanada						
MORTADELA	1 rebanada						
FILETE DE PESCADO	1 pieza mediana						
SALCHICA	1 pieza						
BISTEC DE PUERCO	1 bistec						
OTRO(ESPECIFIQUE TIPO Y CANTIDAD)							
87.-GRASAS Y ACEITES							
Margarina o mantequilla	1 cucharadita						
Aguacate	1 rebanada						
Mayonesa	1 cucharadita						
Aceite	1 cucharadita						
Manteca	1 cucharadita						
Otro alimento(especifique tipo y cantidad)							
88.-OTROS ALIMENTOS							
Refrescos	1 vaso o una lata						
Dulces o golosinas	1 o 2 piezas						
Azúcar	1 cucharada						
Jugos envasados	¼ vaso						
Bebidas en sobres (Tang)	1 vaso						
Otro alimento(especifique tipo y cantidad)							



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Tipo de crianza en las madres y hábitos alimenticios de los niños de 5 a 14 años de edad con obesidad o sobrepeso de la UMF 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA.
Lugar y fecha:	TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO, SEPTIEMBRE DE 2013
Número de registro:	R-2013-1408-48
Justificación y objetivo del estudio:	CONOCER EL TIPO DE CRIANZA Y LOS HABITOS ALIMENTICIOS EN MADRES DE NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA UMF 64.
Procedimientos:	AUTO-APLICACION DEL TEST DE CRIANZA PARENTERAL Y CUESTINARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.
Posibles riesgos y molestias:	RIESGO: NINGUNO. MOLESTIAS: INVERTIR APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	LAS PARTICIPANTES CONOCERAN EL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS DE 5 14 AÑOS DE EDAD ASI COMO LA CALIDAD DE LOS HABITOS ALIMENTOS OTORGADOS.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE DARAN A CONOCER LOS RESULTADOS GLOBALES DEL ESTUDIO A LOS PARTICIPANTES, DERIVANDO A LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES.
Participación o retiro:	LA PARTICIPACION ES VOLUNTARIA, PUDIENDOSE RETIRAR EN EL MOMENTO DESEADO.
Privacidad y confidencialidad:	EL CUESTIONARIO ES ANONIMO. SE GARANTIZA LA AUTONOMIA Y PRIVACIDAD DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS ETICO-MEDICOS.

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

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Conocimiento acerca del estado nutricional de su hijo y calidad de la alimentación otorgada.	Conocer el estado nutricional de sus hijos, el tipo de crianza que otorga y los hábitos alimenticios.
---	---

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

Investigador Responsable:	Dra. Sonia Bonilla Flores RMF3.soniabf6@hotmail.com.Teléfono:53102018
Colaboradores:	

<p>_____ Nombre y firma del sujeto TESTIGO 1 _____ NOMBRE Y FIRMA</p>	<p>SONIA BONILLA FLORES R3MF _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento TESTIGO 2 _____ NOMBRE Y FIRMA</p>
--	--

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.eticaimss.gob.mx