



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“Intervención Psicoeducativa sobre Prácticas de Crianza
y Comportamiento Alimentario en Mujeres
con Hijos(as) en Edad Escolar”**

T E S I S

que para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Presenta:

LIC. EN PSIC. MARIANA VALDEZ AGUILAR

DIRECTORA: DRA. REBECA MA. ELENA GUZMÁN SALDAÑA

CODIRECTORA: DRA. ANA OLIVIA RUÍZ MARTÍNEZ

CODIRECTORA: DRA. TERESITA DE JESÚS SAUCEDO MOLINA

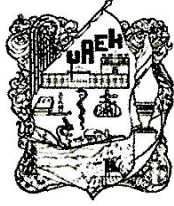
SUPLENTE: DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO

SUPLENTE: DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA



Instituto de Ciencias de la Salud

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, Octubre 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Health Sciences

Área Académica de Medicina

Department of Medicine

Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

9/agosto/2016

AAM/MCBS/070/2016

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Valdez Aguilar Mariana

Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Intervención psicoeducativa sobre prácticas de crianza y comportamiento alimentario en mujeres con hijos(as) en edad escolar", con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE TERESITA DE JESÚS SAUCEDO MOLINA

PRIMER VOCAL DRA. REBECA MA. ELENA GUZMÁN SALDAÑA DRA.

SECRETARIO DRA. ANA OLIVIA RUÍZ MARTÍNEZ

SUPLENTE DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO

SUPLENTE DR. ARTURO DE CASTILLO ARREOLA

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

San Agustín Tlaxiaca Hgo. a 9 de agosto de 2016

M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR

DRA. ARACELI ORTIZ POLO
COORDINADORA DE POSGRADO ICESA



DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
COORDINADOR DEL PROGRAMA



Instituto de Ciencias de la Salud
Exhacienda la Concepción s/n Camino a Tlaxiaca.
San Agustín Tlaxiaca, Hgo. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308
mria_bio_sal@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca 622907.

Beca CONACyT

Agradezco el apoyo económico que me otorgó el Consejo de Ciencia y Tecnología, al asignarme la beca para realizar mis estudios de posgrado.

AGRADECIMIENTOS

A la **Doctora Rebeca Guzmán Saldaña**, por su apoyo incondicional, su guía, su paciencia, su valiosa comprensión y por ayudarme siempre cuando la necesité en la elaboración de este proyecto de tesis, que en muchas ocasiones fue difícil, pero finalmente pude comprender el campo de la investigación y su elaboración metodológica. Muchas gracias.

A la **Doctora Ana Olivia Ruíz Martínez**, por sus aportaciones encaminadas a la mejora de esta investigación, por las pláticas y su escucha, en todo momento. Fue un honor conocerla durante este camino de la maestría.

A la **Doctora Teresita de Jesús Saucedo Molina**, por su entusiasmo, entrega y grandes conocimientos a su profesión, por sus enseñanzas en clase, gracias por su disposición para las revisiones de mi proyecto realmente han sido de mucha ayuda, sé que puedo confiar en usted.

A la **Doctora Rosalía Vázquez Arévalo**, por la oportunidad que me dio de estar un semestre en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de haber estado en el seminario de Doctorado por sus aportaciones a mi proyecto, por escucharme muchas veces cuando sentía que esta investigación era interminable, siempre tuvo las palabras adecuadas para hacerme volver a confiar en mi misma.

Al **Doctor Arturo del Castillo Arreola** y la **Doctora Melissa García Meráz** por sus contribuciones para este proyecto, sus clases y sus observaciones que siempre enriquecieron mi trabajo.

Al **Doctor Eliezer Zamarripa Calderón** y al **Doctor Manuel Sánchez Gutiérrez** por su apertura al diálogo y su motivación a la investigación.

To **Jess Haines P.H.D** and **Kathryn Walton P.H.D student** thank you very much for let me be part of your research team in University of Guelph; thank you both for your value contributions to this work, for the guidance in made an article and the personal and profesional experience shared in Canadá.

A **mis padres** por siempre estar conmigo, por escucharme en los días de desmotivación, por ayudarme a salir adelante, han sido mi inspiración, mi lucha. Los amo infinito. A **mi hermano** por escucharme y darme consejos por apoyarme en la recta final de la maestría, gracias por ser siempre una persona tan sensible y humana. Eres un ejemplo para mí. Al resto de **mi familia** por echarme porras y confiar en mí.

A **Rayito** quien llegó a dar alegría a la casa y darme ánimos en las desveladas constantes, en la escritura y captura de datos.

A **Luis** por compartir este camino conmigo. A **mis amigos** quienes fueron un gran soporte emocional en el proceso de este proyecto gracias por las charlas, las experiencias compartidas la complicidad y por dejarme expresar cuando lo necesitaba. Un especial agradecimiento a **Carolina Olvera Herrera** quien me ayudó en mi proceso de maduración tanto personal como profesional durante esta etapa. Gracias.

Agradezco a las autoridades, a los alumnos y a las madres participantes de la escuela que participaron en este proyecto. Muchas gracias.

INDICE

Resumen	10
Abstract	11
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO TEÓRICO	15
Capítulo 1. Desarrollo Biopsicosociocultural del Niño y la Niña en la Edad Escolar	15
1.1 Concepto de Infancia y Niñez	15
1.2 Características Generales de los Niños de 6 a 12 años	16
1.3 Factores Biológicos	17
1.4 Factores Psicológicos	19
1.5 Factores Sociales	22
Capítulo 2. Estado Nutricio del Niño(a) y del Adulto	26
2. 1 Concepto de Estado Nutricio	26
2. 2 Factores relacionados con el Estado de Nutrición	26
2.2.1 Malnutrición en el Niño	28
2.2.2 Malnutrición en el Adulto	29
2.3 Evaluación del Estado Nutricio	31
2.4 Factores Biopsicosociales relacionados con el Estado Nutricio del Niño(a)	35
2.4.1 Factores Biológicos	35
2.4.2 Factores Psicológicos	40
2.4.3 Factores Socioculturales	42
2.5 Datos Epidemiológicos: Internacionales, Nacionales y Estatales	43
2.5.1 Ámbito Internacional	43
2.5.2 Ámbito Nacional	44
2.5.3 Ámbito Estatal	45
2.6 Programas y Estrategias para la Atención del Estado de Nutrición de los Escolares	47
2.6.1 Programas Internacionales	47
2.6.2 Programas Nacionales	48
2.6.3 Programas Estatales	49
Capítulo 3. Comportamiento Alimentario en la Diada Madre-hijo (a)	51
3.1 Concepto de Conducta Alimentaria	51
3.2 Relevancia del Comportamiento Alimentario del Cuidador	52
3.2.1 Actitudes del Cuidador y Ambiente Familiar	53
3.2.2 Modelamiento, Accesibilidad, Disponibilidad de los Alimentos	54
3.3 Conducta Alimentaria de la Madre	56
3. 4 Conducta Alimentaria del Niño	58
3.4.1 Dimensiones Pro y Anti-ingesta en la Conducta Alimentaria del Niño	59
3.4.1.1 Sobrealimentación Emocional	60
3.4.1.2 Disfrute de los Alimentos	60
3.4.1.3 Respuesta a los Alimentos	61
3.4.1.4 Deseo de Beber	62
3.4.1.5 Lentitud para Comer	63
3.4.1.6 Respuesta de Saciedad	64

3.4.1.7 Subalimentación Emocional	65
3.4.1.8 Exigencia frente a los Alimentos	66
3.5 Formas de Evaluación de la Conducta Alimentaria Infantil	67
Capítulo 4. Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación	69
4.1 Antecedentes Históricos de la Crianza	69
4.2 Crianza y Estilo de Crianza	71
4.3 Pautas, Prácticas y Creencias de la Crianza	72
4.4 Vínculo Madre-hijo (a) en la Crianza	72
4.5 Modelos Explicativos de las Prácticas de Crianza	74
4.6 Formas de Evaluación de las Prácticas de Crianza Alimentaria	76
4.7 Investigaciones sobre Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación	78
Capítulo 5. Percepción de las Prácticas de Crianza	82
5.1 Características de la Madre	82
5.1.1 Autoconcepto y Percepción de la Pareja	83
5.1.2 Percepción de la Madre en la Crianza	84
5.2. Características del Niño	86
5.2.1 Desarrollo del Autoconcepto y la Autoestima	87
5.2.2 Percepción del Niño en la Crianza	89
5.3 Formas de Evaluación de la Percepción de las Prácticas de Crianza	90
Capítulo 6. Programas de Prevención en las Prácticas de Crianza Alimentaria	92
6.1 Promoción de la Salud y Prevención	92
6.1.1 Concepto de Promoción de la Salud	92
6.1.2 Concepto y Niveles de Prevención	94
6.1.3 Importancia de la Prevención	96
6.1.4 Concepto de Psicoeducación en la Salud	97
6.2 Elementos de Intervención Preventiva	98
6.2.1 Nivel de riesgo de los participantes	99
6.2.2 Sexo de los participantes	99
6.2.3 Edad de los participantes	99
6.2.4 Formato de las Intervenciones	100
6.2.5 Número y duración de las Sesiones	102
6.2.6 Contenido de las Intervenciones	102
6.2.7 Teorías en que se basan las Intervenciones	103
6.2.8 Lugar en el que se imparte la Intervención	105
6.2.9 Persona que imparte la Intervención	108
6.2.10 Efecto de las Intervenciones	109
6.3 Propuesta de Modelo de Prevención sobre Prácticas de Crianza y Comportamiento Alimentario en Diadas Madre-hijo (a)	110
III. JUSTIFICACIÓN	112
IV. HIPÓTESIS	115
V. OBJETIVOS	115
5.1 Objetivo General	115
5.2 Objetivos Específicos	116

VI. MATERIAL Y METODO	116
6.1 Tipo de Estudio	116
6.2 Diseño de Investigación	116
6.3 Definición de Variables	117
6.4 Participantes	120
6.4.1 Criterios de Inclusión	121
6.4.2 Criterios de Exclusión	121
6.5 Instrumentos	121
6.5.1 Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ)	121
6.5.2 Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (Versión para Madres y Versión para Niños (as))	122
6.5.3 Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ)	123
6.5.4 Materiales para medición de peso y talla	123
6.6 Análisis Estadístico	123
6.7 Procedimiento	124
6.8 Aspectos Éticos	125
VII. RESULTADOS	126
VIII. DISCUSION Y CONCLUSIONES	147
IX. BIBLIOGRAFÍA	162
X. ANEXOS	178
1. Cuestionario de Actitudes, Creencias y prácticas de los padres hacia la alimentación de los hijos	178
2. Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (versión para padres)	181
3. Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil	182
4. Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (versión para niños)	184
5. Consentimiento informado	185
6. Tabla percentilar IMC para niñas	186
7. Tabla percentilar IMC para niños	187
8. Carta descriptiva del programa de intervención	188

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Etapas Psicosociales Planteadas por Erickson	23
Tabla 2. Métodos de Evaluación del Estado de Nutrición	34
Tabla 3. Dimensiones de la conducta alimentaria en relación con la obesidad	52
Tabla 4. Variable Independiente	117
Tabla 5. Variables Dependientes	117
Tabla 6. Variables Intervinientes	118
Tabla 7. Estructura Factorial del CFQ	122
Tabla 8. Prueba de igualdad de las muestras en la Preevaluación	131
Tabla 9. Resultados antes y después de la intervención (Grupo Experimental).	132
Tabla 10. ANOVA de una vía: Prácticas de Crianza	134
Tabla 11. ANOVAs de una vía: Comportamiento Alimentario Infantil	136
Tabla 12. ANOVAs de medidas Repetidas	137
Tabla 13. Tamaño del efecto	146

INDICE DE FIGURAS

Fig. 1 Estrategias Maternas de Alimentación Saludable y no Saludable	58
Fig. 2 Propuesta de Modelo de programa de prevención	111
Fig. 3 Índice de Masa Corporal de los Niños y Niñas en la Preevaluación	126
Fig. 4 Índice de Masa Corporal de las Madres en la Preevaluación	127
Fig. 5 Índice de Masa Corporal de los Niños y Niñas en la Post evaluación	128
Fig. 6 Índice de Masa Corporal de las Madres en la Post evaluación	128
Fig. 7 Índice de Masa Corporal de los Niños y Niñas en el seguimiento	129
Fig. 8 Índice de Masa Corporal de las Madres en el seguimiento	130
Fig. 9 Efecto de la intervención en el Estilo Autoritario de las madres	140
Fig. 10 Efecto de la intervención en Monitoreo	140
Fig. 11 Efecto de la intervención en Responsabilidad percibida	141
Fig. 12 Efecto de la intervención en Manipulación	141
Fig. 13 Efecto de la intervención en Deseo de Beber	142
Fig. 14 Efecto de la intervención en Respuesta de saciedad	142
Fig. 15 Efecto de la intervención en Lentitud para comer	143
Fig. 16 Efecto de la intervención en Subalimentación emocional	143
Fig. 17 Efecto de la intervención en Exigencia frente a los alimentos	144

Resumen

Desde un enfoque preventivo uno de los principales factores que se ha relacionado con un Índice de Masa Corporal (IMC) saludable y no saludable en las primeras etapas de vida, son las prácticas de crianza alimentaria de las madres. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención psicoeducativa sobre las prácticas de crianza y comportamiento alimentario de mujeres y sus hijos(as) en edad escolar, de una primaria pública, en Pachuca de Soto, Hidalgo. La muestra estuvo conformada por estudiantes de cuarto grado de primaria y sus madres; mediante un muestreo no probabilístico se seleccionaron $N=50$ ($M=9.12$ años; $DE=.43$), de los cuales $n=16$ (32%) fueron hombres y $n=34$ (68%) fueron mujeres; en cuanto a las madres $N=50$, las edades oscilaron entre 24 y 51 años ($M=34.94$ años; $DE=6.20$). Las diadas madre-hijo(a) fueron asignadas aleatoriamente a una de dos condiciones: programa psicoeducativo ($n=25$ diadas) y grupo en lista de espera ($n=25$ diadas). Las madres completaron los siguientes cuestionarios: *Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ)*, *Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (versión para madres)* y *Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ)*. Los escolares contestaron el *Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (versión para niños)*. Se realizaron tres momentos de evaluación: pre, post y seguimiento a los tres meses después de concluida la intervención. El programa psicoeducativo consistió en 10 sesiones, en donde se abordaron contenidos sobre la diferenciación entre el comer por hambre y el comer emocionalmente, lonchera saludable, prácticas de crianza, autoestima, imagen corporal, autoeficacia para el control de peso, y estrategias parentales para la crianza. Se realizaron ANOVA's de una sola vía y ANOVA's de medidas repetidas que indicaron cambios positivos en la post evaluación en prácticas de crianza alimentarias en las variables de: restricción y manipulación y el comportamiento alimentario del niño en las variables de: respuesta de saciedad, lentitud para comer, subalimentación emocional y exigencia frente a los alimentos; cabe señalar, que algunos de estos cambios no permanecieron después del seguimiento o se observaron hasta el seguimiento, por lo que se debe de reforzar el programa de intervención en algunos de sus componentes. Este estudio es de los pocos que consideraron la intervención en diadas madre-hijo(a), además, son escasos los programas de prevención de prácticas de crianza alimentaria que se han enfocado en la edad escolar; por lo que es importante destacar este tipo de intervenciones exitosas, y seguir realizando acciones preventivas a favor de la niñez en México.

Palabras clave: *Prácticas de crianza, comportamiento alimentario, programa psicoeducativo, diadas madre-hijo(a).*

Abstract

From a preventive approach one of the main factors that has been linked to a Body Mass Index (BMI) healthy and unhealthy in the early stages of life are maternal feeding practices. This study aimed to evaluate the effectiveness of a psychoeducational intervention on parental practices and child eating behavior of women and their children school-age in a elementary public school, in Pachuca, Hidalgo. The sample consisted of students from fourth grade and their mothers using a non-probability quota sampling were selected to N = 50 (M = 9.12 years, SD = .43), of which n = 16 (32%) were men and n = 34 (68%) were women; mothers as N = 50, ages ranged from 24 to 51 years (34.94 years M =, SD = 6.20). Dyads were randomly assigned to one of two conditions: psychoeducational program (n = 25 dyads) and waiting list group (n = 25 dyads). Mothers completed the following questionnaires: Child Feeding Questionnaire (CFQ) Brief Parenting Practices Questionnaire (version mothers) and Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ). Children answered the following instrument: Parenting Practices Questionnaire (children's version). Three stages of evaluation were conducted: pre, post and three months follow-up. The psychoeducational program consisted of 10 sessions, contents of sessions were: the distinction between eating for hunger and emotional eating, healthy lunchbox, parenting practices, self-esteem, body image, self-efficacy for weight control, parental parenting strategies. We performed, one way ANOVA'S and repeated measures ANOVA's that indicated post positive changes in parental feeding practices in the variables of: restriction and manipulation and child eating behaviour in the variables of: satiety responsiveness, slowness in eating, emotional undereating and food fussiness; it should be noted, some of these changes did not remain after follow-up or they were observed until follow-up, so we have to reinforce the intervention program and continue to make an analysis of these results. This study is significant because it worked on all sessions with both mothers with children, to have a greater impact on them, in addition, few prevention programs about parental feeding practices focus on school-aged children; so it is important to continue these preventive programs for children in Mexico.

Keywords: parenting practices, eating behavior, psychoeducational program, mother-child dyads

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, determinados hábitos han propiciado la tendencia al sobrepeso y obesidad de la población infantil. Si bien, el papel de la familia es conocido y significativo, muchos de los programas de intervención se han centrado casi exclusivamente en la dieta, con escasa atención a los componentes emocionales y las interacciones entre los cuidadores y los niños(as), actividades que caracterizan las primeras experiencias con la alimentación (1). Por lo que es importante y necesario ayudar a las familias a establecer hábitos y prácticas saludables en los primeros años que es un tiempo ideal para evitar y prevenir tanto la desnutrición como la obesidad (2). En este sentido, la familia actúa como un contexto hereditario, emocional y ambiental para el individuo, por lo que los padres influyen en gran medida en las conductas alimentarias de sus hijos, específicamente a través de actitudes y conductas respecto a la comida, al peso y la imagen corporal (3).

Algunos estudios (4,5) han revelado una clara relación entre las experiencias de las madres, el peso de los niños y los conflictos como discusiones durante las comidas. Esa relación tan estrecha entre las madres y los hijos con la comida incide directamente en todo el desarrollo del menor; específicamente, en el estado de nutrición del niño, ya que éste será el idóneo si la frecuencia y la calidad de la interacción con la madre es apropiada y suficiente. Por lo que estudiar la relación de la diada madre-hijo(a) es de gran relevancia ya que la naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es fundamental para el futuro de su salud. Así, las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo madre-hijo(a) pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo.

Asimismo, se ha hecho evidente la importancia de que la madre, enfoque y ayude al niño a tener un comportamiento activo durante la alimentación facilitando el consumo del niño por medio de interacciones y prácticas de crianza alimentarias adecuadas. Cuando estas prácticas son inadecuadas, se considera que pueden estar asociadas a una baja escolaridad, pobreza, ambiente familiar hostil o desorganización y/o desajustes afectivos como la depresión o el estrés en la crianza (6). Ahora bien, es necesario abordar el problema tanto de la obesidad como de la desnutrición desde un enfoque familiar. Su enfrentamiento efectivo solo es posible mediante un abordaje integral y multidisciplinario que incorpore el enfoque epidemiológico y que tenga por objetivo principal la prevención de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en familia.

Por lo que, las prácticas de crianza en conjunto con el comportamiento alimentario de la diada juegan un papel sumamente importante en la sociedad; dados los hábitos alimentarios que se tienen en México y que también se relacionan con una red de influencias de tipo hereditario, emocional, familiar y social, por lo que es necesario llevar a cabo programas de prevención enfocados a las madres y escolares, y así prevenir y evitar tanto el bajo peso como la obesidad que cada día están a la alza de manera indiferenciada tanto en niños como en adultos; además de identificar los principales factores biopsicosociales que intervienen en la generación de prácticas de crianza no saludables y lo que es aún más relevante desde el punto de vista de la prevención.

En estos capítulos se integra un cuerpo teórico que pretende explicar e integrar las perspectivas biológica, psicológica y social en la que se sustenta el entendimiento multidisciplinario del proceso salud- enfermedad. Formado por aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales; propuesta que progresivamente ha ido dando lugar al modelo biopsicosocial de la salud, el cual considera que los factores biológicos son condiciones necesarias, pero no suficientes en el inicio de una enfermedad. Por lo que el presente estudio tiene por objetivo evaluar la eficacia de una intervención psicoeducativa sobre las prácticas de crianza y comportamiento alimentario de mujeres con hijos(as) en edad escolar de cuarto grado de una primaria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo.

En el capítulo 1 titulado “Desarrollo biopsicosociocultural del niño y la niña en edad escolar”, se describen las características de desarrollo del niño escolar. El capítulo 2 llamado “Estado nutricional del niño(a) y del adulto”, refiere datos epidemiológicos, factores biopsicosociales relacionados con el estado nutricional en el niño y el adulto y la forma como se evalúa el estado nutricional. El capítulo 3 llamado “Comportamiento alimentario en la diada madre-hijo(a)”, aborda una revisión acerca de la conducta alimentaria de la madre y también del niño(a), se detallan diferentes dimensiones relacionadas con el comportamiento alimentario infantil, además las formas de evolución de esta variable. El capítulo 4 “Prácticas de crianza relacionadas con la alimentación”, explica el concepto de prácticas alimentarias y los diferentes estudios que se han llevado a cabo entorno a esta variable. En el capítulo 5 “Percepción de las prácticas de crianza”, se presentan investigaciones sobre la percepción de los hijos(as) de la crianza. Por último se muestran instrumentos para evaluar la percepción de la crianza tanto en los padres como en los niños(as). En el capítulo 6 “Programas de prevención en las prácticas de crianza alimentaria”, se describen los elementos para llevar a la práctica los programas de prevención, así como ejemplos de estos programas. Además se aborda la propuesta del modelo para prevenir prácticas de crianza no saludables. Por último, se da paso a la

parte metodológica de la investigación (justificación, hipótesis, objetivos, materiales y método); descripción de los resultados, discusión y conclusiones.

Al finalizar se integra el listado de referencias, y en anexos se agregan los instrumentos utilizados en las distintas etapas de evaluación de la muestra de participantes, así como la carta descriptiva de la intervención realizada en las diadas madre-hijo.

II. MARCO TEÓRICO

A continuación se desarrolla el marco teórico-conceptual que trata de explicar e integrar las diferentes perspectivas biológicas, psicológicas y sociales en las que se sustenta el desarrollo del niño en edad escolar, su estado nutricional y el del adulto. Posteriormente se describe y explica el comportamiento alimentario de la diada madre-hijo(a), la percepción de las prácticas de crianza, las prácticas de crianza alimentarias, para finalizar la presentación de aspectos actuales sobre los programas de prevención en éste ámbito.

Capítulo 1. Desarrollo Biopsicosocial del Niño y la Niña en la Edad Escolar

Existen múltiples conceptos del periodo llamado infancia con diferentes miradas y alternativas, en este capítulo, se presentan algunos de ellos, incluyendo a la niñez como parte de la infancia; posteriormente se abordan las características de desarrollo biopsicosocial de los escolares.

1. 1 Concepto de Infancia y Niñez

Si se hace una revisión de la historia de la infancia se podrá observar que ha cambiado a través de los años, y depende en gran medida del contexto en el que se vive. No es lo mismo el concepto de infancia que se tenía siglos pasados, al que se concibe actualmente.

La primera etapa del desarrollo de la vida humana es la infancia, si bien es el lapso donde se dan cambios muy importantes, va mucho más allá de todo esto, la parte significativa de la infancia es la manera de cómo se vive, esto depende también del contexto en el que se crece. La primera infancia, de los cero a los cinco años de edad, representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento (7).

Son varios los autores (8–10) que dividen la infancia en diferentes etapas, muchos de ellos coinciden que la primera infancia va de los cero a los tres o cinco años; sin embargo, lo importante es que la primera infancia es decisiva en el crecimiento del niño(a), y en el desarrollo que tenga en otras etapas de la vida. Los tres primeros años de vida constituyen el período crítico para que estas bases se establezcan. En éste periodo de la vida no sólo construye su desarrollo psicomotor sino además se

forma su cerebro, sus matrices de aprendizaje, su capacidad de pensamiento y su posterior equilibrio emocional. Los vínculos iniciales determinarán sus vínculos con el mundo y sus aptitudes sociales.

Se debe tener presente la importancia que tiene el apoyo de los padres en la infancia y más si se trata de la primera infancia, muchas de las habilidades que tenga el niño(a) a lo largo de su vida, fueron estimuladas en la primera infancia, el desarrollo psicomotor se va construyendo y no sólo eso, sino también las capacidades del pensamiento que le servirán al niño(a) cuando inicie la etapa escolar (7).

Ahora bien, el desarrollo de la infancia entre los seis y los once años de edad es decisivo para consolidar las capacidades físicas e intelectuales, para la socialización con las demás personas y para formar la identidad y la autoestima de los individuos. En este sentido, el desarrollo que se da durante los primeros doce años es crucial en el niño(a) en diferentes aspectos, tales como el físico, intelectual, social y emocional. En lo que respecta al desarrollo emocional, cabe mencionar la importancia que tiene el desarrollo de la autoestima en esta etapa, ya que el menor necesita ser estimulado afectivamente desde el inicio. Como se abordará más adelante, el infante va formando su autoconcepto a partir de los comentarios que recibe por parte de las personas significativas en su entorno y de su cultura (7).

Asímismo, la evolución del menor en edad escolar se ubica en un rango entre los seis y doce años de edad. Durante esta etapa las visibles diferencias de estatura, peso y contextura pueden ser muy importantes (11). Como se ha estado mencionando, son relevantes y de vital importancia cada uno de los cambios que experimenta el escolar.

1.2 Características generales de los niños de seis a doce años

Para la mayoría de los menores, la edad escolar, es una época de crecimiento estable tanto en habilidades motoras globales y finas. Desgraciadamente para algunos, es una época en la que las dificultades físicas, psicológicas y sociales que tienen se hacen más evidentes, provocando cambios en la autoestima y percepción de sí mismo (12).

Suele decirse que los niños(as) de seis a doce años están en la edad escolar porque es la etapa de la vida cuyo eje es el aprendizaje, que se logra en las clases, en juegos y en relaciones con los demás. La escuela es el centro del aprendizaje; a esta edad el menor sale de su casa y entra a un mundo desconocido, donde aquellas personas que forman su familia y su mundo hasta ese momento,

quedan fuera. Este hecho marca el inicio del contacto del niño(a) con la sociedad, es a través de la escuela que se le van a entregar las herramientas necesarias para desenvolverse en el mundo adulto (13).

El desarrollo del niño(a) se puede separar por áreas; sin embargo, existe una estrecha relación entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales, lo que va ocurriendo en un área va a influir directamente en el desarrollo de las otras. El éxito o fracaso de esta etapa depende en gran medida de las habilidades que haya desarrollado en los seis años anteriores (13).

Dado lo anterior, se exponen las características más importantes del desarrollo biológico, psicológico y social del niño(a), haciendo énfasis en las características físicas, ya que el aspecto físico abarca el concepto de cuerpo, la importancia de valorarlo, y la relación con el desarrollo psicológico y social, en donde entra el concepto y la importancia de la autoestima. La autoestima y el cuerpo, son temas que se vinculan con el desarrollo físico, psicológico y social del niño(a) (13).

1.3. Factores Biológicos

El cambio que se da en los niños(as) de edad escolar, se van estableciendo desde su entrada a la escuela; cabe mencionar, que son diferentes los cambios que tiene un niño(a) de primer año (seis años de edad en la mayoría de los casos) a los que tiene un pre adolescente de sexto año (doce años de edad, en la mayoría de los casos), -no se mencionarán las características del niño(a) que corresponden a cada grado-, no obstante existen etapas del niño(a) en la que ocurren cambios importantes, y que determinan la percepción de su cuerpo (8). Los niños(as) que van ingresando al colegio desarrollan habilidades motoras gruesas y finas que se mejoran conforme pasan los años. Este es un aspecto importante, ya que el progreso o tardanza que tenga en las destrezas motoras, distorsiona o mejora su imagen corporal. El niño(a) necesita que constantemente se le estimule en las actividades y se le brinde apoyo para ejecutarlas de mejor manera (8).

Durante la edad escolar los cambios evolutivos por los cuales transita el cuerpo del niño(a), no solo le permiten adaptarse de manera flexible y armoniosa a su medio próximo, también les sirven como protectores. Aunado a lo anterior, no sólo gozan de buena salud y evitan los peligros, sino que además gracias al crecimiento y maduración de su cerebro, tienen una mayor capacidad de interacción entre su psique y su cuerpo, lo que por consecuencia les permite obtener un mayor control en sus

habilidades motoras. Sin embargo, este control de habilidades puede no ser igual en todos los niños(as), debido a su particular progreso o propio ritmo, por lo que pueden existir diferencias (8).

Como resultado del dominio de estas facultades psicomotrices tanto finas como gruesas, los niños(as) adquieren una mayor autonomía, siendo capaces prácticamente de cuidarse por sí mismos: pueden manipular con mayor precisión cualquier objeto, escribir en forma pulcra, desplazarse de un lugar a otro, cuidar de su aseo personal, andar en bicicleta, practicar algún deporte, entre otras actividades sin que los padres o tutores ayuden o supervisen todo el tiempo (8).

Es importante que los niños(as) sepan realizar y ejecutar actividades físicas básicas que se enseñan en este nivel, ya que de eso depende en gran medida el progreso en cuanto a su coordinación motriz en otras etapas de su vida. Las destrezas físicas dominadas durante la etapa de la educación primaria se deben entre otras cosas a que los niños(as) crecen más lentamente durante esta edad que lo que crecieron en los años anteriores o que lo que crecerán unos pocos años después, lo que les permite obtener un desarrollo motor mucho más gradual y coordinado (12).

El crecimiento físico, así como otras funciones o capacidades orgánicas no serán las mismas en todos los niños(as), estas dependen en gran medida de variantes de tipo externo provenientes del contexto histórico y cultural en el que se encuentren, ambos determinan una serie de hábitos reflejados en estereotipos y en correspondencia en un tipo de alimentación, actividad física, imagen corporal, entre otras (13).

Por otra parte, también influyen variantes internas provenientes del patrimonio hereditario, al brindar información genética que determina el desarrollo físico; aunado a esto, el género también intervendrá en el crecimiento y por ende en el desarrollo, aunque de manera normal, la mayoría de los niños(as) de edad escolar (seis a doce años) crecen entre 2.5 y 7.5 centímetros cada año y aumentan de peso entre 2.250 y 3.600 kilogramos. Sin embargo, entre los diez y doce años comenzará un repentino crecimiento que será muy notorio, algunos serán mucho más altos y pesados en comparación al resto de sus compañeros de clase o amigos de vecindario (13).

También puede existir gran diferencia de edad y de sexo en el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias; por ejemplo, en las niñas, las características abarcan la aparición de la menarquía (primera menstruación), el desarrollo de los senos, aumento de genitales externos e internos, el crecimiento de vello en el pubis y las axilas; mientras que en los niños, estas

características abarcan el crecimiento del pene y los testículos, al igual que el crecimiento de vello en el pubis y las axilas principalmente (14). Las niñas a diferencia de los niños pueden presentar una complexión más robusta debido a que su cuerpo presenta más tejido graso, una característica que se acentuará y persistirá en años posteriores. Este acelerado incremento de grasa corporal en las niñas puede ocasionar que se preocupen demasiado por su peso, sobre todo en una sociedad que valora mucho la esbeltez(15).

Con el paso del tiempo los niños crecen, adelgazan, sus miembros se alargan y las proporciones corporales cambian. Los músculos también se fortalecen, siendo en los niños más notorio el cambio que en las niñas, condición que les permitirá realizar juegos de mayor contacto físico y mayor rudeza, además de servirles para poner a prueba sus destrezas físicas y conocer las posibilidades de su cuerpo y aceptar sus limitaciones. Asimismo, aumentan considerablemente las capacidades de diversos órganos de su cuerpo y por ello, pueden ejecutar juegos y actividades que demandan altos esfuerzos físicos durante un tiempo más prologando (16).

1.4 Factores Psicológicos

Este desarrollo se caracteriza por ser el producto de los esfuerzos del niño(a) por comprender y actuar en su mundo, ya que se inicia con una capacidad innata para resolver problemas y la habilidad para adaptarse a las experiencias cotidianas de la vida y al mismo tiempo aprender de ellas (13).

Por lo tanto, el desarrollo cognoscitivo es influenciado por la interrelación de factores intrínsecos y por los factores extrínsecos como el hábitat de la familia, la posición social estimada por la profesión de los padres o responsables del niño(a), la calidad de la educación, los modelos de crianza de los padres o tutores, los medios de comunicación, el tipo de cultura en el que se encuentra inmersa la sociedad; en suma son factores que llegan a influenciar y poco a poco van conformando el rumbo del desarrollo cognitivo (13).

Todas estas experiencias son grandes oportunidades que conllevan mediante a una serie de procesos, a desarrollar de manera gradual la adquisición de nuevas y complejas habilidades, destrezas y conocimientos a su propio esquema mental. El desarrollo cognitivo se encuentra constituido por la estabilidad y cambios en las capacidades mentales, tales como el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, el razonamiento moral e incluso las relaciones sociales, ya que los procesos

cognitivos afectan la capacidad del individuo para adquirir, manifestar o expresar mediante la conducta los conocimientos y las habilidades sociales (11).

Por otra parte, en lo que respecta al desarrollo del vocabulario y de la gramática el niño(a) tendrá un notable dominio del lenguaje, durante esta etapa, se vuelven más analíticos y lógicos en su comprensión de las palabras y reglas gramaticales. En cuanto a su memoria, ya sea a corto o largo plazo ambas mejoran demasiado durante la niñez intermedia debido a la habilidad para realizar la reconstrucción de lo pasado con la ayuda de estrategias mnemónicas, que son mecanismos o técnicas tales como recitaciones, organizaciones y ayudas externas que sirven a la memoria para recordar lo pasado (15).

De igual modo, el control de atención aumenta, lo cual les permite concentrarse por más tiempo y discriminar los puntos de información más importantes para lo que en ese momento se encuentren realizando, es decir, descartar información irrelevante (11).

Desde la perspectiva de Piaget el desarrollo cognitivo ocurre por cuatro etapas a lo largo de la vida, las cuales el denomina estadios y los clasifica de la siguiente manera(9):

1. Sensoriomotora (Nacimiento a dos años): lo que define esta etapa es la obtención de conocimiento a partir de la interacción física con el entorno inmediato. Así pues, el desarrollo cognitivo se articula mediante juegos de experimentación, muchas veces involuntarios en un inicio, en los que se asocian ciertas experiencias con interacciones con objetos, personas y animales cercanos.
2. Preoperacional (dos a siete años): el niño(a) empieza a ganar la capacidad de ponerse en el lugar de los demás, actuar y jugar siguiendo roles ficticios y utilizar objetos de carácter simbólico. Sin embargo, el egocentrismo sigue estando muy presente en esta fase, lo cual se traduce en serias dificultades para acceder a pensamientos y reflexiones de tipo relativamente abstracto.
3. Operaciones concretas (siete a doce años): el niño(a) empieza a usar la lógica para llegar a conclusiones válidas, siempre y cuando las premisas desde las que se parte tengan que ver con situaciones concretas y no abstractas. Además, los sistemas de categorías para clasificar aspectos de la realidad se vuelven notablemente más complejos en esta etapa.
4. Operaciones formales (doce años en adelante): es en este período en el que se gana la capacidad para utilizar la lógica para llegar a conclusiones abstractas que no están ligadas a casos concretos que se han experimentado de primera mano. Por tanto, a partir de este

momento es posible "pensar sobre pensar", hasta sus últimas consecuencias, y analizar y manipular deliberadamente esquemas de pensamiento, y también puede utilizarse el razonamiento hipotético deductivo.

En el caso del niño(a) de edad escolar está situado en la tercera etapa, misma que se refiere a las operaciones lógicas usadas para la resolución de problemas. De acuerdo con Piaget las operaciones concretas que caracterizan al niño(a) de esta edad, son las operaciones de conservación, clasificación y seriación principalmente (16).

Conservación

Esta capacidad mental le permite al niño(a) entender que la cantidad se mantiene siempre igual aunque varíe su forma y conforme a la edad, el niño(a) va a establecer una relación distinta entre cantidad y forma, es decir, de conservación. Con esta característica se manejan los conceptos de cantidad y de calidad. Este principio de conservación aplica para masa, longitud, líquido, conservación de área, de peso y de volumen (8).

Clasificación

Mediante la clasificación los niños(as) organizan su mundo, "clasifican o dividen objetos en diferentes categorías o subcategorías y proceden luego a analizar la forma en que dichos objetos se relacionan". Se trata de una conducta que lleva al sujeto a formar clases simples o complejas de acuerdo a su edad y siempre atendiendo a las distintas características del objeto (8).

Seriación

Según Piaget es la capacidad de todo sujeto para ordenar de acuerdo con una característica o más, cualquier objeto en progresión lógica, ya sea en forma decreciente a creciente o viceversa (más que o menos que), lo cual ayuda a los niños(as) a comprender los conceptos de número, tiempo y medición (12).

Por ejemplo, les ayuda a definir grosores, utilidades, o definir del más claro al más oscuro, del más liviano al más pesado, o si una numeración va de cinco en cinco el niño(a) podrá deducir el número faltante, debido a que ha llegado a la conclusión de que los números guardan una relación

entre sí y se obtienen sumando o restando solo el número correspondiente a dicha relación (12). En este estadio de operaciones concretas el niño(a) se caracteriza por ser capaz de aplicar operaciones, o acciones mentales, o procesos de razonamiento lógicos a problemas concretos o reales, siempre utilizando símbolos referidos a objetos concretos y no abstractos, en otras palabras. Como su nombre lo indica estas operaciones son concretas porque los objetos y hechos sobre los que se está pensando, se encuentran físicamente presentes frente al niño, o ya los utilizó con anterioridad (8).

Por último, se puede decir que en esta etapa el niño(a) se caracteriza por ser capaz de aplicar operaciones, o acciones mentales, o procesos de razonamiento lógicos a problemas concretos o reales, siempre utilizando símbolos referidos a objetos concretos y no abstractos, es decir, son operaciones concretas porque los objetos y hechos sobre los que se está pensando, se encuentran físicamente presentes frente al niño(a) o ya los utilizó con anterioridad (12).

1.5 Factores Sociales

El desarrollo emocional y social está comprendido por las relaciones interpersonales con la familia, los amigos y la comunidad en general, que darán origen a la configuración de una identidad personal. Este último factor estará influenciado por los rasgos hereditarios del escolar, y significativamente por los factores provenientes del ambiente; tales como, las experiencias obtenidas a través de las distintas formas de interactuar con las personas y objetos en determinados lugares y circunstancias (8).

Desde antes de su nacimiento, el ser humano trae consigo cierta información genética que configura en parte su personalidad; sin embargo, esta no se encuentra determinada en su totalidad, ya que puede irse conformando y modificando antes de llegar a la adultez gracias al conocimiento empírico; es decir, a las experiencias que la vida misma ofrece (16).

Dicho aprendizaje, proviene del intercambio social logrado a lo largo de la vida, pero sobre todo se va adquiriendo desde edades muy tempranas, siendo así el de mayor influencia debido a que durante los primeros años, el niño(a) absorberá todos los juicios de los demás sobre sus habilidades y su comportamiento, y en base a esto, irá formando una imagen de sí mismo junto con su autoestima que irá moldeando su propia personalidad (15).

De acuerdo con Erik Erickson para tener una elevada autoestima, y por lo tanto un sano desarrollo emocional y social, el niño(a) debe poseer un sentido de laboriosidad (concepto que se abordará más adelante). Erikson menciona que el desarrollo emocional y social o psicosocial, se encuentra dividido en una secuencia con un cierto orden natural, al cual no se le debe de interferir demasiado pronto ni después, solo cuando le corresponde, pues de lo contrario el progreso de ese desarrollo perdería su continuidad y se corrompería. Este proceso evolutivo (como lo señala Erikson), consta de ocho fases que se extienden a lo largo de todo el ciclo vital de los individuos, cada etapa o fase del desarrollo psicosocial está caracterizada por una crisis emocional con dos posibles soluciones, favorable o desfavorable, en donde la resolución de cada crisis determina el desarrollo posterior, es decir, el progreso de cada fase está determinado en parte por nuestros éxitos o por los fracasos en las fases anteriores (16,17).

De tal forma que la culminación exitosa de cada etapa dará lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás; en cambio si se fracasa a la hora de completar una etapa, puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y por ende una personalidad menos sana (15). Las etapas psicosociales planteadas por Erickson son las siguientes:

Tabla 1. *Etapas Psicosociales planteadas por Erickson (8)*

ETAPAS	CARACTERÍSTICAS
1) Confianza básica vs. desconfianza.	Nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses
2) Autonomía vs. vergüenza y duda	18 meses hasta los 3 años aproximadamente
3) Iniciativa vs. culpa	3 hasta los 5 años aproximadamente
4) Laboriosidad vs. inferioridad	5 hasta los 13 años aproximadamente
5) Búsqueda de identidad vs. difusión de identidad	13 hasta los 21 años aproximadamente
6) Intimidad frente a aislamiento	21 hasta los 40 años aproximadamente
7) Generatividad frente a estancamiento	40 hasta los 60 años aproximadamente
8) Integridad frente a desesperación	60 años hasta la muerte aproximadamente

Al niño(a) de edad escolar le corresponde la cuarta etapa o fase llamada laboriosidad *versus* inferioridad, que abarca desde los seis años de edad hasta la pubertad, la tarea principal de esta fase es la de desarrollar una capacidad de laboriosidad al tiempo que se evita un sentimiento excesivo de

inferioridad, es decir, para lograr un adecuado desarrollo emocional y social, los niños(as) deben sentirse productivos o industriosos como lo llama Erickson (12,15).

Ahora bien, los niños(as) al aprender las habilidades consideradas como útiles para cumplir las exigencias de la sociedad a través de las complejas interacciones sociales, principalmente provenientes de los padres, así como de otros miembros de la familia, pares (compañeros[as] de la escuela o vecinos[as] de la misma edad), de los profesores y otros miembros de la comunidad; los niños(as) se sentirán competentes y eficaces, además lograrán evitar sentirse: con vergüenza, con inseguridad, con temor al castigo y desconfianza al no poder realizar con éxito las actividades, lo que conllevará a la obtención de una elevada autoestima y una visión de la vida más positiva y por lo tanto, una mejor adaptación e interacción con su medio ambiente próximo (familia) y el lejano (vecinos, amigos e incluso desconocidos) (15).

No todos los juicios tendrán el mismo efecto sobre el desarrollo de la personalidad del niño(a), estos juicios influirán de acuerdo con la importancia que él les otorgue; siendo así los más significativos para él, aquellos provenientes de las personas con las cuales interactúa la mayor parte del tiempo, como sus pares o las personas a cargo de su cuidado y especialmente sus padres por todo el valor afectivo y simbólico depositados sobre ellos (15,16).

Debido a las características del niño(a) de edad escolar pueden definirse a sí mismos a través de sus características internas, tienen conciencia de sí mismos y pueden experimentar una emoción concreta en una situación determinada, una mayor tendencia a tomar en consideración los hechos que dan lugar a una reacción emocional, una notable mejoría en la capacidad para suprimir u ocultar emociones y el empleo de estrategias personales para reconducir los sentimientos lo cual permite la capacidad de adaptación del niño(a) (15).

El estado de ánimo del niño(a) en edad escolar es notable, posee sentido de individualidad, capacidad crítica y puede establecer relaciones duraderas con personas diferentes a sus padres, cualidades que lo prepararán para irse vinculando más a la sociedad en la cual vive y separarse de su núcleo familiar cuando llegue el momento (14).

Debido a la particular interacción producida con el surgimiento del grupo de niños(as) de la misma edad y del mismo sexo, quienes adquieren la misma o incluso mayor importancia que la familia, los niños(as) tienen la oportunidad de formar parte de un grupo de iguales, con los cuales enfrentará

sus puntos de vista, establecerá relaciones especiales e interiorizará reglas y convicciones morales diferentes a las existentes en el seno familiar, además de afirmar sobre todo su personalidad, pues el grupo también hace que los niños(as) superen las dudas sobre sí mismos al ser valorados por los demás; como en esta etapa los niños(as) comprenden mejor los pensamientos y sentimientos de los otros y de sí mismos, tienden a hacer comparaciones para saber cuán brillantes, atléticos y atractivos son respecto a los demás (12).

Para pertenecer a la pandilla o grupo de pares es indispensable ser aceptado por el líder, lo importante que llegue a esta edad con un positivo sentimiento de valoración, aceptación y afecto por parte de la familia, para mostrar la seguridad necesaria y lograr una buena aceptación(12).

En conclusión se puede decir que el desarrollo del niño y la niña implica un proceso integral y armónico entre lo afectivo, cognoscitivo y psicomotriz, logrando un equilibrio, sin embargo si en alguna de estas áreas se presenta una distorsión, entonces puede aparecer una alteración en la relación del individuo con el medio inmediato ya sea familia, escolar o social en el que se desenvuelve.

Capítulo 2. Estado Nutricio del Niño(a) y del Adulto

En este capítulo se abordan los conceptos de estado nutricio, alimentación, nutrición, dieta, entre otros; además, se realiza una revisión acerca de la evaluación del estado nutricio, tanto del adulto como del niño y la niña, algunos de sus criterios fundamentales y los métodos que más se utilizan para su medición. Se detallan los factores biopsicosociales relacionados con el estado nutricio. Asimismo, se dan a conocer las definiciones de desnutrición y obesidad y la magnitud de estos problemas desde el punto de vista epidemiológico en los ámbitos internacional, nacional y estatal. Por último, se describen los programas para la atención del estado nutricio.

2.1 Concepto de Estado Nutricio

El estado nutricio es la situación final de balance entre ingreso, absorción y metabolismo de los nutrientes y las necesidades del organismo, todo esto dentro de un contexto ecológico, ya que está influenciado por múltiples factores físicos, biológicos, de alimentación, culturales y socioeconómicos de la comunidad. (17). Al estado nutricio también se le puede concebir, desde el punto de vista fenoménico, como la resultante de la interacción dinámica, en tiempo y espacio, de la alimentación (utilización de la energía y nutrientes contenidos en los alimentos) en el metabolismo de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo. Tal interacción puede estar influida por múltiples factores, desde los genéticos que determinan en gran medida la estructura metabólica del individuo y factores propios del entorno tanto de naturaleza física como química, biológica y hasta de índole social (18).

2.2 Factores relacionados con el Estado Nutricio

Una nutrición adecuada constituye un gran beneficio. Las personas bien alimentadas tienden a ser más saludables, productivas y aprenden con mayor facilidad; favorece a las familias y las comunidades impactando de manera general y positiva al entorno global (19). Para comprender adecuadamente las implicaciones que tiene un adecuado estado de nutrición, a continuación se definirán una serie de conceptos asociados a éste.

La alimentación es una necesidad biológica, de ella depende la conservación de la vida, pero para el ser humano es además un estímulo placentero, para los órganos de los sentidos, instrumento de comunicación y vinculación social, elemento medular de ritos, ceremonias y celebraciones que da el sentido de identidad a una sociedad; es por ello que la alimentación y la nutrición tienen carácter

biopsicosocial (20). El acto de alimentarse es intermitente y en esencia voluntario y consciente; sin embargo, está regulado por las sensaciones de “hambre” y “saciedad”. La sensación de hambre avisa al organismo que ya necesita reponer su provisión de nutrientes y la saciedad le indica que dicha provisión ha sido debidamente satisfecha (21).

El término hambre se define como la sensación fisiológica que se presenta cuando han transcurrido varias horas después de la última toma de alimento. Durante este periodo hay sensaciones como vacío en el estómago, contracciones gástricas, ligeros dolores de cabeza, náuseas, entre otros (21).

El apetito se define como un antojo o una elección de comer determinado alimento o un nutriente; las vivencias pasadas, el pensamiento y los factores hedonistas, pueden influir en la selección de los alimentos. Se han conceptualizado tres niveles sincrónicos en el control del hambre y el apetito. El primero se refiere a los aspectos psicológicos, como la percepción del hambre, el antojo por los alimentos, las sensaciones de placer que éstos brindan y su influencia en el desarrollo de los hábitos alimentarios; el segundo se refiere a los aspectos fisiológicos periféricos y metabólicos; y, el tercero abarca la interacción de los metabolitos y los neurotransmisores en el cerebro. En el último nivel (neural) puede haber una incidencia de los hábitos de alimentación y, a su vez, de la respuesta fisiológica del sistema periférico, que tiene acción en la actividad de los neurotransmisores(21).

La dieta, es la unidad de la alimentación que engloba procesos biológicos y psicológicos que intervienen en ella, es así que la alimentación es el conjunto de procesos biopsicosociales relacionados con la ingesta de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrientes que necesita, así como satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana (22).

Los nutrientes contenidos en la dieta ingerida constituyen las sustancias químicas abastecedoras y sostenedoras de la función metabólica (o metabolismo), de aquí la importancia capital que tiene el hecho de que sean consumidos y absorbidos en las cantidades absolutas y relativas requeridas, de manera tal que estén biodisponibles para las células de los diferentes tejidos y órganos que integran en su conjunto el biosistema humano, según sus necesidades (18).

La más importante de todas las funciones biológicas es la metabólica y de ella dependen las demás. Fuera de la función metabólica no tendría razón abordar las características vitales de un

sistema vivo, y la misma es un reflejo concreto de la forma, cualitativamente superior, en que se organiza la materia en los biosistemas (23). Es así que la nutrición se define como el conjunto de los procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrientes. Asimismo, es un proceso mediante el cual el organismo utiliza los nutrientes aportados por los alimentos ingeridos para su completo desarrollo físico y mental (24).

Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares libres y más sal o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales (25).

La nutrición y la alimentación se interrelacionan facilitando o inhibiendo los procesos de crecimiento y desarrollo, siendo el crecimiento el aumento en el número y tamaño de las células, segmentos, órganos y tejidos; además de ser un proceso biológico complejo, determinado por factores genéticos la edad y el sexo (27).

Dentro de este contexto es importante definir la mala nutrición, la cual es la ausencia de una dieta balanceada, que contenga la variedad, cantidad y calidad adecuada de alimentos para garantizar la buena nutrición de niños y adultos. Así la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad son formas de mala nutrición (27).

2.2.1 Malnutrición en el Niño

Un estado de malnutrición en los niños(as) ya sea por exceso (obesidad) o por déficit (desnutrición) aumenta los riesgos de enfermedades asociadas a estas condiciones. En los niños(as), la obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de muerte prematura, así como de obesidad y discapacidad en la edad adulta. Los niños(as) con obesidad y sobrepeso tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles (25).

Ahora bien, en los niños(as), es usado el Índice de Masa Corporal (IMC) Percentilar. Sin embargo, el IMC no es una herramienta de diagnóstico. El IMC Percentilar por edad se utiliza para interpretar el número del IMC porque este es tanto específico para la edad como para el sexo para los niños(as) y adolescentes. Estos criterios son diferentes de los que se usan para interpretar el de los adultos, los cuales no toman en cuenta ni la edad ni el sexo. Éstos son considerados tanto en los niños(as) como en adolescentes por dos razones: 1) La cantidad de grasa corporal cambia con la edad 2) La cantidad de grasa corporal varía entre las niñas y los niños. En este sentido, existen tablas con percentiles para hombres y mujeres, siendo normal el IMC que se sitúa entre los percentiles 10 y 85. Si el IMC de un niño(a) está entre los percentiles 85-95 tiene sobrepeso y si está sobre el percentil 95 tiene obesidad (27).

Por otro lado, la desnutrición infantil se ha definido como el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y en calidad), la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres (28).

Muchos países de ingresos bajos y medios se enfrentan en la actualidad a una doble carga de morbilidad: siguen teniendo el problema de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, pero al mismo tiempo están sufriendo un rápido aumento de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, tales como el sobrepeso y la obesidad, sobre todo en el medio urbano. No es raro que la desnutrición y la obesidad coexistan en un mismo país, una misma comunidad e incluso un mismo hogar (2,29).

2.2.2 Malnutrición en el Adulto

La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. Las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes (30).

La obesidad tiene un origen multifactorial, en el que se involucran la susceptibilidad genética y los estilos de vida y del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y

social. En este fenómeno juegan un papel importante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social (31).

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos y un descenso en la actividad física (como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización). La transición nutricional que experimenta el país tiene como características una occidentalización de la dieta, en la cual 1) aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados que son adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal; 2) se presenta un aumento en el consumo de comida rápida y comida. Se puede referir de manera general que la obesidad y el sobrepeso caracterizan a los rangos de peso que exceden lo que se considera saludable para una determinada estatura, mientras que la desnutrición describe una situación inferior a lo que se considera saludable (32).

Se sabe que en el adulto el sobrepeso tiene un IMC igual o superior a 25 y la obesidad un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 25 (33).

La obesidad (30) es calificada por la OMS como la epidemia del siglo XXI, es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida. Se caracteriza por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y, por ende, ganancia de peso. La obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades osteoarticulares y ciertos tipos de cáncer, como el de mama y próstata.

Dependiendo de la edad y la etnia, la obesidad se asocia con una disminución de la esperanza de vida, entre 6 y 20 años. Existe evidencia de que las personas con obesidad grave mueren de 8 a 10 años antes que las de peso normal, al igual que los fumadores. Se estima que cada 15 kilogramos extra aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente en 30% (34).

2.3 Evaluación del Estado Nutricio

La evaluación del estado nutricio abarca el conjunto de procedimientos progresivos que permiten evaluar el nivel de salud, bienestar, adecuación, exceso y déficit de los individuos desde la panorámica de su situación nutricional. Estos procedimientos se basan en la interpretación de la información obtenida a partir del estudio de una serie de parámetros (35-38).

Esta evaluación debe considerar una valoración integral; sin embargo, los indicadores antropométricos más utilizados son las mediciones de peso y talla, ya que poseen ventajas como: amplia disponibilidad de equipo, facilidad y precisión en su ejecución cuando se cuenta con personal bien entrenado y equipo en óptimas condiciones; además son técnicas no invasivas, por lo que gozan de aceptación general por parte de las personas evaluadas (35).

Durante la edad escolar y la pubertad es difícil utilizar un patrón de referencia para evaluar el estado de nutrición, ya que con facilidad los casos de maduración precoz o tardía pueden ser mal clasificados. Por este motivo existen gráficas de crecimiento para niños(as) y jóvenes de dos a 20 años de edad que se recomiendan para clasificar los distintos estados nutricios de acuerdo al IMC, como pueden ser bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad (36). "Bajo peso", "peso normal", "sobrepeso" y "obesidad" son términos utilizados para referirse a los distintos rangos de peso corporal. La obesidad y el sobrepeso caracterizan a los rangos de IMC que exceden lo que se considera saludable para una determinada estatura, y la desnutrición describe al IMC que está por debajo (39).

Ahora bien, se sabe que el IMC no mide directamente la grasa corporal, pero si provee una estimación razonable acerca de la adiposidad, lo que a su vez predice los riesgos de complicaciones relacionadas con la obesidad. En la actualidad las tablas más utilizadas son las de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y las tablas de la OMS (36).

La evaluación del estado nutricio se puede realizar a partir de la aplicación de diversos métodos, que tienen alcances y limitaciones específicos, la evaluación del estado de nutrición será tan buena como lo sea la claridad de sus objetivos y lo estrecho de su relación con los indicadores elegido (37).

Evaluación Dietética

Su práctica requiere un adecuado programa de capacitación y, cuando menos, de la definición de las unidades que se van a utilizar (raciones, tazas, cucharadas, gramos, etcétera), la temporalidad de la encuesta (prospectiva, transversal o retrospectiva), los periodos de estudio a considerar (24 horas, una semana, un mes), la forma de registrar la información sobre técnicas de preparación de los alimentos y la selección de tablas de referencia para calcular el contenido de nutrimentos de los alimentos considerados en la encuesta (37).

Ahora bien, una evaluación dietética no permite hacer un diagnóstico del estado de nutrición; sin embargo, sí permite orientar sobre el riesgo de presentar algunas alteraciones y en este sentido es más útil para poblaciones que para individuos. En el caso de individuos, la información que proporciona es más cualitativa que cuantitativa. También es importante considerar que la mayoría de los estudios dietéticos difícilmente coinciden con las evaluaciones clínicas y las bioquímicas, puesto que son distintos los tiempos de los estados que reflejan cada una de estas evaluaciones (38).

Evaluación Clínica

La evaluación clínica incluye cuando menos la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación; la exploración clínica permite orientar hacia el posible origen del cuadro encontrado, siempre y cuando se acompañe de los estudios pertinentes (antropométricos, bioquímicos o dietéticos) para llegar a un diagnóstico de certeza (38).

Evaluación Antropométrica

Constituye uno de los más importantes, baratos y fáciles de ejecutar que permite la obtención de una información bastante acabada y acorde con la realidad objetiva nutricional del sujeto, siempre y cuando sea bien ejecutado, siguiendo las normas internacionales establecidas, con instrumentos previamente estandarizados y por un personal debidamente entrenado (40).

Debe comenzar con el registro del peso, la talla, la determinación del índice de masa corporal y de otros tipos según los propósitos del estudio, como diferentes mensuraciones entre las que están el pliegue tricípital, pliegue subescapular, pliegue suprailiaco, circunferencia braquial media, circunferencia media de la pierna, circunferencia cefálica, circunferencia torácica, circunferencia de la

cintura y circunferencia de la cadera, entre otras que después pueden ser utilizadas de manera combinada o para, mediante el empleo de determinados algoritmos matemáticos simples, llegar a la obtención de valores que reflejan con bastante exactitud el estado de nutrición del sujeto (40).

Evaluación Bioquímica

En términos generales, la evaluación bioquímica sólo se debe utilizar cuando existe sospecha de una deficiencia nutricional, con excepción de la deficiencia de hierro, que no suele dar manifestaciones clínicas. Esta evaluación es conveniente en el caso de las alteraciones asociadas con problemas de exceso, las cuales con frecuencia sólo son evidentes en las etapas iniciales a través de exámenes de laboratorio; entre estas alteraciones pueden ser la diabetes mellitus y la aterosclerosis (40).

A pesar de que en principio la evaluación bioquímica es más sensible que otros procedimientos para evaluar el estado de nutrición, sobre todo en lo que toca a vitaminas y nutrientes inorgánicos, con frecuencia no es posible alcanzar resultados concluyentes, dado que existe una gran gama de técnicas de laboratorio para determinar un mismo nutriente, y que aún no hay un acuerdo sobre cuáles son las más sensibles y específicas (39).

Un punto importante en la evaluación bioquímica del estado de nutrición es el espécimen en el cual se harán las determinaciones. Así, la información sobre la concentración de vitamina C no tiene el mismo significado cuando la determinación se realiza en plasma que cuando se efectúa en leucocitos. En el primer caso será un indicador confiable del consumo reciente de ese nutriente, mientras que en el segundo se trata de un indicador de la magnitud de la reserva de ácido ascórbico (37).

A continuación se muestra una tabla sobre los distintos métodos que se utilizan para medir el estado de nutrición tanto en el adulto como en el niño(a).

Tabla 2. *Métodos de Evaluación del Estado de Nutrición (37)*

Método	Objetivo	Alcance	Ejemplos
Encuesta Dietética	Conocer las características de la dieta.	Permite identificar las alteraciones de la dieta antes de la aparición de signos clínicos de déficit o exceso.	Encuesta de recordatorio de 24 horas.
Evaluación Clínica	Identificar la presencia y gravedad de los signos asociados con las alteraciones del estado nutricional.	Permite identificar manifestaciones anatómicas de alteraciones nutricias.	Signos clínicos asociados con alteraciones del estado nutricional.
Métodos Antropométricos	Estimar proporciones corporales asociadas al estado nutricional.	Permite identificar alteraciones pasadas y presentes del estado nutricional, así como riesgos asociados a este.	Medición del peso, la estatura, diversas dimensiones corporales.
Métodos Bioquímicos	Estimar las concentraciones disponibles de diversos nutrientes o metabolitos asociados.	Permite identificar alteraciones presentes y subclínicas, así como riesgos posteriores. En algunos casos permite la evaluación funcional del estado de nutrición.	Medición de nutrimento, vitamina C o sus metabolitos en plasma, medición del ácido xanturénico para detectar la deficiencia de vitamina B.
Métodos Biofísicos	Valorar diversos aspectos anatómicos y funcionales asociados al estado nutricional.	Permite identificar presentes y posteriores riesgos.	Impedancia bioeléctrica. Estimación de la densidad corporal.

2.4 Factores Biopsicosociales relacionados con el Estado Nutricio del Niño(a)

El estado nutricio tiene una etiología multifactorial. Es el resultado de la conjunción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En este sentido los problemas con el estado nutricio no deben ser únicamente considerados como un problema producido por el desequilibrio entre las necesidades energéticas y la alimentación, sino que más bien es producto de la interrelación de muchos otros factores

2.4.1 Factores Biológicos

El estado nutricio está vinculado con el sistema inmunitario, de tal manera que existe una relación estrecha entre malnutrición y la mortalidad por enfermedades infecciosas por lo que un estado nutricio deficitario limita la capacidad de reacción del sistema inmune, disminuyendo la resistencia del individuo a las infecciones. A la vez, las infecciones van a agravar la malnutrición preexistente, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper. Los efectos de la nutrición y la infección sobre el organismo no sólo se suman sino que se potencian, presentándose un efecto sinérgico (41).

El estado inmunitario se debilita considerablemente en la malnutrición, por eso, los episodios de infecciones son mucho más severos en niños(as) malnutridos, tanto con obesidad como con desnutrición. Asimismo, los niños(as) con retraso en el crecimiento debido a una alimentación insuficiente y a enfermedades recurrentes suelen presentar mayor número de episodios diarreicos graves, además de ser más vulnerables al desarrollo de algunas enfermedades infecciosas como el paludismo, la meningitis, las neumonías, entre otros (41).

Etapas de la Alimentación Infantil

La alimentación del recién nacido y la primera infancia pasa por tres periodos (42):

- *Periodo lácteo:* por ser la leche el único alimento. Desde el nacimiento hasta los seis meses aproximadamente, en los cuales se comienza la introducción progresiva de otros alimentos.
- *Periodo de transición:* o destete, donde se va introduciendo la alimentación sólida o bien anterior a ella, se opta por una lactancia artificial.
- *Periodo de maduración digestiva:* hasta que el niño(a) va alcanzando la madurez inmunitaria y la introducción de los alimentos complementarios.

La Lactancia

Durante los primeros años de vida la lactancia juega un papel principal para prevenir problemas de salud para el niño(a) y la madre; la leche materna es una fuente de nutrición y básicamente es un alimento que ayuda evitar infecciones. Sin embargo, prolongar este periodo puede no ser favorable; en algunos estudios se ha encontrado que cuando el periodo de lactancia se prolonga más allá de los seis meses de edad, y por lo tanto, no se recibe una complementación con otros alimentos sólidos, el niño(a) está en riesgo de desarrollar desnutrición. Por el contrario, cuando aproximadamente a los seis meses se introducen gradualmente alimentos nuevos y los niños(as) los aceptan con facilidad, se disminuye así el riesgo de desnutrición u otro padecimiento (43, 44).

Además del tiempo de lactancia exclusiva, la calidad de la leche que se ofrece al infante es importante para su desarrollo. Un estudio que explora este aspecto muestra diferencias en dos grupos de niños con edades de dos y tres meses: un grupo fueron alimentados con leche materna y otro grupo fueron alimentados con leche de fórmula, en este estudio se observó que los niños del primer grupo crecieron más rápido a esa edad en comparación con los niños alimentados con leche de fórmula. Se ha demostrado que la alimentación con leche materna favorece la ganancia de peso corporal en comparación con las fórmulas maternizadas (44).

La Ablactación

Este término se refiere al proceso de inicio de la introducción de alimentos diferentes a la leche en la dieta del lactante; la introducción de estos se realiza regularmente de manera gradual a partir del cuarto y hasta el sexto mes de vida. Lo anterior no significa que se interrumpa la lactancia, sino que “se complemente” con alimentos adecuados. Así, la ablactación (proceso en la alimentación que expresa la secuencia en la introducción de alimentos diferentes a la leche) complementa la lactancia y permite una nutrición adecuada para el desarrollo del lactante (45,46).

Diversos estudios (47,48) han explorado la edad de inicio, los alimentos utilizados y el origen de la información con que cuenta la madre para el inicio de la ablactación. Se ha observado que en niños con desnutrición proteínica-energética primaria y secundaria grave, los primeros alimentos introducidos son de baja densidad energética y escaso aporte proteínico. Solo 20.6 y 47.4%, respectivamente recibieron leche humana, y alrededor de 75% por un periodo inferior a tres meses (49). Muñiz y

colaboradores (42) evaluaron los criterios que usan las madres para el inicio de la ablactación y observaron que el médico (57%) y la abuela (27%) son las personas que influyen de forma más determinante sobre la decisión de la madre. Los alimentos que resultaron de inicio temprano (un mes), fueron los jugos de frutas y a partir del tercer mes 37% (n =140) ya consumía hasta tres grupos de alimentos. Asimismo, se describió la alimentación complementaria de niños menores de dos años atendidos por el IMSS Solidaridad en el ámbito nacional; encontraron que la edad de inicio fue a los cinco meses de vida y los alimentos fueron: la manzana (11.8%), verduras (9%), plátano (9%), “Gerber®” (8.7%) y frutas.

El Destete

El destete es la suspensión de la alimentación al pecho materno, y representa una etapa clave en el crecimiento y desarrollo del lactante por su repercusión nutricia, psicológica y social. En la decisión del inicio del destete intervienen factores biológicos, socioculturales y psico-afectivos. A partir de ese momento, en la medida en que la alimentación del niño(a) se apoye cada vez más en la alimentación complementaria, puede llevarse a cabo el destete definitivo. El destete puede ser gradual cuando se da una disminución de la frecuencia del número de tetadas al día o completo, cuando se suspende totalmente la alimentación con leche materna (46).

Habitualmente, si la lactancia ha sido eficiente, alrededor de los seis meses el niño(a) empieza a rechazar el pecho, demuestra poco interés cuando la madre se lo ofrece, o se distrae con facilidad cuando mama, manifestando con eso la evolución y madurez de sus funciones de alimentación. Esta edad coincide con la aparición de los primeros dientes, que indican visiblemente la iniciación de una nueva etapa del desarrollo en que el niño se alimentará usando sus estructuras dentarias. A esto se le suman otras habilidades de su desarrollo psicomotor, como es el hecho de sentarse sin apoyo, lo cual permitirá una mejor deglución de alimentos sólidos. La tendencia actual es promover la alimentación con pecho exclusivo hasta los seis meses, siendo importante que la madre que trabaja aproveche todas las instancias que le permitan extender el amamantamiento en lo posible hasta esa edad (50).

Por lo tanto, el niño(a) debe comenzar a recibir alimentos sólidos que le aporten calorías, proteínas, y fundamentalmente que contengan hierro de origen animal, si esto no es posible se debe considerar el aporte adecuado de vitamina C para aumentar la biodisponibilidad del hierro (cereales, verduras, frutas, leguminosas, farináceos), cuya absorción es muy baja y además contienen elementos inhibidores de la absorción, por lo tanto no cubren las necesidades de este mineral. La OMS

recomienda mantener la lactancia durante los dos primeros años de vida, considerándola como esencial durante todo el primer año, especialmente en los países en desarrollo (51).

Alimentación del Niño Preescolar

Los niños(as) entre los dos y cinco años de edad son reacios a comer nuevos alimentos; algunas veces la variedad de la dieta se limita a cuatro o cinco alimentos favoritos. Se debe advertir a los padres que la aceptación de la comida se facilita cuando al niño(a) se le ofrece en repetidas ocasiones (entre cinco y diez), los nuevos alimentos y dándoles la oportunidad de que aprendan a conocerlos. Esto requiere paciencia, persistencia y confianza, ya que conforme aumente la exposición al nuevo alimento, se incrementará la posibilidad de que lo pruebe y le guste. Por ejemplo, a los lactantes y preescolares les pueden desagradar inicialmente ciertas verduras, pero los padres no deben forzarlos a comerlas. Cuando los padres alientan consistentemente la ingestión de alimentos saludables, ellos pueden aprender a comerlos y disfrutarlos (52,53).

Desafortunadamente, los jugos de frutas y los refrescos, incluyendo las bebidas con sabor a frutas y los refrescos carbonatados, son consumidos cada vez con más frecuencia por los niños(as) pequeños(as). Los refrescos en particular, han desplazado a la leche en la dieta, lo cual puede tener un impacto negativo en la ingesta de nutrimentos, particularmente el calcio. La falla para crecer o la desaceleración del crecimiento, caries dental, la presencia de diarrea, distensión abdominal, flatulencia y el desplazamiento de alimentos más nutritivos., se ha asociado a una excesiva ingesta de jugo de frutas (54). Además, el sobrepeso se ha asociado al exceso de energía por el consumo de bebidas. Se debe orientar a los padres para que fomenten la ingesta rutinaria de agua natural a sus hijos(as) especialmente los líquidos que son ingeridos fuera de las comidas o bocadillos (54).

Alimentación del Escolar

Durante el periodo de los seis a doce años, los niños(as) empiezan a hacer comparaciones con sus compañeros, incluyendo lo pertinente al peso e imagen. La conciencia de la auto-imagen corporal emerge y ocurren las comparaciones en cuanto al peso. Durante este período los niños(as) varían en peso, forma corporal y velocidad de crecimiento y frecuentemente hacen bromas de quienes se salen de lo que ellos perciben como normal. Las amistades y personas fuera de la familia pueden influir en sus actitudes y en su selección de alimentos, lo cual puede tener un efecto favorable o desfavorable en el estado de nutrición del escolar (14). La televisión es otra fuente de influencia sobre lo que comen los

niños, entre mayor tiempo vean televisión, es más probable que tengan mayor ingesta de energía, consuman mayor cantidad de bocadillos y refrescos y tengan más sobrepeso que los niños que ven televisión por menos tiempo (14).

Los niños(as) en etapa escolar tienen mayor libertad de elegir alimentos, y durante los años escolares comen al menos una comida al día fuera del hogar. Esta selección, así como la decisión de consumir bocadillos, impactan en su calidad dietética. Hay reportes de intentos de restringir energía, grasas o la ingesta de alimentos específicos en niños(as) tan pequeños como ocho años de edad (14).

Ahora bien, a pesar de que el desayuno es una comida muy importante del día, es la que más frecuentemente se omite. La omisión o la ingesta inadecuada del desayuno se han asociado a un pobre rendimiento escolar (55). El desayuno provee importantes nutrimentos para el crecimiento de niños(as) y adolescentes. Se ha demostrado que los niños(as) que omiten el desayuno tienen una reducida ingesta de micro-nutrimentos comparados con niños que regularmente lo consumen y que esta ingesta disminuida no se compensa por otras comidas (56).

En el *Bogalusa Heart Study* (57) un porcentaje significativo de niños de diez años que no ingerían desayuno, no cubrían dos tercios de las recomendaciones de nutrimentos para vitamina A, vitamina B6, vitamina D, riboflavina, folato, calcio, hierro, magnesio, fósforo y zinc.

Se ha argumentado la falta de tiempo o falta de apetito para preparar y consumir el desayuno y se ha visto que las niñas tienen mayor riesgo de omitirlo, tal vez atribuido a la insatisfacción con su imagen corporal y peso (56). El consumo del desayuno es considerado determinante en un estilo de vida saludable, por lo cual es importante que los padres estén convencidos del beneficio del desayuno, despertar al niño(a) un poco antes de la hora habitual, procurar que éste sea variado y sencillo y que el niño desayune con la familia o acompañado, tratando de formar un hábito. (55).

Por último, sería ideal que las comidas se realizaran con toda la familia sentada a la mesa, involucrándose todos, sin distracciones tales como la televisión; de esta manera, las comidas no serían sólo para la ingesta de alimentos sino para platicar y discutir sobre los eventos del día y fomentar las relaciones intrafamiliares. Los niños(as) no deben someterse a dietas pasajeras; además, se recomienda un consumo moderado de grasas ($\leq 30\%$) y cinco raciones de frutas y verduras al día, alimentos con alto contenido en fibra y evitar azúcares altamente refinados (58). La edad preescolar y escolar son periodos críticos para transmitir actitudes familiares y culturales, prácticas y creencias

sobre la comida y la alimentación, el desarrollo de preferencias alimentarias, regulación de ingesta de energía y prevención de sobrepeso.

2.4.2 Factores Psicológicos

Emociones e Ingesta Alimentaria

Si bien los factores psicológicos tienen un papel esencial en el control del hambre, en algunas situaciones, las características psicológicas desempeñan un papel secundario, mientras que en otras constituyen un factor decisivo (59). En el caso de los niños(as), el comer y las emociones tienen una estrecha relación, en la medida que los padres ofrecen un dulce o un helado como señal de cariño. De manera, tal que los sentimientos influyen fácilmente en el comer, dando como resultado el tener buenos o malos hábitos (60).

Por otra parte, los patrones de la alimentación están acordes al ajuste emocional del individuo en cuanto: a) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira; c) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social (61).

Ahora bien, es ampliamente aceptado que el comportamiento de comer en los seres humanos se modifica de acuerdo a los cambios en su excitación emocional (ansiedad, ira, alegría, depresión, la tristeza y otras emociones). Sin embargo, esto no se puede generalizar, ya que la relación que se da entre los alimentos y las características particulares de cada individuo con las emociones difiere según el individuo y estado emocional (62).

Macht (63) estudió el diferencial impacto de la ira, el miedo, la tristeza y la alegría. Los sujetos reportaron experimentar mayores niveles de hambre durante la ira y la alegría que en el miedo y la tristeza. También informaron que durante la ira hubo un aumento de la alimentación impulsiva (rápida alimentación, alimentación irregular y descuidada dirigida a cualquier alimento) y que durante la alegría hubo un aumento de comer hedónicamente (la tendencia a comer debido al agradable sabor del alimento o porque se piensa que la comida es saludable).

La influencia de las emociones en la conducta alimentaria es más fuerte en las personas con obesidad que en personas sin obesidad, y también lo es en las personas que hacen dietas que en las que no las hacen. Lo anterior permite hacer énfasis en el papel que juegan las emociones en la alimentación, debido a que desde este aspecto los niños(as) se ven influenciados en qué comer y la cantidad que se merecen en aras al afecto o falta del mismo que proporcionan las madres; así como, en la forma que los niños lo perciben al momento de ser alimentados. Desde lo emocional se desencadenan tanto la autoestima, ansiedad y la propia imagen corporal que acompañan al infante a lo largo de la ingesta alimentaria, por lo que es importante evaluar todos estos aspectos del menor que cobran relevancia durante su alimentación (59).

Relación Familiar y Ambiente en el Hogar

La familia es la primera responsable de la función educadora de cada persona. En su seno se construyen los pilares que servirán de base a los hijos para construir su personalidad. El contexto familiar es esencial en el desarrollo de la función socializadora debido a que es transmisor de una serie de conductas, actitudes y valores imprescindibles para la buena adaptación de sus integrantes a la sociedad en la que tienen que vivir (64).

Es para el niño(a) el primer transmisor de patrones culturales y su principal agente de socialización, en ello estriba la vinculación con la educación, su función ineludible cumple con la tarea esencial de adaptar a los hijos al grupo social dentro del cual ha nacido. La familia es una institución social con fines educativos cuya importancia radica en la formación de la personalidad de los individuos que la conforman y en donde la interacción de sus miembros se da en diferentes planos: intelectual, sensorial y emotivo, al ser la alimentación el primer aprendizaje social del ser humano la familia se convierte en el núcleo primario de socialización y transmisión de esta actividad (65).

Para ello la formación conjunta de hábitos, prácticas y representaciones no sólo se enseñaran mediante las palabras, son las acciones compartidas las que también permitirán una enseñanza subjetiva a todos sus miembros, esta educación de tipo informal se transmite mediante el hacer cotidiano en donde no sólo se dice sino que se muestra en la praxis de la convivencia el hacer, convirtiendo así el espacio familiar en un entramado educativo de relaciones interpersonales. El consumo y la elaboración de los alimentos en el ámbito familiar implica rituales, prácticas y tradiciones que fungen como un aprendizaje de tipo informal los cuales la familia va encarnando en su cuerpo, ellos representan un aspecto de la cultura del grupo de pertenencia donde el parentesco ocupa el

punto central entre la continuidad y el cambio, son además espacios de comunicación a través de los cuales se transmite la visión del mundo o ideología de un grupo (66).

Ahora bien, los padres y madres se ocupan de las necesidades materiales y afectivas de sus hijos, se encargan de la educación de éstos y de la formación de hábitos, también en relación con la nutrición y la salud, así como de la adquisición de normas de conducta, de acuerdo con las características que posean, tales como el estatus económico y cultural, así como la personalidad de los miembros que integran la familia. Los primeros hábitos a formar son, indiscutiblemente, aquellos que están relacionados con las necesidades básicas infantiles, como son: la alimentación, el sueño, el aseo, entre otras (64).

2.4.3 Factores Socio-culturales

Definitivamente la mayor parte del entorno social gira alrededor de la comida y la bebida. Así la comida se ha vuelto un "premio" al comportamiento. Para cada cultura la alimentación tiene un significado distinto y en cada familia se encuentran diferentes costumbres en la manera de ingerir los alimentos a la vez de la función que para cada comunidad o familia tiene. La cultura occidental, hace mayor énfasis a las figuras esbeltas, conduciendo a que las personas con problemas de peso sean objeto de discriminación y de estigmatización. Pero por otro lado, para algunas familias la alimentación excesiva constituye la norma de recreación y sociabilidad (59).

En las sociedades modernas, la comida es el punto de relaciones sociales donde se entretienen relaciones afectuosas, de negocios o donde se liman asperezas. Siendo el momento de la comida un espacio donde se arreglen diferencias o se compartan acontecimientos, dejando en segundo plano qué tipo de alimento ingerir y si es el adecuado para el organismo (59,67).

También es culturalmente tanto aceptada la obesidad como mal vista, observándose que los niños coinciden en mostrar rechazo hacia ésta, muy probablemente a causa de los factores socioculturales que se manejan de la delgadez. Ahora bien, una cultura consumista, que plantea el consumo como sinónimo de riqueza y estatus ante los demás, conlleva el contemplar una determinación en el tipo de alimentos que deben ser ingeridos para cubrir una apariencia económica, que muchas veces no se tiene (59).

En conclusión, los factores psicológicos tales como las emociones, la imagen corporal, así como la influencia de la cultura sobre la alimentación, ejercen un gran significado en el estado nutricional del menor y su interacción y relación con los demás, en especial con la madre.

2.5 Datos Epidemiológicos: Internacionales, Nacionales y Estatales

La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana, y ahora la sociedad se enfrenta a una doble carga que incluye la desnutrición y la obesidad, particularmente en los países en desarrollo (51).

2.5.1 Ámbito Internacional

La primera característica de la epidemia de la obesidad, aparte de su carácter mundial, es que afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. Además, es un problema de salud pública mundial en el cual aproximadamente 1,700 millones de adultos padecen sobrepeso y 312 millones, obesidad (31). Según estimaciones el sobrepeso afecta a 43 millones de niños y niñas menores de cinco años en el mundo; de acuerdo con proyecciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) una de cada dos personas hoy en día tiene sobrepeso o padece obesidad en casi la mitad de los países de la OCDE (68). Se proyecta que las tasas incrementen aún más y en algunos países dos de cada tres personas padecerán obesidad en los próximos diez años.

Por su parte, de acuerdo con las estadísticas mundiales en cuanto a la desnutrición cerca de 200 millones de niños(as) menores de cinco años sufren desnutrición crónica (69). Estas cifras presentan variaciones importantes, tanto para la obesidad como para la desnutrición; por ejemplo, en el Continente Americano, la cifra de sobrepeso se acerca al 30%, y en África Subsahariana la prevalencia está muy por debajo del 5%. Sin embargo, la desnutrición en América Latina y el Caribe en niños se representa con un 7% (70). En nueve países, más del 50% de los niños(as) menores de cinco años sufren desnutrición crónica. Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. Ahora bien, la prevalencia de sobrepeso es más alta entre los cinco y los nueve años en Europa, África y Oriente Próximo, mientras que en los continentes asiático y americano la prevalencia es más alta en el grupo de 13 a 17 años (69).

Por otro lado, se calcula que tres de cada diez niños(as) desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños(as) con desnutrición crónica vive en 24 países (71). Ahora bien, la prevalencia de obesidad infantil y juvenil en África es la más baja del planeta, aunque también existen diferencias importantes entre países. En Sudáfrica, el 17% de los jóvenes de 13 a 19 años presentan sobrepeso y en algunos países del norte del continente, como Egipto, las cifras también son elevadas, con un 14% de adolescentes con obesidad y una tendencia a aumentar en la prevalencia de obesidad. La prevalencia de obesidad en niños(as) en edad preescolar también se hace presente en aproximadamente 2% (72).

Además, según la OMS, cerca de 35 millones de niños(as) con sobrepeso viven en los países de desarrollo. En Estados Unidos, las tasas de obesidad entre los niños(as) en edad preescolar, de dos a cinco años, aumentó del 5 al 10.4% entre los períodos 1976-1980 y 2007-2008. Las tasas para los niños(as) y adolescentes con sobrepeso, incluidas las personas con obesidad, son aún más alarmantes: el 20% de los niños(as) estadounidenses de edades comprendidas entre seis a once años eran obesos, y el porcentaje de adolescentes con obesidad de 12-19 años era del 18%. En Europa los niveles son ligeramente inferiores a los de Estados Unidos, excepto en Gran Bretaña y los países de la cuenca mediterránea, entre ellos España, con valores de sobrepeso en el año 2006, para los niños de once años, son del 18% en niñas y del 21% en niños (70).

A continuación, se revisan los principales datos de prevalencia del sobrepeso, obesidad y desnutrición en la población infantil en México publicados recientemente.

2.5.2 Ámbito Nacional

International Obesity Task Force

De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, alcanzando proporciones alarmantes. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de cinco a once años, con base en los criterios de la International Obesity Task Force (IOTF), fue de alrededor de 26%, para ambos sexos, 27% en niñas y 26% en niños, lo que representa alrededor de 4 158 800 escolares con sobrepeso u obesidad, mientras que en la población de adolescentes se estima que uno de cada tres hombres o mujeres tiene sobrepeso u obesidad, lo que representa

alrededor de 5 757 400 adolescentes en el país. La obesidad en este grupo de edad se asocia con estilos de vida sedentaria e inactividad física (61).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

De acuerdo con los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) (73), la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 puntos porcentuales de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7% respectivamente), sobre todo en la región norte del país que alcanzó una prevalencia de 12% en 2012. Respecto a la población en edad escolar (de cinco a once años de edad), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, a partir de los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8% y 14.6%, respectivamente). Para las niñas, esta cifra es de 32% (20.2% y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi cinco pp mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional (73).

En cuanto a la desnutrición en el país la ENSANUT 2012 (73) revela que el 2.8% de los menores de cinco años presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla y 1.6% desnutrición aguda (emaciación). La baja talla en preescolares ha tenido una clara disminución, al pasar de 26.9% en 1988 a 13.6% en 2012, una reducción de 13.3 puntos porcentuales. Las mayores prevalencias de baja talla se encuentran en el sur del país con 19.2% del total. En escala nacional de 1988 a 2012, el bajo peso se redujo de 10.8% a 2.8%, lo equivalente a ocho puntos porcentuales (74).

2.5.3 Ámbito Estatal

La obesidad como patología emergente ha sido poco estudiada como problema de interés público en Hidalgo. Se reconoce que podría estar relacionada al espectro de mortalidad general del estado, que en el año 2000 ocupó el séptimo lugar en el país con base en este indicador y a las primeras causas de muerte como son las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes y enfermedad cerebrovascular, representando en conjunto el 41% del total de muertes ocurridas en el estado en el año 2000 (75).

Datos de la Encuesta Estatal de Nutrición de Hidalgo 2003, en donde se realizó un estudio del estado de nutrición de los niños menores de cinco años y sus madres (N= 2,100), señalaron que el

sobrepeso y obesidad se presentaba después de los tres años, sobre todo en las localidades urbanas donde detectaron una alta proporción (la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue de ocho por ciento para niños residentes de áreas urbanas y de tres punto nueve por ciento para niños que vivían en localidades rurales). La distribución de sobrepeso y obesidad en los grupos de edad y entre los diferentes tipos de localidades en Hidalgo coincidió con estudios de otros países, donde fue una constante observar tasas crecientes de obesidad en zonas urbanas pero con bajo desarrollo económico, lo que está definiendo un nuevo perfil de la población. Este estudio reflejó una población en plena transición nutricional, donde persistía la desnutrición infantil crónica y la obesidad infantil se incrementaba, debido a cambios en el estilo de vida y al consumo de alimentos en la población (se encontró una magnitud importante de consumo de golosinas, bebidas endulzadas y de alimentos industrializados). Asimismo, se refirió a la doble carga que representa la desnutrición y la obesidad para los servicios de salud en el estado, y hace énfasis en el abordaje a través del ciclo vital, con la finalidad de revertir la desnutrición y la obesidad en etapas tempranas, y disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas en la edad adulta (76).

De acuerdo con datos de la ENSANUT 2012 en Hidalgo la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de cinco años en el estado en 2012 fue de 8.2%. Con una distribución para las localidades urbanas de 7.9% y rurales de 8.4%. No se contó con poder estadístico suficiente para establecer si las diferencias entre 2006 y 2012 y localidades urbanas y rurales fueron estadísticamente significativa (76).

Según el Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo (PENUTEH 2010) realizado en el 2010 la prevalencia conjunta de sobrepeso u obesidad fue de 28% afectando en mayor proporción a los hombres que a las mujeres (30.5% contra un 26.5%, respectivamente) y a los escolares de escuelas primarias particulares y generales, 42.5% y 30.0%, respectivamente. Por grado escolar, los escolares de sexto grado de primaria presentaron las más altas prevalencias de sobrepeso u obesidad, que los niños de tercero y primero, 34% y 22.1%, respectivamente. Por tipo de localidad los escolares de escuelas urbanas fueron los más afectados por el sobrepeso u obesidad que los de las áreas rurales (35.4% contra 23.2%, respectivamente) (77). Por su parte, la prevalencia de baja talla en escolares de Hidalgo se ubicó por debajo del promedio nacional. En escolares la prevalencia fue de 7.7% (78). En los adolescentes el 12.6% presentó baja talla.

Una vez descrita la situación del estado nutricional desde una perspectiva epidemiológica en donde se observan datos internacionales, nacionales y estatales que evidencian una realidad

alarmante, a continuación se describen diversos programas y estrategias para la prevención de la obesidad y la desnutrición infantil.

2.6 Programas y Estrategias para la Atención del Estado Nutricio de los Escolares

2.6.1 Programas Internacionales

En Estados Unidos se maneja el “Programa Nacional de Almuerzos Escolares” es un programa de comidas con subsidio del gobierno federal que opera en más de 101,000 escuelas públicas y privadas, Provee diariamente almuerzos nutritivos, balanceados y de bajo costo o gratuitos a más de 30 millones de niños (79).

En Chile, el proyecto nutriRSE involucra los esfuerzos del sector público, privado y académico con el objetivo de llevar adelante acciones para combatir la obesidad infantil y promover hábitos saludables y el mejoramiento de la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes a través de dos vías: promoción de la vida sana y activa e intervención directa para la reducción de la obesidad (80).

El Programa Regional para Reforzar los Impactos de las Políticas Públicas en la Erradicación del Hambre y la Desnutrición Crónica infantil tiene por objetivo colaborar con los países de la región reforzando sus capacidades en la gestión de políticas públicas dirigidas a poblaciones de alto grado de pobreza en los ámbitos de erradicación del hambre y desnutrición crónica infantil. Los participantes son más de 15 mil familias rurales en extrema pobreza. Más del 80% corresponden a familias indígenas, que se ubican en regiones priorizadas del Ecuador, Perú y Paraguay (81).

Programa Mundial de Alimentos (PMA). En el PMA se trabaja para ayudar a las personas con hambre a obtener su seguridad alimentaria en el futuro. Se proporcionan cada año alimentos a más de 20 millones de niños en las escuelas Y a través de los programas de Alimentos por Trabajo, en el PMA se facilitan alimentos a las personas con hambre a cambio de trabajar en proyectos de desarrollo que ayuden a construir las bases de un futuro mejor. A su vez, los programas de Alimentos para la Capacitación permiten a los más necesitados dedicarle tiempo al aprendizaje de habilidades, tales como apicultura, costura, o incluso alfabetización, lo cual les servirá para generar ingresos en el futuro (82).

“Fomentando la Nutrición” (SUN, por sus siglas en inglés): surgió en 2008 en EUA con el objetivo de revolucionar la forma en que el mundo aborda el problema de la desnutrición movilizándolo a expertos en agricultura, salud, protección social y finanzas conjuntamente. En 2010 veintiocho países de los continentes africano, asiático y americano pusieron a la nutrición en el centro de su enfoque para el desarrollo, adoptaron leyes al respecto, asignaron fondos y desarrollaron plataformas para actuar en diversos sectores. Es a principios del 2012 que 27 líderes del sector empresarial, del gobierno y de la sociedad civil acordaron formar un “Grupo de Liderazgo” para administrar el proceso. Se espera que la comunidad internacional respalde una nueva estrategia para fomentar la nutrición a nivel mundial (83).

2.6.2 Programas Nacionales

El Programa IMSS-Prospera (antes Oportunidades) se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS). Este opera con un enfoque integral de la salud bajo un esquema preventivo; implementa estrategias educativas de alto impacto que promueven la apropiación de conocimientos y adopción de hábitos saludables. Por ejemplo, para contribuir a mantener la salud de los menores de cinco años, el Programa IMSS Prospera brinda acciones preventivas de vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños, otorga complementos alimenticios y también fomenta la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para evitar enfermedades como la desnutrición (84).

Asimismo para evitar el sobrepeso y la obesidad el IMSS trabaja a través del programa PrevenIMSS en el cual recomienda al ciudadano acudir a los servicios de salud para que evalúen su estado nutricional de manera periódica, da información acerca de que las dietas milagrosas carecen de fundamento científico y que los productos y medicamentos que combaten este problema pueden provocar alteraciones en el organismo. Recomienda no consumir productos industrializados, alimentos chatarra y refrescos. Sugiere preparar la comida con higiene y comer en horarios regulares y tres veces al día y realizar actividad física al menos treinta minutos al día (85).

El programa PREVENISSSTE también tiene puntos o ejes prioritarios para combatir el problema de la malnutrición. En este, primero se proporciona atención de salud en las unidades y clínicas de medicina familiar, se facilita atención psicológica para atender problemas relacionados, e impacta de manera educativa en temas relacionados a lo que es comer, en qué cantidad y cómo equilibrar esa ingesta (86).

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria a través de la “Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad Programa de Acción en el Contexto Escolar”, tiene como objetivo revertir el sobrepeso y obesidad en niños de dos a cinco años; en la población entre los cinco y los 19 años y también en adultos, impulsar una mejor nutrición en los centros escolares del país y adoptar una vida sana y de realizar actividad física cotidiana. Dentro de los objetivos del acuerdo está el diseñar un proyecto piloto para implementar una estrategia que tiene como objetivo promover hábitos de alimentación saludable entre la población. En el 2011 se ha concretado el 50% de la meta que es realizar estudios de evaluación sobre ese proyecto; sin embargo aún no se publican los resultados (87).

La Dirección General de Promoción de la Salud en México creó la campaña “123 por mí”. Esta promueve la adopción y/o reforzamiento de tres hábitos saludables: alimentación correcta, consumo de agua simple potable y actividad física. Está dirigida a niñas, niños y adolescentes de 6 a 12 años, que estudian el nivel Primaria (88).

Programa de Desayunos Escolares: este programa tiene por objetivo promover una alimentación correcta en población escolar sujeta de asistencia social, mediante la entrega desayunos fríos, calientes, o comidas, diseñados con base en los Criterios de Calidad Nutricia, y acompañados de acciones de orientación alimentaria y de Desarrollo comunitario. La población objetivo son las niñas, niños y adolescentes en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, que asisten a planteles oficiales del Sistema Educativo Nacional, ubicados en zonas indígenas, rurales y urbano- marginadas, preferentemente (89).

2.6.3 Programas Estatales

Programa nutricional VITANUT: el Sistema DIF Hidalgo, inició el día 25 de Febrero de 2013 un proceso de pilotaje para la implementación de un nuevo complemento alimenticio denominado Vita Nut, el cual busca mejorar la alimentación de menores en condiciones de desnutrición que asisten a escuelas indígenas y del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), de 14 municipios prioritarios de Hidalgo (90).

Programa de Prevención de Sobrepeso y Obesidad en Escolares de Hidalgo (PESOEH): Este proyecto se está realizando en tres escuelas de Tula y Tlaxcoapan. Se desarrolla en etapas con el objetivo de determinar el estado de nutrición de los escolares de Hidalgo a nivel municipal y por tipo de

escuela e identificar los principales factores de riesgo en el contexto familiar, escolar e individual, para focalizar los programas alimentarios y establecer intervenciones acordes a la situación actual (91).

Capítulo 3. Comportamiento Alimentario en la Diada Madre-Hijo(a)

En este capítulo se aborda el comportamiento alimentario, la relevancia del cuidador en la conducta alimentaria del niño(a), además, dentro de las actitudes y conocimientos de los padres al ofrecer el alimento a los menores y el ambiente familiar que se establece alrededor la alimentación. Se realiza una revisión acerca de la conducta alimentaria de la madre y también del niño(a). Se detallan diferentes dimensiones relacionadas con el comportamiento alimentario infantil, asimismo diversas formas de evolución de esta variable y por último la influencia de la madre en la alimentación del menor.

3.1 Concepto de Conducta Alimentaria

La conducta alimentaria es 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 en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. La conducta alimentaria individual se estructura a partir de las dimensiones de comportamiento respecto a la propia alimentación que se describe en la Tabla 3. La medición de estas dimensiones dentro del contexto familiar caracterizan el patrón de la conducta alimentaria individual, infantil y de los progenitores hacia los hijos (92).

Tabla 3. *Dimensiones de la Conducta Alimentaria estudiadas en relación con la Obesidad Infantil (92).*

Dimensiones	Definición
Alimentación Emocional	Incapacidad de controlar la ingesta de comida en contextos emocionales negativos, tanto el exceso como el déficit de apetito.
Alimentación sin Control	Inclinación a comer ante la exposición de estímulos en variadas circunstancias y dificultad para detener la ingesta
Restricción Cognitiva	Tendencia a limitar la propia ingesta (en cantidad o tipo de alimentos) para controlar el peso corporal.
Respuesta frente a los Alimentos	Susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas en contextos habituales
Disfrute de los Alimentos	Condición asociada positivamente con la sensación de hambre, el deseo de comer y el placer por el alimento.
Deseo de Beber	Deseo de beber y tendencia a llevar a mano bebidas generalmente azucaradas.
Respuesta de Saciedad	Disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos.
Lentitud para Comer	Tendencia a prolongar la duración de los tiempos de comida.
Exigencia frente a los Alimentos	Exigencia condicionada que limita la gama de los productos de alimentación que son aceptados.
Neofobia Alimentaria	Resistencia persistente a incorporar nuevos alimentos a la dieta habitual.

3.2 Relevancia del Comportamiento Alimentario del Cuidador

La conducta alimentaria se instaura en la infancia, en esta etapa el entorno familiar contribuye al modo de alimentarse, siendo el cuidador en la mayoría de los casos, la madre, el principal responsable de transmitir estas conductas a sus hijos, instaurándose las preferencias y rechazos a determinados alimentos, creándose en este periodo patrones de alimentación que pueden desencadenar más adelante algún trastorno alimentario en otra etapa (93).

Los niños(as) desde muy temprano están capacitados para establecer una íntima relación recíproca con la figura primaria que lo cuida; esta relación de apego establecida en el primer semestre de la vida, es determinante en la adquisición de su conducta alimentaria y de su adecuado desarrollo

posterior. De esta manera, un estudio caso control longitudinal, demostró que los niños(as) con fracaso del desarrollo tenían contactos menos frecuentes y menos positivos con sus madres (94).

Además, otro estudio realizado en madres con trastornos alimentarios (anorexia o bulimia) demostró que los conflictos alimentarios de sus hijos eran menores en aquellas madres capaces de reconocer las manifestaciones de sus hijos y poner de lado sus propias preocupaciones alimentarias; los conflictos alimentarios de los niños(as) aparecían porque la psicopatología alimentaria de la madre interfería con su respuesta frente a sus hijos (95).

Budd y colaboradores encontraron que existen diferencias en los aspectos psicosociales según los tipos de trastornos alimentarios de preescolares; aquellos niños(as) con trastornos alimentarios con falla del crecimiento de causa orgánica (disfunciones orgánicas), presentaban padres con un mayor grado de angustia emocional y estatus social, en comparación con los niños(as) con trastornos alimentarios con falla del crecimiento no orgánica (condiciones de privación en el hogar o inconsistentes lazos parentales) (96).

Debido a la necesidad de considerar todos los factores orgánicos, psicológicos y sociales relevantes, se ha comenzado a reducir el énfasis en la dicotomía clásica entre trastornos orgánicos y no orgánicos, y mirar el fracaso en el crecimiento y la alimentación desde un punto de vista integral del desarrollo (95,97).

3.2.1 Actitudes del Cuidador y Ambiente Familiar

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. Los progenitores influyen el contexto alimentario del niño(a) usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños(as), en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos (98).

Una revisión realizada por Worsley sugirió que el conocimiento en nutrición juega un papel pequeño pero significativo en el establecimiento de comportamientos alimentarios positivos. Los padres funcionan como portadores de información por lo que el conocimiento de la madre y del padre

es determinante en el ambiente alimentario del hogar y en las practicas alimentarias subsecuentes del niño(a) (99,100).

Vereecken y Maes (101,102) evaluaron los conocimientos sobre nutrición en madres de preescolares preguntando el grado en que sus creencias están alineadas con 10 conceptos erróneos que se dan comúnmente sobre las dietas de los niños(as). En los resultados del estudio se observó que a mayor conocimiento materno sobre nutrición hubo un mayor impacto positivo en la calidad general de la dieta de los infantes, específicamente en la ingesta de grasa total, grasa saturada, colesterol, sodio y fibra de los infantes.

Ahora bien, la dinámica que rodea las compras, la planificación de las comidas y el establecimiento de una rutina a la hora comer se considera un reflejo de los valores, las creencias y el conocimiento de los padres (103). En diferentes estudios de niños en edad escolar la frecuencia de las comidas compartidas se asoció inversamente con la obesidad. En el análisis longitudinal de algunos estudios se encontró que el consumo del desayuno disminuía las probabilidades de sobrepeso (104–106), mientras que la práctica de cenar cuando se veía la televisión estaba vinculado con un mayor IMC en éstos niños (107).

3.2.2 Modelamiento, Accesibilidad, Disponibilidad de los Alimentos

Los padres influyen en las elecciones de alimentos por parte de los niños(as), a través de su presencia en los tiempos de comida, la inclusión de diversas preferencias alimentarias dentro de los menús diseñados en casa, esfuerzo y habilidades de preparación de alimentos, así como por aspectos concernientes a salud y finanzas del hogar (108).

Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños(as) durante la comida. La exposición repetida del niño(a) a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario (92).

El contexto social en el que funciona la familia moderna, ha hecho que en la actualidad las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños(as), quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación. Se ha

sugerido que esta forma democrática de funcionamiento familiar está determinada por el estatus laboral de los progenitores y el poco tiempo que están en casa (109).

Ahora bien, la disponibilidad de alimentos en los entornos cercanos a los niños(as) como es el caso de la variedad de productos ofrecidos en las tiendas escolares influye en su elección. Algo parecido ocurre en su hogar. De hecho, una barrera para el consumo de alimentos saludables es la alta disponibilidad que tienen los niños(as) a comidas poco saludables (altas en grasa y azúcar) (108).

Esta disponibilidad se ve influenciada por otros componentes de inseguridad alimentaria, tales como condiciones socioeconómicas adversas en las cuales, se ha visto que los niños(as) pueden tener un sobreconsumo de alimentos, cuando están ocasionalmente disponibles. En este caso, es un asunto no sólo de disponibilidad sino de acceso (110).

Por otro lado, la comida en familia presenta una oportunidad para los padres en influir en los hábitos alimentarios del niño(a) a través del modelamiento, esto ha sido demostrado por medio de consistentes asociaciones encontradas entre la ingesta de los padres y de los niños(as) (111-113) y también a través del aprendizaje por observación del consumo de los padres de diferentes tipos de alimentos. De esta manera, se ha encontrado que los comportamientos alimentarios de los padres influyen positivamente en los tipos y las cantidades de alimentos que consumen los niños(as) al igual que las comidas en familia (114). Del mismo modo, los niños(as) pueden ser motivados a probar alimentos nuevos y desalentados a consumir comidas menos saludables. Los padres pueden estimular a los niños(as) a probar nuevos alimentos a través del modelamiento o "aceptación", exhortándolos a comer dentro de un contexto social positivo (112).

Una revisión realizada por Weber (115) puso de relieve la importancia de exposiciones repetidas a determinados alimentos como un medio para influir en los hábitos alimentarios de los niños(as), añadiendo que la familiaridad al alimento representó más de la mitad de la varianza en la preferencia alimentaria. Además, se ha demostrado que existen diferencias en el desarrollo del número de exposiciones necesarias que afectan a la preferencia de la ingesta, comparando infantes que requieren sólo una degustación con aquellos que necesitan varias degustaciones para actuar en su ingesta. El momento de la exposición inicial también es importante para el consumo posterior (116).

La regulación de las madres sobre el acceso de los niños(as) a los alimentos es otra expresión sobre como la socialización de los hábitos alimentarios de los infantes es principalmente bajo el

control de los padres. En este sentido Blanchette y Brug (117) revisaron los determinantes del consumo de frutas y verduras en niños de seis a doce años de edad, postularon que la disponibilidad y acceso a las frutas y verduras fue el factor más importante relacionado con el consumo de los niños.

3.3 Conducta Alimentaria de la Madre

En el contexto familiar, los intentos tanto de la madre como del padre por controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales. Debido a que en la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros, los cambios favorables o desfavorables en un miembro de la familia ejercen efectos sobre la salud psicológica y física de la familia completa (118).

Las dificultades que puedan surgir tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo, esto aunado al hecho de que diversos autores han demostrado que la psicopatología de la madre se asocia con el desarrollo de conductas alimentarias anormales en sus hijos (118,119) lo que podría desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). La influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijos puede provenir del modelamiento, de la importancia que dan a la apariencia y a la conducta alimentaria, o bien de la persuasión que estas llevan a cabo para que sus hijos pierdan o controlen su peso (120).

Un estudio con 500 niños de entre 7 y 10 años de edad, encontró que los niños que reportaban que sus madres estaban más preocupadas por el peso, tenían mayores puntuaciones en restricción alimentaria, y cuando la madre los alentaba a ser delgados, se restringían más y presentaban insatisfacción corporal, independientemente del género. Esto puede tener que ver con el reforzamiento verbal más que con el modelamiento (121), y esto es congruente con muchos estudios que han encontrado relación entre la realización de dieta restrictiva por parte de las madres y la restricción en el niño (122-124).

Strauss y Knight (125) encontraron que la obesidad en la madre es el predictor más significativo de la obesidad de los niños. No solo la obesidad determina las conductas en la madre, sino también el miedo de ser o de convertirse en obesas hace que se encuentren más preocupadas por el peso de sus hijos, lo cual puede condicionar la restricción en su alimentación.

En otro estudio, independientemente de la edad e IMC, la influencia de los padres fue predictor de que los hijos se preocuparan por su peso y por hacer dieta restrictiva constantemente. Tanto en niñas como en niños, hacer un considerable esfuerzo por parecerse a la figura ideal de los medios de comunicación, fue predictor del desarrollo de preocupaciones por el peso y de hacer dieta restrictiva constantemente. Estos resultados sugieren que los niños que perciben que su mamá está intentando frecuentemente perder peso, son más propensos a convertirse en alguien preocupado por el peso (niños) o a hacer dieta restrictiva constante (niñas), lo que apoya la hipótesis de que el papel que juegan las madres en la transmisión de los valores culturales acerca del peso y la figura ideal es vital (126).

Al respecto, Kröller y Warschburger (127, 128), en un estudio realizado con mujeres con hijos de uno a diez años de edad, en quienes se investigó la relación entre las prácticas de crianza maternas y la ingestión de alimentos saludables y no saludables, a través de un modelo estructural, encontró que el modelo explicó el 73 por ciento de la varianza del consumo de alimentos saludables por parte de los niños, y el 34 por ciento de alimentos no saludables; variables como el estatus social de las madres, la edad del niño (variable mediadora) y el modelado de conductas alimentarias por parte de las madres influyen significativamente en la alimentación de los hijos. Específicamente la restricción alimentaria, la presión para comer y las recompensas por parte de la madre se asocian con conductas no saludables, en cambio el modelado, el control del niño y el monitoreo están relacionados con las conductas alimentarias saludables (ver figura 1).

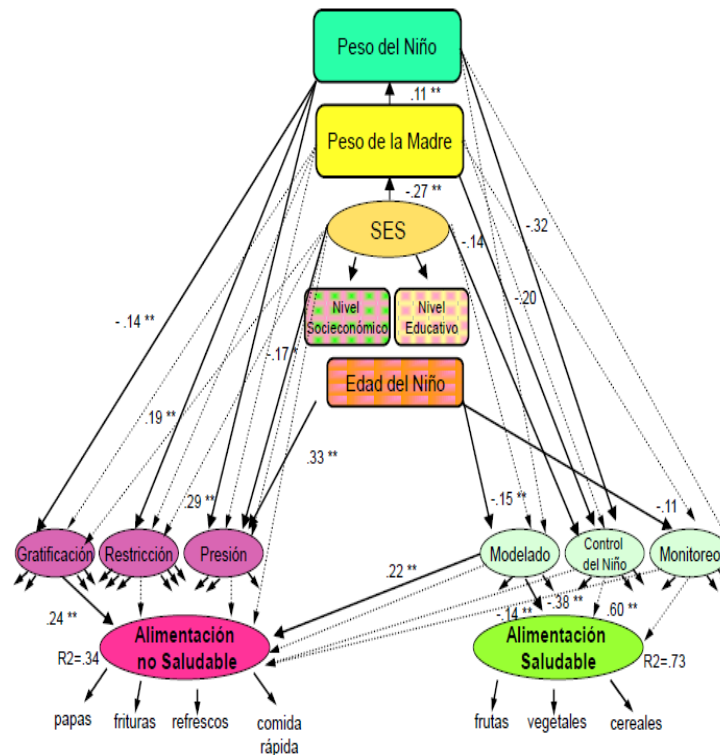


Figura 1. Estrategias maternas de alimentación saludable y no saludable(127, 128)

3.4 Conducta Alimentaria del Niño(a)

A pesar de que los niños(as) demuestran conocer y diferenciar los alimentos saludables de los no saludables, tienen una definida preferencia por las opciones menos saludables (129-131). En consecuencia, una gran cantidad de autores han concluido que los conocimientos nutricionales no son la explicación principal de la elección de un alimento. Sin embargo, existe una gran cantidad de intervenciones publicadas que dan cuenta de la educación alimentaria como estrategia implementada. La educación es una herramienta exitosa para conseguir un incremento del conocimiento en alimentación saludable en niños(as) (132) y, en algunos casos, la disminución de consumo de alimentos poco nutritivos. No obstante, existen discusiones con respecto a si los cambios inmediatos son sostenibles en el tiempo (133).

En el caso de las diferencias por género, las niñas tienden a consumir más frutas y verduras que los niños, aunque son más susceptibles a las marcas, incrementando su consumo promedio hasta en 100 calorías cuando los alimentos tienen determinadas etiquetas. Actualmente, se reconoce que el género femenino no se basa únicamente en el criterio del sabor para escoger alimentos, sino

también en cuestiones como apariencia e implicaciones para la salud. Mientras que en el caso de los varones, las decisiones alimentarias las basan en el sabor y el placer que les producen los alimentos, antes que en su salud (134,135).

Con relación a la edad, en el caso del reconocimiento de la influencia del contexto social, algunos autores han reportado que no existen estudios que midan el efecto de esta variable en edades y diferentes periodos de desarrollo, aunque se reconoce que existen cambios en la susceptibilidad ante ciertos factores a medida que el niño(a) crece (136).

Por otro lado, está documentada la existencia de variaciones genéticas que influyen el consumo de los alimentos. Un ejemplo de ello es el caso de la percepción de sabor amargo, el cual se da ante mayor sensibilidad a componentes como el calcio y los glucocinatos presentes en las verduras. (137,138).

3.4.1 Dimensiones Pro y Anti-ingesta en la Conducta Alimentaria del Niño(a)

Las conductas alimentarias influyen en el consumo de energía a través de decisiones acerca de cuándo y dónde ir a comer, y los tipos y cantidades de alimentos elegidos, incluidas las decisiones acerca de cómo iniciar y parar de comer. Las diferencias individuales en los comportamientos alimentarios han sido capturadas usando diferentes medidas desarrolladas de forma independiente además de diversas conceptualizaciones, incluidas las siguientes: respuesta a los alimentos, el disfrute de los alimentos respuesta de saciedad (139,140) , la inhibición voluntaria hacia el hambre. Además del autocontrol y la hiperactividad que también han sido empíricamente vinculados con comportamientos alimentarios y el aumento de peso (141).

El comportamiento alimentario infantil se pueden dividir en dos dimensiones: aproximación hacia la alimentación y evitación a la comida. Los comportamientos alimentarios de aproximación aumentan el riesgo de un niño a padecer obesidad e incluyen la capacidad de respuesta hacia los alimentos, la sobrealimentación emocional, deseo de beber, y el disfrute de la comida (142). Por el contrario , se cree que los comportamientos alimentarios de evitación disminuyen el riesgo a que un niño padezca obesidad e incluyen la capacidad de respuesta de saciedad, lentitud hacia la alimentación, subalimentación emocional y exigencia frente a los alimentos. Además, la baja respuesta de saciedad y una mayor capacidad de respuesta hacia los alimentos han sido asociados con un

aumento de peso en los niños, aunque no está totalmente determinado cómo las prácticas alimentarias de los padres pueden influir en el desarrollo de estas conductas de alimentación infantil (140,142).

3.4.1.1 Sobrealimentación Emocional

Este tipo de alimentación también se denomina emocional, ya que está ligada a las emociones que son capaces de influir en la ingesta alimentaria, de una manera positiva o negativa, siendo un estímulo externo el que interviene en la alimentación, ya sea en exceso o en el déficit de la ingesta. Los niños(as) con sobrepeso muestran una mayor alimentación emocional. La ingesta en estados emocionales tiende a favorecer el consumo de comidas dulces o engordantes (143).

Los estudios de laboratorio han demostrado asociaciones positivas entre la alimentación de los niños(as) en ausencia de hambre que es una medida del comportamiento alimentario de ingesta en exceso desinhibido, y aumento de peso en relación con el sobrepeso y la obesidad. De igual manera, se han encontrado asociaciones positivas entre otros instrumentos que miden la alimentación emocional y el peso de los niños(as) y que han encontrado relaciones significativas entre estas dos variables (144–147).

3.4.1.2 Disfrute de los Alimentos

Se refiere al placer que se asocia con la ingesta de alimentos, esta condición está relacionada positivamente con la sensación de hambre, el deseo de comer y el gusto por el alimento. El disfrute de los alimentos está inversamente correlacionado con la respuesta de saciedad y la lentitud para comer y positivamente correlacionado con la respuesta hacia los alimentos. Sin embargo, el grado con el que se relacionan estas dimensiones representan de distinta manera la conducta alimentaria del niño(a) y no han sido exploradas completamente de manera individual (142).

Ahora bien, los niños(as) disfrutan altamente actividades prácticas, y estas actividades les dan una sensación de pertenencia hacia la comida. La exposición al sabor de una amplia variedad de alimentos en la infancia puede disminuir el deseo de comer y aumentar el disfrute de los alimentos. El mismo efecto podría ocurrir con otras experiencias intensivas hacia la comida, tales como cocinar en familia (148).

La investigación en otros escenarios, muestra que muchas otras oportunidades pueden surgir para enseñar a los niños(as) comportamientos alimentarios saludables y disfrutar de comer los alimentos, como la coparticipación en actividades relacionadas con la comida. Algunas de éstas actividades son la jardinería o la ayuda en la preparación de alimentos. En este sentido, la nutrición basada en programas de jardinería han tenido efectos positivos en el consumo de frutas y verduras a través del aprendizaje experiencial y también mediante la estimulación de una conexión personal con el alimento (148–150).

3.4.1.3 Respuesta a los Alimentos

Se refiere al grado en que un niño(a) indica interés y deseo por comer. La respuesta a los alimentos proporciona una evaluación de diferencias individuales en la expresión a los indicadores de la comida, y puede manifestar una vulnerabilidad al ambiente obesogénico (141).

En la literatura pediátrica del comportamiento alimentario infantil, diferentes estudios han demostrado que los niños(as) obesos tienen una menor capacidad de respuesta a las señales de saciedad internas, comen más rápido en el transcurso de una comida y son más sensibles a las señales externas de los alimentos en comparación con aquellos niños(as) con un peso saludable (141).

En este sentido, la susceptibilidad del niño(a) a las cualidades hedonistas de los alimentos y la falta, muchas veces, de señales internas de hambre, puede aumentar la probabilidad de un mayor peso. Los niños(as) que muestran susceptibilidad a los alimentos en entornos tales como la casa, las escuelas o en comunidades en donde son abundantes los alimentos poco saludables pueden ser particularmente afectados y excesivamente influenciados por la comida sin hacer caso a sus señales de saciedad, sobre todo en ambientes promotores de obesidad (151,152).

Varios estudios han investigado la capacidad de respuesta de alimentos entre los niños(as) y su relación significativa y positiva con el sobrepeso y la obesidad. Se sabe menos sobre la capacidad de respuesta a los alimentos entre jóvenes que presentan alto riesgo de obesidad (140,143,151).

3.4.1.4 Deseo de Beber

El consumo de bebidas no responde exclusivamente a las necesidades biológicas de energía y nutrientes, sino que también juega un rol en la consolidación de amistades, demostración de cariño y amor, así como afirmación de una identidad cultural o etaria. Los alimentos se ingieren no solo para satisfacer una necesidad nutricional, también desde una dimensión social permiten imitar hábitos de alimentación de padres. Comer o beber en sociedades conduce a patrones de ingesta diferentes a los que se dan cuando se come solo. En el caso de niños(as) con sobrepeso está documentado que en el contexto social impacta en el consumo de alimentos: los niños(as) con sobrepeso comen menos cuando están acompañados, mientras que los niños con peso adecuado comen más (108).

Un estudio encontró que niños de mayor riesgo (basado en madres con sobrepeso durante el embarazo) consumieron más jugo de fruta y menos leche a las edades de tres y cuatro años y más bebidas endulzadas a los seis años, lo que sugiere que el consumo de calorías es una bebida fenotipo conductual para la extensión de riesgo de obesidad (108).

Hasta la fecha, dos estudios han investigado la relación entre las puntuaciones del Cuestionario de Conducta de Alimentación infantil (CEBQ por sus siglas en inglés) - Deseo de Beber subescala y la adiposidad en muestras no clínicas. Un estudio de 296 niños afroamericanos en edad preescolar utilizando dos ítems de la subescala Deseo de Beber no encontró ninguna relación con el peso (153); pero Webber y colaboradores, utilizando la escala completa, encontró que las puntuaciones de Deseo de Beber estaban positivamente relacionadas con el IMC en niños mayores. Sin embargo, no está claro si Deseo de Beber se relaciona con el consumo de líquidos en general o para ciertas bebidas en particular (154).

Es importante identificar los correlatos conductuales de Deseo de Beber. En este sentido, altas puntuaciones indican un deseo más frecuente para tomar un líquido pero la escala no indica qué tipo de bebida. Si ésta escala está relacionada con la sed, las puntuaciones deben estar asociados con el consumo de todas las bebidas, incluyendo agua. Si las puntuaciones estuvieran empujadas por el hambre, habría una relación con el consumo de calorías, con bebidas más saciantes (por ejemplo la leche). Alternativamente, si Deseo de Beber se relacionara con un gusto por las cosas dulces en la boca, se esperaría consumir específicamente mayor cantidad de bebidas azucaradas (154, 155).

3.4.1.5 Lentitud para Comer

Esta dimensión es la reducción en la velocidad de la ingesta. Se dice que es cuando existe la tendencia a prolongar la duración de los tiempo de comida, como consecuencia de la falta de disfrute e interés de los alimentos (151).

Dado lo anterior, cuando se ha examinado la microestructura de la conducta alimentaria, la tasa de alimentación se ha identificado como un indicador de la avidez en el apetito. Los resultados de los estudios en los niños(as) son más consistentes que las investigaciones hechas con adultos e indican que los niños(as) con obesidad han mostrado una tasa más alta de alimentación durante las comidas y una desaceleración de la ingesta hacia el final de la comidas en comparación con niños de peso normal (156).

Más recientemente, la tasa de alimentación ha sido identificada como un fenotipo de comportamiento altamente heredable. En conjunto, estos datos sugieren que las diferencias en la velocidad de ingestión, que parecen ser, en parte, genéticamente determinada, podrían estar implicadas en el desarrollo de la obesidad infantil. Se necesitan estudios longitudinales para examinar las relaciones causales entre la tasa de alimentación y la adiposidad en el niño(a) (156-157).

La microestructura de la alimentación de los niños(as) también ha demostrado ser afectada por el medio ambiente; por ejemplo el tamaño de la porción de los alimentos. Cuando se duplicó el tamaño de la porción de una entrada, para niños de dos a nueve años de edad, consumieron un 29% más del plato principal y un 13% más de energía calórica en la comida que cuando se sirvió una porción de un plato estándar. El aumento de la ingesta de plato principal era, en parte, atribuible a un aumento de tamaño en el bocado de los niños. Además, los niños que aumentaron su consumo cuando se sirvió una mayor porción mostraron un aumento tanto en el tamaño del bocado y el número total de bocados. Estos datos sugieren que las intervenciones que combinan la desaceleración de la tasa infantil de alimentación con la modificación de las cantidades y también los tipos de alimentos que se sirven puede ser una estrategia exitosa para moderar el consumo de energía en los niños que son propensos al aumento de peso excesivo (158).

La identificación de los rasgos alimentarios, que promuevan una mayor ingesta de energía en los niños(as) es crucial para el diseño de las intervenciones exitosas para prevenir y tratar la obesidad infantil. Sin embargo, es importante estudiar el entorno familiar en el que los niños(as) tienen

experiencias tempranas con la comida y la alimentación. La transmisión familiar de las preferencias de sabor, selección de los alimentos, y las conductas de alimentación también deben ser estudiados de cerca (158).

3.4.1.6 Respuesta de Saciedad

Este concepto indica el grado en el cual un niño(a) se “llena” fácilmente y deja la comida cuando termina de comer. Entre niños de tres a cinco años y ocho a once años de edad el IMC estuvo inversamente correlacionado con la respuesta de saciedad y positivamente asociado con la respuesta a los alimentos (142).

Esta dimensión ha sido consistentemente evaluada mediante la comparación de la ingesta de alimentos después de diferenciar el consumo de energía, mediando que los niños(as) que no pueden regular a la baja su consumo después de una ingesta mayor cuando son menos sensibles a las señales de saciedad interna. La respuesta de saciedad de los niños(as) se correlacionó en un estudio con la desinhibición de los padres, de tal manera que los padres más desinhibidos a los alimentos tendían a tener hijos cuyo apetito era menos efectivo (142).

Ahora bien, en una investigación que examinaba las diferencias individuales en la respuesta de saciedad demostró, que las personas con obesidad que no reportaban ninguna asociación entre su conducta alimentaria y la sensación de apetito, exhibían una respuesta de saciedad más débil durante una comida en comparación con los individuos con obesidad que informaron que su conducta alimentaria se correlacionaba con sus sensaciones de apetito. Curiosamente, los individuos con obesidad con una respuesta débil de saciedad tenían puntuaciones más altas en el *Cuestionario de Tres Factores para la Alimentación* en las subescalas de Desinhibición y Hambre en comparación con los controles quienes tenían rasgos de comportamiento alimentario asociados con el consumo excesivo y un IMC y cuando se combinaban las puntuaciones altas en estos rasgos tenían una alimentación ansiosa (159).

Una respuesta de saciedad débil no se limita a los individuos con obesidad, de hecho, en una investigación se encontraron evidencias acerca de una variabilidad individual en la respuesta de saciedad tanto en personas con obesidad y los individuos de peso normal, además se identificó un "fenotipo de baja saciedad" (160–162). En estos estudios, los autores utilizaron el cociente de la saciedad (SQ) como un marcador psicológico de la eficiencia saciante de alimentos (cambios en las

sensaciones de hambre en relación con los alimentos ingeridos y sus cargas calóricas con el tiempo) para identificar individuos con “alta” o “baja” respuesta de saciedad. El SQ representa un cambio en las sensaciones del apetito, grabadas en respuesta a una comida estandarizada, y se expresa por unidad de admisión (por ejemplo, kcal). Un bajo cociente de saciedad en respuesta a una energía fija de la comida se ha demostrado que se asocia con una mayor energía *libitum posterior ad ingesta* medido tanto en el laboratorio como en las condiciones normales. El SQ se ha utilizado en una amplia gama investigaciones y se ha demostrado que tienen un gran valor en diversos estudios (160,161).

Asimismo, la investigación ha demostrado que el “fenotipo de baja saciedad” se caracteriza por mayores niveles de ansiedad, atracones nocturnos, locus externo de hambre, lo que sugiere que el “fenotipo de baja saciedad” puede experimentar un cierto nivel de hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) relacionado con la actividad del eje de desregulación (158).

3.4.1.7 Subalimentación Emocional

La alimentación se rige por el estado emocional del niño o la niña, desembocando en un déficit en la ingesta de alimentos. En un estudio en el Reino Unido de Haycraft y colaboradores (163) acerca de la relación entre el temperamento y la conducta alimentaria en infantes, se señaló que el temperamento y la parte emocional estaban asociados a la restricción alimentaria por falta de una exposición a una amplia variedad de alimentos, siendo momentos en los que los padres o los cuidadores pueden presionar para que el niño(a) coma o deje de comer.

Ahora bien, entre los infantes la alimentación emocional se ha asociado con comer en ausencia de hambre y la pérdida de control de la alimentación, un síntoma de los trastornos de la conducta alimentaria (164, 165). A pesar de esto, la relación entre la alimentación emocional y el peso entre los niños no está clara. Una comparación de la alimentación emocional entre muestras de niños con bajo peso, peso normal, sobrepeso y niños con obesidad indicó que la alimentación emocional era más frecuente en los niños con obesidad. Otros estudios han confirmado una relación positiva y significativa entre la alimentación emocional y el IMC en niños; sin embargo, esta relación no fue apoyada en otro estudio con dos muestras adicionales (166–167).

3.4.1.8 Exigencia frente a los Alimentos

Un estudio reciente ha sugerido que los niños(as) que son excesivamente exigentes frente a los alimentos también pueden ser táctilmente defensivos. La defensa táctil se caracteriza por una reacción exagerada, que consiste en apartarse de la sensación de ser tocado, ya sea retirarse de otra persona, de algo en su entorno, o algo que considere ofensivo. Este constructo puede permitir a los investigadores definir de forma independiente aquellos niños con niveles clínicos de “comedores exigentes” o crear una medida latente (168).

Ser táctilmente defensivo significa que el niño(a) es excesivamente sensible al tacto oral lo que conduce al rechazo de los alimentos con ciertas texturas; este rechazo también puede ser informado a través de diferencias individuales, mientras un niño puede rechazar alimentos “suaves”, otro podría rechazar alimentos “duros o crujientes”. En cualquier caso, comprender el rechazo de ciertas texturas en los “comedores exigentes” puede permitirle a los padres presentar otro tipo de alimentos que no serán rechazadas por estos motivos. Esta interacción entre la defensa táctil y exigencia al comer debe investigarse más a fondo (169).

Además, estudios anteriores sugieren que los niños que son excesivamente exigentes frente a los alimentos presentan a menudo bajo peso (IMC con menos del 10%), y por lo general sólo aceptan una variedad limitada de alimentos (169–171).

Los niños exigentes frente a la alimentación presentan patrones lo suficientemente graves como para ser tratados en clínicas de alimentación, sin embargo, a menudo pueden mostrar mejoras en su peso, tal vez porque se alimentan principalmente de almidones y alimentos con alto contenido calórico, y porque los padres suelen añadir suplementos nutricionales a sus dietas (172–174).

En este sentido, si los niños presentan bajo peso o sobrepeso, y tales patrones de exigencia dejaron de ser tratados en la infancia esto puede dar lugar a problemas de alimentación y salud en la adolescencia y la edad adulta (175,176).

3.5 Formas de Evaluación de la Conducta Alimentaria Infantil

El comportamiento alimentarios de los niños(as) es multidimensional y puede ser caracterizado por responder a diferentes preguntas sobre cómo, cuánto y qué come y en qué condiciones se da su alimentación. En este sentido, se revisó un metáanálisis en el que se encontraron diferentes instrumentos que se utilizan para medir el comportamiento alimentario infantil, así, éstos comportamientos han sido conceptualizados en términos tanto cualitativos como cuantitativos de la alimentación. Las dimensiones cualitativas han sido exploradas en diversos estudios. Algunas dimensiones pueden ser, como ya se ha descrito anteriormente, la capacidad de respuesta hacia los alimentos, disfrute de la comida, respuesta de saciedad, comer emocional, entre otros. Por otro lado, la cuestión de “qué comer” se ha investigado en la dimensión cuantitativa, utilizando principalmente cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos (177).

Dado lo anterior, la presente revisión se enfocó en instrumentos que miden variables cualitativas sin embargo son cuantitativos; se encontraron tres instrumentos que completaron las pruebas de consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez de constructo: *Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ)* (151), *Questionnaire pour Enfant de Neophobie Alimentaire (QENA)* (178) y *LifeStyle Behavior Checklist (LBC)* (179).

Además, los siguientes instrumentos fueron probados en por lo menos una muestra de niños preescolares y escolares, observándose una satisfactoria consistencia interna: 1) *Children Eating Behavior Inventory (CEBI)* 2) *Child Food Neophobia Scale (CFNS)* 3) *Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale* 4) *Satiety Scale Questionnaire (SSQ)* 5) *Children Food Neophobia Scale de MacNicol* 6) *Modified Dietary Restraint Scale* 7) *Food Neophobia Scale (FNS)* 8) *Questionnaire from Wright* 9) *Feeding Problem Questionnaire from Moor* 10) *Baby Eating Behavior Questionnaire (BEBQ)*, 11) *Feeding Problem Score desarrollada por Dahl y colaboradores*. Para estos instrumentos la fiabilidad test-retest fue evaluada en cuatro de los cuestionarios y la validez de constructo se midió en tres (177).

El número de ítems por cuestionario varió de uno en *SSQ* a 40 para el *CEBI*. El número de escalas varió de uno en la *CFNS*, en *Feeding Problem Score desarrollada por Dahl y colaboradores*, *Modified Dietary Restraint Scale*; a ocho escalas en el *CEBI*; con una mediana de cinco ítems por cada escala (177).

En resumen, la literatura actualmente existente plantea a la conducta alimentaria dentro de un ciclo interactivo en el que el comportamiento alimentario de los progenitores hacia sus hijos los lleva a adoptar estrategias específicas de alimentación infantil, provocando en los niños conductas alimentarias propias que finalmente se reflejan en el estado de nutrición del niño. Se ha sugerido que los indicadores nutricionales en el niño (consumo de alimentos y estado nutricional) pueden ejercer su efecto, tanto como resultado final y como causa de la conducta de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos.

Capítulo 4. Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación

En este capítulo se abordan primeramente los antecedentes históricos de la crianza, posteriormente se hace una diferenciación de estilo, crianza y estilo de crianza que son esenciales para dar un acercamiento las interacciones que se dan dentro de las familias, además se presentan los conceptos de pautas, prácticas y creencias de la crianza y se explica la importancia del vínculo madre-hijo(a) en las relaciones que se dan desde temprana edad y que juegan gran relevancia en la conducta alimentaria del niño(a). Se realiza una revisión acerca de diferentes modelos explicativos de las prácticas de crianza. Se dan a conocer diferentes formas de evaluación que se han utilizado en varios países y con diversas edad. Por último se presentan investigaciones y estudios sobre prácticas de crianza relacionadas con la alimentación.

4.1 Antecedentes Históricos de la Crianza

Al abordar las prácticas de crianza es imprescindible no desconocer que la misma está en estrecha relación con el desarrollo infantil, las diferentes concepciones de niño, la clase social, las costumbres y normas socio-históricas y culturales.

De Mause (180) plantea que existe una transformación progresiva positiva en la relación entre padres e hijos(as) y no comparte la idea de que la infancia sea un periodo evolutivo de felicidad plena, ya que encuentra que muchas veces está presente la violencia en la vida del niño(a):

- Infanticidio (antigüedad-siglo IV): en la antigüedad y en la mitología, los padres que no saben cómo proseguir con el cuidado de sus hijos(as) los matan. Abandono (siglos IV-XIII): los niños(as) son internados en monasterios o conventos, se los entrega a la nodriza, se los confiere a otras familias para su adopción, se los envía a otras casas como criado o se les permite quedarse en el hogar pero cualquiera de estas circunstancias implica una situación de abandono afectivo.
- Ambivalencia (siglo XIV-XVI) los padres tienen el deber de moldear al hijo(a) y utilizan en algunas ocasiones manuales de instrucción infantil para educarlo. Se hace uso de todo tipo de castigos corporales y psicológicos.
- Intrusión (siglo XVIII): los padres tienen más proximidad con su hijo(a) sin embargo no juegan con él sino que dominan su voluntad. Siguen recurriendo a los castigos físicos y a la disciplina

pero ya no de manera sistemática y se empieza a considerar al niño(a) como un adulto en miniatura, incompleto.

- Socialización (siglo XIX- mediados del XX): los padres guían al hijo(a), la meta es que se adapte y socializarlo. En el período de la revolución industrial el niño(a) es estimado mano de obra barata, un bien al que se lo explota.
- Ayuda (mediados del siglo XX): este modelo implica la empatía con el hijo(a) quien es el que sabe mejor que el padre cuáles son sus necesidades. No hay castigos para educar ni físicos ni psicológicos, hay diálogo frecuente, responsividad, se juega con el niño(a) y se le comprende.

Según Alzate (181) a través de las distintas generaciones los padres comienzan a conocer y satisfacer las necesidades de sus hijos(as). En culturas ancestrales los primeros cuidados eran brindados por la madre aunque generalmente los niños(as) se alimentaban con nodrizas. Posteriormente el padre contribuía con la educación (182).

Específicamente, en el Nuevo Reino de Granada, hacia finales del siglo XVIII se consideraba a la infancia como una fase imperfecta de la adultez la cual debía ser corregida por el adulto responsable. El cuidado de los niños pequeños recaía en la nodriza o el ama de cría es decir en personas ajenas a la familia ya que las madres de los pequeños o bien estaban demasiado ocupadas en las tareas del hogar o evadían la crianza de sus hijos(as).

Los niños cuando alcanzaban los doce años de edad devenían aprendices de algún oficio dependiendo de un patrón que los tenía a su cargo, y desde ese momento perdían el mote de párvulos. Otros niños eran abandonados en hospicios a causa de la pobreza o por ser hijos ilegítimos asumiendo el Estado su tutela. Muchos niños morían antes de los cinco años de edad y los que sobrevivían eran separados del ámbito familiar lo que favorecía que las interacciones entre ellos y sus padres fueran insuficientes o directamente que no hubieran interacciones entre ellos durante las primeras etapas de su vida.

En los sectores marginados, los niños eran amamantados durante los tres primeros años y la madre era la única responsable del niño. A partir de los cuatro hasta los 25 años la crianza la tomaba el padre el cual estaba obligado a alimentar al niño o al joven, vestirlo y brindarle un techo donde vivir a cambio de sumisión y respeto. Éste también impartía castigos físicos (lo que se aceptaba como algo natural).

En cuanto a los hijos de la gente de clase alta, éstos eran educados por los domésticos. Siglos después a raíz de las problemáticas con relación a la crianza vistas en el siglo XVIII, publicaciones sobre crianza y educación empiezan a dar la importancia necesaria a la conservación de los hijos por parte de los padres. Esto hace que la imagen de la infancia se modifique. Se produce una reorganización en las formas de crianza alrededor de dos estrategias. La primera estrategia está enfocada hacia la transmisión de un conjunto de saberes y técnicas que permiten poner a los niños bajo la atención los padres exclusivamente.

La segunda está encaminada a disminuir el coste social invertido por el Estado, en el caso de los niños de las casas de expósito, quienes morían sin retribuir los gastos a la nación. Lo ideal era conseguir que estos niños sobrevivieran y así poder tener muchos trabajadores o militares. En muchos momentos de la historia de la humanidad prevaleció una actitud hostil hacia la infancia sin embargo a la vez no se dejó de ver la tendencia de proteger a los niños pequeños (183).

4.2 Crianza y Estilo de Crianza

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 (184,185). Según Aguirre y Duran (186), 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.

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, 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 (184).

Respecto a las prácticas educativas que exhiben los padres Baumrind (187) 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(as) 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.

4.3 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 (185,186). 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), a las explicaciones que brindan los padres sobre la forma en que lo hacen; y las prácticas de crianza son acciones, comportamientos aprendidos de los padres que se exponen para guiar las conductas de los niños(as), 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, para Vera (184) integra en el concepto a los conocimientos, creencias, percepciones y significados que la madre tiene sobre el proceso de alimentación del hijo. 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(as) (188).

4.4 Vínculo Madre-Hijo en la Crianza

No es fácil definir el término de vínculo o relación materna; sin embargo, diferentes autores (187,189) dan una definición general de acuerdo a su experiencia y su conocimiento. A continuación se mencionan algunos conceptos: la relación materna se define como la seguridad del lazo entre la madre e hijos, la respuestas de aquella y sus efectos en el niño(a) (190).

En la madre existe algo que la hace particularmente apta para proteger al niño(a) durante esta etapa de vulnerabilidad y que le permite contribuir positivamente a las necesidades del bebé. La madre se adapta profundamente a las necesidades del niño(a) y luego gradualmente se desadapta, a medida que el bebé pueda comenzar a disfrutar de nuevas e inesperadas experiencias (191).

Schaffer (192) define a la relación madre-hijo(a) como aquello que la otra persona es y hace, asumiendo una enorme importancia, la madre se identifica con su hijo(a), le considera como parte de sí misma y la experimenta como propio, tanto sus alegrías como sus sufrimientos; se alegra de lo que su hijo(a) consigue, porque es como si lo hubiese logrado ella, siente vergüenza y enojo cuando piensa que falla en algo. Existe así una estrecha imbricación emocional entre madre e hijo(a).

Además, se ha descrito que el vínculo entre madre e hijo(a) aparece rápidamente justo después del nacimiento, el cual no sólo posee efectos de larga duración en las relaciones entre padres e hijos sino que afecta el desarrollo posterior del niño(a). Asimismo, el contacto inicial entre madre e hijo(a) es crucial para esta relación. Antes de los seis meses, la separación de quien provee cuidados provoca sólo un trastorno temporal; el niño(a) puede ser consolado por otros. Después de este tiempo es más difícil aliviar la angustia de separación, de hecho, el consuelo de desconocidos puede causar aún más angustia (193).

La vinculación madre-hijo(a) es una relación que evoluciona a partir del primer movimiento fetal, por el que la madre se “enamora” de su bebé. La vinculación es un proceso frágil y prolongado; mientras ocurre, puede verse alterado y hasta interrumpido y puede pasar semanas, meses y hasta años para que la unión se solidifique. El vínculo particular entre progenitores e hijos crea entre ellos una relación que difiere de las otras relaciones humanas. El niño(a) comienza su vida como parte de la madre y ella lo trata como si fuera una extensión de su propia persona (193).

Ahora bien, el tipo de ambiente social y material en el que el niño(a) nace y crece, adquiere enorme importancia en cuanto constituye la fuente de estímulos y experiencias que determinan su desarrollo. Durante el último periodo del embarazo y el primer tiempo después del parto, la madre y el bebé comparten ciertas experiencias. Éstas favorecen la identificación de la madre con su bebé y les permiten a ambos construir una experiencia de mutualidad. El niño(a) pequeño y el cuidado materno forman conjuntamente una unidad en las primeras fases del desarrollo del bebé. Aún dentro del útero de la madre, el feto llega a conocer rasgos de su ambiente. La voz de la madre es familiar, y muy pronto después de nacer, el infante puede mostrar una respuesta de preferencia hacia su madre, su olor y el de su leche además de su cara (194).

Melanie Klein señaló que las muestras de afecto o de rechazo que reciben los niños(as) desde que son lactantes, determina en gran medida la buena o mala relación que tendrán con sus semejantes y la aceptación o repudio de las cualidades que forman su modo de ser. De tal forma que

la niña(o) reciban el cariño de sus padres, dependerá la confianza y seguridad en sí misma; condición fundamental para su desenvolvimiento, o por el contrario, la inseguridad o temor ante muchos de los episodios de su vida la influencia, tanto de la madre como del mundo interno del bebé en el desarrollo de la personalidad del niño(a). Una madre que atiende con el cariño a su bebé y que trata de proporcionarle los mayores cuidados, propicia un ambiente más agradable, de donde el niño(a) puede tomar elementos para crear un mundo interno y externo psíquicamente más sano (195).

4.5 Modelos que explican las Prácticas de Crianza

El apego de la madre con el niño(a), está relacionado con el desarrollo de las capacidades y habilidades básicas del niño(a) de acuerdo a la edad cronológica, por que la madre cumplirá funciones específicas, activas y de ajuste de acuerdo a las necesidades del menor. Así, el desarrollo puede verse enriquecido a través de la estimulación que se le proporciona al niño(a); este proceso se gesta en un contexto familiar, en un ambiente donde intervienen variables de tipo psicológicas y culturales donde la madre es la principal cuidadora. Por lo que, en los últimos años el desarrollo del infante, se ha contextualizado a partir de diferentes factores que integran las relaciones humanas, familiares, sociales, ambientales, culturales y económicas, que facilitan o dificultan el proceso de crecimiento (196).

Ahora bien, en el proceso del cuidado asistencial se establecen normas y disciplinas, relacionadas con los conocimientos, las actitudes y comportamiento de los padres favoreciendo el desarrollo del niño(a) . En diferentes teorías planteadas, la crianza se ha considerado que se debe cubrir necesidades de tipo afectivo, además del aprendizaje y experiencias que estimulen el desarrollo, otros autores plantean que es un proceso complejo de elementos relacionados con la protección y atención hacia el niño(a), estableciendo normas disciplinarias, aunado a los conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de los padres que funcionan como medio de socialización entre los padres hacia los hijos (197).

Para Webster-Stratton (198) Vera, y Martinez, (199), la crianza es un concepto fundamental en el desarrollo del hombre, las percepciones y actitudes paternas, influyen fuertemente en la formación del nuevo ser. La familia puede mostrar competencia para promover el desarrollo, pero esta es facilitada por varios factores, está estrechamente relacionado con la disponibilidad de los diferentes miembros de la familia, la calidad de atención, la respuesta a las condiciones y la capacidad particular de cada niño(a).

Los estudios respecto a crianza ha generado modelos que tratan de explicar cada uno de los elementos y sus funciones que integran el complejo social relacionado con el crecimiento del infante. A continuación se presentan distintos de crianza, que exponen su ejercicio a partir de las variables psicosociales de la maternidad.

Modelo de Crianza de Belsky

Belsky (200) a partir de los factores personalidad de la madre, características del niño(a) y los componentes que se relacionan en la interacción padre-hijo(a), la pareja, fuente de estrés y apoyo; propone el modelo, “determinantes de la crianza”. Belsky describe que la paternidad competente, surge de la idea de que la crianza, es un sistema protegido donde el bienestar psicológico de los padres es el elemento mediador en la práctica competente en la crianza. Además, refiere que una personalidad madura y saludable, está relacionada por los sentimientos de apoyo de los padres en la infancia, esta personalidad saludable y madura será capaz de brindar oportunidades para garantizar el desarrollo y cuidado de las personas a su cargo.

Modelo de Crianza Webster-Stratton

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(a) (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 (201).

Modelo de Estrés de la Crianza de Abidin

Según este modelo, los estresores son aditivos y multidimensionales en origen y clase. Las fuentes de estrés pueden ser los eventos del día a día como la muerte de un familiar, hasta los sentimientos subjetivos de las madres por sus responsabilidades en la crianza, el modelo puede medir las percepciones de la madre con relación a las características del hijo(a) y de ella misma (202). Las dimensiones del niño(a) están compuestas por adaptabilidad, aceptación por los padres, demanda,

humor, distractividad. Las dimensiones de la madre están compuestas por depresión, infelicidad y culpa de los padres, apego parental, restricción impuesta por el papel de la madre, sentimiento de competencia de los padres, aislamiento social, y por último salud de la madre (202).

Modelo de Vera, Peña y Domínguez

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 (203).

Modelo de Ajuste

Andrea 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 (204).

Modelo de Economía Familiar de Bennett

Según la propuesta de este modelo, el crecimiento y desarrollo del niño(a) 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(a) 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(a) y el hogar puede explicar el estado de salud y nutrición de los integrantes de la familia (205).

4.6 Formas de Evaluación en las Prácticas de Crianza Alimentarias

Los niños(as) pequeños dependen grandemente de los padres y sus cuidadores en cuanto al tipo y cantidad de alimentos que les son ofrecidos. También se ven afectados por las prácticas de crianza alimentarias de los padres o los estilos utilizados; es decir, las estrategias específicas

empleadas por los padres para promover o desalentar al niño(a) en relación con la alimentación o la participación de los padres. Los estilos de crianza alimentarios se pueden caracterizar en cuatro dimensiones: autoritarios (es decir, a los niños se les dicen exactamente qué comer), permisivos (permitiendo que los niños comen siempre que lo deseen), democráticos (estableciendo normas y orientación sobre la alimentación sin ser dominantes), y negligente (sin tener en cuenta la alimentación de los niños centrándose en otros intereses) (206, 207). Las prácticas de crianza alimentarias se ha demostrado que afectan a la conducta alimentaria de los niños y su peso. Por ejemplo, la neofobia alimentaria en los niños se encontró que se asocia positivamente con el uso de la coacción o la vigilancia alimentaria, las recompensas y la preparación de platos especiales para fomentar la alimentación (208–210).

Aunque algunos estudios (111,211, 212) examinan los vínculos entre la influencia de los padres sobre la alimentación infantil y el peso corporal han aumentado de gran manera durante los últimos años, todavía no existe una respuesta consistente y definitiva de estas investigaciones. Los diseños experimentales son de gran importancia para poner de relieve los mecanismos para el desarrollo de hábitos alimentarios saludables. Sin embargo, estudios epidemiológicos longitudinales, realizados en muestras grandes basados en la población en general, también son necesarios para entender el desarrollo de la conducta alimentaria y los hábitos alimentarios durante la infancia y la niñez temprana. Estos permiten el estudio de los períodos críticos y los factores críticos en este desarrollo, y la identificación de conductas alimentarias tempranas o hábitos alimentarios que están relacionados con los malos hábitos alimentarios o enfermedades relacionadas con la nutrición. Para llevar a cabo este tipo de estudios, los investigadores necesitan utilizar instrumentos validados y adecuados para cada tipo de población (177).

Por lo que se revisó un metaanálisis en el que se identificaron algunos instrumentos para medir las prácticas de crianza alimentarias y los estilos alimentarios de los padres, dada la importancia de éstas prácticas en los hábitos y la conducta alimentaria de los niños. Primeramente, el *Child Feeding Questionnaire (CFQ)*, fue el instrumento más utilizado, diseñado para evaluar las prácticas de alimentación de los padres, este cuestionario obtuvo pruebas satisfactorias de consistencia interna, de confiabilidad test-retest y validez de constructo (206).

Además, se revisaron diecinueve cuestionarios adicionales : 1) *Maternal Feeding Attitude (MFA)*, 2) *Restricted-Access Questionnaire (RAQ)*, 3) *Child's Perception Restricted Access (CPRA)*, 4) *Kid's Child Feeding Questionnaire (KCFQ)*, 5) *Infant Feeding Questionnaire (IFQ)*, 6) *Preeschool*

Feeding Questionnaire (PFQ,) 7) *Parenting Feeding Style Questionnaire (PFSQ)*, 8) *Control over child feeding* 9) *Food Parenting Practices (FPP)*, 10) *Caregiver's Feeding Style Questionnaire (CFSQ)*, 11) *Parental Control Index (PCI)*, 12) *Family Environment Questionnaire (FEQ)*, 13) *Over-Covert Control (OCC)*, 14) *Response To Food Refusal (RFR)*, 15) *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ)*, 16) *Feeding Demand Questionnaire (FDQ)*, 17) *Parent Mealtime Action Scale (PMAS)*, 18) *Parent Feeding Dimension Questionnaire (PFDQ)*, 19) *Parent-Generated Feeding Practices (PGFP)*. Estos instrumentos fueron desarrollados para evaluar las prácticas de crianza alimentaria de los padres. Además, fueron probadas en al menos una muestra de niños en edad preescolar(177).

En los instrumentos anteriores la consistencia interna fue satisfactoria. la consistencia interna de Cronbach fue satisfactoria. El número de ítems varió de cinco para *RAQ* a 105 ítems en el *PFSQ*. El número de escalas varió de una en el *RAQ*, en el *MFA*, y en el *PCI*; hasta 12 escalas en el *PFDQ*; con una mediana de seis ítems por cada escala (177, 213, 214).

4.7 Investigaciones sobre Prácticas de Crianza Relacionadas con la Alimentación

Costanzo y Woody (215) estudiaron 42 niños de siete a doce años de edad, de Carolina del Norte, EUA de una escuela primaria. Los padres respondieron preguntas relacionadas a la restricción alimentaria del niño. Los resultados indicaron que, entre las mujeres, la restricción de la ingesta de alimentos estuvo significativamente asociada con el aumento en el porcentaje de sobrepeso, sin embargo esto no fue significativo en los hombres.

Además, Fisher y Birch (213, 216) encontraron que el aumento materno restricción alimentaria se asoció con una mayor desinhibición de alimentación en las niñas, pero no en los hombres. Y que el restringir a los niños(as) la comida que más les gusta incrementa la probabilidad de que estos ingieran esos alimentos cuando tienen un acceso libre a ellos(217).

Asimismo, Díaz (218) afirma que un factor que puede influir en el estado nutricio 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. Por lo que, las madres y padres de niños con obesidad 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 (219).

Se ha reportado (220) acerca de la influencia de los progenitores en la conducta alimentaria infantil que indica 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 (221). Estas estrategias de los progenitores son recibidas, interpretadas y traducidas por los niños en una amplia gama de conductas relacionadas con la alimentación.

En este sentido, 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 (222). Se ha sugerido 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, sobretudo en el condicionamiento instrumental y en segundo lugar por los modelos de aprendizaje vicario (223).

Mamun, Lawlor, O'Callaghan, Williams y Najman (224) reportaron que no existe una asociación entre el número de veces que la familia se reúne para comer y el sobrepeso de los niños.

De igual forma, 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 hijos y se encontró que la preocupación y el control del peso incrementa el riesgo de que los menores padezcan sobrepeso; además se reportó que las madres con hijos que tienen sobrepeso y obesidad presentan alto nivel en "Presión para Comer" y "Alta Responsabilidad Percibida" (225).

Además, Duerksen, Elder, Arredondo, Ayala, Campbell y Baquero (226) 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.

Webber, Cooke, Hill y Wardle (115) realizaron un estudio explorando las asociaciones entre el comportamiento alimentario infantil y las prácticas alimentarias maternas; encontraron que la

restricción materna está fuertemente asociada con la responsabilidad de la madre, además de que la presión que ejercen las madres para comer está asociada con la respuesta de saciedad y la lentitud para comer del niño. Por otro lado, el que el niño(a) disfrute los alimentos al comer está asociado con una menor presión materna. Estos resultados son útiles para tomar una perspectiva interaccional, reconociendo que tanto los niños como las madres influyen y son influidos por las prácticas de alimentación de sus madres.

En un estudio longitudinal se examinó cómo los comportamientos alimentarios maternos durante la infancia estaban relacionados con el peso y el consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios. Se encontró que el control psicológico de las madres durante la infancia se asoció con un mayor IMC de los estudiantes. Los resultados también sugieren que las prácticas de alimentación centrada en los hijos y un uso mínimo de control psicológico durante la infancia puede promover un peso saludable y consumo de frutas y verduras en la edad adulta joven, específicamente durante la universidad (227).

Loth, MacLehose, Fulkerson, Crow y Neumark-Sztainer (228) exploraron las asociaciones entre las prácticas de crianza alimentarias (presión para comer y restricción alimentaria) y el peso en una muestra de adolescentes y sus padres. Los resultados sugieren que el control alimentario es común entre padres de adolescentes. La media del factor restricción fue significativamente mayor entre padres de adolescentes con sobrepeso y obesidad comparados con adolescentes sin sobrepeso.

Sin embargo, los niveles de presión para comer fueron significativamente mayores entre los adolescentes sin obesidad. Además los resultados de este estudio indicaron que los padres son más propensos que las madres a tener conductas de control alimentario.

En otra investigación en madres mexicanas de N=417 estudiantes que presentaban riesgo de sobrepeso y sobrepeso, de primero a sexto grado de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo, México se les aplicó el “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación Infantil”; presentaron una alta preocupación y control del peso del niño, alta presión para comer y también una alta responsabilidad percibida en cuanto a la alimentación del niño; se observó que cuando el IMC de las madres es mayor también el de los hijos es alto (229).

Tschann y colaboradores (230) realizaron un estudio longitudinal de 2 años que examinó las influencias en el tiempo entre las prácticas de alimentación de los padres y el peso de los niños, de las

familias mexico-americanas con niños de 8 a 10 años al inicio del estudio. Las madres (n = 322) y los padres (n = 182) informaron sobre sus prácticas de alimentación al inicio del estudio , al año, y a los dos años de seguimiento. Se determinó el IMC en todas las evaluaciones. El factor de restricción de las madres y de los padres predijo el estado del peso del niño a que fuera más alta al año de seguimiento y para los padres también se encontró este efecto en el segundo año de seguimiento. El factor de presión para comer predijo tanto en madres como en padres un menor peso en los hombres pero no en las mujeres en el primer año de seguimiento. Las prácticas alimentarias tanto de los padres como de las madres estuvieron relacionadas con el peso del niño subrayando la importancia de incluir a los padres en este tipo de investigaciones.

En conclusión se puede decir que las prácticas de crianza alimentaria tienen gran influencia sobre el menor ya sea de manera directa como indirecta, tanto en su desarrollo psicológico como en su estado nutricional; además éstas prácticas se relacionan de forma muy estrecha con el contexto en el que se ve desenvuelta la diada madre-hijo(a), con su educación, estrato socioeconómico, y cultura, por lo que la alimentación y el comportamiento alimentario también se van modificando de acuerdo al ambiente en el que viva cada familia.

Capítulo 5. Percepción de las Prácticas de Crianza

En este capítulo se abordan las características de personalidad de la madre para seguir por su autoconcepto que se relaciona con la percepción de apoyo que tiene de su pareja y también la percepción que tiene de su propia crianza y educación hacia sus hijos. Posteriormente se describen las características del niño(a) y su desarrollo del autoconcepto y autoestima dentro de la crianza familiar asimismo se detallan diversos estudios que revisados sobre los estilos y prácticas de crianza relacionados con el autoestima del niño(a) y la crianza de los padres. Se presentan investigaciones sobre la percepción de los hijos(as) de la crianza. Por último se muestran instrumentos para evaluar la percepción de la crianza tanto en los padres como en los niños(as).

5.1. Características de la Madre

El papel de madre, implica el dominio de ciertas conductas que favorezcan el desarrollo adecuado del niño(a), siendo estas conductas fundamentales en los primeros años de vida del menor, ya que depende mayormente de su madre u otro cuidador adulto. Los conocimientos de una madre acerca de la maternidad, puede aprenderlos mediante aprendizaje por observación con otras madres, amigas, o familiares en la mayoría de los casos, ya que es muy común que las madres y abuelas enseñan a las jóvenes primerizas los cuidados que se deben tener con los pequeños; otros aprendizajes se llevan a cabo a través del contacto con profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, entre otros, por medio de campañas preventivas de enfermedades u otras actividades (231).

Sin embargo, no en todas las poblaciones, no todas las madres tienen acceso a la totalidad de estos recursos o estrategias de aprendizaje sobre la maternidad; principalmente en las comunidades con bajos recursos económicos y en zonas rurales, el conocimiento y dominio de prácticas maternas se trasmite de generación a generación de forma oral y mediante observación directa de la ejecución de la conducta (231).

Dado lo anterior, al abordar los aspectos relacionados con el cuidado del niño(a) se hace hincapié en la contribución de la conducta materna sobre el efecto de su desarrollo. Las características personales de la madre representan uno de los elementos fundamentales en el desarrollo del niño(a).

Asimismo se encontró (232) que los hijos de madres con tendencias a la extroversión manifiestan mejor tono emocional, mayor nivel de actividad y emiten mayor número de vocalizaciones ante personas y con objetos. En este estudio, parece que la extroversión es un rasgo que media en las prácticas de crianza que despliega la madre hacia su hijo(a). Las madres más extrovertidas tienden a desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y tienen mejores recursos para iniciar y mantener contactos personales frecuentes.

Vera, (233) encontró que las madres que consideran como principio de crianza el vigilar y cuidar al niño(a), presentaron una media más baja en la prueba de estimulación del niño(a) en el hogar y sus hijos en los puntajes de desarrollo del niño(a), en comparación con aquellas que tienen como principios de crianza la flexibilidad, la libertad y la confianza.

En otro estudio, las madres presentaron más estrés en la crianza del niño(a), sobresaliendo su estado anímico, depresivo y la percepción del niño(a) lo reportaron más difícil de controlar. Los niños obtuvieron mejores ejecuciones en repertorios de atención, memoria, motricidad fina y sensocognitiva (233).

Ahora bien, en un estudio realizado por Muñoz (234) se ha encontrado que el ambiente interactivo de los padres con sus niños constituye elementos prácticos como los conocimientos, valores, creencias, actitudes y sentimientos, siendo en estas interacciones donde los padres conjugan elementos emocionales y cognitivos que favorecen o entorpecen el desarrollo físico y cognitivo del niño(a).

En el Inventario de Estimulación del Niño en el Hogar (HOME), se evalúan algunas competencias de la madre acerca de la estimulación adecuada del desarrollo del niño(a) de acuerdo a su edad; las competencias de la madre o del cuidador, se clasifican en las categorías de: a) Responsividad verbal y emocional, b) Aceptación de la conducta del niño, c) Organización del medio ambiente, d) Provisión y funcionalidad de materiales de juego, e) Involucramiento de los padres con el niño y f) Oportunidades para la variedad (235).

5.1.1 Autoconcepto y Percepción de la Pareja

Se sabe que el autoconcepto organiza los aspectos conductuales, afectivos, físicos, reales e ideales, acerca de sí mismo, y que además funciona como un código subjetivo de acción hacia el medio interno y externo (233).

El autoconcepto está compuesto de tres dimensiones en la que la experiencia es la parte más sensible del sujeto constituyendo los factores internos: identidad (componente cognitivo), autosatisfacción (área afectiva) y conductual (área comportamental) de la misma manera se ha considerado que es el factor que determina la conducta en la organización y evaluación del propio comportamiento. También se concibe como un elemento multidimensional de la personalidad que modula la relación que el sujeto establece con las demás personas (236).

Ahora bien, en la interacción familiar se encuentran algunos elementos sociales, cognitivos y emotivos que en las prácticas de crianza están conformados por rituales de comportamiento que son sistematizados en el proceso de socialización de los padres. La madre, como esposa tiene algunas percepciones de bienestar que pueden ser influenciadas en parte por el apoyo que recibe de la pareja o por el estilo de autoridad que ejerce ella misma; estos factores a su vez modifican la dinámica familiar y por consiguiente el ambiente en donde se lleva a cabo la práctica de crianza. (237).

Dado lo anterior, la paternidad/maternidad conforma redes de apoyo social y fortalece el desarrollo de los niños y a través de la consolidación de los roles familiares en los que se crea confianza y autonomía en sí mismo, y la constante participación de los padres retroalimentando en el autoconcepto (238). Los padres desarrollan en la práctica de crianza una actitud que influye significativamente en la relación con sus hijos, como por ejemplo los padres autoritarios que tienden a manifestar una menor ternura con sus hijos y que ejercen más control comparados con los otros tipos de paternidad (237).

El rol y el apoyo de la pareja es un vínculo fundamental en la crianza, ya que permite a la madre ejercer la crianza con una actitud positiva, permitiendo establecer comunicación y enfrentarse en la construcción e integración de los elementos sociales para ejercer la crianza y cumplir con diferentes funciones, deberes y derechos que se han introducido en el núcleo familiar y social durante su desarrollo bio-psico-social (199).

5.1.2 Percepción de la Madre en la Crianza

Ser madre es una experiencia que la mayoría de las mujeres pasan en algún momento de su vida como parte de su desarrollo de ciclo vital. En general, se puede afirmar que la maternidad es un evento enormemente impactante y complejo para la mayoría de las mujeres que se convierten en

madres por primera vez, puesto que es una ardua transición en la vida evolutiva que conlleva dar respuestas a nuevas demandas, nuevos retos y situaciones que no se habían vivido; sin embargo, la madre no sólo echará mano de los nuevos aprendizajes que va adquiriendo día a día conforme vive su maternidad, sino que utilizará recursos previamente aprendidos para enfrentar situaciones estresantes que le han funcionado con anterioridad, si bien, no en las mismas condiciones, sí en situaciones que le produzcan sensaciones similares (238).

Por otro lado, la situación de la madre se ha ido modificando, además, se ha incrementado su participación en el mercado laboral y en el mundo público fuera del hogar, por lo que se ha cambiado su relación con los hijos y su intervención en las actividades de crianza. En la actualidad la crianza en muchas familias ya no se lleva a cabo de acuerdo a la división fija de roles y responsabilidades que se tenía anteriormente, lo que es resultado de diversas transformaciones que se han dado en las prácticas familiares y que se reflejan en una flexibilización de pautas y estilos de parentalidad (239).

Es factible suponer que el tiempo transcurrido de la maternidad y la diversidad de situaciones a las que se enfrentan las madres son elementos que les ayudan a desarrollar una mejor concepción de su maternidad. Lo anterior sugiere que, la actitud de la madre, hacia la crianza de sus hijos estará influida no sólo por la etapa de su vida sino por las diversas experiencias de su entorno inmediato que le permitan enfrentar y desempeñar su papel de madre (240).

En líneas generales, las pautas de crianza demandan la combinación de dos dimensiones: por un lado, lo relativo al apoyo o afecto parental, que involucra la sensibilidad de los padres hacia los hijos, motivando la autonomía, autoafirmación y autorregulación. Asimismo, incluye bajos niveles de castigo físico, uso del razonamiento, buena comunicación, expresión de las emociones, afecto o calor emocional, sensibilidad y confianza, lo cual favorece el desarrollo adaptativo del niño(a). Por otro lado, alude al control o exigencia parental, que implica las demandas parentales y los esfuerzos disciplinarios con el objetivo de lograr la adaptación social de sus hijos, lo cual puede derivar en una crianza restrictiva, controladora, en un estilo autocrático y afirmación de poder, castigo, autoritarismo, fuerza la obediencia y obliga al sometimiento (238).

Ahora bien, en una amplia revisión de instrumentos respecto a éstas pautas de crianza se señalan diferentes problemas tanto de contenido como metodológicos. En cuanto al contenido, las críticas son las siguientes: a) La mayoría evalúan intenciones u opiniones de los padres en lugar de prácticas concretas; b) Los ítems se formulan de forma genérica o en tercera persona (por ejemplo,

”un castigo a tiempo vale más que tres explicaciones”), lo que favorece la deseabilidad social, y los hace poco claros o ambiguos. Todo ello, provoca que los padres respondan los ítems opinando sobre la educación de los hijos en general, pero sin expresar cuál es su comportamiento real con los suyos (241).

Respecto a los aspectos metodológicos, muchos cuestionarios no especifican las edades de los hijos (preescolares, edad escolar, adolescente). las que van dirigidos; otros no dan información de sus propiedades psicométricas, ni de la escala de respuesta utilizada. Además, el número de ítems presenta una gran estas pruebas sólo recogen la opinión de los padres, pero no la percepción que tienen los hijos del estilo educativo que reciben; probablemente debido a que los autores se basaron en el modelo tradicional de socialización. variabilidad, siendo en algunos casos excesivo (más de 300 ítems en algunas pruebas). Finalmente, estas pruebas sólo recogen la opinión de los padres, pero no la percepción que tienen los hijos del estilo educativo que reciben; probablemente debido a que los autores se basaron en el modelo tradicional de socialización (241).

5.2 Características del Niño

Mientras determinados niños(as) suelen sonreír frecuentemente, llorando muy pocas veces, otros niños actúan de forma contraria. A estas diferencias que aparecen desde el nacimiento del niño(a), comúnmente se les llama “temperamento” o estilos característicos e individuales de los niños(as) de aproximarse a los demás y a las situaciones (232).

Las características temperamentales pueden estar relacionadas con la adquisición del lenguaje, ya que el hombre para comunicar sus sentimientos y creencias dispone de modos de expresión afectivos y lingüísticos. Sin embargo, se ha encontrado que la presencia de determinadas características temperamentales no acelera ni enlentece la adquisición del lenguaje en los niños(as), ni que determine el estilo lingüístico (242).

Aunque en décadas pasadas, el temperamento era considerado de tipo hereditario, incluso influido por la constitución del cuerpo, actualmente, los investigadores de la conducta han concluido que se trata en gran parte de un producto del aprendizaje, aun cuando la salud y equilibrio endocrino son influencias importantes, los estímulos emocionales y el modo en que los niños(as) aprenden a responder a ellos, determina su temperamento (242).

Se han identificado nueve aspectos innatos del temperamento, que son:

- El nivel de actividad física y motora
- La regularidad en el funcionamiento biológico (dormir, comer, evacuar)
- La disposición para aceptar personas y situaciones nuevas
- La adaptabilidad al cambio, la sensibilidad a la luz, ruido y otros estímulos sensoriales
- El humor (alegría o disgusto)
- La intensidad en las respuestas
- El grado de atención y la persistencia

5.2 1 Desarrollo del Autoconcepto y Autoestima

El autoconcepto, si bien resulta relativamente estable a lo largo del tiempo, implica un proceso evolutivo. (243). Los modos pre-representacionales de la autoconciencia son perceptuales, afectivos, y referidos al sí mismo como agente de la acción. Desde el segundo semestre de vida surgen procesos intersubjetivos aportando la dimensión social al *self* emergente. A los 18 meses se verifica el auto-reconocimiento visual a partir del tercer año de vida en la construcción del autoconcepto se integran elementos de la autoevaluación, basados en la apropiación por parte de los niños(as) de los estándares parentales de conducta y de la internalización de las reacciones evaluativas de los adultos. Será recién en los años escolares cuando el autoconcepto se amplíe mediante la acumulación una gran variedad de imágenes de sí, y comienza a configurar un conjunto de percepciones sobre el sí mismo relativamente estables y que enriquecen el sentido de la identidad del niño(a) (243, 244).

En la última década la relación entre los estilos de crianza el autoconcepto y la autoestima ha generado el interés de teóricos e investigadores. De ahí que en los últimos años se han comenzado a realizar diversas investigaciones en diferentes medios socio-culturales, y que tienen como objetivo explorar las posibles relaciones entre ambos constructos. Si bien los desarrollos son recientes, ya se cuenta con resultados de investigaciones realizadas (245).

En Brasil, Weber, Brandenburg y Viezzer (246) en un estudio realizado con 280 niños de entre 9 y 12 años, han encontrado que el estilo parental "con autoridad" mencionado por los autores como "equilibrado", se correlaciona positivamente con niveles altos de optimismo en los niños. Por el contrario, el estilo de crianza "negligente" se asocia con los niños que poseen los niveles más bajos de

optimismo. Para estos autores la ausencia de optimismo se vincula con humor depresivo, resignación y bajo rendimiento.

Asimismo, se exploró las posibles relaciones entre la autoestima y las pautas parentales de crianza en una muestra de 100 preadolescentes de 13 años promedio. Afirmando que la autoestima está vinculada con interacciones positivas entre padres e hijos, dado que los sujetos que presentaron niveles más altos de autoestima correlacionaban positivamente con interacciones positivas en su espacio familiar (246).

Por otro lado, Cia y Barham (247) han encontrado que la mayor presencia de los padres en el hogar, y por lo tanto mayor cantidad de tiempo de interacción entre padres e hijos, se correlaciona positivamente con niveles más altos de autoconcepto académico en una muestra de niños brasileños de entre 10 y 12 años de edad.

En otro estudio con niños de entre 10 y 12 años, agrupados en dos subgrupos, uno compuesto por hijos de padres sanos y otro grupo compuesto por hijos de padres con antecedentes de alcoholismo, encontraron que los niños del segundo grupo presentaban un autoconcepto más negativo y rendimientos escolares menores comparados con el otro grupo de niños (245, 248).

Riquelme Pereira, Fraile Duvicq y Pimenta Carvalho (249) compararon el autoconcepto en dos grupos de escolares chilenos: un grupo con familias con antecedentes de consumo moderado de sustancias psicoactivas, y otro grupo de niños sin dicho antecedente familiar. En este caso, los autores no encontraron diferencias significativas en los valores del autoconcepto de los niños entre ambos grupos.

En Argentina, Richaud de Minzi en una muestra de 1010 niños de entre 8 y 12 años, halló que el vínculo entre padres e hijos caracterizado por la aceptación y el control normal facilita los afrontamientos adaptativos ante situaciones estresantes en los niños. En cambio, las relaciones caracterizadas por el control patológico y la baja aceptación de los padres hacia sus hijos, características del estilo "autoritario" de crianza, se relaciona con afrontamientos desadaptativos (250).

A su vez, Samper, Nácher y Cortés (251) exploraron en una muestra de 782 adolescentes españoles la relación entre conductas prosociales y percepción de pautas de crianza. Los resultados arrojaron que la interacción entre padres e hijos caracterizada por el afecto y el apoyo emocional por

parte de la madre puede ser tomada como un importante predictor de comportamientos prosociales en los adolescentes.

Por su lado, Alonso García y Román Sánchez (252) trabajaron con una muestra de 283 familias españolas con hijos de entre 3 y 5 años. Allí hallaron que la percepción por parte de los niños del estilo parental "equilibrado" - similar al estilo "con autoridad" que posee altos valores tanto en afecto como en control y que se asocia con un mayor nivel de autoestima en los niños. Por el contrario, la percepción de los niños de ser criados bajo el estilo parental "autoritario" se asocia con los niveles más bajos de autoestima, tal como sucede, aunque en menor medida, con los niños que perciben un estilo familiar "permisivo". Para estos autores el estilo educativo familiar funciona como un predictor del autoconcepto de los niños (252,253).

5.2.2 Percepción del Niño en la Crianza

La percepción que tiene el hijo(a) respecto a la responsabilidad de sus padres referente a su crecimiento físico, desarrollo emocional y social; genera un vínculo donde la madre muestra conductas espontáneas de carácter emocional (gestos, tonos de voz, sentimientos); prácticas que permitan la socialización del niño(a) y el fomento de un sistema de valores y creencias; que desarrollen efectos positivos en el funcionamiento adaptativo y estabilidad psicológica (306). La percepción del niño(a) sobre la crianza parental recibida, modelará su actitud y condicionará sus estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo y/o protección. La crianza parental, como ya se ha mencionado, se construye de las dimensiones de rechazo, aceptación o calidez emocional, sobreprotección o control y favoritismo que proporcionan los padres a sus hijos (254).

En los estudios sobre crianza en el ámbito familiar se ha dado tradicionalmente más atención y énfasis a las conductas y creencias de los padres. Sin embargo, actualmente, se tiende a ver al hijo(a) más como un protagonista activo y no como mero receptor pasivo en el proceso de crianza, por lo que es importante conocer y analizar su comprensión, codificación e interpretación de los mensajes parentales (255).

Por lo que, numerosos autores subrayan la importancia que la percepción de los hijos tiene sobre los hábitos de crianza de sus padres (256, 257). La información obtenida por los hijos, se ha mostrado no sólo fiable, sino también más coherente que la brindada por sus padres en relación con otras fuentes (258) y con diversos constructos de ajuste emocional en el niño(a) (por ejemplo,

rendimiento escolar, sintomatología depresiva, problemas exteriorizados). Más aún, Gaylord, Kitzmann y Coleman (259) encontraron que la información suministrada por los hijos sobre la crianza de los padres posee una mayor validez predictiva sobre el grado de aceptación entre sus iguales, frente a la información aportada por sus padres. La razón que puede explicar esta diferencia es que la información suministrada por los padres parece estar sometida a una mayor deseabilidad social (260).

Por lo tanto, se ha empezado a tomar en cuenta de una manera más sistemática el punto de vista de los hijos, realizándose investigaciones sobre las representaciones que tienen respecto al ambiente familiar, las prácticas de crianza de sus padres y el manejo de conflictos en el hogar. La percepción de los niños sobre la crianza se hace aún más relevante cuando ya han crecido, por lo que empiezan a cuestionar más. Adicionalmente, Martínez y García (261) indican que la crianza tiene un efecto importante en variables como el autoestima y la interiorización de valores en adolescentes.

Son pocos los estudios que se han hecho sobre la percepción de las prácticas de crianza de los hijos. Por ejemplo, Flores y colaboradores (65) elaboraron y aplicaron la *Escala de Percepción de Prácticas de Crianza para Niños* en el Estado de Yucatán en México. El instrumento evalúa la frecuencia con la que los niños perciben que sus padres realizan una serie de actividades diarias de crianza, agrupadas en seis factores: interacción positiva, disciplina positiva, apoyo escolar, afecto positivo, intolerancia emocional y control restrictivo.

Por otra parte, cuando se mide la percepción de adolescentes y jóvenes, es importante señalar que la perspectiva sobre la crianza parental puede variar de acuerdo a factores como el sexo, edad y la estructura familiar. Rodríguez y colaboradores (260) en una investigación en niños y adolescentes españoles hallaron que el sexo medía la percepción, dado que las niñas perciben a sus padres y sus madres más afectuosos, cercanos e implicados, mientras que los niños los consideran más controladores y autoritarios. Los autores también señalan variaciones por la edad y a medida que los hijos se acercan a la adolescencia, disminuye progresivamente la percepción del afecto parental.

5.3 Formas de Evaluación de la Percepción de las Prácticas de Crianza

Para evaluar los estilos y las prácticas parentales se han diseñado instrumentos con diferentes propósitos, para etapas específicas de la niñez y la adolescencia: *Evaluación de la percepción de los adolescentes referente a los estilos de crianza* (254), *Evaluación del control parental en niños de 10-13*

años (262), *Evaluación de los estilos de socialización parental en niños*, y *Evaluación de las prácticas parentales de crianza en niños (EPPPCN)* (62).

Además de los instrumentos que evalúan la percepción de los hijos sobre la crianza que ejercen sus padres con ellos, se tienen instrumentos relacionados con la percepción de los padres sobre los estilos que emplean en la crianza de sus hijos. Entre estos se encuentra la Escala de Autoritarismo en madres con hijos de cero a seis años (263), la Escala de Estilos de Crianza para Madres con hijos de tres a cinco años (264), la Escala para Madres con Hijos de dos a cinco años (265), y la Escala de Tolerancia Parental aplicada a Padres y Madres con Hijos de seis a doce años de edad (266).

Para finalizar, es importante señalar que las relaciones familiares ejercen gran influencia para el niño(a) y que tanto la percepción de la crianza de la madre como del menor son de gran importancia, por lo que a través del desarrollo de su historia afectiva con los demás miembros de su familia, el niño(a) irá formando su identidad, o rasgos de personalidad, o dicho de otra manera; sus patrones fijos de comportamiento.

Capítulo 6. Programas de Prevención de las Prácticas de Crianza Alimentarias

A continuación se dan a conocer los conceptos de promoción de la salud de prevención, psicoeducación; se describen cada uno de los elementos a tomar en cuenta para la optimización de los programas de corte preventivo dirigidos a las prácticas de crianza alimentaria.

6.1 Promoción de la Salud y Prevención

6.1.1 Concepto de Promoción de la Salud

La promoción de la salud es toda aquella acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión del desarrollo humano y hacia el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los determinantes externos del bienestar que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos: empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación, justicia, paz y un ecosistema apto para toda la vida (267).

La primera vez que se usó el término “Promoción de la salud” fue en 1945, cuando Sigerist, definió las cuatro grandes tareas de la medicina, a saber: 1) Promoción de la salud; 2) Prevención de la enfermedad; 3) Restablecimiento del enfermo; y 4) Rehabilitación. El mismo autor opinaba que la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación. Sigerist reconoce además que la promoción de la salud obviamente tiende a prevenir la enfermedad y más aún, la prevención efectiva necesita de medidas especiales de protección, tales como el saneamiento y el control de enfermedades transmisibles, la salud de la madre y el niño y la salud ocupacional. El mismo autor sugiere para la atención médica, “un sistema de salud tanto institucional como de personal médico disponible para todos, responsable de la salud de la gente, preparado, capaz de aconsejar y ayudar en el mantenimiento de la salud, en su restablecimiento cuando la prevención no ha funcionado (267).

La Carta de Ottawa, presentada en 1986 en la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud organizada por la Organización Nacional de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, proclamó una síntesis de los enfoques

orientados tanto a las causas generales como a las específicas, para la promoción de la salud (268). La carta declara que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (267). Se determinó que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (267).

La Carta de Ottawa menciona la necesidad de mejorar las oportunidades para que la gente pueda tomar decisiones sanas respecto a los factores específicos al suministrar información, educación para la salud y el reforzamiento de las propias capacidades. En esta carta se establece que: la política de la promoción de la salud combina diversos enfoques pero complementarios entre sí, los cuales incluyen legislación, medidas fiscales y cambios organizacionales. Se establece en dicho documento que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud, por lo que esta Carta subraya el papel de la acción multisectorial para la promoción de la salud cuando menciona que: los pre-requisitos y los proyectos para la salud no pueden ser asegurados solamente por el sector salud. Para la promoción de la salud es importante la acción coordinada por todos los involucrados: gobierno, sector salud y los otros sectores sociales y económicos, las organizaciones no gubernamentales y las voluntarias, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. La gente de todos los medios sociales está implicada de manera individual, familiar y en comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud (268).

La Carta de Ottawa fue innovadora porque rechazó el enfoque tradicional de la educación en salud, en la cual el público juega un papel pasivo como receptor de los programas educacionales desarrollados por profesionales y especialistas en técnicas de comunicación. En su lugar, la carta clama por un papel activo de la sociedad, para tener un proceso que “al dar información, educación para la salud y reforzar las habilidades para la vida, aumenta las opciones disponibles de la gente para ejercer mayor control sobre su propia salud, sobre sus ambientes y poder tomar decisiones conducentes a la salud”. En la carta se enfatiza que: la gente no puede obtener su pleno potencial de salud, a menos que sea capaz de tomar el control de aquellas cosas que determinan su salud. (267).

Por último, la Carta de Ottawa identifica las siguientes tres estrategias básicas para la promoción de la salud: 1) Abogar por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; 2) Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y 3) Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias: 1) Establecer una política pública saludable; 2) Crear entornos que apoyen la salud; 3) Fortalecer la acción comunitaria para la salud; 4) Desarrollar las habilidades personales; y 5) Reorientar los servicios sanitarios (267).

De acuerdo a la OMS (261) un instrumento tanto de la promoción de la salud, como de la acción preventiva es la educación para la salud; haciendo hincapié en la transmisión de la información, el fomento de la motivación y de las habilidades personales, así como del autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. La prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación activa del individuo.

6.1.2 Concepto y Niveles de Prevención

Los elementos de promoción y prevención a menudo están presentes dentro de los mismos programas y estrategias, involucrando actividades similares y produciendo resultados diferentes pero complementarios. Debido a que tanto la promoción de la salud como la prevención se ocupan principalmente del mejoramiento de la salud y la influencia de sus antecedentes, se deben entender como enfoques conceptualmente distintos pero interrelacionados (269).

En la promoción de la salud, se promueve lo favorable para la salud, en lo individual, familiar, comunitario, institucional, cultural y social y la intervención se puede dar en todos estos aspectos mientras que en la prevención se hace prevención a los riesgos y factores que favorecen la enfermedad de los individuos, comunidades, por ello se debe intervenir en lo individual, familias, comunitario y social, es decir, combatir diversas inequidades (270).

Según la ONU prevención significa “la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las

deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas” (p. 13)(267).

El término prevenir deriva de la palabra latina *praevenire* que significa evitar la presencia de un daño y se utiliza para referirse a las medidas que deben incidir en todos y cada uno de los factores que condicionan la aparición y el mantenimiento de la enfermedad y sobre todo aquellos que sean comunes a gran parte de la población afectada (269). Prevenir significa interrumpir la historia de la enfermedad en cualquiera de sus fases, es decir, anticipar los hechos que tienen posibilidad de ocurrir y adoptar medidas adecuadas para que sean aplicadas a una población definida en un tiempo y lugar determinado. El campo de la prevención, se vincula estrechamente con la "calidad de vida", la lucha por la prevención es la lucha por la calidad de vida, a partir del estilo de vida.

La prevención es una de las estrategias empleadas en las diferentes problemáticas biopsicosociales, entre las que se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria. En general, la prevención intenta abarcar tres objetivos específicos en relación a la reducción de la incidencia, la detección precoz de la problemática y la prevención de las recaídas, haciendo referencia a estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria respectivamente (270).

De acuerdo con el enfoque médico y de salud pública, se consideran tres niveles de prevención y en cada uno las acciones serán diferentes (271):

a) Prevención primaria: está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Los objetivos que se persiguen son promover la salud, evitar enfermedades por medio de la educación para la salud y la prevención específica.

b) Prevención secundaria: sus objetivos consisten en evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez por medio del diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, donde las acciones se dirigen al individuo enfermo.

c) Prevención terciaria: se refiere a la rehabilitación, no sólo en términos físicos, sino también en el área social, de manera que el individuo sea útil a sí mismo y a la sociedad.

Por su parte, la OMS (267) considera que la prevención de la enfermedad abarca medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de una enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también se avoca a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Así, la prevención primaria se dirigirá a evitar la aparición inicial de una enfermedad, la

prevención secundaria y terciaria se abocarán a detener o retardar la enfermedad ya presente, así como sus efectos, a través de la detección temprana y la administración de un tratamiento adecuado con el propósito de evitar el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. En ocasiones, suele confundirse el término prevención con el de promoción de la salud. Entonces, en este contexto; cabe señalar, que la prevención es la acción que surge del sector sanitario y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables, los cuales suelen estar frecuentemente asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

Asimismo, la prevención primaria puede comenzar incluso antes de que una persona nazca debido a que es posible estimar el riesgo de enfermedades con causas genéticas. Existen dos aproximaciones prometedoras en el campo de la prevención primaria. La primera se refiere a la incorporación de los médicos en la promoción de la salud a través de proporcionar orientación a sus pacientes. La segunda se refiere a ayudar a la gente a reconocer la necesidad de mejorar su salud a través de la aplicación de cuestionarios que evalúen los factores de riesgo de distintos trastornos (273).

Por otro lado, se ha examinado las intervenciones universales, selectivas e indicadas y se ha propuesto estrategias efectivas para que los diseñadores de políticas, funcionarios del gobierno y médicos las puedan implementar en todos los países y regiones (273).

En este sentido la prevención universal se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo. La prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social; y por último la prevención indicada se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental (273).

6.1.3 Importancia de la Prevención

Las intervenciones cuya eficacia ha sido mayor tienen metodología interactiva, empleando la reflexión, actividades participativas, autoevaluaciones y la inclusión de los progenitores y adultos que se relacionan con los participantes, así como estrategias de prevención en el hogar y la escuela (267).

Los programas de prevención llevados a cabo en la etapa escolar elemental pueden ser una buena oportunidad para disminuir la incidencia de trastornos alimentarios. Los objetivos de los programas deben dirigirse de manera individual, en particular con aquellos aspectos relacionados con la imagen corporal y el control del peso. Por otra parte, los programas pueden dirigirse hacia la reducción de los factores de riesgo detectados y disminuir su probabilidad, lo cual desembocará en una disminución de riesgo de padecer un trastorno relacionado con la nutrición, así como en la promoción de factores de protección que permitan a los niños tener herramientas de afrontamiento y manejo de situaciones. Asimismo, en la prevención primaria que se lleva a cabo en la educación elemental deben considerarse ciertos aspectos que son determinantes en la formación de la identidad en la adolescencia, tal es el caso de la autoestima, el autoconcepto y las estructuras cognoscitivas (274).

Además, la prevención puede centrarse en personas o grupos que han estado o están en riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, con intervenciones prolongadas en el tiempo, en donde la escuela es considerada como un poderoso campo de socialización, debido al intercambio de influencias culturales entre niños(as) y adolescentes. Para maximizar los alcances de la prevención, se hace énfasis en la colaboración conjunta de profesionales de la salud y docentes o consejeros psicológicos de las escuelas (272).

Es importante la intervención temprana con niños(as) y preadolescentes, debido a que las conductas alimentarias alteradas (la restricción alimentaria, las conductas compensatorias y el atracón) pueden provocar efectos potencialmente irreversibles en el crecimiento, así como el desarrollo físico y psicológico de quienes las presentan (275).

6.1.4 Concepto de Psicoeducación en la Salud

Se ha señalado que la psicoeducación se encarga de proporcionar información sistemática respecto a la etiología de una enfermedad a fin de que se obtenga, por parte de los participantes,

conocimientos necesarios y formas de tratamiento de dicha enfermedad. Esta aproximación proporciona una estructura conceptual sobre la que se trabaja y puede incorporar elementos de la teoría cognitivo-conductual y de la aproximación centrada en la tarea (276).

Las intervenciones psicoeducativas que tienen como propósito la prevención deben ser intensas tanto en frecuencia como duración. El contenido debe ser acorde con el escenario, las necesidades y la motivación de los asistentes, así como de los objetivos del mismo. Los componentes de las intervenciones psicoeducativas (277). El desarrollo de intervenciones de tipo psicoeducativo está basado en la idea que las personas necesitan información para lidiar con su enfermedad. Se distingue de otro tipo de estrategias en que se enfoca fundamentalmente en esto (278).

Cunningham, Carroll, Fattah, Clyde, Coffey y Johnstone (279) señalan que la psicoeducación tiene los siguientes objetivos: mejorar la comprensión de los individuos respecto a la necesidad de eliminar riesgos, seguir tratamientos en caso de enfermedad y procurar su salud. Existen intervenciones psicoeducativas realizadas en distintas áreas de la salud, que combinan proveer información con objetivos dirigidos al trabajo con componentes emocionales asociados, lo cual parece ser más efectivo que el sólo hecho de administrar información (276).

Rocco, Ciano y Balestrieri (280) sugieren que la psicoeducación produce resultados favorables al proporcionar un mejor conocimiento de los trastornos alimentarios a las mujeres en riesgo, al tiempo que vaya acompañada de un espacio que permita a las participantes expresar sus emociones y miedos característicos de esta etapa.

6.2 Elementos de Intervención Preventiva

Se han investigado varios moderadores potenciales de los efectos de diferentes intervenciones que han sido seleccionados con base a la teoría, hallazgos anteriores, y la experiencia clínica (281). Esta información puede aumentar el rendimiento diversas intervenciones preventivas mediante la identificación de las condiciones en que se producen los efectos de una prevención óptima. En este sentido, los siguientes componentes asociados a un programas de prevención son muy importantes, tales como: nivel de riesgo de los participantes, sexo, edad, formato de las intervenciones: didácticas o psicoeducativas e interactivas; número y duración de sesiones, contenido de las sesiones, así como el lugar en el que se realiza la intervención: hogar, escuela o comunidad y la persona que lo imparte.

6.2.1 Nivel de riesgo de los participantes

Existe evidencia de que los programas de prevención universal que se dirigen a toda la población producen efectos más pequeños que las intervenciones orientadas sólo a los que están en alto riesgo de patología alimentaria. Varios programas de prevención de trastornos alimentarios que han sido desarrollados han sido más eficaces para los participantes de alto riesgo que para los participantes universales. Los individuos de alto riesgo pueden estar más motivados para participar en los programas de prevención, lo que puede dar lugar a mayores beneficios. Además, los individuos de bajo riesgo pueden tener menos espacio para la mejora en los resultados (282).

6.2.2 Sexo de los participantes

Las mujeres tienen un riesgo mucho mayor para la patología alimentaria que los varones. Por lo tanto, podría esperarse que las mujeres están más propensas a participar en programas de prevención que los hombres. La baja tasa base de patología alimentaria en los hombres también puede producir un efecto de suelo que hace que sea difícil de observar los efectos de intervención (282).

6.2.3 Edad de los Participantes en las Intervenciones

Se ha sugerido dirigir la prevención en los niños(as) 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 (283).

Teniendo en cuenta que las intervenciones en la edad preescolar generalmente son más rentable que las intervenciones que las realizadas en la edad escolar o con los adultos (283) los programas de intervención en los primeros años de vida podrían ser mucho más prometedores. Sin embargo, en un meta análisis revisado, son pocas las intervenciones dirigidas a bebés y niños(as) en edad preescolar que se han desarrollado y evaluado; asimismo, no hay programas centrándose en los bebés y son solo 6 los programas de prevención centrado en los niños(as) preescolares que se citan en una revisión reciente. Así, enfoques de prevención primaria de la obesidad infantil deben ampliarse más allá de las escuelas para explorar una gama más amplia de contextos influyentes y ajustes e incluir períodos antes y después del desarrollo de las intervenciones (6).

Por ejemplo, la pre adolescencia es un tiempo cuando mantener un peso saludable puede convertirse en un desafío en respuesta a los cambios de estilo de vida asociado a entrar a un periodo de transición. En este sentido, se ha propuesto que los programas impartidos a niños(as) de 10 y 11 años, que cursan los últimos grados de educación básica (284), pueden tener un impacto positivo, ya que se dirigen a una población asintomática, de tal forma que se enfoquen en aumentar la resiliencia, más que en reducir las actitudes y conductas de riesgo que pudieran estar presentes (285).

Se ha señalado que las intervenciones pueden ser más efectivas cuando se dirigen a participantes de menor edad, quienes tienen una imagen corporal más positiva y presentan poca evidencia de dietas restrictivas ya que pocos niños han iniciado la transición a la adolescencia temprana, que es el periodo de alto riesgo para el desarrollo de una imagen corporal negativa y conductas alimentarias de riesgo (286).

6.2.4 Formato de las Intervenciones

De acuerdo con el formato de presentación, los programas de prevención han sido clasificados en dos grandes categorías: a) Programas didácticos, que consisten en presentar información a los participantes utilizando el método expositivo; y, b) Programas interactivos, con actividades de discusión, descubrimiento guiado y técnicas cognitivas (287, 288).

Programas Didácticos o Psicoeducativos

Los primeros programas de prevención aparecieron en la década de los noventa (276-280) emplearon una aproximación didáctica (psicoeducativa), la cual consiste en proporcionar información para aumentar los conocimientos e interrumpir el inicio de las conductas alimentarias desadaptativas (280).

En una revisión, se encontró que en 43 estudios utilizaron el enfoque psicoeducativo para impartir un programa, con población universal o selectiva, y se aplicaron en la mayoría de los casos con mujeres. Estos programas abordaron temas similares, tales como: a) Información sobre TCA, b) Peso, nutrición y ejercicio saludable, c) Autoestima, d) Resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez, e) Idealización de la delgadez, y f) Cambios en la adolescencia (285).

Se ha comparado la eficacia de boletines semanales y un folleto en el inicio de una intervención; encontrando que no hubo cambios positivos en la conducta; sin embargo, la misma información presentada en los boletines durante doce semanas sí se asoció con menos presión para comer por parte de los padres. Esto sugiere que la manera de presentar la información a los destinatarios es importante, en este caso, los padres pueden ser más propensos a leer un boletín que está pegado en el refrigerador, que la información de un folleto que puede ser desechado (285).

En general, investigaciones sobre la efectividad de los folletos para la promoción de prácticas saludables de alimentación en niños(as) es relativamente escasa. Así, los beneficios reales de estos siguen siendo en gran parte desconocidos. Más bien, folletos proporcionados junto con el refuerzo verbal y adaptado a los destinatarios, tienen más probabilidades de ser eficaces (285).

En este sentido Neumark-Sztainer y colaboradores (286) han sugerido que los investigadores implementen ellos mismos los programas para asegurarse de su correcta aplicación antes de hacer pruebas en el contexto natural, es decir, antes que sean implementados por los profesores o de su diseminación a gran escala (varias escuelas).

Programas Interactivos

En lugar de recibir información pasivamente (contenido impartido didácticamente), una aproximación participativa, con un formato más experiencial que requiere mayor involucramiento de los participantes en el programa, podría conducirlos a aplicar las habilidades aprendidas y provocar un cambio más allá de los conocimientos (282).

En un meta-análisis revisado, las intervenciones fueron más efectivas cuando los participantes recibieron el programa en una modalidad (interactiva o didáctica) que cuando recibieron sesiones en varias modalidades (interactivas y didácticas) al mismo tiempo. Esto es consistente con resultados de otros meta-análisis de intervenciones con padres y niños(as). Esto puede deberse a que cuando los padres reciben más de una modalidad de intervención (es decir, programas interactivos y programas educativos), la información se vuelve demasiado compleja y difusa, por lo tanto, menos entendible en comparación con la información proporcionada a través de un modo único de intervención (283).

Una intervención “*Fun with Food*” cuyo objetivo fue preventivo (abordar la alimentación y la comida); la intervención consistió en cuatro sesiones semanales, de una hora y cincuenta minutos de

duración, con un seguimiento de un mes más adelante. El formato de cada sesión consistía en grupos de discusión, interacción práctica con alimentos, y retos semanales para hacer frente a comportamientos específicos (e. g. rabietas y resistencia alrededor del alimento o del bocado). Sólo doce familias completaron las medidas en todos los puntos de tiempo. Sin embargo la tendencia de esta pequeña muestra mostró una reducción en los problemas y la preocupación de los padres (285).

Los investigadores afirman que la flexibilidad de los temas a discutir permitió obtener información adaptada directamente a la familia y sus problemas, además la configuración del grupo ayudó a reducir la ansiedad de los padres escuchando las dificultades de alimentación de otros miembros del grupo (285).

El objetivo principal de éste y otros programas realizados por los investigadores es aumentar el conocimiento de los padres y comprensión del niño(a) sobre la alimentación a fin de reducir problemas alimentarios y aumentar las prácticas de alimentación saludables. Las sesiones educativas de esta naturaleza se realizan a menudo por razones económicas, de tiempo, dinero y recursos. Además la configuración del grupo puede ser ventajosa a través del apoyo psicológico y emocional adicional que se ofrece. (285).

6.2.5 Número y duración de las Sesiones

Los investigadores (282) han concluido que las intervenciones de una sola sesión de prevención de TCA, por lo general de una hora de duración, son insuficientes para producir un cambio de actitud y de comportamiento duradero a través del tiempo. Ahora bien, las intervenciones multisesión pueden permitir a los participantes reflexionar sobre el material del programa entre las sesiones, lo que maximiza la internalización de los participantes del programa. Además, las intervenciones multisesión también dan a los participantes la oportunidad de probar nuevas habilidades y luego volver al grupo a seguir desarrollando y retroalimentándose para solucionar problemas (282).

6.2.6 Contenido de las Intervenciones

El contenido de la intervención también puede influir en los efectos del programa. Las intervenciones que se dirigen a factores de riesgo para la patología alimentaria pueden ser más efectivas que los que se centran en los factores de riesgo no establecidos. De manera más general,

estudios previos sugieren que el contenido psicoeducativo es ineficaz en producir un cambio de comportamiento (289).

6.2.7 Teorías en que se basan las Intervenciones

Aprendizaje Social de Bandura

La Teoría del Aprendizaje Social destaca la idea de que buena parte del aprendizaje humano se da en el medio social. Al observar a los otros, la gente adquiere conocimientos, reglas habilidades estrategias, creencias y actitudes. También aprende acerca de la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos fijándose en modelos y en las consecuencias de su proceder, y actúa de acuerdo con lo que cree que debe esperar como resultado de sus actos. En esta Teoría el principio de "determinismo recíproco" postula que el comportamiento, incluyendo la conducta alimentaria, es el resultado de factores ambientales y personales, y, a su vez afecta a estos factores en las relaciones recíprocas constantes (290).

Basado en estos postulados, se realizó un programa educativo nutricional con madres de familia de niños(as) de primaria contribuyendo de este modo a la promoción de una cultura alimentaria orientada al desarrollo integral de los escolares que tuvo como objetivo general establecer si la aplicación del programa influía en el nivel cognitivo y las prácticas nutricionales de las madres. La intervención permitió a las madres superar hábitos alimentarios incorrectos, informando en los resultados, el aumento de una alimentación rica en nutrientes esenciales y en cantidades (291).

Por otro lado, Horodynski y colaboradores publicaron dos estudios (292, 293) en los que informaron los resultados de un programa realizado con familias de escasos recursos, cuyo objetivo era prevenir la obesidad. El programa consistió en sesiones de educación en grupo para que los padres se centraran en el conocimiento y la adquisición de habilidades sobre alimentación y nutrición. La intervención consistía de tres sesiones de educación grupal de 90 minutos. A los seis meses de seguimiento se observó en los resultados que no hubo diferencias significativas entre los grupos de intervención y control en los conocimientos, actitudes o prácticas alimentarias y la dieta del niño. En un segundo estudio realizado por los investigadores, se agregó una sesión grupal (cuatro en total) y visitas a domicilio por un educador especializado, sin embargo esto no tuvo impacto en los comportamientos de los padres.

Enfoque Cognitivo-Conductual

La Teoría Cognitivo Conductual pone el acento en “lo que se debería cambiar” y “cómo se puede hacer”. La tarea consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, pensamientos y sentimientos así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas que puedan ponerse en práctica en su vida diaria (294).

Cuando el paciente está en las primeras fases del tratamiento cognitivo conductual, los hábitos de alimentación inadecuados todavía permanecen sin modificar, hasta que un mejor control de la comida esté activado y por ello permite observar la forma en que canaliza habitualmente sus afecto. Con frecuencia, la persona no tiene conciencia de estas dificultades. El tratamiento de la imagen corporal, la autoestima, impulsividad, demandas afectivas, estilos del resolver problemas son algunos componentes de intervención (294).

Ahora bien, las intervenciones basadas en la familia que enfatizan la razón y metas coordinadas para la madre e hijo e incorporan refuerzos positivos y habilidades para facilitar cambios de conducta y aumento en solución de problemas tienen más probabilidades de tener éxito (295).

Un estudio cuyo objetivo fue comparar la eficacia de un enfoque basado en la familia para el tratamiento de la obesidad infantil, en el que se comparó a los padres como agentes exclusivos de cambio, con el método convencional, en el que los niños sirvieron como agentes de cambio; la intervención duró un año. Participaron sesenta niños obesos de seis a once años de edad y se asignaron al azar al grupo experimental (padres como agentes de cambio) o control (niños como agentes de cambio). Las sesiones tuvieron una hora de duración, fueron 14 sesiones para los padres en el grupo experimental y 30 sesiones para los niños en el grupo de control. En los resultados se observó que hubo mejores resultados en el grupo con padres como agentes exclusivos de cambio (296).

Teoría de la Disonancia Cognitiva

Esta Teoría se refiere a la incongruencia interna que se produce en las ideas y actitudes de una persona (cogniciones) por lo cual esta se ve obligada a buscar la forma de que encajen entre sí, reconstruyendo la coherencia interna (297).

En este sentido, se comparó la eficacia de dos programas preventivos de factores de riesgo de TCA, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognitiva (TDC) otro con formato psicoeducativo. El diseño fue experimental y longitudinal, para lo cual se formaron tres grupos: 1) intervención de disonancia cognitiva, 2) intervención psicoeducativa y 3) grupo de espera, a los cuales se les aplicó un pre-test, una intervención y un pos-test. Los resultados, indicaron que, al término de las intervenciones, las participantes tanto del grupo de intervención basado en la TDC como aquellas del grupo de prevención psicoeducativa redujeron los niveles de factores de riesgo. Sin embargo los datos del seguimiento de un año señalaron que las participantes del grupo disonante fueron las únicas en mantener niveles sin riesgo en las variables relacionadas con la imagen corporal. En conclusión la prevención basada en la TDC es eficaz en la reducción y/o eliminación de factores de riesgo relacionados con la imagen corporal y contribuye a la prevención de los TCA (297).

6.2.8 Lugar en el que se imparte la intervención

Se realizó una revisión sistemática de la literatura para examinar la eficacia de intervenciones para prevenir la obesidad y mejorar conductas relacionadas con prácticas alimentarias en niños de cero a cinco años de familias con desventajas socioeconómicas. Los hallazgos de las investigaciones realizadas sobre este eje son modestos pero prometedores. Se requiere promover estudios de alta calidad con seguimiento a largo plazo. A continuación se describen algunos estudios realizados en el hogar, en escuelas y en la comunidad (298).

Programas de Prevención en el Hogar

Para los programas de prevención realizados en el hogar, se encontraron un total de doce estudios; que tuvieron el objetivo principal de prevenir la obesidad, cuatro se centraron en las prácticas de alimentación de los padres y cuatro en la dieta infantil, así como en las prácticas de crianza alimentarias; con dos excepciones (299). Las intervenciones consistieron en dar apoyo en la lactancia materna, cambios en las prácticas de salud pública y cambios de política de salud (e.g. la sustitución de las bebidas azucaradas con agua a eventos en los que estaban presentes los niños).

Además, las intervenciones se centraron en que las madres dieran el ejemplo de comportamientos saludables, enseñar prácticas de alimentación y habilidades generales de crianza para establecer las reglas y rutinas alrededor de la comida y la actividad física. Las intervenciones

fueron eficaces para mejorar las prácticas de alimentación de los padres (e.g; menor uso de la alimentación restrictiva).

La mayoría de estos estudios (n = 7) fueron visitas intensivas a casa realizadas antes del parto (300), el nacimiento del niño (301, 302) o a principios de la infancia, realizando de ocho a doce visitas domiciliarias entre los doce a 24 meses de vida del niño. Algunos de estos estudios (n= 5) fueron realizados por trabajadores entrenados y voluntarios capacitados para dirigir la intervención; y sólo dos estudios usaron profesionales de la salud; cabe señalar que en ambos casos se obtuvieron resultados similares. Todos estos estudios fueron evaluados de acuerdo a la calidad (moderada a alta).

Programas de Prevención en Escuelas

Se encontraron siete estudios realizados en el ambiente preescolar, todos los cuales tenían el objetivo primordial de prevenir la obesidad. Se realizaron dos estudios en Europa y cinco en EE.UU. Los resultados de estos estudios dependen del formato de la intervención, el contexto y poblaciones estudiadas (298).

El estudio “*Ballabeina*” en Suiza, realizado con padres y preescolares que incluía educación física en el aula, cambios en el entorno preescolar y el componente de los padres consistió en sesiones de discusión; la intervención encontró efectos sobre la alimentación, actividad física y el IMC. A pesar de no haber estado diseñado para subgrupos de análisis el estudio reveló que los hijos de padres con bajos niveles de educación se beneficiaron menos de la intervención que aquellos niños de padres con mayores niveles de educación. Las diferencias entre los grupos de alta y baja educación no alcanzaron significación estadística (303).

El estudio “*The Hip Hop To Health Jr Intervention*” (304-307) fue una intervención educativa de 40 minutos en preescolares y sus padres (20 minutos de actividad física y 20 minutos de lecciones que se centraban en mensajes de nutrición) llevado a cabo tres veces por semana durante 14 semanas, con boletines y tareas para los padres que recibían un pequeño incentivo monetario. La intervención tuvo un impacto positivo sobre el IMC entre niños de color en edad preescolar al primer y segundo año de seguimiento (304). Cuando se utilizó a los maestros para ofrecer la intervención también mostró un impacto positivo a corto plazo (a las 14 semanas) en la actividad física y el comportamiento sedentario, pero no en la dieta o IMC entre los niños. Curiosamente, cuando la intervención fue

impartida a niños Latinos ésta no fue eficaz y los autores postularon que el componente de los padres pudo no haber sido lo suficientemente intenso para ésta muestra (305).

Fitzgibbon y sus colegas pilotearon *"Hip Hop to Health"* para familias latinas, este estudio también tuvo como objetivo principal la prevención de la obesidad. El programa consistió en la Intervención standard *"Hip Hop"* combinada con un componente más intensivo para los padres que constaba de seis sesiones de grupo de padres de 90 minutos de educación y actividad física. Ahora bien, la asistencia a las sesiones de los padres fue baja (sólo el 38% de padres asistieron al menos una sesión) y la intervención no tuvo impacto en la dieta del niño, la actividad física, comportamiento sedentario o IMC a un año en comparación con la intervención general de salud (306).

Por otro lado, el estudio *"Healthy and Ready to Learn"* (308) cuyo objetivo fue la la prevención de la obesidad y la preparación escolar, fue llevado a cabo con niños Latinos en edad preescolar y sus padres; la intervención consistió en un programa intensivo de seis meses con actividades para los niños(as) para desarrollar en el aula y en casa, así como sesiones de entrenamiento mensuales para los padres y 20 horas de formación para profesores. Se trataba de integrar la nutrición y mensajes de actividad física con actividades que promovían la alfabetización y el desarrollo motor grueso. El componente parental consistía en motivar a los padres a involucrarse en la salud de sus hijos promoviendo comportamientos saludables y modelando actividades sanas en el hogar. Los resultados mostraron un impacto positivo en la actividad física y el desarrollo del lenguaje pero no el IMC de los niños a los seis meses de seguimiento (308).

Los estudios anteriormente mencionados sugieren que la participación de los padres en las intervenciones de niños en edad preescolar son fundamentales para su éxito y que la capacidad para atraerlos a participar puede diferir en grupo cultural o ser influenciados por la adecuación cultural del programa (298).

Programas de Prevención basados en la Comunidad

Siete estudios basados en la comunidad se incluyeron en la revisión. Cuatro de estos estudios (292, 293,309, 310) fueron realizados en el Reino Unido con fondos federales para la promoción de la salud y la educación para familias de bajos recursos y tres estudios en Estados Unidos (311-313) se centraron en familias latinas con niños en edad preescolar (298).

Otros dos estudios basados en la comunidad, realizados con familias de bajos ingresos con niños en edad preescolar por Davison y colegas (309) a través del programa *Head Start* cuyo objetivo era mejorar el conocimiento de los padres en cuanto a la alimentación de sus hijos además de las habilidades en las redes sociales, la resolución de conflictos, habilidades de comunicación y la capacitación para acceder a los recursos locales. Se utilizó la investigación participativa basada en la comunidad para involucrar a los padres. La intervención incluyó cartas a los padres que informaron el IMC de su hijo, una campaña de comunicación para la salud, consejos de nutrición integrados a través de eventos en la comunidad, sesiones seis veces por semana de dos horas para los padres en conjunto con actividades recreativas niño. Este programa en sus resultados mostró efectos positivos.

Asimismo, se realizaron tres estudios (311-313) entre familias latinas con niños en edad preescolar, cuyo objetivo fue prevenir la obesidad; en estos estudios todas las sesiones fueron de educación grupal para los padres. Las características comunes de las sesiones fue que se enfocaron en el desarrollo de habilidades (e.g., la cocina, y la crianza de los hijos), estrategias de cambio de comportamiento (incluyendo la fijación de objetivos y actividades de autocontrol), construcción de redes sociales y el acceso a recursos de la comunidad local. En sus resultados, los programas tuvieron gran éxito con los padres como se evidencia en las altas tasas de asistencia a las sesiones grupales, además de que tuvieron un impacto positivo en el IMC a los tres meses de seguimiento

Se puede observar que se debe hacer un mayor énfasis en actividades de prevención y promoción de salud como: promoción de lactancia materna, monitoreo del crecimiento infantil, promoción de alimentos saludables, limitación de tiempo en la televisión, atención infantil que promueva una nutrición saludable y actividad física en los niños.

6.2.9 Persona que imparte la Intervención

Se ha sugerido que los programas de prevención son más eficaces cuando son impartidos por personas conocedoras y especializadas esto en comparación maestros u otros proveedores que trabajan en el entorno escolar. Teóricamente, los maestros no están capacitados para dedicar tanto tiempo al programa como las personas que ya se capacitaron previamente para impartir el programa debido a que los primeros tienen otras responsabilidades (e.g. la enseñanza) (282).

Los intervencionistas dedicados también suelen ser capaces de proporcionar una intervención varias veces por año escolar, lo que permite desarrollar y refinar las estrategias de presentación,

mientras que los maestros normalmente podrían ofrecer la intervención sólo una vez al año. Además, los maestros rara vez reciben la cantidad de formación especializada y supervisión detallada que se proporciona al personal capacitado para la intervención (psicólogo o nutriólogo) (282).

6.2.10 Efectos de las Intervenciones

Epstein, Paluch, Gordy y Dorn (314) una intervención cuya finalidad era reducir el IMC de los niños e incrementar el ritmo de actividad física. Participaron 90 niños de ocho a doce años que presentaban sobrepeso y sus padres.

Las sesiones se realizaron con auto monitoreos, reforzamientos sociales y entrenamiento en solución de problemas, además de incluirse las prácticas de crianza. El programa tuvo una duración de 16 semanas, y un seguimiento de dos años con resultados efectivos

De igual forma, Goldfield, Epstein, Kilanowski, Paluch y Kogut-Bossler (315) realizaron un programa de intervención con 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, se obtuvieron resultados efectivos debido a que el sobrepeso disminuyó de una manera significativa.

Así mismo, Levine, Ringham, Kalarchian, Wisnieswski y Marcus (316) 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 auto monitoreo. 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.

Burrows, Wallen y Collins (317) realizaron un programa de intervención con N= 159 niños con obesidad y sus familias cuyo objetivo fue explorar tres tratamientos sobre prácticas alimentarias. La intervención tuvo con un seguimiento a los seis meses, al año y a los dos años del programa. El rango de edad de los niños fue de entre cinco y siete años, quienes fueron puestos al azar en uno de los siguientes tratamientos: modificación programada de dieta, desarrollo de habilidades en actividad física o la combinación de los anteriores. Los tres grupos fueron intervenidos. Los padres contestaron el *Cuestionario de Actitudes y Prácticas de los Padres hacia la Alimentación Infantil*. En los resultados obtenidos hubo una disminución significativa del Factor "Presión para comer" de la escala aplicada a

los padres en los tres grupos a los dos años de seguimiento. El factor de “Restricción” disminuyó solamente en el grupo de dieta programada.

Skouteris, McCabe, Swimburn y Hill (318) realizaron un programa cuyo objetivo era la prevención de la obesidad llamado “MEND” (Mind Exercise Nutrition Do It). Este estudio se llevó a cabo con N=200 padres y sus hijos de dos a cuatro años de edad en Victoria, Australia. La intervención consistió en diez talleres grupales (uno por semana) de 90 minutos. Estos talleres se centraron en la nutrición en general, así como la actividad física y comportamientos saludables. Los talleres se realizaron en centros de salud materno-infantil de la comunidad dirigidos por un líder capacitado en el programa. A partir de los resultados positivos encontrados en hábitos alimentarios, la actividad física y los comportamientos de los padres el programa de intervención se implementará de manera nacional en Australia.

Una vez que se ha considerado de manera importante los conceptos sobre el estado de nutrición del escolar así como de los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales que juegan no solo para el entendimiento del escolar y su interacción con la madre y la alimentación además de todas las interacciones que se dan y que ejercen gran influencia en el comportamiento alimentario de la diada madre-hijo(a) y las prácticas de crianza alimentarias, se describe a continuación la propuesta de modelo de prevención y el planteamiento de la problemática estudiada en esta investigación.

6.3 Propuesta de Modelo de Prevención Prácticas de Crianza Alimentarias en Diadas Madre-hijo

De acuerdo con San Martín (319), la salud y la enfermedad son dos grados extremos en la variación biológica, entre estos existen estados intermedios que tienen que ver con el éxito o fracaso del sujeto para adaptarse a las condiciones ambientales. Con base en este proceso, en el presente modelo se ubicarán las variables de estudio y se explicará su función en los distintos procesos preventivos. El nivel de riesgo determina las medidas de prevención a seguir, motivo por el cual en la presente investigación se propuso implementar un programa de prevención basado en técnicas psicoeducativas, con el propósito de mejorar y/o modificar prácticas de crianza alimentarias en diadas madre-hijo en escolares.

La propuesta de modelo sobre prácticas de crianza y comportamiento alimentario en diadas madre-hijo en escolares, enfatiza primeramente que la diada está inmersa dentro de un ambiente biopsicosocial de la alimentación que incluye diversos cambios como el cuidado de la salud, el nivel

socioeconómico, cultura, la influencia de los medios de comunicación entre otros; ahora bien, la madre, quien es parte clave en el desarrollo y crianza del niño y además, quien es pieza fundamental en este contexto alimentario, es quien influye de forma importante en su hijo (a), a través de sus prácticas de crianza alimentarias que pueden ser saludables o no saludables, ella a su vez se ve influenciada por todo el contexto sociocultural y por sus propias prácticas de crianza, además existe una percepción de las prácticas de crianza tanto de la madre como del hijo(a); en este sentido, las interacciones que se generan intervienen en el comportamiento alimentario de la diada (e. g. estado nutricional, IMC).

Dado lo anterior, se propone un cambio cognitivo conductual teniendo como eje el concepto de “Relaciones Saludables en Familia” por medio de técnicas psicoeducativas que abordan temas como el conocerse mejor en familia desde lo emocional, biológico y social, promover una mejor calidad de vida a partir de una dieta y alimentación saludable, la enseñanza de prácticas alimentarias favorables y su diferenciación de las no saludables, además de reconocer prácticas de crianza en casa, a través de estrategias conductuales abordando las temáticas complementarias como autoestima, autoeficacia para el control de peso, imagen corporal y estrategias parentales para la crianza.

Modelo de Prevención

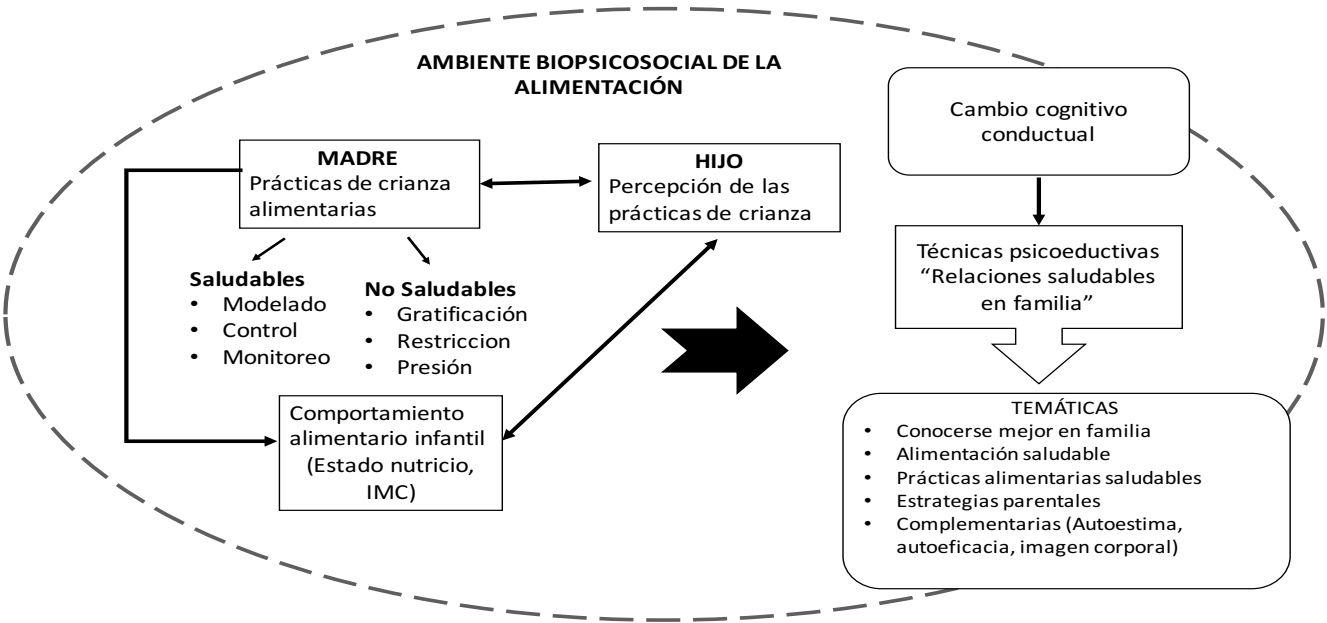


Figura 2. Propuesta de Modelo sobre Prácticas de crianza y comportamiento alimentario en diadas madre-hijo

III. JUSTIFICACIÓN

En México, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en edad adulta es del 73% para las mujeres y 69.4% para los hombres; en edad escolar aproximadamente el 34.4% de los niños (ambos sexos) presentan una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad. Por su parte la prevalencia nacional de desnutrición en niños en edad escolar es de 10.1%, sin diferencias por sexo (71). En el Estado de Hidalgo, del total de la población escolar de educación primaria la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 28% para ambos sexos, siendo los hombres con un 30.5% quienes más la presentan a comparación de las mujeres que alcanzan un 26.5%. Sin embargo, a pesar de los datos antes mencionados la desnutrición sigue presente, tanto que el 7.9% de los estudiantes de primaria del estado la padece (320).

Es importante mencionar que ambos problemas son el resultado directo de diferentes aspectos biopsicosociales, como lo son una dieta inadecuada, en cantidad o calidad, del efecto acumulativo de episodios repetidos de enfermedades infecciosas o de otros padecimientos, de servicios de salud deficientes, saneamiento ambiental inadecuado y prácticas inapropiadas de cuidado en el hogar (19).

Ahora bien, la familia juega un rol preponderante en la forma en que los niños se alimentan, en sus preferencias y rechazos hacia determinados alimentos. Por lo que durante el desarrollo infantil, las conductas de los padres son las que más influyen en la adquisición de nuevas experiencias en el niño; a pesar de que establece relaciones sociales en diversos entornos la unidad básica de análisis para comprender su desarrollo se establece en la diada madre-hijo(a) (38).

La manera en que las madres deciden cómo alimentar a sus hijos depende en gran medida de sus actitudes hacia el propio cuerpo, el peso corporal y la alimentación, y de ello también depende el tipo de control alimentario que ejercen sobre sus hijos (321-324). Además, la influencia de la madre, en la alimentación de los niños es crucial debido a la transmisión de creencias familiares y culturales, hábitos de consumo y la crianza durante los primeros años de vida, que es vital para el desarrollo de las preferencias alimentarias por ciertos sabores y la capacidad de autorregular la ingesta (325).

Por lo tanto, en el problema de la desnutrición y obesidad infantil las prácticas de crianza cumplen un papel importante. Si bien es cierto que es complicado anteponer juicios respecto a la efectividad de cada práctica de crianza, no se puede dejar de señalar la posibilidad de que algunos patrones de cuidado sean poco adecuados como condición de desarrollo, por lo que a través de

prácticas de crianza sensibles y de calidad, podría asegurarse la correcta alimentación del niño para prevenir problemas de alimentación y, en el caso de haberlos padecido, poderlos revertir o minimizar las consecuencias negativas sobre el desarrollo psicológico y nutricional (326).

En este sentido, existen diversos estudios (216,261,327, 328) que indican que es fundamental que los padres y especialmente la madre, accedan a información relevante sobre una alimentación equilibrada o saludable a través de programas de promoción de salud, ya que ella juega un papel esencial en el tipo de cuidados (educación, salud, nutrientes) que el niño recibirá. Aunado a lo anterior, se sabe que las madres y los niños(as) 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 del país están viviendo y en especial del estado de Hidalgo (329).

Asimismo, la prevención primaria de la desnutrición y la obesidad ha recibido mucha atención en los últimos diez años. Los programas de prevención típicamente se han enfocado a reducir la preocupación por el cuerpo y las prácticas de conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes, usando presentaciones didácticas e interactivas en los salones de clase. Globalmente, los hallazgos de estos estudios han sido mixtos(330); mientras que las intervenciones más recientes lograron mejores resultados que los estudios tempranos, los cambios han sido pequeños y en pocas ocasiones se han mantenido en el seguimiento. Se han planteado ciertas críticas a estos estudios. Primero, muchos programas no tienen grupo control o seguimiento. Segundo, los programas no tienen un esquema teórico sobre el cual organizan y presentan los materiales del programa. Por lo anterior, es necesario realizar investigaciones sobre los efectos de los programas de prevención de prácticas de crianza alimentarias con relación al género y edad de los participantes, el formato de las intervenciones y la población a la que se dirigen (331).

Tomando como referencia estos antecedentes es necesario mencionar que algunas intervenciones para prevenir actitudes y conductas no saludables en niños, solo se refieren a modificar algunas conductas no saludables tales como inactividad física, control de peso, sin tomar en cuenta factores psicosociales como las prácticas de crianza o los factores emocionales que pueden ser predictores y mantenedores del sobrepeso y la obesidad, así como, otros trastornos de la alimentación. Asimismo, son pocos las intervenciones que se han enfocado en las prácticas de crianza trabajando con las madres y los niños en edad escolar (142,332 333), estudiando este tema pero con

niños de menor edad, es decir con preescolares (304,309,318,334); por lo que también es importante considerar la edad escolar, ya que es una edad en la que los menores están en peligro de desarrollar hábitos no saludables y es una etapa muy importante de crecimiento, por lo que la crianza de la madre es vital, además es significativo trabajar en conjunto con la diada madre-hijo(a) debido a que esto ejercerá gran impacto en ambos realizando estrategias que ayuden a prevenir prácticas alimentarias inadecuadas (335).

Por lo anterior, es esencial desarrollar programas preventivos psicoeducativos y nutricionales efectivos para contribuir a la salud de los escolares y las madres en beneficio de un mejor estilo de vida (336). Asimismo, según una revisión efectuada de diversos programas de prevención (210, 285,295, 314,315,337-339), se hace cada vez más hincapié en aquellos tratamientos de prevención de la obesidad y la desnutrición que contemplen de una forma integral al ser humano, es decir, tratándolo de manera biopsicosocial.

Estos programas de prevención fomentan la atención de la salud centrada en el área física, psicológica y social. El énfasis se establece en vivir activamente, tener una alimentación saludable y crear un ambiente emocionalmente positivo que ayude al niño a reconocer su propio entorno con ayuda de sus padres, en especial de la madre quien juega un rol importante en las primera etapas de desarrollo y alimentación del niño.

Se reconoce que la obesidad, la pérdida de peso severa, las deficiencias nutricionales, y la problemática familiar están interrelacionadas por lo que y es necesario atenderles de manera integral y que no representen un riesgo a la salud. Dado lo anterior, se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué eficacia tiene una intervención psicoeducativa sobre las prácticas de crianza y comportamiento alimentario de mujeres con hijos(as) en edad escolar? Para responder a esta pregunta en esta investigación se propone el programa “Avanza-Crianza: relaciones saludables en familia”. Dirigido a escolares de cuarto grado de primaria y sus madres con el propósito de evaluar su efecto en una intervención sobre las prácticas de crianza y el comportamiento alimentario en la diada madre-hijo.

Dicha intervención consta de diez sesiones, semanales de una hora en donde se trabaja tanto con la madre como con el niño(a). Utiliza técnicas cognitivo-conductuales, además, trabaja con temas relacionados con la salud como: la diferenciación entre hambre física y el comer emocional, lonchera

saludable, autoestima, imagen corporal, autoeficacia para el control de peso, estrategias parentales para la crianza. Posibilita un espacio donde tanto las madres como los niños puedan analizar y expresar situaciones que se viven alrededor de la crianza, la alimentación y las emociones y también en relación con los temas de nutrición sobrepeso, obesidad y sus consecuencias.

IV. HIPÓTESIS

H1: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre la pre, post evaluación y el seguimiento a tres meses, entre el grupo experimental y el grupo en fase de espera de la primaria pública que participó en la intervención psicoeducativa dirigida a modificar las prácticas de crianza y comportamiento alimentario.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la pre, post evaluación y el seguimiento entre el grupo experimental y el grupo en fase de espera de la primaria pública que participó en la intervención psicoeducativa dirigida a modificar las prácticas de crianza y comportamiento alimentario.

H2: El grupo experimental a diferencia del grupo en fase de espera tiene en la post evaluación un cambio positivo significativo sobre las prácticas de crianza y comportamiento alimentario en comparación con el grupo de espera. El cambio se mantiene después de los tres meses de seguimiento.

H0: El grupo experimental no tiene en la post evaluación un cambio positivo significativo sobre las prácticas de crianza y comportamiento alimentario en comparación con el grupo en fase de espera. El cambio no se mantiene después de los tres meses de seguimiento.

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa sobre las prácticas de crianza y comportamiento alimentario de mujeres con hijos(as) en edad escolar.

5.2 Objetivos específicos

1. Identificar la distribución del IMC percentilar de los escolares y el IMC de las madres *antes* de la intervención psicoeducativa.
2. Conocer la percepción de las prácticas de crianza que reportan tanto las madres como los escolares para conocer los parámetros en los que se encontraban estas variables *antes* de la intervención psicoeducativa.
3. Identificar las prácticas de crianza y el comportamiento alimentario del niño(a) que reportan las madres para conocer los valores en los que se encontraban estas variables *antes* de la intervención psicoeducativa.
4. Implementar la intervención psicoeducativa con la finalidad de favorecer las prácticas de crianza y el comportamiento alimentario de las diadas.
5. Identificar la distribución del IMC percentilar de los escolares y el IMC de las madres *después* de la intervención psicoeducativa para conocer si existieron cambios de esta variable *después* de la intervención psicoeducativa.
6. Conocer la percepción de las prácticas de crianza que reportan tanto las madres como los escolares para identificar si existieron cambios de estas variables *después* de la intervención psicoeducativa.
7. Identificar las prácticas de crianza y el comportamiento alimentario del niño que reportan las madres para conocer si existieron cambios de esta variable *después* de la intervención psicoeducativa.
8. Realizar un seguimiento tres meses después de la intervención psicoeducativa para evaluar si el cambio se mantuvo en los participantes.

VI. MATERIAL Y METODO

6.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es exploratorio y descriptivo.

6.2 Diseño de investigación

El diseño es de corte cuasi experimental; los grupos en los que se implementó la intervención son grupos escolares formados con anterioridad a la realización del experimento; sin embargo, el grupo experimental y el grupo en lista de espera se seleccionaron de manera aleatoria.

En los dos grupos (experimental y fase de espera) se hizo una pre y post evaluación, y seguimiento a los tres meses, donde de manera aleatoria se agruparon el 4° “A”, 4° “B” y 4° “C” como grupo experimental y grupo control en fase de espera de la primaria pública

El grupo experimental inició su intervención posterior a la primera evaluación, mientras que el grupo control permaneció en fase de espera y recibió la intervención psicoeducativa una vez concluido el grupo experimental.

6.3 Definición de Variables

6.3.1 Variable Independiente

Tabla 4. *Variable Independiente*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Intervención Universal	Se define como aquella intervención que está dirigida al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo (340).	Programa de tipo interactivo que consta de 10 sesiones con duración de tres meses con una pre y post evaluación además de seguimiento a los tres meses de haber concluido la intervención.

6.3.2 Variables Dependientes

Tabla 5. *Variables Dependientes*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Prácticas de crianza relacionadas con la alimentación	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 (225).	Es medido por los siguientes instrumentos: “Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos” (225) y Cuestionario Breve de prácticas parentales (versión madres y versión niños y niñas) (341).

	Asimismo, incluye actitudes y comportamientos de los padres a los hijos que se construyen en dimensiones de rechazo, aceptación o calidez emocional, sobreprotección o control (341).	
Alimentación infantil (reportada por las madres)	El cuestionario de alimentación infantil está diseñado para identificar patrones de conducta alimentaria como posibles factores de riesgo de obesidad o desórdenes alimentación en niños, utilizando información entregada por los padres. Está compuesto de ocho dimensiones agrupadas en inclinaciones positivas: disfrute de los alimentos, respuesta a los alimentos, sobrealimentación emocional, deseo de beber e inclinaciones negativas: respuesta de saciedad, lentitud para comer, exigencia a los alimentos y subingesta emocional (342).	Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ) (343).

6.3.3 Variables Intervinientes

Tabla 6. *Variables Intervinientes*

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional
IMC	<p>El IMC (Índice de masa corporal) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (30):</p> <p>IMC PERCENTILAR: los niños y niñas tienen una cantidad diferente de masa corporal al crecer. Por ello, el IMC para niños, también conocido como IMC por edad, incluye el sexo y la edad (30):</p> <p>Diagnósticos de IMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desnutrición: describe un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción 	<p>Medidas antropométricas de peso y estatura. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).</p> $IMC = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{(\text{Talla})^2}$ <p>Para la categorización se utilizaron las Gráficas Clínicas del Crecimiento de la Centers for Disease Control and Prevention(30) para IMC por sexo.</p>

	<p>de nutrientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso: describe al peso corporal inferior a lo que se considera saludable para una determinada estatura. • Normal: describe el peso correspondiente a una determinada estatura • Sobrepeso: describe el peso que sobrepasa lo que se considera saludable para una determinada estatura • Obesidad: rango de peso que exceden lo que se considera saludable para una determinada estatura (30). 	<p>Diagnósticos del IMC Quetelet(30):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo Peso: Menor a 18.5 • Normal: Entre 18.5 y 24.9 • Sobrepeso: 25 y 29.9 • Obesidad Grado 1: Entre 30 y 34.9 • Obesidad Grado 2: Entre 35 y 39.9 • Obesidad Grado 3: Igual o mayor a 40 <p>Diagnóstico del IMC Percentilar (35):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo Peso: Menos del percentil 5 • Normal: Del percentil 5 a menos del percentil 85 • Riesgo de sobrepeso: Del percentil 85 a menos del percentil 95 • Sobrepeso: Percentil 95 o mayor
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Se refiere exclusivamente al ámbito de lo biológico y lo natural, a las diferencias biológicas entre personas, las que determinan la presencia del cromosoma X o Y en el cuerpo humano (344).	Hombre o mujer
Factores sociodemográficos	Agrupación de algunas características personales como “educación” entendida por el nivel de instrucción alcanzado por la persona., “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 (344).	Características de la mujer informante al momento de la entrevista tomando en cuenta las siguientes variables” Estado civil, ocupación, escolaridad.

6.4 Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico se seleccionaron N=75, de los cuales se eliminaron las encuestas de los participantes que no contestaron completamente las baterías psicológicas y que no asistieron a más de dos sesiones, quedando N= 50, n=16 (32%) son hombres y n=34 (68%) son mujeres, con un rango de edad de 8 a 10 años ($M = 9.12$ años; $DE=0.43$), tanto las madres como los escolares decidieron participar de manera voluntaria. En cuanto a las madres de los escolares, las edades oscilaron entre 24 y 51 años, ($M=34.94$ años; $DE= 6.20$). De manera aleatoria se formaron el grupo control y experimental, quedando el primero en fase de espera mientras que el segundo inició su intervención posterior a la primera evaluación.

Grupo Experimental

El grupo experimental quedó conformado por N=25 diadas madre-hijo (a), de los cuales n= 16 (32%) son mujeres y n= 9 (18%) son hombres. En la distribución del IMC de las mujeres el mínimo fue de 13.17 y el máximo fue de 29.42 ($M_{IMC}=18.04$; $DE= 3.80$); en el caso de los hombres el valor mínimo fue de 14.76 el máximo de 17.96 ($M_{IMC}= 15.91$; $DE= 1.07$).

En cuanto al IMC de las madres, se encontró que en las madres de mujeres el mínimo fue de 17.67 y el máximo fue de 43.79 ($M_{IMC}=26.03$; $DE=6.66$). En las madres de hombres se encontró que el mínimo fue de 19.39 y el máximo fue de 45.79 ($M_{IMC}=27.23$; $DE=8.27$).

Grupo en Fase de Espera

El Grupo en Fase de Espera quedó conformado por N=25 diadas madre-hijo (a), de los cuales n= 18 (36%) son mujeres y n= 7 (14%) son hombres. En la distribución del IMC de las mujeres el valor mínimo fue de 13.77 y el valor máximo fue de 22.26 ($M_{IMC}=17.50$; $DE=2.59$), en el caso de los hombres el mínimo fue de 15.64 y el máximo de 24.42, ($M_{IMC}=19.80$; $DE=3.06$).

En cuanto al IMC de las madres, se encontró que en las madres de mujeres el mínimo fue de 18.37 y el máximo fue de 38.46 ($M_{IMC}=24.96$; $DE=6.30$). En las madres de hombres se encontró que el mínimo fue de 21.14 y el máximo fue de 29.25 ($M_{IMC}=26.14$; $DE=3.31$).

6.4.1 Criterios de inclusión

- Escolares de 8 a 10 años de edad que se encontraban inscritos en el ciclo escolar agosto 2014 – julio 2015 de educación primaria en cuarto grado.
- Escolares que presentaron la autorización de sus padres de manera escrita a través del consentimiento informado.
- Que tanto las madres como los escolares aceptaran y estuvieran de acuerdo en participar en la intervención de manera voluntaria.

6.4.2 Criterios de exclusión

- Los escolares que padecieran alguna enfermedad crónica degenerativa o mental.
- Que recibieran un tratamiento nutricional y/o psicológico.
- No contestar debidamente la batería de instrumentos.
- Faltar a más de dos sesiones durante la intervención.

6.5 Instrumentos

En este estudio se utilizaron tres instrumentos:

- a) Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ) (225).
- b) Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (versión para madres y versión para niños) (341)
- c) Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ)(343).

A continuación se describen cada uno de ellos:

6.5.1 Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ)

Este Cuestionario fue elaborado originalmente por Birch y colaboradores (206) y fue adaptado por Navarro (225). 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. El Cuestionario 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 tres (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 7. Estructura factorial del Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos (CFQ) (225).

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

6.5.2 Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (versión para madres y versión para niños)

El cuestionario se basa en los planteamientos teóricos de Baumrind sobre los estilos educativos de los padres, consta de 62 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de nunca (1) a siempre (5) y que evalúan tres estilos parentales: autoritativo, autoritario y permisivo. Para la versión en español, se analizó la estructura factorial del cuestionario mediante el análisis factorial confirmatorio y se encontró que el mejor modelo incluía únicamente los estilos autoritativo y autoritario, los valores de alfa de Cronbach para estos dos estilos fueron .70 y .69, respectivamente. La distribución de ítems en los factores fue: (1) Estilo autoritativo: involucramiento, razonamiento, participación democrática, relación amistosa, falta de supervisión e ignorar mal comportamiento, y (2) Estilo autoritario: hostilidad verbal,

castigo corporal, no razonamiento, directividad autoritaria y falta de confianza en las habilidades de crianza. En la versión breve reducida a 30 ítems, 15 ítems evalúan el estilo autoritario 15 el autoritativo (341).

6.5.3 Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (CEBQ)

El Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (acrónimo del término en inglés *Child Eating Behaviour Questionnaire*) fue diseñado por Wardle (345) y traducido y validado al español por González y Santos (343) con el fin de evaluar la conducta alimentaria en la etapa infantil. CEBQ consta de 35 ítems agrupados en ocho dimensiones de la conducta de alimentación. Los ítems consisten en afirmaciones sobre la conducta del niño que la madre responde en una escala tipo Likert desde 1 hasta 5. Entre las ocho dimensiones de la conducta que se miden en CEBQ, cuatro de ellas se refieren a inclinaciones positivas hacia la comida: disfrute de los alimentos (4 ítems: 2, 8, 10 y 14), respuesta a los alimentos (5 ítems: 19, 21, 23, 26 y 32), sobre-alimentación emocional (4 ítems; 5, 15, 20 y 30) y deseo de beber (3 ítems: 16, 18 y 24), mientras que las otras cuatro dimensiones evalúan inclinaciones negativas hacia la ingesta: respuesta a la saciedad (5 ítems: 6, 11, 29, 33 y 34), lentitud para comer (4 ítems: 1, 7, 17 y 27), subalimentación emocional (4 ítems: 9, 25, 31 y 35) y exigencia a los alimentos (6 ítems: 3, 4, 12, 13, 22 y 28). Los ítems 1, 4, 12, 28 y 34 tienen un tipo de puntuación reversa (343).

6.5.4 Materiales para medición de peso y talla

Para medición del peso se usó una báscula marca TANITA Modelo UM 2204. Para la evaluación de la talla se utilizó un estadímetro marca SECA 214, para la medición de la talla de los niños y las madres, con un rango de medición: 2-207 cm división: 1 mm.

6.6 Análisis Estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20; el análisis se realizó de la siguiente manera: primeramente se realizó una prueba *t de Student* para muestras independientes con el propósito de comprobar la igualdad de las muestras que fueron asignadas al azar a ambos grupos (Experimental vs. Fase de Espera). Después, para la post evaluación se realizó una prueba *t de Student* para muestras relacionadas para comparar las puntuaciones previas con las posteriores en el grupo Experimental. Mediante el ANOVA de medidas repetidas se realizó el análisis de los tres tiempos de evaluación, definiendo las medidas como variable dependiente, el tiempo (pre,

post, seguimiento) y los grupos (Experimental vs. Fase de Espera) como factor. Además, se realizó el post hoc de Bonferroni para la comparación. Por último se calculó el tamaño del efecto.

6.7 Procedimiento

Se acudió con las autoridades de las dos escuelas primarias para hacer la presentación oficial del proyecto y solicitar un espacio adecuado para la evaluación del peso y talla de las madres y los niños; así como las listas de los alumnos matriculados en cada grupo de cuarto grado. Además, se hizo una presentación del proyecto con el profesor de cada grupo y se les pidió convocaran una reunión con las madres para invitarlas a participar, explicando el propósito del programa psicoeducativo, destacando la importancia de su cooperación.

Una vez que las madres aceptaron que ellas y sus hijos participaran en la intervención, se les pidió que firmaran el consentimiento informado, en el cual se refleja de un modo general el propósito y desarrollo de la intervención, también se les explicó que el estar en la intervención es una participación voluntaria, pueden retirarse del estudio cuando lo decidan sin ninguna consecuencia. Una vez leído el consentimiento, se aclararon dudas y se solicitó la firma de las madres.

Posteriormente se procedió con la pre evaluación, se pesó y midió a los niños en su salón de clases y las madres en la biblioteca y también se aplicaron los cuestionarios de manera colectiva. El grupo experimental inició su intervención después de la primera evaluación, mientras que el grupo control permaneció en fase de espera y recibió su tratamiento una vez concluido el grupo experimental. Se realizó una post evaluación para el grupo experimental al finalizar la intervención. En la intervención se abordaron contenidos como alimentación saludable, alimentación emocional, lonchera saludable, estrategias parentales relacionadas con la alimentación entre otros; y tres componentes principales (cognitivo, informativo y conductual).

Tanto las diadas del grupo experimental como las del grupo en fase de espera completaron la batería de pruebas dentro de los horarios de clase. A las madres se les entregó los cuestionarios en el siguiente orden: Cuestionario de Actitudes, Creencias y Práctica de los Padres Hacia la Alimentación de los Hijos, Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (versión padres), y Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil. A los escolares se les entregó únicamente el Cuestionario Breve de Prácticas Parentales (versión niños). A las madres se les pidió que llenaran los datos sociodemográficos requeridos para el estudio. Posteriormente se leyeron las instrucciones en voz alta a los participantes. Una vez que todos comprendieron cómo responder las preguntas, el investigador

leyó cada pregunta. Al finalizar cada cuestionario se solicitó que revisaran todas las preguntas. Una semana después de la aplicación, se comenzó a implementar la intervención psicoeducativa a las diadas en conjunto en la biblioteca de la escuela.

Por último, después de tres meses de la intervención psicoeducativa con el grupo experimental y el grupo en fase de espera se utilizó el mismo procedimiento para hacer la toma de talla y peso de las madres y los escolares así como la aplicación de la batería de pruebas.

6.8 Aspectos Éticos

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (346), Título I, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, el presente trabajo es factible de acuerdo a los siguientes artículos:

Artículo 17, inciso II, se llevó a cabo una investigación con riesgos mínimo, ya que se obtuvieron los datos a través de procedimientos comunes con exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios.

Artículo 20, el cual se refiere al consentimiento informado, donde el sujeto en investigación aceptó participar en el estudio, al mismo tiempo se le informó sobre la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los cuales se sometió.

Artículo 21, cada una de sus fracciones quedaron plasmadas y explicadas en el consentimiento informado.

Artículo 22, donde se brindó por escrito con copia para el sujeto en investigación y el investigador cubriendo cada una de las fracciones del artículo mismo.

Capítulo VII. Resultados

El objetivo del presente estudio fue determinar la efectividad de una intervención psicoeducativa que consideró factores psicológicos y sociales, relacionados con prácticas de crianza alimentarias y comportamiento alimentario en diadas madre- hijo en escolares de cuarto grado de una primaria pública de Pachuca, Hidalgo. Se puso en marcha un programa de prevención de tipo universal, formando un grupo experimental y un grupo en fase de espera. A continuación se presentan los resultados, de acuerdo a los objetivos específicos, presentando los resultados de la pre, post evaluación y seguimiento del IMC y de las variables percepción de prácticas de crianza, prácticas de crianza alimentarias y comportamiento alimentario infantil.

Distribución del IMC de la muestra

Preevaluación

Niños y niñas

En los resultados obtenidos en la preevaluación el IMC Percentilar de los participantes se encontró que para el total de la muestra $N=50$, el valor mínimo fue de 13.17 el máximo de 29.42 I ($M_{IMC}=17.71$; $DE= 3.06$). Para los hombres $n=16$ el valor mínimo fue de 14.76 y el máximo de 24.42 ($M_{IMC}=17.61$; $DE=2.89$). En el caso de las mujeres $n=34$ se encontró el mínimo fue de 13.17 y el máximo de 29.42 ($M_{IMC}=17.75$; $DE=3.17$) (Figura 3).

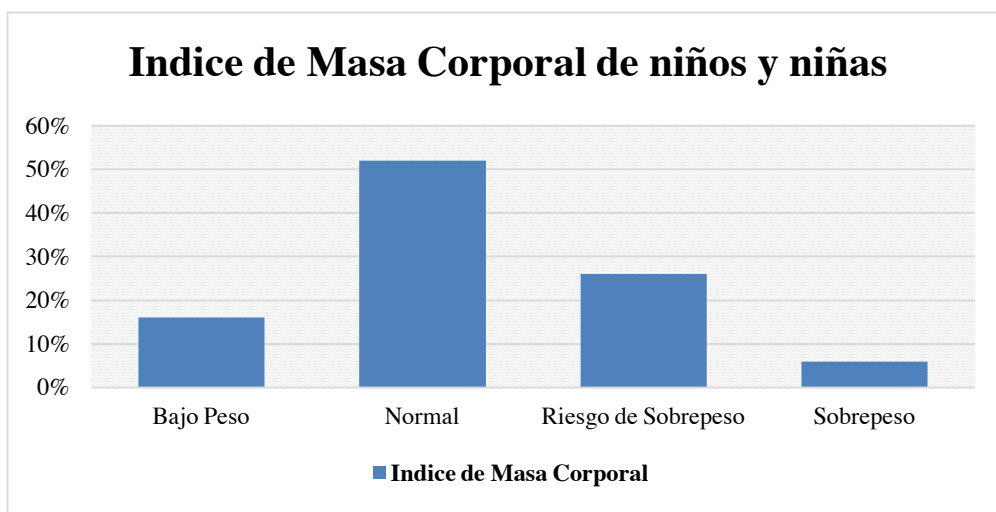


Figura 3. Índice de Masa Corporal de los niños y niñas de la preevaluación

Madres

En los resultados obtenidos en la preevaluación el IMC de las madres de los participantes, se observó que en las madres de mujeres $n=34$ el mínimo fue de 17.67 y el máximo de 43.79 ($M_{IMC}=25.462$; $DE=6.40$), en el caso de las madres de los hombres $n=16$, el valor mínimo fue de 19.39 el máximo de 43.79 ($M_{IMC}=26.75$; $DE=6.41$), se encontró que por la totalidad de la muestra $N=50$ el mínimo fue de 17.67 el máximo de 43.79 ($M_{IMC}=25.88$; $DE= 6.37$) (Figura 4).

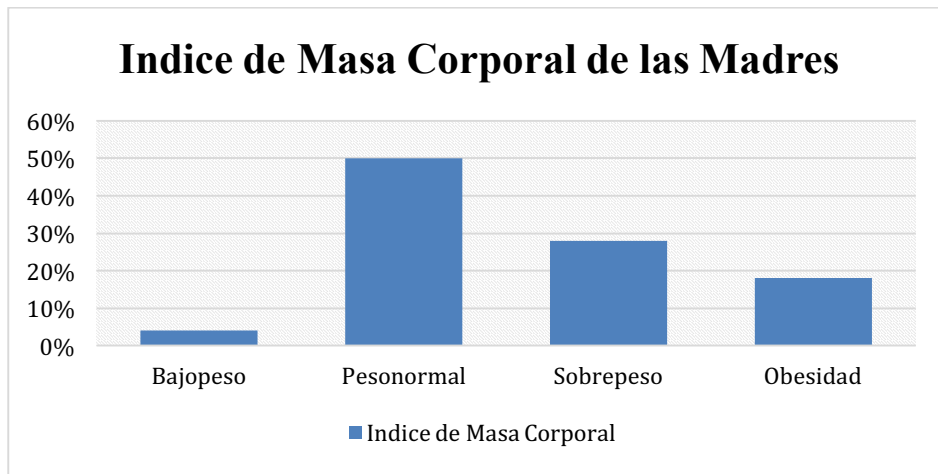


Figura 4. Categoría del Índice de Masa Corporal de las madres de la preevaluación

Post evaluación

Niños y niñas

En los resultados obtenidos en la post evaluación el IMC Percentilar de los participantes se encontró que para el total de la muestra $N=50$, el valor mínimo fue de 13 el máximo de 29 ($M_{IMC}=18.08$; $DE= 3.46$). Para los hombres $n=16$ el valor mínimo fue de 13 y el máximo de 25 ($M_{IMC}=17.55$; $DE=3.20$). En el caso de las mujeres $n=34$ se encontró el mínimo fue de 13 y el máximo de 29 ($M_{IMC}=18.33$; $DE=3.59$) (Figura 5).

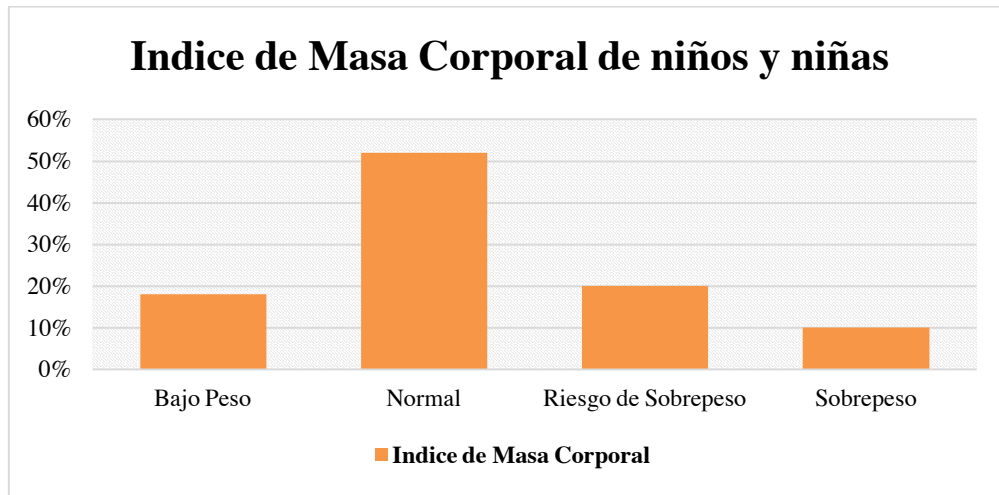


Figura 5. Categoría del Índice de Masa Corporal de los niños y niñas de la post evaluación

Madres

En los resultados obtenidos en la post evaluación el IMC de las madres de los participantes, se observó que en las madres de mujeres $n=34$ el mínimo fue de 18 y el máximo de 44 ($M_{IMC}=25.38$; $DE=6.32$), en el caso de las madres de los hombres $n=16$, el valor mínimo fue de 19 el máximo de 44 ($M_{IMC}=26.86$; $DE=6.57$), se encontró que por la totalidad de la muestra $N=50$ el mínimo fue de 18 el máximo de 44 ($M_{IMC}=25.38$; $DE= 6.32$) (Figura 6).

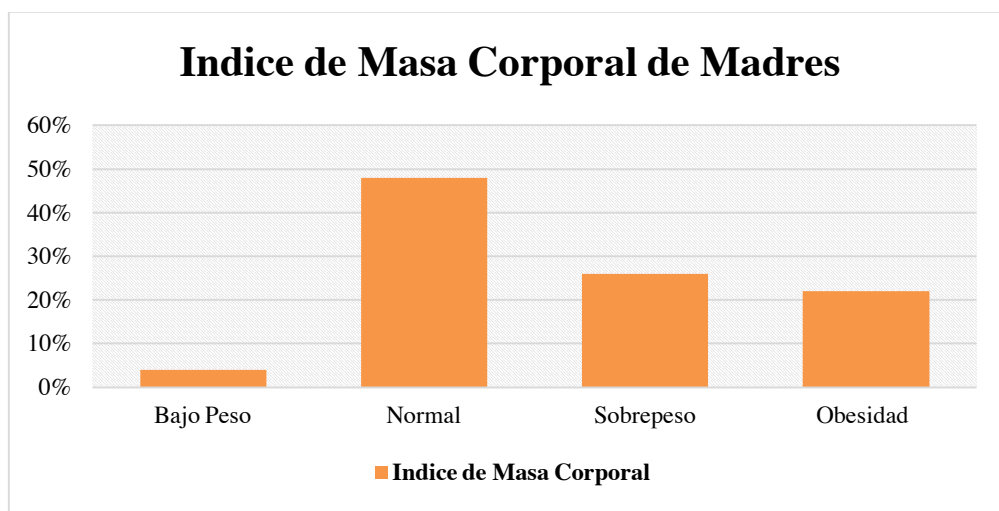


Figura 6. Categoría del Índice de Masa Corporal de las madres de la postevaluación

Seguimiento a los tres meses

Niños y niñas

En los resultados obtenidos en el seguimiento a los tres meses el IMC Percentilar de los participantes se encontró que para el total de la muestra $N=50$, el valor mínimo fue de 14 el máximo de 30 ($M_{IMC}=18.26$; $DE= 3.09$). Para los hombres $n=16$ el valor mínimo fue de 14 y el máximo de 23 ($M_{IMC}=17.88$; $DE=2.51$). En el caso de las mujeres $n=34$ se encontró el mínimo fue de 14 y el máximo de 30 ($M_{IMC}=18.44$; $DE=3.35$) (Figura 7).

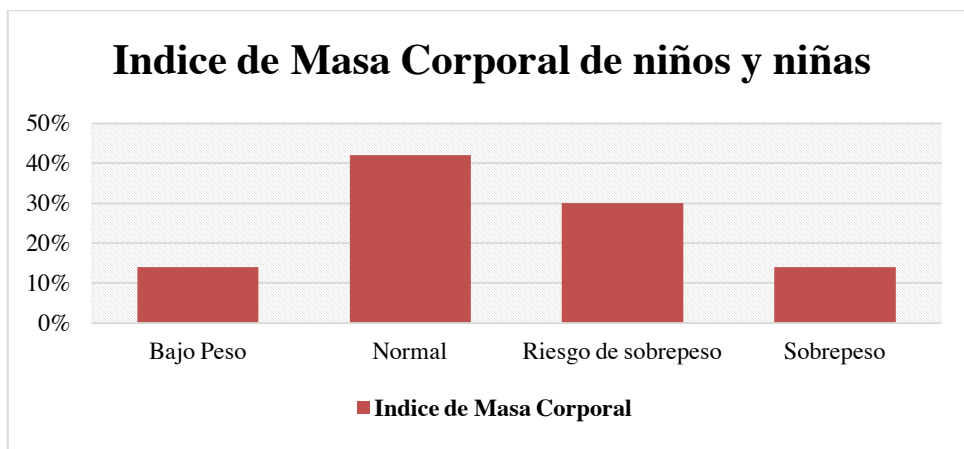


Figura 7. Categoría del Índice de Masa Corporal de los niños y niñas del seguimiento.

Madres

En los resultados obtenidos en el seguimiento a los tres meses el IMC de las madres de los participantes, se observó que en las madres de mujeres $n=34$ el mínimo fue de 18 y el máximo de 43 ($M_{IMC}=25.48$; $DE=6.48$), en el caso de las madres de los hombres $n=16$, el valor mínimo fue de 19 el máximo de 43 ($M_{IMC}=26.63$; $DE=6.36$), se encontró que por la totalidad de la muestra $N=50$ el mínimo fue de 18 el máximo de 44 ($M_{IMC}=25.85$; $DE= 6.40$) (Figura 8).

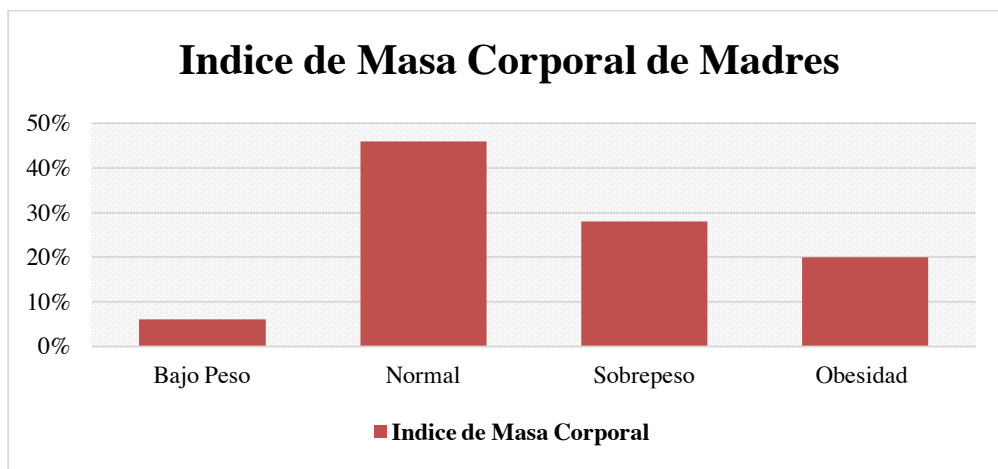


Figura 8. Categoría del Índice de Masa Corporal de las madres en el seguimiento.

Se realizó una prueba de chi cuadrada para la comparación de las frecuencias del IMC de los escolares y de sus madres a lo largo del tiempo por medio de la cual se observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el IMC de los escolares y sus madres.

Prácticas de crianza y comportamiento alimentario

Preevaluación

Se aplicó una t de Student para muestras independientes con el propósito de comprobar la igualdad de las muestras que fueron asignadas al azar a ambos grupos, en cuanto a las variables evaluadas (Grupo experimental y Grupo en Fase de Espera). La prueba t para muestras independientes indicó que ambos grupos fueron equivalentes al iniciar la investigación en las escalas que fueron utilizadas tanto en los niños como en las madres. Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de Percepción de prácticas de crianza de Madres y niños, en la variables de Peso percibido de la Madre y Lentitud para comer del niño (Tabla 8).

Tabla 8. Prueba de igualdad de las muestras en la pre evaluación

Escala/Subescala	Grupo		t (48)	Significación
	Grupo Experimental	Grupo en Fase de espera		
	M (DE)	M (DE)		
Percepción de las Prácticas de Crianza (madres)				
Estilo Democrático	4.25 (.85)	4.51 (.46)	1.34	.01**
Estilo Autoritario	3.97 (.59)	3.91 (.35)	.404	.001**
Percepción de las Prácticas de Crianza (Niños y niñas)				
Estilo Democrático	4.15 (.76)	3.82 (.87)	1.40	.49
Estilo Autoritario	3.18 (.94)	3.76 (.79)	2.35	.02**
Prácticas de crianza alimentaria				
Peso percibido por la madre	3.29 (.64)	3.08 (.31)	1.45	.02**
Preocupación y Control del peso del hijo	3.34 (.87)	3.70 (.85)	1.47	.37
Monitoreo	3.56 (.69)	3.84 (.95)	1.18	.33
Restricción	3.55 (.65)	3.63 (.72)	.410	.41
Presión para comer	3.27 (.52)	3.41 (.46)	1.00	.54
Responsabilidad percibida	4.42 (.56)	4.74 (.45)	2.20	.08
Peso percibido del Hijo	3.01 (.57)	2.98 (.28)	.209	.83
Indicador Control	2.93 (.40)	2.76 (1.0)	.944	.38
Indicador Manipulación	3.62 (.75)	4.00 (.81)	1.71	.54
Comportamiento alimentario Infantil				
Disfrute de los alimentos	3.33 (.94)	3.33 (1.0)	1.00	.51
Respuesta frente a los alimentos	4.30 (.88)	4.24 (.94)	.216	.85
Sobrealimentación emocional	4.48 (.53)	4.47 (.70)	.057	.49
Deseo de beber	2.90 (1.1)	2.72 (1.27)	.545	.48
Respuesta de saciedad	3.20 (.46)	2.87 (.48)	2.51	.67
Lentitud para comer	2.94 (1.0)	3.21 (.67)	1.07	.01**
Subalimentación emocional	4.05 (.73)	4.17 (.81)	.546	.79
Exigencia frente a los alimentos	3.37 (.58)	3.35 (.37)	.57	.07

**p<.001

Análisis Previo y Posterior a la Intervención

Se aplicó la prueba *t* para grupos relacionados a fin de comparar las mediciones previas a la intervención con las posteriores en el Grupo Experimental. Los resultados indicaron como puede observarse en los valores de las medias de la tabla 9, que después de la intervención las siguientes variables cambiaron significativamente: percepción del Estilo Democrático en los niños $t(24)=1.01$, $p<.03$; presentándose una disminución de la media en el post test de ambas variables.

En las Prácticas de crianza Alimentarias se observaron cambios significativos en las variables: Restricción $t(24)=1.94$, $p<.05$ (se incrementó la media) y el indicador Manipulación $t(24)=2.92$, $p<.03$ (se decrementó la media). En las otras prácticas alimentarias no se observaron cambios.

En el comportamiento alimentario infantil hubo cambios significativos en las variables: Respuesta de Saciedad $t(24)=1.23$, $p<.02$ (con una disminución de la media entre el pre test y el post test), Lentitud para comer $t(24)=2.24$, $p<.03$ (hubo un incremento en la media), Subalimentación emocional $t(24)=3.01$ (decremento la media), $p<.01$; y Exigencia frente a los alimentos $t(24)=2.37$, $p<.02$ (incrementó la media). Por otro lado, en el Grupo en Fase de Espera no existieron cambios significativos.

Tabla 9. Resultados antes y después de la intervención (Grupo Experimental).

Escala/Subescala	Grupo Experimental		t (24)	Significancia
	Pretest	Post test		
	M (DE)	M (DE)		
Percepción de las Prácticas de Crianza (madres)				
Estilo Democrático	4.25 (.85)	4.22 (.66)	.26	.79
Estilo Autoritario	3.97 (.59)	3.91 (.66)	.61	.54
Percepción de las Prácticas de Crianza (Niños y niñas)				
Estilo Democrático	4.15 (.76)	4.02 (.75)	1.01	.03*
Estilo Autoritario	3.18 (.94)	3.50 (.85)	1.92	.05*
Prácticas de crianza alimentaria				
Peso percibido por la madre	3.29 (.64)	3.30 (.63)	.31	.75
Preocupación y Control del peso del hijo	3.34 (.87)	3.28 (.86)	.41	.68
Monitoreo	3.56 (.69)	3.45 (.85)	.45	.65
Restricción	3.55 (.65)	3.77 (.46)	1.94	.05*
Presión para comer	3.27 (.52)	3.27 (.43)	.02	1.0
Responsabilidad percibida	4.42 (.56)	4.46 (.63)	.33	.74
Peso percibido del Hijo	2.93 (.40)	2.98 (.55)	.59	.55
Indicador Control	2.50 (.91)	2.42 (.78)	.52	.60
Indicador Manipulación	3.62 (.75)	3.48 (.87)	2.92	.03*
Comportamiento alimentario Infantil				
Disfrute de los alimentos	3.33 (.94)	3.19 (1.0)	.96	.34
Respuesta frente a los alimentos	4.30 (.88)	4.34 (.82)	.49	.62
Sobrealimentación emocional	4.48 (.53)	4.48 (.55)	.01	1.0
Deseo de beber	2.90 (1.1)	2.92 (.89)	.07	.94
Respuesta de saciedad	3.20 (.46)	3.08 (.53)	1.23	.02*
Lentitud para comer	2.94 (1.0)	3.31 (.72)	2.24	.03*

Subalimentación emocional	4.05 (.73)	3.57 (.62)	3.01	.01*
Exigencia frente a los alimentos	3.27 (.58)	3.48 (.51)	2.37	.02*

*p<.05

Seguimiento a los 3 meses

Se realizaron comparaciones con ANOVA de una vía. Las tablas 10 y 11 muestran las comparaciones entre los grupos para cada tiempo (pre evaluación, post evaluación y seguimiento). Además, se realizaron comparaciones intra e intergrupo entre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos por los grupos a través del tiempo, mediante un ANOVA factorial de medidas repetidas por grupo (Grupo Experimental y Grupo en Fase de Espera) y tiempo (pre post evaluación y seguimiento). Para hacer este análisis primero se corroboraron algunos supuestos de la ANOVAs de medidas repetidas, mediante los test de normalidad.

También se utilizó el Test de Levene para corroborar la homocedasticidad de los datos, lo que permitió contrastar la hipótesis de igualdad de varianzas poblacionales. A partir de la comprobación de estos supuestos, se realizó la ANOVA para medida repetidas y se procedió a calcular con las diferentes variables utilizadas. Esta prueba es de gran ayuda ya que requiere de menos sujetos que un diseño completamente aleatorizado y permite eliminar la variación residual debida a las diferencias entre los sujetos (entre grupos o entre los mismos sujetos).

Resultados de ANOVA de una vía

Percepción de prácticas de crianza (madres e hijos)

Como se puede observar en la tabla no. 10, únicamente existieron cambios estadísticamente significativos a través del tiempo en la Percepción de las Prácticas de Crianza de las madres, específicamente en el Estilo Autoritario $F(1,48)=1.97$, $p<.05$, estos cambios se observaron hasta el seguimiento, en donde los valores de la media en el grupo experimental fueron disminuyendo en las tres mediciones; en cambio en el grupo en espera la tendencia de la media fue hacia el incremento.

En la percepción de las prácticas de crianza de los niños no se observaron cambios significativos a través de los tres tiempos.

Prácticas de crianza alimentarias

En las prácticas de crianza alimentarias (también evaluadas en las madres) en las variables de peso percibido de la madre $F(1,48)=1.45$, $p<.007$ y responsabilidad percibida $F(1,48)=7.773$ $p<.05$ se registraron cambios significativos en los valores de seguimiento en el grupo experimental (aunque las medias de este grupo en los tres momentos de evaluación tuvieron una tendencia a la baja), no así en el grupo en lista de espera en donde se mantuvieron los valores de la media.

Por otro lado, se observaron cambios en los post test en las variables peso percibido del hijo ($F(1,48)=1.88$, $p<.007$ (las medias del grupo experimental entre el pre y el post test disminuyeron); y también en la manipulación respecto a la alimentación $F(1,48)=1.07$ $p<.03$ (las medias del grupo experimental entre el pre y el post test disminuyeron); en cambio en el grupo en lista de espera incrementaron. En las otras prácticas alimentarias no se observaron cambios significativos (Tabla 10).

Tabla 10. ANOVA de una vía. Comparaciones entre los grupos a través del tiempo en las Prácticas de Crianza

		Grupo				
		Grupo Experimental		Grupo en Espera		
		M	(DE)	M	(DE)	F
Percepción de Prácticas de Crianza (madres)						
Estilo Democrático	Pre	4.25	.85	4.51	.46	1.79
	Post	4.22	.66	4.49	.47	2.63
	Seguimiento	4.29	.62	4.53	.51	2.09
Estilo Autoritario	Pre	3.97	.59	3.91	.35	.163
	Post	3.91	.66	4.10	.50	1.28
	Seguimiento	2.80	.51	4.15	.51	1.97*
Percepción de Prácticas de Crianza (hijos)						
Estilo Democrático	Pre	4.15	.15	3.83	.17	1.97
	Post	4.02	.15	4.01	.16	.01
	Seguimiento	3.85	.18	3.97	.18	.22
Estilo Autoritario	Pre	3.19	.18	3.77	.15	5.53
	Post	3.50	.17	3.72	.16	.86
	Seguimiento	3.60	.18	3.75	.16	.34
Prácticas de Crianza Alimentarias						
Peso percibido de la madre	Pre	3.29	.64	3.08	.31	1.99
	Post	3.30	.63	3.11	.27	1.92
	Seguimiento	3.26	.52	3.12	.21	1.45*
Preocupación y control del peso del hijo	Pre	3.34	.87	3.70	.85	2.18
	Post	3.28	.86	3.50	1.0	.699
	Seguimiento	3.28	1.0	3.32	1.0	.018
Monitoreo	Pre	3.56	.69	3.84	.95	1.41

	Post	3.45	.85	4.13	.83	.251
	Seguimiento	3.38	.96	4.11	.89	.003
Restricción	Pre	3.55	.65	3.63	.72	.168
	Post	3.77	.46	3.79	.80	.012
	Seguimiento	3.73	.55	3.86	.62	.605
Presión para comer	Pre	3.27	.52	3.41	.46	1.00
	Post	3.27	.43	3.42	.41	1.57
	Seguimiento	3.32	.50	3.37	.57	.107
Responsabilidad percibida	Pre	4.42	.56	4.74	.45	4.86
	Post	4.46	.63	4.72	.40	2.85
	Seguimiento	4.36	.57	4.74	.38	7.73*
Peso percibido del hijo	Pre	3.01	.57	2.98	.28	.044
	Post	2.98	.55	3.02	.39	1.88*
	Seguimiento	3.05	.46	3.01	.41	.384
Control en la alimentación	Pre	2.93	.40	2.76	1.0	.890
	Post	2.42	.78	2.66	.97	.917
	Seguimiento	2.66	.95	2.52	.75	.321
Manipulación respecto a la alimentación	Pre	3.62	.75	4.00	.81	2.92
	Post	3.48	.87	3.54	.62	1.07*
	Seguimiento	3.54	.62	3.52	.56	.014

M= Media., DE=Desviación estándar *p<.05

Conducta alimentaria infantil (hijos)

En la Tabla 11 se observa que se presentaron cambios a través del tiempo en la variable conducta alimentaria infantil, estos se presentaron específicamente en el seguimiento en la variable disfrute de los alimentos $F(1,48)=1.93$, $p<.05$. Ahora bien, en la variable sobrealimentación emocional hubo cambios significativos en la post evaluación $F(1,48)=2.60$ $p<.01$ y en el seguimiento $F(1,48)=2.87$, $p<.05$; y lo mismo sucedió respecto a la variable subalimentación emocional en la post evaluación $F(1,48)=4.73$ $p<.001$ y en el seguimiento $F(1,48)=6.92$ $p<.001$. En la variable deseo de beber $F(1,48)=7.27$, $p<.03$, los cambios solo fueron significativos en la post evaluación $F(1,48)=7.27$ $p<.01$.

Tabla 11 ANOVAs de una vía: comparaciones entre los grupos a través del tiempo en el Comportamiento Alimentario Infantil

		Grupo				
		Grupo Experimental		Grupo en Espera		F
		M	(DE)	M	(DE)	
Comportamiento Alimentario Infantil						
Disfrute de los alimentos	Pre	3.33	.94	3.33	1.0	.000
	Post	3.19	1.0	3.05	.89	.26
	Seguimiento	3.50	.68	3.15	1.0	1.93*
Respuesta frente a los alimentos	Pre	4.30	.88	4.24	.94	.04
	Post	4.34	.82	4.51	.68	.61
	Seguimiento	4.18	.99	4.46	.71	1.30
Sobrealimentación emocional	Pre	4.48	.53	4.47	.70	.00
	Post	4.48	.55	4.71	.44	2.60*
	Seguimiento	4.42	.53	4.67	.50	2.87*
Deseo de beber	Pre	2.90	1.1	2.72	1.2	.29
	Post	2.92	.89	2.20	.99	7.27*
	Seguimiento	2.54	.99	2.09	1.0	2.50
Respuesta de saciedad	Pre	3.20	.46	2.87	.48	6.30
	Post	3.08	.53	3.01	.46	.26
	Seguimiento	3.04	.09	2.98	.09	.16
Lentitud para comer	Pre	2.94	1.0	3.21	.67	1.16
	Post	3.31	.72	3.35	.58	.04
	Seguimiento	3.20	1.0	3.38	.57	.57
Subalimentación emocional	Pre	4.05	.73	4.17	.81	.29
	Post	3.57	.62	4.48	.49	4.73*
	Seguimiento	2.68	.36	3.60	.44	6.92*
Exigencia frente a los alimentos	Pre	3.37	.58	3.35	.37	.33
	Post	3.48	.51	3.49	.04	.02
	Seguimiento	3.40	.67	3.47	.60	.16

M= Media., DE=Desviación estándar *p<.05

Resultados de ANOVA's de Medidas Repetidas

En la tabla 12 se muestran los resultados del análisis de ANOVAs de medidas repetidas. De manera general, se puede afirmar que se encontraron efectos principales de tiempo por grupo para la percepción de las prácticas de crianza en las madres, en las variables: estilo autoritario $F(2,96)=1.17$ $p<.03$; en las prácticas de crianza alimentarias (pre, post y seguimiento), en la variable de monitoreo $F(2, 96)=2.60$, $p<.05$; además se encontraron efectos en grupo en las variables presión para comer $F(1,48)=1.28$ $p<.01$ y responsabilidad percibida $F(1,48)=6.92$ $p<.01$, también se presentaron efectos de tiempo en la variable manipulación $F(2,96)=4.18$ $p<.01$.

Asimismo, en el comportamiento alimentario infantil se observaron efectos principales en la variable deseo de beber en el grupo experimental, $F(1,48)=3.77$ $p<.05$, tiempo $F(2,96)=4.54$ $p<.01$ y en la interacción tiempo por grupo $F(2,96)=1.54$ $p<.02$.

Tabla 12. ANOVAs de medidas Repetidas

Escala/Subescala		Suma de cuadrados	F	P	Eta cuadrada
Percepción de Prácticas de Crianza (madres)					
Estilo Autoritario	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.13	.64 (1,48)	.40	.04
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	.92	.01 (2, 96)	.08	.15
	Tiempo x Grupo	.37	1.17 (2, 96)	.03*	.66
Estilo Democrático	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.13	.64 (1,48)	.40	.04
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	.92	.01 (2, 96)	.08	.15
	Tiempo x Grupo	.37	1.17 (2, 96)	.03*	.66
Percepción de Prácticas de Crianza (hijos)					
Estilo Autoritario	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.18	.13 (1,48)	.71	.00
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	.30	.35 (2,96)	.75	.00
	Tiempo x Grupo	.36	1.61 (2,96)	.20	.03
Estilo Democrático	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.70	2.38 (1,48)	.12	.04
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	.08	1.64 (2,96)	.19	.03
	Tiempo x Grupo	.35	2.05 (2,96)	.13	.04
Prácticas de Crianza Alimentarias					
Peso percibido por la madre	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	1.17	2.09 (1,48)	.15	.04
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	.016	.17(2,96)	.84	.00
	Tiempo x Grupo	.026	.27(2,96)	.75	.00
Preocupación y control por el peso del hijo	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	1.63	.88 (1,48)	.35	.01
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	1.29	1.41 (2,96)	.24	.02
	Tiempo x Grupo	.649	.703 (2,96)	.49	.01
Monitoreo	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.62	.48 (1,48)	.49	.011
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	2.56	2.60 (2, 96)	.05*	.51
	Tiempo x Grupo	.53	.54 (2, 96)	.58	.11
Restricción	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.22	.36 (1,48)	.54	.00

	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	1.30	1.98 (2,96)	.14	.04
	Tiempo x Grupo	.07	.11(2,96)	.89	.00
Presión para comer	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.48	1.28 (1,48)	.01*	.02
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	.001	.002 (2, 96)	.99	.10
	Tiempo x Grupo	.07	.22 (2, 96)	.80	.11
Responsabilidad percibida	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	3.8	6.92 (1,48)	.01*	.50
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	.046	.199 (2, 96)	.82	.50
	Tiempo x Grupo	.11	.48 (2, 96)	.62	.10
Peso percibido del hijo	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.01	.03 (1,48)	.86	.00
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	.14	.96 (2,96)	.38	.02
	Tiempo x Grupo	.06	.45 (2,96)	.63	.01
Indicador control	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.54	.35 (1,48)	.55	.007
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	.20	.21 (2,96)	.80	.004
	Tiempo x Grupo	1.27	1.34 (2,96)	.27	.02
Indicador Manipulación	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.73	.83 (1,48)	.36	.17
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	2.8	4.18 (2, 96)	.01*	.80
	Tiempo x Grupo	1.12	1.66 (2, 96)	.19	.03
Comportamiento Alimentario Infantil					
	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	1.00	.52 (1,48)	.47	.10
Disfrute de los alimentos	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	1.43	1.83 (2,96)	.16	.37
	Tiempo x Grupo	.77	.99 (2,96)	.37	.21
	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.64	.43 (1,48)	.51	.09
Respuesta frente a los alimentos	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	.60	.87 (2,96)	.42	.19
	Tiempo x Grupo	.73	1.05 (2,96)	.35	.23
	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.92	1.73 (1,48)	.19	.25
Sobrealimentación emocional	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento	.36	.94 (2,96)	.39	.20
	Tiempo x Grupo	.52	1.35 (2,96)	.26	.28
Deseo de beber	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	7.70	3.77 (1,48)	.05*	.72

	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	6.08	4.54 (2, 96)	.01*	.83
Respuesta de Saciedad	Tiempo x Grupo	1.77	1.32 (2, 96)	.02*	.28
	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.89	1.94 (1,48)	.17	.35
Lentitud para comer	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	.04	.17 (2, 96)	.84	.40
	Tiempo x Grupo	.61	2.51 (2, 96)	.05*	.56
Subalimentación emocional	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	1.0	.75 (1,48)	.39	.10
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	1.88	3.20 (2, 96)	.04*	.06
Exigencia frente a los alimentos	Tiempo x Grupo	.33	.57 (2, 96)	.56	.01
	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	15.97	25.69 (1,48)	.001*	.34
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	20.60	61.69 (2, 96)	.001*	.56
	Tiempo x Grupo	5.32	11.47 (2, 96)	.001*	.19
	Grupo (Experimental y en Fase de Espera)	.10	.15 (1,48)	.69	.00
	Tiempo (Pre, Post y Seguimiento)	.82	2.94 (2, 96)	.05*	.05
	Tiempo x Grupo	.04	.14 (2, 96)	.86	.00

*p<.05

A continuación se observa gráficamente los resultados de las variables en las que se encontraron efectos principales a través del tiempo o si hubo una interacción de tiempo por grupo.

Prácticas de Crianza

Estilo Autoritario (madres)

En el grupo experimental se observó una diferencia estadísticamente significativa en la variable percepción de prácticas de crianza en el estilo autoritario de las madres, en el seguimiento, en cambio en el grupo en fase de espera no se observaron cambios. Se encontraron efectos principales únicamente de la interacción Tiempo por Grupo.

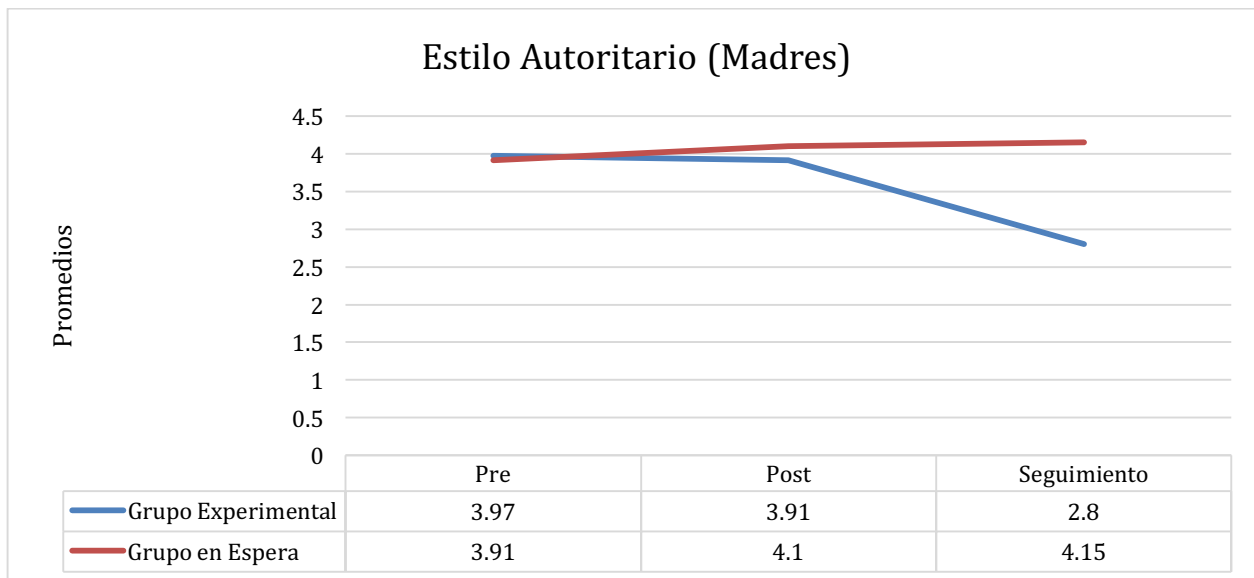


Figura 9. Efecto de la intervención en el Estilo Autoritario de las madres.

Monitoreo

En cuanto a la variable monitoreo, se observaron efectos principales únicamente a través del tiempo.

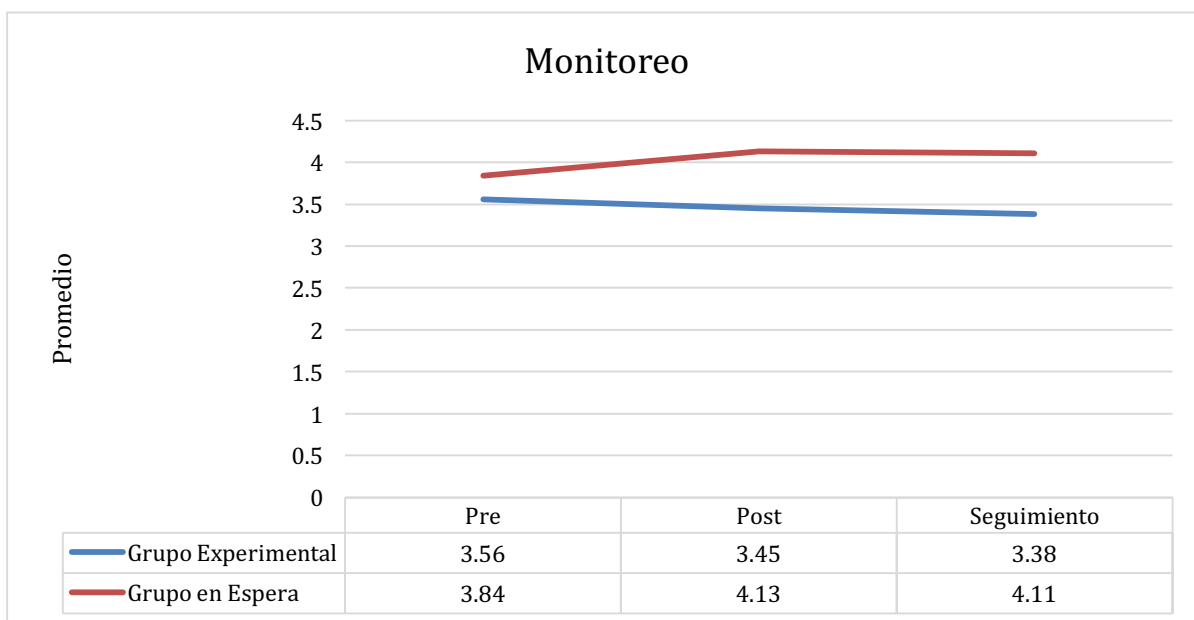


Figura 10. Efecto de la intervención en Monitoreo

Responsabilidad Percibida

En el grupo experimental se observaron cambios estadísticamente significativos en la variable responsabilidad percibida de la pre evaluación al seguimiento. Se observaron efectos únicamente en Grupo

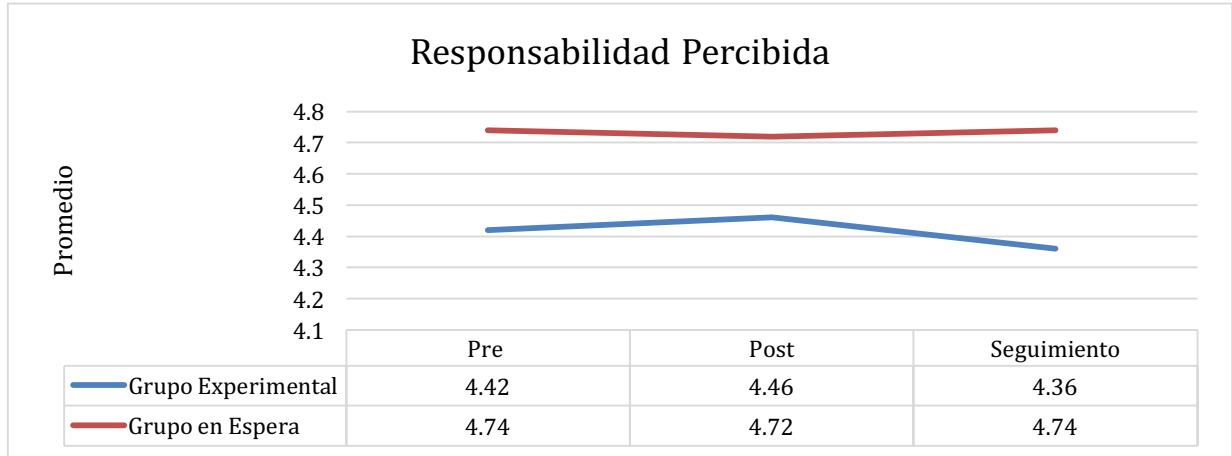


Figura 11. Efecto de la intervención en Responsabilidad percibida

Manipulación

En cuanto a la variable de Manipulación en el grupo experimental existieron cambios estadísticamente significativos de la pre a la post evaluación sin embargo estos cambios no se mantuvieron al seguimiento. Se observaron efectos principales a través del tiempo pero no en grupo ni en interacción tiempo por grupo.

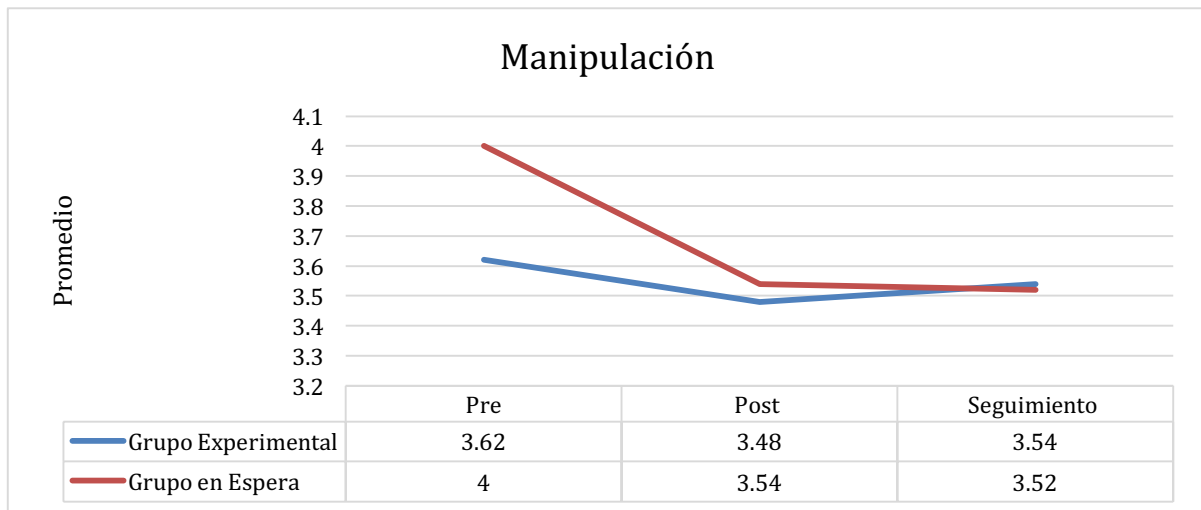


Figura 12. Efecto de la intervención en Manipulación

Comportamiento Alimentario Infantil

Deseo de beber

En cuanto a la variable de Deseo de beber, se observaron efectos principales en grupo, tiempo y en interacción tiempo por grupo.

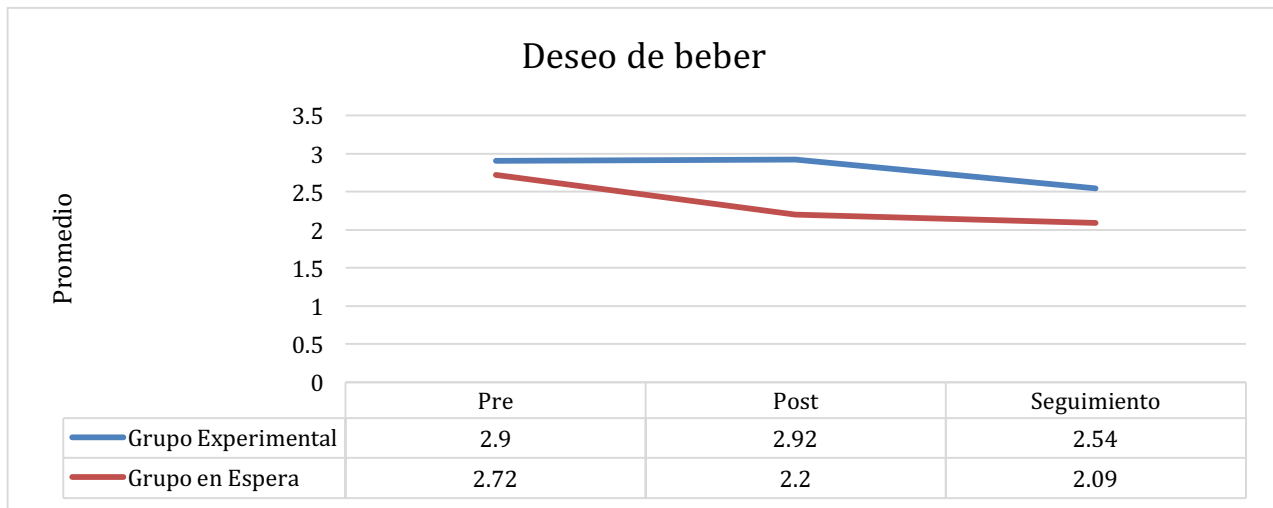


Figura 13. Efecto de la intervención en Deseo de Beber

Respuesta de saciedad

En cuanto a la variable de respuesta de saciedad en el grupo experimental existieron cambios estadísticamente significativos de la pre a la post evaluación sin embargo estos cambios no se mantuvieron al seguimiento. Se observaron efectos principales a través del tiempo pero no en grupo ni en interacción tiempo por grupo.

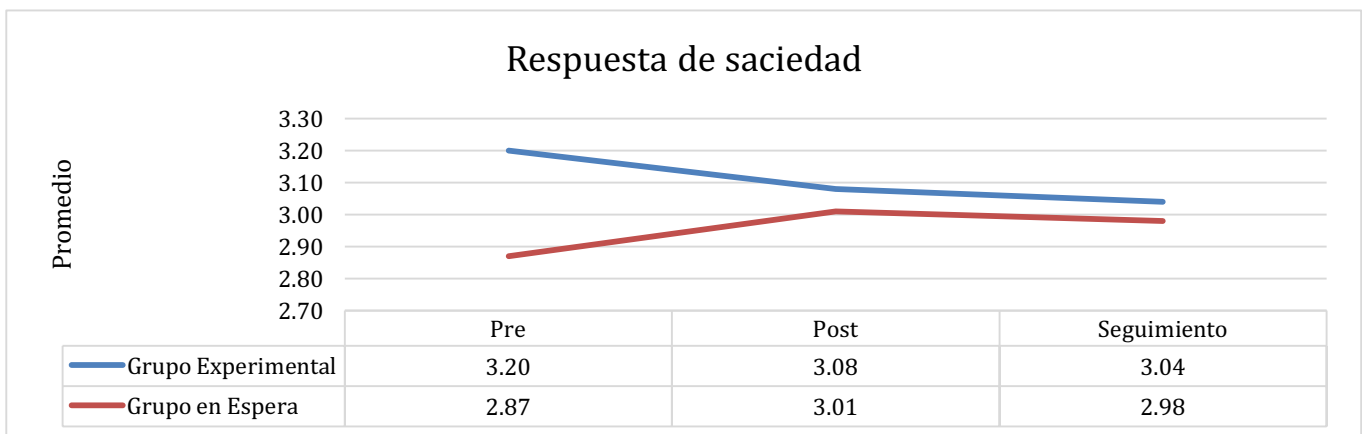


Figura 14. Efecto de la intervención en Respuesta de saciedad

Lentitud para comer

En el grupo experimental se observaron cambios de la pre a la post evaluación, existieron cambios al seguimiento pero no fueron significativos. Se observaron efectos a través del tiempo.

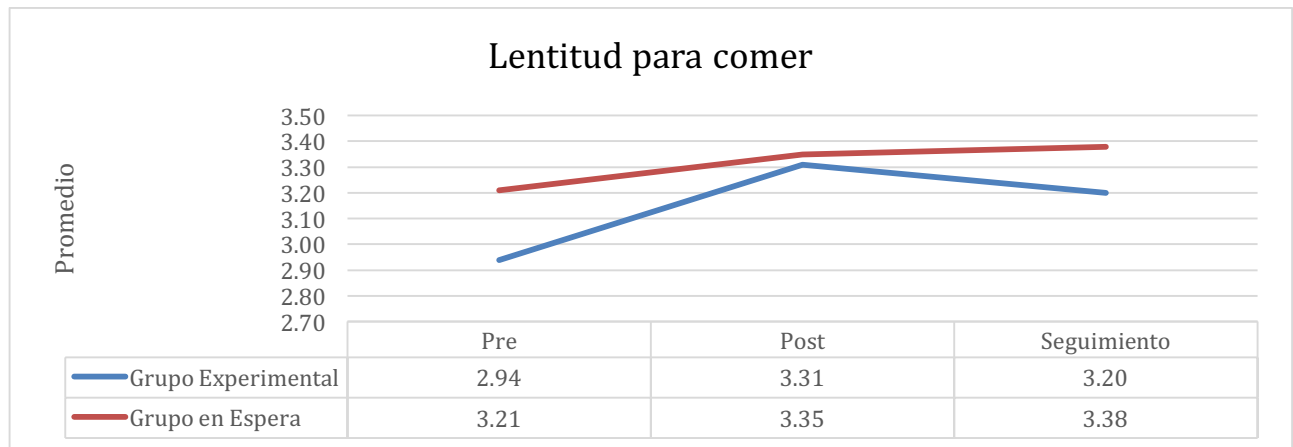


Figura 15. Efecto de la intervención en Lentitud para comer

Subalimentación emocional

En cuanto a la variable de subalimentación emocional en el grupo experimental existieron cambios estadísticamente significativos de la pre a la post evaluación y al seguimiento; sin embargo, también se observaron cambios en el grupo en espera. Se observaron efectos principales en grupo, tiempo y en interacción tiempo por grupo.

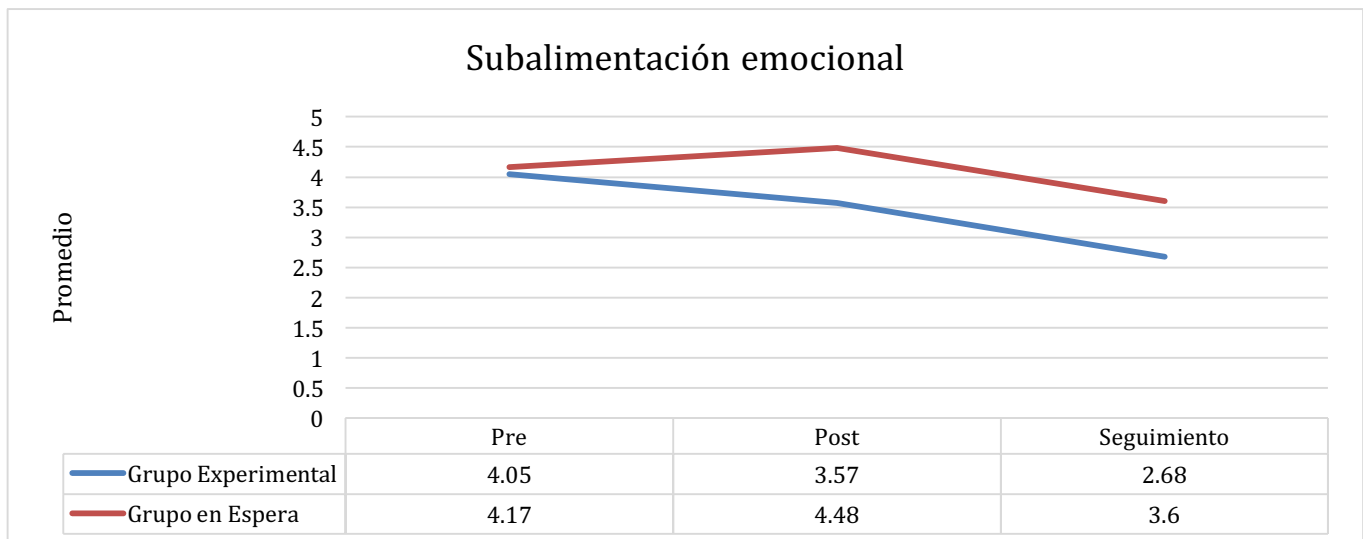


Figura 16. Efecto de la intervención en subalimentación emocional

Exigencia frente a los alimentos

En el grupo experimental se observaron efectos a través del tiempo y no de interacción tiempo por grupo.

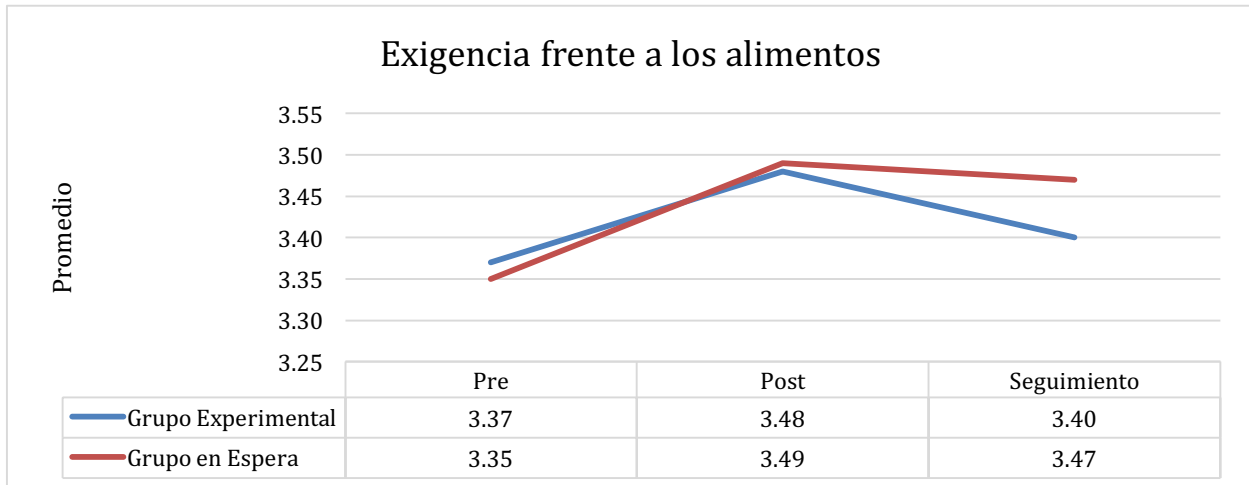


Figura 17. Efectos de la intervención sobre exigencia frente a los alimentos

Tamaño del Efecto

El tamaño del efecto (TE) se define como el grado de generalidad que posee esa superioridad de A sobre B en la población de la que se obtuvo la muestra estudiada. De esta manera, el TE se refiere a la magnitud de un efecto que es, la diferencia entre un tratamiento nuevo A y otro clásico B. Si A es realmente mejor que B, interesa saber en qué medida se espera este fenómeno en la población (347). No es suficiente saber que la mejoría media lograda con A es mayor que la mejoría media lograda con B en un experimento particular. Se necesita saber, además, hasta dónde se puede generalizar este hallazgo cuando se tienen en cuenta las limitaciones del experimento; asimismo se requiere determinar su magnitud o tamaño (347, 348). El TE se ha planteado como un complemento necesario a las pruebas de hipótesis, de esta manera, permite una apreciación más directa de la magnitud de los fenómenos en estudio y ofrece una interpretación más adecuada de los resultados (348).

Dado lo anterior, se calculó el tamaño del efecto por grupo con la siguiente fórmula:

$$TE = \frac{MPRE - MPOST}{DEPROM}$$

Donde:

TE = tamaño del efecto

M_{PRE} = media del grupo con tratamiento en la preprueba.

M_{POST} = media del grupo con tratamiento en la postprueba.

DE_{PROM} = desviación estándar promedio de la preprueba y la postprueba.

De acuerdo con Kazdin (349), un valor de .20 indica un efecto pequeño, de .50 denota un efecto mediano y de .80 indica un efecto grande.

Específicamente en este estudio los resultados del tamaño del efecto en el post test y en el seguimiento para las variables que tuvieron cambios significativos del Grupo Experimental se muestran en la tabla 13.

En la intervención psicoeducativa, sólo presentaron efectos pequeños y medianos en el comportamiento alimentario infantil en las variables: deseo de beber, respuesta de saciedad, subalimentación emocional, lentitud para comer y exigencia frente a los alimentos.

En el seguimiento, el efecto fue pequeño en las prácticas de crianza alimentarias específicamente en la variable de monitoreo, y grande en la percepción de las prácticas de crianza en la variable estilo autoritario de las madres; en el comportamiento alimentario la intervención tuvo un efecto de pequeño a grande en las variables deseo de beber, respuesta de saciedad, y subalimentación emocional.

Tabla 13. *Tamaño del efecto en la post evaluación y en el seguimiento en el Grupo Experimental para las variables de las Madres.*

	M _{PRE}	M _{POST}	M _{SEG}	DE _{POST}	DE _{SEG}	TE _{POST}	TE _{SEG}
Prácticas de Crianza Alimentarias							
Monitoreo	3.56	3.45	3.38	.77	.90	.14	.20
Presión para comer	3.27	3.32	3.42	.47	.46	-.10	-.32
Responsabilidad percibida	4.42	4.46	4.36	.31	.60	-.12	.10
Indicador Manipulación	3.62	3.48	3.54	.81	.74	.17	.10
Percepción de las Prácticas de Crianza (madres)							
Estilo Democrático	4.25	4.22	4.29	.75	.64	.4	.06
Estilo Autoritario	3.97	3.91	2.80	.62	.58	.09	.83
	M _{PRE}	M _{POST}	M _{SEG}	DE _{POST}	DE _{SEG}	TE _{POST}	TE _{SEG}
Comportamiento Alimentario Infantil (reportado por las madres)							
Deseo de beber	2.90	2.92	2.54	.99	.94	.36	.38
Respuesta de saciedad	3.20	3.08	3.04	.49	.31	.24	.51
Lentitud para comer	2.94	3.31	3.20	.86	.86	-.43	-.30
Subalimentación emocional	4.05	3.57	2.68	.67	.49	.71	.81
Exigencia frente a los alimentos	3.37	3.48	3.40	.54	.59	-.20	-.05

MPRE = media del Grupo Experimental en la pre evaluación; MPOST = media del Grupo Experimental en la post evaluación; MSEG = media del Grupo Experimental en el seguimiento; DEPOST = desviación estándar promedio del Grupo Experimental en la pre evaluación y la post evaluación; DESEG = desviación estándar promedio del Grupo Experimental en la pre evaluación y el seguimiento; TEPOST = Tamaño del efecto en la post evaluación; TESEG = tamaño del efecto en el seguimiento.

Capítulo VIII. Discusión y Conclusiones

Discusión

Las prácticas de crianza y el comportamiento alimentario infantil han sido temas explorados en México (61, 326, 329); sin embargo, se han realizado pocos programas de prevención en escolares y sus madres, lo cual es muy relevante dado el problema de desnutrición, sobrepeso y obesidad que se está presentando en la población mexicana.

Las prácticas de crianza alimentarias determinan la interacción que tiene el niño con la alimentación (tipo, cantidad, frecuencia) e incluyen respuestas como el castigo o la permisividad que tiene la madre a la conducta alimentaria del hijo (e. g. el rechazo a un alimento o la subalimentación emocional). Existe evidencia que vincula el tipo de crianza y las prácticas de alimentación con la conducta alimentaria y el peso del niño. Dado lo anterior, tratar de dar un enfoque preventivo a la alimentación en los primeros años es la base para toda la vida, y así tener una adecuada salud y bienestar (350,351).

Las investigaciones e intervenciones basadas en de prácticas de crianza alimentarias como prevención primaria de la obesidad infantil se han centrado en niños en edad pre-escolar, por ello nuestra propuesta fue trabajar con niños de mayor edad, en este caso, en la etapa escolar, que es en la que los escolares pasan por un desarrollo físico y emocional distinto y que también, en conjunto con otras influencias afectan el desarrollo de su conducta alimentaria, su estado nutricional y su interacción y vínculo con la madre.

En el presente estudio se propuso un modelo de prevención, el cual también está basado en el modelo propuesto por Kroller y Warshburger (127, 128). El modelo propuesto para nuestro estudio establece que la diada madre-hijo(a) está inmersa dentro de un ambiente biopsicosocial de la alimentación que incluye diversos cambios como el cuidado de la salud, el nivel socioeconómico, cultura, la influencia de los medios de comunicación entre otros; ahora bien, la madre, quien es parte clave en el desarrollo y crianza del niño y además, quien es pieza fundamental en este contexto alimentario, es quien influye de forma importante en su hijo (a), a través de sus prácticas de crianza alimentarias, ella a su vez se ve influenciada por todo el contexto sociocultural y por sus propias prácticas de crianza, además existe una percepción de las prácticas de crianza tanto de la madre como del hijo(a).

Así partiendo de este modelo se procedió a desarrollar nuestra propuesta de intervención. Coincidimos con Van der Horst (148) en que las intervenciones dirigidas a la promoción de prácticas de crianza alimentarias saludables mejorarán cuando se tenga en cuenta a la diada madre-hijo(a) como eje de cambio y se realice un trabajo con ambos.

Por lo tanto, el presente estudio se enfocó a desarrollar, implementar y evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa sobre las prácticas de crianza y comportamiento alimentario de mujeres con hijos(as) en edad escolar de cuarto grado de primaria ubicadas en Pachuca de Soto, Hidalgo. La intervención psicoeducativa llevó por título AVANZA-CRIANZA “Promoviendo relaciones saludables en familia” y se realizó a través de una prevención universal de corte cognitivo-conductual.

Para cumplir con el objetivo antes señalado, se seleccionó a una muestra de diadas madre-hijo(a), que fueron divididos en dos grupos: en lista de espera y experimental; que fueron evaluados en tres momentos del tiempo: pre test, post test y seguimiento (a los tres meses).

En cuanto a los resultados del pre-test , en el IMC se observó que la mayoría de los niños y madres se encontraron dentro de la normalidad. Asimismo, en el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, con respecto al IMC de los niños. Sin embargo, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (73) se reporta que los niños tienen porcentajes más altos tanto en sobrepeso como en obesidad que las niñas sin embargo, entre nuestros participantes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, aunque se puede observar una tendencia de las niñas a tener un porcentaje mayor en sobrepeso y obesidad.

Nuestro estudio, también encontró que, el IMC de las madres se asoció con el IMC de sus hijos(as), más específicamente las madres con un IMC reportado mayor a lo adecuado (>29.9) tienden a tener hijos con sobrepeso u obesidad. Se ha mencionado en la literatura que esta relación se da debido que los padres proporcionan tanto los genes como el ambiente alimenticio a sus hijos; por lo que a pesar de que la mayoría de nuestra muestra estaba dentro de un IMC normal es necesario observar las prácticas de crianza alimentarias que las madres ejercían sobre sus hijos(as) (220,221).

Dado lo anterior, aunque se ha propuesto una relación compleja entre el IMC y las prácticas de crianza alimentarias de las madres, cada vez está siendo más documentado pruebas de correlación que une las prácticas de alimentación de las madres con el estado nutricional. Sin embargo, esta

relación en muchas ocasiones también depende de la práctica de alimentación implementada por la madre, y la edad del niño, por lo que la direccionalidad de la relación puede variar (145, 153).

Así, los datos en este dominio son contradictorios, ya que algunos estudios han encontrado que el peso de los niños puede ser irrelevante en las prácticas de crianza alimentaria maternas, pero por otro lado, el uso parental de control alimentario ha demostrado que puede influir en el estado nutricional y que puede no ser diferente en los hermanos obesos y no obesos (145).

En nuestro estudio no hubo una reducción y/o cambio estadísticamente significativo en el IMC tanto de las madres como de sus hijos(as) en la post evaluación y en el seguimiento a tres meses. Esta falta de cambio significativo podría sumarse a los datos equívocos en este dominio y que sugeriría que en esta muestra de madres e hijos(as), sus prácticas de alimentación se producen independientemente de la condición de peso de sus hijos. Sin embargo, mientras que el IMC de las madres no cambió a lo largo del tiempo, se observó que las madres aplicaron más presión y manipulación a sus hijos para comer. Estos hallazgos concuerdan con un trabajo previo que sugiere que las madres preocupadas por su propio peso son más propensas a ejercer el control alimentario de sus hijos (208).

En cuanto a la percepción de las prácticas de crianza éstos mostraron que los estilos parentales reportados por madres e hijos son similares, especialmente en el estilo autoritario donde las madres se consideraron más autoritarias de lo que las consideran sus hijos(as).

En este estudio la percepción tanto de las madres como de los niños(as) estuvo más cerca del aspecto positivo que del negativo, ya que el estilo democrático estuvo por arriba de la media teórica el cual corresponde a la interacción positiva y al afecto positivo; es decir, que de acuerdo con la percepción de estos niños(as) las prácticas que sus madres utilizan más frecuentemente son conductas positivas como conversar, consolarlos cuando están tristes, salir de paseo, o expresiones de cariño como abrazarlos y besarlos.

En segundo lugar de acuerdo con las medias teóricas, estuvo el estilo autoritario el cual se refiere a ciertas formas de disciplina y control, que son en cierto modo aversivas (exigen, golpean imponen castigos cuando desobedecen) o restrictivas (establecer límites o les piden hacer lo que ellos dicen) y que también, tanto para las puntuaciones de la madres como de los niños(as) estuvo por

arriba de la media teórica, lo cual indica que también son prácticas utilizadas por las madres con cierta frecuencia, según la percepción de ambos.

Rodríguez, quien se basa en Halverson (260) explica que para los niños mientras más pequeños no les es fácil comparar a sus padres con otros y, por tanto, categorizan con menor precisión las conductas parentales. En apoyo a esta interpretación existen otras investigaciones (341, 352) en niños escolares en México, en donde se encontró que los niños percibían a sus madres como autoritarias o no autoritarias, sin distinguir conceptos más específicos.

También se ha señalado que, a menor edad, el compromiso, el interés y la implicación parental se identifican más como calidez que como intrusión, que es como suele ocurrir más tardíamente en la adolescencia (260).

La similitud en la percepción de padres, madres e hijos corresponde con los hallazgos de un estudio realizado en el Estado de Yucatán por Flores y colaboradores (353), quienes encontraron un alto grado de coincidencia entre la crianza de los padres y las madres, y también que los niños de primaria perciben prácticas semejantes en sus papás y mamás. Los autores refieren que existen las mismas tendencias y una congruencia en la manera de llevar a cabo la crianza en los integrantes de la familia, que se inclinan a estar de acuerdo. Los datos del presente estudio también coinciden con una investigación entre adolescentes de Buenos Aires realizada por Casullo y Fernández (354) en la que se verificó un grado considerable y significativo de consistencia en el ejercicio de la parentalidad en cuanto a los niveles de control, castigo y aceptación impartidos por los padres, así como estabilidad temporal de tales comportamientos en ambos progenitores.

Ahora bien, respecto a los resultados de las prácticas de crianza alimentarias de la pre evaluación de esta investigación son similares a algunos estudios llevados a cabo anteriormente en México (225,324,329). Por ejemplo, Guzmán (329) encontró en una muestra de mujeres con hijos adolescentes, que la manipulación fue alta, esto es consistente con este estudio. Los resultados evidencian que las madres ofrecen a sus hijos su comida favorita a cambio de que se porten bien (esto puede ser un factor de riesgo para la obesidad).

Además en la muestra de Guzmán (329) también se encontró que las madres percibían poca responsabilidad y preocupación por el peso del hijo, respecto a ingerir alimentos altos en grasas o golosinas. Esto último difiere de los resultados encontrados en este estudio debido a que se mostró

alta responsabilidad percibida en las madres, lo que puede ser un factor de protección para evitar en el niño(a) el desarrollo de un trastorno alimentario.

De igual manera, en esta investigación se observó que las variables restricción y presión para comer, tuvieron puntajes por arriba de la media teórica, lo que está asociado con un mayor IMC en niños. En cuanto a esto, un estudio con madres latinas demostró que la asociación entre la restricción materna con el IMC del niño (356) puede favorecer el sobrepeso en los niños, al desalentar el desarrollo de patrones de alimentación saludable (por ejemplo haciendo caso a las señales internas), en lugar de enseñarles a comer en respuesta a las señales externas. En este sentido, también Navarro (225) reportó que las madres mexicanas, en primer lugar se preocupan por el peso de sus hijos y tratan de controlar que éstos coman, después, sigue el monitoreo que va de la mano con el control, para que, al final, aparezcan los factores de restricción y presión para comer, los cuales se dan en muy pequeña escala.

Los hallazgos de este estudio coinciden con los hallazgos de una investigación realizada en el estado de Hidalgo, en la que se relacionaron las prácticas de crianza alimentarias, con el estado nutricional de los niños, en cuanto a que las madres presentaron alta responsabilidad percibida, además de alta preocupación y control del peso del niño y alta presión para comer (229).

En este sentido, resulta necesario diseñar estrategias de alimentación diferentes al control para dotar a las madres de herramientas alternativas para monitorear la alimentación de sus hijos(as) sin llegar al control extremo que ocasiona que se afecte el desarrollo de su ingesta de consumo de alimentos (43) o que, por otro lado, se usen técnicas como la manipulación o permisividad para que los niños coman alimentos saludables que tienen una ganancia a corto plazo en cuanto al consumo, pero que resulta contraproducente para una meta a largo plazo como el establecimiento de hábitos saludables de alimentación. De esta manera, es necesario investigar el efecto que tiene la disponibilidad de determinados alimentos en casa.

Ahora bien, en los resultados del pre-test para la variable de comportamiento alimentario infantil, diversos investigadores han indagado la relación entre las prácticas de crianza, la etapa de desarrollo del niño y el comportamiento alimentario. En este sentido, se observó que en los puntajes de las dimensiones positivas frente a la ingesta: respuesta frente a los alimentos y sobrealimentación emocional se encontraron muy por arriba de la media teórica (que fue tres). Por otro lado, se encontró que en las dimensiones negativas frente a la ingesta, las subescalas de respuesta de saciedad,

subalimentación emocional, y exigencia frente a los alimentos se encontraron también por arriba de la media teórica.

Estos resultados son consistentes con otros en los que se demostró que los niños obesos tienden a comer más rápido y que son menos sensibles a las señales de saciedad internas y más sensibles a las señales externas de los alimentos que los niños con peso saludable. Además se ha observado una subalimentación emocional tanto en grupos de niños escolares obesos como de bajo peso, sin embargo, se necesita más investigación para determinar si se trata de un verdadero efecto del comer en exceso (151).

En este sentido, Viana y colaboradores (357) examinaron la asociación entre las puntuaciones del CEBQ y el IMC en 240 niños portugueses de entre 3 y 13 años de edad, encontrando que todas las subescalas se asociaron significativamente con el IMC-Z. También han sido publicados diferentes estudios sobre la relación entre la conducta alimentaria infantil y familiar e indicadores antropométricos de obesidad que han encontrado correlaciones entre el IMC infantil y la estimulación de ingesta (358).

Un perfil de alimentación caracterizado por la respuesta a los alimentos, disfrute de los alimentos, sobrealimentación emocional, menor respuesta de saciedad y exigencia frente a los alimentos, fue encontrado en una muestra de niños británicos 7 a 12 años de edad,. Se obtuvieron resultados similares en nuestro estudio donde también se encontró una mayor respuesta hacia los alimentos y sobrealimentación emocional; sin embargo observamos puntuaciones altas en la respuesta de saciedad (316).

Estos hallazgos podrían deberse a que para algunos niños, el ver una alimentación materna, los hábitos saludables o no saludables, como consecuencia de las señales emocionales puede causar que haga lo mismo, en este caso comer por diferentes emociones. Sin embargo, la exigencia frente a los alimentos puede, por el contrario, deberse al modelado de la madre pero, enfocándose más en dejar de comer. Estos efectos, podrían reflejar el funcionamiento del vínculo y la interacción entre la madre y el niño

Ahora bien, para evaluar el efecto de la intervención sobre las prácticas de crianza y el comportamiento alimentario de los niños(as) se utilizaron pruebas de significancia estadística para conocer los parámetros en los que se encontraban estas variables antes, después y a los tres meses

de su participación en la intervención psicoeducativa; mediante análisis de ANOVA's de una vía y ANOVA's de medidas repetidas.

En los resultados de las variables de percepción y prácticas de crianza de las madres se encontraron efectos principales de tiempo por grupo para la percepción de las prácticas de crianza en la variables: estilo autoritario; en las prácticas de crianza alimentarias, en la variable de monitoreo; además se encontraron efectos en grupo en las variables presión para comer y responsabilidad percibida, también se presentaron efectos de tiempo en la variable manipulación.

Los resultados del presente estudio son congruentes con los reportados por Essery y colaboradores (337) en una muestra de 92 madres participantes y sus hijos(as) de 2 a 4 años de edad, repartidos en tres grupos, en este estudio también se abordaron contenidos sobre prácticas de crianza, nutrición y hábitos saludables además de actividad física. En cuanto a las prácticas de crianza, en éste programa únicamente se redujo significativamente la presión para comer. Como resultado de la intervención del estudio no hubo diferencias significativas entre los tres grupos intervenidos. En nuestro estudio hubo cambios significativos en las practicas de crianza alimentarias en las variables de monitoreo, responsabilidad percibida y manipulación sin embargo no hubo cambios en la presión para comer ejercida por las madres.

En otro estudio reportado por Burrows y colaboradores (317) en una muestra de 159 familias con niños de 5 a 7 años de edad, el cual es similar al presente estudio, se abordaron contenidos sobre prácticas de crianza alimentarias, uso de recompensas, cambios conductuales además de desarrollo de habilidades en actividad física. En cuanto a los resultados se observó una disminución significativa en la presión para comer en el seguimiento tanto en el grupo intervenido como en el control y la restricción disminuyó solamente en los grupos intervenidos.

La presente investigación es similar a éste estudio ya que se abordaron contenidos similares en las sesiones como juego de roles, estrategias parentales basadas en cambios conductuales y los reforzadores positivos, sin embargo en nuestro estudio no se logró incidir en la presión para comer, en la cual no hubo cambios estadísticamente significativos, lo anterior se podría deber a que se trabajó con niños de diferente edad y en una etapa de desarrollo distinta por lo que posiblemente se necesita más sesiones para trabajar únicamente con las madres y poder incidir en sus prácticas de crianza.

Respecto a las hipótesis estadísticas se puede aceptar la hipótesis alterna que señala que en las madres del grupo experimental existieron diferencias estadísticamente significativas entre la pre, post evaluación y el seguimiento en comparación con las madres del grupo en fase de espera de la primaria pública que participaron en la intervención psicoeducativa.

En cambio en los resultados obtenidos con los hijos(as) podría aceptarse la hipótesis nula, ya que no se obtuvieron cambios significativos positivos en la percepción de las prácticas de crianza de sus madres, así como en el comportamiento alimentario de los menores después de su participación en esta intervención; en este sentido los resultados fueron muy semejantes a los obtenidos en el grupo en lista de espera ya que no hubo cambios después de la intervención psicoeducativa.

Una explicación a esto podría ser que tanto las madres como los niños estuvieron en todas las sesiones por lo que el contenido de las mismas podría no haberse adecuado totalmente a los menores dificultando los cambios en las puntuaciones de los participantes después de la intervención.

Por otro lado, específicamente en las variables evaluadas en las madres del grupo experimental se lograron cambios positivos en las madres del grupo experimental a diferencia del grupo en fase espera obteniéndose en la post evaluación un cambio positivo sobre las prácticas de crianza y comportamiento alimentario en comparación con el grupo de espera.

Del mismo modo, en las variables evaluadas en las madres del grupo experimental no se lograron cambios favorables en las variables de percepción de crianza: estilo democrático y en las prácticas alimentarias: preocupación y control del peso del hijo, restricción, presión para comer y control en la alimentación y manipulación; esto puede deberse a que no hubo impacto en las madres sobre estos contenidos por lo que se tendría que hacer una revisión detallada de cada una de las sesiones de la intervención de tal manera que se realicen ajustes para incidir sobre estas variables y que exista un mayor cambio en las prácticas alimentarias de las madres.

Ahora bien, las contradicciones en los resultados obtenidos en la presente investigación, en cuanto a que se mostraron cambios positivos en algunas de las variables medidas en las madres, pero no así en sus hijos(as), pueden deberse a las diferentes actividades que se incluyen en cada una de las sesiones de este programas de prevención, por lo que sería conveniente diseñar un estudio para evaluar el impacto de cada sesión del programas, lo cual permitiría conocer cuáles son los temas que tuvieron mayor efecto positivo en las variables estudiadas tanto en la madre como en los menores.

Las familias y en éste caso las madres pueden ser sensibles al formato de las sesiones. Además, la flexibilidad de los temas tratados permitió a las madres obtener información directamente de lo que sucedía en casa, sus problemas y la configuración del grupo que se formó durante toda la intervención por lo que esto también ayudó tanto a las madres como a sus hijos a sentirse mejor sobre diferentes problemáticas que sucedían entorno al comportamiento alimentario de los menores.

Ahora bien, en otro estudio llevado a cabo por Bender y colaboradores (312) en una muestra de 33 diadas madre-hijo(a) en los resultados se encontró que después de la intervención, el consumo de bebidas azucaradas disminuyó significativamente. El consumo de agua aumentó, sin embargo en el segundo seguimiento el consumo de refrescos y jugos volvió a sus niveles basales, mientras que el consumo de agua y leche se mantuvieron altos. En nuestro estudio el consumo de bebidas azúcaradas también disminuyó en la post evaluación. En otra investigación reportada por O'Dwyer y colaboradores (310) con una muestra de 336 padres y madres y sus hijos(as) hubo un cambio significativo en la frecuencia de ofrecer agua al niño, además del comportamiento saludable de los padres; en nuestro estudio hubo cambios significativos en el deseo de beber bebidas azucaradas en la post evaluación sin embargo volvió a aumentar en el seguimiento.

Además, en otro estudio con una muestra de 20 familias después de su intervención encontraron una mejora en el apetito de los niños y el disfrute de los alimentos, aunque estos no se mantuvieron después del seguimiento pero fueron superiores a los niveles previos a la intervención (111). En nuestro estudio hubo cambios estadísticamente significativos en el disfrute de los alimentos, los cuales son los factores positivos frente al comportamiento alimentario y son semejantes al estudio anterior.

Asimismo, nuestro estudio es consistente con un estudio reportado por Jull y colaboradores(400) en una muestra de 67 madres y sus hijos(as) de 8 a 10 años de edad en el que se abordaron contenidos sobre estilos saludables, preparación y elección de la comida. En este estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos intervenidos; se midieron los comportamientos alimentarios de los niños los cuales cambiaron significativamente en las dimensiones positivas como en nuestro estudio sin embargo la subalimentación se mantuvo.

Con relación al tamaño del efecto los resultados indican que fue de mediano ($>.50$) a pequeño ($>.20$); asimismo, los mayores cambios se dieron en las variables evaluadas en las madres, es decir,

en la percepción de las prácticas de crianza y las prácticas alimentarias. Los resultados muestran que el programa de prevención aplicado a las madres con hijos en edad escolar de cuarto grado de primaria provocó más cambios en el comportamiento alimentario en comparación con las prácticas de crianza.

Estos efectos podrían deberse al contenido de las sesiones las cuales no sólo involucraban prácticas de crianza sino también contenidos sobre nutrición y aspectos emocionales relacionados con la alimentación (sub y sobre alimentación emocional) que también fueron medidos con el CEBQ) por lo que probablemente esta sería la causa de mayores cambios en el comportamiento alimentario infantil.

En cuanto al tamaño del efecto en los resultados se observaron cambios en las variables que se midieron en los hijos no hubo efectos de la intervención por lo que es necesario hacer más sesiones de impacto en las prácticas de crianza con dinámicas focalizadas a los niños en los cuales puedan ser mas receptivos a la información.

Se obtuvieron valores negativos en la variable presión para comer, lentitud para comer, y exigencia frente a los alimentos ya que las medias teóricas aumentaron después de la intervención en vez de disminuir; por lo que se podría interpretar que las madres posiblemente tomaron el contenido de las sesiones de manera tal que se presionaron a ellas mismas a hacer un mayor trabajo con sus hijos presionando y teniendo un mayor control sobre su conducta alimentaria; se sugiere revisar que sucedió en estos temas y la dinámica que se llevó a cabo tanto con las madres como con los niños(as) para evitar esto en una futura intervención.

Fortalezas

El presente estudio tiene importantes implicaciones para el trabajo con las madres de niños escolares. Primeramente, las prácticas de crianza alimentarias de los padres son algunos de los factores más modificables que se relacionan con el desarrollo de conductas de alimentación infantil que podrían conducir a posteriores problemas alimentarios o con sobrepeso u obesidad. Las intervenciones preventivas se pueden desarrollar para que las familias puedan adaptarse en consecuencia y crear la mejor alimentación posible y entorno de socioafectivo y de bienestar para sus hijos.

Asimismo, debido a que las prácticas de crianza es uno de los factores sociofamiliares que incide en las conductas alimentarias el programa se dirigió a trabajar principalmente tanto a las madres como a los niños, ya que la madre es quien más está implicada en el proceso de desarrollo y alimentación del niño por lo que se consideró un punto clave para considerar que la intervención pudiera ser más efectiva en relación a la prevención de hábitos y prácticas alimentarias no saludables (357, 358).

En este sentido se decidió trabajar tanto con la madre como con el niño en las diferentes sesiones, tratando de que hubiera una mayor interacción entre ambas partes, dando estrategias para una conducta más saludable y de bienestar en las diadas.

Otra fortaleza del presente estudio es que se incluyó estrategias parentales de crianza, factores emocionales y sociales en los cuales tanto la madre como el niño pudieran interactuar de una manera más cercana. El programa de prevención demostró que es posible modificar las prácticas de crianza alimentarias y el comportamiento alimentario del niño no solamente hablando de la parte nutricional sino viendo tanto a la madre como al niño desde un enfoque biopsicosocial.

Los resultados son alentadores y apoyan la idea de continuar los esfuerzos de prevención universal con participantes prepuberales y sus madres para confirmar los hallazgos de este estudio. Así, la prevención universal tiene varias ventajas. Primero, tiene el potencial de ayudar a los participantes por medio de la prevención primaria. Segundo, puede ayudar a madres y niños a partir de intervenciones dirigidas a toda la población a través de información interactiva (358).

Se desarrolló y evaluó un programa de diez sesiones, orientado para ayudar a los participantes a reconocer sus fortalezas y a valorar sus competencias. En este sentido, Stice y Shaw (361) han establecido que los programas multisesión se asocian con más efectos en los participantes, en comparación con los programas de una sesión.

De igual manera los resultados de este estudio pueden constituir un paso en examinar la influencia de los padres sobre sus hijos en el comportamiento alimentario y las prácticas de crianza alimentarias con el fin de buscar mecanismos para la prevención de los problemas nutricionales y, quizás, para los trastornos de la conducta alimentaria.

Limitaciones

Aunque los resultados encontrados son alentadores, existen algunas limitaciones se deben considerar al interpretar los hallazgos de la presente investigación.

Primeramente no fue posible asignar al azar a los participantes en los grupos, ya que como se trabajó con grupos de una escuela primaria, estos ya estaban formados previamente al estudio por lo que esto pudo haber incidido en los resultados de la investigación.

La muestra fue pequeña y homogénea por lo que es posible que se hubieran detectado efectos más positivos y generalizables del programa con una muestra más grande; por lo anterior, para detectar un tamaño del efecto alto, con un poder del 95% se requieren aproximadamente 34 participantes por grupo (362). En el presente estudio los grupos Experimental y en Fase de Espera estuvieron conformados por 25 diadas madre-hijo(a) cada uno, por lo que el tamaño de la muestra pudo haber sido una limitante para detectar efectos más significativos.

A pesar de que las actividades fueron adaptadas para que en cada sesión se trabajara tanto con las madres como con los niños, no existieron efectos significativos en los menores; en este sentido, sería recomendable adaptar el contenido de las sesiones para ellos o en dado caso utilizar otra escala para evaluar esta dimensión en los niños.

Desafortunadamente, en nuestra investigación se encontró evidencia de efectos nocivos de la intervención en los participantes en las variables de presión para comer, lentitud para comer, y exigencia frente a los alimentos ya que las medias teóricas aumentaron después de la intervención en vez de disminuir.

Sugerencias

Es importante replicar el estudio con una muestra más amplia, que incluya estudiantes y sus madres de diferentes tipos de escuelas (públicas y privadas), lo cual permitiría aumentar el poder estadístico y la posibilidad de generalización de los resultados.

Es necesario, para futuras investigaciones, que además de aplicar cuestionarios de autoinforme, en una futura intervención, se utilicen entrevistas diagnósticas a profundidad para hacer

un mayor análisis de los resultados, ya que éstas brindan una evaluación más precisa. Asimismo, las entrevistas permitirían conformar con precisión diferentes grupos con los que se podría trabajar.

En el caso presente queda la duda acerca de si las madres se creen más autoritarias aunque en el hacer real sean más permisivas; una posibilidad es que su percepción puede ir por un lado y la conducta real por otro.

Sería muy importante elaborar un instrumento que, respecto a lo alimentario, discrimine los estilos educativos de los padres con conductas típicas principalmente en familias reconstituidas o de padres separados, por ser estas unas modalidades de familia que van en aumento y que por sus características pueden exhibir comportamientos diferenciales.

Incrementar las sesiones del programa psicoeducativa de corte cognitivo conductual, así como su duración, en las que se trabaje con mayor profundidad la interacción entre la diada madre-hijo y las prácticas alimentarias.

Asimismo, es importante llevar un seguimiento seis meses y doce meses después de la intervención para observar si los factores protectores que se dieron a conocer durante las sesiones se mantuvieron en los participantes.

Complementar el programa psicoeducativo con herramientas dirigidas específicamente a la prevención de la obesidad como actividad física, nutrición y el factor emocional.

Además, sería significativo realizar estudios de este tipo agregando en un futuro a los padres, es decir trabajando con toda la familia en conjunto ya que como se ha venido observando la familia juega un rol preponderante en los TCA.

Concientizar más a las autoridades y profesores de las escuelas sobre la importancia de estos programas para beneficio de los niños y familias. Trabajar de manera multidisciplinar en conjunto con otros profesionales de la salud.

Conclusiones

Los hallazgos de la presente investigación conducen a las conclusiones que a continuación se plantean.

Las intervenciones de prevención universal pueden prevenir practicas de crianza no saludables en madres provocando cambios positivos en sus conductas y en el comportamiento alimentario de los niños. La intervención psicoeducativa que se basa en técnicas cognitivo-conductuales enfatizó la enseñanza de estrategias de una forma interactiva, basadas en la familia que promoviera cambios y conductas positivos relacionados con la alimentación, en donde se plantearan temas con un enfoque multidisciplinario en el que no solamente se dieran herramientas a las madres sino a la diada en conjunto como una forma novedosa de intervenir a la madre y al niño.

La intervención cognitivo-conductual promovió cambios positivos pero solo fueron evidentes en las madres y no en los escolares.

Se observó una reducción de las prácticas de crianza alimentarias no saludables aunque éstas no fueron significativas y aumentaron las prácticas saludables, ya que las actividades incluidas en la intervención permitieron a las madres diferenciarlas y que examinaran qué estrategias estaban utilizando en casa.

El programa de prevención demostró que es posible modificar las prácticas de crianza y el comportamiento alimentario de los niños sin embargo no en todas las variables se mantuvieron los cambios después del seguimiento.

Los resultados apoyan la idea de continuar los esfuerzos de prevención universal con esta población en especial con la diada madre-hijo(a) y en futuro con la familia ya que son parte vital de la salud de los niños.

En el hogar, el contexto familiar, el que más incide en la formación de la personalidad del individuo, de su estilo de vida, y son los padres los que mayor injerencia tienen en ello, por lo tanto es allí, que se podrá intervenir la situación nutricional de las nuevas generaciones, lo cual implica inversión en educación a padres niños, niñas y adolescentes de lo que representan sus propios hábitos, comportamientos y también actitudes hacia una alimentación más sana.

El soporte familiar es fundamental para la prevención y el tratamiento de la desnutrición y la obesidad, pero este soporte debe darse inicialmente a la familia, y fundamentalmente a los padres para que orienten de manera adecuada a sus hijos en los aspectos relacionados con la alimentación, la nutrición y las emociones vinculadas.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Black MM. ¿ Cómo alimentar a los niños ? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):373-378.
2. Amarante V, Arim R, Severi C, Vigorito A, Aldabe I. El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias. Resultados de una encuesta sobre situación nutricional en escolares de primer año. Uruguay: Zona Libro; 2007.
3. Silva C, Jiménez BE, Hernández A. Factores Relacionados con las Prácticas Maternas de Control Alimentario en Preescolares. *Acta Investig Psicológica*. 2013;3(3):1298–1310.
4. Mamun AA, Lawlor DA, O’Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM. Positive Maternal Attitude to the Family Eating Together Decreases the Risk of Adolescent Overweight. *Obes Res*. 2005;13(8):1422–1430.
5. Birch LL, Ventura AK. Preventing childhood obesity: what works? *Int J Obes*. 2009;33(1): 74–81.
6. Alarcón M, García J, Romero P, Cortés A. Prácticas alimentarias: Relación con el consumo y estado nutricio infantil. *Rev Salud Pública y Nutr*. 2008;9(2).
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF México [Internet]. [cited 2015 Jun 5]. Available from: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6901.htm
8. Berger KS. *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. 7ª edición. Ed. Médica Panamericana; 2007.
9. Piaget J. *Seis estudios de psicología*. México. Ed. Labor; 1992.
10. Freud A. *Normalidad y patología en la niñez: evaluación del desarrollo*. México. Ed. Paidós; 1993.
11. Rushdoony RJ. *El concepto del niño* En: Rushdoony RJ. *Esquizofrenia Intelectual*. Cultura, Crisis y Educación. Phillipsburg, New Jersey: Presbyterian and Reformed Publishing Co; 1980.
12. Shaffer DR. *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México. Ediciones Paraninfo; 2007.
13. Vigotsky LS. *Psicología y pedagogía*. México. Editorial AKA; 2004.
14. Posada-Díaz A, Gómez-Ramírez JF, Ramírez-Gómez H. *El Niño Sano*. 3ª edición. México Ed. Médica Panamericana; 2005.
15. Santrock JW. *Desarrollo Infantil*. 11ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2007.
16. Craig GJ, Baucum D. *Desarrollo psicológico*. 9ª edición. México. Ed. Pearson; 2009.
17. Pilamala-Rosales, LG. Evaluación del estado nutricional en relación a los hábitos alimentarios de las madres de familia de la escuela 5 de junio del Cantón Ambato en el período junio-septiembre 2012. [Reporte de Investigación]: Ecuador. Universidad Técnica de Ambato; 2013.
18. Rodríguez CM. Estado nutricional y orientación nutricional en estudiantes de ballet de nivel elemental. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2008; (7) 870-902.
19. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. *Nutrición*. 2013 [Internet]. [cited 2015 Feb 9]. Available from: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_4050.html
20. Bourges H. La alimentación y la nutrición en México. *Comercio exterior*. 2001; 897-904.
21. Ramos N. Hambre, saciedad y apetito. Su repercusión en el estado de nutrición de los individuos. *Nutr Clínica*. 2002; 5(4):296-308.
22. Rodríguez HB. *Nutrición y vida*. México. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes; 2004.
23. Hernández A, Gómez-Peresmitré G, Cuevas C. Relación entre dieta-atracción y práctica de actividad física. *Psicol y salud*. 2012; 22(1):99–106.
24. Meléndez G. Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar México. Ed. Médica Panamericana; 2008.
25. Organización Mundial de la Salud | Sobrepeso y obesidad infantiles. World Health Organization; [cited 2016 Mar 4]; Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

26. Alegre MG. Obesidad y Desnutricion en la Infancia. Reflejos de la pobreza. [Reporte de investigación]:Colombia. Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas;2005.
27. Kaufer-Horwitz M, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008; 65:502-518..
28. Ruilova EJ. Desnutrición y obesidad en niños de 6 a 10 años de la Escuela Particular Francisco Javier de la zona urbana marginal de Guayaquil en el periodo de Octubre del 2013 a Marzo de 2014. [Tesis]: Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2014.
29. Almanzar R, Díaz C. Valoración nutricional en niños de 5-10 años en 2 escuelas y 3 colegios de una demarcación geográfica, 2008. Cienc Soc. 2011; 36(3):441–9.
30. Organización Mundial de la Salud | El departamento de nutrición. WHO. World Health Organization; 2013;
31. Cervera SB, Campos I, Rojas R. Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. Gac Med Mex. 2010;146:397–407.
32. Peso saludable: Evalúe su peso | DNPAO | CDC. [cited 2015 Feb 9]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/index.html>
33. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Lineamientos de la estrategia integral de asistencia social alimentaria. DIF. 2013
34. Dávila-Torres J, González-Izquierdo J, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(2):240–9.
35. Romeo M, Wärnberg A. Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. Pediatría integral. 2007;11(4):297-304.
36. Molina M, Joaquín J, Antonio SC, Mikel ZD, López O, Jesús M, et al. Evaluación del estado nutricional en niños y jóvenes escolarizados en Granada. 2009;29(1):26–32.
37. Ávila H, Barrera E. Evaluación del estado de nutrición. Nutr Médica. 2000;470–92.
38. Casanueva E, Roselló-Soberón M, Unikel-Santoncini C. Alimentación y nutrición del adolescente. En Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Perez-Lizaur A.B, Arroyo P. Nutriología Médica, 3ª ed. México, Ed. Médica Panamericana; 2008.
39. Ramírez E, Negrete N, Tijerina A. El peso corporal saludable: definición y cálculo en diferentes grupos de edad. Revista salud pública y nutrición. 2012; 13(4):1-8.
40. Quiroz, H. Evaluación antropométrica en niños y adolescentes (0 a 18 años 11 meses de edad).
41. Alvarez M, Monsalve C. Aproximación al sistema alimentario y su relación con el estado nutricional de los escolares en situación de desplazamiento forzoso de la escuela, las estancias - Medellín [Tesis]: Colombia. Universidad de Antioquia; 2008.
42. Vásquez-Garibay EM, Romero-Velarde E. Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida: Parte II. Preescolares, escolares y adolescentes. Boletín médico del Hosp. 2008;65:9–10.
43. Birch LL. Development of food preferences. Annu Rev Nutr. 1999 J;19:41–62.
44. O'Connor ME, Szekely LJ. Frequent Breastfeeding and Food Refusal Associated with Failure to Thrive: A Manifestation of the Vulnerable Child Syndrome. Clin Pediatr (Phila). 2001;40(1):27–33.
45. Dewey KG. Nutrition, Growth, and Complementary Feeding of The Brestfed Infant. Pediatr Clin North Am. 2001; 48(1):87–104.
46. Flores-Huerta S, Martínez-Andrade G, Toussaint G, Adell-Gras A, Copto-García A. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: Bases técnicas. Bol Med Hosp Infant Mex. 2015; 63(2):129–44.
47. Faith MS, Heshka S, Keller KL, Sherry B, Matz PE, Pietrobelli A, et al. Maternal-Child Feeding Patterns and Child Body Weight.Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:926–32.
48. Farrow C V, Blissett JM. Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? Obes Res. 2005;13(11):1999–2005.
49. Vásquez EM, Navarro ME, Romero E, Vizmanos B. Hábitos de alimentación en niños con desnutrición proteico calórica primaria y secundaria grave. Bol méd Hosp Infant Méx. 2015;

- 56(10):543–9.
50. Castillo JR, Rams A, Castillo A, Rizo R, Cádiz A. Lactancia materna e inmunidad: Impacto social. *MEDISAN*. 2009;13(4).
 51. Organización Mundial de la Salud | Desafíos. World Health Organization; [cited 2015 Feb 9]; Available from: <http://www.who.int/nutrition/challenges/es/>
 52. Maier A, Chabanet C, Schaal B, Leathwood P, Issanchou S. Food-related sensory experience from birth through weaning: contrasted patterns in two nearby European regions. *Appetite*. 2007;49(2):429–40.
 53. Maier A, Chabanet C, Schaal B, Issanchou S, Leathwood P. Effects of repeated exposure on acceptance of initially disliked vegetables in 7-month old infants. *Food Qual Prefer*. 2007;18(8):1023–32.
 54. Gupta H, Gupta P. Fruit drinks how healthy and safe? *Indian Pediatr*. 2008; 45(3):215–7.
 55. Kleinman RE, Hall S, Green H, Korzec-Ramirez D, Patton K, Pagano ME, et al. Diet, breakfast, and academic performance in children. *Ann Nutr Metab*. 2002; 46 (1):24–30.
 56. Nicklas TA, Bao W, Webber LS, Berenson GS. Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *J Am Diet Assoc*. 1993; 93(8):886–91.
 57. Nicklas TA, O'Neil CE, Berenson GS. Nutrient contribution of breakfast, secular trends, and the role of ready-to-eat cereals: a review of data from the Bogalusa Heart Study. *Am J Clin Nutr*. 1998;67(4):757 – 763.
 58. Baker S, Barlow S, Cochran W, Fuchs G, Klish W, Krebs N, et al. Overweight children and adolescents: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;40(5):533–43.
 59. Sánchez OL. Niños que comen mucho o Poco: Propuesta Psicoeducativa para Padres [Tesis]: México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
 60. Méndez SM. Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementaria. *J Behav Heal Issues*. 2012;3(2):113–25.
 61. Barrera-Cruz A, Molina-Ayala MA. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(3):292–9.
 62. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Processes*. 2002; 60(2):157–64.
 63. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*. 2008; 50(1):1–11.
 64. Alzate T. Estilos educativos parentales y obesidad infantil. [Tesis doctoral]: España. Universitat de Valencia; 2012.
 65. Flores MM, Cortes ML, Góngora EA. Estilos de crianza: una aproximación a su identificación en familias de Yucatán. *Educación y Ciencia*. 2003; 7(28): 31-42.
 66. Bernal A. La familia como ámbito educativo. México. Ediciones Rialp; 2005.
 67. Reyes I, Nazar A, Estrada E, Mundo V. Alimentación y suficiencia energética en indígenas migrantes de los Altos de Chiapas, México. *Arch Latinoam Nutr*. 2007;57(2):155–62.
 68. Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat, Paris. Ed. OECD; 2010.
 69. Wisbaum W. La desnutrición infantil. Causas , consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Ed. UNICEF Madrid; 2011.
 70. UNICEF - Progreso para la Infancia - ¿Cuántos niños y niñas? [Internet]. [cited 2015 Feb 9]. Available from: http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index_howmany.html
 71. Hopenhayn M, Montaña S, Rodríguez J et al. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. *Desafíos Boletín*. 2006;(2):1-12.
 72. Organización Mundial de la Salud | Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. World Health Organization; [cited 2016 Mar 14]; Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/
 73. Instituto Nacional de Salud Pública, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. Instituto Nacional de Salud Pública, INSP-Secretaría de Salud: Cuernavaca, México, 2013.
 74. Instituto Nacional de Salud Pública, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. Resultados por entidad federativa. Instituto Nacional de Salud Pública, INSP-Secretaría de

- Salud: Cuernavaca, México, 2013.
75. González-Unzaga M, López-Rodríguez G. Estado de nutrición de menores de cinco años y sus madres en el Estado de Hidalgo. U
 76. Instituto Nacional de Salud Pública, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. Instituto Nacional de Salud Pública, INSP-Secretaría de Salud: Cuernavaca, México, 2013.
 77. Galván M, Amezcua A, López G. Perfil nutricional de los escolares de Hidalgo 2010: Resultados principales: UAEH; 2011.
 78. Borrás P, Ugarriza L. Obesidad infantil: ¿nos estamos equivocando? Principales causas del problema y tendencias de investigación. *Apunt Med l'Esport*; 2013;48(178):63–8.
 79. National School Lunch Program (NSLP) | Food and Nutrition Service [Internet]. [cited 2015 Apr 5]. Available from: <http://www.fns.usda.gov/nslp/national-school-lunch-program-nslp>
 80. Empresas x la Infancia | NutriRSE: Empresas, gobierno y universidades luchan unidos contra la obesidad infantil en Chile.
 81. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [Internet]. [cited 2015 Apr 5]. Available from: <http://www.fao.org/in-action/programa-espana-fao/proyectos/es/>
 82. Programa Mundial de Alimentos - Luchando contra el hambre en el mundo [Internet]. [cited 2015 Apr 5]. Available from: <http://es.wfp.org/nuestro-trabajo/qu%C3%A9-hacemos>
 83. Fomentando la nutrición: Informe sobre el progreso del movimiento sun 2011-2012
 84. IMSS Prospera (antes IMSS Oportunidades) [Internet]. [cited 2015 Apr 5]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>
 85. Muñoz-Hernández O. Programas Integrados de Salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44(1):1–2.
 86. Contribuye el ISSSTE a la solución del problema de sobrepeso y obesidad en México. *La crónica*; 2015.
 87. Córdova JA. Acuerdo Nacional para la salud alimentaria, estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. 2010.
 88. Campaña 123 por mí [Internet]. [cited 2015 Apr 5]. Available from: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/123_por_mi.html
 89. Desarrollo Integral de la Familia. Programa de Desayunos Escolares. 2012. 2014.
 90. Desarrollo Integral de la Familia. El pilotaje del complemento alimenticio Vita Nut se realiza en los municipios de Tianguistengo y San Bartolo Tutotepec. 2013
 91. Proyecto de prevención de obesidad infantil de la UAEH es replicable, experta chilena [Internet]. [cited 2015 Apr 5]. Available from: <http://www.uaeh.edu.mx/inicio/gnote.php?id=5639>
 92. Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN*. 2008; 8(3): 249-255
 93. Álvarez L, Aguaded MJ, Ezquerro M. La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastor la Conduct Aliment*. 2014;19:2051–69.
 94. Osorio EJ, Weisstaub NG, Castillo DC. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr*. 2002;29(3):280–5.
 95. Stein A, Woolley H, McPherson K. Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *Br J Psychiatry*. 1999;175(5):455–61.
 96. Budd KS, McGraw TE, Farbisz R, Murphy TB, Hawkins D, Heilman N, et al. Psychosocial Concomitants of Children's Feeding Disorders. *J Pediatr Psychol*. 1992;17(1):81–94.
 97. Farrell MK. Difficult Feeders: Intervene or Watch?. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1995; 20(1):2-3.
 98. Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. "Just three more bites": An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*. 2007;48(1):37–45.
 99. Worsley A. Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behaviour? *Asia Pac J Clin Nutr*. 2002;11(3):579–85.
 100. Wansink B. Nutritional gatekeepers and the solution. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(9):1324–7.

101. Vereecken CA, Keukelier E, Maes L. Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*. 2004;43(1):93–103.
102. Yabancı N, Kısaç İ, Seren Ş. The Effects of Mother's Nutritional Knowledge on Attitudes and Behaviors of Children about Nutrition. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2014;116:4477–81.
103. McIntosh WA, Kubena KS, Tolle G, Dean WR, Jan J, Anding J. Mothers and meals. The effects of mothers' meal planning and shopping motivations on children's participation in family meals. *Appetite*. 2010;55(3):623–8.
104. Campbell KJ, Crawford D a, Ball K. Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5–6 year-old children. *Int J Obes*. 2006;30(8):1272–80.
105. Berkey CS, Rockett HRH, Gillman MW, Field AE, Colditz GA. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003;27(10):1258–66.
106. Niemeier HM, Raynor HA, Lloyd-Richardson EE, Rogers ML, Wing RR. Fast food consumption and breakfast skipping: predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *J Adolesc Health*. 2006; 39(6):842–9.
107. MacFarlane A, Cleland V, Crawford D, Campbell K, Timperio A. Longitudinal examination of the family food environment and weight status among children. *Int J Pediatr Obes*. 2009;4(4):343–52.
108. Díaz-Beltrán MP. Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Rev Fac Med*. 2014;62(2):237–45.
109. Roberts BP, Blinkhorn AS, Duxbury JT. The power of children over adults when obtaining sweet snacks. *Int J Paediatr Dent*. 2003;13(2):76–84.
110. Dammann K, Smith C. Food-related attitudes and behaviors at home, school, and restaurants: perspectives from racially diverse, urban, low-income 9- to 13-year-old children in Minnesota. *J Nutr Educ Behav*. 2010;42(6):389–97.
111. Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr*. 2005; 24(2):83–92.
112. Pearson N, Biddle SJH, Gorely T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2009;12(2):267–83.
113. Robinson-O'Brien R, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Burgess-Champoux T, Haines J. Fruits and vegetables at home: child and parent perceptions. *J Nutr Educ Behav*. 2009. 41(5):360–4.
114. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2003;103(3):317–22.
115. Webber L, Cooke L, Hill C, Wardle J. Associations between children's appetitive traits and maternal feeding practices. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(11):1718–22.
116. Sullivan SA, Birch LL. Infant Dietary Experience and Acceptance of Solid Foods. *Pediatrics*. 1994; 93(2):271–7.
117. Blanchette L, Brug J. Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12-year-old children and effective interventions to increase consumption. *J Hum Nutr Diet*. 2005;18(6):431–43.
118. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev*. 2001;2(3):159–71.
119. McCabe MP, Ricciardelli LA. A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behav Res Ther*. 2005;43(5):653–68.
120. Vázquez V, Reidl L. El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y salud*. 2013;23(55):15–24.
121. Anschutz DJ, Kanters LJA, Van Strien T, Vermulst AA, Engels RCME. Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children. *Int J Eat Disord*. 2009;42(1):54–61.
122. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media

- influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*. 2001;107(1):54–60.
123. Rütter NM, Richman CL. The relationship between mothers' eating restraint and their children's attitudes and behaviors. *Bull Psychon Soc*. 2013;31(3):217–20.
 124. Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int J Eat Disord*. 1999;25(3):263–71.
 125. Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*. 1999;103(6):85.
 126. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*. 2001;107(1):54–60
 127. Kröller K, Warschburger P. Maternal feeding strategies and child's food intake: considering weight and demographic influences using structural equation modeling. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;6:78.
 128. Kröller K, Warschburger P. Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite*. 2008;51(1):166–72.
 129. Warren E, Parry O, Lynch RJ, Murphy S. "If I don't like it then I can choose what I want": Welsh school children's accounts of preference for and control over food choice. *Health Promotion International*. Oxford University Press; 2008
 130. Kopelman CA, Roberts LM, Adab P. Advertising of food to children: is brand logo recognition related to their food knowledge, eating behaviours and food preferences? *J Public Health (Oxf)* 2007;29(4):358–67.
 131. Schindler JM, Corbett D, Forestell CA. Assessing the effect of food exposure on children's identification and acceptance of fruit and vegetables. *Eat Behav*. 2013;14(1):53–6.
 132. Gillis L. Use of an interactive game to increase food acceptance - a pilot study. *Child Care Health Dev*. 2003;29(5):373–5.
 133. Torre-Ibarra CD, López-Espinoza A, Galindo A, Martínez VA, Martínez AG, Beltrán-Miranda CP, et al. Efectos de la información nutricional sobre la conducta de consumo de frutas y verduras en niños preescolares. *Divers Perspect en Psicol*; 2008;4(1):123–37.
 134. Bezbaruah N, Brunt A. The influence of cartoon character advertising on fruit and vegetable preferences of 9- to 11-year-old children. *J Nutr Educ Behav*. 2016;44(5):438–41.
 135. Keller KL, Kuilema LG, Lee N, Yoon J, Mascaro B, Combes A-L, et al. The impact of food branding on children's eating behavior and obesity. *Physiol Behav*. 2012;106(3):379–86.
 136. Salvy SJ, de la Haye K, Bowker JC, Hermans RC. Influence of peers and friends on children's and adolescents' eating and activity behaviors. *Physiol Behav*. 2012;106(3):369–78.
 137. Ducuaro PE. Consideraciones sobre la inapetencia infantil y la adopción de hábitos alimentarios saludables. *CES Med*. 2011; 25(2):152-168.
 138. Donadini G, Fumi MD, Porretta S. Influence of preparation method on the hedonic response of preschoolers to raw,boiled or oven-baked vegetables. 2012. 282–92.
 139. Wardle J, Carnell S. Parental feeding practices and children's weight. *Acta Paediatr Suppl*. 2007; 96(454):5–11.
 140. Carnell S, Wardle J. Appetite and adiposity in children: Evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. *Am J Clin Nutr*. 2008;88(1):22–9.
 141. French SA, Epstein LH, Jeffery RW, Blundell JE, Wardle J. Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. *Appetite*. 2012;59(2):541–9.
 142. Carnell S, Wardle J. Associations between multiple measures of parental feeding and children's adiposity in United Kingdom preschoolers. *Obesity*. 2007;15(1):137–44.
 143. Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C. The children's eating behaviour questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *Int J Behav Nutr Phys Act*. *BioMed Central*; 2008;5(1):49.
 144. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and

- vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc.* 2002;102(1):58–64.
145. Francis LA, Ventura AK, Marini M, Birch LL. Parent overweight predicts daughters' increase in BMI and disinhibited overeating from 5 to 13 years. *Obesity.* 2007; 15(6):1544–53.
 146. Jahnke DL, Warschburger PA. Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. *Obesity.* 2008;16(8):1821–5.
 147. Tanofsky-Kraff M, Goossens L, Eddy KT, Ringham R, Goldschmidt A, Yanovski SZ, et al. A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(6):901–13.
 148. Van der Horst K. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite.* 2012;58(2):567–74.
 149. Heim S, Bauer KW, Stang J, Ireland M. Can a community-based intervention improve the home food environment? parental perspectives of the influence of the delicious and nutritious garden. *J Nutr Educ Behav.* 2011. 43(2):130–4.
 150. Hyland R, Stacy R, Adamson A, Moynihan P. Nutrition-related health promotion through an after-school project: the responses of children and their families. *Soc Sci Med.* 2006;62(3):758–68.
 151. Webber L, Hill C, Saxton J, Van Jaarsveld CHM, Wardle J. Eating behaviour and weight in children. *Int J Obes.* 2009;33(1):21–8.
 152. Jansen A, Theunissen N, Slechten K, Nederkoorn C, Boon B, Mulken S, et al. Overweight children overeat after exposure to food cues. *Eat Behav.* 2003;4(2):197–209.
 153. Powers SW, Chamberlin L, Van Schaick KB, Sherman SN, Whitaker RC. Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and child BMI in low-income African-American preschoolers. *Obesity.* 2006;14(11):2026–33.
 154. Sweetman C, Wardle J, Cooke L. Soft drinks and “desire to drink” in preschoolers. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5:60.
 155. Spiegel TA. Rate of intake, bites, and chews—the interpretation of lean-obese differences. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000;24(2):229–37
 156. Barkeling B, Ekman S, Rössner S. Eating behaviour in obese and normal weight 11-year-old children. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1992;16(5):355–60.
 157. Llewellyn CH, van Jaarsveld CHM, Boniface D, Carnell S, Wardle J. Eating rate is a heritable phenotype related to weight in children. *Am J Clin Nutr.* 2008; 88(6):1560–6.
 158. Kral TV, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav.* 2011;100(5):567–73.
 159. Wynne K, Stanley S, McGowan B, Bloom S. Appetite control. *J Endocrinol.* 2005;184(2):291–318.
 160. Wardle J, Carnell S, Haworth CMA, Farooqi IS, O'Rahilly S, Plomin R. Obesity associated genetic variation in FTO is associated with diminished satiety. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(9):3640–3.
 161. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5:15.
 162. Joyce JL, Zimmer-Gembeck MJ. Parent feeding restriction and child weight. The mediating role of child disinhibited eating and the moderating role of the parenting context. *Appetite.* 2009;52(3):726–34.
 163. Haycraft E, Farrow C, Meyer C, Powell F, Blissett J. Relationships between temperament and eating behaviours in young children. *Appetite.* 2011;56(3):689–92.
 164. Moens E, Braet C. Predictors of disinhibited eating in children with and without overweight. *Behav Res Ther.* 2007;45(6):1357–68.
 165. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev.* 2009;17(1):68–78.
 166. Van Strien T, Bazelier FG. Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7-12-year-old boys and girls. *Appetite.* 2000;49(3):618–25.

167. Wallis DJ, Hetherington MM. Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*. 2009;52(2):355–62.
168. Smith AM, Roux S, Naidoo NT, Venter DJL. Food choices of tactile defensive children. *Nutrition*. 2005;21(1):14–9.
169. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JCG. Food neophobia and “picky/fussy” eating in children: A review. *Appetite*. 2008;50(2-3):181–93.
170. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers’ decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc*. 2004;104(1):57–64.
171. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are “picky eaters”. *J Am Diet Assoc*. 2005;105(4):541–8.
172. Williams KE, Gibbons BG, Schreck KA. Comparing Selective Eaters with and Without Developmental Disabilities. *J Dev Phys Disabil*. 2005;17(3):299–309.
173. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(4):433–8.
174. Lockner DW, Crowe TK, Skipper BJ. Dietary intake and parents’ perception of mealtime behaviors in preschool-age children with autism spectrum disorder and in typically developing children. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(8):1360–3.
175. Falciglia GA, Couch SC, Gribble LS, Pabst SM, Frank R. Food neophobia in childhood affects dietary variety. *J Am Diet Assoc*. 2000;100(12):1474–81.
176. Hendy HM, Williams KE, Riegel K, Paul C. Parent mealtime actions that mediate associations between children’s fussy-eating and their weight and diet. *Appetite*. 2010;54(1):191–5.
177. de Lauzon-Guillain B, Oliveira A, Charles MA, Grammatikaki E, Jones L, Rigal N, et al. A Review of Methods to Assess Parental Feeding Practices and Preschool Children’s Eating Behavior: The Need for Further Development of Tools. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112(10):1578–602
178. Rubio B, Rigal N, Boireau-Ducept N, Mallet P, Meyer T. Measuring willingness to try new foods: a self-report questionnaire for French-speaking children. *Appetite*. 2008;50(2-3):408–14.
179. West F, Sanders MR. The Lifestyle Behaviour Checklist: a measure of weight-related problem behaviour in obese children. *Int J Pediatr Obes*. 2009;4(4):266–73.
180. Izzedin R, Pachajoa A. Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza...ayer y hoy. *Fund Univ los Lib*. 2009;15(2):109–15.
181. Alzate MV. El “descubrimiento” de la infancia (II) : modelos de crianza y categoría sociopolítica moderna. *Revista Electrónica de Educación y Psicología*. 2004
182. Ariés P. *L’Enfant et la vie familiale sous l’Ancien Régime. Les classiques*. 2004;
183. Oiberman A. Historia de las madres en occidente : repensar la maternidad. :115–30.
184. Vera-Noriega J. Evaluación de un modelo descriptivo sobre atención primaria en salud y desarrollo infantil en zonas rurales. [Tesis doctoral]:México.Universidad Nacional Autónoma de México; 1996.
185. Erasmo J, Bravo Y, Delgado M. Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popoyán: un estudio cualitativo. *Revista de Pediatría*. 2006; 41(3):23-40.
186. Aguirre E, Durán E, Torrado MC. Socialización: prácticas de crianza y cuidado de salud. Bogotá:Colecciones CES;2000.
187. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*. 1996; 37(4): 887–907.
188. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. EUA: Prentice-Hall;1980.
189. Henado GC, Ramírez C, Ramírez LA. Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña. *AGO USB*. 2015; 7(2): 233–40.
190. Vázquez V. Diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria de madres de mujeres con y sin trastornos alimentarios. [Tesis doctoral]:México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.

191. Winnicott D. *La Familia y el desarrollo del Individuo*. 5ª ed. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1995.
192. Schaffer HR, Crook CK. El papel de la madre en el desarrollo social temprano. *Infanc y Aprendiziz*. Routledge; 2014;4(15):19–37.
193. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(3):315–28.
194. Abadi S. *Transiciones: el modelo terapeutico de D. Winnicott*. Buenos Aires: Lumen; 1996.
195. Segal H. *The Work of Hanna Segal: A Kleinian Approach to Clinical Practice*. J. Aronson; 1981.
196. Vera-Noriega JA, Peña MO. Desarrollo, estimulación y estrés de la crianza en infantes rurales de México. *Apuntes de Psicología*. 2005; 23(3): 305-319.
197. Villegas M. La familia y su relación con la crianza. *Revista Colombiana de Pediatría*. 2000; 33(1).
198. Webster-Stratton C, Rinaldi J, Jamila MR. Long-Term Outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of Adolescent Adjustment. *Child Adolesc Ment Health*. 2011;16(1):38–46.
199. Vera-Noriega JA, Martínez LE. Juego, estimulación en el hogar y desarrollo del niño en una zona rural empobrecida. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 2006; 11(1):129-140.
200. Belsky J. Social-Contextual Determinants of Parenting. *Encycl Early Childhood Dev*. 2008.
201. Webster-Stratton C. Stress: A Potential Disruptor of Parent Perceptions and Family Interactions. *J Clin Child Psychol*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1990;19(4):302–12.
202. Abidin RR. Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *J Clin Child Psychol*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1990;19(4):298–301.
203. Vera-Noriega JA, Peña M, Domínguez S. Crianza , Desarrollo y Aprendizaje. *Tópicos Comun*. 2002;1–5.
204. Cornia G. *Ajuste con rostro humano*. Madrid: Siglo XXI de España; 1987.
205. Bennet T. The role of women in income production and intra-household allocation of resources as a determinant of child nutrition and health. 1988
206. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001;36(3):201–10.
207. Hughes SO, Power TG, Orlet Fisher J, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*. 2005;44(1):83–92.
208. Brown K a, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children’s diet and BMI. *Appetite*. 2008;50(2-3):252–9.
209. Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran J, Coletta F, Ott D. The phenomenon of “picky eater”: a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr*. 1998;17(2):180–6.
210. Rigal N, Chabanet C, Issanchou S, Monnery-Patris S. Links between maternal feeding practices and children’s eating difficulties. Validation of French tools. *Appetite*. 2012;58(2):629–37.
211. Anzman SL, Rollins BY, Birch LL. Parental influence on children’s early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *Int J Obes*. 2010;34(7):1116–24.
212. Skouteris H, McCabe M, Swinburn B, Newgreen V, Sacher P, Chadwick P. Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. *Obes Rev*. 2011;12(5):315–28.
213. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children ’ s behavioral response, food selection, and intake 1 – 3. *Am J Clin Nutr*. 1999;69:1264–72.
214. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive feeding practices questionnaire: Validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(8):960–72.
215. Costanzo PR, Woody EZ. Domain-Specific Parenting Styles and Their Impact on the Child’s Development of Particular Deviance: The Example of Obesity Proneness. *J Soc Clin Psychol*. 1985;3(4):425–45.
216. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Am Acad Pediatr*. 1998;539–49.
217. Fisher JO, Birch LL. Restricting Access to Foods and Children’s Eating. *Appetite*.

- 1999;32(3):405–19.
218. Díaz PM. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. *Rev Chil pediatría. Sociedad Chilena de Pediatría*; 2000; 71(4):316–20.
 219. Siega-Riz A-M, Laraia B. The implications of maternal overweight and obesity on the course of pregnancy and birth outcomes. *Matern Child Health J.* 2006;10(5):153–6.
 220. Moore SN, Tapper K, Murphy S. Feeding strategies used by mothers of 3–5-year-old children. *Appetite.* 2007;49(3):704–7.
 221. Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Public Health (Oxf).* 2007;29(2):132–41.
 222. Toussaint MG. Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2000; 57:650–61.
 223. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*; 1997.
 224. Mamun A, Lawlor D, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM. Positive maternal attitude to the family eating together decreases the risk of adolescent overweight. *Obes Res.* 2005;13(8):1422–30
 225. Navarro G. Prácticas parentales de alimentación, locus de control y su relación con el índice de masa corporal de niños (as), preescolares y escolares. [Tesis doctoral]: México, Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.
 226. Duerksen SC, Elder JP, Arredondo EM, Ayala GX, Slymen DJ, Campbell NR, et al. Family restaurant choices are associated with child and adult overweight status in Mexican-American families. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(5):849–53
 227. Murashima M, Hoerr SL, Hughes SO, Kattelman KK, Phillips BW. Maternal parenting behaviors during childhood relate to weight status and fruit and vegetable intake of college students. *J Nutr Educ Behav.* 2012;44(6):556–63.
 228. Loth K a, Maclehose RF, Fulkerson J, Crow S, Loth AK, Maclehose RF. Food-Related Parenting Practices and Adolescent Weight Status : A Population-Based Study. 2013;131(5):1443–50.
 229. Guzmán RME, García M, Solano G, Arreola A. Modelo estético corporal, prácticas de crianza alimentariae índice de masa corporal en estudiantes mexicanos de educación básica. *European Scientific Journal.* 2014;10(25):58–74.
 230. Tschann JM, Martinez SM, Penilla C, Gregorich SE, Pasch L, de Groat CL, et al. Parental feeding practices and child weight status in Mexican American families: a longitudinal analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12(1):66.
 231. Vera-Noriega JA, Peña M, Calderon-González N. Prácticas de Crianza, y educación Inicial no Escolarizada en la Etnia Mayo. *Estudios sociales.* 2009 17: 303-324.
 232. Romero P, López, M, Cortes A. Desnutrición y desarrollo infantil: evaluación de factores de riesgo ambientales y de historia de salud. *PS (Wash DC).* 2008;18(1):69–80.
 233. Vera-Noriega JA. Velocidades y Ejecuciones conductuales, desayunos escolares y características maternas en la zona rural. 1998.
 234. Muñoz A Interacciones madre-hijo en situaciones diádicas y triádicas: gemelaridad y sordera. *Enseñanza e Investig en Psicol.* 2004;9(2):237–55.
 235. Vera-Noriega JA. Juego, estimulación en el hogar y desarrollo del niño en una zona rural empobrecida. *Enseñanza e Investig en Psicol. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.;* 2006;11(1).
 236. Medina JLV. El autoconcepto en hombres y mujeres mexicanos. *Cienc Ergo Sum.* 1999;6(3).
 237. Jaramillo JM, Díaz K, Niño LA, Tavera AL, Velandia Ortiz A. Factores individuales , familiares y escolares asociados a la aceptación y el rechazo social en grupos de niños escolarizados entre los 9 y 11 años de edad. *Diversitas: perspectivas en psicología. Universidad Santo Tomás (USTA);* 2006. p. 205–15
 238. Reyes A C, Rivera AY, Galicia IX. Relación entre el autoconcepto y la percepción de la crianza en madres adolescentes y adultas. *Revista intercontinental de Psicología y Edicación.* 2013;

- 15(2):45-73.
239. Van Barneveld HO, Rodríguez-Aguilar B, Estrada ER. La percepción de la crianza en padres, madres e hijos adolescentes pertenecientes al mismo núcleo familiar. *Liber*.2012;75–81.
 240. Ramírez MG. Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa Psicológica UST*. 2012;9:53–64.
 241. Bersabia R, Fuentes MJ, Motrico E. Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*. 2001;13(4):678–84.
 242. Goldsmith HH, Campos JJ. The Structure of Temperamental Fear and Pleasure in Infants: A Psychometric Perspective. *Child Dev*. 1990;61(6):1944–64.
 243. *Handbook of Child Psychology and Developmental Science, Theory and Method*. Wiley;
 244. Trevarthen C. Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. *Begin Interpers Commun*. 1979
 245. Clerici G, García MJ. Autoconcepto y pautas de crianza en niños escolares. Aproximaciones teóricas. *Anu Investig la Fac Psicol*. 2010;17:205–12.
 246. Weber NLD, Stasiak GR, Brandenburg OJ. Percepção da interação familiar e auto-estima de adolescentes. *Aletheia*. 2003;(17-18):95–105.
 247. Cia F, Barham EJ La participación paterna y el desarrollo social de niño iniciando las actividades escolares. *Psicología en Estudio*. 2009; 14(1):67–74.
 248. Cia F, Barham EJ. Envolvimento paterno e o desenvolvimento social de crian??as iniciando as atividades escolares. *Psicol em Estud*. 2009;14(1):67–74.
 249. Riquelme Pereira NB. Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de escolares. *Rev Lat Am Enfermagem*. Universidade de São Paulo; 2005;13(1).
 250. de Minzi Richaud MC. Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Rev Latinoam Psicol*. 2005;37(1):47–58.
 251. Samper P, Cortés MT, Mestre V, Nacher MJ, Tur AM. Adaptación del Child ' s Report of Parent Behavior Inventory a población española. *Psicothema*. 2006; 18(2):263–71.
 252. Alonso J, Román JM. Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*. 2005;17(1):76–82.
 253. Mestre V, Samper P, Nácher MJ, Cortés MT. Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Rev Latinoam Psicol*. 2007;39(2):211–25.
 254. Márquez ME, Hernández L, Villalobos JA, Pérez V, Reyes M. Datos psicométricos del EMBU-I "Mis memorias de crianza" como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 2007;30(2):58-66.
 255. Rodríguez B, Oudhof H, González NI, Unikel C. Desarrollo de una escala para medir la percepción de la crianza parental en jóvenes estudiantes mexicanos. *Pnesamiento Psicológico*.2011;9(17):9–20.
 256. Grusec JE, Goodnow JJ. Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*. 1994; 30(1):4-19.
 257. Ivanova MY, Israel AC. Family Stability as a Protective Factor Against Psychopathology for Urban Children Receiving Psychological Services. *J Clin Child Adolesc Psychol*.; 2006;35(4):564–70.
 258. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Sessa FM, Avenevoli S, Essex MJ. Temperamental Vulnerability and Negative Parenting as Interacting Predictors of Child Adjustment. *J Marriage Fam*. 2002;64(2):461–71.
 259. Gaylord NK, Kitzmann KM, Coleman JK. Parents' and Children's Perceptions of Parental Behavior: Associations with Children's Psychosocial Adjustment in the Classroom. *Lawrence Erlbaum Associates*.; 2009.
 260. Rodríguez MÁ, Victoria M, Barrio D, Carrasco MÁ. ¿ Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna ? Diferencias por edad y sexo. *Escritos de Psicología*. 2009;2(2):10–8.

261. Martínez I, García JF. Impact of Parenting Styles on Adolescents' Self-Esteem and Internalization of Values in Spain. *Span J Psychol*. 2014;10(02):338–48.
262. Segura-Celis H, Vallejo G, Osorno A, Rojas-Rivera J. La Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Rev Educ y Desarro*. 2011;18:67–73.
263. Vigano DL, Diaz R. Developmental and psychometric analysis of a multidimensional authoritarianism scale in the Mexican culture. *Revista interamericana de psicología*; 1990. p. 139–58.
264. Cardona P, Nicholson B, Fox R. Parenting among Hispanic and Anglo-American mothers with young children. *J Soc*. 2000.
265. Robinson C, Mandelco B, Frost S, Hart C. Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychol R*. 1995; 77: 819-830.
266. Samaniego VC. Escala de tolerancia parental hacia los comportamientos infantiles, elaboración y validación. *Rev Latinoam Psicol*. 2010;42(2):203–14.
267. WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization;
268. Terris M. Últimas palabras y Definiciones de salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2003;21(2):135–9.
269. Vandereycken W, Noordenbos G. La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Ediciones Granica SA, 2000.
270. Carda MC. Aproximaciones conceptuales para diferenciar promoción de la salud de la prevención de la enfermedad. *Avances en Enfermería*. 1998; 16(1-2):1-11
271. Jorquera M, Baños RM, Botella C, Guillén V, Moliner R, Marco JH. Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad valenciana. *Interpsiquis*. 2010
272. Alvarez R, Kuri P. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. 4 ed. México. Manual Moderno. 2012.
273. Sarafino EP, Smith TW. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 8ª Ed. EUA. Ed. Wiley; 2014.
274. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) | psychiatry.org [Internet]. [cited 2016 Jan 30]. Available from: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
275. Riebeling R del SG. *Psicología de la obesidad*. México:Ed. Manual Moderno; 2015.
276. Glick ID, Burti L, Okonogi K, Sacks M. Effectiveness in psychiatric care. III: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *Br J Psychiatry*. 1994;164(1):104–6.
277. DeLucia-Waack JL, Gerrity DA, Kalodner CR, Riva MT. *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy*. Buffalo University: SAGE Knowledge; 2004
278. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders, Second Edition*. American Psychiatric Pub; 2014.
279. Cunningham DG, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(5):362–9.
280. Rocco PL, Ciano RP, Balestrieri M. Psychoeducation in the prevention of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *Br J Med Psychol*. 2001;74(3):351–8.
281. Stice E, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five- year prospective study. *Int J Eat Disord*. 2000;25(4):375–87.
282. Stice E, Shaw H, Marti CN. A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:207–31.
283. Yavuz HM, van Ijzendoorn MH, Mesman J, Van der Veek S. Interventions aimed at reducing obesity in early childhood: a meta-analysis of programs that involve parents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;.
284. Kater KJ, Rohwer J, Londre K. Evaluation of an Upper Elementary School Program to Prevent Body Image, Eating, and Weight Concerns. *J Sch Health*. 2002;72(5):199–204.
285. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*. 2013; 60(1):85-94.

286. Neumark-Sztainer D. Addressing the Spectrum of Adolescent Weight-Related Problems: Engaging Parents and Communities. *The Prevention Researcher*. 2007; 14(3):11-15.
287. Killen JD, Taylor CB, Hammer LD, Litt I, Wilson DM, Rich T, et al. An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 1993;13(4):369–84.
288. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Schiffer L, Van Horn L, KauferChristoffel K, Dyer A. Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health Jr.: A randomized controlled trial for overweight prevention in preschool minority children. *J Pediatr*. 2005;146(5):618–25
289. Larimer ME, Cronce JM. Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention. *Addict Behav*. 2007;32(11):2439-68.
290. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31(2):143–64.
291. Chavez JR. Aplicación del programa educativo “escolar sano con alimentación saludable” y su influencia en el nivel cognitivo y en las prácticas nutricionales de las madres de la I.E 2099 el Sol- Distrito de Huaura (Período 2010- 2011). [Tesis doctoral]: Lima. Universidad Alas Peruanas; 2012.
292. Horodyski MA, Hoerr S, Coleman G. Nutrition education aimed at toddlers: a pilot program for rural, low-income families. *Fam Community Health*. 2004;27(2):103–13.
293. Horodyski MA, Stommel M. Nutrition Education Aimed at Toddlers: An Intervention Study. *Pediatr Nurs*. 2005; 31(5):367-72.
294. Lafuente MD. Cognitive behavioural therapy for obesity. *Trast, Cond. Aliment*. 2011;14:1490–504.
295. Kitzmann KM, Beech BM. Family-based interventions for pediatric obesity: Methodological and conceptual challenges from family psychology. *J Fam Psychol*. 2006; 20(2): 175-89.
296. Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *Am J Clin Nutr*. 1998; 67(6):1130–5.
297. De la Vega RI. Evaluación de una intervención cognoscitivo-conductual en mujeres con conductas alimentarias de alto riesgo. [Tesis doctoral]:México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2011.
298. Laws R, Campbell KJ, van der Pligt P, Russell G, Ball K, Lynch J, et al. The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0-5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14(1):779.
299. Edwards RC, Thullen MJ, Korfmacher J, Lantos JD, Henson LG, Hans SL. Breastfeeding and complementary food: randomized trial of community doula home visiting. *Pediatrics*. 2013;132:160–6.
300. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Wardle K, Flood VM. Effectiveness of home based early intervention on children’s BMI at age 2: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012;344
301. De Oliveira LD, Giugliani ERJ, Santo LC do E, Nunes LM. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6 months of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Early Hum Dev*. 2012;88(6):357–61.
302. Vitolo MR, Bortolini GA, Campagnolo PDB, Hoffman DJ. Maternal dietary counseling reduces consumption of energy-dense foods among infants: a randomized controlled trial. *J Nutr Educ Behav*. 2012;44(2):140–7.
303. Puder JJ, Marques-Vidal P, Schindler C, Zahner L, Niederer I, Bürgi F, et al. Effect of multidimensional lifestyle intervention on fitness and adiposity in predominantly migrant preschool children (Ballabeina): cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2011;343:d6195.
304. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Schiffer L, Van Horn L, KauferChristoffel K, Dyer A. Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health Jr.: A randomized controlled trial for overweight prevention in preschool minority children. *J Pediatr*. 2005;146(5):618–25.

305. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Schiffer L, Van Horn L, KauferChristoffel K, Dyer A. Hip-Hop to Health Jr. for Latino preschool children. *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14(9):1616–25.
306. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Schiffer L, Kong A, Braunschweig CL, Gomez-Perez SL, et al. Family-Based Hip-Hop to Health: Outcome Results. *Obesity*. 2012;21(2).
307. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Schiffer L, Braunschweig CL, Gomez SL, Horn LV, et al. Hip-Hop to health JR. Obesity Prevention Effectiveness Trial: Post-Intervention Results. *Obesity (Silver Spring)* 2013;19(5):994–1003.
308. Winter SM, Sass DA. Healthy & Ready to Learn: Examining the Efficacy of an Early Approach to Obesity Prevention and School Readiness. *J Res Child Educ. R*; 2010;25(3):304–25.
309. Davison KK, Jurkowski JM, Li K, Kranz S, Lawson HA, Ogden C, et al. A childhood obesity intervention developed by families for families: results from a pilot study. *Int J Behav Nutr Phys Act. BioMed Central*; 2013;10(1):3.
310. O'Dwyer M V, Fairclough SJ, Knowles Z, Stratton G, Jimenez-Pavon D, Kelly J, et al. Effect of a family focused active play intervention on sedentary time and physical activity in preschool children. *Int J Behav Nutr Phys Act.*; 2012;9(1):117.
311. Barkin SL, Gesell SB, Po'e EK, Escarfuller J, Tempesti T. Culturally Tailored, Family-Centered, Behavioral Obesity Intervention for Latino-American Preschool-aged Children. *Pediatrics*. 2012;130(3):445–56.
312. Bender MS, Nader PR, Kennedy C, Gahagan S. A culturally appropriate intervention to improve health behaviors in Hispanic mother-child dyads. *Child Obes*. 2013;9(2):157–63.
313. Slusser W, Frankel F, Robison K, Fischer H, Cumberland WG, Neumann C. Pediatric overweight prevention through a parent training program for 2-4 year old Latino children. *Child Obes*. 2012;8(1):52–9.
314. Epstein LH, Paluch RA, Gordy CC, Dorn J. Decreasing Sedentary Behaviors in Treating Pediatric Obesity. 2000;154:220–6.
315. Epstein LH, Paluch RA, Gordy CC, Dorn J. Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(3):220–6.
316. Levine MD, Ringham RM, Kalarchian MA, Wisniewski L, Marcus MD. Is family-based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity? *Int J Eat Disord*. 2001;30(3):318–28.
317. Burrows T, Warren JM, Collins CE. The impact of a child obesity treatment intervention on parent child-feeding practices. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5(1):43–50.
318. Skouteris H, McCabe M, Swinburn B, Hill B. Healthy eating and obesity prevention for preschoolers: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10:220.
319. San Martín H. *Ecología humana y salud : el hombre y su ambiente*. 2ª ed. México: La Prensa Médica Mexicana; 2011.
320. Galván M, Amezcua-González A López- Rodríguez G. *Perfil Nutricional de Escolares de Hidalgo 2010: Estado de Nutrición y Variables del Contexto Familiar, Escolar e Individual*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: Pachuca; 2011.
321. Travé TD, Visus S. *Obesidad infantil : ¿ un problema de educación individual , familiar o social ?* *Acta Pediatr Esp*. 2005;63:204–7.
322. Birch LL, Fisher JO. Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *J Am Acad Pediatr*. 1998;
323. Campbell KJ, Crawford DA, Hesketh KD. Australian parent's views on their 5-6-year-old children's food choices. *Health Promot Int*. 2006;22(1):11–7.
324. Gerardo, C. Corona K. *Prácticas de Crianza en Madres de Infantes con Índice de Masa Corporal Saludable y No Saludable en Pachuca de Soto , Hidalgo*. [Tesis]: México. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo;2012.
325. Repetur K. *Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas*. *Revista Digital Universitaria*. 2005; 6(11).
326. Cortes-Moreno A, Avilés-Flores AL. Factores demográficos, crianza e historia de salud : vinculación con la nutrición y el desarrollo infantil. *Universitas Psychologica*. 2011; 10(3): 789–

802.

327. Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(7):858–69.
328. Restrepo SL, Maya M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar . Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología*. 2005; 19(36):127-148.
329. Guzmán- Saldaña . Factores Psicosociales Asociados con Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes con Obesidad. [Tesis doctoral]: México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
330. O’Dea JA, Abraham S. Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*. 1999;34(136):671–9.
331. Serdula MK, Mokdad AH, Williamson DF, Galuska DA, Mendlein JM, Heath GW, et al. Prevalence of Attempting Weight Loss and Strategies for Controlling Weight. *JAMA*. American Medical Association; 1999;282(14):1353.
332. Eckermann S, Dawber J, Yeatman H, Quinsey K, Morris D. Evaluating return on investment in a school based health promotion and prevention program: The investment multiplier for the Stephanie Alexander Kitchen Garden National Program. *Soc Sci Med*. 2014;114:103–12.
333. Haines J, Neumark-Sztainer D, Perry CL, Hannan PJ, Levine MP. V.I.K. (Very Important Kids): a school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Educ Res*. 2006;21(6):884–95.
334. Gerards SMPL, Dagnelie PC, Jansen MWJ, Van Der Goot LOHM, De Vries NK, Sanders MR, et al. Lifestyle Triple P: a parenting intervention for childhood obesity. *BMC Public Health*. 2012 ;12:267.
335. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG, Walker S, Miller S, Sagar A, et al. Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003.12(1):138–6.
336. Sobrino M, Riaño I, Bassat Q, Perez-Lescure J, De Aranzabal A, Krauel X, et al. Salud infantil y cooperación internacional: una aproximación pediátrica. *Anales de Pediatría*. 2015; 82(5): 367.
337. Essery E V., DiMarco NM, Rich SS, Nichols DL. Mothers of Preschoolers Report Using Less Pressure in Child Feeding Situations Following a Newsletter Intervention. *J Nutr Educ Behav*. 2008; 40(2):110–5. 6
338. Jull A, Chen R. Parent-only vs. parent-child (family-focused) approaches for weight loss in obese and overweight children: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2013;14(9):761–8.
339. Daniels LA, Mallan KM, Nicholson JM, Battistutta D, Magarey A. Outcomes of an early feeding practices intervention to prevent childhood obesity. *Pediatrics*. 2013;132(1):109–18.
340. Wang Y, Wu Y, Wilson RF, Bleich S, Cheskin L, Weston C, et al. Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis. *Comparative Effectiveness Review*. Johns Hopkins University: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.
341. Flores MM, Cortés MDL, Góngora EA. Desarrollo y validación de la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños en una muestra mexicana. *RIDEP*. 2009; 2:45–66.
342. Valladares M, Obregón AM, Weisstaub G, Burrows R, Patiño A, Ho-Urriola J, et al. Association between feeding behavior, and genetic polymorphism of leptin and its receptor in obese Chilean children. *Nutr Hosp*. 2014;31(3):1044–51.
343. Santos MJL, González A. Adaptación y aplicación del cuestionario de conducta de alimentación infantil CEBQ En: Martínez A, Portillo M. *Fundamentos de Nutrición y Dietética. Bases Metodológicas y aplicaciones*. España: Editorial Médica Panamericana; 2011. pp. 339–344.
344. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Mujeres y hombres en México 2011*. 2011;252.
345. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children’s Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(7):963–70.
346. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet] www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html
347. Cohen J. A Power Primer. *Psychol Assoc July*. 1992;112(1):155–9.

348. Cohen J, Cohen P, Rabkin J, Katzell R, Klein DF. Things I Have Learned (So Far). *Psychol Assoc.* 1990;45(12):1304–12.
349. Kazdin AE. *Métodos de investigación en psicología clínica.* 3ª ed. México. Pearson Mexico; 2001.
350. Vera-Noriega JA, Velasco FJ, Vera-Noriega C. Velocidades y ejecuciones conductuales, desayunos escolares y características maternas en la zona rural. *Psicología social en México.* 1996; 8:375-381.
351. Daniels LA, Magarey A, Battistutta D, Nicholson JM, Farrell A, Davidson G, et al. The NOURISH randomised control trial: positive feeding practices and food preferences in early childhood - a primary prevention program for childhood obesity. *BMC Public Health.* 2009;9:387.
352. Suligoy MG. *Percepción Materna del Estado Nutricional de sus Hijos en Edad Pre-Escolar.* [Tesis]: Santa Fe, Argentina. Universidad Abierta Interamericana; 2012.
353. Flores MM, Cortés MDL, Góngora EA. *Familia, crianza y personalidad: una perspectiva etnopsicológica.* Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán; 2008.
354. Casullo MM, Liporace MF. Percepción sobre estilos e inconsistencia parentales en adolescentes argentinos. *Estud Psicol.* 2008;25(1):3–9.
355. Updegraff KA, Delgado MY, Wheeler LA. Exploring Mothers' and Fathers' Relationships with Sons Versus Daughters: Links to Adolescent Adjustment in Mexican Immigrant Families. *Sex Roles.* 2009;60(7-8):559–74.
356. Karp SM, Barry KM, Gesell SB, Po'E EK, Dietrich MS, Barkin SL. Parental feeding patterns and child weight status for Latino preschoolers. *Obes Res Clin Pract.* 2014;8(1):1–16.
357. Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *Br J Nutr.* 2008;100(2):445–50.
358. Faith MS. Parental Feeding Attitudes and Styles and Child Body Mass Index: Prospective Analysis of a Gene-Environment Interaction. *Pediatrics.* 2004;114(4):e429–36.
359. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health.* 2006;39(2):244–51.
360. McVey GL, Davis R, Tweed S, Shaw BF. Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: a replication study. *Int J Eat Disord.* 2004;36(1):1–11.
361. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res.* 2002;53(5):985–93.
362. Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG. Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *Int J Eat Disord.* 2001;29(2):107–18.
363. Elsbernd SL, Reicks MM, Mann TL, Redden JP, Mykerezi E, Vickers ZM. Serving vegetables first: A strategy to increase vegetable consumption in elementary school cafeterias. *Appetite;* 2016;96:111–5.
364. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175–91.

X. ANEXOS

1. CUESTIONARIO DE ACTITUDES, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES HACIA LA ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS (CFQ).

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

		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca	
1	¿Cuando su niño está en casa con qué frecuencia es usted la responsable de alimentarlo?						
2	¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir la cantidad de comida que debe comer su hijo?						
3	¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir si su hijo ha comido el tipo adecuado de comida?						
	Cómo definiría ud. SU PROPIO PESO durante...	Con mucho sobrepeso	Poco sobre peso	Normal	Baja de peso	Muy baja de peso	
4	Su niñez (5 a 10 años de edad)						
5	Su adolescencia						
6	De sus 20 a 29 años						
7	Actualmente						
	Cómo definiría el peso de SU HIJO (A):						
8	Durante el primer año de vida						
9	De 1 a 3 años						
10	En preescolar						
11	De preescolar a segundo grado de primaria						
12	De tercero a quinto de primaria						
		Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada	
13	¿Qué tanto le preocupa que su hijo coma demasiado cuando usted no está con él?						

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

33	¿Qué tan pendiente está usted de la cantidad de alimentos grasos que come su hijo?						
	¿Qué tan riesgoso es que mi hijo (a)...	Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada	
34	Presente un problema de alimentación						
35	Se ponga grave por un problema de alimentación						
36	Coma solamente si le prometo sabritas, refrescos, dulces, etc.						
37	Coma solamente si le prometo salir a jugar, darle dinero, etc.						
38	Coma a diario los mismos alimentos						
39	Coma entre horas						
40	Le ofrezca golosinas y frituras como recompensa o premio cuando se porta bien						
41	Le pegue o le regañe cuando no quiere comer						
42	No quiera comer cuando tiene diarrea o resfriado						

2. CUESTIONARIO BREVE DE PRÁCTICAS PARENTALES (PARA PADRES)

	INSTRUCCIONES: MARQUE LA OPCIÓN QUE SE ADECUA A SU SITUACIÓN.	Nunc	Poca	Algu	Much	Siem
1	Motivo a mi hijo(a) a hablar de sus problemas	1	2	3	4	5
2	Disciplino a mi hijo(a) por medio del castigo más que usando la razón	1	2	3	4	5
3	Felicito a mi hijo(a) cuando se porta bien	1	2	3	4	5
4	Muestro comprensión (empatía) cuando mi hijo(a) se encuentra herido(a) o frustrado(a)	1	2	3	4	5
5	Castigo a mi hijo(a) quitándole privilegios con poca o ninguna explicación	1	2	3	4	5
6	Brindo confianza y entendimiento cuando mi hijo(a) se encuentra triste	1	2	3	4	5
7	Grito y rezongo cuando mi hijo(a) se porta mal	1	2	3	4	5
8	Ofendo y critico para que mi hijo(a) mejore	1	2	3	4	5
9	Jalo con fuerza a mi hijo(a) cuando es desobediente	1	2	3	4	5
10	Estoy atenta(o) a los deseos y necesidades de mi hijo(a)	1	2	3	4	5
11	Discuto con mi hijo(a)	1	2	3	4	5
12	Explico a mi hijo(a) las razones de las reglas que deben ser obedecidas	1	2	3	4	5
13	Me preocupo más de mis sentimientos que de los sentimientos de mis hijo(a)s	1	2	3	4	5
14	Le digo a mi hijo(a) que aprecio sus logros o sus intentos de lograr algo	1	2	3	4	5
15	Ayudo a mi hijo(a) a entender el impacto de la conducta motivándolo(a) a que hable acerca de las consecuencias de sus propias acciones	1	2	3	4	5
16	Exploto en enojo con mi hijo(a)	1	2	3	4	5
17	Me doy cuenta de los problemas y preocupaciones que tiene mi hijo(a) en la escuela	1	2	3	4	5
18	Le expreso afecto a mi hijo(a) con abrazos o besos (o al cargarlo)	1	2	3	4	5
19	Empleo el castigo físico como una manera de disciplinar a mi hijo(a)	1	2	3	4	5
20	Hablo y razono con mi hijo(a) cuando se porta mal	1	2	3	4	5
21	Doy una cachetada a mi hijo(a) cuando se porta mal	1	2	3	4	5
22	Animo a mi hijo(a) a que libremente exprese lo que siente cuando no está de acuerdo conmigo	1	2	3	4	5
23	Ofendo y critico a mi hijo(a) cuando no hace bien lo que tiene que hacer	1	2	3	4	5
24	Respeto las opiniones de mi hijo(a) al ayudarlo a que las exprese	1	2	3	4	5
25	Le explico a mi hijo(a) cómo me siento con su buena o mala conducta	1	2	3	4	5
26	Amenazo a mi hijo(a) con castigarlo(a) con poca o ninguna justificación	1	2	3	4	5
27	Cuando mi hijo(a) me pregunta por qué tiene que hacer algo, le contesto que porque yo lo digo o porque soy su mamá (o papá) o porque así lo quiero	1	2	3	4	5
28	Exijo (demando) a mi hijo(a) que haga las cosas	1	2	3	4	5
29	Jalo (o jaloneo) a mi hijo(a) cuando es desobediente	1	2	3	4	5
30	Explico a mi hijo(a) las razones de las reglas (de la casa)	1	2	3	4	5

3. CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO INFANTIL (CEBQ)

Instrucciones: Por favor lee las siguientes oraciones y selecciona con una X la opción que describa mejor el comportamiento de tu hijo(a) al comer.	Nunca 1	Rara vez 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Siempre 5
1. Mi hijo/a termina su comida rápidamente	1	2	3	4	5
2. Mi hijo/a tiene interés en las comidas y los alimentos	1	2	3	4	5
3. Mi hijo/a rechaza los alimentos que no conoce cuando se le ofrecen por primera vez	1	2	3	4	5
4. Mi hijo/a disfruta cuando hay una gran variedad de alimentos	1	2	3	4	5
5. Mi hijo/a come más cuando está preocupado	1	2	3	4	5
6. Mi hijo/a deja comida en el plato al término del almuerzo y/o la comida	1	2	3	4	5
7. Mi hijo/a demora más de 30 minutos para terminar un almuerzo o una comida	1	2	3	4	5
8. Mi hijo/a espera ansiosamente las horas de la comida	1	2	3	4	5
9. Mi hijo/a come menos cuando está enojado	1	2	3	4	5
10. Mi hijo/a disfruta comiendo	1	2	3	4	5
11. Mi hijo/a se satisface fácilmente con la comida	1	2	3	4	5
12. Mi hijo/a está interesado en probar alimentos que no ha probado antes	1	2	3	4	5
13. Mi hijo/a decide que no le gusta una comida, aún antes de haberla probado	1	2	3	4	5
14. A mi hijo/a le encanta comer	1	2	3	4	5
15. Mi hijo/a come más cuando está molesto	1	2	3	4	5
16. Mi hijo/a está siempre pidiendo algo para beber	1	2	3	4	5
17. Mi hijo/a come lentamente	1	2	3	4	5
18. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre tomando algo de beber	1	2	3	4	5
19. Mi hijo/a está siempre pidiendo comida	1	2	3	4	5
20. Mi hijo/a come más cuando no tiene nada que hacer (aburrido)	1	2	3	4	5
21. Si fuera por él (ella), mi hijo/a comería todo el tiempo	1	2	3	4	5

22. A mi hijo/a es difícil de darle gusto con la comida	1	2	3	4	5
23. Incluso cuando está satisfecho, mi hijo/a está dispuesto a comer su comida favorita	1	2	3	4	5
24. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría tomando líquidos todo el día	1	2	3	4	5
25. Mi hijo/a come menos cuando está cansado	1	2	3	4	5
26. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre comiendo algo	1	2	3	4	5
27. Mi hijo/a come cada vez más lento durante el transcurso del almuerzo o la comida	1	2	3	4	5
28. Mi hijo/a disfruta probando nuevos alimentos	1	2	3	4	5
29. Mi hijo/a está satisfecho antes de terminar su comida	1	2	3	4	5
30. Mi hijo/a come más cuando está ansioso	1	2	3	4	5
31. Mi hijo/a come menos cuando esta triste	1	2	3	4	5
32. Si se lo permitiera, mi hijo comería en exceso	1	2	3	4	5
33. Mi hijo/a no puede almorzar o cenar si ha comido algo antes	1	2	3	4	5
34. Mi hijo/a tiene un gran apetito	1	2	3	4	5
35. Mi hijo/a come más cuando está contento/a	1	2	3	4	5

4. CUESTIONARIO BREVE DE PRÁCTICAS PARENTALES (VERSIÓN PARA NIÑ@S)

	INSTRUCCIONES: MARCA CON UNA X LA OPCIÓN QUE SE ADECUA A TU SITUACIÓN.	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Mis padres me motivan a hablar con ellos de mis problemas	1	2	3	4	5
2	Mis padres me disciplinan por medio del castigo más que usando la razón	1	2	3	4	5
3	Mis padres me felicitan cuando me porto bien	1	2	3	4	5
4	Mis padres muestran comprensión (empatía) cuando me encuentro herido(a) o frustrado(a)	1	2	3	4	5
5	Mis padres me castigan quitándome privilegios con poca o ninguna explicación	1	2	3	4	5
6	Mis padres me brindan confianza y entendimiento cuando me encuentro triste	1	2	3	4	5
7	Mis padres me gritan o rezongan cuando me porto mal	1	2	3	4	5
8	Mis padres me ofenden y critican para que mejore	1	2	3	4	5
9	Mis padres me jalan (o jalonean) con fuerza cuando soy desobediente	1	2	3	4	5
10	Mis padres están atentos a mis deseos y necesidades	1	2	3	4	5
11	Mis padres discuten conmigo	1	2	3	4	5
12	Mis padres me explican las razones de las reglas que deben ser obedecidas	1	2	3	4	5
13	Mis padres se preocupan más de sus sentimientos que de los míos	1	2	3	4	5
14	Mis padres me dicen que aprecian mis logros o intentos de lograr algo	1	2	3	4	5
15	Mis padres me motivan a que hable acerca de las consecuencias de mis propias acciones	1	2	3	4	5
16	Mis padres explotan en enojo conmigo	1	2	3	4	5
17	Mis padres se dan cuenta de mis problemas y preocupaciones de la escuela (o trabajo)	1	2	3	4	5
18	Mis padres me expresan afecto con abrazos o besos	1	2	3	4	5
19	Mis padres emplean el castigo físico como una manera de disciplinarme	1	2	3	4	5
20	Mis padres hablan y razonan conmigo cuando me porto mal	1	2	3	4	5
21	Mis padres me dan una cachetada cuando me porto mal	1	2	3	4	5
22	Mis padres me animan a que libremente exprese lo que siento cuando no estoy de acuerdo con ellos	1	2	3	4	5
23	Mis padres me ofenden y critican cuando no hago bien lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5
24	Mis padres respetan mis opiniones ayudándome a que las exprese	1	2	3	4	5
25	Mis padres me explican cómo se sienten con mi buena o mala conducta	1	2	3	4	5
26	Mis padres me amenazan con castigarme con poca o ninguna justificación	1	2	3	4	5
27	Cuando pregunto a mis padres por qué tengo que hacer algo, me contestan que porque ellos lo dicen o porque es mi mamá (o papá) o porque así lo quieren	1	2	3	4	5
28	Mis padres me exigen que haga las cosas	1	2	3	4	5
29	Mis padres me jalan (jalonean) cuando soy desobediente	1	2	3	4	5
30	Mis padres me explican las razones de las reglas (de la casa)	1	2	3	4	5

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización voluntaria para participar en el estudio "AVANZA-CRIANZA: Promoviendo relaciones saludables en familia"

Yo _____ voluntariamente autorizo a la Psicóloga Mariana Valdez Aguilar y a su equipo de trabajo para que a mí y a mi hijo _____ nos sean tomadas las medidas antropométricas de peso y estatura, así como a la contestación de la encuesta acerca de prácticas de crianza, hábitos alimentarios etc; comprometiéndonos a contestar con toda sinceridad.

Así mismo, me comprometo a que en caso de que se solicite mi presencia, acudiré a la Escuela en la hora y fecha que se me indique.

Manifiesto que tengo conocimiento que estos datos forman parte de un estudio que tiene como propósito conocer favorecer estilos de vida saludables en alumnos de cuarto año de primaria.

Quedo en el entendido que la participación en el estudio es completamente voluntaria y la información que se genere es anónima y confidencial, respetando la integridad física y moral de mi hijo (a).

Responsable del estudio: Psic. Mariana Valdez Aguilar

Nombre y firma de autorización de la madre:

Nombre y firma del testigo:



INFORMES

Dra. Rebeca Guzmán Saldaña
Instituto de Ciencias de la Salud
Teléfono: 71-7-20-00 Ext. 4313
remar64@yahoo.com.mx

Psic Mariana Valdez Aguilar
Instituto de Ciencias de la Salud
Teléfono: 771 7001709
psicmarianav@gmail.com

7. CARTAS DESCRIPTIVAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

SESION	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIAL	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	EVALUACIÓN	
1. Presentación	Presentación del programa	Establecer el primer contacto entre los miembros del grupo y explicar la dinámica de las sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas prediseñadas para los gafetes • hojas blancas • Plumones • Lápices • Gomas • Lap • Cañón 	Colocar un letrero de bienvenida en un lugar visible. En una tarjeta prediseñada cada mamá escribirá su credencial para poder pertenecer al grupo "Avanza -Crianza".	15 MIN	El gafete Analizar cada una de las expectativas de los miembros del grupo. Analizar las respuestas de las madres al ejercicio.	
	¿Me parezco en?			DINAMICA: Cada persona dirá el animal con el que se identifique. Ej. Karina-Delfín. Después identificarán qué características tiene el animal que ustedes también tengan. Deberán escoger tres características y cuando se presenten dirán el nombre y las tres características. Ej; Soy Karina delfín y soy tierna, pacífica y solidaria.			5 MIN
	Comenzamos...			Posteriormente se presentará en diapositivas la información para explicar la dinámica de las sesiones, las temáticas, haciendo énfasis en la importancia de la participación conjunta de la diada madre-hijo, en su esencial asistencia a todos los talleres, su aporte y el compañerismo con las demás madres.			40 MIN
	Aplicación de la batería de pruebas	Aplicar a cada escolar y madre la batería de pruebas para obtener la primera medición y evaluación de las variables psicológicas y socioculturales.		Se procederá a entregar las baterías de pruebas para repartirlas y aplicarlas a las mamás. Después de haber aplicado las baterías de pruebas a las madres de familia nos dividiremos en parejas para cubrir 4°A, 4°B, 4°C, y proceder a la repartición de las mismas, se les pedirá a los escolares que saquen un lápiz y una goma para contestar los cuestionarios. A continuación leeremos cada instrucción y pregunta de cada cuestionario para que sean contestados de manera grupal, haciendo hincapié en que no existen respuestas buenas ni malas, pero que si deberán contestarlo todo y que si tienen alguna duda con gusto responderemos.			20 MIN

<p>2. Conocién donos mejor</p>	<p>Como la palma de mi mano</p>	<p>Obtener información sobre los aspectos a tomar en cuenta para conocer a los hijos y ayudarlos en su pleno desarrollo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel mural • Hojas blancas • Cañón • Lap • Cuestionario • Plumas • Cinta adhesiva 	<p>Se retoma la sesión anterior. La sesión pasada nos presentamos, mencionamos la dinámica y las temáticas del taller así como su valiosa participación y asistencia a cada uno de los talleres. Sin embargo ahora se encuentran sus hijos por lo que es necesario que también los pequeños se presenten. Cada diada se presentará por medio del ejercicio ¿Me parezco en?, visto en la sesión pasada.</p> <p>Posteriormente cada mamá escribirá dos noticias que las hayan hecho felices en relación a su hijo y algunas voluntarias pasarán a decirlas al frente.</p> <p>Se expondrá el tema “El conocimiento de tu hijo” empezando con la siguiente pregunta: ¿Cómo podemos ayudar a que nuestros hijos se desarrollen de una manera plena? ¿Qué aspectos importantes debemos tomar en cuenta para tener un mejor conocimiento de nuestros hijos? Hay que considerarlos en distintas dimensiones: -Seres biológicos -Racionales -Psicológicos -Emocionales -Sociales -Trascendentales Se abordarán todas las dimensiones mencionadas mediante una presentación.</p> <p>Después se les entregará un cuestionario que deberán contestar por separada mamá e hijo (a) y al terminar podrán confrontar sus respuestas CUESTIONARIO ¿CONOZCO A MI HIJO?: Conteste brevemente las siguientes preguntas relacionadas con su hijo. 1. ¿Qué color le gusta más? 2. ¿Qué alimentos prefiere? Que alimentos no le gustan? 3. ¿Cómo se llama su mejor amigo? 4. ¿En qué grupo de la escuela está? 5. ¿Cómo se llama su maestro? 6. ¿Qué materia le gusta más? 7. ¿Con qué materia tiene más problemas en la escuela? 8. ¿Cuál es su deporte favorito? 9. ¿Qué programas ve en la televisión? 10. ¿Qué le pone triste? 11. ¿Qué le enoja? 12. ¿Qué le hace feliz? 13. ¿Qué le gusta hacer durante su tiempo libre? 14. ¿Qué es lo que más me gusta de mi hijo/ mamá?</p> <p>Tarea: Las mamás escribirán qué hacen para conocer a su hijo día a día en las seis dimensiones vistas en la sesión.</p>	<p>15 MIN</p> <p>15 MIN</p> <p>15 MIN</p> <p>15 MIN</p>	<p>Analizar las respuestas a los cuestionarios de los participantes.</p> <p>Las mamás escribirán qué hacen para conocer a su hijo día a día en las seis dimensiones vistas en la sesión.</p>
---------------------------------------	--	--	--	---	---	--

<p>3. Alimentación saludable y alimentación emocional</p>	<p>¿Qué es el hambre física y el hambre emocional?</p>	<p>Las participantes reconocerán la importancia biológica, Psicológica y social de la alimentación .</p>	<p>Cañón Lap Globos Memorama</p>	<p>Se retoma lo visto la sesión pasada. Se pregunta a las madres sobre cómo se sintieron la durante la semana y también sobre el ejercicio que se dejó de tarea.</p> <p>DINAMICA: Iniciamos la sesión con el juego de “La Imagen y el Espejo”. Se solicita 2 diadas que quieran participar. Se coloca uno frente al otro. Se menciona que la persona del lado derecho de la asesora será el espejo y deberá reflejar todo lo que la imagen (el otro participante realice durante tres minutos. Se cambian los papeles y el que era la imagen se convierte en espejo, también 3 minutos. Se cuestiona a las diadas: ¿Cómo se sintieron? ¿Qué fue más fácil, el rol de imagen o el de espejo? <i>¿Qué creen que son nuestros hijos, espejos o imágenes? ¿Quiénes son las imágenes de nuestros hijos? ¿Qué debemos hacer para ser mejores imágenes de nuestros hijos?</i></p> <p>EXPOSICIÓN: Por lo anterior se enfatiza en la importancia de una sana alimentación que se enseña a los hijos desde muy pequeños a través de la presentación “La importancia de una alimentación saludable”.</p> <p><i>Hambre emocional:</i> Se explicará qué es el hambre emocional, diferenciar entre hambre física. Hacer un modelamiento de situaciones en las que se hayan sentido enojados, felices o nerviosos. Plantear las siguientes preguntas a los participantes: ¿Cuáles son las situaciones o cosas que te ponen más nervioso? ¿En qué parte del cuerpo sientes enojo? ¿En qué parte del cuerpo sientes alegría? ¿Alguna vez has comido cuando estas triste?</p> <p>Proporcionar a los participantes que den ejemplos de respuestas a las emociones. Proporcionar retroalimentación y reforzamiento. <i>Respuestas al hambre:</i> Por diadas. Escribirán ejemplos de cómo responder a cada una de las situaciones relacionadas con enojo, la alegría, la tristeza y la soledad planteadas por el grupo.</p>	<p>10 MIN</p>	<p>Evaluar mediante un cuestionario.</p>
					<p>30 MIN</p>	
					<p>30 min</p>	

<p>4. Lonchera saludable</p>	<p>Lonchera saludable</p>	<p>Dar a las madres estrategias para una alimentación saludable.</p>	<p>Menú saludable Cuestionarios</p>	<p>Elaboración de un menú: Se elaborará un menú de un día completo, con ayuda de la especialista en nutrición. Los niños contestarán las siguientes preguntas: ¿Desayunas antes de ir a la escuela? ¿Qué desayunas? ¿Llevas dinero para la compra de alimentos durante el receso? ¿Cuánto dinero? ¿Qué alimentos compras?</p> <p>Las madres contestarán a las siguientes preguntas: ¿Su hijo desayuna antes de ir a la escuela? ¿Qué desayuna? ¿Lleva lunch? ¿Qué alimentos lleva normalmente? ¿Lleva dinero para la compra de alimentos durante el receso? ¿Cuánto dinero le da?</p> <p>Se observarán las loncheras de los alumnos en la hora del receso, antes y después de esta sesión en donde se registrará la cantidad y unidad de medida de los siguientes alimentos: 1)lácteos , 2) Bebidas, 3)cereales y derivados, 4) frutas, 5) verduras, 6) torta o sándwich, 7) comida preparada, 8) azúcares, dulces y golosinas, 9) frituras y botanas.</p> <p>Para determinar la calidad nutritiva de los alimentos, se estandarizará las porciones a 100 g o 100 ml; se determinará el no. de porciones y se realizará el cálculo dietético.</p>	<p>40 MIN</p>	<p>20 MIN</p>	<p>Se evaluará mediante el cuestionario y la observación de las loncheras.</p>
-------------------------------------	---------------------------	--	---	---	---------------	---------------	--

5. Prácticas de crianza	¿Con qué practica de crianza nos identificamos? Role-playing	Dar a conocer las diferentes prácticas de crianza que existen. Conocer las consecuencias de cada práctica de crianza que se utiliza.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Cañón • Lap • Videos • “La gallinita” • “Restricción de la comida” • Plumones • Rotafolios • Hojas blancas • Autoregistros 	Se inicia retomando la sesión pasada. Se proyecta un video sobre las prácticas de crianza. “La gallinita” Posteriormente se explican los diferentes estilos de crianza que existen ¿con cuál se identifican? Y qué consecuencias tiene ejercer cada uno. Se preguntará si tienen alguna duda.	15 MIN	Revisión del role playing, Ficha de autorregistro diaria
	Responsabilidad percibida			Después se les preguntará a las diadas: ¿Por qué creen que es necesario alimentarnos? ¿Cómo nos sentimos cuando comemos algo que nos gusta mucho? ¿Cómo sabemos a qué hora comer? ¿Por qué? ¿Quién decide qué alimentos comprar en casa? ¿Quién hace las compras del mercado? A los niños se les preguntará ¿quién es responsable de alimentarlos en casa? y ¿con qué frecuencia? ¿Existe algún castigo sino se terminan sus alimentos? ¿Existe algún premio si se lo terminan todo? Se proyecta algunas imágenes mientras se hacen estos cuestionamientos.	10 MIN	
	Definición de conducta y conducta problema			Después se expondrá la siguiente pregunta a las mamás: ¿Cuáles son las conductas que ustedes como madres podrían considerar problemáticas de sus pequeños en cuanto a la alimentación? Las mamás responderán y posteriormente se les dará la definición de conducta, cómo los hijos aprenden una conducta y algunos criterios para considerar una conducta problema.	15 MIN	
	Empezamos a modificar conductas			VIDEO: Se proyectará el video “Restricción de la comida de un niño” Posteriormente se preguntará a las madres lo siguiente: ¿Les prohíben comer a sus hijos golosinas, chetos, papitas o dulces cuando se portan mal o cuando no cumplen con alguna tarea o deber? Se les preguntará a los niños qué sienten cuando mamá hace esto y qué otras medidas creen que pueden hacer.	15 MIN	
	¿Es bueno RESTRINGIR la comida a nuestros hijos?			Se explicará los efectos que tiene para sus hijos el prohibir los alimentos, se les dice a las mamás que deben siempre observar con atención la conducta de sus hijos, el ambiente que los rodean y las circunstancias. Por lo tanto, ellas mismas se deben de preguntar si esa conducta que está teniendo con la comida les está impidiendo a su desarrollo no sólo físico (corporal, sino también el psicológico y social). Es muy importante siempre respetar a su hijo, respetar lo que siente y piensa; ya que con base a esto se puede utilizar otros refuerzos aparte de la Restricción de la comida.		

6. Prácticas de crianza alimentarias	Lluvia de ideas MONITORIO DE LA ALIMENTACION	Dar a conocer las estrategias parentales para la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Video la sopa de Mafalda • Cañón • Lap • Hojas blancas • Lápicos • Cubos • Hojas blancas • Autoregistros • Recetas 	Se retoma la sesión anterior. Se hablará sobre los autoregistros de la sesión pasada. Posteriormente se hará una lluvia de ideas sobre VIGILANCIA DE LA ALIMENTACIÓN con base en las siguientes preguntas: ¿Qué hacen para vigilar la comida que comen sus hijos? ¿Qué tan pendiente están de la cantidad de dulces, comida chatarra o refrescos que comen sus hijos al día o a la semana? ¿Creen ustedes que es necesario moderar la cantidad de los alimentos? Las mamás irán escribiendo sus respuestas en la lluvia de ideas y se hará una discusión y conclusión grupal sobre este aspecto de la crianza alimentaria. Los niños también participarán en esta discusión.	5 MIN	Ficha de autorregistro diaria
				Posteriormente se proyectará “La sopa de Mafalda” y después se harán las siguientes preguntas a las diadas: ¿Alguna vez han obligado a sus hijos a comer un alimento en especial o a terminarse la comida en su plato? ¿Ustedes niños, saben la cantidad de comida que deben de comer? ¿Qué pasa cuando no quieren comer, qué estrategias utilizan?	15 MIN	Dibujos sobre el ejercicio de presión para comer.
				EJERCICIO: En una hoja las diadas identificarán por escrito: 1. Cinco estímulos negativos que hayan estado utilizando hasta ahora para tratar de modificar las conductas de sus hijos que consideren un problema a la hora de comer. (Ej. Pegarle para que se coma su comida, amenazas como: si no te terminas la comida no sales a jugar). 2. Cinco estímulos positivos que actualmente estén utilizando para motivar las conductas de alimentación de sus hijos. (Ej. Darle una palmadita en la espalda, sonreírle, sentarse a su lado, contarle un cuento, darle un tiempo adicional para ver tv). 3. Tres conductas negativas que sus hijos realicen a la hora de comer. (Ej; Hacer berrinche, patear, enojarse). 4. Tres conductas positivas que sus hijos realicen a la hora de comer (Ej; Terminarse toda la comida, compartir algo que sucedió en la escuela, colocar la mesa)	10 MIN	
				Se hará una breve exposición y diferenciación sobre los estímulos positivos (sociales, actividades, recompensas y negativos (castigos, amenazas, regaños, juzgar, criticar)	15 MIN	
				Para finalizar se leerá la reflexión “Los niños aprenden lo que viven”	10 MIN	
	Presión para comer			Tarea: Las madres dibujarán el alimento que piensen menos le guste a su hijo y escribirán si alguna vez han intentado que lo comieran de cualquiera forma. El niño realizará la misma actividad y se compararán las respuestas.	5 MIN	
	Estímulos positivos, negativos, castigos y recompensas			Receta en familia.		

7. Estrategias parentales y la alimentación	Las estrategias que los padres utilizan	Dar a conocer las estrategias parentales de la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Cañón • Lap • Canasta con alimentos • Ensalada • Sopa • Recetas • Hojas blancas • Rotafolios 	<p>Se retomará la sesión anterior y las tareas. Se hará un análisis sobre las estrategias parentales vistas anteriormente y se les dirá a las diadas que en esta sesión se les dará nuevas estrategias sobre la alimentación.</p> <p>EXPOSICIÓN: Se explicará a las diadas que los niños y niñas pueden utilizar la comida para intentar reafirmarse, oponerse al control de los adultos y, de esa manera, comenzar a definir su independencia.</p> <p>Los niños y niñas quieren establecer un cierto control sobre lo que comen. Por ello, hay que tener una cierta "flexibilidad" sobre los límites que se marcan, sin ceder y darles de comer sólo aquello que les gusta, porque estableceríamos unos hábitos poco saludables para el futuro. Es conveniente permitirles que escojan de vez en cuando lo que quieren comer, para que perciban que controlan su alimentación. Cada niño y cada niña tienen un ritmo propio.</p> <p>Necesitan tiempo para aceptarlos. Que un alimento no guste al principio no significa que no vaya a gustar más adelante. Es importante dejarles investigar sabores y olores, así como descubrir nuevos alimentos y nuevas sensaciones.</p> <p>TECNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: Se explican las técnicas de ignorar, aislamiento, saciedad, sobrecorrección de práctica positiva, sobrecorrección restitutiva y costo de respuesta. Se explica su aplicación, la cual debe ser consistente, además de prestarle atención positiva a todas aquellas conductas adecuadas que se observe en el niño.</p> <p>EJERCICIO: Se evaluarán los AUTOREGISTROS y ejercicios de las dos sesiones pasadas, las mamás seleccionarán junto con la asesora la conducta que deseen disminuir de su hijo, seleccionando una técnica. Algunas diadas escenificarán cómo aplicarían esa técnica en casa a la hora de comer.</p>	10 MIN	Ficha de autorregistro diaria
	Disminución de conductas problemáticas				20 MIN	Se evaluará el conocimiento mediante la tarea de la receta.
						35 MIN

<p>8. Autoestima y Autoeficacia</p>	<p>¿Mi autoestima influye en mi alimentación?</p> <p>¿Qué tan capaces nos sentimos?</p>	<p>Identificar el concepto de autoestima.</p> <p>Descubrir cuáles son los factores que no permiten una formación adecuada de ésta la autoestima y su repercusión en el desarrollo de las personas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Colores • Rotafolio • Ropa deportiva • Costales • Cuerdas • Pelotas 	<p>Retomar la sesión pasada. Dar un breve repaso de lo que se ha abordado en los talleres pasados. Se revisará la tarea y se recordará que el hecho de comer está asociado con aspectos físicos y afectivos. Comemos cuando nos reunimos para celebrar acontecimientos importantes, estrechar lazos, establecer relaciones laborales, y otras ocasiones semejantes. Preguntar a las diadas en qué otras situaciones comen.</p> <p>Se menciona que en esta sesión se abordará el tema de la Autoestima y la Autoeficacia (Dar una definición de autoestima y autoeficacia).</p> <p>DINAMICA: Se les pedirá a las diadas que hagan una lista de lo que compran en el mercado y posteriormente se formarán dos equipos. Cada equipo escogerá una de estas listas y clasificará los productos que compran de acuerdo al plato del bien comer. Pasarán dos representantes de cada equipo al frente a exponer la lista y sus respectivos productos. Se les preguntará si se sienten capaces de aumentar su consumo de frutas y verduras y disminuir/moderar cereales y productos de origen animal.</p> <p>Posteriormente las diadas formarán dos círculos tomándose de la mano (uno dentro del otro). Se dará la señal para que se ruede el círculo interno a la derecha, de tal forma que se ubique frente a una persona distinta de la anterior. Se saludarán dándose un abrazo, después volverán a girar saludándose con el codo, cabeza, pierna, cadera etc.</p> <p>Saldremos al patio a hacer competencias con costales, saltar la cuerda, hacer lagartijas etc.</p> <p>Se hará una breve reflexión de porqué se sintieron capaces o no de hacer esta actividad.</p> <p>Tarea: Traer una foto de cada madre y su hijo de hace 5 años y una actual.</p>	<p>5 MIN</p> <p>10 MIN</p> <p>15 MIN</p> <p>30 MIN</p>	<p>Evaluación del dibujo.</p> <p>Evaluación de sus respuestas al cuestionario.</p> <p>Evaluación de los autoregistros</p>
--	---	--	---	---	--	---

9. Imagen corporal	Somos diferentes	Identificar la percepción sobre su satisfacción o insatisfacción de su propia imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuento del elefante • Cañón • Lap • Papel mural • Cinta adhesiva • Gises • Fotos 	Retomar la sesión pasada. Se proyectará una lectura reflexiva titulada "Cuento de Elmer el elefante". Posteriormente se harán las siguientes preguntas:	15 MIN	Se evaluará como construyeron su cuerpo y si hay distorsión entre la figura que construyeron y su yo.
	Nuestra silueta			<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué reflexión te dejó la lectura? 2. ¿Consideras que tiene algún beneficio el ser diferente a los demás? Si No ¿Por qué? 3. ¿Por qué consideras que Elmer quería ser diferente? 4. ¿De qué manera influyó Elmer en sus compañeros? 5. ¿Consideran que son diferentes a los demás? Explica por qué. 	15 MIN	
	Nuestro cuerpo ha cambiado			<p>Se hará una breve explicación sobre la Imagen Corporal y las consecuencias de una insatisfacción corporal.</p> <p>Después de esta actividad se trabajará con las fotos que cada diada trajo y se reflexionará sobre los cambios que han tenido a través del tiempo, por medio de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo era su relación hace 5 años? ¿Ha cambiado? ¿Les gustaban los mismos alimentos? ¿Qué les gusta ahora? ¿Qué cambios físicos y de carácter han tenido? ¿Cómo percibes el peso de tu hijo/mamá? ¿Cómo percibes tu propio peso? Es saludable? ¿Qué podrías hacer para mejorar/mantener tu peso?</p> <p>Tanto madre e hijo deben de contestar a las preguntas. Al final se hará una conclusión sobre estas preguntas.</p>	30 MIN	

<p>10.Cierre del taller</p>	<p>Reflexión</p> <p>Aplicación de la batería de pruebas (Post)</p> <p>Nos despedimos</p>	<p>Conocer las opiniones que las diadas tienen del programa de intervención.</p>	<p>Hojas con dibujo de árboles. Batería de pruebas. Reconocimientos Poema coincidir</p>	<p>Retomar la sesión anterior.</p> <p>Ejercicio: Repartir los árboles para que contesten en diadas y posteriormente darles las siguientes indicaciones: En este árbol hay tres secciones, las raíces representan lo que aprendieron, el tronco el cómo utilizan en su vida cotidiana y el follaje representa qué esperan que pase en un futuro no muy lejano al utilizar lo aprendido.</p> <p>Se procederá a entregar las baterías de pruebas previamente impresas, para repartirlas a las diadas y llevar a cabo su aplicación.</p> <p>Despedida: Se agradecerá la participación de las madres y los niños en el proyecto AVANZA-CRIANZA Promoviendo relaciones saludables en familia, se entregarán reconocimientos. Se dará lectura al poema "Coincidir" de Silvio Rodríguez.</p>	<p>15 MIN</p> <p>40 MIN</p> <p>15 MIN</p>	<p>Respuestas al cuestionario</p> <p>Análisis de comentarios</p>
------------------------------------	--	--	---	--	---	--