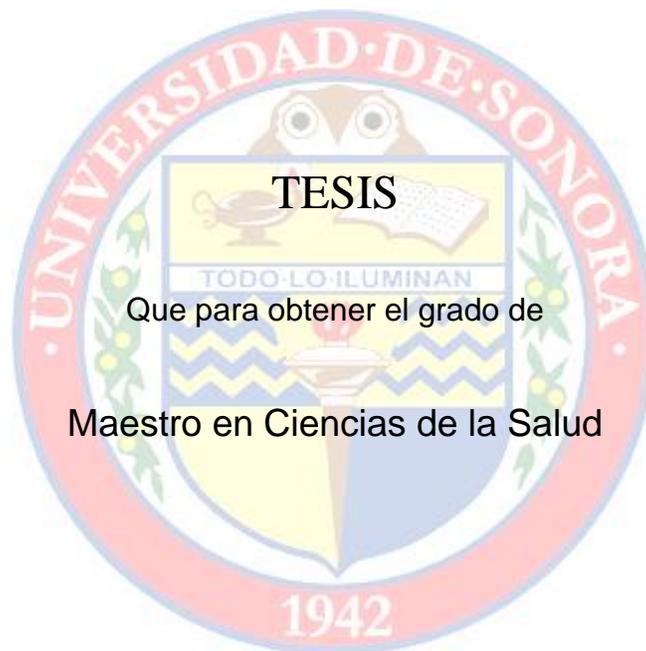


UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Estilos parentales y prácticas de alimentación y su relación en casos
de niños con desnutrición.



TESIS

Que para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de la Salud

Presenta

Alejandra Guadalupe García Vázquez

Hermosillo, Sonora

Septiembre de 2015

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

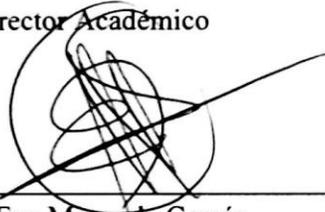
FORMA DE APROBACIÓN

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de Tesis de Alejandra Guadalupe García Vázquez, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud



Dra. Maria Martha Montiel Carbajal

Director Académico



M.S.P Eva Moncada García

Secretario



M.C. Mavet Madai Herrera Cadena

Vocal



M.P Assol Cortés Moreno

Suplente

*Un agradecimiento especial al Consejo de Ciencia
y Tecnología (CONACyT) por su apoyo a lo
largo de este Programa en Maestría en
ciencias de la Salud, Sin la beca de esta
institución no hubiera sido posible llevar a
cabo este proyecto y logro profesional.*

Agradecimientos

Quiero agradecer sinceramente a aquellas personas que compartieron sus conocimientos conmigo para hacer posible la conclusión de esta tesis.

Le agradezco a **Dios**, al *universo, energía cósmica* -como quieran llamarle- por haberme guiado a lo largo de esta Maestría - y mi vida - que aunque no soy una persona que demuestre mucho mi fe y espiritualidad con palabras, siempre está presente en pensamiento y acciones, por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

Le doy gracias a **mis padres**, José Luis y Lupita por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. A mi **hermana** Cecilia, que aunque a veces estemos como perros y gatos, se que siempre está ahí al pendiente. A mi familia gracias por el apoyo y el cariño.

A **Luis**, por ser una parte importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, mis arranques de histeria, estrés, enojo – y ser mi punching bag-; sobre todo por su paciencia y amor, sobre todo paciencia.

Le agradezco a **mis sinodales** la confianza, apoyo y dedicación de tiempo: **M.S.P Eva Moncada García, M.C Mavet Madai Herrera y M.P Assol Cortés Moreno**, gracias por haber compartido conmigo sus conocimientos.

Un agradecimiento especial para mi directora **Dra. María Martha Montiel Carbajal** por haberme dado la confianza de trabajar con ella, de creer en mí, y jalarme las orejas cuando era necesario, y por el apoyo que me brindo a lo largo de este tiempo. Gracias por darme la oportunidad de crecer profesionalmente y aprender cosas nuevas.

Al Dr. **Luis Enrique Iribe Serrano**, director del centro de salud domingo Olivares y al personal de PROSPERA, **Carmen, Paulina, Mari, Dr. Peregrina**; al **Dr. Héctor Rolando Muzquiz Reyes** director del centro de Salud Lomas de Madrid y a su personal de PROSPERA, **Mari, Wendy, Ana, Alejandro y Dr. Careaga** –disculpe si no lo escribí bien, siempre se me olvida como se escribe- un agradecimiento pues sin el permiso de ellos y la ayuda de el personal de PROSPERA nada de esto hubiera sido posible.

Gracias **Doris**, por tu amabilidad y ayuda sin pedir nada, sin ti no hubiera podido concluir esta tesis.

Gracias a **Nayeli Grijalva, Miguel Ávila y Julia López**, mis compañeros de cubículo que ayudaron en este proceso, éramos los *más amenos* de los cubículos.

A mis amigos, tanto a los de años atrás, **Eleana, Claudia, Dolores, Victoria, Elizabeth** que soportaron escuchándome desahogar el estrés, logros y pendientes; así como a los nuevos amigos que conocí a lo largo de estos dos años, **José, Luz, Edna, Isaac, Alex, Karlita**, por los momentos juntos que pasamos a lo largo de este tiempo. Por las tareas que realizamos, el estudio, sus puntos de vista, Por la confianza que en mí depositaron. A **Carla**, por mostrarme otra manera de ver la vida, y enseñarme a estar en equilibrio mental y físicamente a través de la práctica de yoga, que me ayudó bastante en momentos de bloqueos y estrés.

Un agradecimiento al **Dr. Eduardo Ruiz Bustos, Dra. María del Carmen Candia Plata y Dra. Miriam Dominguez Guedea** por sus retroalimentaciones, comentarios y guía por fortalecer este trabajo. A **Denia**, por su orientación, apoyo y amabilidad.

Por último, **GRACIAS** a todas las madres de familia que participaron voluntariamente, espero en un futuro, este trabajo es de ustedes y para ustedes.

INDICE

LISTA DE TABLAS	viii
Objetivo general.....	ix
Objetivos Particulares	ix
RESUMEN.....	X
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES	3
Panorama Global de la Desnutrición Infantil	3
Factores Relacionados a la Desnutrición Infantil	6
Prácticas de Alimentación Como Factores de Riesgo Relacionados a la Desnutrición Infantil	7
Estilos Parentales Como Factores de Riesgo Relacionados a la Desnutrición Infantil...	9
PLANTEAMIENTO E HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	12
Planteamiento del Problema	12
Pregunta de Investigación.....	12
Hipótesis	12
MATERIALES Y METODO.....	13
Participantes.....	13
Población.....	13
Muestra.....	13
Diseño Muestral	15
Consideraciones éticas	16
Tipo de Estudio.....	17
Instrumentos y Mediciones	17
Estimación de indicadores antropométricos.....	17

Cuestionario de Dimensiones y Estilos Parentales (PSDQ).....	17
Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación (CFPQ).....	19
Proceso de Evaluación	21
Análisis de datos	22
RESULTADOS.....	23
CONCLUSION Y DISCUSION	37
BIBLIOGRAFIA.....	46
APENDICE.....	55

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla I. Datos sociodemográficos de la muestra.	14
Tabla II. Condiciones de la vivienda como indicadores de bienestar.	15
Tabla III. Factores del Cuestionario de Dimensiones y Estilos Parentales.	19
Tabla IV. Factores conformados del Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación.	21
Tabla V. Análisis comparativo de los estilos parentales entre grupos.	24
Tabla VI. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación entre grupos.	25
Tabla VII. Análisis comparativo de los estilos parentales según estatus de pareja de la madre.	26
Tabla VIII. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación según estatus de pareja de la madre.	27
Tabla IX. Análisis comparativo de los estilos parentales según ocupación de la madre.	29
Tabla X. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación según ocupación de la madre.	30
Tabla XI. Análisis comparativo de los estilos parentales según escolaridad de la madre.	32
Tabla XII. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación según escolaridad de la madre.	33
Tabla XIII. Análisis comparativo de los estilos parentales según condiciones de bienestar.	35
Tabla XIV. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación según condiciones de bienestar.	36

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las características de los estilos parentales y de las prácticas de alimentación que utilizan las madres de niños con desnutrición y contrastar con las prácticas de alimentación y estilos parentales de madres de niños con peso normal.

Objetivos Particulares

1. Determinar si existen diferencias significativas entre los estilos parentales y prácticas de alimentación entre los grupos de desnutrición y peso normal.
2. Determinar las características de los estilos parentales de las madres de niños con desnutrición en comparación con los estilos parentales que utilizan las madres de niños con peso normal en relación a las variables estatus de pareja, ocupación, escolaridad y condición de bienestar al interior de cada grupo.
3. Determinar las características de las prácticas de alimentación de las madres de niños con desnutrición en comparación con los estilos parentales que utilizan las madres de niños con peso normal en relación a las variables estatus de pareja, ocupación, escolaridad y condición de bienestar al interior de cada grupo.

RESUMEN

Los determinantes de la desnutrición infantil actúan a nivel social, comunitario, familiar e individual. En el contexto familiar, las prácticas de alimentación utilizadas por los padres y los estilos parentales son una parte importante y compleja en la interacción diaria que afecta el consumo de nutrientes del niño; por lo que, es necesario identificar aquellas prácticas de alimentación y estilos parentales que se utilizan, debido a que juegan un papel crítico en el desarrollo del gusto y preferencias de los niños, hábitos alimenticios y eventualmente en el peso. El objetivo de la presente investigación fue determinar las características de los estilos parentales y las prácticas de alimentación que utilizan las madres de niños con desnutrición y contrastar con las prácticas de alimentación y estilos parentales de madres de niños con peso normal. Para esto se condujo un estudio de tipo no experimental, transeccional con alcance descriptivo-comparativo con una muestra no probabilística por conveniencia de 56 participantes, que asistían a diversos Centros de Salud de Hermosillo, Sonora, divididas en dos grupos. Se aplicó el Cuestionario de Dimensiones y Estilos Parentales (PSDQ) y el Cuestionario Integral de Prácticas Alimenticias (CFPQ). Se realizó la medición de peso y talla para estimar su adecuación según los puntos de corte de la OMS (2006). Los resultados obtenidos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los estilos parentales y prácticas de alimentación en ambos grupos, pero si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estilos y prácticas según las variables estatus de pareja, escolaridad y condiciones de bienestar.

Palabras claves: Desnutrición, Niños, Prácticas de alimentación, Estilos parentales

INTRODUCCIÓN

La nutrición ha sido considerada como la base primaria en el desarrollo humano, los requerimientos de energía, proteína y micronutrientes específicos requeridos para el buen funcionamiento del organismo, se satisfacen a partir de la cantidad y variedad de los alimentos ingeridos. Es por ello que la calidad de la dieta cotidiana constituye un elemento esencial que contribuye al estado de nutrición y salud del individuo (Kuklina y col., 2004). Una mala nutrición puede tener consecuencias en la población general, pero sus efectos pueden ser más nocivos cuando se padece en los primeros años de vida, ya que se asocia con retardo en el crecimiento y en el desarrollo psicomotor, con mayor riesgo de morbilidad con efectos adversos a largo plazo sobre la capacidad intelectual y cognitiva del niño, una disminución en su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país (UNICEF, 2011). Similarmente, Paraje (2009) menciona que la desnutrición infantil trae aparejados costos sociales directos (debido a la mayor mortalidad, pero también a la mayor morbilidad y a los costos monetarios que esto implica) e indirectos; como se pueden mencionar, por ejemplo, una caída permanente en la habilidad cognitiva de los niños, el ingreso tardío al sistema educativo, una mayor deserción escolar, entre otros (Victora y col., 2008). Estos factores se vinculan a una menor productividad laboral y a un inferior crecimiento económico (OMS, 2001).

En México, la desnutrición infantil ya no es una consecuencia de la escasa disponibilidad de alimentos en el hogar, sino que se debe a un complejo círculo de la falta de cuidados esenciales del niño, infecciones, parásitos, desequilibrios nutrimentales, entre otros. La situación de salud ha cambiado en las últimas décadas, a tal grado que las preocupaciones alrededor de la desnutrición se encuentran limitadas a grupos de población específicas. Se han realizado acciones para combatir esta

problemática pero sin cambios importantes. Por tanto, se requiere investigar otros factores que intervienen en este problema y así poder elaborar programas dirigidos a su prevención.

Papaioannou y cols. (2013), mencionan que a nivel familiar los padres juegan un rol mayor en los comportamientos de alimentación y socialización de sus hijos. Durante sus primeros años de vida, los padres son el modelo a seguir en el tipo y cantidad de comida que los niños comen; aunado a eso, la forma o estilo en que un padre interactúa con su hijo sienta las bases para el desarrollo social y emocional futuro del niño. Por lo tanto, los padres son los modelos de conducta para los menores, tanto en su socialización, alimentación y cuidado de su salud, siendo así, los que faciliten o dificulten ese proceso. Además, los patrones socioculturales tienen su efecto en estos estilos y prácticas de alimentación, pues de acuerdo a ellos, es la forma en que los padres criarán y alimentarán a sus hijos (Londoño y Mejía, 2009).

Según los diversos determinantes asociados a la desnutrición infantil se propone evaluar los estilos parentales y las prácticas de alimentación y observar cómo se caracterizan, dado que, se espera que dimensionen de acuerdo con las condiciones socioculturales. Además, pueden constituir un punto clave para futuras intervenciones debido a que son factores modificables.

ANTECEDENTES

Panorama Global de la Desnutrición Infantil

En el contexto mundial, el número absoluto de personas que padecen hambre alcanza los 860 millones, aumentando en cuatro millones de personas por año; más de 3,5 millones de madres y niños menores de cinco años mueren cada año como consecuencia de la desnutrición; el 53% de las muertes infantiles tiene como causa la sinergia entre la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes y 178 millones de niños menores de cinco años sufren retardo en talla (Jara, 2008); además, reportes de UNICEF (2011) mencionan que cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. Con respecto a América Latina y el Caribe, 6.9 millones de niños (12.8%) sufrieron desnutrición crónica. Centroamérica tiene los mayores índices de desnutrición crónica con un 18.6%, seguida por Sudamérica y el Caribe con 11.5% y 6.7% respectivamente. Guatemala es el país que presenta la mayor prevalencia en la región con un 48% de los niños en esta situación, seguido por Haití y Honduras, ambos con 30% (FAO, 2013).

A nivel nacional, la población mexicana se encuentra en una transición epidemiológica y nutricional, caracterizada por una serie de modificaciones en el perfil de alimentación: se observa un aumento de consumo de grasas, de alimentos refinados con menor cantidad de fibra y bebidas azucaradas pero no productos de origen animal (Conzuelo - González y Vizcarra - Bordi, 2009).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) muestra la prevalencia de desnutrición del periodo de 1988 a 2012. En la región urbana y rural del norte del país se observó un pequeño aumento no significativo en la prevalencia de baja talla de 2006 a 2012; en la zona urbana fue del 8.3% al 8.9% y en la

zona rural del 8.3% al 9.8%. Por otra parte, a nivel estatal, para Sonora la ENSANUT de 2012, muestra que del total de menores de cinco años evaluados 5.1% presentó baja talla, 0.3% bajo peso y 0.4% emaciación. La prevalencia de baja talla en Sonora fue muy inferior a la encontrada para el ámbito nacional (13.6%), sin embargo, no se contó con suficiente poder estadístico para respaldar las diferencias entre 2006 y 2012, por lo que estos datos se deben tomar con reserva.

Al interior de la república, ENSANUT (2012) muestra que la prevalencia en baja talla (19.2%) en los estados del sur disminuyó 2.8% comparada con la ENSANUT 2006, sin embargo, sigue por encima de la media nacional (13.6%). También se observa un descenso en la prevalencia de baja talla en las localidades rurales del sur, del 29.9% en 2006 al 27.5% en 2012, lo que representa 2.4% en seis años; mientras que en el mismo periodo la región rural del centro del país tuvo una disminución de 6% (20.7% en 2006 al 14.7% en 2012), más del doble que la observada en el sur rural. Por otro lado, en la región urbana y rural del norte se observó un pequeño aumento no significativo en la prevalencia de baja talla de 2006 a 2012; en la zona urbana fue del 8.3% al 8.8% y en la zona rural del 8.3% al 9.8%.

Ahora bien, en los resultados de la ENSANUT (2006) se observa que de una muestra de 9 442 934 niños menores de cinco años en todo el país, se clasificaron con bajo peso a 472 890 niños menores de cinco años (5%), 1 194 805 con baja talla (12.7%) y alrededor de 153 mil niños presentan emaciación (1.6%); comparada con la primera Encuesta Nacional de Nutrición (ENN 1988), hace 18 años, la tendencia en la prevalencia de desnutrición ha disminuido. La prevalencia de emaciación o desnutrición aguda disminuyó de 6 a 1.6% (una reducción de 73%) entre 1988 y 2006. Para el grupo en edad escolar, se tomó una muestra de 15 815 600 niños de 5 a 1 años en todo el país; los resultados muestran que la prevalencia de baja talla en los niños de 5 a 11 años de edad disminuyó en el sexo masculino (de 16.1 a 10.4%) y en el sexo femenino (de 16.0 a 9.5%) entre 1999 y 2006. En los datos de la ENSANUT (2006) la prevalencia de baja talla varió muy poco por edad y sexo. Por último se tomó una muestra de 18 465 136

para el grupo de adolescentes, los resultados muestran que la prevalencia de baja talla en las mujeres de 12 a 17 años de edad disminuyó entre 1999 y 2006 de 19.5 a 12.3%. Al igual que en 1999, en 2006 la prevalencia de baja talla aumenta progresivamente con la edad. Así, en las mujeres de 12 años la prevalencia fue de 6.5% aumentando hasta 19.7% en las de 17 años de edad.

A nivel estatal, la ENSANUT (2012), muestra que del total de menores de cinco años evaluados en 2012, 5.1% presentó baja talla, 0.3% bajo peso y 0.4% emaciación. La prevalencia de baja talla en Sonora fue muy inferior a la encontrada para el ámbito nacional (13.6%). Esta encuesta contó con una muestra de 286 menores de cinco años, que al aplicar los factores de expansión, representaron a una población de 253 905 niños. No se contó con suficiente poder estadístico para establecer si las diferencias entre 2006 y 2012 y entre localidades urbanas y rurales fueron estadísticamente significativas.

Siguiendo con el estado de Sonora, según la ENSANUT (2006), en el grupo de niños menores de cinco años, la prevalencia de bajo peso se encuentra ligeramente arriba del promedio nacional (5%) con un porcentaje de 5.2%, por su parte, la prevalencia estatal de baja talla se encuentra por debajo del promedio nacional (12.7%) con un porcentaje de 10.5%, pero para la emaciación (3.4%), Sonora representa el valor máximo en México, donde la media nacional es de 1.6%. En el grupo de 5 a 11 años, la muestra de niños estudiados en Sonora está conformada por 334 800 escolares. La prevalencia de baja talla, en el ámbito estatal, se ubicó en 6.4%, siendo mayor para los hombres (7.2%) en comparación con las mujeres (5.5%). Cabe mencionar que, la distribución de acuerdo al tipo de localidad de residencia mostró que casi 4% de los escolares de localidades rurales de Sonora tienen baja talla en comparación con los escolares de las localidades urbanas (6.8%). Por último, se analizó una muestra de poco más de 415 mil adolescentes, de la cual 4.3% presentó una prevalencia de baja talla. De acuerdo a la distribución por localidad, los datos mostraron que en zonas urbanas existe una prevalencia de 4.1% que presentan esta condición y en zonas rurales se mostró una prevalencia de 5.0%.

Factores Relacionados a la Desnutrición Infantil

La infancia es un periodo trascendental en el proceso evolutivo del hombre, que se caracteriza por dos fenómenos fundamentales: crecimiento y desarrollo. Para que estos fenómenos sucedan con normalidad se necesita de una adecuada nutrición; cuando intervienen factores que desfavorecen estos fenómenos y modifica ese equilibrio, se ve alterada la nutrición, que interrumpe el crecimiento y desarrollo del niño, dando lugar a la desnutrición infantil (Ortiz-Andrellucchi y col., 2006).

De acuerdo a los trabajos de campo realizados por UNICEF sobre desnutrición infantil en los pasados 25 años, se identifican tres niveles de determinación para esta problemática. Los diversos reportes de UNICEF publicados en 1990, 1998 y en 2013 han presentado el siguiente panorama (UNICEF, 2013):

- a) Las causas inmediatas que operan a nivel individual: estas son resultado de la falta de ingesta alimenticia o por enfermedad (o una combinación de ambos)
- b) Causas subyacentes: independientemente si un individuo obtiene suficiente para comer o si está en riesgo de infección, estos son principalmente el resultado de factores que operan a nivel familiar y comunitario, que se pueden agrupar en 3 categorías: 1) inseguridad alimentaria: recursos alimentarios, ingresos, adquisición de alimentos, etc.; 2) atención o cuidado de las madres y niños: control del cuidador de los recursos y autonomía, su estado físico y mental, sus conocimientos y creencias, etc.; y 3) ambiente sanitario y servicios de salud: instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento básico, disponibilidad de centros de salud, etc. (Smith y Haddad, 2000).
- c) Causas básicas: incluyen los recursos potenciales disponibles para un país o comunidad, que están limitados por el entorno natural. El acceso a tecnología y la calidad del recurso humano. Los factores políticos,

económicos, culturales y sociales afectan la utilización de estos recursos potenciales y el cómo estos son transformados en recursos para la seguridad alimentaria, atención y ambiente y servicios de salud (Smith y Haddad, 2000; UNICEF, 2013).

El aspecto novedoso de este modelo presentado por UNICEF, es la inclusión del cuidado o atención del niño como un factor explicativo que actualmente es definido como las prácticas de los cuidadores que afectan el consumo de nutrientes, salud y el desarrollo cognitivo y psicosocial del niño (Smith y Haddad, 2000).

Los hábitos alimenticios durante la niñez son importantes puesto que ayudan a prevenir desnutrición, retraso en el crecimiento, algún problema de nutrición severo, además de prevenir problemas crónicos de salud, tales como cáncer, diabetes tipo 2, obesidad, entre otras. Se ha demostrado que las prácticas de alimentación y estilos parentales influyen en el desarrollo de conductas alimentarias, preferencias y patrones dietarios de los niños (Ventura y col., 2010).

Prácticas de Alimentación Como Factores de Riesgo Relacionados a la Desnutrición Infantil

Los padres tienen un rol importante en la formación de los patrones de alimentación de la familia (Real y col., 2014), es decir, las prácticas de alimentación que utilizan tienen un importante efecto en el desarrollo del gusto y preferencias de los niños, hábitos alimentarios, nutrición y eventualmente en el peso. Las prácticas de alimentación de los padres y la manera en que el niño responde a ellas, es una parte importante y compleja en su interacción diaria (Melbye, 2012).

Estas prácticas de alimentación son estrategias específicas o comportamientos usados para facilitar o limitar la ingesta de alimentos del niño. Consisten en un amplio rango de comportamientos, incluyendo el modelado de la forma de alimentación

(saludables o no saludables), presionando a los niños a comer alimentos o comidas específicas, recompensándolos con comidas favoritas, privando los alimentos como castigo, restringiendo la ingesta, preocupándose o sintiéndose responsable por el peso del niño, y determinando la disponibilidad y acceso de alimentos específicos -saludables o no saludables- (Stang y Loth, 2011).

Las prácticas de alimentación son establecidas, en gran medida, por un amplio rango de determinantes y procesos familiares que se extienden desde las creencias y patrones culturales sobre la comida para los niños, a la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos, al tiempo necesario para preparar y servir la comida, a las preferencias del gusto y contexto de los cuidadores y, finalmente, a las percepciones y preocupaciones con respecto al tamaño de los niños, su salud, preferencias, y destrezas de alimentación (Black y Creed-Kanashiro, 2012).

Con el estudio multicéntrico realizado por la Organización Mundial de la Salud, para evaluar el desarrollo de lactantes y niños menores de cinco años, se demostró que las diferencias del crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria, que de factores genéticos o étnicos (de la Mata, 2008).

Otras investigaciones se han enfocado en el uso del control de la comida del niño, tal como restricción de la comida y presión para comer (Galloway y col., 2005; Gregory y col., 2010) y sus efectos en el niño, tales como, impedir la habilidad de autorregulación del niño en el consumo de alimentos, reducir la deseabilidad de los alimentos que le están ofreciendo y disminuir el consumo de frutas y verduras, lo cual pudiera traer como consecuencia un bajo peso en los niños (Birch y col., 2003; Fisher y Birch, 1999; Tiggemann y Lowes, 2003).

Por el contrario, prácticas como alentar a los niños a comer comidas nuevas, recompensarlos por comer cada alimento presentado en el plato, en lugar de

presionarlos, está asociado con el consumo de frutas y verduras, sin embargo, han sido menos estudiadas (de la Mata, 2008; Musher-Eizenman y Holub, 2007)

Las prácticas de alimentación constituyen un componente importante en las prácticas del cuidado de los niños, ya que aprenden qué, cuándo y qué tanto comer basado en la transmisión de las creencias familiares y culturales, actitudes y prácticas. Estas prácticas de alimentación están condicionadas por factores socioculturales, económicos y demográficos (Kumar y col., 2006). En un estudio realizado entre factores socioculturales y prácticas de alimentación, se relacionó la edad, nivel educativo, ocupación, tipo de familia y condición de pareja (Honajee y col., 2012). Alarcón y col. (2008), realizaron un estudio donde analizaron la repercusión de las prácticas de alimentación y algunas variables sociodemográficas en las características de la dieta y el estado nutricional del niño. Se observó que el origen, tipo de familia, escolaridad y edad materna son factores que explican en algún grado las características de la dieta.

Estilos Parentales Como Factores de Riesgo Relacionados a la Desnutrición Infantil

Siguiendo esta línea, otro factor a analizar son los estilos parentales, ya que, permean a las prácticas de alimentación. Los padres pueden influir en el consumo de alimentos de sus hijos de muchas maneras, por lo que estos estilos, pueden jugar un rol importante, ya que, la crianza de los hijos no ocurre en solitario, sino que toma lugar en el contexto de otros factores.

Los estilos parentales, o de autoridad, se definen como un conjunto de actitudes y patrones generales de comportamiento de los padres hacia los hijos, así como las prácticas parentales que están dirigidas a establecer habilidades y comportamientos específicos; constituyen las herramientas conceptuales más importantes para comprender el desarrollo psicosocial de los niños (Baumrind, 1971). Los estilos varían de acuerdo a dos dimensiones: (a) demanda o grado de control conductual, el cual se refiere a la medida en que los padres muestran exigencias de control, demandas maduras y la

supervisión de su crianza; (b) sensibilidad, la cual se refiere, a la medida en que los padres muestran afecto, calidez, aceptación e involucramiento (Hughes y col., 2005)

Basados en estas dos dimensiones, los estilos son clasificados en tres según la tipología de Baumrind: 1) *estilo autoritario* (baja sensibilidad y alta demanda, expectativas y control sobre el niño) caracterizado por conductas restrictivas, punitivas, y de rechazo; el padre autoritario exige obediencia, usa la disciplina y el castigo para controlar los comportamientos de sus hijos que considera inapropiados, impone su voluntad sin dar a los hijos la oportunidad de razonar, por lo tanto, es poco comunicativo y poco afectuoso; 2) *estilo autoritativo* (alto grado de sensibilidad y alto grado de demanda) caracterizado por el involucramiento de los padres, cariño, razonamiento y estructura; se trata de padres sensibles hacia las peticiones de sus niños y conscientes de sus sentimientos, opiniones y capacidades, fortalecen el comportamiento del niño y le exigen independencia y madurez; y 3) *estilo permisivo* (alto grado de sensibilidad y baja demanda) es caracterizado por la calidez y aceptación en conjunto con una falta de monitoreo de los comportamientos de sus hijos; aceptan sus conductas, deseos, reacciones e impulsos, rechazan el poder y el control sobre el niño y no suelen usar el castigo o restricciones (Hughes y col., 2005; Blissett, 2011).

Ahora bien, diversas investigaciones han mostrado que los padres que utilizan un estilo autoritativo con sus hijos, es decir, proporciona estructura y límites, se ha asociado más al consumo de frutas y verduras (Cullen y col., 2000; Gable y Lutz, 2000; Patrick y col., 2004; Vereecken y col., 2009). En contraste, los padres que utilizan un estilo más controlador tienen hijos que son menos propensos a comer alimentos saludables, y más probable que coman alimentos no saludables y en mayor cantidad (Arredondo y col., 2006; Fisher y Birch, 2000).

Los estilos parentales se han asociado, también, a prácticas de alimentación como la disponibilidad de frutas y verduras en el hogar; se ha demostrado que los padres autoritativos tienen mayor disponibilidad de frutas y verduras dentro de casa que los padres permisivos. Por su parte, padres autoritarios alientan y demandan más en el

consumo de frutas y verduras que los padres permisivos (de Bourdeaudhuij y col., 2008). Los estilos autoritario y permisivo han sido más relacionados con el uso de prácticas de alimentación de control en niños (Blissett, 2011).

Blissett y Haycraft (2008) en su estudio donde examinaban la relación entre los estilos parentales, prácticas de alimentación e IMC encontraron que el estilo permisivo estaba relacionado con un bajo monitoreo del consumo de alimentos de bajos nutrientes de sus hijos; también se asoció con el uso de la presión para comer en las madres y la restricción en los padres. El estilo autoritativo se asoció con un bajo uso de la presión para comer y no se encontró relación entre el estilo autoritario y las prácticas de alimentación de control.

En años recientes, las investigaciones han demostrado que los factores socioculturales pueden afectar al estilo parental. Se ha asociado un estilo autoritativo con un ingreso económico alto, y mejores logros académicos, por su parte, los estilos autoritario y permisivo fueron asociados negativamente con un ingreso económico alto y logros académicos (Assadi y col., 2007). Además, se ha observado el uso más frecuente de disciplina y niveles más bajos de comportamientos de crianza afectuosos en madres solteras, con un nivel educativo e ingreso económico bajo y con más de un hijo al compararlas con madres que poseen características opuestas (Fox y col., 1995).

PLANTEAMIENTO E HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del Problema

Se desconoce si existen diferencia entre los estilos parentales y prácticas de alimentación de madres de hijos con desnutrición y madres de hijos con peso normal.

Pregunta de Investigación

¿Existe diferencia entre los estilos parentales y las prácticas de alimentación que utilizan las madres de niños con desnutrición y las madres de niños con peso normal?

Hipótesis

Los estilos parentales y las prácticas de alimentación que utilizan las madres de niños con desnutrición son diferentes a las utilizadas por madres de niños con peso normal.

MATERIALES Y METODO

Participantes

Población

Mujeres que asistían a consulta a diversos Centros de Salud de la ciudad de Hermosillo, Sonora durante el periodo de Junio de 2014 a Mayo de 2015.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 56 participantes, divididas en dos grupos. El grupo 1 (n= 28) incluye madres de hijos con desnutrición, según el indicador peso para la talla y de acuerdo con los criterios de la OMS (2006); la media de edad de las participantes fue 32 años, la mayoría vivían con su pareja y tenían una escolaridad de secundaria. El grupo 2 (n= 28) incluye madres de hijos con peso normal, según el indicador peso para la talla de acuerdo con los criterios de la OMS (2006); la media de edad para este grupo fue 34 años, la mayoría vivían con su pareja y tenían una escolaridad de secundaria. . Con relación a sus hijos, en los dos grupos, la media de edad fue de tres años y la mayor parte fueron varones. En la Tabla I se observan las principales características de las participantes y sus hijos. Todas las participantes asistían a consulta a diversos centros de salud de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Tabla I. Datos sociodemográficos de la muestra.

Madre	G1 Desnutrición	G2 Peso normal
Edad		
M	31.75	33.54
D.S	9.44	7.64
Condición de pareja		
Vive en pareja	78.6%	82.1%
No vive en pareja	21.4%	17.9%
Escolaridad		
Primaria	14.3%	17.9%
Secundaria	67.9%	60.7%
Preparatoria	17.9%	21.4%
Años de estudio		
M	8.79	8.93
Min	3	6
Max	15	11
Ocupación		
Hogar	82.1%	78.6%
Trabajo asalariado	17.9%	21.4%
Hijos		
Edad		
M	3.18	3.39
D.S	.772	.737
Sexo		
Masculino	64.3%	53.6%
Femenino	35.7%	46.4%

*p<.05

Se tomaron como indicadores de bienestar (Camberos y Huescas, 2002), las condiciones y servicios públicos de su vivienda; se encontró que en ambos grupos, el número de habitaciones promedio de casa sin contar baños o cocina y los materiales de construcción de la vivienda fueron similares en ambos grupos, al igual que los servicios públicos (Tabla II).

Tabla II. Condiciones de la vivienda como indicadores de bienestar.

	G1 Desnutrición	G2 Peso normal
Números de habitaciones		
2	50.0%	67.9%
Material de construcción		
Piso		
Cemento	64.3%	71.4%
Vitropiso	14.3%	28.6%
Tierra	21.4%	0%
Techo		
Vaciado/colado	39.3%	46.4%
Lamina galvanizada	28.6%	21.4%
Vigueta y casetón	17.9%	28.6%
Otro	14.3%	3.6%
Paredes		
Block	39.3%	46.4%
Ladrillo	39.3%	35.7%
Lámina G./Lámina de cartón	21.4%	17.9%
Servicios públicos		
Agua		
Red pública (fuera del predio)	14.3%	10.7%
Red pública (dentro del predio)	78.6%	75.0%
Camión cisterna	7.1%	7.1%
Otro		7.1%
Drenaje		
Conectado a red de alcantarillado	67.9%	80.7%
Conectado a una fosa séptico	21.4%	14.3%
Letrina	10.7%	0%
Energía eléctrica		
Red pública (fuera del predio)	17.9%	21.4%
Red pública (dentro del predio)	82.1%	78.6%

= p<.05

Diseño Muestral

Se constituyó una muestra no probabilística por conveniencia con los siguientes criterios de inclusión para ambos grupos:

1. Madres que tengan un hijo de entre 2 a 5 años de edad.
2. Inscritas al programa de inclusión social PROSPERA de la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL).
3. Los menores debían presentar desnutrición (para grupo 1) o peso normal (grupo 2), según los criterios y puntos de corte de la OMS (2006) en el indicador peso para la talla.

4. Asistir a consulta a alguno de los Centros de Salud: Domingo Olivares, Lomas de Madrid o Naranjos.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

1. Para el grupo 1 “desnutrición”, aquellos donde la desnutrición se padece como consecuencia de una enfermedad subyacente.
2. Para el grupo 2 “peso normal”, aquellos casos que no cumplan con los criterios de peso normal en el indicador peso para la talla según los criterios y puntos de corte de la OMS (2006).

Se eliminaron aquellos casos, para ambos grupos, que tuvieran datos incompletos. Su participación fue voluntaria.

Consideraciones éticas

El proyecto se sometió y fue aprobado por el Comité de Bioética e Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora. Además, el manejo de los datos y resultados de los participantes se llevó a cabo apegado y respetando el Código de Ética del Psicólogo (2010).

Se solicitó a cada participante el consentimiento informado para su participación en la investigación. Este incluye el título del proyecto, los nombres de investigadores y colaboradores, el nombre del participante, el propósito del estudio, el procedimiento del estudio, los beneficios del mismo, la información sobre confidencialidad de la información, así como el derecho del participante de abandonar el estudio en el momento en que lo decida, según la Guía para la elaboración del formato de consentimiento informado para investigaciones con participación de sujetos humanos del Comité de Bioética e Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora. Una vez firmado el consentimiento por el investigador y la participante, se le proporcionó una copia del documento a esta última.

Tipo de Estudio

El diseño de investigación es no experimental, transeccional con alcance descriptivo-comparativo (Hernández y col., 2006), en el cual se describirá la relación existente entre dos o más variables en un momento determinado, en este caso, entre las variables prácticas de alimentación y estilos parentales en casos de desnutrición infantil comparados con los mostrados en casos de peso normal.

Instrumentos y Mediciones

Estimación de indicadores antropométricos

Se realizó la toma de medidas antropométricas: medición de peso y talla para los niños. Estos datos fueron recabados por personal capacitado del Centro de Salud. Después se vaciaron los datos en el software de evaluación de desarrollo y crecimiento de la OMS *Anthro* para confirmar el diagnóstico de desnutrición o peso normal en los niños y niñas.

Cuestionario de Dimensiones y Estilos Parentales (PSDQ).

Se utilizó el Cuestionario de Dimensiones y Estilos Parentales propuesto por Robinson y col. (1995), ajustado y validado para esta investigación a través de una muestra de 271 madres de familia usuarias de los servicios de salud de una clínica comunitaria perteneciente a la Secretaría de Salud del estado de Sonora. El análisis de propiedades psicométricas practicado arrojó una estructura factorial de tres factores que difieren de la estructura original planteada a partir de la propuesta de Baumrind (1971). Los factores resultantes se definen de la siguiente manera: 1) *estilo autoritativo*, donde la madre demuestra apoyo, buena comunicación y respeto hacia el hijo. Estas características corresponden con el planteamiento de Baumrind (1971); 2) *prácticas de coerción*, donde la madre tiende a gritar y castigar al niño, se muestra poco paciente con él, encuentra difícil castigarlo y por ello en ocasiones no cumple sus advertencias. Este factor

concorre con el estilo autoritario y el componente de inconsistencia propio del estilo permisivo; y 3) *control sin explicación*, donde la madre impone sus reglas sin explicación al hijo, pero contradictoriamente también puede permitir que en algún momento participe en la definición de las reglas familiares.

La estructura factorial así definida explica el 40.27% de la varianza y un Alfa igual a .75 según el análisis de consistencia interna para todo el instrumento. Quedando entonces el cuestionario constituido por 27 ítems, utilizando una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre). Los resultados se muestran en la Tabla III.

Tabla III. Factores del Cuestionario de Dimensiones y Estilos Parentales.

Varianza explicada: 40.267%		KMO: 0.837	Esfericidad: 2206.844 $p=.000$	
Factor	# de ítems	Valor propio	Varianza explicada	Alfa del factor
<i>F1 Autoritativo</i>	15	5.606	20.763%	0.877
1. Motivo a mi hijo a hablar de sus problemas				
12. Estoy atento(a) a los deseos y necesidades de mi hijo(a)				
<i>F2 Prácticas de coerción</i>	9	3.683	13.642%	0.793
2. Encuentro difícil disciplinar a mi hijo(a)				
8. Le grito a mi hijo(a) cuando se porta mal				
<i>F3 Control sin explicación</i>	3	1.583	5.863%	0.389
5. Castigo a mi hijo(a) quitándole privilegios con poca o ninguna explicación				
30. Cuando mi hijo(a) me pregunta por qué tiene que hacer algo, le contesto				
<i>Alfa para el total de la escala</i>				0.75

Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación (CFPQ)

Se utilizó el Cuestionario Integral de Prácticas Alimenticias (CFPQ) de Musher-Enzeinman y Holub (2007) ajustado y validado para esta investigación en una población similar a la del estudio. Se incluyeron 498 madres de familia que asistían a varios centros de salud de la localidad. El análisis de propiedades psicométricas practicado arrojó una estructura factorial de ocho factores prácticamente igual a la propuesta original de los autores del cuestionario: 1) *comida saludable*, son aquellas prácticas donde no solo haya disponibilidad de alimentos sanos en casa, sino que también, las madres fomentan la variedad y el equilibrio en la alimentación, el modelado de conductas sanas y les enseñan sobre nutrición a sus hijos; 2) *restricción para el control del peso*, engloba las prácticas donde las madres controlan la ingesta de alimentos de sus niños con el objetivo de mantener o reducir su peso; 3) *monitoreo*, son aquellas prácticas donde las madres vigilan la ingesta de alimentos no saludables de sus hijos; 4) *regulación emocional*, donde la madre utiliza algún alimento para controlar los estados emocionales de sus niños; 5) *restricción por la salud*, son las prácticas que las madres

utilizan para limitar la ingesta de alimentos no saludables con el objetivo de cuidar la salud de sus hijos; 6) *control del niño*, son las prácticas donde las madres dejan que el niño tome control sobre sus comportamientos de alimentación y sobre la interacción madre – hijo durante la alimentación; 7) *presión*, engloba las prácticas que las madres utilizan para que los niños consuman más en cada comida; y 8) *ambiente sano*, la madre procura que no se encuentren disponibles en casa alimentos no sanos. Estos factores explican el 49.63% de la varianza, encontrándose un valor de Alfa=.76 para la consistencia interna del instrumento.

El instrumento consta de 40 ítems que se responden utilizando una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). Los resultados se muestran en la Tabla IV.

Tabla IV. Factores conformados del Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación.

Factor	# de ítems	Valor propio	Varianza explicada	Alfa del factor
Varianza explicada: 49.63% KMO: .790 Esfericidad: 5274.334 <i>p</i> =.000				
<i>F1 Comida saludable</i>	12	4.438	11.10%	0.83
13.- La mayoría de la comida de la casa es saludable				
<i>F2 Restricción para el control de peso</i>	7	3.254	8.13%	0.76
21.- Fomento que coma menos para que no engorde				
<i>F3 Monitoreo</i>	4	2.806	7.01%	0.82
01. Se da cuenta de los dulces que come				
<i>F4 Regulación emocional</i>	3	2.19	5.47%	0.74
07.- Le da algo de comer o beber cuando esta aburrido				
<i>F5 Restricción por la salud</i>	4	1.96	4.92%	0.61
32.- Tengo que estar segura de que no coma mucho de sus alimentos favoritos				
<i>F6 Control del niño</i>	5	1.88	4.71%	0.51
10. Deja que coma bocadillos cuando quiera				
<i>F7 Presión</i>	3	1.74	4.36%	0.55
40. Le insisto para que coma un bocado más de comida				
<i>F8 Ambiente sano</i>	2	1.56	3.91%	0.64
14. Tengo muchas botanas en mi casa				
<i>Alfa para el total de la escala</i>				0.76

Proceso de Evaluación

Se detectó e invitó a la madre de familia, o aquella figura que se identificara como la que tiene la responsabilidad sobre la alimentación del niño, seleccionando aquellos casos que en la medición de peso y talla correspondiente a consulta del día hubiesen sido identificados con bajo peso. Una vez terminada la consulta con el médico se llevaba a cabo la explicación del proyecto y en su caso la firma del consentimiento informado para proceder entonces a la aplicación de los cuestionarios en un aula acondicionada con mesas y sillas.

Análisis de datos

Para dar respuesta a los objetivos planteados, en primer lugar, se realizó un análisis de los factores de las variables evaluadas, estilos parentales y prácticas de alimentación, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para: 1) estimar las diferencias entre grupos (desnutrición y normo peso); y 2) para estimar diferencias en los estilos parentales y las prácticas de alimentación según las variables estatus de pareja (con o sin pareja) y ocupación (trabajo u hogar) a nivel intra-grupo. Además, se llevó a cabo un análisis de comparación entre más de dos grupos utilizando la prueba Kruskal Wallis para estimar las diferencias en los estilos parentales y las prácticas de alimentación según las variables de escolaridad (primaria, secundaria y preparatoria) y condición de bienestar (alto, medio, bajo) a nivel intra-grupo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 para los análisis anteriores.

RESULTADOS

Para estimar si se presentan diferencias significativas en los factores que evalúan los instrumentos de estilos parentales y prácticas de alimentación entre grupos (desnutrición y peso normal), se utilizó la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney. Se eligió esta prueba, por la naturaleza de las variables estudiadas, puesto que es útil para datos categóricos u ordinales y para contrastar si el comportamiento de ambas poblaciones es semejante.

En la Tabla V, se muestran los resultados para la comparación entre grupos de los factores del Cuestionario de Dimensiones de los Estilos Parentales (PSDQ). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de estos factores.

Tabla V. Análisis comparativo de los estilos parentales entre grupos

Factor	Grupo	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Autoritativo	Desnutrición	28	28.50	.000	392	1.000
	Peso normal	28	28.50			
F2 Prácticas de coerción	Desnutrición	28	29.54	-.498	363	.619
	Peso normal	28	27.46			
F3 Control sin explicación	Desnutrición	28	30.18	-.826	345	.409
	Peso normal	28	26.82			

* p<.05

En la Tabla VI, se observan los resultados para los factores del Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación (CFPQ) entre grupos. No se encontraron diferencias significativas en los factores evaluados, aunque en el *Factor 8 ambiente sano* se obtuvo la diferencia más grande donde el grupo de madres de niños con peso normal procuran un ambiente que ofrezca alimentos saludables con mayor frecuencia.

Tabla VI. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación entre grupos

Factor	Grupo	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Comida saludable	Desnutrición	28	27.82	-.350	373	.727
	Peso normal	28	29.18			
F2 Restricción para el control del peso	Desnutrición	28	26.21	-1.297	328	.195
	Peso normal	28	30.79			
F3 Monitoreo	Desnutrición	28	28.95	-.414	379.5	.679
	Peso normal	28	28.05			
F4 Regulación emocional	Desnutrición	28	28.80	-.165	383.5	.869
	Peso normal	28	28.20			
F5 Restricción por la salud	Desnutrición	28	26.32	-1.032	331	.302
	Peso normal	28	30.68			
F6 Control del niño	Desnutrición	28	25.61	-1.365	311	.172
	Peso normal	28	31.39			
F7 Presión	Desnutrición	28	28.95	-.218	379	.827
	Peso normal	28	28.04			
F8 Ambiente sano	Desnutrición	28	26.11	-1.914	325	.056
	Peso normal	28	30.89			

* p<.05

Para el análisis de los estilos parentales y las prácticas de alimentación según las variables estatus de pareja (vive con su pareja o no) y ocupación de la madre (trabajo asalariado o se dedica exclusivamente al hogar), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para buscar diferencias significativas intra grupo. En la Tabla VII, se muestran los resultados de los factores de los estilos parentales y la variable estatus de pareja de la madre. Se observó una diferencia significativa en el Factor 1 autoritativo en el grupo de madres de niños con desnutrición ($p=.014$) indicando que es un estilo más utilizado por madres con pareja.

Tabla VII. Análisis comparativo de los estilos parentales según estatus de pareja de la madre

G1 Desnutrición (n=28)						
Factor	Estatus de pareja	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Autoritativo	Con pareja	22	16.43	-2.902	23	.014*
	Sin pareja	6	7.42			
F2 Prácticas de coerción	Con pareja	22	13.61	-1.114	46.5	.283
	Sin pareja	6	17.75			
F3 Control sin explicación	Con pareja	22	14.18	-.430	59	.723
	Sin pareja	6	15.67			
G2 Peso normal (n=28)						
Factor	Condición de pareja	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Autoritativo	Con pareja	23	14.09	-.695	48	.600
	Sin pareja	5	16.40			
F2 Prácticas de coerción	Con pareja	23	14.33	-.252	53.5	.816
	Sin pareja	5	15.30			
F3 Control sin explicación	Con pareja	23	14.91	-.602	48	.600
	Sin pareja	5	12.60			

*p<.05

En la Tabla VIII, se muestran los resultados de los factores de las prácticas de alimentación y la variable estatus de pareja de la madre. Se observaron diferencias significativas en el grupo 1 (desnutrición) en el Factor 1 comida saludable ($p= .039$) indicando que las madres con pareja utilizan estas estrategias con mayor frecuencia. Se observan también diferencias significativas en el grupo 2 (peso normal) en el Factor 7 presión ($p=.019$), estrategia utilizada preferentemente por mujeres sin pareja.

Tabla VIII. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación según estatus de pareja de la madre

G1 Desnutrición (n=28)						
Factor	Estatus de pareja	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Comida saludable	Con pareja	22	16.18	-2.321	29	.039*
	Sin pareja	6	8.33			
F2 Restricción para el control del peso	Con pareja	22	14.05	-.782	56	.604
	Sin pareja	6	16.17			
F3 Monitoreo	Con pareja	22	14.23	-.752	60	.764
	Sin pareja	6	15.50			
F4 Regulación emocional	Con pareja	22	13.27	-1.768	39	.141
	Sin pareja	6	19.00			
F5 Restricción por la salud	Con pareja	22	14.91	-.516	57	.643
	Sin pareja	6	13.00			
F6 Control del niño	Con pareja	22	13.57	-1.209	45.5	.259
	Sin pareja	6	17.92			
F7 Presión	Con pareja	22	13.36	-1.441	41	.175
	Sin pareja	6	18.67			
F8 Ambiente sano	Con pareja	22	14.64	-.522	63	.892
	Sin pareja	6	14.00			
G2 Peso normal (n=28)						
Factor	Estatus de pareja	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Comida saludable	Con pareja	23	15.09	-.917	44	.447
	Sin pareja	5	11.80			
F2 Restricción para el control del peso	Con pareja	23	15.15	-1.037	42.5	.380
	Sin pareja	5	11.50			
F3 Monitoreo	Con pareja	23	14.78	-.727	51	.727
	Sin pareja	5	13.20			
F4 Regulación emocional	Con pareja	23	14.30	-.326	53	.816
	Sin pareja	5	15.40			
F5 Restricción por la salud	Con pareja	23	14.30	-.283	53	.816
	Sin pareja	5	15.40			
F6 Control del niño	Con pareja	23	14.02	-.662	46.5	.521
	Sin pareja	5	16.70			
F7 Presión	Con pareja	23	12.83	-2.364	19	.019*
	Sin pareja	5	22.20			
F8 Ambiente sano	Con pareja	23	15.15	-1.265	42.5	.380
	Sin pareja	5	11.50			

*p<.05

Las Tablas IX y X muestra los resultados de los estilos parentales y prácticas de alimentación, respectivamente, según la variable ocupación de la madre (trabajo asalariado o se dedica exclusivamente al hogar). Como se puede observar, no se encontraron diferencias significativas en los estilos parentales ni en las prácticas de alimentación.

Tabla IX. Análisis comparativo de los estilos parentales según ocupación de la madre.

G1 Desnutrición (n=28)						
Factor	Ocupación	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Autoritativo	Hogar	23	14.65	-.256	54	.862
	Trabajo	5	13.80			
F2 Prácticas de coerción	Hogar	23	15.46	-1.382	35.5	.193
	Trabajo	5	10.10			
F3 Control sin explicación	Hogar	23	15.00	-.758	46	.521
	Trabajo	5	12.20			
G2 Peso normal (n=28)						
Factor	Trabaja	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Autoritativo	Hogar	22	13.86	-.956	52	.460
	Trabajo	6	16.83			
F2 Prácticas de coerción	Hogar	22	14.20	-.382	59.5	.723
	Trabajo	6	15.58			
F3 Control sin explicación	Hogar	22	13.57	-1.123	45.5	.259
	Trabajo	6	17.92			

*p<.05

Tabla X. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación según ocupación de la madre.

Factor	G1 Desnutrición (n=28)					
	Ocupación	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Comida saludable	Hogar	23	14.67	-.269	53.5	.816
	Trabajo	5	13.70			
F2 Restricción para el control del peso	Hogar	23	14.48	-.042	57	1.000
	Trabajo	5	14.60			
F3 Monitoreo	Hogar	23	14.28	-.671	52.5	.771
	Trabajo	5	15.50			
F4 Regulación emocional	Hogar	23	14.33	-.281	53.5	.816
	Trabajo	5	15.30			
F5 Restricción por la salud	Hogar	23	14.07	-.614	47.5	.560
	Trabajo	5	16.50			
F6 Control del niño	Hogar	23	14.41	-.126	55.5	.908
	Trabajo	5	14.90			
F7 Presión	Hogar	23	14.28	-.309	52.5	.771
	Trabajo	5	15.50			
F8 Ambiente sano	Hogar	23	14.61	-.466	55	.908
	Trabajo	5	14.00			
Factor	G2 Peso normal (n=28)					
	Ocupación	N	Rango promedio	Z	U	Sig.
F1 Comida saludable	Hogar	22	14.27	-.317	61	.806
	Trabajo	6	15.33			
F2 Restricción para el control del peso	Hogar	22	15.20	-1.000	50.5	.395
	Trabajo	6	11.92			
F3 Monitoreo	Hogar	22	15.36	-1.984	47	.309
	Trabajo	6	11.33			
F4 Regulación emocional	Hogar	22	14.27	-.338	61	.806
	Trabajo	6	15.33			
F5 Restricción por la salud	Hogar	22	13.55	-1.231	45	.259
	Trabajo	6	18.00			
F6 Control del niño	Hogar	22	15.20	-.897	50.5	.395
	Trabajo	6	11.92			
F7 Presión	Hogar	22	13.57	-1.175	45.5	.259
	Trabajo	6	17.92			
F8 Ambiente sano	Hogar	22	15.32	-1.417	48	.336
	Trabajo	6	11.50			

*p<.05

Para el análisis de los estilos parentales y prácticas de alimentación según las variables escolaridad y condición de bienestar se realizó una comparación de medianas

con la prueba no paramétrica Kruskal Wallis, se eligió esta prueba ya que se compararon las medianas de más de dos grupos.

La Tabla XI muestra los resultados de la comparación de medianas de los estilos parentales y la variable escolaridad de la madre (primaria, secundaria y preparatoria). Como se puede observar, no se encontraron diferencias significativas en dicha variable.

Tabla XI. Análisis comparativo de los estilos parentales según escolaridad de la madre

G1 Desnutrición (n = 28) Estilos parentales	Descriptivos	Kruskal-Wallis	
	Me	χ^2	Sig.
F1 Autoritativo	5	.472	.790
F2 Prácticas de coerción	2	1.712	.425
F3 Control sin explicación	3	.433	.805
G2 Peso normal (n = 28)			
F1 Autoritativo	5	2.720	.257
F2 Prácticas de coerción	2	2.521	.283
F3 Control sin explicación	3	3.150	.207

*p<.05

G1 Desnutrición: gl 2

G2 Peso normal: gl 2

Con relación a las prácticas de alimentación y escolaridad de la madre, la Tabla XII muestra que el análisis de la comparación de medianas arrojó que en el grupo 1 (desnutrición) existe una diferencia significativa en el Factor 6 control del niño ($\chi^2=9.768$, $p <.05$), encontrándose las frecuencias más altas en la escolaridad de secundaria. En el grupo 2 (peso normal), también, se encontró una diferencia significativa en el Factor 6 ($\chi^2=6.299$, $p <.05$) y al igual que en el grupo 1, las frecuencias más altas se encontraron en secundaria.

Tabla XII. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación según escolaridad de la madre

Prácticas de alimentación	Descriptivos	Kruskal-Wallis	
		χ^2	Sign.
G1 Desnutrición (n = 28)			
F1 Comida saludable	Me 4.5	3.893	.143
F2 Restricción para el control del peso	1	2.155	.340
F3 Monitoreo	5	2.121	.346
F4 Regulación emocional	1	.997	.607
F5 Restricción por la salud	3.5	.085	.958
F6 Control del niño	3	9.768	.007*
F7 Presión	3	3.827	.148
F8 Ambiente sano	1	.474	.789
G2 Peso normal (n = 28)			
F1 Comida saludable	5	.884	.643
F2 Restricción para el control del peso	1	2.233	.327
F3 Monitoreo	5	1.049	.592
F4 Regulación emocional	1	4.224	.121
F5 Restricción por la salud	4	3.877	.144
F6 Control del niño	3.5	6.299	.043*
F7 Presión	3.5	3.555	.169
F8 Ambiente sano	1	2.609	.271

*p<.05

G1 Desnutrición, gl 2

G2 Peso normal, gl 2

Por último, se calculó un índice de condiciones de bienestar, creado con los datos obtenidos acerca de las condiciones de la vivienda y servicios públicos de la misma, el cual se clasificó en tres niveles: nivel 1 (bajo), nivel 2 (medio) y nivel 3 (alto) para clasificar en qué nivel se encontraban las participantes y observar como era su distribución en los grupos. Posteriormente, se llevó a cabo una comparación de medianas con el estadístico Kruskal Wallis para los factores del Cuestionario de Dimensiones y Estilos Parentales (PSDQ) y el Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación (CFPQ).

En la Tabla XIII, se observan los resultados de la comparación de medianas de los estilos parentales según la variable condiciones de bienestar. No se encontraron diferencias significativas para estos factores según esta variable.

Tabla XIII. Análisis comparativo de los estilos parentales según condiciones de bienestar

G1 Desnutrición (n = 28) Estilos parentales	Descriptivos	Kruskal-Wallis	
	Me	χ^2	Sig.
F1 Autoritativo	5	5.573	.062
F2 Prácticas de coerción	2	.438	.803
F3 Control sin explicación	3	2.433	.296
G2 Peso normal (n = 28)			
F1 Autoritativo	5	.776	.678
F2 Prácticas de coerción	2	4.971	.083
F3 Control sin explicación	3	.319	.853

*p<.05

G1 Desnutrición: gl 2

G2 Peso normal: gl 2

Por último, en la tabla XIV se muestran los resultados de la comparación de medianas de las prácticas de alimentación según la variable condiciones de bienestar. Se observó en el grupo 1 (desnutrición) una diferencia significativa en el Factor 1 comida saludable ($\chi^2=6.296$, $p <.05$), encontrándose los puntajes más altos en el nivel 2 (medio).

Tabla XIV. Análisis comparativo de las prácticas de alimentación según condiciones de bienestar

Prácticas de alimentación	Descriptivos	Kruskal-Wallis	
	Me	χ^2	Sign.
G1 Desnutrición (n = 28)			
F1 Comida saludable	4.5	6.296	.043*
F2 Restricción para el control del peso	1	.824	.662
F3 Monitoreo	5	.574	.751
F4 Regulación emocional	1	2.135	.344
F5 Restricción por la salud	3.5	1.437	.488
F6 Control del niño	3	1.523	.467
F7 Presión	3	1.307	.520
F8 Ambiente sano	1	1.800	.407
G2 Peso normal (n = 28)			
F1 Comida saludable	5	3.735	.155
F2 Restricción para el control del peso	1	2.132	.344
F3 Monitoreo	5	1.302	.522
F4 Regulación emocional	1	3.618	.164
F5 Restricción por la salud	4	.414	.813
F6 Control del niño	3.5	2.561	.278
F7 Presión	3.5	.519	.772
F8 Ambiente sano	1	.283	.868

*p<.05

G1 Desnutrición, gl 2

G2 Peso normal, gl 2

CONCLUSION Y DISCUSION

Este estudio tuvo por objetivo determinar las características de los estilos parentales, las prácticas de alimentación que utilizan las madres de niños con desnutrición y contrastar con las prácticas de alimentación y estilos parentales de madres de niños con peso normal. Como se pudo observar en los resultados, en lo que respecta a los estilos parentales, para esta muestra de estudio, no se encontraron diferencias significativas en los estilos que utilizan las madres de niños con desnutrición y madres de niños con peso normal, es decir, la forma de educar a sus hijos entre un grupo y otro no difieren o son similares entre sí. Se pudo observar que el estilo mayormente utilizado, para ambos grupos fue el autoritativo.

Estos resultados concuerdan con lo observado por Gamble y col. (2007), que observaron un estilo autoritativo en padres México-americanos de niños jóvenes. En contraste, se ha encontrado que padres mexicanos, residentes, inmigrantes o nacidos en EUA, utilizan un estilo autoritario que enfatiza el respeto por la autoridad, esto ha sido consistente con la cultura mexicana y para servir a una función adaptativa (Varela y col., 2004). Turner y col. (2014) muestran que en padres México-americanos o inmigrantes mexicanos residentes en E.U.A, utilizan un estilo más permisivo con sus hijos, donde les permiten elegir su comida, con poca o ninguna noción de la comida poco saludable. Además, se ha encontrado que las madres utilizan un estilo más permisivo que los padres.

Al igual que con los estilos parentales o de crianza, al momento de analizar las prácticas de alimentación, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos, esto es, que las prácticas utilizadas por las madres de niños con desnutrición no difieren a las utilizadas por las madres de niños con peso normal.

Las prácticas más utilizadas, por las madres de ambos grupos, fueron las prácticas de monitoreo, es decir, vigilar lo que sus hijos comen, sobre todo cuando ingieren comida no saludable. A este respecto, diversos autores comentan que el monitoreo

parental para limitar el consumo no saludable se ha conceptualizado como una práctica de alimentación de control que al igual que otras prácticas de alimentación se consideran positivas. Estos autores encontraron que monitorear o limitar alimentos altos en calorías es una práctica de alimentación constructiva, por lo menos en madres México-americanas (Birch y Fisher, 2000; Hubbs-Tait y col., 2008; Tschann y col., 2013). En contraste, Hughes y col. (2005), mostraron que madres México-americanas, utilizan menos prácticas de control, tales como monitoreo, concedían lo que sus hijos pedían para comer y eran menos propensas a utilizar prácticas más demandantes, tales como, el soborno o las amenazas para influenciar la alimentación de sus hijos.

Aunque se está consciente de que los hallazgos no fueron significativos, se ve que el estilo parental predominante en las madres (autoritativo) concuerda con las prácticas de alimentación utilizadas, esto es coherente con lo encontrado por Hubbs-Tait y col. (2008) donde se relacionó positivamente prácticas como responsabilidad, monitoreo, modelado de conductas sanas y alentar a comer alimentos sanos con un estilo autoritativo. En otros estudios longitudinales se ha asociado generalmente a este estilo con un mejoramiento del consumo de alimentos sanos en niños y adolescentes, con mayor consumo y disponibilidad de frutas y verduras en casa (de Bourdeaudhuij y col., 2008; Kremers y col., 2003), aunque en este estudio no fue un aspecto evaluado.

Ahora bien, los resultados de este estudio, pueden atribuirse a la homogeneidad que tuvo la muestra, puesto que, sus características son similares y aunque no se observaron diferencias entre grupos en sus estilos parentales y prácticas de alimentación, si se observaron al ser comparados, intra grupos, según las variables estatus de pareja, escolaridad y condiciones de bienestar, lo que puede indicar que dichos factores de naturaleza sociocultural tienen un fuerte peso en la determinación de como las madres desarrollan estos estilos y utilizan estas prácticas.

Se han realizado estudios que muestran como la cultura tiene un peso importante en las prácticas de cuidado de los hijos, Patrick y col. (2004) mencionan que los comportamientos de crianza y alimentación están en función al ambiente social y físico.

Cardona y col. (2000) mostraron que, los padres mexicanos que residen en EUA, en vez de ser categorizados en un solo estilo parental dominante, tenían una variedad de estilos dependiendo de su aculturación, nivel educativo e ingreso económico. Por su parte, Patrick y Nicklas (2005) mencionan que los comportamientos de alimentación están en función al ambiente social y físico. Estos comportamientos y prácticas de alimentación son afectados por factores como la disponibilidad, el tamaño de la porción, valores culturales en relación al tipo de comida y preparación, creencias de los padres, etc. Las diferencias encontradas son consistentes con la literatura acerca de como los estilos y prácticas se encuentran profundamente influenciados por el contexto cultural, afectivo y socioeconómico.

Para la variable status de pareja, esto es, si la madre vive o no con su pareja se encontraron diferencias significativas tanto en los estilos parentales como en las prácticas de alimentación.

Con relación a la diferencia encontrada entre status de pareja y el Factor 1 autoritativo de los estilos parentales, es decir, donde la madre demuestra apoyo, buena comunicación y respeto hacia el hijo, investigaciones como la de Ashiono y Mwoma (2015), mencionan que un estilo autoritativo predice un desarrollo favorable en niños de diversos trasfondos familiares que incluyen familias mono parentales, nucleares o reconstituidas. En contraste, Roman (2011) estableció que no había diferencias significativas en el estilo parental entre madres solteras o casadas. Para este estudio se encontró que las madres de niños con desnutrición que viven con sus parejas utilizan más un estilo autoritativo con sus hijos, pareciera ser que al percibir el apoyo de su pareja, tanto en el cuidado como en la alimentación del niño, quita una carga en ella, ya que, pudiera percibir que un niño con desnutrición requiere más cuidados.

Con respecto a las prácticas de alimentación, se encontraron diferencias entre estatus de pareja y el *Factor 1 comida saludable*, esto es, - que además de proporcionar los alimentos con los nutrientes que el niño necesita, son prácticas dirigidas a alentar a los niños a comer saludablemente, ya sea enseñándole o modelando esas conductas –

algunos estudios realizados refieren que a los padres solteros les resulta más difícil monitorear las prácticas de sus hijos, bajo la lógica de que, al tener padres casados o familias compuestas por ambos padres, se tiene al menos una persona para controlar al hijo, sobre todo si estos padres trabajan, ya que al pasar horas fuera de casa puede limitar la disponibilidad de los padres a participar en las comidas familiares, pasar tiempo con la familia, etc. (Blake y col., 2009; Honajee y col., 2012). Otra diferencia encontrada entre las prácticas y el estatus de pareja, fue en el *Factor 7 presión*, donde la madre hace que el niño coma más en cada comida. En contraste, el estudio de Orrell-Valente y col. (2007), observaron que independientemente del nivel socioeconómico, estatus marital o sexo del niño, el objetivo de padres de niños jóvenes es que los niños coman más en cada comida. Los niños responden de varias formas en función de la afectividad y contexto de las prácticas que utilicen los padres: presión para comer, usar recompensas y el razonamiento las cuales se han asociado significativamente con el acuerdo o la negación del niño a comer. Parece entonces que para la muestra de madres de niños con peso normal esta práctica fue más recurrente cuando no tienen pareja. La razón pudiese ser que al no contar con apoyo para la crianza de los hijos presionan más para conseguir sus propósitos. Para el caso de las madres de niños con desnutrición la presión se ejerce de manera semejante se tenga o no pareja. Las madres de este grupo referían que si el niño comía cualquier cosa era vista como ganancia.

En este estudio la ocupación de la madre, es decir, si tiene un trabajo remunerado o se dedica exclusivamente al hogar, no fue un factor que influyera en los estilos parentales ni las prácticas de alimentación.

En relación a los estilos parentales, Noguchi (2006) menciona que madres trabajadoras a tiempo completo casi siempre delegan el cuidado del niño a guarderías o familiares, más horas en la escuela y hay menos interacciones positivas entre madre e hijo. En cuanto a las prácticas de alimentación, en otros estudios donde las madres que tienen un empleo remunerado y cuentan con otros cuidadores, no se observa un efecto adverso en la salud del niño (Kulwa y col., 2006; Lamontagne y col., 1998; Pierre-Louis

y col., 2007). Opuesto a este hallazgo, en algunos estudios se ha argumentado que el cambio en la conducta de alimentación de los niños puede deberse a que los padres que trabajan proveen o preparan comidas altas en grasa o rápidas, y tienen menos tiempo para supervisar lo que comen sus hijos en casa, delegando en ocasiones estas tareas a otros cuidadores (Anderson y col., 2003; Hawkins y col., 2008). Como puede observarse lo determinante no es la condición de trabajo sino contar con apoyo para el cuidado de los hijos. En el presente estudio este aspecto no fue referido por los participantes.

Con relación a la diferencia encontrada en ambos grupos según la escolaridad de la madre y las prácticas de alimentación que corresponden al *Factor 6 control del niño*, es decir, el niño media la interacción madre-hijo en las comidas, diciendo qué, cuándo y cuánto comer; se dice que a mayor escolaridad, se refuerza la capacidad de la mujer en crear hogares sanos y actúa como un factor protector en las prácticas de cuidado de sus hijos (de Tejada y col., 2005). Por su parte Vereecken y col. (2004), observaron que madres con un nivel educativo bajo permitían mayor consumo de bebidas gasificadas, estaban de acuerdo con que sus niños comieran botanas cuando quisieran mientras comieran las tres comidas al día, en comparación con madres con un nivel educativo alto, donde había mayor consumo de frutas y verduras, reforzamiento verbal, negociación y evitaban modelar conductas negativas a sus hijos. Para este estudio se encuentra que las madres que permiten más que el control de la alimentación quede en manos de sus hijos, son las del grupo de peso normal con nivel de secundaria, no así las madres de niños con desnutrición con nivel de secundaria y de preparatoria que evitan esta práctica.

Si bien en este estudio no se encontraron diferencias entre los estilos parentales y la variable escolaridad, se ha demostrado que el nivel de educación de la familia afecta al estilo parental empleado. A mayor nivel de educación, se utiliza un estilo más democrático hacia los hijos, y cuando hay un menor nivel educativo, se utiliza un estilo con mayor presión en la disciplina (Azkeskin y col., 2013).

Con respecto a la variable condiciones de bienestar, se encontró una diferencia con las prácticas de alimentación correspondientes al Factor 1 *comida saludable* en el grupo con desnutrición donde a menor condición de bienestar las madres tienen más dificultades para proveer alimentos saludables. A este respecto los resultados encontrados por Hennessy y col., (2012), donde los padres expresaban tener limitaciones en sus recursos, tenían que decir que no a algunos de las peticiones de sus hijos, tales como ropa o juguetes, pero a lo que casi siempre decían que si era a las peticiones de algún alimento que ellos quisieran, generalmente una botana o algún alimento de bajo costo.

Al contrario de las prácticas de alimentación, no se encontraron diferencias entre los estilos y las condiciones de bienestar, sin embargo, en estudios como el de Pinderhughes y col. (2000), se encontró que padres con limitaciones en sus recursos eran más propensos a utilizar un estilo más autoritario y el uso de la fuerza para resolver conflictos, ya sea entre padres e hijos o entre los hijos.

Otras variables como país de residencia, edad de la madre, edad del niño, el número de hermanos, menor número de habitaciones en la vivienda, estrato socioeconómico bajo, que aunque no fueron estudiadas en esta investigación, son importantes para determinar el desarrollo de los estilos parentales en relación a la crianza de los hijos, donde estos factores sumados al estrés psicológico asociado, debilitan muchas veces la habilidad de los padres en cuanto a sus estilos de crianza (Sturge-Apple y col., 2006); aunado a esas variables, un vacío en el conocimiento de prácticas adecuadas para la alimentación del niño, son factores de riesgo relacionados con el déficit de peso y/o talla en los menores (Londoño y Mejía, 2009).

Por último, no se llevó a cabo un análisis comparativo de las variables estatus de pareja, ocupación, escolaridad y condiciones de bienestar entre grupos puesto que la muestra era prácticamente similar en todas estas dimensiones, por lo tanto se optó por realizar una comparación intra grupo para observar si existían esas diferencias.

Ahora bien, aunque para esta población de estudio, las prácticas y los estilos parecen ser similares entre ambos grupos, este estudio da pie a futuras investigaciones sobre cómo algunos factores socioculturales afectan estos estilos y prácticas para así tener una mejor comprensión de cómo las madres valoran el tipo de práctica y el estilo más adecuado para su hijo, ya sea con desnutrición o peso normal.

Por último, los hallazgos de esta investigación deben ser tomados bajo la luz de algunas limitaciones:

1. La captación de las participantes, sobre todo las madres del grupo de desnutrición, puesto que, aunque fuera una población cautiva y tuvieran que asistir a consulta para control de niño sano mensualmente, como requisito del programa al que están inscritas, no asistían por más que el mismo personal del programa les advirtieran que podrían ser dadas de baja del programa. El interés a participar o no de las mismas, ya que era participación voluntaria.
2. La muestra fue limitada por el rango de edad de los niños que se incluía en los criterios, a pesar del tiempo que se hizo el levantamiento de datos, dificultaba el encontrar candidatas idóneas
3. El tipo de investigación y muestra fue otra limitante, debido a que la investigación fue de transeccional y el tamaño de muestra fue pequeño no se pueden generalizar los resultados de esta investigación.
4. La conformación de la muestra, debido a que los dos grupos pertenecían a localidad urbana, asistían a los mismos centros de salud y estaban inscritas al mismo programa, el cual tiene sus requisitos específicos para otorgar la ayuda (SEDESOL, 2015), los cuales son:
 - a. Estar interesado en recibir apoyos del programa

- b. No tener acceso al servicio de cuidado infantil, a través de instituciones públicas de seguridad social u otros medios.
 - c. Tener la patria potestad o bajo cuidado a un menor que pueda ser sujeto de atención y cuidado en las Estancias Infantiles de acuerdo a lo establecido.
 - d. Estar trabajando, estudiando o buscando empleo.
 - e. Al momento de solicitar el apoyo el ingreso per cápita del hogar no rebase las líneas de bienestar de acuerdo a lo establecido en las reglas de Operación.
5. El número de casos de niños con desnutrición fue otra de las limitaciones, debido a que aunque es un problema, que aún persiste en México, son mínimos en comparación a otros problemas de nutrición, además solo se captaron en centros de salud, lo que deja por fuera a otras instituciones de salud que pudieran tener casos de desnutrición.
6. No se descarta un efecto de deseabilidad social, que aunque se trató de facilitar la respuesta de los cuestionarios con una entrevista, el tipo de tema que tiene que ver con la crianza de los hijos no es sencillo de evaluar, más si las participantes se sienten juzgadas o evaluadas.

Basados en esta investigación, las siguientes son recomendaciones en las que se pueden centrar para futuras líneas de investigación:

1. Ampliar el rango de búsqueda para la captación de participantes, de tal manera que se pueda realizar una comparación entre localidades, urbana y rural, puesto que el aumento en los índices de desnutrición en niños ha sido más documentado en poblaciones rurales (ENSANUT, 2012); con el fin de evitar, en mayor medida, la homogeneidad en sus características.

2. Utilizar una estrategia cualitativa que ayude a ampliar los datos obtenidos, y así, poder hacer un contraste entre datos cuantitativos y cualitativos, para un mejor entendimiento de las variables estudiadas.
3. Definir el concepto que las madres tienen sobre *salud* y *nutritivo* ya que esas concepciones pueden cambiar de persona en persona, y así proceder con una categorización que permita identificar en base a que visión basan su estilo y práctica.
4. Capacitación del equipo de investigación en la toma de medidas antropométricas, para la obtención de la información de fuentes primarias.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcón, M.E., García, J.L., Romero, P., Cortés, A. (2008). Prácticas alimentarias: relación con el consumo y estado nutricional infantil. *Revista Salud Pública y Nutrición*; 9(2). Recuperado el 17 de septiembre de 2013 en: <http://www.respyn.uanl.mx/ix/2/articulos/practicas.htm>
- Anderson P. M., Butcher K. F. & Levine P. B. (2003). Maternal employment and overweight children. *Journal of Health Economics*, 22(3): 477–504.
- Arredondo, E.M., Elder, J.P., Ayala, G.X., Campbell, N., Baquero, B., Duerksen, S. (2006). Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families? *Health Education Research* 21(6): 862 – 871.
- Ashiono, B.L, Mwoma, T.B. (2015). Does Marital Status Influence the Parenting Styles Employed by Parents? *Journal of Education and Practice*, 6(10): 69-75.
- Assadi, S. M., Zokaei, N., Kaviani, H., Mohammadi, M. R., Ghaeli, P., Gohari, M. R., van de Vijver, F.J.R.. (2007.) Effect of socio-cultural context and parenting style on scholastic achievement among Iranian adolescents social development. *Social Development*, 16: 169–180.
- Azkeskin, K.E, Guven, G., Gural, M., Sezer, T. (2013). Parenting styles: Parents with 5-6 years old children. *Journal of Educational and Instructional Studies in the World*, 3(1): 74-82.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, Part 2, 4(1), 1–103.
- Birch L.L, Fisher J.O. (2000): Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr*, 71:1054–1061.
- Birch, L.L., Fisher, J.O, Davison, K.K (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78: 215 – 220.

- Black, M.M., Creed-Kanashiro, H.M. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*; 29(3):373-378.
- Blake, C.E., Devine, C.M., Wethington, E., Jastran, M., Farrell, T., Bisogni, C.A. (2009). Employed parents' satisfaction with food-choice coping strategies. Influence of gender and structure. *Appetite*, 52, 711–719.
- Blissett, J. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite* 57: 826–831
- Blissett, J., Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*, 50, 477–485.
- Camberos, M., Huesca, L. (2002). Cambios económicos, competitividad y bienestar de la población en la región noroeste de México. *Estudios Fronterizos*, 3(6): 9 - 32
- Cardona, P., Nicholson, B., Fox, R. (2000). Parenting among Hispanic and Anglo-American mothers with young children. *Journal of Social Psychology*; 140: 357–65
- Conzuelo - González, V.V., Vizcarra-Bordi, I. (2009). Variables siconutricionales de hogares mazahuas integrados por preescolares desnutridos con madres con obesidad y sin obesidad. *Población y Salud en Mesoamérica*. 6(2): 1-21.
- Cullen, K.W., Baranowski, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Owens, E., Hebert, D., De Moor, E. (2000). Socioenvironmental influences on children's fruit, juice and vegetable consumption as reported by parents: reliability and validity of measures. *Public Health Nutrition*, 3: 345-356.
- De Bourdeaudhuij, I., Velde, S.J., Maes, L., Pérez-Rodrigo, C., De Almeida, M.D., Brug, J. (2008). General parenting styles are not strongly associated with fruit and vegetable intake and social–environmental correlates among 11-year-old children in four countries in Europe. *Public Health Nutrition*, 12(02): 259-266.

- De la Mata, C. (2008). Malnutrición, Desnutrición y Sobrealimentación. *Revista. Medica de Rosario*; 74: 17 – 20.
- De Tejada, M., González, A., Márquez, Y., Bastardo, L. (2005) Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas. *An Venez Nutr*, 18(2): 162-168.
- FAO, FIDA y PMA. 2013. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2013. Las múltiples dimensiones de la seguridad alimentaria*. Roma, FAO.
- Fisher J.O., Birch L.L. (1999) Restricting access to foods and children's eating. *Appetite* 32: 405 – 419.
- Fisher, J.O., Birch, L.L. (2000). Parents' restrictive feeding practices are associated with young girls' negative self-evaluation of eating. *Journal of American Dietetic Association* 100(11): 1341 – 6.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2011). La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Recuperado el 27 de Marzo de 2013 de: <http://www.unicef.es/actualidad-documentacion/publicaciones/la-desnutricion-infantil>
- Fox, R.A, Platz, D.L, Bentley, K.S. (1995). Maternal factors related to parenting practices, developmental expectations, and perceptions of child behavior problems. *J Genet Psychol*, 156(4): 431-41.
- Gable, S., Lutz, S. (2000). Household, parent and child contributions to childhood obesity. *Family Relations*, 49: 293 - 300.
- Galloway, A.T., Fiorito, L., Lee, Y., Birch L.L. (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *Journal of the American Dietetic Association*, 105: 541 – 548.
- Gamble, W.C., Ramakumar, S., Diaz, A. (2007). Maternal and paternal similarities and differences in parenting: An examination of Mexican-American parents of young children. *Early Childhood Research Quarterly*, 22(1): 72-88.

- Gregory, J.E., Paxton, S.J., Brozovic, A.M. (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7:55.
- Hawkins, S. S., Cole, T. J. & Law, C. (2008). Maternal employment and early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *International Journal of Obesity*, 32(1) 30–38.
- Hennessy, E., Hughes, S.O., Goldberg, J.P., Hyatt, R.R., Economos, C.D. (2012). Permissive Parental Feeding Behavior Is Associated with an Increase in Intake of Low- Nutrient-Dense Foods among American Children Living in Rural Communities. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*.112 (1):142-148.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. Editorial McGrawHill. México, D.F.
- Honajee, K., Mahomoodally, F., Subratty, A. & Ramasawmy, D. (2012). Is parenting style and socioedemographic status of parents relates to children's healthy eating in a multicultural society like Mauririus?. *Asian Journal of Clinical Nutrition*, 4, 4, 151-159.
- Hubbs-Tait, L., Kennedy, T.S., Page, M.C., Topham, G.L., Harrist, A.W.(2008). Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles. *J Am Diet Assoc*, 108: 1154–1161.
- Hughes, S.O., Power, T.G., Fisher, J.O., Mueller, S., Nicklas, T.A. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44: 83 – 92.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado el 19 de Marzo de 2013, de: <http://www.insp.mx/ensanut/>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, por entidad federativa Sonora. Recuperado el 19 de Marzo de 2013, de: <http://www.insp.mx/ensanut/norte/Sonora.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado el 02 de Mayo de 2013, de: <http://www.insp.mx/ensanut/>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, por entidad federativa Sonora. Recuperado el 10 de Octubre de 2013, de: <http://ensanut.insp.mx/informes/Sonora-OCT.pdf>
- Jara, M.I. (2008). Hambre, desnutrición y anemia: una grave situación de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(15): 7-10.
- Kremers, S., Brug, J., de Vries, H., Engels, R. (2003) Parenting style and adolescent fruit consumption, *Appetite*, 41: 43–50.
- Kuklina, E.V., Ramakrishnan, U., Stein, A.D., Barnhart, H.H, Martorell, R. (2004). Growth and Diet Quality Are Associated with the Attainment of Walking in Rural Guatemalan Infants. *The Journal of Nutrition*, 134 (12): 3296-3300.
- Kulwa, K. B., Kinabo, J. L. & Modest, B. (2006). Constraints on good child-care practices and nutritional status in urban Dares-Salaam, Tanzania {En red}. *Food & Nutrition Bulletin*, 27(3): 236–244. Resumen de: PubMed.
- Kumar, D., Goel, N. K., Mittal, P. C. & Misra, P. (2006). Influence of Infant-feeding Practices on Nutritional Status of Under-five Children. *Indian Journal of Pediatrics*, 73(5): 417-421.
- Lamontagne, J. F., Engle, P. L. & Zeitlin, M. F. (1998). Maternal employment, child care, and nutritional status of 12 – 18 month-old children in Managua, Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 46(3): 403-414.
- Londoño, A., Mejía, S. (2009). Factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de estrato bajo en Calarcá. 2006-2007. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8(15): 78 – 90.

- Melbye, E.L. (2012). Parent - child feeding interactions: The Influence of Child Cognitions and Parental Feeding Behaviors on Child Healthy Eating. (Tesis Doctoral). University of Stavanger. Noruega.
- Musher-Eizenman, D., Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices. *Journal of Pediatric Psychology* 32(8): 960–972.
- Noguchi, K.M. (2006). Maternal employment, nonparental care, mother-child interactions, and child outcomes. *Journal of Marriage and Family*, 68(5): 1341-1369.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Ginebra, Comisión sobre Macroeconomía y Salud.
- Organization Mundial de la Salud (2006) Multicentre Growth Reference Study Group: WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html
- Orrell-Valente, J.K., Hill, L.G., Brechwald, W.A., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E. (2007). "Just three more bites": an observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*, 48(1):37-45.
- Ortiz-Andrellucchi, A., Peña, L., Albino, A., Mönckeberg, F., Serra-Majem, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición Hospitalaria*; 21(4): 533-541.
- Papaioannou, M.A., Cross, M.B., Power, T.G., Liu, Y., Qu, H., Shewchuk, R.M., Hughes, S.O. (2013). Feeding style differences in food parenting practices associated with fruit and vegetable intake in children from low-income families. *J Nutr Educ Behav*, 45(6):643-51.

- Paraje, G. (2009). Desnutrición crónica infantil y desigualdad socioeconómica en América Latina y el Caribe. *Revista CEPAL*, (99): 43-63.
- Patrick, H. & Nicklas, T.A. (2005). A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(3): 83-92.
- Patrick, H., Nicklas, T.A., Hughes, S.O., Morales, M. (2004). The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, 44: 243-249.
- Pierre-Louis J.N., Sanjur D., Nesheim M.C., Bowman D.D. & Mohammed H.O. (2007). Maternal income-generating activities, child care, and child nutrition in Mali. *Food & Nutrition Bulletin*, 28(1): 67-75.
- Pinderhughes, E.E, Dodge, K.A, Zelli, A., Bates, J.E., Pettit, G.S. (2000). Discipline Responses: Influences of Parents' Socioeconomic Status, Ethnicity, Beliefs About Parenting, Stress, and Cognitive- Emotional Processes. *J Fam Psychol*, 14(3): 380-400.
- Real, H., Oliveira, A., Severo, M., Moreira, P., Lopes, C.(2014). Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children. *Eating Behaviors*, 15: 383 -387.
- Robinson, C., Mandleco, B., Olsen, B., Frost, S., Hart, C. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77(3, Pt 1), 819-830. doi: 10.2466/pr0.1995.77.3.819
- Roman, N. V. (2011). Maternal parenting in single and two-parent families in South Africa from a child's perspective. *Journal of Social Behavior and Personality*, 39(5), 577-586.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015). Criterios y requisitos para ser beneficiario del programa PROSPERA. Mexico, DF. Disponible en:

http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Criterios_y_Requisitos_para_ser_Beneficiario_del_Programa

- Smith, L., Haddad, L. (2000). Explaining child malnutrition in developing countries. International Food Policy Research Institute (IFPRI). Ch. 2: The conceptual framework: The Determinants of Child Nutritional Status: 5 - 8.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. México: Ed. Trillas.
- Stang J., Loth K.A. (2011). Parenting style and Child feeding practices: Potential Mitigating Factors in the Etiology of Childhood Obesity. *American Dietetic Association*. 111(9): 1301- 1305.
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T. & Cummings, M. E. (2006). Impact of hostility and withdrawal in interparental conflict on parental emotional unavailability and children's adjustment difficulties, *Child Development*, 77(6): 1623–1641.
- Tiggemann, M., & Lowes, J. (2002). Predictors of maternal control over children's eating behavior. *Appetite*, 39, 1–7
- Tschann, J.M., Gregorich, S.E., Penilla, C., Pasch, L.A., de Groat, C.L., Flores, E., Deardorff, J., Greenspan, L.C., Butte, N.F. (2013) Parental feeding practices in Mexican American families: initial test of an expanded measure. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10(6):1 – 11
- Turner, B.J., Navuluri, N., Winkler, P., Vale, S., Finley, E. (2014). A Qualitative Study of Family Healthy Lifestyle Behaviors of Mexican-American and Mexican Immigrant Fathers and Mothers. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(4): 562-569.
- United Nations Children's Fund. (2013). Improving child nutrition. The achievable imperative for global progress. New York.
- Varela, R.E., Vernberg, E.M., Sanchez-Sosa, J.J., Riveros, A., Mitchell, M., Mashunkashey, J. (2004). Parenting style of Mexican, Mexican American, and

- Caucasian-non-Hispanic families: social context and cultural influences. *J Fam Psychol*, 18(4): 651-7.
- Ventura, A.K., Gromis, J.C., Lohse, B. (2010). Feeding practices and styles used by a diverse sample of low-income parents of preschool-age children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(4): 242 – 249.
- Vereecken, C.A, Legiest, E., De Bourdeaudhuij, I., Maes, L. (2009). Associations Between General Parenting Styles and Specific Food- Related Parenting Practices and Children's Food Consumption. *American Journal of Health Promotion*, 23: 233-240.
- Vereecken, C.A., Keukelier, E., Maes, L. (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, 43(1): 93-103.
- Victora, C.G., Adair, L., Fall C., Hallal, P.C., Martorell, R., Ritcher, L., Sachdev, H.S. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371(9609): 340-357.

APENDICE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Estilos parentales y prácticas de alimentación y su relación en casos de niños con desnutrición.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Dra. SP. María Martha Montiel Carbajal

COLABORADORES DEL PROYECTO: Lic. Ps. Alejandra Gpe. García Vázquez

NOMBRE DE LA PARTICIPANTE (por favor escriba las iniciales de nombre): _____

- I. **PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** El estudio pretende evaluar y determinar las características de los estilos de autoridad maternos y las prácticas de alimentación y su contribución a la adopción de hábitos saludables en el niño.
- II. **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:** Se llevará a cabo la aplicación de dos instrumentos de papel y lápiz donde se le presentan una serie de afirmaciones donde Usted deberá responder según su experiencia, además se realizará una entrevista con la persona encargada del niño. Todo ello requerirá una hora de su tiempo. Usted no recibirá una calificación por sus respuestas ya que no hay respuestas buenas y malas.
- III. **SOBRE LA INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE.** Se obtendrá información del expediente del niño como el peso, la talla y medida de circunferencia de brazo; así como algunos datos de su alimentación diaria. Únicamente los responsables del estudio elaborarán una estadística global.
- IV. **BENEFICIOS Y RIESGOS:** No obtendrá un beneficio individual, pero con sus respuestas contribuirá a la comprensión de la dinámica familiar alrededor de la alimentación. Su participación no representa riesgo alguno para su salud o su bienestar o la de su hijo.
- V. **CONFIDENCIALIDAD:** Las respuestas que usted proporcione en los cuestionarios y entrevistas se mantendrán confidenciales y solamente la investigadora principal y sus colaboradores tendrán acceso a los datos. En caso de que los resultados finales de este estudio sean publicados, su nombre no aparecerá en ningún material publicado.
- VI. **PROBLEMAS O PREGUNTAS:** Cualquier duda o pregunta que tenga Usted acerca del estudio podrá comunicarse con la Dra. Martha Montiel Carbajal, responsable del proyecto al teléfono 6621-200299. Sus preguntas sobre los derechos de los participantes podrá dirigirlas a el Dr. Gerardo Alvarez, médico y Presidente del Comité de Bioética e Investigación al teléfono 2592121.
- VII. **ABANDONAR EL ESTUDIO:** Usted puede decidir no participar en el estudio o abandonarlo en el momento que desee sin que se le hagan preguntas al respecto. Su participación o las respuestas que usted proporcione no le afectarán de ninguna manera.
- VIII. **CONSENTIMIENTO:** Acepto participar voluntariamente en este estudio. He tenido la oportunidad de formular todas mis preguntas sobre el estudio a los investigadores.

Firma del participante en el estudio

Fecha

Firma de la persona obteniendo el consentimiento

Fecha