



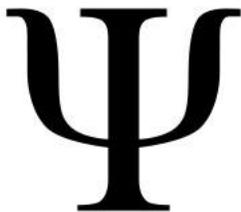
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO**

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**“Prácticas de Crianza en Madres de Infantes
con Índice de Masa Corporal Saludable y No
Saludable en Pachuca de Soto, Hidalgo”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A
P R E S E N T A N
GERARDO OLGUÍN CLAUDIA IVONNE
CORONA JUÁREZ KORINA

DIRECTORA: Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
DIRECTOR ADJUNTO: Dr. Marcos Galván García



PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Psicología

MTRA. ANTONIA Y. IGLESIAS HERMENEGILDO
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de las pasantes **Gerardo Olguín Claudia Ivonne y Corona Juárez Korina**, bajo la modalidad de Tesis Colectiva cuyo título es: **"Prácticas de crianza en madres de infantes con índice de masa corporal saludable y no saludable, en Pachuca de Soto, Hidalgo."** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del Jurado.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Arturo del Castillo Arreola	Presidente	
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Primer Vocal	
Dr. Marcos Galván García	Segundo Vocal	
Dra. Melissa García Meraz	Tercer Vocal	
Dra. Angélica Romero Palencia	Secretario	
Dra. Gloria Solano Solano	Suplente	
Dr. Rubén García Cruz	Suplente	

Pachuca de Soto, Hgo. 03 de septiembre de 2012



c.c.p. Archivo

Ex. Hacienda la Concepción

Tilcuautla, Hidalgo

Tel. 01 771 71 720-00 ext. 5104

Fax: 01 771 71 720-00 ext. 5111

ÍNDICE

Agradecimientos	8
Dedicatoria	9
Resumen	11
Abstract	12
Introducción	13
Capítulo 1	
Infancia y Niñez Temprana	16
a) Factores Biológicos	18
Desarrollo Físico	18
Alimentación en los primeros años	20
b) Factores Psicológicos	26
Desarrollo Cognoscitivo	26
Desarrollo del Lenguaje	31
Desarrollo Emocional	36
c) Factores Socioculturales	39
Desarrollo del Yo	39
Desarrollo Social	43
Capítulo 2	
Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación	46
Definición de Estilo, Crianza y Estilo de Crianza	48
Pautas, Prácticas y Creencias de la Crianza	49
Modelos Explicativos de la Crianza	51
Estudios sobre Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación	55
Elementos de Intervención Preventiva	59

Capítulo 3

Método	61
Planteamiento del Problema	61
Pregunta de Investigación	62
Objetivo General	62
Objetivos específicos	62
Hipótesis	63
Hipótesis nula	63
Hipótesis alterna	63
Definición de Variables	63
Tipo y Diseño de estudio	68
Población	68
Criterios de inclusión	68
Criterios de exclusión	68
Descripción de la muestra	69
Niños y Niñas	69
Edad y sexo	69
Índice de Masa Corporal	69
Madres	71
Edad	71
Estado Civil	71
Escolaridad	71
Ocupación	72
Instrumentos y Materiales	73
Procedimiento	75

Capítulo 4

Resultados	78
a) Descripción de las prácticas de crianza de las madres	78
b) Relación entre las prácticas de crianza de las madres	81

c) Interacciones entre las prácticas de crianza de acuerdo con el sexo e IMC de los hijos; así como, por las características socio-demográficas de la madre: estado civil, ocupación y escolaridad	84
Capítulo 5	
Discusión y Conclusiones	85
Referencias	93
Anexos	101
1.- Gráfica Clínica del Crecimiento para Niñas por IMC (Percentil 5-95)	102
2.- Gráfica Clínica del Crecimiento para Niños por IMC (Percentil 5-95)	103
3.- Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ)	104
4.- Formato de Consentimiento Informado	109
5.- Formato de para el Registro de Peso y Talla	111

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Introducción

Capítulo 1

Infancia y Niñez Temprana

Tabla 1	Hitos importantes sobre el desarrollo del lenguaje.	35
Tabla 2	Panorama del desarrollo emocional Carroll Izard (1982, 1993).	37

Capítulo 2

Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación

Capítulo 3

Método

Tabla 3	Definición de variables	63
Tabla 4	Puntos de corte del IMC de acuerdo al dato percentilar para niños y niñas.	67
Tabla 5	Evaluación del IMC en niños de acuerdo al dato percentilar.	67
Tabla 6	Evaluación del IMC en niñas de acuerdo al dato percentilar	68
Tabla 7	Ocupación de las madres	72
Tabla 8	Factores que conforman el CFQ	74
Figura 1	Distribución porcentual por sexo de los participantes	69
Figura 2	Distribución porcentual de IMC de los niños y niñas participantes	70
Figura 3	Distribución porcentual por IMC de los niños y niñas participantes	70
Figura 4	Distribución porcentual de las madres de los participantes de acuerdo a su estado civil	71

Figura 5	Nivel de escolaridad de las madres de los participantes	72
Figura 6	Ocupación de las madres de los participantes	73

Capítulo 4

Resultados

Tabla 9	Distribución de medias y desviación estándar del CFQ	79
Tabla 10	Resultados de las prácticas de crianza de acuerdo con el sexo de los hijos(as).	80
Tabla 11	Interrelación entre los factores del CFQ.	82
Figura 7	Distribución de medias y desviación estándar del CFQ	79
Figura 8	Distribución de frecuencias de las prácticas maternas de alimentación por sexo.	80

Capítulo 5

Discusión y Conclusiones

Referencias

Anexos

AGRADECEMOS:

A Dios por habernos cruzado en el camino y permitir llegar juntas a este momento tan especial de nuestras vidas.

*A la **Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo** por formar generaciones de exitosos profesionistas.*

*Al **Instituto de Ciencias de la Salud** por abrirnos las puertas de sus aulas y sembrar en nosotros el valor de ser universitarios.*

***Miss Rebe:** De manera especial y sincera por su apoyo incondicional y confianza en nuestro trabajo, por su capacidad para guiarnos en la elaboración de este proyecto, por compartirnos sus conocimientos, por contribuir con su experiencia, por sus aportaciones y principalmente gracias por dejarnos formar parte de su vida, por permitirnos conocerla y darnos cuenta del maravilloso ser humano que es, gracias por la paciencia, por los consejos, por ser nuestro mayor ejemplo a seguir.*

*A todos nuestros catedráticos **Dr. Arturo, Dra. Melissa, Dra. Angélica Dr. Galván, Dr. Rubén y Dra. Gloria** que fueron participes de nuestra formación profesional y de de este trabajo de investigación..*

Kori e Ivonne

DEDICATORIA

A mis padres porque creyeron en mí y me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque el orgullo que sienten por mí, es lo que me hace llegar hasta el final en todo lo que hago. A ti mami que eres el ser más maravilloso de todo el mundo, gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que desde niña me has brindado, muy en especial gracias por los regaños muy acertados, en los momentos donde por desesperación quise dejar de lado de este trabajo. A ti papito porque desde pequeña has sido para mí, un hombre maravilloso que siempre admirare, gracias porque a pesar de los problemas siempre has tenido una sonrisa para mí, que no cambiaría por nada.

Va por ustedes, por lo que significan para mí y por que agradezco infinitamente tenerlos a mi lado.

A mis hermanos Erick, Oscar y Uriel por estar conmigo, quererme y apoyarme siempre, por no dejarme sola y motivarme a ser mejor cada día.

A Lili y Yoana mis hermanas del alma y corazón, porque con ustedes he vivido los mejores momentos de mi vida y ni el tiempo y la distancia podrán separarnos porque estamos unidas por el lazo más puro y fuerte “nuestra amistad”.

A ti Kori porque a pesar de las adversidades cumplimos nuestro objetivo, te admiro porque te estás realizando en el mejor de los proyectos de una mujer “el ser mamá”, y a ti pequeño Lucio por estar presente en cada paso de este trabajo, porque tienes que saber que este trabajo no lo hicimos dos sino tres.

Sabiendo que no existirá forma alguna de agradecerles, quiero que sientan que el objetivo alcanzado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su gran apoyo.

IVONNE

DEDICATORIA

Son muchas personas especiales a las que me gustaría agradecer su apoyo ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunos están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón (Tony). Sin importar en donde estén, o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias, quiero darles las gracias por formar parte de mi vida, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi querido esposo Ariann por creer que puedo dar más de mí y por siempre decirme que me debo de apasionar por las cosas que hago.

Al más especial de todos, a ti mi hermoso bebito lucio este trabajo te lo dedico, ya que tu compartiste conmigo todo este proceso y llenaste de bendiciones cada paso de mi vida, eres mi lucesita que ilumina mi andar.

A todos mis amigos sin excluir a ninguno, pero en especial a mi amiga Ivonne que con su paciencia y apoyo en todo momento hizo que este trabajo fuera posible, mil gracias a Alejandra, Herandi, Sarai, Maribel, Daen e Ivonne por todos esos buenos momentos que pasamos juntos y porque han estado conmigo siempre aunque sea para molestar.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

KORINA

RESUMEN

Objetivo: Determinar la diferencia e interacción entre las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en mujeres, a partir de características sociodemográficas (estado civil, escolaridad y ocupación), y del sexo e índice de masa corporal (IMC) de los hijos(as), en Pachuca de Soto, Hidalgo. **Diseño y Muestra:** Se trabajó con un diseño no experimental, transversal, de campo. En el reclutamiento de las participantes se utilizó un muestreo no probabilístico de sujetos tipo (que tenían como característica ser beneficiarios del apoyo gubernamental denominado “Oportunidades”); para este estudio se integraron N= 152 mujeres, n= 83 (54.6%) madres de niñas, y n= 69 (45.4%) madres de niños, en un rango de edad de 19 a 44 años, con una $M_{\text{edadtotal}}= 29.98$ años, $DE= 5.84$; como características sociodemográficas se encontró que el 47% de ellas vivían en unión libre (n= 71) , siguiéndole las casadas con un 39% (n= 59), y un 14% (n= 16) se distribuían entre solteras y otro (viudas, divorciadas y separadas); en cuanto al nivel de escolaridad, el 55% (n=84) cursó la primaria, un 32% (n= 49) estudió secundaria, un 9% (n=13) carrera técnica, y finalmente sólo un 4% (n=6) preparatoria. Respecto a los hijos(as) tenían una $M_{\text{totaledad}}=3.54$ años, $DE= .55$; específicamente las niñas tuvieron $M_{\text{totaledad}}= 3.52$, una $DE= .50$, y en los niños una $M_{\text{totaledad}}=3.59$, $DE= 52$, dentro de un rango de edad de 2 a 4 años. Estos se dividieron de acuerdo con su IMC, encontrándose que más de la mitad presentó un IMC con diagnóstico de “saludable” (74%, n=112), y los restantes con un IMC “no saludable” (26%, n= 26). **Procedimiento:** En los Centros de Salud a donde acuden las mujeres con sus hijos para realizar el control de desarrollo correspondiente, se realizó la valoración del peso y la talla de los niños(as) para establecer el IMC, y además se les aplicó a ellas el Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación de los Hijos. **Resultados:** Mediante el empleo del coeficiente de correlación de Pearson, Se observaron correlaciones positivas y significativas entre los factores: monitoreo con preocupación y control del peso del hijo y el indicador control. Así mismo, los ANOVA’s evidenciaron interacciones entre las prácticas de crianza de acuerdo con las variables: IMC y sexo del hijo, y estado civil, escolaridad y ocupación de la madre. Finalmente, no se encontraron diferencias significativas en los valores promedio de cada factor correspondiente a las prácticas de acuerdo con las características sociodemográficas de las madres, así como con el sexo e IMC de los hijos e hijas. **Discusión y Conclusiones:** Se discute la existencia de distintos modelos teóricos-prácticos que explican la relación de los factores estudiados, los cuales se confirman a partir de los resultados arrojados en esta investigación. Se enfatiza la utilidad de los hallazgos de este estudio en la prevención de problemáticas relacionadas con el estado nutricional de los menores.

Palabras clave: Índice de Masa Corporal, Prácticas de Crianza de las madres, Factores Sociodemográficos, Madres, Infantes.

ABSTRACT

Objective: To determine the difference and the interaction between rearing practices of mothers; starting from sociodemographic factors (marital status, education and occupation), gender and Body Mass Index (BMI) of their offspring, in Pachuca de Soto, Hidalgo. **Design and Sample:** It was performed through an experimental, transversal, and field work. For the recruitment of participants was used a non-probabilistic sample of rated subjects (that characterized be beneficiaries of a governmental program support named "Oportunidades"); this research was integrated by N= 152 women, n= 83; 54.6% girls' mothers, and n=69; 45.4% boys' mothers, in an age range that go from 19 to 44 years, with an $M_{totalage}= 29.98$ years, $DE= 5.84$; as sociodemographic features found that 47% of them cohabited (n=71), followed by the married with a 39% (n=59), and a 14% (n=16) was distributed among, other status, such as single, widowed, divorced and separated; referring to the level of education, 55% (n = 84) attended elementary, 32% (n = 49) studied secondary, 9% (n = 13) a technical career, and lastly only 4% (n = 6) high school. About the boys and girls sample, they had a $M_{totalage}= 3.54$ years, $DE= 0.55$; specifically girls had $M_{totalage}= 3.52$, $DE= 0.50$, and in children a $M_{totalage}= 3.59$, $DE = 52$, within a range age of 2 to 4 years. The children sample was divided according to the BMI, finding that more than half of them have BMI diagnosed as "healthy" (74%, n = 112), and the other half with a BMI "unhealthy" (26 %, n = 26). **Procedure:** In Health Centers where women come with their children for appropriate development control, assessment on weight and height are made accordingly, to set the BIM and also a Questionnaire of Attitudes, Beliefs and Practices of Parents towards Children Alimentation was applied. **Results:** By using the Pearson correlation coefficient, there were significant positive correlations between factors: monitoring with concern and weight of the child and the indicator control. Also, the ANOVA's showed interactions between parenting practices according to the variables: IMC and sex of the child, and marital status, education and occupation of the mother. Finally, we found no significant differences in the mean values of each factor for practices according to the sociodemographic characteristics of the mothers, as well as sex and IMB of children. **Discussion and Conclusions:** We discuss the existence of different theoretical and practical models that explain the relationship of the factors studied, which is confirmed from the results obtained in this research. It emphasizes the usefulness of the findings of this study on prevention of problems related to the nutritional status of children.

Key Words: Body Mass Index, rearing practices of mothers, sociodemographic factors, Mothers, Infants.

I n t r o d u c c i ó n

Las problemáticas en el estado nutricional del individuo incrementan el riesgo de morbimortalidad, la mayoría de estudios epidemiológicos poblacionales señalan que la mortalidad se incrementa cuando el índice de masa corporal (IMC) es menor a 18.49 kg/m² o supera los 25 kg/m² en adultos; y en los niños cuando el percentil está por debajo de 10 y por arriba de 85 (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). De acuerdo con estos parámetros, en el 2011 en el mundo existían más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso; y la obesidad infantil se observó como un grave problema de salud pública en el siglo XXI.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de cinco a once años de edad estaba alrededor de 26 por ciento para ambos sexos, 26.8 por ciento en niñas y 25.9 por ciento en niños (Olaiz-Fernandez, Rivera-Dommarco, Shamah Levy, Rojas, Villalpando-Hernández, Hernández-Avila, et al., 2006).

Ahora bien, desde un enfoque preventivo uno de los principales factores que se ha relacionado con un IMC no saludable en las primeras etapas de vida, son las prácticas de crianza de las madres (Birch & Fisher, 1998). La familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo con obesidad, por lo que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente, específicamente a través de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Perry, Silvera, Neilands Rosenvinge & Hanssen, 2008); los padres disponen y planean un ambiente común y compartido que puede conducir a una sobrealimentación o en su caso un estilo de vida sedentario, al funcionar como modelos para el niño (Saucedo-Molina & Gómez-Peresmitré, 2005; Ventura & Birch, 2008).

En la actualidad, las mujeres son el centro de atención de programas y políticas; un ejemplo es el Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”, realizado por el actual gobierno mexicano (en donde se brindan diversos tipos de apoyo a familias vulnerables en pobreza extrema). De alguna forma los programas gubernamentales consideran a las madres como el eje de atención debido a su papel tradicional de “cuidadoras” y responsables de la salud de la familia, así como de la alimentación de los hijos (Guzmán Saldaña, 2001).

El vínculo madre-hijo(a) incide directamente en todo el desarrollo del menor (Bronfenbrenner, 1987); específicamente en el estado nutricional del niño, ya que éste será el idóneo si la frecuencia y la calidad de la interacción con la madre es apropiada y suficiente (De Tejeda et al; 1996).

Ante tales razones, la presente tesis tuvo como finalidad establecer diferencias e interacciones en las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en mujeres de acuerdo a características de los hijos (IMC y sexo) y características socio-demográficas de las madres (estado civil, escolaridad y ocupación) en Pachuca de Soto, Hidalgo.

De manera detallada en el capítulo 1 se describe el proceso de desarrollo en las primeras etapas de vida desde una perspectiva bio-psico-social; en el capítulo 2 se explican los estilos y prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en las madres, su definición y modelos explicativos; en el capítulo 3, se describe el método del estudio; en el capítulo 4 se presentan los resultados que arrojó el trabajo de campo, en el capítulo 5 se discuten y confrontan los resultados en donde se recapitula la información conceptual y referencias revisadas en los primeros capítulos de este documento, así mismo, se generan conclusiones, se plantean hallazgos, limitaciones y sugerencias para estudios futuros.

Finalmente se incluye el listado de referencias, además de los anexos correspondientes a los elementos utilizados para la recolección y evaluación de las variables estudiadas.

Capítulo 1

Infancia y Niñez Temprana

El ser humano es único, una unidad bio-psico-social existente en la naturaleza, ha sido producto de cambios a lo largo del tiempo, tratando de explicar su totalidad, desde lo más simple a lo más complejo, se debe tomar en cuenta un modelo bio-psico-social en donde el individuo debe ser contemplado no solo biológicamente, sino también psicológica y socio-culturalmente. El interés por el desarrollo de los niños tiene una historia larga y rica (Kail & Cavanaugh, 2006).

En el presente capítulo, se describe el desarrollo durante el periodo comprendido entre los dos y los cinco años de edad, desde las diferentes esferas: física, cognoscitiva y sociocultural. Considerando: 1) el crecimiento rápido de las capacidades cognoscitivas y del lenguaje, 2) la identificación con modelos de los padres, 3) la aparición de conciencia, y 4) la socialización (Mussen, Conger & Kagan, 1979).

El concepto de periodos de desarrollo es considerado en la actualidad como un constructo social: ideas acerca de la naturaleza de la realidad aceptada por miembros de una sociedad particular en un momento específico del tiempo, basadas en percepciones o supuestos sociales compartidos. El concepto de la infancia es un constructo social, ya que no existe un momento único, definible de manera objetiva, en el que el niño se convierta en adolescente, o en el que el adolescente se convierta en adulto (Papalia, Wendkos Olds & Duskin Feldman, 2005).

Existe una secuencia de diferentes periodos que son generalmente aceptados, las divisiones de la edad entre los periodos son aproximadas, las diferencias individuales se hacen visibles en la medida en que los niños se enfrentan a eventos y circunstancias características de cada periodo (Santrock, 2006). Sin embargo, a pesar de estas diferencias los científicos del desarrollo

consideran que se deben de cumplir ciertas necesidades básicas del desarrollo, así como, ciertas tareas que deben dominarse durante cada periodo para que se dé un desarrollo normal (Papalia, Wendkos Olds & Duskin Feldman, 2005).

Muchos estudiosos del desarrollo están interesados en los procesos, pero también investigan las diferencias individuales, considerando que los niños difieren respecto al sexo, la estatura, el peso y la constitución física (entre otros factores), así como factores constitucionales como la salud o el nivel de energía, la inteligencia, características de personalidad y reacciones emocionales, así como en los contextos de su vida, estilos de vida que difieren de los hogares, comunidades y sociedades en las que habitan, las relaciones que tienen, el tipo de escuela a la que acuden y la forma en que pasan su tiempo libre (Santrock, 2006).

Específicamente, para esta investigación se consideraron dos periodos del desarrollo humano, los cuales comprenden a la infancia y a la niñez temprana; teniendo presente que los infantes dependen de los adultos para cubrir sus necesidades básicas de alimento, vestido y techo, así como contacto y afecto humano (Mussen, Conger & Kagan ,1979).

Como ya se señaló, para describir el proceso de desarrollo de los pequeños, hay que considerar al ser humano como una unidad con características biológicas, psicológicas, sociales y culturales, que son inseparables y condicionantes entre sí en su acción. Este ambiente bio-psico-social lo moldea, configura, limita y posibilita no solo como individuo, sino como miembro de una comunidad a la que pertenece (Guzmán Saldaña, 2001).

A continuación se describe el periodo de desarrollo denominado infancia, desde una perspectiva bio-psico-social.

a) Factores Biológicos

Desarrollo Físico

Desde la perspectiva de McCall (1979), los bebés crecen muy rápido durante sus primeros años de vida, ya que entre los cuatro y seis meses duplican el peso y la estatura que tenían al nacer, a los dos años de edad cuentan con la mitad de lo que será su estatura adulta final; a partir de esta edad el crecimiento del niño es lento y constante promedia de 5 a 7.5 centímetros de estatura, y pesa de 2.7 a 3.2 kilogramos en promedio por año (Kail & Cavanaugh, 2006).

Los dos primeros años son muy importantes, ya que es cuando el cráneo después de estar conformado por huesos separados (fontanelas) se convierte en un cráneo con uniones flexibles que permitirán que el cerebro se expanda a medida que crezca (Shaffer, 2000).

Por otro lado, las otras partes del cuerpo como los tobillos, pies, muñecas y manos, desarrollan huesos en la medida que madura el niño. A partir de los últimos tres meses prenatales y los dos primeros años de vida el cerebro de un niño, ha alcanzado un crecimiento del 75 por ciento de lo que será su peso adulto, a esto se le ha denominado “Periodo del crecimiento acelerado del cerebro” (Rice, 1997).

El desarrollo motor de los primeros dos años de vida evoluciona en una manera definida, aunque las edades en que se muestra el desarrollo de habilidades por primera vez varía de un niño a otro, esto no significa que los bebés que procedan con mayor rapidez esta secuencia, serán más brillantes que los que su desarrollo motor sea menor. Desde el punto de vista de la maduración el desarrollo motor se describe como el despliegue de una secuencia de eventos programados genéticamente, donde los nervios y músculos maduran siguiendo una dirección del centro hacia afuera (desarrollo próximo-distal) (Biehler, 1980).

Mussen, Conger y Kagan (1979) describen una serie de aspectos del desarrollo motor que desempeñan funciones importantes para ayudar a los bebés a explorar y adaptarse a su medio, estos son: la capacidad de alcanzar los objetos en forma voluntaria (que es la capacidad de un niño para alcanzar y manipular sin coordinación objetos que se encuentran en su campo visual) y las habilidades manipulativas (manuales) donde es capaz no solo de palpar objetos, sino de moverlos de una mano a otra.

Shaffer (2000) menciona que a lo largo del segundo año de vida los bebés tienen mayor habilidad manual, logrando en unos cuantos meses garabatear con un lápiz, y a los dos años copiar una línea e incluso construir torres de cinco o más cubos; a partir de esto la vida de los padres y los hijos cambia de forma drástica, ya que el niño es capaz de alcanzar a asir los objetos interesantes y más aún después de gatear y caminar. En el periodo preescolar las destrezas psicomotoras mejoran de manera significativa, y con la maduración y la práctica la percepción visual se vuelve más diferenciada, exacta y precisa (Rice, 1997).

El niño de tres años de edad por término medio, ha alcanzado una estatura de 85 cm y un peso de 15 kg, esto se debe a que tanto la estatura, como el peso aumentan continuamente durante el periodo preescolar, la estatura del niño es un pronosticador medianamente bueno de la que alcanzará al comienzo de la edad adulta; por otro lado, se sabe que en esta etapa los niños son más pesados que la niñas, ya que hay notables diferencias sexuales en la composición del cuerpo, las niñas tienen mayor tejido graso y los niños más tejido muscular (Biehler, 1980).

Durante estos años la reacción del niño a las infecciones cambia, ya que estas producen menos aumento de temperatura, pero la duración de la enfermedad es mayor y la posibilidad de enfermar del corazón después de haber padecido un problema de salud es menor que durante los dos primeros años de vida, pues el latido del corazón se frena y se vuelve más variable, de manera que

la presión sanguínea aumenta constantemente; cabe mencionar, que la respiración se vuelve más profunda y lenta (Mussen, Conger & Kagan, 1979).

Alimentación en los primeros años

Los hábitos de alimentación y de comida son aspectos importantes del desarrollo durante la niñez temprana (Leavitt, Tonnigest & Rogers, 2003; Wardle & et al., 2003). Lo que los niños comen afecta al crecimiento de su esqueleto, su forma corporal y su susceptibilidad a las enfermedades. Los requerimientos para cada niño están determinados por el índice basal del metabolismo, que es la cantidad mínima de energía que una persona utiliza en un estado de reposo. Un niño necesita 1,700 calorías al día, pero las necesidades energéticas de cada niño de la misma edad, sexo y estatura varían (Santrock, 2006).

El Desarrollo físico, mental depende de que los niños tengan una dieta adecuada. Una grave deficiencia de proteínas puede producir enfermedades como la Kwashiorkor, o desnutrición húmeda, y marasmos, las cuales van siempre acompañadas de retraso mental (Strommen, McKinney & Fitzgerald, 1982).

Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman (2005) mencionan que los niños en edad preescolar comen menos que los bebés, en proporción a su tamaño, ya que su crecimiento ahora es lento, por lo tanto requieren de menos calorías por libra de peso corporal. A estos se les permite comer cuando tienen hambre y no son presionados a comer todo lo que se les da, tiene mayor tendencia a regular su ingesta calórica.

La alimentación es un proceso complejo que depende de varios factores esenciales como son (Guzmán Saldaña, 2001):

- La disponibilidad de comida, es decir que físicamente haya comida para el niño.

- La presencia de una persona(s) interesada(s) en alimentar al niño y satisfacer sus necesidades.
- La capacidad del niño de incorporar el alimento, procesarlo y beneficiarse de lo ingerido.
- Factores de la relación entre el niño y sus padres, específicamente durante la alimentación.
- Finalmente factores psicosociales y culturales que determinan lo que se le ofrece al niño, acorde con el momento de su desarrollo, forma de preparación del alimento, su presentación, etc. Esto incluye las prescripciones sobre las horas de la comida y lo que sucede durante ellas.

En la niñez temprana se ingiere demasiada grasa y azúcar, y muy pocas porciones de frutas, verduras, cereales y productos lácteos. Para evitar enfermedades como sobrepeso y problemas cardiacos, los niños solo deben obtener alrededor de 30 por ciento de sus calorías totales de las grasas, y menos de 10 por ciento del total de grasas saturadas, la carne y los productos lácteos deben de ser tomados en cuenta dentro de la dieta, ya que estos proporcionan proteínas, hierro y calcio (Papalia, Wendkos Olds & Duskin Feldman, 2009).

Los niños que han sufrido una desnutrición grave durante sus primeros años, llegan a la edad escolar, tienen un Coeficiente Intelectual (CI) más bajo y son físicamente más pequeños que los niños que fueron bien nutridos (Stoch & Smythe, 1963). Esta temprana deficiencia de proteínas evidentemente es un obstáculo para el cerebro, que está en rápido desarrollo durante ese periodo, y así mismo, para el sistema nervioso (Strommen, McKinney & Fitzgerald, 1982).

Para describir el proceso de alimentación de los pequeños, el Instituto Nacional de las Ciencias Médicas y de la Nutrición, ha establecido una subdivisión de las etapas de alimentación de acuerdo con las necesidades de energía y nutrimentos, con relación a la población mexicana. Dado que para esta investigación es de interés primordial la alimentación en los primeros años de vida,

solo se retoman dos etapas involucradas dentro de la etapa mayor denominada infancia (en Guzmán Saldaña, 2001), a continuación se describen estas:

Lactancia (menor y mayor) y los preescolares menores:

- Lactantes menores: abarca la edad de cero a tres meses; este periodo se caracteriza por un crecimiento acelerado, el peso al nacimiento se duplica. Por esta razón, las necesidades nutrimentales por unidad de peso son las más elevadas. El alimento básico es la leche materna, la cual satisface plenamente sus requerimientos, además de cubrir necesidades inmunológicas y estrechar los lazos afectivos entre la madre y el hijo. Respecto a la alimentación en esta etapa, el amamantamiento o el mamar implica la succión de leche por la cavidad bucal, por parte del bebé; conforme transcurren los meses el mecanismo de mamar se hace más eficaz. Se ha observado que los recién nacidos manifiestan ciertas preferencias por los sabores dulces, en comparación con lo amargo y lo agrio. Las preferencias del bebé por determinados sabores se desarrolla como resultado de lo que se le ofrezca, de lo que prescribe en su cultura, y de lo que ingiere la madre. Por ejemplo, se ha encontrado que si una madre que amamanta a su bebé e ingiere una gran cantidad de ajo, el bebé disminuirá temporalmente su ingesta de leche.
- Lactantes mayores: abarca de los cuatro a los once meses; durante esta etapa la velocidad de crecimiento es menor con relación al subgrupo anterior. El niño triplica el peso con el que nació; por tanto, las necesidades de nutrición por unidad de peso son menores que durante los primeros tres meses, aunque continúan siendo elevadas por lo que la leche materna, como alimento único, resulta insuficiente para cubrirlas. Por este motivo, a esta edad se debe comenzar con la alimentación complementaria, es decir, además de la leche materna, la alimentación contendrá otros alimentos. Es común que en el medio urbano bajo y rural la ablactación se inicie hasta el primer año de vida y

se empleen alimentos de escaso valor nutritivo, lo que provoca que el niño inicie una desnutrición progresiva.

Ahora bien, respecto a la alimentación, en esta etapa una serie de reflejos relacionados con la alimentación desaparecen con el paso de los meses, entonces el bebé desarrolla nuevas habilidades sensorio-motrices para alimentarse. Entre las principales está el aprender a ingerir comidas sólidas, ingerir la comida con la cuchara, manejar alimentos de mayor consistencia que los líquidos o con pedazos sólidos, así como, la auto-alimentación con los dedos, tomar líquido de una taza y sostener el propio biberón. Desde el nacimiento hasta los cinco primeros meses de edad se desencadena el reflejo de morder, después de los seis meses de vida, el comer se convierte en una actividad propiamente voluntaria. El movimiento necesario para cortar los alimentos sólidos con los dientes se produce alrededor de los doce meses. Aún cuando persisten los mecanismos de succión de líquidos, en muchas culturas los padres introducen la alimentación con sustancias más consistentes en los primeros años de vida.

Al principio son purés o papillas de consistencia cada vez mayor, hasta que le dan sólidos que el niño debe aprender a procesar. En esta etapa también se presenta el destete que es la suspensión de la alimentación del seno materno. Entre los seis y los doce meses aparecen los primeros dientes, y entonces se inicia la introducción de comidas más consistentes, en donde el niño adquiere nuevos patrones motrices, además de ser expuesto a nuevos olores, sabores y colores. A los ocho o nueve meses de edad se introduce el uso de la taza para tomar líquidos, y esto también involucra el desarrollar un buen control de los labios y la mandíbula para poder beber. Paralelamente se inicia el uso de la cuchara, permitiéndole manejar poco a poco por sí solo el alimento, y así pasar a la siguiente etapa.

- Preescolares menores: de los 12 a los 23 meses y de dos a cuatro años. Ambos subgrupos integran a los preescolares menores. Las necesidades de estos niños son muy altas, debido a que continúan creciendo y madurando. El incorporarse a la dieta familiar depende, en mayor medida, del criterio de los adultos para la selección de sus alimentos, por lo que se ven afectados por los tabúes y creencias equivocadas sobre la alimentación. Debido al mayor contacto que tiene con el ambiente, tales niños están expuestos a enfermedades como gastroenteritis, e infecciones respiratorias, y otras, cuyo efecto desfavorable sobre la nutrición es muy importante. Esta situación ocasiona que los preescolares menores sean el grupo que presenta el mayor índice de desnutrición. También se manifiesta poco interés en la comida. Es común que rechacen el biberón. El patrón de ingesta de leche disminuye, además hay grandes cambios en la forma de alimentación, que pueden seguir un patrón común. Por ejemplo, el niño prefiere cinco alimentos pequeños en lugar de tres abundantes al día. No come una gran cantidad al mismo tiempo, y como consecuencia tiene hambre con más frecuencia. El comportamiento relacionado con el alimento puede estar relacionado con su lucha por la independencia en esta etapa, regularmente el rechazo a la comida puede ser una expresión de independencia, En particular cuando los padres muestran preocupación. La posibilidad de expresarse a través del lenguaje, plantea al niño el poder decir “no” al ofrecerle la comida, inclusive ante alimentos que por lo regular le gustan.

Aceptan o rechazan diferentes alimentos aparentemente por razones irracionales; por ejemplo, no comen galletas quebradas, no le gustan que mezclen los alimentos en el plato, puede rechazar las carnes que requieren más masticación, el hambre varía de un día para el otro y los alimentos que rechazan un día los consumen con placer al día siguiente. En general, el poco entusiasmo por lo alimentos puede durar solo algunos meses o mantenerse en todo el periodo preescolar. Por lo tanto

las reglas habituales para estimular el apetito del niño pueden ser útiles pero efectivas. Un arreglo cómodo de la mesa y silla, el uso de utensilios fáciles de manejar, alimentos atractivos cortados a un tamaño que el niño los pueda manejar fácilmente y porciones iniciales pequeñas con porciones adicionales según el niño lo solicite, puede facilitar el momento de la comida.

Recapitulando lo descrito para cada una de las etapas en la alimentación, se puede afirmar que desde la primera vez que el menor se alimenta empieza a asociar la comida con el alivio de una molestia. Adquiere confianza en la persona que lo cuida cuando el hambre se satisface rápidamente. Durante el primer año, el apetito natural, producto de las necesidades del crecimiento son lo suficientemente grandes para asegurar una buena aceptación del alimento. Con las demandas para el crecimiento reducidas y con los intereses y capacidades más amplias del niño preescolar, la comida se relega a un segundo lugar de importancia. La disminución del apetito, el aumento de la independencia, y la integración a la dieta familiar crean una situación muy diferente a las primeras etapas de alimentación. Al ser capaz de elegir lo que come, el niño aprende que tiene control sobre lo que anteriormente no tenía. Las reacciones de los padres o de las personas que lo cuidan afectan tanto los patrones de conducta, como las actitudes hacia la alimentación, lo que puede establecer un patrón para el resto de la vida. Aunque los gustos por el alimento cambien, la actitud general del niño hacia el alimento y su significado están basados en gran parte en sus experiencias durante el periodo preescolar.

La comida adquiere varios significados no biológicos; el niño aprende que el alimento es una de las pocas armas que puede usar contra sus padres. El rechazo de los alimentos puede atraer la atención deseada; además el comportamiento durante las comidas, en ocasiones pone a prueba los límites permisibles que han establecido los padres (Santrock, 2006).

Cuando el alimento se ofrece con placer y alegría, los padres expresan satisfacción y orgullo de su descendencia y su capacidad para amar y comprender. En cambio cuando los padres fuerzan a los niños a comer, puede ser que traten de hacer lo mejor, pero también puede ser signo de dominio. El alimento se usa como premio de una buena conducta, pero también puede ser castigo al retirarlo como consecuencia a un comportamiento indeseable. Los alimentos que se usan más comúnmente como recompensa o castigo son las golosinas, las cuales se vuelven más deseables que otros alimentos (Guzmán Saldaña, 2001).

b) Factores Psicológicos

Desarrollo Cognoscitivo

A finales del siglo XVII el filósofo John Locke propuso la visión de que al nacer cada niño era una tabula rasa (hoja en blanco) que debía aprender a interpretar las sensaciones (Santrock, 2006), William James (1890) afirmó que todos los sentidos están integrados al nacer. Algunas teorías del desarrollo perceptual ayudan a responder si es que la realidad que experimentamos por medio de nuestros sentidos, tan solo está afuera o nosotros construimos nuestras propias interpretaciones a partir de nuestras experiencias (en Biehler, 1980).

De acuerdo con la “Teoría del Enriquecimiento” (Piaget, 1954) la estimulación sensorial es fragmentada y confusa para interpretarla se debe hacer uso de nuestros esquemas cognoscitivos para enriquecerla. Por otro lado, la “Teoría de la Diferenciación” (Gibson, 1969) menciona que la estimulación sensorial proporciona todo lo que necesitamos para interpretar nuestras experiencias detectando solo la información diferenciadora que nos permita discriminar una forma de experiencia de otra (Shaffer, 2000).

Para Petrovski (1985), el pensamiento del infante depende en primer lugar, de su propia actividad, éste se apoya en su experiencia sensorial; y en segundo

lugar de la influencia del adulto que le enseña los modos de acción y le da la denominación genética de los objetos. En la acción transcurre el aprendizaje espontáneo; actuando sobre el objeto el niño observa que unas acciones son exitosas y otras no. La experiencia recogida en las acciones precedentes se refleja en las posteriores, el pensamiento funciona en el proceso de solución de las tareas objetivas y se caracteriza por ser concreto, cualquiera que sea la importancia de la experiencia personal en el desarrollo del pensamiento, sobre este ejerce particular influencia el medio social (Biehler, 1980).

Capacidades sensoriales infantiles

Los recién nacidos pueden percibir patrones y colores y detectar cambios en la brillantez, su agudeza visual es deficiente mejorando durante los primeros seis meses de vida, de igual forma los bebés pueden discriminar sonidos que difieren en volumen, dirección, duración y frecuencia; así prefieren la voz de sus madres, que la de otras mujeres y son bastante sensibles a los contrastes fonéticos en el habla que oyen. Los bebés también nacen con preferencias gustativas definidas, ya que prefieren las sustancias dulces sobre las amargas, ácidas o saladas (Shaffer, 2000).

En este periodo el olfato es muy sensible reacciona positivamente ante los olores agradables y negativamente ante los desagradables (Mennella & Beauchamp, 1997). También son bastante sensibles al tacto, la temperatura y el dolor. La percepción visual se desarrolla con rapidez en el primer año de vida, durante los primeros dos meses los bebés son buscadores de estímulos, observan blancos de alto contraste moderadamente complejos y que se mueven, de los dos a los seis meses de edad exploran blancos de manera más sistemática incrementa su sensibilidad al movimiento y comienzan a percibir formas visuales y a reconocer caras familiares (Kail & Cavanaugh, 2006).

La percepción intermodal implica el que los sentidos estén integrados al nacer, ya que los neonatos buscan fuentes productoras de estímulos, tratan de

alcanzar objetos que pueden ver, sentir y escuchar. La información sensorial es detectable más fácilmente cuando intervienen dos o más sentidos. La infancia es el periodo donde surgen las competencias perceptuales básicas, mucho del aprendizaje perceptual ocurre más tarde a medida que los niños continúan explorando objetos en su ambiente y detectan características distintivas, que se ven afectadas por la cultura, ya que se pueden atender y detectar entradas sensoriales de poca significancia sociocultural (Shaffer, 2000).

Para una mayor comprensión, es esencial citar a dos importantes teóricos del desarrollo cognoscitivo: Jean Piaget que explica como el niño interpreta al mundo a edades diversas; y el punto de vista sociocultural de Vigotsky que explica los procesos sociales que influyen en la adquisición de las habilidades intelectuales (en Santrock, 2006).

Piaget (1951,1952 y 1954) en su teoría, define la inteligencia como una función vital básica que ayuda a la niño a adaptarse al ambiente y describe a los niños como exploradores activos que construyen tres clases de esquemas conductual, simbólico y operacional, que ayudan a establecer un equilibrio cognoscitivo entre sus pensamientos y sus experiencias. Estos esquemas son construidos y modificados por medio de los procesos de organización y adaptación, esta ultima integrada por dos actividades la asimilación (adaptar las nuevas experiencias a los esquemas existentes) y la acomodación (modificación de los esquemas ya existentes resultado de nuevas experiencias) (Papalia, Wendkos Olds & Duskin Feldman, 2009).

Desde la perspectiva piagetana, el crecimiento intelectual progresa a través de una secuencia invariable de etapas (Biehler, 1980):

- Periodo sensoriomotor: (cero a dos años de edad) comienza con la actividad refleja básica, donde los bebes llegan a conocer y entender los objetos y sucesos actuando sobre ellos por medio de la construcción de reacciones circulares primarias respuestas agradables centradas en el

propio cuerpo del bebe descubiertas por casualidad y se repiten una y otra vez , reacciones circulares secundarias respuestas agradables centradas en un objeto externo descubiertas por casualidad y se repiten una y otra vez, logrando la coordinación de dos acciones para lograr objetivos simples, y las reacciones circulares terciarias son esquemas exploratorios que ayudan al bebe para actuar sobre los objetos, con el tiempo estos esquemas conductuales son internalizados para formar símbolos mentales que apoyan logros como la experimentación interna (solución de problemas simples a nivel mental).

- Periodo pre operacional: (de los dos a los siete años de edad), el razonamiento simbólico se incrementa notablemente, ya que los niños que atraviesan el periodo pre conceptual caracterizado por la aparición de ideas, conceptos, métodos de razonamiento primitivo basado en la capacidad para usar símbolos y presentan insight representativo. El simbolismo se vuelve gradualmente más complejo en la medida en que los niños adquieren la capacidad para la representación de un objeto en si o como representación de algo más; sin embargo, Piaget describe el pensamiento de los niños de dos a siete años como animista y egocéntrico, caracterizado por la focalización (centración) y el razonamiento pre causal (transductivo), aunque en esta etapa a menudo los niños no pueden distinguir entre apariencia y realidad. El pensamiento intuitivo se da cuando el pensamiento del niño sobre los objetos y sucesos es denominado por las características perceptuales sobresalientes como lo son el color, tamaño y forma.
- Operaciones concretas: (siete a once años de edad), durante esta etapa los niños realizan operaciones cognoscitivas como la desconcentración, que no es más que considerar múltiples aspectos de un objeto o situación, y la reversibilidad (negación) que les permite pensar de manera lógica y sistemática acerca de objetos, sucesos y experiencias tangibles. Al pasar a la etapa operacional los niños adquieren un tipo de pensamiento que les permite conservar, seriar, exhibir transitividad (reconocer relaciones de

objetos en un orden serial) y comprender la necesidad lógica de comparar objetos con sus subclases sin confundirlos y las relaciones del todo con las partes. Sin embargo, los operadores concretos solo pueden aplicar su lógica a aspectos reales o tangibles de su experiencia y no pueden razonar en forma abstracta.

- Operaciones Formales: (de once o doce años en adelante), el razonamiento operacional es racional, abstracto y parecido al razonamiento hipotético deductivo de un científico. El individuo comienza a pensar de manera más racional y sistemática sobre conceptos abstractos y sucesos hipotéticos. La realización de operaciones formales puede contribuir a la confusión, el idealismo y fenómenos como la audiencia imaginaria y la fabula personal. Estas operaciones pueden resultar imposibles de realizar por aquellos adolescentes y adultos que no han sido expuestos a experiencias educativas que fomenten este razonamiento.

En lo que se refiere a la perspectiva sociocultural de Lev Vigotsky (1934-1962) hace hincapié en que las influencias sociales y culturales tienen gran efecto sobre el crecimiento intelectual. Cada cultura transmite creencias, valores y métodos preferidos de pensamiento o de solución de problemas, sus herramientas de adaptación intelectual, a la generación que le sigue, esto es que la cultura enseña a los niños: que pensar y cómo hacerlo (en Rice, 1997).

Vigotsky afirmaba que los bebés nacen con unas cuantas funciones mentales elementales – atención, sensación, percepción y memoria – que con el tiempo son transformadas por la cultura en procesos mentales nuevos y más complejos llamados funciones mentales superiores (Kail & Cavanaugh, 2006).

Los niños adquieren creencias valores y estrategias de solución de problemas culturales en el contexto de diálogos colaborativos con compañeros más expertos, en la medida que gradualmente internalizan las instrucciones, mucho de lo que adquieren los niños de los compañeros más expertos ocurre por

medio de la participación guiada, proceso que es independiente del contexto (Shaffer, 2000).

Un elemento importante dentro del desarrollo cognoscitivo es el CI donde se supone que el CI de una persona refleja su capacidad intelectual genéticamente determinada y que permanece estable a lo largo del tiempo (Rice, 1997). El Coeficiente de desarrollo de los bebés, no se puede predecir con precisión respecto a las puntuaciones, alrededor de los cuatro años, surge una relación significativa entre los primeros resultados de CI y los posteriores, la cual se fortalece en la niñez media (Strommen, McKinney & Fitzgerald, 1982).

El desempeño intelectual de una persona depende tanto de los genes como de factores ambientales. Ottho Klinenberg (1963) propuso una hipótesis de deficiencia acumulativa la cual sostiene que los ambientes pobres obstaculizan el crecimiento intelectual que se acumulan a lo largo del tiempo (Shaffer, 2000).

Desarrollo del Lenguaje

Un logro asombroso que coloca a los seres humanos fuera del resto del reino animal es la creación en el uso del lenguaje, ya que aunque los animales pueden comunicarse entre sí, su número limitado de llamados y gestos, tan solo son señales aisladas, Por el contrario los lenguajes humanos son flexibles y productivos, a partir de una cantidad pequeña de sonidos individuales carentes de significado, los niños llegan a generar miles de patrones auditivos significativos que con el tiempo se combinan de acuerdo a un conjunto de reglas gramaticales para producir una cantidad infinita de mensajes (Biehler, 1980).

El lenguaje es a la vez una herramienta inventiva con la que expresamos nuestros pensamientos e interpretaciones. A pesar de ser este uno de los cuerpos de conocimiento más abstractos, niños de todas las culturas llegan a entender y usar esta forma de comunicación a edades muy tempranas (Newman & Newman, 1983).

Petrovski (1985) afirma que la primera infancia es el periodo de formación del lenguaje activo del niño: hasta el año y medio el pequeño domina de 10 a 20 palabras y las emplea muy raramente, el pequeño para ser un sujeto con iniciativa, empieza a exigir constantemente que se le nombren los objetos. El desarrollo del lenguaje supone el dominio del aspecto fonético y del sistema gramatical de la lengua materna. Al comienzo se percibe el lenguaje mediante la captación de la estructura rítmico-melódica típica de la palabra, ya hacia el final del segundo año se va conformando en la percepción fonética de todos los sonidos de la lengua natal, sobre esta base va asimilando un vocabulario activo y la pronunciación correcta de las palabras (Papalia, Wendkos Olds & Duskin Feldman, 2009).

La asimilación del sistema gramatical tiene sus propios periodos del desarrollo (Petrovski, 1985):

- El primer periodo (del año a los dos años) es el de las oraciones compuestas de palabras-raíces amorfas. En él se destacan las oraciones de una y dos palabras.
- El segundo periodo del desarrollo del sistema gramatical de la lengua se prolonga hasta los tres años.
- El lenguaje infantil comienza a adquirir un carácter bastante coherente y le permite expresar la comprensión de muchas relaciones en el mundo objetivo.
- El niño comienza tempranamente a criterios hacia el nexo entre los significados gramaticales que reflejan relaciones objetivas reales.

Los teóricos del aprendizaje proponen que los niños adquieren el lenguaje a medida que imitan el habla de otros y son reforzados por las emisiones gramaticalmente correctas. Los nativistas piensan que los seres humanos están dotados de capacidades innatas para el procedimiento lingüístico (dispositivo de adquisición y capacidad para hacer el lenguaje). Los niños no requieren nada más

que ser expuestos al habla para aprender cualquiera y todos los lenguajes (Shaffer, 2000).

El aprendizaje del lenguaje se divide en periodos que son (Rice, 1997):

- El periodo pre-lingüístico que abarca el primer año de vida donde los bebés empiezan a balbucear y a producir sus propios vocablos (Marean, Werner & Kuhl, 1992).
- Periodo holofrástico, los bebés se comunican con holofrases (emisiones de una sola palabra) hablan acerca de objetos móviles y manipulables, posterior al cumplimiento del primer año (Clark, 1983).
- Periodo telegráfico de los 18 a los 24 meses de edad, donde los niños comienzan a producir enunciados de dos y tres palabras omitiendo marcadores gramaticales y palabras pequeñas de menor importancia (Brown, 1975).
- Periodo preescolar. Periodo corto que transcurre entre los dos y medio a los cinco años de edad, los niños aprenden a elaborar enunciados más complejos y de tipo adulto, comienzan a dominar la sintaxis básica un niño de 35 a 38 meses ya inserta artículos, verbos auxiliares y marcadores gramaticales, al igual que proposiciones negativas, en ocasiones alcanza a plantear alguna pregunta bien formulada (Shaffer, 2000).

Durante el tercer año se hacen presentes los morfemas gramaticales que son modificadores que dan significado a los enunciados, es aquí donde los niños comienzan a pluralizar sustantivos agregando -s, a significar ubicación con los morfemas preposicionales en y sobre, a indicar el tiempo verbal presente progresivo con el gerundio -ando, -endo, o el pasado agregando la -ó, y a describir el género con las terminaciones -o y -a en los sustantivos (Gerken & McIntosh, 1993). Es interesante destacar que en ocasiones los niños sobreentienden los morfemas gramaticales fenómeno conocido como sobre-regulación, Afirmaciones como “Mi cepillo está rotpido” (Rice, 1997).

El periodo preescolar también es el momento en el que un niño aprende reglas de gramática transformativa que le permiten cambiar afirmaciones declarativas en preguntas, negaciones, imperativos, cláusulas relativas y enunciados compuestos. Para cuando ingresan a la escuela, los niños ya dominan la mayor parte de las reglas sintácticas de su lengua materna y pueden producir una amplia variedad de mensajes compuestos tipo adulto (Shaffer, 2000).

Otra razón para que el lenguaje de los preescolares llegue a ser más complejo es que los niños de dos a cinco años de edad comienzan a entender y expresar contrarios de relación como grande/pequeño, alto/bajo, dentro/fuera, etc. Lo que es conocido como desarrollo semántico. Durante este periodo también los niños adquieren varias habilidades de conversación que les ayudan a comunicarse en forma más eficaz y a lograr sus objetivos (Santrock, 2006)

Los niños de tres años ya comienzan a entender la intención de locución ósea que el significado real subyacente de una emisión puede no corresponder siempre al significado literal de las palabras que usa el que habla, del mismo modo también aprenden que deben adecuar sus mensajes a su audiencia si esperan comunicarse eficazmente. Un comunicador eficaz es aquel que no solo produce mensajes claros y sin ambigüedad, sino que es capaz de detectar imprecisiones en el habla de otros y pedir aclaraciones a esto se le conoce como habilidades de comunicación referencial (Biehler ,1980)

Niñez media y adolescencia periodo de perfeccionamiento lingüístico, al adquirir conocimiento morfológico y conciencia metalingüística (capacidad para pensar en el lenguaje y para comentar sus propiedades). En la tabla 1, se resume el tema de la evolución del lenguaje en los seres humanos desde que son criaturas pre-verbales, que están preparadas para el aprendizaje del lenguaje y motivadas a compartir el significado, hasta que son adolescentes plenamente articulados, que pueden generar y comprender un número infinito de mensajes (Shaffer, 2000).

Tabla 1. Hitos importantes sobre el desarrollo del lenguaje.

Edad (años)	Fonología	Semántica	Gramática/ Sintaxis	Pragmática	Conciencia meta-lingüística
0-1	El balbuceo comienza a parecerse a los sonidos de la lengua materna	Aparecen gestos pre verbales y los vocablos	Preferencia por la estructura de la frase o patrones de énfasis de la lengua materna.	Atención conjunta niño-cuidador a objetos y acontecimientos .	Ninguna
1-2	Aparición de estrategias para simplificar la pronunciación de las palabras.	Aparición de las primeras palabras. Sobre-extensiones y sub-extensiones del significado de las palabras.	Las holo-frases dan paso al habla telegráfica de dos palabras. Los enunciados expresan relaciones semánticas. Adquisición de morfemas gramaticales.	Uso de gestos y claves de entonación para aclarar mensajes. Primeras señales de cortesía en el habla de los niños.	Ninguna
3-5	Mejoría de la pronunciación	El vocabulario se expande. Comprensión de las relaciones espaciales.	Se agregan morfemas gramaticales en secuencia regular. Conciencia de la mayoría de las reglas gramaticales.	Comienza la comprensión de la intención de elocución. Intentos por aclarar mensajes ambiguos.	Alguna conciencia fonética y gramatical.
6-adolescencia	La pronunciación cambia la tipo adulto.	Adquisición de conocimiento morfológico. Inclusión de palabras abstractas.	Corrección de errores gramaticales. Adquisición de reglas sintácticas complejas.	Mejora la comunicación referencial, en especial la capacidad para detectar y reparar mensajes carentes de información.	La conciencia metalingüística florece y crece con la edad.

Fuente: Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*. México: International Thomson Editores.

Desarrollo emocional

Entre los cambios más importantes en el desarrollo emocional en la niñez temprana (Kuebli, 1994) se encuentra el mayor uso de lenguaje emocional y de la comprensión de las emociones (Santrock, 2006).

Es evidente que los bebés son seres emocionales, al nacer realmente muestran interés, incomodidad, disgusto y alegría y demás emociones primarias (irritación, tristeza, sorpresa y temor) aparecen al término del primer año (Carroll Izard, 1977, 1980). Las emociones secundarias como el desconcierto, el orgullo, la culpa y la vergüenza surgen en el segundo o tercer año, después de que los niños alcanzan hitos cognoscitivos como el auto reconocimiento y han adquirido normas para evaluar su conducta (Ekman, 1972; Rice, 1997).

La socialización de las emociones y la autorregulación emocional comienzan muy pronto, a medida que los padres modelan emociones positivas a su bebé atendiendo y prolongando sus sentimientos placenteros; sin embargo, la capacidad de regular y controlar emociones se desarrolla muy despacio y bien pueden llegar los años de la escuela primaria antes de que los niños sean capaces de obedecer las reglas de despliegue de emociones definidas por la cultura (Rice, 1997).

Para Newman y Newman (1983) el desarrollo emocional se inicia con la confianza, ya que ésta se establece mediante la interacción entre el infante y quienes cuidan de él. Para que la confianza surja, es necesario que el niño sienta que están satisfechas sus necesidades físicas y fundamentales, como hambre, sed, cariño y calor. Los infantes descubren que la fuente que satisface sus necesidades, está fuera de ellos.

El niño no solamente comienza a interesarse por quienes lo cuidan, sino que comienza a regular su conducta para responder a lo que esos otros esperan de él. La autorregulación en la infancia incluye cosas como esperar para comer,

hasta que mama esta lista, cambiar los patrones de sueño y actividades para adaptarse a los ciclos de actividad de la familia, y expresar el afecto en formas que son bien recibidas (Kail & Cavanaugh, 2006).

La capacidad de un bebé para reconocer e interpretar las emociones surge durante el primer año de vida y va mejorando a lo largo de la niñez ayudada por el desarrollo cognoscitivo. A los diez meses el bebé es capaz de elaborar referencias sociales. En la tabla 2, se resume el desarrollo emocional a partir de una investigación realizada en la Universidad de Delaware por Carroll Izard y sus colegas (1982, 1993) que han estudiado las expresiones emocionales de los bebés grabando en videos respuestas ante acontecimientos (en Shaffer, 2000).

Tabla 2. Panorama del desarrollo emocional Carroll Izard (1982, 1993).

Edad	Expresiones y regulaciones emocionales	Comprensiones emocionales
Nacimiento-6 meses	Aparecen todas las emociones primarias. Las exhibiciones de emociones positivas son alentadas e incrementan su frecuencia. Se observan intentos por regular las emociones negativas chupando o volteando hacia otro lado.	Discrimina expresiones faciales como felicidad, enojo y tristeza.
7-12 meses	Las emociones primarias como irritación, temor y tristeza se vuelven más evidentes. Mejora la autorregulación emocional a medida que los bebés se mecen solos, mastican objetos o se alejan de estímulos perturbadores. Aparecen las emociones secundarias (autoconscientes).	Mejora el reconocimiento de las emociones primarias ajenas. Surge la referencia social.
1-3 años	Mejora la regulación emocional a medida que los niños se distraen de los estímulos que los inquietan o intentan controlarlos. Aparición y perfeccionamiento de de estrategias cognoscitivas para regular las emociones.	Los niños comienzan a hablar y a jugar representando emociones. Aparece la respuesta empática.
4-6 años	Enmascaramiento parcial de las emociones y obediencia de las reglas de despliegues simples.	Mejora la comprensión de de las causas externas y consecuencias de las emociones. La respuesta empática se hace más común.
6-12 años	Las emociones autoconscientes se vinculan más estrechamente con las normas internalizadas del comportamiento correcto o competente.	Los niños integran claves internas y externas para comprender las emociones de los demás.

Fuente: Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia*. México: International Thomson Editores.

Esta capacidad para reconocer e interpretar las emociones de otros desempeña una función de conocimiento importante, ya que ayuda al niño a inferir como debería sentir, pensar o comportarse en situaciones inciertas (Santrock, 2006).

Como bien se sabe cada ser humano tiene una personalidad distinta y para tratar de describirla los investigadores se han enfocado en diferentes componentes del temperamento que no es más que la tendencia de una persona a responder en formas predecibles, ante acontecimientos ambientales, todo esto influido por la genética. Los atributos del temperamento se agrupan en perfiles de patrones predecibles tales como: fácil, difícil y lento para entusiasmarse, niños que corren gran riesgo de presentar problemas de adaptación (Mussen, Conger & Kagan, 1979).

Es importante mencionar que la confianza tiene implicaciones para las relaciones sociales que van más allá de la infancia. La disposición de un niño de segunda infancia para permanecer con una niñera, la aceptación de un niño de cinco años de una hermanita, la capacidad de un niño de ocho años de tener un amigo íntimo, el éxito del adolescente en relación del tipo heterosexual (Rice, 1997). Todas estas nuevas relaciones se crean sobre las experiencias primitivas de apertura, optimismo y confianza que se establecieron en las relaciones entre él bebe y quienes lo cuidaron. El apego es la relación emocional positiva que se crea entre el niño y quienes lo cuidan. Para Bolwby (1958) las conductas de apego de los niños tienen funciones: a) mantener la proximidad con el cuidador, b) establecer un lazo emocional y c) activar conductas de cuidado (en Newman & Newman, 1983).

Biehler (1980) hace hincapié en que las teorías psicoanalíticas y del aprendizaje fueron desacreditadas por el descubrimiento de que la alimentación desempeña una función, mucho menor de lo que decían estas teorías. Por el contrario de acuerdo con la teoría etológica se dice que los seres humanos poseen características pre-adaptadas que los predispone a formar apegos.

c) Factores socio-culturales

Desarrollo del yo

Se piensa que el yo surge de las interacciones sociales y refleja en gran medida las reacciones de otras personas hacia nosotros, lo que se conoce como “yo de espejo”. El desarrollo de la cognición está relacionado con la forma en que cambia con la edad la comprensión que el niño tiene de sí mismo y de otra persona (Papalia, Wendkos Olds & Duskin Feldman, 2009).

Se cree que los bebés nacen sin un auto concepto y en forma gradual llegan a distinguirse del ambiente externo durante el primer año de vida, entre los 18 y 24 meses de vida los niños exhiben auto reconocimiento y comienzan a formar un yo categorizado a medida que se clasifican a sí mismos a lo largo de dimensiones sociales significativas como la edad y el sexo (Shaffer, 2000).

Desde el punto de vista socio-psicológico, el concepto de sí mismo se identifica con la acumulación de las características que otros agentes atribuyen al sujeto (Mead, 1934) o con el conjunto de los papeles que cada quien representa (Brim, 1966) o con los modelos que cada quien tiene de sus propias conductas (Keller, 1973; Weiner, 1974).

Piaget (1960) describe el concepto del yo, con el proceso gradual de adaptación al medio, que dice que cuando el niño comienza a explorar objetos y a cambiar sus esquemas sensorio-motores para adaptarse a ellos, al mismo tiempo está descubriendo aspectos del yo. La complejidad de estas características o papeles cambian durante la vida. Los cambios específicos de concepto de sí mismo se dan generalmente en cuatro etapas de la niñez; la infancia (desde el nacimiento hasta los 18 meses), la segunda infancia (desde los 18 meses hasta los cuatro años), la primera edad escolar (cinco a siete años) y la segunda edad escolar de los ocho a 12 años) (en Newman, & Newman ,1983):

- Brune (1968) y Rovee y Rove (1969) afirman que en la primera etapa de la niñez (desde el nacimiento hasta los 18 meses), los infantes parecen poner atención a lo que sucede como consecuencia directa de su propia acción, parece indicar que los niños desde el primer mes o los dos meses comienzan a desarrollar su potencialidad de ser agentes causales, en segundo lugar a los tres meses los infantes comienzan a explorar sus manos, su cara y sus pies, la tercera expresión de la conciencia de sí mismos es el reconocerse (respuesta que da un niño delante de su imagen en un espejo), el cuarto aspecto de reconocimiento del yo entre los cinco y seis meses el infante se muestra excitado en presencia de caras conocidas o de lugares familiares.
- Segunda infancia (desde los 18 meses hasta los cuatro años): la conciencia del yo se expresa y se impone en casi cada aspecto de la segunda infancia. La adquisición del lenguaje permite al niño comunicar al mundo de los adultos las nociones de su propio yo. Pero más importante para el concepto del yo que la función de comunicación que el lenguaje tiene, es la adquisición de etiquetas verbales o conceptos. El niño descubre, que cada objeto, él o ella mismo incluidos tienen un nombre.
Según Dale (1976) al principio el niño no distingue entre el nombre del objeto y el objeto mismo, no se da cuenta que la etiqueta verbal es un símbolo y la consideran como parte del objeto mismo. Otro elemento del concepto del yo que se desarrolla, es la extensión de los límites de la persona del propio cuerpo para incluir en las cosas materiales y a los miembros de la familia. "Mío" y el descubrimiento de posesiones personales son clara evidencia de que el niño experimenta a su propio yo, un tercer elemento del concepto de sí mismo que tiene el niño en la segunda infancia, es la capacidad de percibir y responder a estados de ánimo interiores (Allport, 1955). El niño es capaz de identificar sus estados de ánimo y cambiarlos. El infante comienza también a abrirse a los primeros componentes sociales del concepto del yo. El yo como se refleja en otros

(Allport, 1961; Rogers, 1959). Los niños oyen como otras personas les atribuyen características; si esto se repite con frecuencia, puede llegar a ser el núcleo de yo tal como lo perciben los otros. Rogers (1961), dice que en esta etapa, los niños se comienzan a dar cuenta que algunas de sus actitudes son apreciadas por los demás, y algunas otras no.

Este aprendizaje sería el sentido del valor condicionado. Finalmente, los niños, tienden a considerarse a sí mismos iniciadores de nuevas posibilidades. En todos los aspectos de la vida, los niños ejercitan su voluntad con frases como: “yo puedo”, “a ver si puedo”, “me toca a mí”. El enfrentamiento exitoso se acompaña de gran satisfacción al realizarlo (Murphy & Mariarty, 1976).

White y Watts (1973) señalan que para que el niño pueda tener éxito en estos intentos iniciales, es importante el cuidado, la atención que se le dispensa. El adulto puede contribuir al mejoramiento de la imagen que el niño tiene de sí mismo brindándole estímulos seguros y atractivos dándole explicaciones orales, y reconociendo con palabras y con hechos el valor de lo que el niño hace (Newman, & Newman, 1983).

Algunos estudiosos del desarrollo creían que los auto-conceptos de niños de edad preescolar eran concretos, se referían a cualidades físicas y casi carentes de una autoconciencia psicológica. Estos niños saben cómo se comportan por lo general en muchas situaciones y pueden clasificarse a lo largo de dimensiones psicológicas si se les pide que lo hagan en formas que no ponen a prueba sus habilidades verbales, las auto descripciones de niños de tres a cinco años son muy concretas enfocándose en su mayor parte en sus características físicas, posesiones y las actividades que pueden realizar (Santrock, 2006).

Entre los tres y los cuatro años la teoría de la mente se convierte en una teoría de la creencia y el deseo que se parece a la concepción de los adultos sobre la forma en que funciona la mente, una vez que los niños logran esto, estimulado por

interacciones con los hermanos y adultos, diferencian de forma más clara su yo privado y su yo público. Más o menos a los ocho años, los niños comienzan a describirse en función de sus atributos psicológicos internos y perdurables (Shaffer, 2000).

Ericsson (1982) afirma que la autoestima es el componente evaluativo del yo, se trata de los juicios que hacemos sobre nuestra auto valía, comienza a tomar formal inicio de la vida a medida que los bebés forman modelos de trabajo positivos o negativos del yo partir de sus interacciones con los cuidadores, A los ocho años los niños se evalúan a sí mismos en tres áreas: competencia física, competencia académica y aceptación social, los amigos influyen mutuamente sobre la autoestima por medio de la comparación social durante los años de educación primaria (Papalia, Wendkos Olds & Duskin Feldman, 2009).

El surgimiento del auto control es un hito importante, ya que los niños de dos años obedecen en forma voluntaria las directivas de otros, su conducta en gran medida, se encuentra controlada, externamente por las consecuencias que anticipan para la obediencia. Para mediados del tercer año los niños presentan un incremento en su capacidad de regular y controlar su propio pensamiento y comportamiento, ayudados en parte, al habla privada como mecanismo regulador (Shaffer, 2000).

La demora de la gratificación es un aspecto importante del autocontrol y mejora en forma notable con la edad, implica una capacidad de inhibir impulsos, de recibir pequeñas recompensas en forma inmediata. Los niños difieren claramente en la motivación de logro, es decir, su disposición para alcanzar el éxito y dominar nuevos desafíos (motivación del dominio), los bebés que tienen apegos seguros con cuidadores sensibles que proporcionan un ambiente familiar estimulante tienen mayores probabilidades de convertirse en niños curiosos en la estancia infantil que más tarde se desarrollaran positivamente en la escuela (Kail & Cavanaugh, 2006).

Desarrollo Social

Para Newman y Newman (1983) la familia es el sistema fundamental en donde tiene lugar las experiencias del niño, es un complejo de interacción familiar, en donde la conducta del niño, sus ideas, sus pensamientos y sus fantasías influyen en las vidas de quienes viven con él o con ella. La conducta, las ideas, los pensamientos y las fantasías del padre y de la madre y de los hermanos influyen en la vida del niño.

Los padres y las madres tienen diferentes funciones en el grupo familiar (Parsons, 1955). La madre cumple funciones de “expresión”, es decir, intenta sostener la moral de la familia y mantener abierta la comunicación entre los miembros de la familia. Las funciones del padre como “instrumento”, el padre obtiene recursos para el sostén de la familia. Estudios realizados sobre las funciones de la crianza infantil, demuestran que la madre realiza en la familia funciones “instrumentales” y de “expresión” (Clauden, 1966).

En 1972, el cuarenta por ciento de las mujeres con hijos menores de 18 años, trabajaban, y aunque era más difícil que las mujeres con niños pequeños trabajaran, más o menos el 30 por ciento de las mujeres con niños de menos de cinco años habían trabajado (Hoffman & Nyle, 1974). Estos datos indican que las mujeres que llegan a ser madres no se conforman con las funciones “de expresión” la actividad “instrumental” realizadas por mujeres no se manifiesta en su totalidad en las estadísticas de trabajo, del mismo modo los padres no realizan funciones exclusivamente “instrumentales” (Lynn, 1974), ya que toman parte en la disciplina de sus hijos, en sus juegos y en la comunicación de aprobación o el rechazo de sus aspiraciones (Newman & Newman, 1983).

Las prácticas de crianza infantil, exigen a los padres traducir en tipos específicos de interacción sus teorías sobre el papel que juegan como padre. Schafer (1959) ofrece un modelo bidimensional de conductas de crianza infantil,

afirma que la mayor parte de las actitudes de los padres son una combinación de las dos dimensiones: amor-hostilidad y autonomía-control (en Baurid, 1966); describe tres modelos de disciplina paterna para expresar el amor y el control: disciplina permisivo, autoritativo y autoritaria (en Newman, & Newman ,1983). A continuación se describen estos:

- El permisivo trata de comportarse con una actitud no punitiva, de aceptación y de impulso a las reacciones, los deseos y acciones del niño.
- El autoritativo intenta dirigir las actividades del niño de manera racional y con fines precisos. Impulsa el intercambio de opiniones, le comunica al niño las razones que están detrás de su actitud y le interesa saberlas objeciones del niño cuando este no está de acuerdo.
- El autoritario intenta modelar, controlar y valorar la conducta del niño de acuerdo con un patrón de conducta.

Guzmán Saldaña (2001) menciona que la importancia que juega el escaso ámbito social del recién nacido y su interacción son estrechos, en forma directa tiene contacto solo con la madre (figura materna), en donde la interacción madre-hijo se logra fundamentalmente a través del alimento como satisfactorio de una necesidad vital y del contacto amoroso, que satisface una necesidad básica de tipo emocional. Por esto desde la primera tetada, el alimento se constituye como herramienta de interrelación, es decir de socialización. Como ya señaló, el más alto significado del alimento como instrumento de socialización se alcanza en las primeras etapas de desarrollo. La conducta asumida por los padres, sobre todo de la madre, al establecer vínculos afectivos realiza actividades compartidas, establece relaciones de reciprocidad que promuevan el desarrollo de habilidades en el niño, entre otras, estimula la evolución de su interdependencia, proceso sumamente importante para el desarrollo cognoscitivo y ejerce una valiosa fuerza en la motivación para el aprendizaje.

El periodo entre las edades de dos a seis años normalmente se denomina de la segunda infancia o periodo preescolar, este periodo da lugar a un desarrollo bio-psico-social significativo en frentes distintos. El aspecto más evidente de este desarrollo se manifiesta en cambios sorprendentes en la talla y en tipo (Stassen Berger & Thompson, 1997). Un aspecto importante de este periodo son los hábitos de alimentación y de comida (Leavitt, Tonnigest & Rogers, 2003; Wardle et al., 2003) que son responsabilidad de la madre o de algún familiar, esto se conoce como practicas de crianza, dentro de ellas, encontramos las creencias y prácticas de alimentación, aquellas que han sido transmitidas de generación en generación y que además se han ido modificando con el paso del tiempo como una medida para ajustarse a la vida global, modificando su alimentación pero no dejando de influir en los miembros de la familia (Vera, 2004). Las prácticas de crianza, en especial las creencias y las prácticas de alimentación son abordadas en el próximo capítulo.

Capítulo 2

Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación

La nutrición es esencial para el adecuado crecimiento, vitalidad y bienestar subjetivo, por lo cual los comportamientos que promueven la salud deben iniciar desde muy temprano en la vida con la alimentación al seno materno y continuar a través de la vida con el desarrollo de hábitos alimenticios saludables (Navarro, 2006).

Algunas conductas saludables que se han propuesto son: ejercicio regular, alimentos bajos en grasa, consumo de frutas y fibra, desayunar la mayoría de los días, mantenerse en un peso adecuado de acuerdo con la estatura; analizando que la relación entre las preferencias y hábitos alimentarios de los padres y de los hijos, sugieren que cuando los padres tienen un estilo de vida específico, con mayor frecuencia los hijos también lo siguen (Amigo, 2003; OMS, 2002)

Se ha hecho hincapié de la importancia del rol que juega la familia en la salud; la buena salud comienza en la infancia puesto que, en los primeros años de la niñez la familia está encargada del cuidado y desarrollo del niño, si los miembros de la familia tienen hábitos saludables, es probable que los niños los aprendan (Navarro, 2006; Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Así mismo, los padres juegan un papel preponderante, ya que la conducta de estos determina en gran medida la adquisición de nuevas experiencias en el niño, y aunque durante el desarrollo el menor establece relaciones sociales con múltiples miembros pertenecientes a los entornos en donde se desenvuelve, la unidad básica de análisis para la comprensión de su desarrollo se establece en la diada madre-hijo (De Tejeda, González & Porras, 1996).

Roteinberg (2001) menciona que la disponibilidad materna para atender a sus hijos requiere de una red de apoyo; es decir, un ambiente protector para la ella, un lugar donde vivir y personas con quien compartir los cuidados del bebé.

El vínculo madre-hijo incide directamente en el desarrollo cognoscitivo, motivación para el aprendizaje (Bronfenbrenner, 1987) y el estado nutricional, del niño, el cual será idóneo si la frecuencia y la calidad de la interacción es apropiada y suficiente (De Tejada et al; 1996); por ello, en el problema de la obesidad infantil las prácticas de crianza juegan un papel importante, ya que se ha demostrado que el control alimentario materno se vincula con la presencia de obesidad en las primeras etapas de vida, o de modelos alterados y desordenados de alimentación (Birch & Fisher, 1998).

La familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo, por lo que los padres pueden influir directamente en las conductas alimentarias de sus hijos, a través de sus propias actitudes y conductas respecto a la comida y al peso (Perry, Silvera, Neilands Rosenvinge, & Hanssen, 2008); es decir, los padres disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario al servir como un modelo para el niño (Saucedo-Molina & Gómez-Peresmitré, 2005; Ventura & Birch, 2008).

Ello estará determinado por factores que se relacionan con la paternidad como la historia de desarrollo de los padres, su personalidad, las relaciones matrimoniales, la salud de los padres y el niño, las redes de apoyo familiares y extrafamiliares, el trabajo, el uso de alcohol y drogas y las características del niño, entre otras (Webster-Stratton, 1990). Así pues, el cuidado del niño es un concepto que descansa en la familia y la comunidad, y como sustento histórico-social de las prácticas heredadas de los antepasados (Peña, 2004).

Montage (2002) explica que la exposición infantil a la comida parece estar mediada por la preferencias parentales hacia la misma, el conocimiento, las

creencias acerca de esta, el moldeamiento de roles por los padres, hermanos y pares. En este sentido se definen conceptos relacionados tales como estilo, crianza, estilos de crianza y prácticas de crianza.

Definición de Estilo, Crianza y Estilo de Crianza

De acuerdo con Becerril (1996) el término estilo considera elementos que se ajustan a un patrón conductual determinado; sin embargo, este concepto desde una perspectiva histórica implica cambios basados en transformaciones económicas, sociales o culturales de la comunidad (Vera-Noriega, 1999).

La crianza se define partiendo de los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen con relación a la salud, la nutrición, los ambientes físico y social, y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar (Eraso, Bravo & Delgado, 2006; Guzmán, Gómez, García & Martínez, 2009).

Según Myers (1994), Delgado (1998), Sotomayor (1999), Aguirre (2000) y Aguirre y Duran (2000) en la crianza se resalta el papel que juegan los padres en la formación de los hijos, específicamente en el campo de la interacción humana, dentro de un marco de relación interpersonal, caracterizado por el poder, el afecto, influencia, y convicción de que están para cumplir una función principalmente de cuidado y orientación.

Específicamente, las creencias de alimentación consisten en un sistema de pensamiento capaz de dar origen y sostener en el tiempo una actitud, práctica o hábito alimentario, higiénico, preventivo o curativo, saludable o no (Behar e Icaza, 1972). Mientras que las prácticas de alimentación se definen como aquellas conductas específicas orientadas a una meta en particular, a través de las cuales los padres desempeñan su papel como son el monitoreo, el control, los halagos, entre otros (Darling & Steinberg, 1993).

Así, la crianza es el resultado de los valores y creencias que comparten los padres de acuerdo a una cultura determinada, que es transmitida dentro de la misma sociedad por medio de instituciones sociales como tales como la escuela, la familia y la iglesia, pero es en la familia donde se genera el primer contacto del individuo con la sociedad (Latané, 1994).

Ahora bien, el estilo de crianza se refiere al modo o costumbre particular de los padres para promover o desalentar conductas, valores y motivación a los hijos (Davidoff, 1979), y como ya se señaló, directamente se relaciona con aspectos de la personalidad de la madre y valores culturales sobre los propósitos de la educación, incluyendo salud, alimentación y desarrollo (Peña, 2004).

Respecto a las prácticas educativas que exhiben los padres Baumrind (1965) señala la existencia de cuatro dimensiones fundamentales o patrones básicos, los cuales fluctúan en: a) Grado de control: los padres ejercen vigilancia sobre sus hijos con la intención de influir sobre su comportamiento; b) Comunicación padres-hijos: la comunicación puede tener un nivel alto o bajo, los padres altamente comunicativos utilizan el razonamiento para obtener la conformidad del niño y piden su opinión, de manera contraria los padres con bajo nivel de comunicación no consultan a los niños en la toma de decisiones que les afectan; c) Exigencias de madurez: cuando se exigen altos niveles de ésta, presionan a los niños a aprovechar al máximo sus posibilidades haciendo hincapié en que sean autónomos, y cuando no se exige un alto nivel los padres no plantean retos a sus hijos; d) Afecto en la relación: los padres expresivos son aquellos que manifiestan interés y cariños explícitos al niño, y los que no lo son demuestran poco o nulo interés por sus deseos o preocupaciones.

Pautas, Prácticas y Creencias de la Crianza

Otros conceptos utilizados indistintamente que son descritos de acuerdo con los procesos psicosociales que implica la crianza son: pautas de crianza, prácticas de crianza y creencias acerca de la crianza (Aguirre, 2000; Aguirre & Duran, 2000;

Delgado, 1998; Myers, 1994; Sotomayor, 1999). Las pautas de crianza se relacionan con la normatividad que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos siendo portadoras de significaciones sociales; las creencias hacen referencia al conocimiento acerca de cómo se debe criar un niño, a las explicaciones que brindan los padres sobre la forma en que lo hacen; y las practicas de crianza son acciones, comportamientos aprendidos de los padres que se exponen para guiar las conductas de los niños (Aguirre, 2000), incluyen actitudes, creencias, hábitos y costumbres acerca de la crianza de los hijos y responden a la deseabilidad social de esas conductas dentro de un contexto (Guzmán, Gómez, García & Martínez, 2009), para Vera (1996) integra en el concepto a los conocimientos, creencias, percepciones y significados que la madre tiene sobre el proceso de alimentación del hijo.

Se ha considerado que la crianza debe cubrir necesidades de tipo afectivo, de aprendizaje y experiencias que estimulen, el desarrollo, cuidado asistencial para el niño, establecimiento de normas disciplinarias, actitudes y creencias, siendo los comportamientos de los padres los que funcionan como medio de socialización favoreciendo el desarrollo del infante (Villegas, 2000).

La conducta alimentaria es, entonces, el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, imitación de modelos, disponibilidad de alimentos, estatus social, simbolismos afectivos y tradiciones culturales (Domínguez-Vázquez, Olivares & Santos, 2008).

Como ya se ha mencionado, se sabe que las actitudes y prácticas de los padres impactan en el tipo de alimentos que ofrecen a los niños (Fishben & Ajzen, 1980). Tal afirmación se basa en varios modelos que a continuación serán esbozados:

Modelos Explicativos de Crianza

Modelo de Determinantes de la Crianza (Belsky, 1984). El modelo parte del supuesto de que la paternidad competente surge del bienestar psicológico de los padres, que es el elemento mediador en la práctica de la crianza. Y señala tres aspectos: a) el ejercicio de la crianza es multideterminado por características de la madre y del niño, así como por fuentes de estrés y apoyo, b) las características de los padres, del niño y del contexto social no tienen el mismo peso sobre la crianza, y por último, c) tanto la personalidad de los padres como la historia de su desarrollo influye de manera indirecta, pues primero afectan la relación de pareja, las redes sociales y la experiencia relacionada con el trabajo.

Modelo de crianza Webster-Stratton (1990). Este modelo asume que las condiciones estresantes tales como los eventos extrafamiliares (bajo nivel socioeconómico, desempleo y problemas cotidianos), estresores entre los padres (divorcio, problemas maritales, padres solteros) y estresores debido al niño (problemas de conducta y temperamento difícil) son acontecimientos en los cuales los padres tendrán que instrumentar estrategias que permitan enfrentar estas situaciones. Entonces, un buen funcionamiento de los padres y una efectiva interacción con sus hijos dependerá del bienestar psicológico de los padres y de la accesibilidad del apoyo social.

Modelo de crianza de Richard R. Abidin (1990) y Abidin y Brunner (1995). Este modelo enfatiza las fuentes de estrés que van desde eventos tan graves como la muerte de un familiar, hasta los sentimientos subjetivos de las madres por sus responsabilidades de la crianza.

Modelo de Creencias en Salud de Becker (1977). Este fue desarrollado en la década de los cincuenta por Hochbaum y consolidado por Becker en 1977, da peso a los aspectos cognoscitivos que influyen en la realización de conductas, en la conservación y mejoramiento de estas (Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003; Soto, Lacoste, Papenfuss & Gutiérrez, 1997).

Modelo de Ajuste de Cornia. Especifica que existe una interrelación entre factores económicos y el desarrollo infantil pues menciona que las políticas de ajuste y la forma en que impacta la economía nacional determinan el comportamiento de los principales factores subyacentes que afectan el bienestar de la infancia como son el gasto en: educación, precio de los alimentos, salud, infraestructura sanitaria, vivienda, y servicios de atención a la infancia (Cornia, Jolly & Stewart, 1987).

Planteamiento de Bennett (1988). Para Bennett (1988) el crecimiento y desarrollo del niño debe ser entendido partiendo de la economía del hogar. Las variables relacionadas con la familia son las influencias socioculturales, los factores demográficos, económicos, biológicos y ambientales, ya que todo ello se relaciona con el ajuste y programación del tiempo para el cuidado del niño y la casa, las cuales a su vez afectan el ajuste y regulación del ingreso, por lo que el tiempo que la madre dedica al cuidado del niño y el hogar puede explicar el estado de salud y nutrición de los individuos de una familia.

Modelo de crecimiento y desarrollo de Zeitlin, Ghassemi y Mansour (1990). Se trata de un modelo médico que plantea que las interacciones madre-niño y las prácticas de salud e higiene establecen condiciones positivas para el cuidado del niño, independientemente de las variables sociales o socioeconómicas. Sugiere que cuando un niño es alimentado saludablemente y se encuentra con bajos niveles de estrés, la interacción madre-hijo es efectiva, lo que conlleva a una mejor alimentación, y mejor estado de salud. Incorpora también la dimensión psicosocial y destaca el apoyo social de las personas encargadas de cuidar al niño.

Modelo de Vera, Peña y Domínguez (2002). Sugieren que la revisión del desarrollo debe enfocarse al estudio de los cambios desde una visión histórico-social que abarque el contexto de los procesos del individuo y las variables que faciliten el ajuste a la cultura evaluando desde las condiciones de vida de la población en relación con el acceso y disponibilidad de los servicios de salud y

educación hasta el estudio psicológico asociado a la dinámica familiar, la relación de pareja y estilo de crianza.

En el modelo de la Acción Razonada (TAR) se integran factores actitudinales y comporta mentales para explicar conductas de salud. El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo del comportamiento, que depende a su vez de las actitudes, valoraciones o normas subjetivas con respecto a lo apropiado a la acción comportamental (Fizhbein & Ajzen, 1980).

Con respecto a la alimentación como lo describen Fizhbein y Ajzen, se sabe que las actitudes y prácticas de los padres con respecto a la misma, impacta en el tipo de alimentos que ofrecen a los niños, el control sobre el tiempo, tamaño y contexto social de las comidas y le dan el tono emocional a las ocasiones de alimentación (Davinson & Birch, 2001).

Teoría del Aprendizaje Social. La teoría del aprendizaje social explica la relación de la cognición con la conducta y señala la importancia de la familia como un modelo que refuerza o apoya la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias (Bandura, 1977; Vázquez, 2004).

Se han desarrollado investigaciones que tratan de explicar la influencia de las creencias y prácticas de alimentación de los padres, siguiendo una línea de que los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan, apoyan la adquisición y mantenimiento de conductas alimentarias y de ejercicio (Vázquez, 2004).

El ejercicio de tiempo completo de la madre incluye también la enseñanza de patrones de comportamiento social, higiene, alimentación y estimulación que tienen lugar bajo un poder legítimo reconocido y con vínculos de afecto y

emociones a través de un proceso de reconocimiento familiar y de las creencias actitudes y conductas que permiten que el niño evolucione (Vera, 2004).

La estimulación que proporcionan los padres a sus hijos, se relaciona con la historia de socialización de las madres. Percepción de la crianza, educación, nivel económico y el contexto cultural donde existen normas de comportamiento social establecidos de generación en generación (Peña, Aguilar & Vera, 2005). Así mismo la alimentación de los hijos en todas las culturas forma parte no solo de la función biológica de la madre, sino también del papel sociocultural que conlleva la maternidad (Toro, 1989).

La madre es el principal regulador al ser quien fija el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación al planear las comidas, realizar las compras, prepararlas y servir las. Sus valores y costumbres tienen que ver con el medio en el que ella se crio; aunque también hay que considerar los ingresos, la región geográfica, el nivel educativo, además de supersticiones, creencias, tabúes, entre otras (Jelliffe, 1974).

En cuanto a la escolaridad, se ha reportado que las madres con más años de educación formal, proporcionan alimentos más saludables y tienden más a reportar el uso de estrategias de razonamiento; prohibición de alimentos poco saludables y monitorean más el consumo del niño fuera de casa en comparación con las madres con menos años de educación formal (Olvera-Ezzel, Power & Cousins, 1990).

A manera de resumen de lo antes descrito se puede señalar que la diferencia entre los estilos de crianza y las prácticas de crianza es que los estilos se definen como actitudes o creencias generales de los padres acerca de la crianza adecuada para sus hijos, y las prácticas de crianza se refieren a los comportamientos específicos de los padres para guiar a los niños hacia el logro de metas (Darling & Steinberg, 1993; Mamani, 2004).

De igual manera las prácticas de crianza son consideradas comportamientos de los padres para que los niños realicen una acción específica, en este caso el controlar lo que ellos comen (Fisher, 1999), y se destacan dos aspectos fundamentales: la promoción y el control. El control es entendido como obediencia, honestidad y responsabilidad y la promoción como trabajo, estudio y superación. Ambos se transfieren al niño a través de técnicas de modelamiento, moldeamiento y transferencia de control de estímulos (Vera- Noriega, 1998).

Estudios sobre Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación

La conducta alimentaria infantil está configurada a partir de estrategias usadas por los padres para controlar lo que come el niño, a las que este responde usando diferentes y que se reflejan en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad (Domínguez-Vázquez, Olivares & Santos, 2008). Birch et al., (2001) mencionan que los padres suelen ejercer demasiado control externo cuando están preocupados por el desarrollo de sus hijos.

Específicamente en el análisis de resultados de estudios relacionados con las prácticas de crianza y la alimentación en las primeras etapas de vida, se observa que cuando existe un mayor control en la alimentación del niño éste tiende a consumir más calorías (Birch & Fisher, 1998, 2000). Y que el restringir a los niños la comida que más les gusta incrementa la probabilidad de que estos ingieran esos alimentos cuando tienen un acceso libre a ellos (Fisher & Birch, 1999). Asimismo, Díaz (2000) afirma que un factor que puede influir en el estado nutricional de los niños es la percepción materna alterada del estado de sus hijos específicamente obesos, lo cual podría explicar en parte el elevado porcentaje de fracasos en el tratamiento de la obesidad.

Otro estudio realizado revela que, los padres que refuerzan a sus hijos (as) al comer alimentos saludables, influyen directamente en que el niño desarrolle hábitos sanos de alimentación, sucediendo lo contrario con aquellos padres que no refuerzan el consumo saludable de sus hijos (as) (Arredondo et al, 2006). Se

ha encontrado que para incrementar la calidad nutricional de la dieta infantil, es esencial que exista un entendimiento de los factores que influyen en las preferencias alimenticias de los niños (Birch, 1998).

Ahora bien, estudios acerca de la influencia de los progenitores en la conducta alimentaria infantil indican que éstos usan variadas estrategias a la hora de la comida en relación a la alimentación de los niños: actitud neutral, presión-exigencia, razonamiento, alabanza y adulación, restricción, amenazas y recompensas con alimentos o juegos, que están íntimamente relacionadas con el grado de responsabilidad de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos (Clark, Goyder, Bissell, Blank & Peters, 2007). Estas estrategias de los progenitores son recibidas, interpretadas y traducidas por los niños en una amplia gama de conductas relacionadas con la alimentación.

Las dietas de los niños preescolares se parecen más a las de sus padres, en comparación con las dietas de los niños en edad escolar, debido a que, el niño ingresa a una esfera más amplia de relaciones en las cuales, se le permite experimentar diferentes situaciones, lugares, horarios, nuevos alimentos y diversas formas de prepararlos que pueden motivar cambios o reforzamientos en sus prácticas alimentarias (Toussaint, 2000).

Gutiérrez (2005) sugiere que la edad escolar, es la ideal para establecer pautas de comportamientos alimentarios saludables. Los comportamientos saludables se establecen, cambian o se extinguen en el repertorio de la persona primeramente, sobretodo en el condicionamiento instrumental y en segundo lugar por los modelos de aprendizaje vicario (Bandura, 1977).

Fernández-Aranda, Ramón, Badía, Giménez, Solano y Treasure (2004) señalan que la existencia de hábitos nutricios adecuados y de una alimentación regular durante la infancia, resultado de actitudes parentales, son factores protectores para que no se presente algún trastorno de la conducta alimentaria

(TCA) en otras etapas del desarrollo como lo es la adolescencia. Y por el contrario, el no desayunar antes de ir al colegio, la excesiva importancia dada por la madre a la comida y el comer dulces en exceso son productores de riesgo.

De acuerdo con Brann y Skinner (2005) las madres y padres de niños obesos presionan más a sus hijos para comer, que las madres y padres de niños con un peso normal, y los padres de varones con un alto IMC monitorean menos a sus hijos acerca de lo que comen que los padres de niños con un IMC normal.

La implementación de la prevención en la niñez se origina del hecho de que es muy difícil influir drásticamente en los estilos de vida de los adultos por lo que se esperaría que si se elaboran participaciones preventivas, antes de que los factores de riesgo se hayan arraigado completamente, mencionan que para poder lograr esto, es necesario, indirectamente modificar primeramente las conductas de sus padres, vistos como educadores potencialmente poderosos por su habilidad de impactar en el desarrollo de los niños (Hart, Bishop & Truby, 2003).

Mamun, Lawlor, O'Callaghan, Williams y Najman (2005) reportaron que no existe una asociación entre el número de veces que la familia se reúne para comer y el sobrepeso de los niños.

Estudios realizados por Gortmaker, Must y Sobol (1996) concuerdan con lo encontrado por Denninson, Erb y Jenkins (2002), en que la supervisión de la dieta, con padres que ponen límites apropiados en la alimentación suelen tener hijos saludables; al contrario de padres autoritarios en cuanto a comportamientos de salud, ya que estos últimos aumentan el riesgo de sobrepeso. Arredondo, Elder, Ayala, Campbell y Baquero (2006) encontraron que los padres que monitorean y refuerzan saludablemente los comportamientos de sus hijos ingieren comida más saludable y son físicamente más activos, resultado contrario cuando los padres son controladores o autoritarios.

Bustos (1997) refiere que en México, al igual que en la mayoría de los países del mundo, la responsabilidad de la crianza de los niños y niñas recae en la madre, con las implicaciones que ello conlleva, en donde de manera aislada participan los hombres, estando la mayoría de las veces ajenos a la crianza; sin embargo, los padres usan los alimentos como elementos para compensar sus ausencias, además como forma de control de los hijos, aunque la mayoría de las veces refuerza comportamientos indeseables para la alimentación.

En la ciudad de México se realizó un estudio donde se exploraron y relacionaron las creencias de alimentación de las madres con el IMC de sus niños, y se encontró que la preocupación y control del peso de los niños aumenta el riesgo de que padezcan sobrepeso (Navarro, 2006).

Otro estudio realizado en el estado de Hidalgo también constató que las prácticas de alimentación de las madres se relacionan con el estado nutricional de los menores (De Lucio, 2010), ya que se encontró que las madres de 417 estudiantes de primero a sexto grado de una escuela primaria de la ciudad de Pachuca, Hidalgo que presentaban riesgo de sobrepeso y sobrepeso manifestaron alta preocupación y control por el peso del niño, alta presión para comer, y también alta responsabilidad percibida en cuanto a la alimentación del hijo; de igual manera se encontró que cuando el IMC de los niños se incrementa si las madres se preocupan y controlan más el peso del niño, y disminuyen su presión para comer, y coincidentemente cuando el IMC de las madres aumenta, también sucede lo mismo con el de los niños. Asimismo se observó que es a los hijos hombres a quienes se les restringe más la alimentación, siendo ellos mismos quienes presentan un mayor porcentaje de sobrepeso. Además se apreció que las madres con estudios únicamente de primaria, tienden a presionar más para comer que aquellas con grados escolares mayores.

Elementos de Intervención Preventiva

Ahora bien, en el ámbito de las intervenciones, considerando las prácticas de crianza como eje principal desde un enfoque preventivo, se ha sugerido dirigir la prevención en los niños antes de que emerjan las actitudes y conductas alimentarias no saludables, las cuales representan un alto riesgo para el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (APA, 2000).

Por esta razón la literatura sugiere que los programas de prevención deben enfocarse a participantes de menor edad (Kater, Rohwe & Levine 2000). Desde este punto es importante considerar que las intervenciones basadas en la familia con el objetivo de que el niño pierda peso son más efectivas cuando se incorpora al menos a uno de los padres como participante activo en el proceso (Kitzmann & Beech, 2006).

Epstein, Paluch, Gordy y Dorn (2000) realizó un estudio que consideró una intervención que incluyó prácticas de crianza, con una duración de 16 semanas, y un seguimiento de dos años con resultados efectivos. La población estuvo conformada por 90 niños de ocho a doce años que presentaban sobrepeso y sus padres. La finalidad del estudio era reducir el IMC de los niños e incrementar el ritmo de actividad física a través del auto monitoreo, reforzamientos sociales y entrenamiento en solución de problemas. De igual forma, Goldfield, Epstein, Kilanowski, Paluch y Kogut-Bossler (2001) obtuvieron resultados efectivos al intervenir a niñas y niños con sobrepeso y sus padres, por un periodo de ocho semanas y cinco sesiones más por los siguientes tres meses, en donde a los participantes se les intervino considerando dietas, actividad física, automonitoreos y reforzamientos. El resultado obtenido fue que el sobrepeso disminuyó de una manera significativa.

Así mismo, Levine, Ringham, Kalarchian, Wisniewski y Marcus (2001) realizaron una intervención de doce sesiones y un seguimiento entre los cuatro y los trece meses siguientes con niñas y niños con sobrepeso y sus padres. El

contenido de la intervención incluyó ejercicio, entrenamiento en solución de problemas y automonitoreo. Los resultados obtenidos fueron pérdida de peso, disminución de la depresión y ansiedad. Los cambios en el seguimiento fueron efectivos en la depresión y en la ansiedad, pero se perdió el control sobre el peso.

En nuestro país son pocas las investigaciones que se han realizado respecto a la influencia de las creencias y prácticas de alimentación con el peso (De Lucio, 2010). En el estado de Hidalgo, se ha visto que las prácticas y creencias de alimentación de las madres, también se relacionan de manera importante en el estado nutricional de los menores (Guzmán, Gómez, García & Martínez, 2009).

De Lucio (2010) refiere que en la actualidad no se cuenta con información previa de si existen diferencias en las creencias y prácticas de alimentación de las madres por variables como IMC, escolaridad u ocupación en una población perteneciente al estado de Hidalgo.

Capítulo 3

Método

Planteamiento del problema

Justificación

En nuestro país existen un número considerable de problemas de salud que hacen necesaria la búsqueda y aplicación de estrategias para abordarlos con una mayor efectividad, tratando de explicar su totalidad, desde lo más simple a lo más complejo, tomando en cuenta un modelo bio-psicosocial en donde el individuo es contemplado no solo biológicamente, sino también psicológica y socio-culturalmente. Todo esto facilitará la modificación de factores que conducen al desarrollo de la enfermedad, buscando en todo momento la promoción y mantenimiento de la salud en sus diferentes niveles como lo son el individual (cogniciones, comportamientos y emociones que se vean reflejados en un estilo de vida saludable), y en lo social (e. g. políticas y planes de salud).

Específicamente en el campo de la nutrición se sabe que las madres y los menores son el centro de incidencia de la mayor parte de las investigaciones, ya que las mujeres se han convertido en sujetos de estudio debido al papel tradicional que ejercen de cuidadoras y responsables de la salud y alimentación de la familia, esto permite en gran medida ampliar y profundizar la información en general acerca de los índices de obesidad y desnutrición que actualmente los niños de nuestro país están viviendo, no olvidando que las practicas de crianza juegan un papel clave en este problema de salud, debido a que estas están influenciadas por las tradiciones, creencias, costumbres, percepciones y conocimientos que las madres han adquirido a lo largo de su vida, esto conjuntamente con factores socio demográficos y ambientales que se interrelacionan para explicar el estado nutricio de los hijos e hijas.

En diversas investigaciones se ha señalado el rol que juega no solo la madre, sino la familia en cuanto a sus creencias, prácticas y actitudes hacia la

alimentación de los hijos en las primeras etapas de vida (Arredondo, Elder, Ayala, Campbell & Baquero 2006; Birch & Fisher, 1998; Brann & Skinner, 2005; Clark, Goyder, Bissell, Blank & Peters, 2007; De Lucio, 2010; Díaz, 2000; Fernández-Aranda, Ramón, Badía, Giménez, Solano & Treasure 2004; Navarro, 2006).

Pregunta de investigación

¿Qué relaciones y diferencias existen entre las prácticas de crianza relacionada con la alimentación en mujeres de acuerdo a características de los hijos (índice de masa corporal y sexo) y características socio demográficas de las madres (estado civil, escolaridad y ocupación) de Pachuca de Soto, Hidalgo?

Objetivo general

Establecer las relaciones y diferencias entre las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en mujeres de acuerdo a características de los hijos (índice de masa corporal y sexo) y características socio demográficas de las madres (estado civil, escolaridad y ocupación) de Pachuca, Hidalgo.

Objetivos específicos

- Describir el índice de masa corporal de niños y niñas de dos a cuatro años de edad beneficiarios del Programa Desarrollo Humano “Oportunidades”.
- Describir los factores socio demográfico: estado civil, ocupación y escolaridad; así como, las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en madres.
- Determinar la relación de las prácticas de crianza de las madres.
- Establecer las diferencias en las prácticas de crianza de las madres de acuerdo con el sexo e IMC de los hijos; así como, por las características socio demográficas de la madre: estado civil, ocupación y escolaridad.

Hipótesis

H₀: No existen relaciones estadísticamente significativas entre los factores de las prácticas de crianza.

H₁: Existen relaciones estadísticamente significativas entre los factores de las prácticas de crianza.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en mujeres de acuerdo con características de los hijos (IMC y sexo) y características socio-demográficas de las madres (estado civil, escolaridad y ocupación).

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en mujeres de acuerdo con características de los hijos (IMC y sexo) y características socio demográficas de las madres (estado civil, escolaridad y ocupación).

Tabla 3. Definición de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
De los niños y niñas		
Edad	La edad es el periodo de tiempo de existencia de una persona que va desde el momento de su nacimiento hasta el momento de su vida que se considere (Carretero, Palacios & Marches, 1998).	Para la evaluación de esta variable se consideraron las edades de los participantes a la respuesta dada a la pregunta respectiva hecha a las madres de los menores.
Índice de Masa Corporal	El IMC (índice de masa corporal) es una fórmula que calcula la grasa corporal a través del peso y de la altura. Para la mayoría de las personas, el IMC ofrece un cálculo razonable de la grasa corporal. El exceso de grasa corporal suele estar relacionado con enfermedades graves. La grasa corporal de los niños cambia con la edad. Asimismo, los niños y las niñas tienen una cantidad diferente de grasa corporal al crecer. Por ello, el IMC para niños, también conocido como IMC por	Medidas antropométricas: peso y estatura. Se obtuvo a partir de la obtención del Índice de Masa Corporal (IMC) a partir de la fórmula: $IMC = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{Talla}^2(\text{en metros})}$ Para la categorización se utilizaron las Gráficas Clínicas del

	<p>edad, incluye el sexo y la edad (OMS, 2012).</p> <p>Diagnósticos de IMC:</p> <p><i>Desnutrición:</i> Describe un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes. UNICEF (2005)</p> <p><i>Bajo peso:</i> Describe al peso corporal inferior a lo que se considera saludable para una determinada estatura (CDC, 2011).</p> <p><i>Normal:</i> Describe el peso correspondiente a una determinada estatura (CDC, 2011).</p> <p><i>Sobrepeso:</i> Describe el peso que sobrepasa lo que se considera saludable para una determinada estatura (CDC, 2011).</p> <p><i>Obesidad:</i> Rango de peso que exceden lo que se considera saludable para una determinada estatura (CDC, 2011).</p>	<p>Crecimiento de la Centers for Disease Control and Prevention para IMC por sexo (CDC, 2009), (Ver anexo 1 y 2).</p> <p>Diagnósticos de IMC:</p> <p><i>Desnutrición</i></p> <p><i>Bajo peso</i></p> <p><i>Normal</i></p> <p><i>Sobrepeso</i></p> <p><i>Obesidad</i></p> <p>Por cuestiones estadísticas debido al bajo número de casos existentes en algunas categorías, se reagrupó en “IMC Saludable” tomando el Diagnostico normal y como “IMC No saludable” los Diagnósticos de Desnutrición, Bajo peso, Sobrepeso y Obesidad (ver tablas 4, 5 y 6)</p>
De las madres		
Prácticas de Crianza relacionadas con la Alimentación (conformado por los factores que a continuación se definen):	<p>Las prácticas de crianza son variables, que integran los conocimientos, costumbres, creencias, percepciones y significados que la madre le da al proceso de alimentación del niño; además también se consideran dentro de éstas a las formas en las que se abordan en la práctica, situaciones de prevención y/o tratamiento o remedio de enfermedades relativas a la alimentación (Vera, 1996, p. 128).</p>	<p>Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos” (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006) (Ver anexo 3).</p>
Factor 1. Peso percibido de la madre	<p>Percepción de las madres sobre su propia historia de peso.</p>	<p>Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos” (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006). F1 Peso percibido de la madre, conformado por 4 ítems</p>
Factor 2. Preocupación y control del peso del hijo (a)	<p>Debido a que la restricción se manifiesta como control de ciertos alimentos en los reactivos se da por preocupación del peso del niño.</p>	<p>Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos” (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras,</p>

		2006). F2 preocupación y control del peso del hijo(a), conformado por 6 ítems.
Factor 3. Monitoreo	Medida en que los padres sobre vigilan la alimentación de sus hijos.	Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el "Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos" (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006). F3 Monitoreo, conformado por 3 ítems.
Factor 4. Restricción	Es la medida en la cual los padres restringen el acceso de la comida a sus hijos para que coma de menos.	Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el "Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos" (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006). F4 Restricción, conformado por 4 ítems.
Factor 5. Presión para comer	Tendencia de los padres de presionar a su hijo para que coma de más.	Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el "Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos" (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006). F5 Presión para Comer, conformado por 4 ítems.
Factor 6. Responsabilidad percibida	Percepción de los padres de su responsabilidad sobre la alimentación de sus hijos.	Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el "Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos" (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006). F6 Responsabilidad Percibida, conformado por 3 ítems.
Factor 7. Peso percibido del hijo(a)	Percepción de los padres sobre el estado actual y la historia del peso de sus hijos.	Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el "Cuestionario de Actitudes,

		<p>Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos” (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006).</p> <p>F7 Peso percibido del hijo(a), conformado por 6 ítems.</p>
Indicador 1 (Control)	Se refiere a la vigilancia y control sobre los alimentos que ingiere el hijo.	Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos” (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006). Indicador 1 (Control), conformado por los ítems 22 y 23.
Indicador 2 (Manipulación)	Se refiere al manejo que realiza la madre al ofrecer a los hijos alimento a cambio de algo y/o como premio a su conducta.	Esta variable está operacionalmente definida a partir de los puntajes obtenidos en el “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos” (CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001, versión adaptada por Navarro Contreras, 2006). Indicador 2 (manipulación), conformado por los ítems 20 y 21.
Factores socio demográficos:	Agrupación de algunas características personales como: educación entendida por el nivel de instrucción alcanzado por la persona; sexo, término que abarca las diferencias físicas que distingue a los organismo individuales; ocupación entendido como labor que realiza cada una de las personas, ya sea por horas, tiempo parcial o completo y edad, comprendida como el tiempo en que una persona ha vivido desde que nació (INEGI, 2011)	<p>Características de la mujer informante al momento de la entrevista tomando en cuenta las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado civil • Ocupación • Escolaridad.
Estado Civil	Condición de unión o matrimonio de la población, de acuerdo con las leyes o costumbres del país. A las personas se les considera como Unidos si se declaran casados civilmente, casados religiosamente, casados civil y religiosamente o en unión libre; se les considera No unidos, si son divorciados, separados o viudos y se les considera Nunca unidos si se declaran solteros.	<p>Para la evaluación de esta variable se consideraron las categorías de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Otro (divorciada, viuda, separada)

	(INEGI, 2011)	
Ocupación	Desempeño de un cargo. Todo trabajo o tarea, sobre todo si es habitual. Oficio o profesión (INEGI, 2011)	Si la mujer trabaja en el momento de la entrevista a partir de los siguientes criterios : <ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Oficio • Profesión
Escolaridad	Número de años que en promedio que aprobaron las personas en el Sistema Educativo Nacional; hablamos del resultado de dividir la suma de los años aprobados desde el primero de primaria hasta el último grado alcanzado de las personas (INEGI, 2011).	Nivel máximo de estudios alcanzados, definiéndolos a partir de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Carrera técnica

Tabla 4. Puntos de corte del IMC de acuerdo al dato percentilar para niños y niñas.

*Percentil	Interpretación
< 5	Desnutrición
≥ 5 - <10	Bajo peso
≥ 10 - < 85	Normal
≥ 85 - < 95	Sobrepeso
≥ 95	Obesidad

Fuente: *National Center for Health Statistics. (2000). CDC Growth Charts: United States (2009).

Tabla 5. Evaluación del IMC en niños de acuerdo al dato percentilar.

Edad	Desnutrición	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad
2	Menor de 14.75	14.75 -15.10	15.10 – 18.15	18.15 – 19.30	Mayor a 19.30
3	Menor de 14.30	14.30 -14.75	14.75 – 17.35	17.35 – 18.25	Mayor a 18.25
4	Menor de 14.00	14.00 - 14.40	14.40 – 16.90	16.90 – 17.80	Mayor a 17.80

Fuente: *National Center for Health Statistics. (2000). CDC Growth Charts: United States (2009).

Tabla 6. Evaluación del IMC en niñas de acuerdo al dato percentilar.

Edad	Desnutrición	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad
2	Menor de 14.40	14.40- 14.80	14.80 - 18.15	18.15 - 19.30	Mayor a 19.30
3	Menor de 14.00	14.00- 14.30	14.30 - 17.35	17.35 - 18.25	Mayor a 18.25
4	Menor de 13.70	13.70- 14.00	14.00 - 16.90	16.90 - 17.80	Mayor a 17.80

Fuente: *National Center for Health Statistics. (2000). CDC Growth Charts: United States (2009).

Tipo y Diseño de estudio: Descriptivo-analítico.

Población

A través de un muestreo no probabilístico de sujetos tipo, se evaluaron N=152 infantes, así como a sus madres N=152.

Criterios de inclusión:

- Los infantes debían ser beneficiarios del programa Desarrollo Humano “Oportunidades”.
- De manera informada y voluntaria las madres debían participar junto con sus hijos.
- Los infantes debían tener entre 2 y 4 años de edad.
- No tener impedimento físico y mental.

Criterios de exclusión:

- Tener menos de 2 años y más de 4 años.
- No haber concluido el Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ).
- No haber tomado las medidas antropométricas necesarias.

Descripción de la muestra:

Niños y Niñas

Edad y sexo

Para este estudio se integraron $N= 152$ participantes, con una $M_{\text{total edad}}=3.54$ años, $DE= .55$; de los cuales $n=83$ (54.6%) son niñas, y $n=69$ (45.4%) niños. Específicamente las niñas tuvieron $M_{\text{total edad}}= 3.52$, una $DE= .50$, y en los niños una $M_{\text{total edad}}=3.59$, una $DE= .52$, dentro de un rango de edad de 2 a 4 años (ver figura 1).

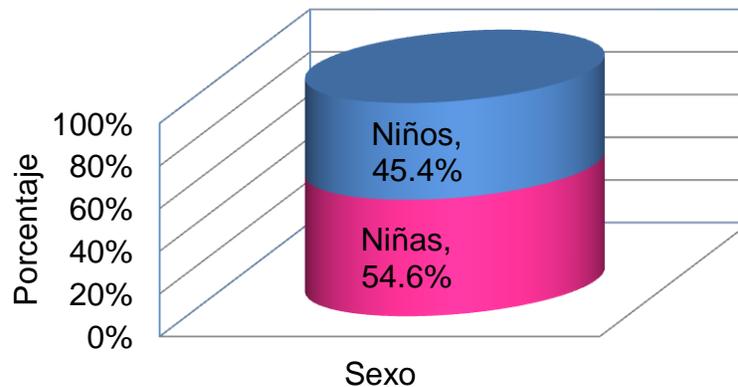


Figura 1. Distribución porcentual por sexo de los participantes.

Índice de Masa Corporal

De acuerdo con el IMC de los niños evaluados, se encontró que más de la mitad presenta un peso normal 74% ($n=112$), un 8% ($n= 12$) presentan desnutrición, el 8% ($n= 12$) presento obesidad, el 5% ($n= 8$) resultaron tener bajo peso y finalmente un 5% ($n= 8$) presentan sobrepeso.

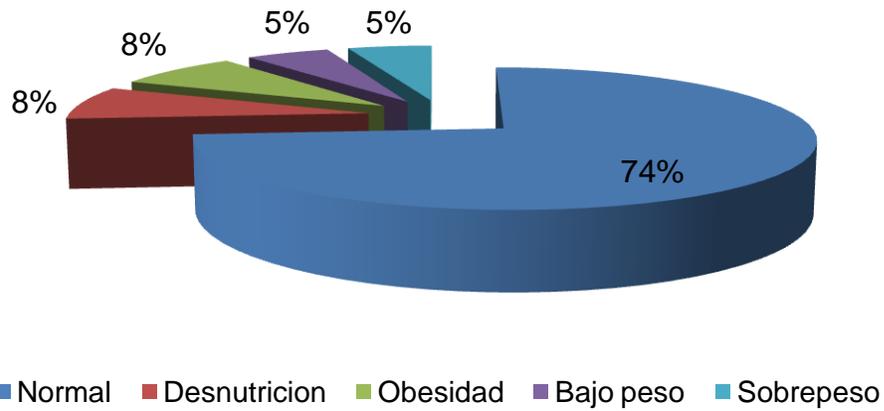


Figura 2. Distribución porcentual de IMC de los niños y niñas participantes.

Al realizarse la re categorización, se encontró que más de la mitad presenta un IMC saludable 74% (n=112) y un 26% (n= 26) presentan un IMC no saludable (ver figura 3).

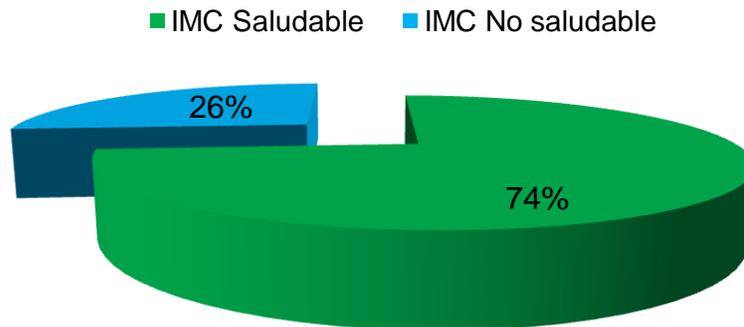


Figura 3. Distribución porcentual por IMC de los niños y niñas participantes.

Madres

A continuación se describen las características socio-demográficas de las madres de los participantes.

Edad

Participaron N=152 madres de los niños antes descritos, n= 83 (54.6%) eran madres de mujeres, y n= 69 (45.4%) madres de hombres, en un rango de edad de 19 a 44 años, con una $M_{\text{edad}} = 29.98$ años, $DE = 5.84$.

Estado Civil

El 47% de las mujeres se encontraron en unión libre (n= 71), siguiéndole las casadas con un 39% (n= 59), y en un porcentaje menor 14% (n= 22) se distribuían entre solteras (ver figura 4).

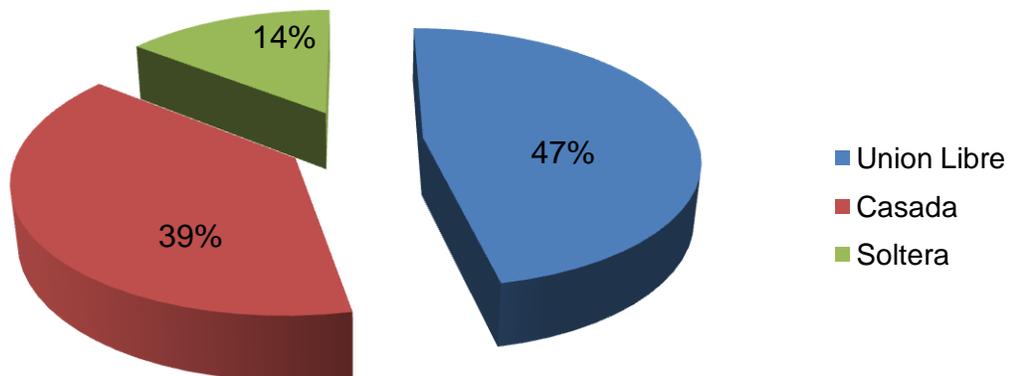


Figura 4. Distribución porcentual de las madres de los participantes de acuerdo a su estado civil.

Escolaridad

En cuanto al nivel de escolaridad, este iba desde primaria hasta carrera técnica: por niveles de escolaridad el 55% (n=84) tiene primaria, un 32% (n= 49)

estudió secundaria, un 9% (n=13) carrera técnica, y finalmente solo un 4% (n=6) preparatoria (ver figura 5).

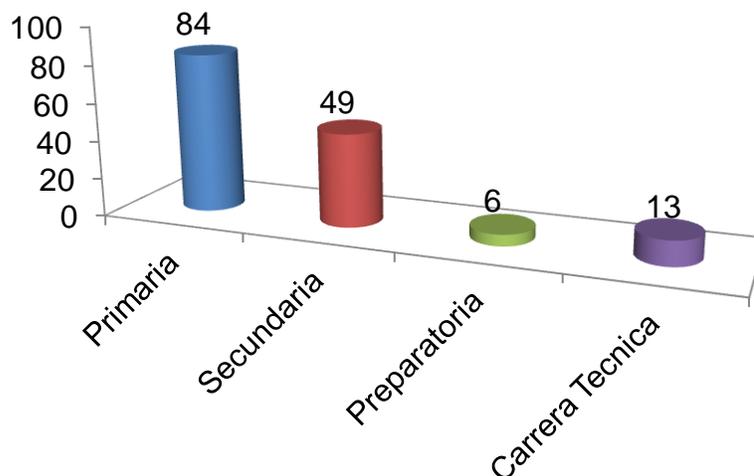


Figura 5. Nivel de escolaridad de las madres de los participantes.

Ocupación

En cuanto a su ocupación n=110 (72.4%) se dedica al hogar, n=37 (24.3%) desempeñan un oficio y el n=5 (3.3%) tiene una profesión (ver tabla 7).

Tabla 7. Ocupación de las madres.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	110	72.4
Oficio	37	24.3
Profesión	5	3.3

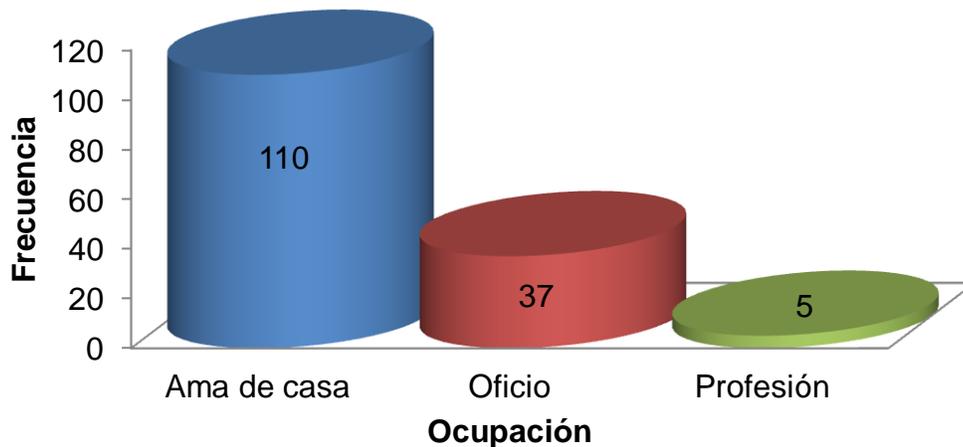


Figura 6. Ocupación de las madres de los participantes.

Instrumentos y Materiales

Instrumento:

Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ). Este Cuestionario fue elaborado originalmente por Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer y Johnson, 2001, y fue adaptado por Navarro (2006) (ver anexo 3). Este instrumento mide patrones de crianza de la madre relacionados con la alimentación de los hijos, contiene 34 ítems, se responde a través de una escala pictográfica con cinco intervalos de respuesta tipo Likert que van de *Mucho* a *Nada*, se compone de siete factores: peso percibido de la madre, preocupación y control del peso del hijo (a), monitoreo, restricción, presión para comer, responsabilidad percibida y peso percibido del hijo (a) y dos indicadores: control y manipulación (ver tabla 8). La escala tiene un alpha de Cronbach=.82. La forma de evaluarlo consiste en sumar los puntajes de cada reactivo, dándole un valor de uno a la opción Nada, mientras que cinco se le otorga a Mucho. Para el análisis se observan las tendencias en los puntajes, si sobrepasan el puntaje de 3 (media teórica), se afirma que existe una

fuerte tendencia hacia el factor evaluado, si se presenta por debajo de tres se plantea *poca* tendencia hacia el factor.

Tabla 8. Factores que conforman el CFQ.

Factor	Ítems	% Varianza Explicada	Alpha de Cronbach
F1 Peso percibido de la madre	4 al 7	18	.742
F2 Preocupación y control del peso del hijo	Del 14 al 19	9.8%	.774
F3 Monitoreo	del 32 al 34	8.2%	.851
F4 Restricción	20, 26-28	7.39%	.772.
F5 Presión para comer	25 , 29 al 31	5.89%	.742
F6 Responsabilidad percibida	1, 2 y 3	4.92%	.671
F7 Peso percibido del hijo	8, 9 y 10	4.29%	.746
Indicador Control	23 y 24	3.77%	.703
Indicador Manipulación	21 y 22	3.43%	.618

Fuente: Navarro, G. (2006). *Prácticas parentales de alimentación, locus de control y su relación con el índice de masa corporal de niños (as), preescolares y escolares*. Tesis de doctorado: Facultad de Psicología, UNAM, México.

Materiales:

Listados de Niños y Niñas beneficiarios del Programa Oportunidades: para el registro de los datos recabados en este estudio, se utilizaron las listas y se les anexaron columnas que consideraron los datos de edad, sexo, peso y talla.

Con los datos obtenidos, se realizó el procesamiento de la información, se obtuvo el IMC de cada infante, y se identificó a los que tuvieron un diagnóstico correspondiente a “Saludable” y “No saludable”.

Materiales utilizados para la medición del peso y la talla:

a) Para la evaluación *del peso*: se utilizó un monitor corporal de marca TANITA, Modelo UM 2204.

b) Para la evaluación de *la talla*: se utilizó un estadímetro portátil marca seca 214, para medición de la talla de los infantes, con rango de medición: 2 - 207 cm, división: 1 mm.

Procedimiento

La Coordinación de Investigación de los Servicios de Salud de Hidalgo, en conjunción con el Área Académica de Nutrición de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, desarrollaron un proyecto macro denominado *“Efecto diferenciado de la malnutrición en el desarrollo cognitivo de preescolares”*: estudio descriptivo en población urbana en transición nutricional, dirigido a evaluar a todos los infantes que son beneficiarios de la beca de desarrollo Humano “Oportunidades”, con la finalidad de determinar el efecto de la talla, el IMC y hemoglobina y su relación con el coeficiente intelectual en preescolares asistentes a Centros de Salud de Pachuca, Hidalgo.

Este estudio se llevó a cabo en los Centros de Salud de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo para ello se contactó a cada una de las autoridades de los diferentes Centros, ahí se le solicitó a la promotora del programa de desarrollo humano “Oportunidades”, hablar con las madres de los niños con la intención de informar acerca del estudio, así mismo se les explicó que serían ellas quienes debían participar junto con sus hijos.

El Área Académica de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se involucró con dicha investigación colaborando con la recolección y evaluación de los datos.

El estudio se realizó tomando en cuenta la Ley General de Salud en la cual se especifica que debe contribuir a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección así como, promover la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

Así mismo, la presente investigación retomó las consideraciones del Código Ético del Psicólogo, en donde se expresa que al realizar una valoración, se tiene de antemano que proporcionar la información adecuada, con un lenguaje claro acerca de las actividades que se realizarán con la población a trabajar y, sobretodo mantener la confiabilidad debida al crear, almacenar y transferir los resultados, se les entregó un consentimiento informado el cual, firmaron quienes así lo desearon, asegurando su participación (ver anexo 4). En este caso, no hubo madres que no desearan participar, sin embargo, para este estudio, quedaron para el análisis aquellas que cumplirán con los criterios necesarios para formar parte del mismo.

Se les pidió también autorización para tomar los datos de sus hijos, para ello se utilizó una encuesta que se compone de cuatro apartados, el primer apartado proporciona datos acerca del nacimiento y alimentación temprana del infante, el segundo apartado permite la recolección de datos que permiten conocer las condiciones en que vive el infante así como los servicios públicos con los que cuenta su hogar, El tercer apartado intenta conocer las actividades que diariamente realiza el infante y el proceso de su desarrollo, finalmente el apartado cuatro llamado antropometría y hemoglobina (ver anexo 5), fue el retomado por esta investigación, ya que este permitió la recolección de las medidas antropométricas de los infantes, tales como peso, talla, para la obtención de estos datos los niños debieron acudir con ropa ligera, pesándolos sin zapatos, erguidos, con talones juntos, manteniéndose inmóviles y con sus brazos paralelos al cuerpo.

Igualmente se les entregó a las madres el cuestionario CFQ, en el cual se debían responder honestamente cada uno de los reactivos de cada apartado, señalando únicamente una opción de respuesta, la cual se adaptaba mejor a su situación.

Una vez recabada toda la información. Se transmitió a cada mujer información acerca del estado de nutrición de su hijo (a), del mismo modo se les

dio a conocer si existían indicadores de riesgo temprano del desarrollo de enfermedades crónicas en su hijo (a). Cabe mencionar que el estudio no ponía en riesgo la salud y la vida del niño (a), debido a que todos los procedimientos fueron realizados por personal capacitado.

Capítulo 4

Resultados

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows.

Específicamente en el tratamiento estadístico se utilizaron las pruebas: coeficiente de correlación momento-producto de Pearson y análisis de varianza (ANOVA). El objetivo general del estudio fue establecer las relaciones y diferencias entre las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en mujeres de acuerdo a características de los hijos (índice de masa corporal y sexo) y característica socio-demográficas de las madres (estado civil, escolaridad y ocupación) de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Los resultados se exponen de acuerdo con cada uno de los objetivos específicos.

a) Descripción de las prácticas de crianza de las madres.

Para ello se utilizó *Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ)*.

Como se puede observar en la tabla 9 poco más de la tercera parte de la totalidad de la muestra tienden a la media teórica (cabe recordar que corresponde a un valor de 3), lo que implica que las madres de familia manifiestan prácticas dentro de los parámetros de normalidad; sin embargo, en el *Indicador 2 (Manipulación)* tanto las madres de hombres como de mujeres obtuvieron puntajes por arriba de la media teórica, lo que implica que ellas ofrecen a los hijos (as) su comida favorita a cambio de que se “porten bien”, y ofrecen golosinas (dulces, helados, pastelitos, galletas) como premio por su “gran conducta”. En este sentido del puntaje le sigue el factor *Presión para comer* tanto en madres de hombres

como de mujeres se encontró una tendencia a presionar a su hijo(a) para que coma aunque no tenga hambre, y además le exige terminarse toda la comida que le sirva en su plato (ver figura 7).

Tabla 9. Distribución de medias y desviación estándar del CFQ.

Prácticas Maternas de Alimentación.	Media	Desviación estándar
F1 Peso percibido de la madre	2.71	0.72
F2. Preocupación y control del peso del hijo o hija.	1.89	0.86
F3. Monitoreo	1.70	0.93
F4. Restricción	2.97	0.92
F5. Presión para comer	3.34	0.76
F6. Responsabilidad percibida.	1.28	0.51
F7. Peso percibido del hijo (a)	2.95	0.84
Indicador1 (control)	2.36	1.29
Indicador2 (manipulación)	3.60	1.31

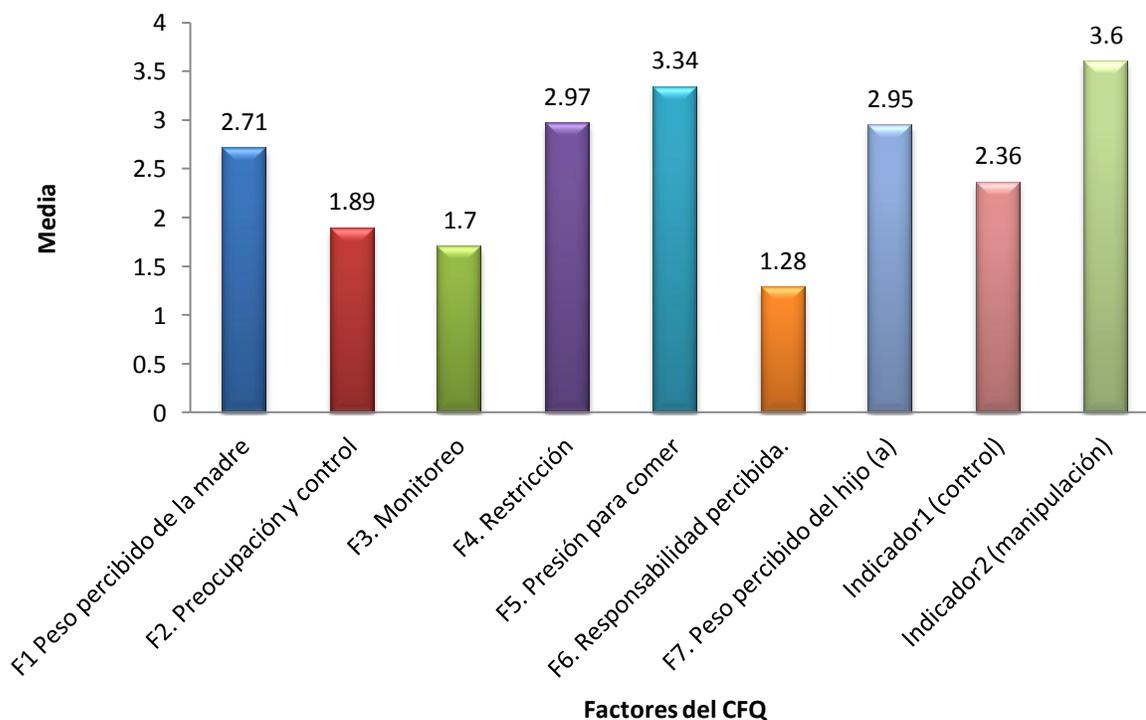


Figura 7. Distribución de frecuencias de las prácticas maternas de alimentación.

La tabla 10 y en la figura 8 se muestran los resultados de las prácticas de crianza de acuerdo con el sexo de los hijos(as).

Tabla 10. Distribución de medias y desviación estándar del CFQ por sexo.

Prácticas Maternas de Alimentación.	Hombres		Mujeres	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
F1 Peso percibido de la madre	2.67	.78	2.75	.67
F2. Preocupación y control del peso del hijo o hija.	1.85	.82	1.92	.89
F3. Monitoreo	1.63	.79	1.75	1.03
F4. Restricción	3.03	.88	2.91	.97
F5. Presión para comer	3.30	.81	3.37	.72
F6. Responsabilidad percibida.	1.23	.41	1.31	.57
F7. Peso percibido del hijo (a)	2.91	.88	2.98	.80
Indicador1 (control)	2.33	1.15	2.38	1.40
Indicador2 (manipulación)	3.42	1.32	3.75	1.29

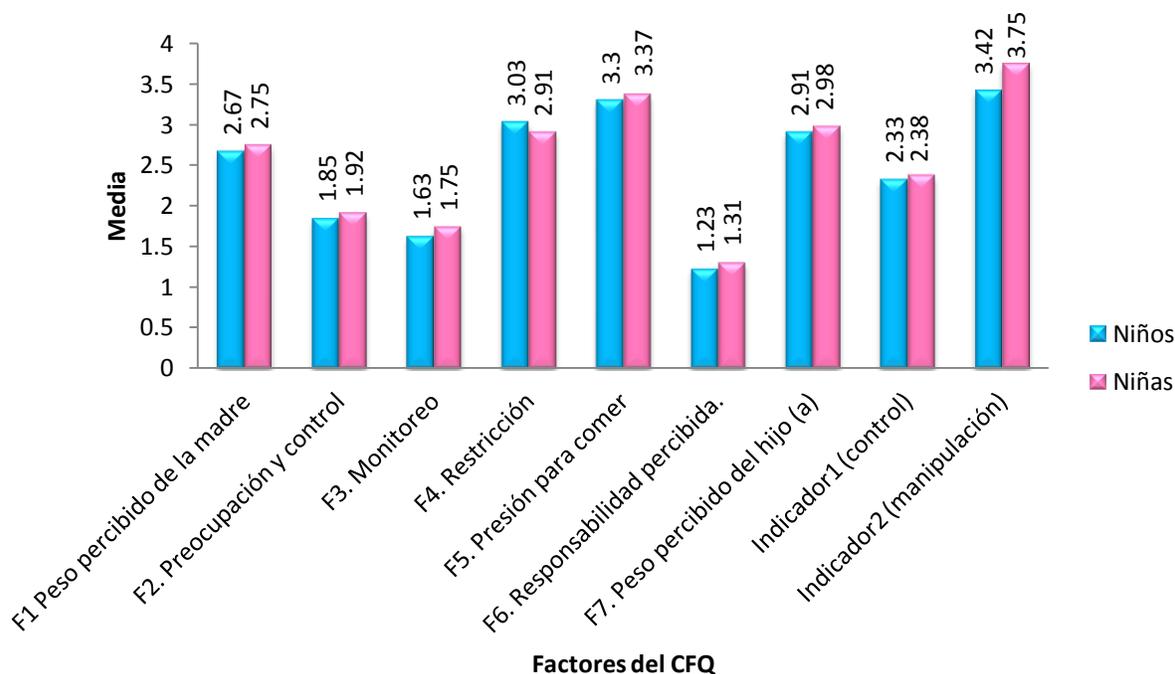


Figura 8. Distribución de frecuencias de las prácticas maternas de alimentación por sexo.

En el factor *Restricción*, las madres de niños tuvieron un puntaje más alto que las de niñas, esto significa que las madres de hombres les restringen más el acceso a la comida.

Cabe destacar, que las madres tanto de niños como de niñas en el factor *Peso percibido del hijo* obtuvieron puntajes cercanos a la media teórica, lo que significa que las madres tienen una percepción normal sobre el estado actual y la historia del peso de sus hijos(as).

En cambio en los factores, *Peso percibido de la madre*, *Indicador 1 (Control)*, *Preocupación y control del peso del hijo (a)*, *Monitoreo y Responsabilidad percibida* presentan una tendencia a puntajes bajos (siendo este último el puntaje más bajo tanto en madres de niños como de niñas); esto implica que las madres perciben su propia historia de peso como “normal”, restringen poco el acceso a alimentos como comida chatarra o golosinas, haciéndose notar la poca preocupación hacia que su hijo (a) tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado y/o que coma demasiado, vigilan poco la alimentación de sus hijos (as). El puntaje más bajo tanto en madres de hombres como en madres de mujeres lo obtuvo el factor *Responsabilidad percibida* lo que implica que estas madres no se perciben con responsabilidad respecto a decidir si su hijo (a) no come el tipo de comida adecuado, así como la cantidad que ingiere.

b) Relación entre las prácticas de crianza de las madres.

El siguiente objetivo específico fue determinar la relación entre las prácticas de crianza de las madres, a través de un análisis de correlación de Pearson obteniendo los resultados que se observan en la tabla 11; los resultados muestran el nivel de correlación entre los factores: peso percibido de la madre, preocupación y control del peso del hijo (a), monitoreo, restricción, presión para comer, responsabilidad percibida y peso percibido del hijo (a) y dos indicadores: control y manipulación, a continuación se describen estos.

Tabla 11. Interrelación entre los factores del CFQ.

	PPM	PCPH	MON	RES	PPC	RP	PPH	I1C	I2M
Peso percibido de la madre									
Preocupación y control del peso del hijo o hija.								.	
Monitoreo		.322**							
Restricción	.162*								
Presión para comer				-.146*					
Responsabilidad percibida.			.272**						
Peso percibido del hijo (a)	.287**	.173*							
Indicador1 (control)		.287**	.312**		.152*		.156*		
Indicador2 (manipulación)				-.182*		-.143*	.174*		

*p<0.05

**p<0.01

PPM= Peso percibido de la madre; PCPH= Preocupación y control del peso del hijo o hija.; MON= Monitoreo; RES= Restricción; PPC= Presión para comer; RP= Responsabilidad percibida; PPH= Peso percibido del hijo (a); I1C= Indicador1 (control); I2M= Indicador2 (manipulación).

Con respecto a relación que existe entre los diferentes factores, se obtuvo una correlación moderada ($r=.322$) y estadísticamente significativa ($p< 0.01$), entre el factor monitoreo y el factor preocupación y control del peso del hijo, lo que significa que cuanto mayor sea la preocupación y control que se ejerza sobre la alimentación del hijo, mayor será el monitoreo.

También se encontró una relación estadísticamente significativa entre el indicador control y el factor monitoreo ($r= .312$, $p< 0.01$), lo que implica que cuanto mayor sea el monitoreo de una adecuada alimentación del hijo mayor será el control sobre los alimentos que consume.

Por otra parte, se encontró una correlación baja y estadísticamente significativa, entre el factor peso percibido de la madre y el factor peso percibido del hijo ($r=.287$, $p< 0.01$), lo que significa que cuando la madre tiene una baja percepción de su propio peso, tiende a tener una baja percepción del peso de su hijo.

De igual forma se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el factor preocupación y control del peso del hijo y el indicador control ($r=.287$, $p< 0.01$), mostrando que cuando las madres se preocupan y controlan el peso de su hijo aumenta el control de los alimentos que estos consumen.

Así mismo, se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores responsabilidad percibida y monitoreo ($r=.272$, $p< 0.01$), entendiéndose que cuando las madres se perciben poco responsables de la alimentación de sus hijos, tienden a monitorear menos lo que comen sus hijos.

Finalmente se encontraron correlaciones positivas bajas, estadísticamente significativas con $p<0.05$ en el factor peso percibido del hijo y el indicador manipulación ($r=.174$); factor preocupación y control del peso del hijo y peso percibido del hijo ($r=.173$); factor restricción y peso percibido de la madre ($r=.162$);

factor peso percibido del hijo y el indicador control ($r=.156$); factor presión para comer y el indicador control ($r=.152$).

Así como correlaciones negativas bajas, estadísticamente significativas con $p<0.05$ en el factor restricción y el indicador manipulación ($r= -.182$); factor restricción y presión para comer ($r= -.146$) y por último el factor responsabilidad percibida y el indicador manipulación ($r= -.143$).

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los demás factores del CFQ.

- c) Interacciones en las prácticas de crianza de las madres de acuerdo con el sexo e IMC de los hijos; así como, por las características socio-demográficas de la madre: estado civil, ocupación y escolaridad.

Para encontrar interacciones entre la variable en estudio (prácticas de crianza que constaba de nueve factores) y las variables de clasificación (estado civil, escolaridad y ocupación de la madre e IMC) se empleó el ANOVA, que permitió evaluar los efectos de k variables independientes sobre m variables dependientes.

Cabe señalar que al realizarse las interacciones en las prácticas de crianza de acuerdo a las variables IMC y sexo del hijo, así como de las variables estado civil, escolaridad y ocupación de la madre, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Capítulo 5

Discusión y Conclusiones.

De manera general, se puede afirmar que se cumplió con el objetivo planteado en este estudio al establecer diferencias e interacciones entre las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación en mujeres con hijos(as) de dos a cuatro años de edad. De esta forma se confirmó la hipótesis general correspondiente a dicho objetivo.

Cabe señalar que la muestra de participantes forma parte de la población beneficiada por el programa de desarrollo humano “Oportunidades”; que se encarga de promover, en el marco de la política social del Gobierno Federal, estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud, la alimentación, así como para la coordinación con otros programas sociales que fomenten el empleo, el ingreso y el ahorro de las familias en situación de pobreza extrema, a efecto de impulsar y fortalecer sus capacidades y potencialidades, elevar su nivel de vida, generar oportunidades y propiciar su incorporación al desarrollo integral (SEDESOL, 2008).

Por otro lado, respecto a los objetivos específicos, en primer lugar se describieron las prácticas de crianza de las madres, observándose que más de la tercera parte de la muestra obtuvo valores correspondientes a la media teórica (valor = 3) del Inventario CFQ, lo que implica que las madres de familia manifiestan prácticas dentro de los parámetros de “normalidad”; ahora bien, en el *Indicador 2 Manipulación*, tanto las madres de niños como de niñas obtuvieron puntajes por arriba de la media teórica, esto demuestra que ellas ofrecen a los hijos (as) su comida favorita a cambio de que se “porten bien”, y ofrecen golosinas (dulces, helados, pastelitos, galletas) como premio por su “gran conducta”. En este sentido del puntaje le sigue el factor *Presión para comer* en donde las madres de hombres como de mujeres tienden a presionar a sus hijos(as) para que coman

aunque no tengan hambre, exigiéndole terminarse la comida que les sirvan en su plato.

Los resultados antes descritos son similares a los encontrados por Clark et al. (2007) quienes reportaron la influencia de los progenitores en la conducta alimentaria infantil indicando que éstos usan variadas estrategias a la hora de la comida en relación con la alimentación de los niños: actitud neutral, presión-exigencia, razonamiento, alabanza y adulación, restricción, amenazas y recompensas con alimentos o juegos, que están íntimamente relacionadas con el grado de responsabilidad de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos. Así mismo, Guzmán, García, Martínez y Gómez (2009) en una muestra de mujeres habitantes de una zona rural del estado de Hidalgo, con hijos de cero a cuatro años de edad manifiestan utilizar alimentos chatarra como reforzadores de comportamientos “deseables”.

Ahora bien, un objetivo relacionado con los infantes participantes fue describir el IMC donde más de la mitad presenta un estado saludable, la otra parte de infantes presentan un IMC no saludable (diagnósticos de: desnutrición, bajo peso, sobrepeso y obesidad), concuerda con un estudio realizado en el estado de Hidalgo que reportó la prevalencia de talla baja o desnutrición baja en escolares de Hidalgo con un 7.9 por ciento y solo un 2.1 por ciento presentó talla alta, clasificando al 90 por ciento con talla normal (PENUTEH 2010; Galván, Amezcua González & López Rodríguez, 2011).

Por otro lado, las estadísticas muestran que actualmente México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en obesidad de adultos y el primero en obesidad infantil, esto es que el 70 por ciento de los adultos y cerca de 4.5 millones de niños entre los cinco y once años padecen sobrepeso (Olaiz et al, 2006).

El siguiente objetivo específico, consistió en establecer las diferencias entre las prácticas de crianza de madres de acuerdo con el sexo de sus hijos e hijas, en

este sentido no se encontraron diferencias significativas; este resultado se puede considerar de cierta forma “normal”, ya que en esta etapa correspondiente a la infancia, se sabe que las madres no hacen diferencias en cuanto al sexo del hijo, como lo afirma Vera Noriega (2003), lo más relevante es la diversidad de energía, frituras y conocimientos, susceptibilidad percibida y controlabilidad de lo que las madres le dan de comer a sus hijos, depende más del peso y la talla que del sexo de su hijo(a).

De acuerdo con Brann y Skinner (2005), las madres y padres de pequeños obesos presionan más a sus hijos para comer, que las madres y padres de niños con un peso normal, y los padres de varones con un alto IMC monitorean menos a sus hijos acerca de lo que comen que los padres de niños con un índice de masa corporal normal. Otro elemento importante a considerar lo evidenció Navarro (2006) al reportar un estudio realizado en la ciudad de México en donde se exploraron y relacionaron las creencias de alimentación de las madres con el IMC de sus niños, y se encontró como variable relevante a la preocupación y control del peso de los niños, la cual incrementa el riesgo de que padezcan sobrepeso.

Lo antes señalado es un “principio” que se va modificando conforme avanza la edad de los hijos, observándose cambios importantes por parte de la madre en cuanto a las prácticas para alimentarlos, haciendo una clara diferenciación de acuerdo al sexo; por ejemplo, De Lucio (2010), en un estudio realizado con estudiantes de primaria y sus madres, observó que es a los hijos hombres a quienes las madres restringen más la alimentación, siendo ellos mismos quienes presentan un mayor porcentaje de sobrepeso. En cambio, Guzmán Saldaña (2012), en una muestra de mujeres con hijos adolescentes que padecen obesidad, encontró que en las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación las madres de varones ofrecen a sus hijos su comida favorita a cambio de que se “porten bien”, además de golosinas como “premio”, y ejercen presión para que el hijo coma y se “acabe todo lo que le sirve en el plato”; en cambio las madres de mujeres se preocupan y tratan de controlar el peso de las hijas restringiéndolas de

ciertos alimentos. Coinciden en cuanto a que independientemente del sexo de los hijos las madres perciben poca responsabilidad y preocupación y control por el peso de su hijo (a) respecto a ingerir alimentos altos en grasas o golosinas.

Respecto a la relación de las prácticas de crianza de las madres se encontró que cuanto mayor sea la preocupación y control que se ejerza sobre la alimentación del hijo, mayor será el monitoreo sobre la misma.

En relación a estudios previos Navarro (2006) realizó un estudio donde se exploraron y relacionaron las creencias de alimentación de las madres con el IMC de sus niños, y se encontró que la preocupación y control del peso de los niños aumenta el riesgo de que padezcan sobrepeso.

Por otro lado, se encontró relación entre el indicador control y el factor monitoreo lo que implica que cuanto mayor sea el monitoreo de la adecuada alimentación de su hijo mayor será el control sobre los alimentos que consume.

Cabe señalar, que los resultados antes descritos son similares a los obtenidos por Arredondo, Elder, Ayala, Campbell y Baquero (2006) ya que encontraron que los padres que monitorean y refuerzan saludablemente los comportamientos de sus hijos ingieren comida más saludable y son físicamente más activos, resultado contrario cuando los padres son controladores o autoritarios. Los datos recabados en esta investigación manifiestan la importancia de las actitudes y prácticas de los padres con respecto a la misma, ya que estas impactan en el tipo de alimentos que ofrecen a los niños, el control sobre el tiempo, tamaño y contexto social de las comidas y le dan el tono emocional a los momentos de alimentación.

De igual forma se encontró una correlación significativa entre el factor peso percibido de la madre y el factor peso percibido del hijo, lo que implica que cuando la madre tiene una baja percepción de su propio peso, tiende a tener una baja percepción del peso de su hijo considerándolo como saludable.

Como ya se ha mencionado en la literatura, se sabe que las actitudes y prácticas de los padres impactan en el tipo de alimentos que ofrecen a los niños (Fishben&Ajzen, 1980). En el estado de Hidalgo, se ha visto que las prácticas y creencias de alimentación de las madres, también se relacionan de manera importante en el estado nutricional de los menores (Guzmán, Gómez, García & Martínez, 2009).

Bustos (1997), hace hincapié en que, el cuidado y la alimentación de los hijos es una situación exclusiva de las mujeres, al respecto refiere que en México, al igual que en la mayoría de los países del mundo, la responsabilidad de la crianza de los niños y niñas recae en la madre, con las implicaciones que ello conlleva, en donde de manera aislada participan los hombres, estando la mayoría de las veces ajenos a la crianza.

Asimismo, Díaz (2000) afirma que un factor que puede influir en el estado nutricional de los niños es la percepción materna alterada del estado de sus hijos específicamente obesos, lo cual podría explicar en parte el elevado porcentaje de fracasos en el tratamiento de la obesidad.

De igual forma se encontró una correlación significativa entre el factor preocupación y control del peso del hijo y el indicador control, mostrando que cuando las madres se preocupan y controlan el peso de su hijo aumenta el control de los alimentos que estos consumen.

La conducta alimentaria infantil está configurada a partir de estrategias usadas por los padres para controlar lo que come el niño, a las que este responde,

reflejándose en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad (Domínguez-Vázquez, Olivares & Santos, 2008). Birch et al., (2001) mencionan que los padres suelen ejercer demasiado control externo cuando están preocupados por el desarrollo de sus hijos.

También se encontró relación entre los factores responsabilidad percibida y monitoreo entendiéndose que cuando las madres se perciben poco responsables de la alimentación de sus hijos, tienden a monitorear menos lo que comen.

Estos resultados obtenidos concuerdan con lo encontrado por Denninson, Erb y Jenkins (2002), en que la supervisión de la dieta, con padres que ponen límites apropiados en la alimentación suelen tener hijos saludables.

Finalmente, a manera de conclusiones se puede señalar lo siguiente:

Las primeras etapas de vida de un ser humano son muy importantes, ya que es en este periodo es donde comienza el desarrollo tanto físico, psicológico y social, por lo que es trascendental saber que en este periodo las madres no hacen diferencias en cuanto al sexo del hijo, ya que el que las madres le dan de comer a sus hijos, depende más del peso y la talla que del sexo. Esto puede deberse a que las madres están más pendiente del estado nutricional que de si son hombres o mujeres, ya que son muy pequeños y los cuidados en términos generales son iguales en este periodo.

Los datos encontrados en este estudio manifiestan la importancia de las actitudes y prácticas alimentarias maternas, ya que determinan en gran medida la adquisición de conductas alimentarias en los hijos, la conducta alimentaria de los niños se da a partir de estrategias usadas por los padres como pueden ser el monitoreo, la responsabilidad y el control de lo que come el niño, estas estrategias al interactuarse unas con otras darán pauta a conductas que pueden ser saludables o no saludables.

Como se observó las madres juegan un papel preponderante, ya que las actitudes, prácticas y creencias de alimentación de las madres se relacionan de manera importante con la adecuada alimentación de sus hijos.

La influencia que tienen las creencias y prácticas de alimentación maternas es innegable, por ello es de vital importancia generar planes de acción que involucren a la madre y al hijo, examinando a que población van dirigidos con la intención de que estos planes sean interesantes y extensibles a la población.

Como puede apreciarse, el comprender y explicar la estructura y dinámica de la relación entre la psique de la mujer, la nutrición y la alimentación de los hijos, no es un proceso simple. Se trata de un campo nuevo en el que hay que incursionar. La propuesta de género y el uso de técnicas cualitativas permiten seguir líneas diferentes de investigación, basadas en opciones teórica-metabólicas también diferentes. Esto es, se requiere avanzar en el estudio de las características socio demográficas que influyen en las prácticas de crianza, con el propósito de que los datos derivados de esta investigación sirvan para planear intervenciones, acciones o contenidos educativos más cercanos a la realidad.

Con base en los resultados obtenidos, se propone que en estudios posteriores:

- Se tome en cuenta el IMC de la madre para establecer diferencias en cuanto a las prácticas de crianza.
- Poner gran atención en que la muestra cuente con una proporcionalidad en el número de personas de acuerdo a las características socio-demográficas, esto con el fin de poder llevar a cabo las pruebas estadísticas y que el margen de error sea menor.
- Tomar en consideración mayores datos antropométricos para la obtención del diagnóstico nutricional, teniendo así la seguridad de que los datos obtenidos tienen una mayor confiabilidad.

- Realizar una investigación que contemple una intervención psicológica que permita la evaluación antes y después.

Se sugiere que en estudios posteriores se lleve a cabo:

- Primeramente la creación intervenciones psicológicas que consideren aspectos informativos sobre prácticas de crianza, sus consecuencias tanto físicas como psicológicas, para las madres que participen en el estudio.
- Dirigir la investigación a una población que no sea beneficiaria de alguna beca en general, logrando así, que los resultados obtenidos tengan una mayor confiabilidad, ya que como se mencionó anteriormente, el hecho de que las madres obtengan un apoyo monetario para la alimentación de sus hijos, predispone a las madres a tratar de mantener en sus hijos un IMC saludable.
- Así mismo dotar a las madres de herramientas alternativas para monitorear adecuadamente la alimentación de sus hijos sin llegar al control extremo que afecte el aprendizaje en cuanto al consumo de alimentos de los niños.

REFERENCIAS

- Abidin, R. & Brunner, J. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Revised text). Washington, DC, EE. UU:
- Amigo, H. (2003). Obesity in Latin American Childre: situation, diagnostic criteria, and challenges. *Cuadernos de Saúde Pública*, 19 , 163-170.
- Aguirre, P. (2000). Aspectos Socioantropológicos de la Obesidad en la Pobreza. En Organización Panamericana de la Salud. *La Obesidad en la Pobreza. Un reto para la salud pública*. Publicación Científica 576. Washington, D. C.: OPS.
- Arredondo, E., Elder, J., Ayala, G., Campbell, N., Baquero, B. & Duerksen, S. (2006). Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in latino families? *Oxford University Press*, 21, 6,862-871 [versión electrónica].
- Arrivillaga, M., Salazar, I. & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 4, 186-195.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 195-215
- Basowitz, H., Persky, H., Korchin, S. & Grinker, R. (1995). *Anxiety and stress*. New York: McGraw-Hill, p. 26-29.
- Baumrind, D. (1965). Parental Control and Parental Love. *Children*, 12, 230- 234.
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. (2000), Promoción de estilos de vida saludables: ¿Realidad o utopía? 67-51. En Oblitas, L. & Becoña, E. *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Behar, M. & Icaza, S. (1972). *Nutrición*. México. Latinoamericana.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting a process model. *Child development*. 55, 1, 83-96.
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, 28, 858-869.
- Bennett, L. (1988). The role of women in income production and intra-household allocation of resources as a determinant of child nutrition and health. *Food and Nutrition Bulletin*, 10, 3, 16-26.

- Benneit, J. & Latorre, J. M. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the child diet. Symposium: The effects of childhood on adult health and disease. *American Society for Nutritional Science*, 407-410.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C.N., Sawyer, R. & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practice about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36,201-210.
- Birch L.L & Fisher J.O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101, 539-549
- Birch L.L & Fisher J.O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
- Brann, L.S. & Skinner, J.D. (2005). More controlling child-feeding practices are found among parents of boys with an average body mass index compared with parents of boys with a high body mass index. *Journal American Diet associations*, 105, 9, 1411-6.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología de Desarrollo Humano, Cognición y Desarrollo Humano*. España: Paidós
- Bustos R., O. (1997). Género, socialización y familia. En Memorias del V simposio mexicano de desarrollo humano "Género y pareja". México: Universidad Intercontinental.
- Carretero, M., Palacios, J. & Marches, A. (1998). *Psicología Evolutiva: Adolescencia, Madurez y Senectud*. Madrid: Alianza Editorial
- Castro, P. & Bellido, S. (2006). Utilización de test y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Revista Especializada de Obesidad* 4, 338-345.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Peso saludable: ¡No es una dieta, es un estilo de vida!*. Recuperado el 14 de Julio de 2012 de <http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/index.html>.
- Clark, H., Goyder, E., Bissell, P., Blank, L. & Peters, J. (2007). How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal Public Health*, 29, 132-141.

- Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F. (1987). *Ajuste con rostro humano: protección de los grupos vulnerables y promoción del crecimiento*. Madrid, España. Siglo XXI Editores.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Davidoff, L. (1979). *Introducción a la Psicología*. México. McGraw Hill.
- Davinson, K. K. & Birch, L.L. (2001). Childgood overweigh: a contextual model and recommendations for future research. *Obest Rev.*, 2, 159-171.
- De Lucio, M. (2010). *Prácticas de crianza alimentarias en madres con hijos con riesgo de sobrepeso y sobrepeso*. (Tesis inédita de Licenciatura): Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México.
- Dennison, B. A. Erb, T.A. & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*, 109. 28-169.
- De Tejada, M., González de Tineo, A. & Porras, R. (1996). Aproximación del perfil conductual de madres con niños desnutridos graves. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*, 59,1.
- Díaz, M. P. (2000). Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. *Revista Chilena Pediátrica*, 71,4
- Domínguez-Vásquez P., Olivares S. & Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58 (3).
- Durán, P. (2005). Transición epidemiológica nutricional o el “efecto mariposa”. *Archivos argentinos de pediatría*, 103, 195-197.
- Epstein, L., Paluch, R., Gordy, C & Dorn, J. (2000). Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity. *Archives of pediatric adolescent medicine*, 154, 220-226.
- Eraso, J., Bravo, Y. & Delgado, M. (2006). Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán: un estudio cualitativo. *Revista de Pediatría*, 41, 3, 23-40.
- Fernández-Aranda, F., Ramón, J., Badía, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D & Treasure, J. (2004). *Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación*. Recuperado de: www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/.../298/html.

- 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. (1999). Resstricting access palatable foods affects children's behavioral response, food selection and intake. *Americal Journalof Clinical Nutrition*, 69, 1264-1272.
- Galván, M., Amezcua González, A. & López Rodríguez, G. (2011). *Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo 2010. Resultados principales*. México: UAEH, DIF-Hidalgo, SEP-H, SSa-H).
- Galván, M., González-Unzaga, M. & López Rodríguez, G. (2008). *Estado de Nutrición de los niños menores de cinco años y sus madres en el estado de Hidalgo* (Encuesta Estatal de Nutrición de Hidalgo 2003). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Goldfield, G., Epstein, L., Kilanowski, C., Paluch, R. & Kogut-Bossler, B. (2001). Cost-effectiveness of group and mixed family-based treatment for childhood. *Obesity International Journal of obesity*, 25, 1843-1849.
- Gortmaker. S. L. , Must, A. & Sobol, A. M. (1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 14986-1990. *Arch Pediatr Adolesc*, 150, 356-362.
- Greene, J. & D'Oliveira, M. (2006). *Test estadísticos para la Psicología*. Madrid España: Editorial Mc Graw Hill.
- Guzman Saldaña, R. (2001). *Practicas de crianza y alimentación en una comunidad rural*. (Tesis inédita de maestría). Posgrado Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gutiérrez, M. (2005). Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. *Sociedad de pediatría de atención primaria de Extremadura*, 2 , 55-60.
- Guzmán, S., García C., Martínez M. & Gómez Pérez-Mitré, G. (2008). Una cuestión de género: el estado nutricional de los hijos e hijas explicado desde las prácticas de crianza de las madres de familia. . En. Fonseca, C. & Quintero, M.L. (2008). *Temas emergentes en los estudios de género*. México: Porrúa.
- Guzmán, M., Gómez, G., García, R. & Martínez, J. (2009). Una cuestión de género: el estado nutricional de los hijos e hijas, explicado desde las prácticas de crianza de las madres de familia. *Revista científica electrónica de psicología* ,4. [versión electrónica].
- Hart, K., Bishop, J. & Truby, H. (2003). Promoting health diet and exercise patterns amongst primary school children: A qualitative investigation of parents preventive. The British dietetic association. *Journal Human Nutrition and dietetic*, 1, 89-96.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011). *Glosario Completo*. México: Dirección General de Estadística INEGI.
- Jellife, D. B. (1974). *Nutrición infantil en países en desarrollo*. México: LIMUSA.
- Kail, R. V. & Cavanaugh, J. C. (2006). *Desarrollo Humano: Una perspectiva del ciclo vital*. México: Editorial Thomson.
- Kitzmann, K. & Beech, B. (2006). Family-based interventions for pediatric obesity: Methodological and conceptual challenges from family psychology. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 175-189.
- Kitzmann, K. M. & Beech, B. M. (2006). Family-based interventions for pediatric obesity: Methodological and conceptual challenges from family psychology. *Journal of Family Psychology, 20*,2, 175-189 [Versión electrónica].
- Korbman de Shein, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes: guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. México: Trillas.
- Levine, M., Ringham, R., Kalarchian, M., Wisniewski, L & Marcus, M. (2001). Is family based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity?. *International Journal of Psychiatry, 13*, 535-540.
- Mamani, R. (2004). Educación alimentaria y nutrición en las comunidades de Copalacaya, Choquenaira, Callisaya y Muruamaya. *Revista Latinoamericana de agricultura y nutrición, 2*, 5-8.
- Mamun, A., Lawlor, D., O'Callaghan, M., Williams, G. & Najman, J. (2005). Positive maternal attitude to the family eating together decreases the risk of adolescent overweight. *Obesity Research, 13*, 8, 1422-1430.
- Mussen, P. H., Conger, J. J. & Kagan, J. (1979). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Editorial Trillas.
- Navarro, G. (2006). *Prácticas parentales de alimentación, locus de control y su relación con el índice de masa corporal de niños (as), preescolares y escolares*. Tesis de doctorado: Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Newman, B. M. & Newman P. R. (1983). *Desarrollo del niño*. México: Editorial Limusa Wiley.
- Olaiz-Fernandez, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernandez, S., Hernández-Avila, M. & Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México:INSP.

- Olvera- Ezzel, N., Power, T. G. & Cousin, J. H. (1990). Maternal socialization of children's eating habits: Strategies used by obese Mexican American mothers. *Child development*, 61, 395-400.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Panorama general. Reducir los riesgos y promover la vida sana*. Informe sobre la salud en el mundo 2002. 3-15.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Obesidad y sobrepeso* (Nota descriptiva No. 311). Recuperada el 14 de Julio de 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R., (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R., (2009). *Desarrollo Humano*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Peña, M. (2004). *Crianza y desarrollo infantil en familias rurales de la región sur del estado de Sonora*. (Tesis inédita de maestría). Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C, Hermosillo, Sonora, México.
- Peña, R., Aguilar, R. & Vera, J. A. (2005). Pareja estimulación y desarrollo del infante en zona rural en pobreza extrema. *Revista Mexicana d Investigación Educativa*, 10, 559-576.
- Pérez, G. J. & González, M. C. (2002). *Crianza y desarrollo infantil en familias Yoreme-Mayo en el norte de Sinaloa*. Tesis de Licenciatura, UAIM, México.
- Perry, J., Silvera, D., Neilands, T., Rosenvinge, J. & Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9, 13-24.
- Petrovski, A. V. (1985). Características psicológicas del pre preescolar y del preescolar. En Petrovski, A. V., *Psicología evolutiva y pedagógica*. (pp. 49-56). Moscú, Editorial progreso.
- Posada Díaz, A., Gómez Ramírez, J. F. & Ramírez Gómez, H. (2010). La crianza en los nuevos tiempos. La crianza humanizada. *Boletín de grupo de puericultura de la Universidad de Antioquia*. Recuperado el 20 de julio de 2012 de http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/PublicacionesMedios/Bol etinPrincipioActivo/121_crianza_humanizada_2011.pdf
- Rice, P. F. (1997) *Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital*. México: Editorial Prentice-Hall.

- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychology Bulletin*, 128, 330-336.
- Rivera Aragón, S. & García Méndez, M. (2005). *Aplicación de la estadística a la psicología*. México: Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Santrock, J. W. (2006) *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Arravaca (Madrid): Editorial Mc Graw Hill.
- Saucedo-Molina, T. J. & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista Psiquiatría Fac Med Universidad Barma*, 32, 2,67-74 [versión electrónica].
- Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*. México: Editorial International Thomson Editores.
- Stassen Berger, K. & Thompson, R. A. (1997). *Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Madrid España: Editorial Medica Panamericana, S. A.
- Strommen, E. A., McKinney J. P. & Fitzgerald, H. E. (1982). *Psicología del desarrollo: Edad escolar*. México: Editorial Manual Moderno.
- Strommen, E. A., McKinney J. P. & Fitzgerald, H. E. (1981). *Psicología del desarrollo: El lactante y el preescolar*. México: Editorial Manual Moderno.
- Toro, J. (1986). Factores socioculturales de los factores de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.
- Toussaint, G. (2000). Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano. *Boletín Medico Hospitalario Infantil de México*.
- United Nations International Children's Emergency Fund (2005). *La infancia amenazada. Estado mundial de la infancia 2005*. Consultado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados para el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12, 132-142.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados para el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12, 132-142.
- Ventura, A. & Birch, L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5 (15), 1-12 [version electrónica].

- Vera, J. A. (2004). Practicas de crianza y educación inicial. *Visión Educativa Revista Sonorense de la Educación*, 3, 32-36.
- Vera, N. (1996). *Evaluación de un modelo descriptivo de Atención Primaria a la Salud y desarrollo infantil en zonas rurales*. Tesis de doctorado: Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Vera-Noriega, J. A., Peña, M., Hernandez, F. & Laga, A. (1998). Estimación de riesgo y disciplina alimentaria en niños preescolares en comunidades rurales del Estado de Sonora. *Psicología y Salud*, 5,11 [versión electrónica].
- Vera-Noriega, J. A. (1999). Un estudio psicosocial de los estilos maternos y el cuidado del niño en la zona rural. *Revista de Estudios Sociales*, 9, 17, 97-126 [versión electrónica].
- Vera-Noriega, J. A., Peña, M., & Domínguez, S. (2002) *Crianza, desarrollo y aprendizaje. Tópicos de Comunicación*. Consultado el 28 de Febrero de 2011 en <http://www.psicom.uson.mx/topicos/index.htm>.
- Vera Noriega, J. A. (2003). *Psicología y Salud*. Cap. 6. Variables Psicosociales de la Salud y Nutrición Infantil en Zonas Rurales. México: Centro de Investigación y en Alimentación y Desarrollo A. C.
- Webster-Stratton, C. (1990). Strees: A Potencial Disruptor of Parent Perceptions and Family Interacctions. *Journal of clinical Child Psychology*, 19, 302-312.

ANEXOS

Anexo 2.

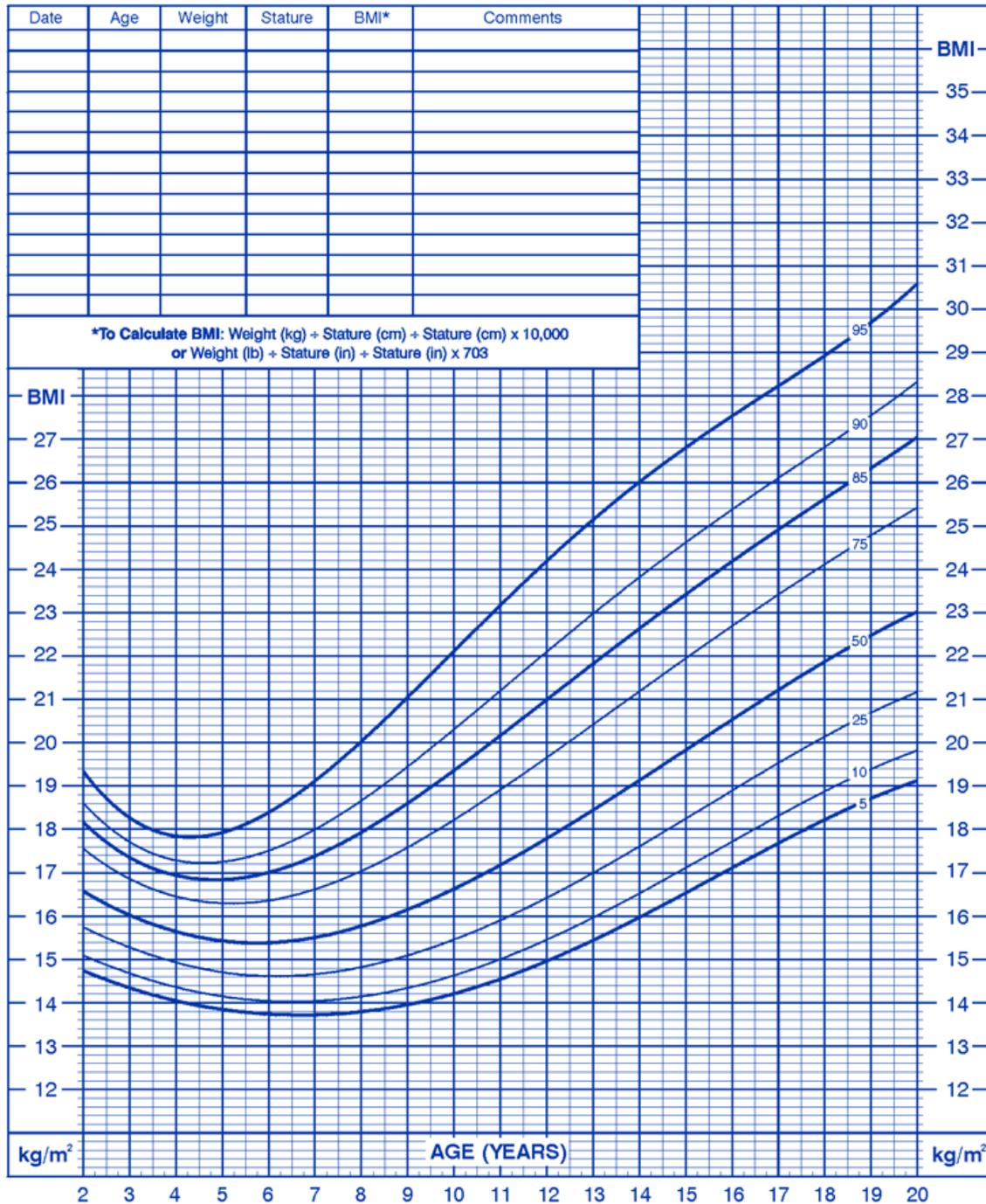
Gráfica Clínica del Crecimiento para niños por IMC (Percentil 5-95).

2 to 20 years: Boys

NAME _____

Body mass index-for-age percentiles

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



Anexo 3.

Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ).

Folio _____

Nombre del niño(a): _____ Grado y grupo _____

Los datos que nos proporcione son confidenciales y sólo se usarán con fines académicos.

1. Edad Mamá: _____				
2. Estado Civil:		Casada Unión Libre	Soltera Divorciada	Otro: _____
3. Escolaridad: Marque con una X su nivel máximo estudios:				
1 ^o de Primaria	1 ^o Secundaria	1 año Carrera Técnica	Estudios Maestría	
2 ^o de Primaria	2 ^o Secundaria	2 años Carrera Técnica	Estudios Doctorado	
3 ^o de Primaria	3 ^o Secundaria	3 años Carrera Técnica		
4 ^o de Primaria	1 ^o Preparatoria 2 ^o Preparatoria 3 ^o Preparatoria	Licenciatura incompleta		
5 ^o de Primaria		Licenciatura completa		
6 ^o de Primaria				
4. Ocupación (suya):		A qué se dedica? _____ Horario de Trabajo _____		
5. Ocupación del sostén de la casa:		En que trabaja? Dónde trabaja? _____ _____		
6. Datos de su hijo (a):		7. Anote la edad y sexo de otros hijos		
Sexo	F M	Edad	Sexo	
Edad _____		1.		
Enfermedades: _____		2.		
Tratamientos: _____		3.		
		4.		
		5.		

Instrucciones: Recuerde que hay **cinco** opciones de respuesta después de la frase, debe marcar con una **X** el cuadro que mejor representen **a usted y su hijo**. Conteste en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada renglón.

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

	Tengo que asegurarme que mi hijo(a):	Siempre				Nunca	
16	No coma muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)	<input type="checkbox"/>					
17	No coma muchos alimentos grasosos	<input type="checkbox"/>					
18	No coma mucho de sus alimentos favoritos	<input type="checkbox"/>					
19	Mantengo <i>a propósito</i> algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo	<input type="checkbox"/>					
20	Ofrezco golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) a mi hijo como premio por su buena conducta	<input type="checkbox"/>					
21	Ofrezco a mi hijo su comida favorita a cambio de que se porte bien	<input type="checkbox"/>					
22	Si yo no vigilara la alimentación de mi hijo, él comería mucha comida chatarra	<input type="checkbox"/>					
23	Si yo no controlara o guiara la alimentación de mi hijo, él comería más de las cosas que le gustan	<input type="checkbox"/>					
24	Mi hijo debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato	<input type="checkbox"/>					
	Le prohíbo comer a mi hijo(a):						
25	Golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>					
26	Comida chatarra (chetos, chicharrones, palomitas papitas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>					
27	Su comida favorita cuando no me obedece	<input type="checkbox"/>					
28	Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hijo coma suficiente	<input type="checkbox"/>					

29	Si mi hijo me dice "no tengo hambre", trato de hacer que él coma de cualquier manera	<input type="checkbox"/>					
30	Si yo no guiara o regulara su alimentación mi hijo comería mucho menos de lo que debe	<input type="checkbox"/>					
		Mucho				Nada	
31	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) que come su hijo?	<input type="checkbox"/>					
32	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de comida chatarra (papitas, chicharrones, etc.) que come su hijo?	<input type="checkbox"/>					
33	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad alimentos grasosos que come su hijo?	<input type="checkbox"/>					

Mucho

Nada

	¿Qué tan riesgoso es que mi hijo (a):						
34	Presente un problema de alimentación	<input type="checkbox"/>					
35	Se ponga grave por un problema de alimentación	<input type="checkbox"/>					
36	Coma solamente si le prometo sabritas, refrescos, dulces, etc.	<input type="checkbox"/>					
37	Coma solamente si le prometo salir a jugar, darle dinero, etc.	<input type="checkbox"/>					
38	Coma a diario los mismos alimentos	<input type="checkbox"/>					
39	Coma entre horas	<input type="checkbox"/>					
40	Le ofrezca golosinas y frituras como recompensa o premio cuando se porta bien	<input type="checkbox"/>					
41	Le pegue o le regañe cuando no quiere	<input type="checkbox"/>					

	comer							
42	No quiera comer cuando tiene diarrea o resfriado		<input type="checkbox"/>					

¡Muchas gracias por su colaboración

Anexo 4.

Carta consentimiento informado.



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Con el objetivo de determinar el efecto del estado de nutrición y concentración de hemoglobina en el coeficiente intelectual de los preescolares de Hidalgo, se desarrolla el presente estudio de investigación titulado:

“EFECTO DIFERENCIADO DE LA MALNUTRICIÓN EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE PREESCOLARES: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN POBLACIÓN URBANA EN TRANSICIÓN NUTRICIONAL”

Procedimientos:

Al aceptar participar en el estudio a su hijo (a) y a usted se le medirá el peso, estatura y circunferencia de cintura, además se les aplicará una encuesta de datos socioeconómicos, antecedentes de nacimiento y consumo de alimentos, y se extraerá una gota de sangre de un dedo de la mano para identificar si su hijo tiene anemia, todos estos procedimientos serán realizados por una nutrióloga capacitada.

A su hijo(a) se le aplicará una prueba para medir su inteligencia y a usted se le aplicará una entrevista sobre depresión, imagen corporal y conductas alimentarias, todo ello será realizado por una psicóloga calificada.

Los resultados del estudio permitirán implementar programas de atención primaria para mejorar la nutrición y el desarrollo de los niños de Hidalgo.

Beneficio en participar en la investigación.

- ❖ Obtendrá información acerca del estado de nutrición de su hijo (a) y de usted.
- ❖ Conocerá como se desempeña su hijo en una prueba de inteligencia.
- ❖ Conocerá si existen indicadores de riesgo temprano del desarrollo de enfermedades crónicas en su hijo (a).
- ❖ El estudio no pone en riesgo la salud y la vida del niño (a), debido a que todos los procedimientos serán realizados por personal capacitado.
- ❖ No recibirá compensación económica por su participación, ni le causará gasto alguno.

Posibles riesgos y molestias.

El niño (a) podría presentar alguna molestia en el sitio de donde se obtendrá una gota sangre. **Los resultados de los exámenes le serán enviados al centro de salud que le corresponda, haciendo recomendaciones en caso necesario.**

Participación Voluntaria / Abandono

Si usted acepta que su hijo (a) participe en este estudio, y en determinado momento decide el abandono de este, se puede retirar sin perjuicio alguno para usted o su familia.

Preguntas:

Si tiene alguna duda, comentarios, quejas como participante en la investigación, favor de comunicarse con el **Dr. Marcos Galván García**, profesor investigador del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, al teléfono 044-771-1906494 al correo electrónico: mgalvan73@gmail.com. Asimismo podrá hacerlo en su propia unidad de salud.

Confidencialidad

Las opiniones e ideas que exprese durante la entrevista serán anónimas. Se entiende por anónimo a la condición en que ni el mismo investigador puede relacionar a una persona con la información obtenida.



CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION: **“EFECTO DIFERENCIADO DE LA MALNUTRICIÓN EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE** **PREESCOLARES: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN POBLACIÓN URBANA EN TRANSICIÓN NUTRICIONAL”**

Los investigadores y personal de mi unidad de salud, me han explicado y dado a conocer en que consiste el estudio, los posibles riesgos y beneficios de mi participación y la de mi hijo/a, así como de tener la libertad de abandonar este estudio en el momento que yo crea conveniente.

Me doy por enterado/a que los resultados obtenidos en el estudio serán para beneficio de los preescolares de Hidalgo, y que serán usados solo para fines científicos lo que favorecerá la toma de decisiones en la atención primaria de los niños de Hidalgo por las instituciones públicas.

Municipio: _____, Hgo. a _____ de _____ de 2011

Unidad de Salud o guardería: _____

Nombre del niño: _____ Folio: _____

Nombre de la madre o tutor: _____

Firma de la madre o tutor: _____

Nombre y firma de dos testigos:

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

Nombre y Firma del investigador: _____

16

Anexo 5.

Formato de captura de propiedades antropométricas

54.7 Ven televisión juntos.....	<input type="checkbox"/>
54.8 Lo lleva a compra golosinas o dulces a la tienda.....	<input type="checkbox"/>
54.9 Otro _____ (especificar)	<input type="checkbox"/>
55. ¿Qué actividades realiza con el niño durante el tiempo que le dedica los fines de semana? (Espere la respuesta, ESCRIBA el código que corresponda) 1 = Sí 2 = No 98 = No sabe/no responde	
1. Lo baña o lo asea.....	<input type="checkbox"/>
2. Lo alimenta o le da su leche.....	<input type="checkbox"/>
3. Juega con él.....	<input type="checkbox"/>
4. Le lee cuentos, le habla o le canta.....	<input type="checkbox"/>
5. Lo lleva de compras o al mercado.....	<input type="checkbox"/>
6. Lo saca a pasear al jardín, parque o algún otro lado.....	<input type="checkbox"/>
7. Ven televisión juntos.....	<input type="checkbox"/>
8. Lo lleva a comprar golosinas o dulces a la tienda.....	<input type="checkbox"/>
9. Otro _____ (especificar)	<input type="checkbox"/>

IV. ANTROPOMETRIA Y HEMOGLOBINA	
56. Peso del niño(a) (kg).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
57. Talla del niño(a) (cm).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
58. Circunferencia de cintura del niño(a) (cm).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
59. Peso de la madre (kg).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
60. Talla de la madre (cm).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
61. Circunferencia de cintura de la madre (cm).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

62. ¿Se tomó muestra al niño para hemoglobina? 1. Sí 2. No 3. No se dejó 4. Muestra insuficiente o no se pudo realizar el análisis 5. Ya fue evaluado por Salud	<input type="checkbox"/>
63. Valor de hemoglobina.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
64. Diagnóstico de anemia..... 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
65. Tratamiento con sulfato ferroso 1. Sí _____ (especificar medicamento) 2. No 3. Otro: _____ (especificar)	<input type="checkbox"/>
66. Tipo y dosis de medicamento de sulfato ferroso u otro 1 = Sí 2 = No (Anote el tipo y ESCRIBA el código que corresponda)	
66.1 Gotas (ml).....	<input type="text"/> código <input type="text"/> cantidad
66.2 Pastillas (mg).....	<input type="text"/> código <input type="text"/> cantidad
66.3 Suspensión (ml).....	<input type="text"/> código <input type="text"/> cantidad
66.4 Otra	<input type="text"/> código <input type="text"/> cantidad

V. RESULTADO DE LA ENTREVISTA			
Nombre del encuestador: _____	Cve: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Resultado de entrevista 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado de entrevista 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado de entrevista 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	
Códigos: 01. Entrevista completa 02. Entrevista incompleta 03. No acudió a la entrevista 04. Se negó a dar información			