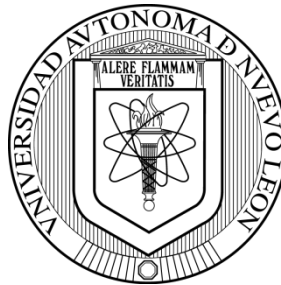


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CRIANZA CONSCIENTE, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL
E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PREESCOLAR

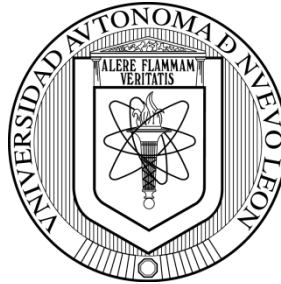
Por

LIC. RUBI CHANTAL CASCO OJEDA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CRIANZA CONSCIENTE, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL
E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PREESCOLAR

Por

LIC. RUBI CHANTAL CASCO OJEDA

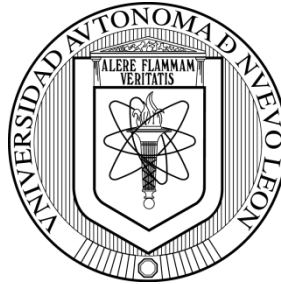
Director de tesis

DRA. YOLANDA FLORES PEÑA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CRIANZA CONSCIENTE, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL
E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PREESCOLAR

Por

LIC. RUBI CHANTAL CASCO OJEDA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2020

CRIANZA CONSCIENTE, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL
E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PREESCOLAR

Aprobación de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña
Director de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña
Presidente

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Secretario

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT por la beca recibida durante estos años.

A mi Directora de Tesis la Dra. Yolanda Flores Peña por la paciencia, la confianza y las enseñanzas que recibí de ella en esta etapa de mi vida.

A la Dra. Corina Mariela Alba Alba por impulsarme y motivarme siempre en este camino, por creer que yo podía lograr esta meta, por ser mi apoyo y fuerza para concluir esta etapa.

A la Dra. Perla María Trejo Ortiz Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas por recibirme en su casa de estudios para hacer mi estancia de investigación y por aceptar ser mi asesora de tesis en ese tiempo.

A la Secretaría de Educación Pública del estado de Nuevo León por permitirme el acceso a las escuelas de educación preescolar del Estado.

A las Directoras de las instituciones participantes por su apoyo y confianza en este proyecto y a las madres y niños por su valiosa participación.

A todos mis docentes de la Maestría por cada una de las enseñanzas recibidas y por el aporte a mi crecimiento personal.

A mi compañera de trabajo Monserrat Morales Alducin por el esfuerzo en conjunto que realizamos para llevar a cabo la recolección de los datos y por el tamaño de muestra que logramos completar.

A mis compañeros de generación por su solidaridad y sus atenciones durante este proyecto, por hacer menos pesada la estancia en la Universidad. En especial a mi amigo Diego Medellín por su apoyo incondicional durante este tiempo de estudios.

Dedicatoria

A Dios, por brindarme las oportunidades para seguir creciendo durante mi tiempo en esta tierra, por las bendiciones diarias y la protección que me da para seguir adelante, por los ángeles que me envió para aligerar mi travesía durante esta etapa. Por su amor incondicional por mí y por darme la fortaleza de enfrentar cada desafío.

A mis amados padres por el esfuerzo que han hecho hasta el día de hoy para que yo pueda desarrollar mi potencial; por el amor, la dedicación, la confianza, las enseñanzas que me han dado toda la vida, por el ejemplo que me dan de vivir dignamente, por el apoyo incondicional en cada momento para lograr este proyecto.

A mis hermanos por estar siempre para ayudarme y por impulsarme a conseguir mis sueños.

A mi abuela materna, dedico mi trabajo y esfuerzo por ser mi fuente de inspiración para realizar este proyecto, y con quien deseaba compartir el fruto de este logro. A este ser humano que a mitad de este camino dejó de estar conmigo, pero sé que desde donde está me cuida y me acompaña.

A mi abuela paterna por ser una mujer fuerte y trabajadora, por sus ganas de vivir, las cuales me contagia y me inspiran para ayudar a otros.

A mis sobrinos adorados, Oliver, Gael y Carlo por darle luz y amor a mi vida, por enternecer mis días y darme fuerzas para no rendirme, por ser una inspiración más para prepararme y poder ayudarlos y cuidarlos en cada momento.

A la vida misma por el aprendizaje que me permite tener en cada una de mis decisiones y acciones, por la oportunidad de disfrutar la belleza de vivirla en cada paso que doy, y por la oportunidad de mejorar algo cada día.

Resumen

Rubi Chantal Casco Ojeda
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2020

Título del Estudio: CRIANZA CONSCIENTE, ESTILOS MATERNOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PREESCOLAR

Número de páginas: 62 Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la salud en a) estados Crónicos y b) grupos vulnerables

Propósito y Método del Estudio: El objetivo general fue comparar las dimensiones y puntuación total de crianza consciente (CC) de acuerdo al estilo materno de alimentación infantil (EMAI) y correlacionar los puntajes de las dimensiones y puntuación total de CC con el índice de masa corporal (IMC) del hijo. Objetivos específicos: 1) Describir las dimensiones y puntuación total de CC, 2) Identificar el EMAI, 3) Identificar el EMAI con la puntuación promedio más alta del IMC y verificar si existen diferencias significativas, 4) Identificar predictores de la CC y 5) Identificar predictores de la responsabilidad. La muestra se determinó para un modelo de regresión lineal múltiple con ocho variables, significancia de .05, potencia de prueba 90%, tamaño de efecto de .07. Participaron 344 diadas madre-hijo preescolar que asistían a 10 escuelas públicas de Monterrey N. L. Las madres contestaron la Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza y el Cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador. Se midió peso y talla del preescolar. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados y Conclusiones: La consistencia interna de los cuestionarios fue aceptable. La dimensión de CC que presentó la media más alta fue *consciencia emocional de uno mismo y del hijo* (Media = 74.14, DE = 14.90), la media de la puntuación total de CC fue 69.48 (DE = 10.60). El EMAI indulgente fue el más frecuente 33.7% (n = 116). El EMAI indulgente presentó el rango promedio más alto de IMC del hijo (121.70) al compararlo con el EMAI autoritario (102.62) se identificó diferencia significativa (U = 5197.00, p < .05). La edad materna, demanda y responsabilidad son predictores de la CC (R² = .201) y las dimensiones de CC, *escucha con total atención y aceptación sin prejuicios*, así como el IMC del hijo determinaron la responsabilidad del EMAI (R² = .147, F = 19.556, p < .001). El EMAI con autoridad presentó la puntuación más alta de CC (H = 27.068, p = .001). La CC se correlacionó con la responsabilidad del EMAI (r_s = .372, p = .001). La práctica de CC se relaciona con un EMAI con autoridad lo que favorece un IMC del hijo saludable. El EMAI indulgente tiene relación con puntajes más altos de IMC del hijo. Se recomienda la promoción del EMAI con autoridad, el cual presentó el valor más alto de CC.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Conceptual	4
Crianza consciente	4
Escuchar con total atención al hijo	5
Aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo	6
Consciencia emocional de uno mismo y del hijo	6
Autorregulación en la relación padre-hijo	7
Compasión por uno mismo y por el hijo	7
Estilos Maternos de Alimentación Infantil	8
Índice de Masa Corporal	9
Estudios Relacionados	10
Crianza Consciente e IMC	10
Estilos Maternos de Alimentación Infantil e IMC	13
Definición Operacional de Términos	17
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Capítulo II	
Metodología	19
Diseño del estudio	19
Población, muestreo y muestra	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión	19
Mediciones	20
De lápiz y papel	20

Contenido	Página
Mediciones antropométricas	21
Procedimiento de recolección de los datos	22
Consideraciones éticas	23
Estrategias de análisis de datos	25
Capítulo III	
Resultados	26
Consistencia Interna de los Cuestionarios	26
Estadística descriptiva de las características sociodemográficas y antropométricas	27
Estadística para verificar los objetivos	29
Capítulo IV	
Discusión	36
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias	43
Apéndices	49
A. Cédula de datos personales de la Madre y el Hijo	50
B. Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza	51
C. Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador	52
D. Procedimiento para la Medición del Peso en el Preescolar	53
E. Procedimiento para la medición de Talla en el Preescolar	55
F. Cédula de Registro de Datos Antropométricos	57
G. Listado de Escuelas de Educación Preescolar con Alumnos Inscritos	58
H. Consentimiento Informado	59
I. Asentimiento Informado	61

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Confiabilidad de la escala IM-P	26
2. Confiabilidad del Cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC)	27
3. Estadísticas Descriptivas de Características Sociodemográficas Maternas	27
4. Estadísticas Descriptivas y Prueba de Normalidad de Medidas Antropométricas del Hijo	28
5. Estado Nutricio del Hijo de acuerdo con la OMS	28
6. Estadísticas Descriptivas y Prueba de Normalidad de las Dimensiones de la Crianza Consciente	29
7. Frecuencia de EMAI	30
8. H de Kruskal-Wallis del IMC del hijo de acuerdo al EMAI	30-31
9. Prueba U de Mann Whitney de IMC del hijo de acuerdo al EMAI	31
10. Regresión Lineal Múltiple de la puntuación total de CC y variables de estudio	32
11. Regresión Lineal Múltiple de la Dimensión de Responsabilidad con las Dimensiones de la CC y el IMC del hijo	33
12. Prueba de H de Kruskal-Wallis de las dimensiones y puntuación total de CC de acuerdo con el EMAI	34
13. Correlación de Spearman de las dimensiones del EMAI y dimensiones y puntuación total de crianza consciente	35

Capítulo I

Introducción

La obesidad (OB) infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia (OMS, 2019), ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, cada año mueren como mínimo 2.8 millones de personas a causa del sobrepeso (SP)-OB.

México se sitúa en el primer lugar a nivel mundial en OB infantil, problema presente desde el nacimiento hasta la adolescencia (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia por sus siglas en inglés [UNICEF], 2016). De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT) la prevalencia combinada de SP-OB en escolares, se ubicó en 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares viviendo con este problema. La prevalencia nacional de SP-OB en niñas preescolares fue 5.8%, menor a la observada en 2012 (9.7%) y 6.5% para niños, menor a la estimada en 2012 (9.9%) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). A nivel nacional, la región del país con la mayor prevalencia de SP-OB en los preescolares fue el Sur, seguida por el Norte, con alrededor de 7% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

La OB infantil se asocia a mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematura en la edad adulta, las enfermedades no transmisibles resultantes de la OB dependen en parte de la edad de inicio y de la duración de la OB. Las consecuencias más importantes de la OB infantil a menudo no se manifiestan hasta la edad adulta, tales como: enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatías y accidente cerebrovascular); diabetes; trastornos del aparato locomotor, en particular la artrosis y ciertos tipos de cáncer (de endometrio, mama y colon) (OMS, 2017). Además, los niños con exceso de peso presentan problemas motores, dificultad respiratoria, resistencia a la insulina y mayor probabilidad de seguir presentando OB en la edad adulta, por lo que las

medidas preventivas y de manejo del SP-OB infantil deben de iniciarse desde etapas tempranas de la vida (Xu y Xue, 2016).

El exceso de peso es causado por una compleja interacción de factores biológicos, de comportamiento y ambientales (Davison & Birch, 2001) por tanto, se recomienda estudiar todos aquellos determinantes que pueden influir en el desarrollo del SP-OB. El fomento de una dieta saludable y la actividad física regular son factores esenciales en la lucha contra la epidemia de la OB infantil, etapa del desarrollo en la cual los padres son los principales cuidadores, por tanto, pueden influir en las conductas de sus hijos (OMS, 2019), principalmente en la edad preescolar que es cuando el hijo adquiere conductas y construye creencias, normas, actitudes y valores de la familia (Cerdas, Polanco & Rojas, 2002).

La crianza demanda múltiples habilidades, así como recursos económicos y emocionales a los padres, siendo la madre el cuidador principal quien podría influir o no en el desarrollo del SP-OB infantil. Se ha descrito que la madre puede influir en el peso del hijo preescolar, mediante prácticas de alimentación, estilos de alimentación y percepciones relacionadas al exceso de peso, entre otros (Innella, Breitenstein, Hamilton, Reed & McNaughton, 2015).

Además, Gouveia, Canavarro y Moreira (2019) encontraron que la crianza consciente (CC) puede ayudar a que los niños participe con menor frecuencia en conductas alimentarias desordenadas, en la promoción de comportamientos alimenticios más saludables, además la CC parece ser un predictor importante de las prácticas maternas de alimentación infantil y de la preocupación materna por el peso del hijo, lo que sugiere que la CC de los hijos podría ayudar a las madres a adoptar prácticas de alimentación infantil dirigidas al manejo del peso del hijo (Gouveia, Canavarro & Moreira, 2018; Gouveia, Canavarro & Moreira, 2019).

La CC que se ha descrito como “una habilidad o práctica fundamental para la crianza que involucra la consciencia que emerge al prestar atención a propósito, en el

momento presente y sin prejuicios” (Kabat-Zinn, 2003 citado por Duncan, Coatsworth & Greenberg, 2009), ser una madre consciente implica adoptar una actitud de aceptación y compasión en la crianza de los hijos y ser sensible y receptiva a las necesidades del hijo lo cual implica estar completamente presente y consciente de los estados internos propios y del hijo durante la interacción madre-hijo y ejercer una autorregulación en estas interacciones para elegir prácticas de crianza que estén de acuerdo con los valores y objetivos parentales, la CC está integrada por cinco dimensiones: 1) escuchar con total atención al hijo, 2) aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo, 3) consciencia emocional de uno mismo y del hijo, 4) autorregulación en la relación padre-hijo y 5) compasión por uno mismo y por el hijo (Duncan et al., 2009).

Como ya se mencionó los estilos maternos de alimentación infantil (EMAI) pueden influir en el peso del hijo; un EMAI refleja la forma en que la madre interactúa con su hijo durante las situaciones de alimentación (Tovar et al., 2012; Ventura & Birch, 2008), el EMAI se compone por dos dimensiones: demanda y responsabilidad. Estas dos dimensiones integran cuatro EMAI: con autoridad (alta demanda/alta responsabilidad), autoritario (alta demanda/baja responsabilidad), indulgente (baja demanda/alta responsabilidad) y no involucrado (baja demanda/baja responsabilidad) (Hughes, Power, Fisher, Mueller & Nicklas, 2005; Tovar et al., 2012). La literatura señala que un EMAI con autoridad promueve un peso saludable (Boucher, 2016; Flores-Peña et al., 2017), por otro lado, se ha encontrado que un EMAI autoritario favorece el SP-OB infantil (Boucher, 2016; Flores-Peña et al., 2017; Hankey, Williams & Dev, 2016; Hughes, Power, O’Connor, Orlet & Chen, 2016; Power et al., 2018).

Como ya se mencionó múltiples factores contribuyen al SP-OB infantil, incluyendo factores maternos, sin embargo, hasta el momento no se localizaron estudios que hayan abordado si existe relación entre la CC y el IMC del hijo o entre la CC y el EMAI, por lo que surgió el presente estudio con el objetivo general de comparar las dimensiones de la CC de acuerdo al EMAI e identificar si existe relación entre las

dimensiones de la CC y el IMC del hijo preescolar. Dada la relevancia que juega el papel de la relación madre-hijo en el fomento de comportamientos óptimos de alimentación infantil y aumento de peso, el presente estudio contribuirá a incrementar el conocimiento sobre las vías diádicas tempranas modificables para el riesgo de SP-OB infantil, específicamente para la práctica clínica del profesional de enfermería quien se considera el primer contacto con el paciente, ayudando a identificar dichos factores desde el primer nivel de atención.

Marco Conceptual

En el siguiente apartado se presentan los conceptos que guían el presente estudio: CC, EMAI e índice de masa corporal (IMC).

Crianza consciente

La crianza de los hijos es una de las tareas que más requieren tiempo, atención, energía y recursos que pueden hacer que una madre se olvide de ella misma. Los niños se desarrollan y cambian constantemente y obligan a las madres a adaptarse a estos cambios (Bögels & Restifo, 2014, p. 6). Duncan (2009) propuso un modelo de CC para explicar las relaciones entre padres e hijos, aplicando los conceptos y prácticas de la atención plena a la crianza, basándose en literatura teórica y empírica sobre la atención plena y las intervenciones de atención plena, el modelo de CC ayuda a comprender las relaciones entre padres e hijos y de esta manera mejorar las intervenciones preventivas centradas en la familia.

El modelo de CC incorpora la atención plena en las interacciones de los padres y resalta que la CC puede permitir que padres y madres se detengan y cambien fundamentalmente su consciencia para analizar su experiencia de crianza en el momento presente, así como para atender las necesidades de sus hijos y al mismo tiempo ejercer la autorregulación y la sabia elección en sus acciones (Duncan, 2009).

La CC se caracteriza como la práctica disciplinada de una habilidad para la crianza que involucra la consciencia que emerge al prestar atención a propósito en el

momento presente y sin prejuicios durante las interacciones cotidianas entre padres e hijos, promoviendo así una relación positiva y segura; un padre consciente es más sensible y receptivo, se comporta con calma y mantiene valores y metas conscientes con las necesidades del hijo y al mismo tiempo es compasivo con él mismo. Fomentar la práctica de atención diaria en el contexto de la paternidad y la capacitación de los padres es una vía para mejorar la eficacia en las intervenciones parentales. Los padres que pueden permanecer conscientes y aceptar las necesidades de sus hijos mediante el uso de prácticas de atención plena pueden desarrollar relaciones de mayor calidad y evitar comportamientos inadecuados (Bögels & Restifo, 2014; Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997).

La CC sugiere que los padres pueden permanecer conscientes y aceptar las necesidades de sus hijos mediante el uso de la atención plena, permitiendo así una satisfacción y disfrute más duradero en la relación padre e hijo. Esta visión resalta que los padres que tienen una capacidad natural o aprenden prácticas de atención plena serán más propensos a desarrollar relaciones de mayor calidad con sus hijos y con mayor frecuencia, evitando los ciclos de conducta de crianza desadaptativas, las cuales derivan de comportamientos automáticos y motivaciones hedónicas. La práctica de atención plena es un cambio sustancial de modelos de comportamiento tradicionales, la cual permite cultivar una mayor apertura y confianza en las relaciones familiares, así como estilo de crianza que promoverán el sano desarrollo psicosocial del niño (Duncan, 2009).

La CC se integra por 5 dimensiones: 1) escuchar con total atención al hijo, 2) aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo, 3) consciencia emocional de uno mismo y del hijo, 4) autorregulación en la relación padre-hijo y 5) compasión por uno mismo y por el hijo, las cuales se describen a continuación.

Escuchar con total atención al hijo.

Esta dimensión combina el escuchar con una calidad de atención enfocada y consciente que va más allá de simplemente escuchar las palabras que se dicen, es decir,

combinan la atención total con la escucha ya que al dirigir toda su atención al hijo los padres transmiten que realmente están escuchando y son receptivos a las experiencias del momento presente (Duncan, 2009). Siendo esto importante para desarrollar una representación interna de la perspectiva del hijo cuando existe una interacción y cumplir con una función protectora para los niños pequeños que requiere una observación vigilada de una figura de apego que los mantenga a salvo (Maccoby & Martin, 1983). Los padres que son conscientes son sensibles tanto al contenido de las conversaciones como al tono de voz, las expresiones faciales y el lenguaje corporal de sus hijos y usan estas señales para detectar con éxito las necesidades o el significado deseado de sus hijos (Duncan, 2009).

Aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo.

La CC involucra una aceptación sin prejuicios de los rasgos, atributos y comportamientos de uno mismo y del hijo, implica estar conscientemente atento a las atribuciones y expectativas que uno está haciendo, lo que puede sesgar las percepciones de las interacciones padre-hijo. Sin embargo, esto no significa una aceptación resignada que renuncie a la responsabilidad de imponer disciplina y orientación cuando sea necesario, más bien significa, una aceptación de lo que está sucediendo en el momento presente que se basa en una consciencia y atención clara dando lugar a una mayor comprensión plena. Así mismo, es aceptar las nociones de que existen dificultades en las relaciones padre-hijo, que la crianza de los hijos puede ser muy difícil en ocasiones y que crecer en el mundo de hoy puede ser complicado para los hijos (Duncan, 2009).

De esta manera, la aceptación significa reconocer que estos desafíos y errores a los que se enfrentan los padres son parte saludable de la vida. Un padre consciente transmite su aceptación fundamental de su hijo y también proporciona estándares claros y expectativas para el comportamiento de sus hijos, siendo apropiados para el contexto cultural y el nivel de desarrollo del hijo (Duncan, 2009).

Consciencia emocional de uno mismo y del hijo.

Se enfatiza la capacidad de los padres para ser conscientes de las emociones de sí mismos y de sus hijos, al contar con esta capacidad es posible que los padres realmente escuchen con total atención y sin prejuicios. La consciencia emocional es una base de la CC, dado que las emociones fuertes tienen una gran influencia para iniciar los procesos y comportamientos cognitivos automáticos que pueden debilitar las prácticas de crianza.

Cuando los padres identifican sus propias emociones y las de sus hijos siendo conscientes de la interacción, pueden tomar decisiones sobre cómo responder, en lugar de reaccionar automáticamente a estas experiencias, reflejando la mayor disposición y capacidad para soportar emociones fuertes a través del desencadenamiento (notando que los sentimientos son solo sentimientos) permitiendo estar más presentes con los hijos (Duncan, 2009).

Autorregulación en la relación padre-hijo.

La CC requiere necesariamente autorregulación en el contexto de la relación, lo que implica un autocontrol al ejercer un comportamiento parental que esté de acuerdo con los valores y objetivos de la crianza, sin embargo, no implica que el impulso de mostrar afecto negativo, enojo u hostilidad no se sienta, pero la CC implica detenerse antes de reaccionar para ejercer una mayor autorregulación y elección en la selección de prácticas de crianza, promoviendo hijos socialmente competentes y con capacidades de autorregulación (Duncan, 2009).

Compasión por uno mismo y por el hijo.

Esta dimensión incluye una proyección activa de preocupación empática por el hijo y por uno mismo a través de la compasión por el hijo un padre consciente sentirá el deseo de satisfacer las necesidades apropiadas y la angustia de confort que el hijo podría estar sintiendo, de la misma manera, la autocompasión en la crianza de los hijos es evitar la culpa con uno mismo cuando no se alcanzan las metas de crianza, lo que puede permitir la reinserción en la búsqueda de las metas de crianza, reduciendo amenazas de una evaluación social que pueden llegar a sentir los padres que se sienten juzgados por

otros, por sus propios comportamientos de crianza o el comportamiento de sus hijos en un contexto social. Los padres regularmente son sus propios críticos más duros, el mantener un enfoque consciente puede conducir a una mayor aceptación de los esfuerzos de uno mismo en lugar de centrarse en los resultados específicos de la crianza de los hijos (Duncan, 2009).

Estilos Maternos de Alimentación Infantil

Baumrind planteó que existen tres estilos de crianza 1) con autoridad, 2) autoritativo e 3) indulgente; posteriormente Maccoby y Martin continuando con las investigaciones de Baumrind agregaron un cuarto estilo de crianza (no involucrado) (Cherry, 2014 citado por Kuppens & Ceulemans, 2019). Darling y Steimberg (1993) definieron los estilos de crianza de manera general como un conjunto de comportamientos que reflejan una cierta actitud hacia el hijo y buscan describir el clima emocional de las interacciones entre padres e hijos, los cuales se integran por dos dimensiones: demanda y responsabilidad.

La demanda se refiere a cuánto control ejerce el padre y la responsabilidad a la calidez y aceptación en respuesta de las necesidades del hijo. La combinación de estas dimensiones da como resultado cuatro estilos de crianza: 1) con autoridad, (alta demanda y alta responsabilidad), 2) autoritaria, (alto nivel de demanda, pero baja responsabilidad), 3) indulgente (baja demanda y alta responsabilidad) y 4) no involucrado (baja demanda y baja responsabilidad). Posteriormente Hughes et al. (2005) describieron una tipología de estilos en el contexto de la alimentación similar a la tipología de la crianza general, para describir la forma en que los padres interactúan con sus hijos durante las situaciones de alimentación.

Definieron demanda como el cuánto alienta el padre/madre a comer y la responsabilidad a cómo el padre/madre alienta a comer, es decir de manera sensible o insensible. A partir de estas dimensiones los(as) padres/madres se categorizan en uno de los cuatro estilos de alimentación: 1) con autoridad, (alta demanda y alta

responsabilidad), 2) autoritario, (alta demanda, baja responsabilidad), 3) indulgente (baja demanda y alta responsabilidad) y 4) no involucrado (baja demanda y baja responsabilidad).

Los(as) padres/madres con autoridad fomentan activamente la alimentación mediante el uso de conductas predominantemente no directivas y de apoyo (es decir, razonar, felicitar y permitir la elección de alimentos apropiados). Estos padres también son demandantes porque animan activamente a sus hijos a comer, pero lo hacen de manera sensible. Por otro lado, los (as) padre/madres con un estilo autoritario alientan a comer usando conductas altamente directivas (es decir, lucha física con el hijo, recompensas y castigos). Estos padres son muy demandantes en sus prácticas de alimentación, pero lo hacen de manera insensible con sus hijos.

Por otra parte, un padre/madre con un estilo indulgente se caracteriza por hacer poca demanda a sus hijos para que coman, pero las demandas que realizan no son directivas ni de apoyo y por último, un padre/madre no involucrado se caracteriza por realizar poca demanda a sus hijos para que coman, es decir, por la falta de control y la participación de los padres en la alimentación, teniendo alta responsabilidad con una falta de reglas y estructura que les permita a los hijos determinar su propia ingesta nutricional (Hughes et al., 2008).

Índice de Masa Corporal

Relación entre el peso y la talla que tiene como finalidad identificar el SP-OB. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Para los niños, el IMC es específico para la edad y sexo, con frecuencia se denomina IMC para la edad. Después de calcular el IMC, el resultado se expresa como un percentil. Las categorías de peso según el IMC para la edad y los percentiles son los siguientes: desnutrición (percentil < 3), bajo peso (percentil ≥ 3 y < 15), peso normal (percentil ≥ 15 y < 85), SP (percentil ≥ 85 y < 97) y OB (percentil ≥ 97) (OMS, 2006). Debido a que el peso y la estatura cambian durante el crecimiento y el desarrollo, al

igual que su relación con la grasa corporal, el IMC de un niño debe interpretarse en relación con otros niños del mismo sexo y edad.

Estudios Relacionados

En el siguiente apartado se presentan los estudios relacionados. Primero se describen los que abordan la CC, posteriormente los estudios que abordan los EMAI y su relación con el IMC.

Crianza Consciente e IMC

Un estudio transversal realizado en Chile por Corthorn y Milicic (2016) analizó la relación entre CC y variables consideradas relevantes para la relación padre-hijo: estrés parental, estrés general, ansiedad y depresión. Participaron 62 madres de niños preescolares (2 a 5 años), se aplicó la Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza (Duncan, 2007) para evaluar la CC, para evaluar la Atención Plena se utilizó el Cuestionario de Atención Plena con cinco dimensiones (Baer et al., 2006). El Estrés Parental se midió a través del Índice de Estrés Parental forma corta (Abidin, 1995). Y por último el estrés general, depresión y ansiedad materna se midieron utilizando el DASS-21. Se obtuvo una correlación positiva significativa entre atención plena y CC ($r = .699, p < .001$). La CC se correlacionó fuertemente con el estrés de los padres ($r = -.553, p < .001$).

La CC se relacionó más fuerte y consistentemente con aspectos del estrés de la crianza. La capacidad de no juzgarse a sí misma como persona y como madre es un aspecto principal de la atención plena relacionado con los niveles de depresión, ansiedad y estrés materno.

Otro estudio realizado por Gouveia, Corona, Canavarro y Moreira (2016) en Portugal con el objetivo de explorar si la atención plena y la autocompasión de los padres están asociadas con el estrés y los estilos de crianza de los padres a través de la CC. Participaron 480 padres y sus hijos (8-18 años). Para medir la CC se utilizó la versión portuguesa de la Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza (IM-P;

Duncan 2007; Moreira y Canavarro, 2015), la Atención Plena se evaluó por medio de la versión portuguesa de la Escala de Atención y Consciencia (MAAS; Brown & Ryan, 2003; Gregório & Pinto-Gouveia, 2013) para medir la Autocompasión se utilizó la versión portuguesa de la Escala de Autocompasión (SCS; Neff 2003; Pinto, Gouveia & Castilho, 2011), los Estilos de Crianza fueron evaluados por la versión portuguesa del Cuestionario de Estilos y Dimensiones de Crianza (PSDQ; Carapito et al. 2008; Robinson et al. 2001) y por último, el Estrés Parental se midió mediante la versión portuguesa del Índice de Estrés Parental–forma corta (PSI-SF; Abidin 1995; Santos 1997).

Se encontró un promedio de CC 3.63 ($DE = .37$). El estilo de crianza con autoridad se asoció positivamente con la CC ($p < .01$) y negativamente con los estilos de crianza autoritario y permisivo ($p < .01$). La CC se correlacionó con el sexo del hijo ($r = 0.16$; $p < .01$), número de hijo ($r = -0.13$; $p < .05$) y con nivel educativo de los padres ($r = 0.11$; $p < .05$). Los autores concluyen que ejercer la autorregulación en las interacciones con el hijo implica la capacidad de pausar y elegir deliberadamente estilos de crianza que estén de acuerdo con los valores y objetivos de los padres en lugar de reaccionar automáticamente a los comportamientos del hijo.

Gouveia et al. (2018) realizaron un estudio en Portugal con el propósito de explorar si las dimensiones de la CC y el IMC de los niños se asocian con la preocupación materna por el peso del hijo y las prácticas de alimentación infantil. Participaron 576 diadas (madre-hijo), las cuales se dividieron en tres grupos: con peso normal; con SP y con OB, la edad de los hijos estuvo en un rango de 7 a 18 años. Las madres completaron la versión portuguesa de la Escala de la Atención Plena Interpersonal en la Crianza de los Hijos (IM-P, por sus siglas en inglés, Duncan, 2007) y el Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ por sus siglas en inglés). Las madres de hijos con SP-OB presentaron las siguientes puntuaciones en las subescalas de CC: escuchar con total atención ($M = 19.48$, $DE = 2.96$), consciencia emocional

($M = 11.74$, $DE = 2.15$), autorregulación ($M = 26.87$, $DE = 3.92$), aceptación sin prejuicios (media = 23.20, $DE = 3.90$) y compasión ($M = 25.67$, $DE = 3.39$). Los resultados revelaron una diferencia significativa en el grupo de madres de hijos de peso normal las cuales presentaron puntajes más altos para la aceptación sin prejuicio del funcionamiento parental y una diferencia marginal significativa para la consciencia emocional del niño, comparadas con que las madres de niños con SP-OB que reciben tratamiento nutricional (Pillai's Trace = 0.02, $F = 2.08$, $p < .05$).

Los autores concluyen que las dimensiones de CC y el peso de los niños parecen ser predictores importantes de las prácticas maternas de alimentación infantil y de su preocupación por el peso del hijo, lo que sugiere que un enfoque consciente en la crianza de los hijos podría ayudar a adoptar prácticas de alimentación infantil más adaptativas y adecuadas al peso.

Otro estudio realizado en Portugal por Gouveia et al. (2019) con el objetivo de explorar si la CC de los padres está vinculada con los comportamientos alimentarios desordenados (comer en exceso y comer emocional) en niños y adolescente de diferente peso corporal y explorar el papel mediador del estrés parental y las prácticas parentales de alimentación infantil, plantearon la siguiente hipótesis: cuando los padres adoptan la CC pueden ser más capaces de lidiar con el estrés de la crianza y, a su vez, más capaces de adoptar prácticas de alimentación más saludables. Participaron 726 diadas madre-hijo (7-18 años), la mitad de los hijos tenía peso normal y la otra mitad SP u OB. Las madres y padres participantes completaron dos cuestionarios: la Escala de la Atención Plena Interpersonal en la Crianza de los Hijos (IM-P, Duncan, 2007) y la Escala de Estrés Parental (Parental Stress Scale, Berry & Jones, 1995); mientras que los niños y adolescente completaron el Cuestionario de Comportamiento de Alimentación Holandés (DEBQ por sus siglas en inglés, Van Strin, Frijters, Bergers & Defares, 1986) y el Inventario de Trastornos Alimentarios para niños (EDI-C por sus siglas en inglés, Garner, 1991).

Los resultados descriptivos muestran que el 87.4% de las madres tenían nivel de secundaria, el 88.7% vivía con una pareja y el 73.3% presentó SP-OB. La media de la escala total de la CC en estas madres fue de 106.9 (DE = 12.2). Se encontró una asociación entre la CC y la responsabilidad percibida para etapas de la adolescencia ($\beta = 0.310, p < .001$) así como la CC y recompensa alimentaria para niños ($\beta = -0.169, p < .05$), CC y presión para comer significativo para las etapas medias y tardías de la adolescencia ($\beta = -0.190, p < .05$). Respecto a los grupos de género de niños y adolescentes se encontró una asociación significativa entre las niñas, CC y preocupación por el peso del hijo ($\beta = 0.092, p < .05$), CC y comer en exceso ($\beta = -0.134, p < .05$). Como conclusión los autores proponen un modelo integral que sugiere que la CC puede ayudar a los niños / adolescentes a participar menos en conductas alimentarias desordenadas a través de niveles más bajos de estrés parental y se propone la adopción de prácticas de alimentación infantil más adaptativas.

Estilos Maternos de Alimentación Infantil e IMC

Respecto a los estudios de EMAI en Estados Unidos, Boucher (2016) analizó en 126 diadas madre-hijo (3-5 años) en qué medida los EMAI influyeron en el peso real del niño y se planteó la hipótesis de que las madres que usan un EMAI saludable (con autoridad) tendrían hijos con un percentil de IMC saludable para la edad. El diseño fue descriptivo correlacional. Las madres participantes contestaron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) para evaluar los EMAI y se tomó peso, talla e IMC del preescolar. Los resultados descriptivos arrojaron que el 65% de las madres eran de raza negra y solo 8% eran hispanas, el nivel de educación que predominó fue el bachillerato (67%), el 31 % de los niños tenían SP-OB. Respecto a los EMAI el 25% de las madres se clasificaron con un estilo con autoridad, el resto utilizaban un EMAI poco saludable (autoritario 25%, indulgente 29% y no involucrada 21%).

Se encontró que el EMAI con autoridad se correlacionó inversamente con dos EMAI poco saludables: autoritario ($r = .34, p < .001$) e indulgente ($r = .36, p < .001$)

cuanta más autoridad tenga la madre es menos probable que use los dos EMAI poco saludables. El 77% de las madres de hijos con SP-OB utilizaron un EMAI poco saludable (autoritario, indulgente y no involucrado). Como conclusión los resultados demuestran que los EMAI poco saludables pueden influir en el peso del preescolar.

Hankey, Williams y Dev (2016) en Estados Unidos realizaron un estudio transversal con el propósito de examinar si el EMAI indulgente y no involucrado predicen los puntajes z del IMC de los preescolares. Participaron 104 diadas madre-hijo (3-5 años). Se midió peso, talla y se calculó el IMC de los participantes, las madres contestaron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) para medir los EMAI, para evaluar los comportamientos alimenticios de los niños se utilizó el Cuestionario de Comportamiento Infantil (CCI). Las madres eran principalmente blancas (89%), casadas (89%) y bien educadas (74% tenían al menos un grado universitario), edad media 32.7 años ($DE = 4.5$ años). El 46.2% de las madres tenían SP-OB. La mayoría de los niños estaban dentro del rango de peso saludable (69.2%) el 20.2% tenían SP-OB.

Los puntajes z más altos del IMC del hijo se asociaron con niveles más bajos de capacidad de respuesta a la saciedad ($\beta = -.78, p < .05$), niveles más altos de disfrute de la comida ($\beta = .62; p < .01$), y niveles más altos de respuesta alimentaria ($\beta = .49; p < .05$), la interacción entre el EMAI no involucrado y la sobrealimentación emocional fue un predictor significativo del puntaje z del IMC ($\beta = 2.16; p < .05$), esta interacción significativa representó el 6% de la varianza total en el modelo. Se concluyó que un EMAI no involucrado puede ser un factor de riesgo para un mayor IMC en niños en edad preescolar que tienden a comer en exceso para hacer frente a las emociones negativas.

Hughes, Power, O'Connor, Orlet y Chen (2016) realizaron un estudio longitudinal en Estados Unidos con el objetivo de examinar como el EMAI indulgente se relaciona con un mayor peso del preescolar. La muestra se conformó por 129 diadas

madre-hijo (4-5 años), las cuales participaron en dos tiempos (inicio del estudio y 18 meses después). Se midió peso, talla y se calculó el IMC de las diadas, las madres contestaron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) para medir los EMAI. Los resultados demostraron que la mayoría de las madres nacieron fuera de los Estados Unidos, predominantemente en México (64.3 %), el 56% de las madres estaban casadas, el 70% se dedicaba al hogar, el 63 % de las madres tenían educación secundaria o menor y el 51 % de los niños tenía SP-OB.

El EMAI indulgente se correlaciono positivamente con el IMC del preescolar en los dos tiempos ($r = .17 p < .05$, $r = .24 p < .01$), así mismo se encontró que un EMAI indulgente predice el aumento del IMC del preescolar a lo largo del tiempo ($\beta = .114 p < .05$). Se concluyó que el EMAI indulgente se relacionó con aumento en el IMC del hijo de 4.8 años y 18 meses después.

Flores-Peña et al. (2017) realizaron un estudio transversal en México con los siguientes objetivos, evaluar la confiabilidad del cuestionario que mide los EMAI, verificar si existe asociación entre la percepción materna del peso del hijo y el estado nutricional del hijo, describir y verificar si existen diferencias entre el EMAI y el IMC del hijo. Participaron 566 diadas madre-hijo (3-5 años), para evaluar los EMAI las participantes contestaron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) y la percepción materna del peso del hijo se evaluó mediante un panel integrado por siete imágenes. Se midió peso, talla y se calculó el IMC de las diadas. La escolaridad promedio de las madres fue 10.89 años, el 77% se dedicaba al hogar, 61.1% señaló estar casada, el 71.3% de las participantes tenían SP-OB, respecto a los datos del hijo, el 25.3% presentó SP-OB.

Respecto a los EMAI, el 34.5% de las madres presentó un EMAI autoritario, el 17.5% con autoridad, el 29.7% indulgente y el 18.4% no involucrado. Las madres con un EMAI no involucrado tuvieron la media más alta del IMC del hijo ($M = 16.84$, $DE = 2.77$), seguido por los hijos de madres con un EMAI indulgente ($M = 16.26$, $DE = 3.96$;

$F = 3.91, p < .05$). Los autores concluyen que las madres de hijos con SP-OB presentan con mayor frecuencia EMAI autoritario, se recomiendan intervenciones para reconocer el SP-OB del hijo y la enseñanza de estrategias que promuevan un EMAI con autoridad.

Power et al. (2018) en Estados Unidos de América efectuaron un estudio con el propósito de examinar, tanto las dimensiones como los EMAI y su relación con el comportamiento alimenticio y el estado de peso de los hijos. La hipótesis fue que un EMAI indulgente se asocia con la OB infantil y con una baja autorregulación de la alimentación. La muestra se conformó por 137 díadas madre-hijo (3-5 años), se realizaron mediciones antropométricas (peso y talla). Las madres respondieron el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) para medir los EMAI y el Cuestionario de Comportamiento de los hijos (CCAN). El 57.6% de las madres fueron latinas, 52.5% tenían un nivel de educación secundaria o menor, el 38.6% estaba casada legalmente y el 51% se encontraba trabajando de tiempo parcial o completo, el 39.4% de los hijos y el 80.2% de las madres tenían SP-OB.

Respecto a los EMAI, el 45% de las madres tenían un estilo autoritario, 26% con autoridad, 22% no involucrado y 21% indulgente. Un EMAI con autoridad y no involucrado se asoció negativamente con el disfrute de los alimentos ($F = 4.26, p < .05, r^2 = .09, \beta = -.30$) y con el puntaje Z del IMC de los niños ($F = 4.37, p < .01, r^2 = .06, \beta = -.27$).

En síntesis, la literatura revisada muestra que la práctica de CC tiene relación con el estrés de crianza, depresión y estrés general, también se encontró que aquellas madres que presentaban mayor puntuación de CC mostraban mayor preocupación por el peso del hijo. Otro hallazgo evidencia que las madres de hijos con peso normal presentaban mayor atención al practicar la aceptación sin prejuicios y más consciencia emocional del hijo.

Respecto a los EMAI se considera que un estilo con autoridad es saludable y contribuye a un IMC del hijo saludable, por otra parte, las madres con un EMAI no

involucrado más la sobrealimentación del hijo predice el SP-OB infantil, también se encontró un EMAI indulgente predice el aumento de IMC del preescolar a lo largo del tiempo. Por otra parte, un EMAI no involucrado representa un riesgo para mayor IMC en preescolares que enfrentan emociones negativas. Los estudios en su mayoría participaron a madres con bajo ingreso económico, blancas, latinas y mexicanas con baja educación, casadas y dedicadas al hogar o trabajadoras, estos estudios se realizaron en Estados Unidos y solo uno en México.

Definición Operacional de Términos

Crianza consciente es la habilidad materna de incorporar la consciencia plena y sin prejuicios en las interacciones cotidianas con su hijo preescolar, se integra por cinco dimensiones: 1) escuchar con total atención al hijo, 2) aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo, 3) consciencia emocional de uno mismo y del hijo, 4) autorregulación en la relación padre-hijo y 5) compasión por uno mismo y por el hijo y se midió con la Escala de la Atención Plena Interpersonal en la Crianza (IM-P por sus siglas en inglés, Duncan, 2007).

El EMAI es la forma de interacción de la madre con el hijo preescolar en las situaciones de alimentación, se integra por dos dimensiones (demanda y responsabilidad) y se clasifica en cuatro estilos: con autoridad, autoritario, indulgente y no involucrado, el cual se identificó con el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CFSQ por sus siglas en inglés) (Hunghe et al., 2005).

IMC del hijo es el cociente de dividir el peso del preescolar en kilogramos y la talla al cuadrado, posteriormente de acuerdo con la edad y el sexo se obtiene el percentil y se clasifica en desnutrición (percentil < 3), bajo peso (percentil ≥ 3 y < 15), peso normal (percentil ≥ 15 y < 85), SP (percentil ≥ 85 y < 97) y OB (percentil ≥ 97).

Objetivo General

Comparar las dimensiones de la CC y puntuación total de acuerdo con las categorías de EMAI y correlacionar los puntajes de las dimensiones y puntuación total de CC con el IMC del hijo.

Objetivos Específicos

- 1) Describir las dimensiones y puntuación total de CC de madres de niños preescolares del estado de Nuevo León.
- 2) Identificar el EMAI de las madres de niños preescolares del estado de Nuevo León.
- 3) Identificar el EMAI con la puntuación promedio más alta del IMC y verificar si existen diferencias significativas.
- 4) Identificar predictores de la CC (factores maternos: edad, escolaridad, estado civil, ingreso económico, ocupación demanda, responsabilidad y responsabilidad centrada en el hijo; factores del hijo: sexo, número de hijo, IMC).
- 5) Identificar predictores de la dimensión de responsabilidad (factores maternos: dimensiones de la CC, edad, escolaridad, estado civil, ingreso económico, ocupación y estrés parental; factores del hijo: sexo, número de hijo, IMC).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de medición, procedimientos de recolección de los datos, consideraciones éticas y por último la estrategia de análisis de datos.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional (Grove & Gray, 2019). Se considera descriptivo ya que se describieron las dimensiones de CC y se identificó el EMAI; correlacional porque buscó la relación de la CC y el EMAI, así como la relación entre el EMAI y el IMC del hijo preescolar.

Población, muestreo y muestra

La población de estudio se conformó por madres de niños inscritos en instituciones de educación preescolar públicas del municipio de Monterrey, N. L. A partir del listado de instituciones educativas proporcionado por la Secretaría de Educación Pública se seleccionó de forma aleatoria las instituciones educativas.

El tamaño de muestra se determinó con el programa N-Query Advisor para un modelo de regresión lineal múltiple con ocho variables independientes, nivel de significancia de .05, potencia de prueba 90%, tamaño de efecto de .07 (entre mediano y pequeño según Cohen), con lo cual se obtuvo una muestra de 262 participantes.

Criterios de inclusión

Mujer que se identificó como madre del preescolar inscrito en la institución educativa seleccionada.

Criterios de exclusión

Madres de niño con alguna enfermedad que altere su crecimiento y desarrollo tal como: diabetes, enfermedad tiroidea, metabólica y congénita, referidos en la cédula de Cédula de Datos Personales de la Madre y el Hijo (Apéndice A).

Mediciones

Se realizaron mediciones de lápiz y papel y antropométricas. A continuación, se describen.

De lápiz y papel

Las participantes contestaron 2 cuestionarios: 1) Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza (IM-P, Duncan, 2007) (Apéndice B) y 2) Cuestionario de Estilo de Alimentación del Cuidador (Hughes et al., 2005) (Apéndice C) y se solicitaron datos como edad, ocupación, educación y sexo del hijo mediante una Cédula de Datos Personales de la Madre y el Hijo (Apéndice A). Dichos cuestionarios se describen a continuación.

La Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza (IM-P, Duncan, 2007), evalúa la CC en cinco dimensiones 1) escuchar con total atención al hijo, 2) aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo, 3) consciencia emocional de uno mismo y del hijo, 4) autorregulación en la relación padre-hijo y 5) compasión por uno mismo y por el hijo. La escala total se integra por 31 ítems con un patrón de respuesta tipo Likert de cinco opciones que va desde nunca verdadero (1) hasta siempre verdadero (5), con una puntuación mínima de 31 y máxima de 155, en donde una mayor puntuación representa mayor CC.

La subescala 1) escuchar con total atención al hijo se integra por los ítems 1, 9, 13, 19, 24, la subescala 2) aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo se integra por los ítems 4, 7, 10, 18, 21, 23, 28, la subescala 3) consciencia emocional de uno mismo y del hijo se integra por los ítems 3, 6, 11, 12, 22, 30, la subescala 4) autorregulación en la relación padre-hijo se integra por los ítems 2, 5, 8, 14, 16, 29 y la subescala 5) compasión por uno mismo y por el hijo se integra por los ítems 15, 17, 20, 25, 26, 27, 31. Para su análisis se transforman las puntuaciones de los ítems 1, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 23, 26, 29.

Respecto a la confiabilidad la escala de IM-P se ha reportado un alpha de

Cronbach .89, las subescalas consciencia emocional de uno mismo y aceptación sin prejuicios un alpha de Cronbach inferior a .60, el resto de las subescalas se situaron entre .71 a .83. La escala total obtuvo un alpha de Cronbach de .93. La escala IM-P se encuentra en idioma inglés por lo que fue traducida al español por tres peritos traductores autorizados por el Tribunal Superior de Justicia y posteriormente el investigador principal y el director de tesis propusieron los ítems en español.

Para medir el EMAI se aplicó el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC, Hughes et al., 2005). Este cuestionario contiene 19 ítems con un patrón de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta, donde 1 es nunca y 5 es siempre. Se integra por dos dimensiones: demanda y responsabilidad las cuales se combinan en cuatro estilos de alimentación. Para obtener la dimensión de demanda se calcula el promedio de los 19 ítems y para obtener la dimensión de responsabilidad se divide el promedio de los 7 ítems (3, 4, 6, 8, 9, 15 y 17) entre el promedio de los 19 ítems. Posteriormente se obtiene la mediana de cada dimensión y se categoriza a la participante en uno de los cuatro estilos 1) con autoridad (alta responsabilidad/alta demanda, 2) autoritario (baja responsabilidad/alta demanda), 3) indulgente (alta responsabilidad/baja demanda y 4) no involucrado (baja responsabilidad/baja demanda). El cuestionario cuenta con una consistencia interna de .86 y fiabilidad test-retest .85 (Hughes et al., 2005).

Mediciones antropométricas

Se midió el peso y talla del preescolar de acuerdo con el procedimiento descrito por la OMS (2008) (Apéndice D y E). Para medir el peso se utilizó la báscula marca Seca 804 con una precisión de 0.1 kg, para la talla se utilizó el estadiómetro marca Seca 214. Posteriormente el IMC del preescolar se calculó y se clasificó de acuerdo con los percentiles del IMC de acuerdo con la OMS (2006) en desnutrición (percentil < 3), bajo peso (percentil ≥ 3 y < 15), peso normal (percentil ≥ 15 y < 85), SP (percentil ≥ 85 y < 97) y OB (percentil ≥ 97). Las mediciones se registraron en un formato diseñado para tal

fin (Apéndice F).

Procedimientos de recolección de los datos

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En primer lugar, se acudió a la Secretaría de Educación Pública del Estado de Nuevo León y se solicitó el listado de instituciones educativas de educación preescolar del municipio de Monterrey, las cuales ascendieron a 243, posteriormente mediante el programa Excel se aleatorizaron las escuelas y se seleccionaron 10 instituciones, con un total de 609 alumnos inscritos (Apéndice G) y se invitó a participar en el estudio a todas las madres de los niños inscritos.

Una vez seleccionadas las instituciones educativas se acudió con los directivos de las escuelas seleccionadas para pedir su autorización y participación en el estudio y se solicitó la colaboración para programar una reunión informativa con las madres en un aula proporcionada por la institución. Durante la reunión se dieron a conocer los objetivos del estudio y los procedimientos a realizar, aquellas madres que estuvieron de acuerdo en participar firmaron el consentimiento informado (Apéndice H), así como su autorización para pesar y medir a sus hijos y se enfatizó que la información proporcionada sería confidencial y únicamente se utilizaría para fines de investigación, el nombre de la madre o de su hijo no serían revelados.

Después de firmar el consentimiento se les proporcionaron los cuestionarios a completar (Escala IM-P y CEAC) y se solicitó información sociodemográfica (Apéndice A); se dieron las instrucciones de cómo responder los cuestionarios y se permaneció en el lugar, disponible para resolver dudas que surgieron mientras las madres contestaban. Una vez que las madres concluyeron de contestar los cuestionarios, se solicitó que lo colocaran en un sobre. Al finalizar se agradeció por su participación en el estudio.

Para realizar las mediciones antropométricas de los hijos se solicitó al personal directivo un espacio. Los niños participantes tuvieron un código para poder relacionar su

medición antropométrica con los cuestionarios. Las mediciones se realizaron en días y horarios designados por el personal docente responsable, según lo sugirieron. Durante las mediciones podía estar presente la madre, así como personal docente y directivo si así lo deseaban, se realizaron las mediciones en grupos que no excedían el 20% de los preescolares del grupo. Se le dio la información al preescolar de los procedimientos a realizar y se pidió su asentimiento informado (Apéndice I). Una vez que aceptaron, se midió peso y talla por el personal de investigación, el cual estuvo capacitado para realizar los procedimientos. Se cuidó la privacidad y seguridad del menor colocando un biombo y tapetes antiderrapantes en el área, al finalizar se les agradeció por su participación y se acompañó a los preescolares a su aula. Este procedimiento se realizó las veces necesarias hasta completar la muestra.

Consideraciones éticas

El presente estudio de investigación se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987), última reforma publicada en 2014. Conforme a lo establecido en el Título segundo sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad de la madre y su hijo preescolar, así como la protección de sus derechos y bienestar. De acuerdo con el Artículo 14, Fracciones I, V, VI, VII, VIII, el presente estudio contó con el consentimiento informado por parte de las madres y el asentimiento informado por parte del preescolar, las mediciones antropométricas fueron efectuadas por un profesional de salud previamente capacitado, cuidado la integridad de la madre y su hijo preescolar. Se obtuvo la autorización por parte de los Comités de Investigación y Ética en Investigación para llevar a cabo el presente estudio, así mismo se realizó el estudio una vez obtenida la autorización por parte de las instituciones educativas participantes.

Respecto al Artículo 16, se protegió la privacidad de la madre y su hijo preescolar durante todo el estudio. De acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, se consideró una investigación de riesgo mínimo ya que se realizaron mediciones de peso y

talla en el preescolar, el área en donde se trabajó estuvo cubierta con tapetes antiderrapantes y se ayudó al menor a subir a la báscula y estadímetro para evitar caídas.

En cuanto al Artículo 20 y 21, Fracción I, II, III, IV, VI, VII, VIII se contó con el consentimiento informado de la madre por escrito, el cual se le explicó de manera clara y completa a las madres participantes, dicho consentimiento justificó y señaló los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar y el propósito de estos, así mismo, los riesgos y beneficios de participar en el estudio, en caso de que la madre tuviera dudas sobre su participación se le garantizó recibir respuesta o aclaración, así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio sin que esto represente consecuencias negativas para ella o para su hijo preescolar. Aunado a esto, el consentimiento puntualizó la seguridad y confidencialidad relacionada con la identificación de la madre y su hijo preescolar. La información será resguardada por un año y posteriormente será destruida, asegurando a la madre que sus datos no serán utilizados por personal externo a la investigación.

En relación con el Artículo 22, Fracción I, II, IV y V, el consentimiento informado fue realizado por el investigador principal, revisado y aprobado el Comité de Ética en Investigación. El consentimiento informado fue firmado por las madres participantes y dos testigos, proporcionándoles un duplicado.

De acuerdo con el Capítulo III referente a la investigación en menores de edad, Artículo 36 y 37, se solicitó el consentimiento informado por parte de la madre del preescolar y se le explicó al preescolar el procedimiento a realizar y su participación en el estudio solicitando de esta manera su asentimiento informado. Acerca del Capítulo V sobre la investigación en grupos subordinados, Artículo 58, Fracciones I y II, el proceso de recolección de datos se apegó al tiempo y espacio proporcionados por las autoridades de las instituciones educativas, asegurando a las participantes que su participación no repercutirá en la situación académica de su hijo preescolar.

Estrategia de análisis de datos

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23, se realizó una prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para identificar la normalidad de las variables. Para dar respuesta al objetivo general se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallis, para verificar el objetivo específico 1 se obtuvieron índices de las dimensiones y de la puntuación total de CC, para responder al objetivo específico 2, se calcularon las puntuaciones de las dimensiones de demanda y responsabilidad, se obtuvieron las medianas y se clasificó a las madres participantes en uno de los cuatro estilos.

1. Estilo de alimentación con autoridad (alta demanda/alta responsabilidad).
2. Estilo de alimentación autoritario (alta demanda/baja responsabilidad).
3. Estilo de alimentación indulgente (baja demanda/alta responsabilidad).
4. Estilo de alimentación no involucrado (baja demanda/baja responsabilidad).

Para el objetivo específico 3, se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallis para comparar el IMC del hijo de acuerdo con el EMAI y el IMC, para el objetivo 4 y 5 se realizó regresión lineal múltiple.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio. En primer lugar, la consistencia interna de los cuestionarios aplicados, Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza (IM-P por sus siglas en inglés, Duncan, 2007) y el Cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador (Hughes et al., 2005). Posteriormente las estadísticas descriptivas de las variables socio-demográficas maternas y de las variables antropométricas del hijo preescolar y al final la estadística inferencial para verificar los objetivos del estudio.

Consistencia Interna de los Cuestionarios

Se evaluó la consistencia interna mediante el coeficiente alpha de Cronbach de la Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza (IM-P por sus siglas en inglés, Duncan, 2007) por dimensiones y para la escala total. Lo valores de consistencia interna de las dimensiones se ubicaron entre .46 y .69. El valor para la escala total fue de .81 el cual se consideró aceptable (Grove & Gray, 2019), los datos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1

Confiabilidad de la Escala IM-P

Dimensiones	Ítems	α
Escucha con total atención al hijo	1T, 9T, 13T, 19T y 24	.691
Aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo	4, 7, 10T, 18, 21, 23T, 28	.535
Consciencia emocional de uno mismo y del hijo	3, 6, 11T, 12T, 22 y 30	.465
Autorregulación en la relación padre-hijo	2, 5T, 8, 14T, 16 y 29T	.480
Compasión por uno mismo y por el hijo	15T, 17T, 20, 25, 26T, 27, 31	.569
Escala total	1 a 31	.815

Nota: α = alpha de Cronbach,

$n = 344$

Respecto al Cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC) la consistencia interna fue .88. La información se muestra en la tabla 2.

Tabla 2

Confiabilidad del Cuestionario Estilos de Alimentación del Cuidador (CEAC)

Nombre	No. Ítems	α
CEAC	19	.88

Nota: α = alpha de Cronbach, $n = 344$

Estadística descriptiva de las características sociodemográficas y antropométricas

Participaron 344 diadas (madre-hijo), respecto a las características maternas se encontró que la edad promedio fue de 31.67 años ($DE = 6.86$), años de escolaridad promedio 12.13 años ($DE = 4.16$), ingreso económico mensual promedio \$13,801.69 M. N. ($DE = 12,897.82$). En relación con el estado civil 53.8% ($n = 184$) eran casadas, 30.2% vivían en unión libre ($n = 39$), 11.3% solteras ($n = 39$), 4.1% divorciadas ($n = 14$) y el resto eran viudas. En cuanto a la ocupación, el 59.3% ($n = 204$) se dedican únicamente a la casa y el 40.4% ($n = 139$) realizaban trabajo fuera de casa. Respecto a las variables del hijo, la edad promedio fue de 4.45 años ($DE = .73$), el 51.2% de los hijos fueron de sexo masculino ($n = 176$) y el 48.8% ($n = 168$) del sexo femenino. En la tabla 3 se presenta la información.

Tabla 3

Estadísticas descriptivas de características socio-demográficas maternas

Variable	Media	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
<i>Madre</i>				
Edad (años)	31.67	6.86	20	51
Escolaridad (años)	12.13	4.16	2	27
Ingreso económico mensual	13,801.69	12,897.82	1,000	75,000

Nota: M. N. = Moneda Nacional $n = 344$

Las estadísticas descriptivas de las variables antropométricas del hijo son las siguientes: peso promedio 19.01 kilos ($DE = 4.29$), estatura promedio 107.32 centímetros ($DE = 6.17$) y el IMC promedio 16.78 ($DE = 2.34$), solo la estatura presentó distribución normal. La información se presenta en la tabla 4.

Tabla 4

Estadísticas descriptivas y prueba de normalidad de medidas antropométricas del hijo

Variable	Media	DE	Valor		D ^a	p
			Mínimo	Máximo		
Peso (kg)	19.01	4.29	13.50	43.90	.164	.000
Talla (cm)	107.32	6.17	91.20	126.00	.051	.032
IMC (kg/m ²)	16.78	2.34	12.90	30.90	.145	.000

Nota: D^a=prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors; p: valor de p.
n = 344

Para obtener el estado nutricional del hijo, el IMC se clasificó en categorías de acuerdo con el percentil sugerido por la OMS (2006). Se encontró que el 66% ($n = 227$) de los niños presentaron peso normal, el 15% ($n = 54$) tenía SP y el 12.5% ($n = 43$) OB. La información se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5

Estado nutricio del hijo de acuerdo con la OMS

Estado nutricio	f	%
Desnutrición	1	.3
Bajo Peso	19	5.5
Peso Normal	227	66.0
Sobrepeso	54	15.7
Obesidad	43	12.5
Total	347	100

n = 344

Estadística para verificar los objetivos

De acuerdo con el objetivo específico 1, describir las dimensiones de la crianza consciente (CC) de madres de hijos preescolares, se realizó sumatoria de los ítems de cada una de las subescalas y se obtuvieron estadísticas descriptivas.

El valor promedio más alto se ubicó en *consciencia emocional de uno mismo y del hijo*, Media = 74.14 (*DE* = 14.90), el valor promedio más bajo se encontró en *autorregulación en la relación padre-hijo*, Media = 59.03 (*DE* = 14.16) y la puntuación media total de crianza consciente fue 69.48% (*DE* = 10.60) la cual presentó distribución normal, la información se presenta en la tabla 6.

Tabla 6

Estadística descriptiva y prueba de normalidad de las dimensiones de la crianza consciente

Dimensiones	Media	DE	Valor		D ^a	p
			Mín	Máx		
Escuchar con total atención al hijo	71.40	15.87	30.00	100	.081	.001
Aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo	72.60	13.61	28.57	100	.084	.001
Consciencia emocional de uno mismo y del hijo	74.14	14.90	25.00	100	.098	.001
Autorregulación en la relación padre-hijo	59.03	14.16	20.83	100	.098	.001
Compasión por uno mismo y por el hijo	69.97	13.58	32.14	100	.078	.001
Escala total	69.48	10.60	41.94	95.97	.039	.200

Nota: DE: Desviación estándar; D^a: prueba de Kolmogorov Smirnov; p: valor para p.

La Tabla 7 muestra la información para verificar el objetivo específico 2; identificar el EMAI para lo cual se calcularon las puntuaciones de las dimensiones de demanda y responsabilidad y se obtuvieron las medianas de ambas dimensiones, la mediana de responsabilidad fue 1.18 (*DE* = .18) y la mediana de demanda 2.68

($DE = .18$) y se clasificó para las madres participantes en uno de los cuatro estilos. El EMAI que más predominó fue el indulgente 33.7% ($n = 116$), seguido por el estilo autoritario con 31.4% ($n = 108$).

Tabla 7

Frecuencia de EMAI

EMAI	<i>F</i>	%
Con Autoridad	58	16.9
Autoritario	108	31.4
Indulgente	116	33.7
No involucrado	62	18.0
Total	344	100

$n = 344$

La Tabla 8 muestra la información para verificar el objetivo específico 3 que señala identificar el EMAI con la puntuación promedio más alta del IMC y verificar si existen diferencias significativas, se aplicó la prueba H de Kruskal Wallis, se encontró que el estilo indulgente presentó el rango promedio más alto 188.30, sin embargo, no se identificó diferencia significativa $H = 5.687$, $p > .05$ entre las puntuaciones promedio al considerar los cuatro EMAI.

Tabla 8

H de Kruskal-Wallis del IMC del hijo de acuerdo al EMAI

EMAI	<i>f</i>	IMC	<i>H</i>	<i>p</i>
		RP		
Con autoridad	58	164.93	5.687	0.128
Autoritario	108	157.80		
Indulgente	116	188.30		
No involucrado	62	175.63		

Nota: H = Prueba de Kruskal-Wallis; $p > .05$; f : frecuencia, RP: rango promedio $n = 344$

Posteriormente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los rangos promedio del IMC del hijo por cada dos categorías de EMAI, se encontró diferencia significativa en la comparación del estilo autoritario e indulgente ($U = 5197.00$, $p = .028$), el EMAI indulgente presento el rango promedio más alto, la información se muestra en la tabla 9.

Tabla 9

Prueba U de Mann Whitney de IMC del hijo de acuerdo al EMAI

EMAI	<i>f</i>	RP	SR	<i>U</i>	<i>p</i>
Con autoridad	58	85.81	4977.00	2998.00	.650
Autoritario	108	82.26	8884.00		
Con autoridad	58	79.60	4617.00	2906.00	.144
Indulgente	116	91.45	10608.00		
Con autoridad	58	58.52	3394.00	1683.00	.546
No involucrado	62	62.35	3866.00		
Autoritario	108	102.62	11083.00	5197.00	.028
Indulgente	116	121.70	14117.00		
Autoritario	108	81.92	8847.50	2961.50	.211
No involucrado	62	91.73	5687.50		
Indulgente	116	92.15	10689.50	3288.50	.348
No involucrado	62	84.54	5241.50		

Nota: EMAI= estilos maternos de alimentación infantil, *f*: frecuencia, RP= rango promedio, SR= suma de rangos, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= valor para *p*.

Para responder el objetivo específico 4, el cual pretende identificar predictores de la CC (factores maternos: edad, escolaridad, estado civil, ingreso económico, ocupación, demanda, responsabilidad y responsabilidad centrada en el hijo) (factores del hijo: sexo, número de hijo, IMC), se aplicó regresión lineal múltiple. la variable dependiente fue la puntuación total de CC y mediante el método de eliminación de variables hacia atrás

(Backward Stepwise Regression) se identificó un modelo significativo que incluyó las variables: edad materna, demanda y responsabilidad, la Tabla 10 muestra la información.

Tabla 10

Regresión lineal múltiple de la puntuación total de CC y variables de estudio

	β	Desv. Error	Coefficientes Estandarizados Beta	t	Sig.
Constante	101.441	5.589		18.150	.001
Edad	.239	.124	.121	1.926	.055
Demanda	-11.208	1.996	-.588	-5.614	.001
Responsabilidad	12.162	1.843	.689	6.600	.001

Nota: $R^2 = .201$; Variable dependiente = CC total

La tabla 11 muestra la información para verificar el objetivo específico 5, identificar predictores de la dimensión de responsabilidad (factores maternos: dimensiones de la CC, edad, escolaridad, estado civil, ingreso económico y ocupación) (factores del hijo: sexo, número de hijo, IMC). Se aplicó regresión lineal múltiple considerando la puntuación de la dimensión de responsabilidad, se introdujeron en el modelo las variables y por el método de eliminación de variables hacia atrás se corrieron 9 modelos, posteriormente, por el método ENTER se eligió el modelo significativo en donde se verifica que a la dimensión de responsabilidad contribuyen: la dimensión de CC *escucha con total atención, aceptación sin prejuicios* y el IMC del hijo.

Tabla 11

Regresión lineal múltiple de la dimensión de responsabilidad con las dimensiones de la CC y el IMC del hijo

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	β	Desv. Error	β	t	Sig.
Constante	.493	.097		5.065	.001
ECTA	.012	.003	.204	3.721	.001
ASP	.010	.003	.209	3.823	.001
IMC del hijo	.012	.004	.155	3.095	.002

$R^2 = .147$, $F = 19.556$, Valor de $p < .001$

Nota: Variable dependiente = dimensión de responsabilidad; ECTA: escucha con total atención, ASP: Atención sin prejuicios

Finalmente, para verificar el objetivo general, comparar las dimensiones de la CC y puntuación total de acuerdo con las categorías de EMAI y correlacionar los puntajes de las dimensiones y puntuación total de CC con el IMC del hijo. Se aplicó la prueba H de Kruskal Wallis para identificar los valores de rango promedio de las dimensiones de CC y puntuación total para cada uno de los EMAI.

Se identificó que las puntuaciones de rango promedio más altas de CC se ubicaron en el estilo con autoridad, la diferencia fue significativa, los datos se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12

Prueba de H de Kruskal-Wallis de las dimensiones y puntuación total de CC de acuerdo con el EMAI

Dimensiones	<i>Estilo Materno de Alimentación Infantil</i>				<i>H</i>	<i>p</i>
	Con Autoridad	Autoritario	Indulgente	No involucrado		
	<i>n</i> = 58	<i>n</i> = 108	<i>n</i> = 116	<i>n</i> = 62		
Rango promedio						
Escuchar con total atención al hijo	200.06	145.03	188.11	165.35	16.022	.001
Aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo	191.11	167.50	191.52	128.22	18.971	.001
Consciencia emocional de uno mismo y del hijo	201.79	167.91	181.60	136.06	14.678	.002
Autorregulación en la relación padre-hijo	198.58	154.79	189.47	147.20	14.953	.002
Compasión por uno mismo y por el hijo	187.03	164.44	190.30	139.65	12.507	.006
Puntuación Total	206.52	155.78	194.16	129.28	27.068	.001
<i>Nota: H = H de Kruskal-Wallis, p = valor para p</i>					<i>n</i> = 344	

La Tabla 13 muestra la correlación de Spearman para identificar si existía asociación entre las dimensiones y puntuación total CC y las dimensiones del EMAI (demanda y responsabilidad). Se encontró correlación positiva significativa entre las dimensiones de CC y la puntuación total de CC y responsabilidad.

Tabla 13

Correlación de Spearman de las dimensiones del EMAI y dimensiones y puntuación total de crianza consciente

Dimensiones	ECTA	ASP	CE	AR	C	CC
Responsabilidad	.294**	.309**	.233**	.291**	.218**	.372**
Demanda	-.152**	.020	.091	-.009	-.056	-.013

Nota: ECTA: escucha con total atención, ASP: Atención sin prejuicios, CE: Consciencia emocional, AR: Auto-regulación, C: Compasión, CC: crianza conciente total

$n = 344$, ** $p = .001$

Posteriormente se realizó correlación de Spearman entre las dimensiones de CC y puntuación total con el IMC del hijo y no se encontró correlación significativa entre las variables.

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio se realizó con el propósito de comparar las dimensiones de la CC y puntuación total de acuerdo con el EMAI y correlacionar los puntajes de las dimensiones y puntuación total de CC con el IMC del hijo. A continuación, se presenta la discusión de los resultados de acuerdo con los objetivos del estudio; posteriormente se plantean las limitaciones del estudio, la conclusión y finalmente se plantean algunas recomendaciones.

Respecto al IMC del hijo este estudio encontró prevalencias de SP-OB de 28.2% en menores de 5 años similares a las reportadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino (26% de SP-OB para ambos sexos). Sin embargo, estas prevalencias no coincidieron con las prevalencias reportadas a nivel nacional, 5.8 % y 6.5% para niñas y niños respectivamente (Instituto Nacional de Salud Pública). Dado lo anterior se puede decir que las características de la población del estudio en cuanto a IMC son elevadas a las reportadas para el país y para Nuevo León (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). Respecto a las características de la madre, los resultados descriptivos muestran que el nivel de escolaridad fue 12.13 años lo cual corresponde al bachillerato, semejante a lo reportado por (Boucher, 2016) en donde el 67% de las madres el nivel de educación que predominó fue el bachillerato.

De acuerdo con objetivo específico 1, describir las dimensiones y puntuación total de CC, se obtuvieron estadísticas descriptivas de las dimensiones a través de índices lo que permitió identificar que la dimensión con el valor promedio más alto fue *consciencia emocional de uno mismo y del hijo*, sin embargo, aun siendo la dimensión con la puntuación más alta se considera una puntuación regular o incluso reprochable. Algunos autores han intentado incluir en sus estudios de crianza consciente al padre y a la madre, pero a pesar de esto ellos todavía confirman que el principal cuidador del hijo es la madre (Gouveia et al., 2016).

Por lo cual, consideramos que la madre en su rol de cuidador primario está convencida del papel que desempeña en la crianza de su hijo y de la influencia y el impacto que tienen sus emociones, ya que a esta edad la madre del hijo preescolar tiene un vínculo emocional mayor, lo que a su vez influye en las actuaciones diarias con su hijo, una madre que tiene la capacidad de ser consciente de sus emociones y de su hijo tiene en cuenta la necesidad de controlar sus emociones fuertes las cuales intervienen en sus comportamientos cognitivos automáticos y pueden llegar a debilitar las prácticas de crianza consciente. También se observó que quién acude con el hijo a la escuela diariamente es la madre. Por ello se considera que la dimensión correspondiente a la consciencia emocional podría ser la de puntuación más alto.

El valor promedio más bajo se encontró en la dimensión *autorregulación en la relación padre-hijo*, lo que implica detenerse antes de reaccionar para ejercer una mayor autorregulación y elección de comportamientos en las interacciones diarias con el hijo. Por ejemplo, cuando el niño está haciendo rabieta a la hora de comer y la madre no ejerce la autorregulación puede obligarlo a comer todo lo que está en el plato sin considerar las necesidades o inquietudes del hijo. Esto necesita ser trabajado por la madre, ya que puede utilizar prácticas impulsivas que no le permitan regular sus comportamientos relacionados a la alimentación del hijo preescolar y perder el control de sus elecciones.

Cabe señalar que es la primera vez que se evalúa la CC en madres mexicanas y que la Escala Interpersonal de la Crianza mostró consistencia interna aceptable, sin embargo no es posible hacer comparaciones de estos hallazgos con otros estudios dado que Gouveia et al. (2018 y 2019) aplicaron la Escala de la Atención Plena Interpersonal en la Crianza (IM-P) en su versión portuguesa con 29 items, que cargan en 5 dimensiones, sin embargo los items se distribuyen de forma diferente a la versión original que fue la que se aplicó en el presente estudio. Así mismo, si intentáramos calificar la CC de acuerdo a la puntuación promedio obtenida, esta puede considerarse

entre regular y en algunas dimensiones inclusive poco satisfactoria. Una madre con niveles altos de CC es una madre que práctica disciplinadamente la habilidad de atención plena en la experiencia momento a momento con su hijo. Es necesario que las madres trabajen en mejorar su práctica de CC.

De acuerdo con el objetivo específico 2, se identificó que el EMAI indulgente fue el más frecuente seguido por el autoritario. Una madre autoritaria va a forzar al niño para que coma, va a establecer sus reglas y límites y no acepta negociación, por el contrario, la madre indulgente permitirá al niño hacer lo que quiere y no le pondrá límites, es una madre con alta responsabilidad que solamente se encarga de alimentar al niño, pero no le pondrá medidas de control ni establecerá límite de los alimentos ingeridos. Esto similar a lo encontrado por otros autores los cuales han reportado que los estilos predominantes en mujeres latinas son el autoritario y el indulgente (Hughes et al. 2016; Power et al. 2018). En estos estudios han participado mujeres Latinas, un 60% tenían origen racial mexicano.

De acuerdo al objetivo específico 3, identificar el EMAI con la puntuación promedio más alta del IMC se encontró que entre los EMAI autoritario e indulgente, este último presentó el rango promedio más alto del IMC, cabe señalar que esto es consistente con la literatura que señala que el EMAI indulgente se asocia con puntuaciones mayores del IMC del hijo ya que una madre con baja demanda y alta responsabilidad puede responder a las necesidades alimentarias de su hijo, pero tiene poco control en la cantidad y calidad de los alimentos que proporciona a su hijo (Hughes et al., 2016).

En relación con el objetivo 4, identificar predictores de la CC (factores maternos: edad, escolaridad, estado civil, ingreso económico, ocupación demanda, responsabilidad y responsabilidad centrada en el hijo; factores del hijo: sexo, número de hijo, IMC), se encontraron significativas las variables maternas; edad, demanda y responsabilidad, lo que sugiere una relación entre la CC y el EMAI. La literatura señala que la CC tiene un

papel mediador entre los estilos y los resultados en el hijo (Gouveia et al., 2018). Al respecto del estilo está compuesto de las dimensiones demanda y responsabilidad, esto apoya al modelo propuesto el cual sugiere que se debe trabajar en la práctica de CC la cual permite que la madre este consciente de las interacciones con el hijo momento a momento encontrando un bienestar estando atento a lo que sucede, lo cual redundará en sus actividades demandantes o de responsabilidad de su papel de madre. Así mismo, Gouveia, Canavarró y Moreira (2019) reportaron que la CC está relacionada con las prácticas, mencionan al respecto que las prácticas de alimentación coercitivas van ligadas a un estilo autoritario.

Respecto al objetivo número 5 identificar predictores de la dimensión de responsabilidad se encontró que las dimensiones de CC *Escucha con Total Atención al Hijo y Aceptación sin Prejuicios de uno Mismo*, así como IMC del hijo contribuyen a la responsabilidad, semejante a lo reportado en la literatura que sugiere que las dimensiones de CC y el peso del hijo parecer ser predictores de los estilos de alimentación de las madres (Gouveia et al., 2019; Hunghe et al., 2016), lo cual posiblemente explique que la dimensión *escucha con total atención al hijo* está estrechamente vinculada con la responsabilidad de ser madre, ya que los madres que son sensibles tanto al contenido de las conversaciones como al tono de voz, las expresiones faciales y el lenguaje corporal de sus hijos usan estas señales para detectar con éxito las necesidades y responder favorablemente a ellas.

Por su parte la dimensión *aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo* involucra una aceptación sin prejuicios de los rasgos, atributos y comportamientos de uno mismo y del hijo, no significa una aceptación resignada que renuncie a la responsabilidad de imponer disciplina y orientación cuando sea necesario, más bien significa, una aceptación responsable de lo que está sucediendo en el momento presente que se basa en una consciencia y atención clara dando lugar a una mayor comprensión plena, lo cual también podría explicar la asociación con la dimensión de responsabilidad

en los hallazgos encontrados. Como ya se mencionó la literatura apoya el modelo teórico de que los estilos son mediados por la CC y los resultados en el hijo, por lo cual se confirma esta cuestión teórica.

Finalmente, en relación al objetivo general de comparar las dimensiones de la CC y puntuación total de acuerdo a las categorías de EMAI y correlacionar estas puntuaciones con el IMC del hijo. Se encontró que las puntuaciones de rango promedio más altas de CC se ubicaron en el EMAI con autoridad, semejante a lo reportado por Gouveia et al. (2016), la CC es un concepto que abarca la atención plena lo que permite a la madre tener en cuenta las necesidades cambiantes de desarrollo del hijo, lo cual requiere responsabilidad y atención por parte de la madre, de esta manera la madre se da cuenta de las decisiones que toma momento a momento en las situaciones de alimentación. Lo cual va en consonancia con el EMAI con autoridad que significa que la madre es responsable y cumple con las demandas de la alimentación de su hijo (Kabat-Zinn, 2003).

Una madre con un EMAI con autoridad atiende a las necesidades de manera responsable y considera las mejores opciones en el momento de tomar decisiones que estén relacionadas con los aspectos de la alimentación de su hijo. Sí la CC se practica con mayor frecuencia la madre afrontará con satisfacción sus responsabilidades, lo que contribuirá a mantener un estado nutricional saludable de su hijo preescolar. Se espera que una madre que practica disciplinadamente la CC tenga mejores estilos y mejores prácticas de alimentación.

Así mismo, se encontró correlación positiva significativa entre responsabilidad y puntuación total de CC, semejante a los estudios encontrados en donde se reporta una relación en la responsabilidad percibida y la CC. Esto nos sugiere que la práctica de CC requiere la responsabilidad de la madre para desarrollar las habilidades y responder saludablemente en las interacciones con su hijo. Por último, no se identificó relación entre las dimensiones de la CC y el IMC. En este estudio se buscó una relación directa,

sin embargo, los autores señalan que entre los resultados del hijo y la CC se encuentran las prácticas y los EMAI, por lo cual se recomienda estudiar ese papel mediador.

Limitaciones

Entre las limitaciones del presente estudio es que se realizó únicamente en escuelas públicas, por lo que los resultados solo pueden generalizarse a poblaciones con características similares.

Conclusiones

Es la primera vez que se aplica la Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza (IM-P por sus siglas en inglés, Duncan, 2007) en mujeres mexicanas y presentó una consistencia interna aceptable.

Respecto al estado nutricional del hijo preescolar el 28.2% presentó SP-OB, cifra mayor a lo documentado para la prevalencia de SP-OB en el estado de Nuevo León.

De acuerdo al objetivo 1 el valor promedio más alto de CC se encontró en la dimensión *Consciencia emocional de uno mismo y del hijo*, el promedio más bajo se encontró en la dimensión *autorregulación en la relación padre-hijo*, y la puntuación total de CC se podría calificar como regular y en algunas dimensiones inclusive poco satisfactorio.

De acuerdo al objetivo 2, el EMAI que se presentó con mayor frecuencia fue el indulgente, seguido del autoritario.

De acuerdo al objetivo 3, el EMAI indulgente presentó el rango promedio más alto del IMC.

De acuerdo al objetivo 4, la edad materna, responsabilidad y demanda son predictores de la CC.

De acuerdo al objetivo 5, las dimensiones *Escucha con Total Atención al Hijo*, *Aceptación sin Prejuicios de uno Mismo y del Hijo* e IMC del hijo son predictores de la dimensión de responsabilidad del EMAI.

De acuerdo al objetivo general, el EMAI con autoridad presentó la puntuación de

rango promedio más alta de CC. No se identificó relación entre las dimensiones de CC y el IMC.

Las dimensiones de CC y total se correlacionaron de forma positiva y significativa con la dimensión de responsabilidad del EMAI.

Recomendaciones

Al respecto se resalta que se deben diseñar intervenciones para promover el estilo con autoridad porque este estilo se asocia a mejor calidad en la dieta y en menor consumo de alimentos poco saludables, se ha visto que tiene los mejores resultados en nutrición y contribuye a un IMC del hijo saludable, además de que éste EMAI presentó la puntuación más alta de CC.

Este estudio contribuye a la profesión de enfermería al proporcionar información necesario para el desarrollo adecuado en la edad preescolar, se ha documentado que enfermería colabora con los padres para el desarrollo de la crianza en la primera infancia tales como: una actuación del personal de enfermería es planificar intervenciones en colaboración con los progenitores, para la creación de un ambiente propicio para el desarrollo y el bienestar, orientar a las madres sobre la alimentación y el cuidado de los niños pequeños, evaluar la presencia de factores de riesgo en la familia, ayudar a las madres y a otros cuidadores a mejorar el cuidado emocional y físico del hijo.

Se recomienda replicar el presente estudio en poblaciones con otras características distintas en la misma edad del hijo preescolar para identificar otros posibles factores que contribuyen a la CC y esta a su vez en el IMC del hijo, también se recomienda realizar análisis de factores de la Escala Interpersonal de la Crianza. Finalmente se recomienda analizar el papel mediador de la CC o de los EMAI entre la CC con modelos de ecuaciones estructurales.

Referencias

- Arlinghaus, K. R., Vollrath K., Hernandez, D. C., Momin, S. R., O'Connor T. M., Power, T. G., Hughes, S. O. (2018). Authoritative parent feeding style is associated with better child dietary quality at dinner among low-income minority families. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 108, 730–736. doi:10.1093/ajcn/nqy142
- Boucher, N. L. (2016). Feeding Style and a Child's Body Mass Index. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(6), 583–589. doi:10.1016/j.pedhc.2015.12.002
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887. doi:10.2307/1126611
- Bögels, S. & Restifo, K. (2014). Mindful Parenting. *Mindfulness in Behavioral Health*. doi:10.1007/978-1-4614-7406-7
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, CDC. (2015). *Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes*. Recuperado de https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html
- Cerdas, N. J., Polanco H. A. & Rojas N. P. (2002). El niño entre cuatro y cinco años: características de su desarrollo socioemocional, psicomotriz y cognitivo-lingüístico. *Revista Educación*, 26(1), 169-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44026114>
- Corthorn, C. & Milicic, N. (2015). Mindfulness and Parenting: A Correlational Study of Non-meditating Mothers of Preschool Children. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1672–1683. doi:10.1007/s10826-015-0319-z
- Cuevas-Nasu, L., Shamah-Levy, T., Hernández-Cordero, S. L., González-Castell, L. D., Gómez-Humarán, I. M., Ávila-Arcos, M. A. & Rivera-Dommarco J. A. (2017). Tendencias de la mala nutrición en menores de cinco años en México, 1988-2016: análisis de cinco encuestas nacionales. *Salud Pública de México*, 60(3),

283-290. doi.org/10.21149/8846

- Darling N. & Steinberg L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. doi:10.1037/0033-2909.113.3.487
- Davison, K. K. & Birch, L. L. (2001). Child and parent characteristics as predictors of change in girls' body mass index. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(12), 1834–1842. doi:10.1038/sj.ijo.0801835
- Duncan, L. G. (2007). Assessment of mindful parenting among parents of early adolescents: Development and validation of the Interpersonal Mindfulness in Parenting scale. *Unpublished dissertation*. Recuperado de <https://etda.libraries.psu.edu/catalog/7740>
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D. & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical child and family psychology review*, 12(3), 255–270. doi:10.1007/s10567-009-0046-3
- Flores-Peña, Y., Acuña-Blanco, A., Cárdenas-Villarreal, V. M., Amaro-Hinojosa, M. D., Pérez-Campa, M. E. & Elenes-Rodríguez, J. R. (2017). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 51. doi:10.20960/nh.975
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C. & Moreira, H. (2016). Self-Compassion and Dispositional Mindfulness Are Associated with Parenting Styles and Parenting Stress: the Mediating Role of Mindful Parenting. *Mindfulness*, 7(3), 700–712. doi:10.1007/s12671-016-0507-y
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C. & Moreira, H. (2018). The role of mindful parenting and children's weight in mothers' child-feeding practices. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. doi:10.1007/s40519-018-0615-x

- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C. & Moreira, H. (2019). How can mindful parenting be related to emotional eating and overeating in childhood and adolescence? The mediating role of parenting stress and parental child-feeding practices. *Appetite*, *13*(8), 102–114. doi:10.1016/j.appet.2019.03.021
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Elsevier.
- Hankey, M., Williams, N. A. & Dev, D. (2016). Uninvolved Maternal Feeding Style Moderates the Association of Emotional Overeating to Preschoolers' Body Mass Index z -Scores. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *48*(8), 530–537. doi:10.1016/j.jneb.2016.06.006
- Hughes, S. O., Power, T. G., Orlet Fisher, J., Mueller, S. & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, *44*(1), 83–92. doi:10.1016/j.appet.2004.08.007
- Hughes, S. O., Shewchuk, R. M., Baskin, M. L., Nicklas, T. A., & Qu, H. (2008). Indulgent feeding style and children's weight status in preschool. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, *29*(5), 403–410. doi:10.1097/DBP.0b013e318182a976
- Hughes, S. O., Power, T. G., O'Connor, T. M., Orlet Fisher, J. & Chen, T.-A. (2016). Maternal Feeding Styles and Food Parenting Practices as Predictors of Longitudinal Changes in Weight Status in Hispanic Preschoolers from Low-Income Families. *Journal of Obesity*, *2016*, 1–9. doi:10.1155/2016/7201082
- Innella, N., Breitenstein, S., Hamilton, R., Reed, M. & McNaughton, D. B. (2015). Determinants of Obesity in the Hispanic Preschool Population: An Integrative Review. *Public Health Nursing*, *33*(3), 189–199. doi:10.1111/phn.12215
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Nuevo León. Cuernavaca, México.* Recuperado de <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antteriores-2010/3057-ensanut2012-resultados-entidad-federativa.html>
- Kabat-Zinn, M. & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting.* New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kuppens, S. & Ceulemans, E. (2019). Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept. *Journal of child and family studies*, 28(1), 168–181.
doi:10.1007/s10826-018-1242-x
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent–child interaction.* In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 1–101). New York: Wiley.
- Melis, Y. H. & Selcuk, B. (2018). Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding practices. *Appetite*, 120, 491–499.
doi:10.1016/j.appet.2017.10.001
- Montiel, C. M. & López, R. L. (2017). Parenting styles and their relation with obesity in children ages 2 to 8 years. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 11-20. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño.* Recuperado de https://www.who.int/childgrowth/training/b_midiendo.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles?.* Recuperado de: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Sobrepeso y Obesidad Infantiles*. Recuperado de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). El Papel de los Padres. Recuperado de https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_parents/es/
- Power, T. G., Silva Garcia, K., Beck, A. D., Goodell, L. S., Johnson, S. L. & Hughes, S. O. (2018). Observed and self-reported assessments of caregivers' feeding styles: Variable- and person-centered approaches for examining relationships with children's eating behaviors. *Appetite*, *130*, 174–183.
doi:10.1016/j.appet.2018.08.010
- Reticena, K. O., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L. D., Abreu, F., & Fracolli, L. A. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Revista latino-americana de enfermagem*, *27*, e3213. doi:10.1590/1518-8345.3031.3213
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Documento en internet]. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Shamah-Levy T, Ruiz-Matus C, Rivera-Dommarco J, Kuri-Morales P, Cuevas-Nasu L, Jiménez-Corona ME, Romero-Martínez M, Méndez Gómez-Humarán I, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2017.
- Shloim, N., Edelson, L. R., Martin, N., & Hetherington, M. M. (2015). Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in psychology*, *6*, 1849.
doi:10.3389/fpsyg.2015.01849

- Tovar, A., Hennessy, E., Pirie, A., Must, A., Gute, D. M., Hyatt, R. R., ... Economos, C. D. (2012). Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9 (62), 2-8. doi:10.1186/1479-5868-9-62
- Van der Horst, K., & Sleddens, E. (2017). Parenting styles, feeding styles and food-related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. *PloS one*, 12(5), 1-3. doi:10.1371/journal.pone.0178149
- Ventura, A. K. & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 5, 15. doi:10.1186/1479-5868-5-15
- Vera, J. A., Peña, M. O. (2005). Desarrollo, estimulación y estrés de la crianza. Apuntes de psicología. ISSN 0213-3334 23(3), 305-319. Recuperado de:
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/100>.
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 479–492. doi:10.1007/bf00911103
- Wong, K., Hicks, L. M., Seuntjens, T. G., Trentacosta, C. J., Hendriksen, T., Zeelenberg, M. & van den Heuvel, M. I. (2019). The Role of Mindful Parenting in Individual and Social Decision-Making in Children. *Frontiers in psychology*, 10, 550. doi:10.3389/fpsyg.2019.00550
- Xu, S., & Xue, Y. (2016). Pediatric obesity: Causes, symptoms, prevention and treatment. *Experimental and therapeutic medicine*, 11(1), 15–20. doi:10.3892/etm.2015.2853

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales de la Madre y el Hijo

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

No. de Cuestionario _____ Fecha de hoy: Día _____ Mes _____ Año _____

Escuela _____ Grado _____ Sección _____

De usted

Nombre _____ Apellidos (Paterno) _____ (Materno) _____

Edad en años _____

Lugar de nacimiento _____
Municipio _____ Estado _____

Escolaridad en años _____

Ocupación _____

Estado Civil _____

De su hijo

Nombre _____ Apellidos (Paterno) _____ (Materno) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad en años _____
 día mes año

Sexo: Femenino ____ Masculino ____

Lugar de nacimiento _____
Municipio _____ Estado _____

Número Total de hijos _____

Este hijo es:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Otro cuál _____

Ingreso económico promedio familiar mensual _____

Apéndice B

Escala de Atención Plena Interpersonal en la Crianza

Solicitar información al correo: rubi.cascoa@udlap.mx y/o
yolanda.florespe@uanl.edu.mx

Apéndice C

Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador

Solicitar información al correo: rubi.cascoa@udlap.mx y/o
yolanda.florespe@uanl.edu.mx

Apéndice D

Procedimiento para la Medición del Peso en el Preescolar

Equipo

Se recomienda pesar a los niños usando una báscula con las siguientes características:

- Sólidamente fabricada y durable
- Electrónica (lectura digital)
- Mediciones hasta 150 kg
- Mediciones a una precisión de 0.1 kg (100g)
- Permita la toma de pesos reprogramados (con función de tara)

Medición del peso

Explique a la madre las razones de pesar al niño y que el niño deberá pararse en la balanza y permanecer de pie sin moverse. Retire el exceso de ropa. Explique que es necesario que el niño se quite la ropa exterior a fin de obtener un peso exacto (un pañal húmedo, zapatos o pantalones de lona pesan más de 0.5 kg.).

Nota: Si en el caso de las niñas tienen trenzas o accesorios para el pelo que interferirán con la medición de la longitud/talla, quíteselos antes de la toma del peso para evitar retraso entre la toma de las mediciones. Es importante pasar rápidamente y sin titubeos de la báscula al infantómetro/tallímetro.

Asegúrese que la báscula sea colocada en una superficie plana, sólida y pareja. No debe colocarse sobre una superficie deslizante. Es aceptable colocarla sobre una alfombra firme que esté pegada sobre una superficie.

Pida a la madre que le ayude al niño a quitarse los zapatos y la ropa exterior. Explique al niño que es necesario que se pare sin moverse. Comuníquese con el niño amablemente en una forma que no lo asuste.

- Encienda la báscula y cuando aparezca el número 0.0, la báscula está lista.
- Pida al niño que se pare en el centro de la báscula con los pies ligeramente separados

(sobre la huella de pies, si es que la báscula ha sido marcada) y que se mantenga sin moverse hasta que el peso aparece en el mostrador.

- Registre el peso del niño hasta el 0.1 kg. más cercano.

Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño, Ginebra, OMS, 2008.

Apéndice E

Procedimiento para la Medición de Talla en el Preescolar

Equipo

Para medir la talla use un tallímetro (una tabla de medición de talla) montada en un ángulo recto entre el nivel del piso contra una superficie vertical recta como una pared o un pilar.

Medición de talla

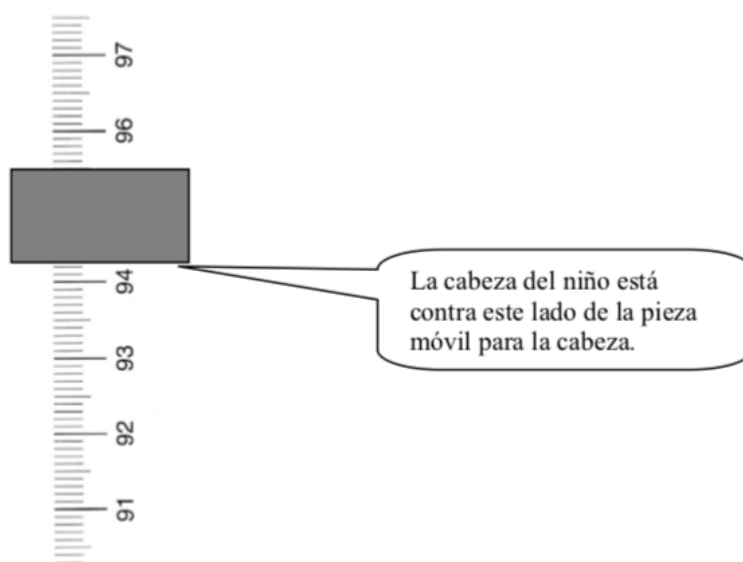
Prepárese para medir la talla inmediatamente después de la toma de peso. Asegúrese que se le ha quitado al niño los zapatos, medias y los accesorios para el pelo. Deshaga las trenzas si éstas interfieren con la medición de la talla. Durante la medición de la talla, es necesario que la madre colabore con la toma de mediciones y para mantener al niño tranquilo y cómodo. Explique a la madre las razones para la toma de mediciones y los pasos a seguir en el procedimiento de la medición. Responda las preguntas que la madre pueda tener. Explique y demuéstrele la forma en que puede ayudarlo. Explíquele que es necesario mantener al niño sin moverse y calmado para obtener una buena medición.

Ayude al niño a pararse en la base del tallímetro con los pies ligeramente separados. La parte de atrás de la cabeza, omóplato, glúteos, pantorrillas, talón deben tocar la tabla vertical. Este alineamiento puede ser imposible en caso de un niño obeso, en este caso, ayude al niño a pararse en la base del tallímetro con uno o más puntos de contacto con la tabla. El tronco debe estar balanceado sobre la cintura, es decir, no debe estar inclinado hacia atrás o adelante.

- Pídale a la madre que sujete las rodillas y los tobillos para ayudar a mantener las piernas estiradas y los pies planos, con talones y pantorrillas tocando la tabla vertical. Pídale que capte la atención del niño, que lo mantenga tranquilo mientras sea necesario y que le avise si el niño cambia de posición.
- Posicione la cabeza del niño de manera de que una línea horizontal desde el conducto

auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla vertical. Sujete la barbilla del niño entre el espacio que se forma entre su dedo pulgar y el índice, para mantener la cabeza del niño en esta posición.

- Si es necesario, presione suavemente el estómago del niño para ayudarlo al niño a pararse erguido hasta alcanzar su máxima talla.
- Mientras mantiene la cabeza en esta posición, use su otra mano para empujar la pieza móvil para la cabeza hasta que se apoye firmemente sobre la cabeza y presione el pelo.



- Lea la medición y registre en las Notas de Visita del Registro del Crecimiento la talla del niño en centímetros hasta el último 0.1 cm completado. El cual es la última línea que usted es capaz de ver. (0.1 cm = 1 mm). Lea las cintas de medición abajo y registre las mediciones hasta el 0.1 cm. más cercano.

Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño, Ginebra, OMS, 2008.

Apéndice F
Cédula de Registro de Datos Antropométricos

No. de Cuestionario _____

Del hijo

Peso (kg) _____

Talla (cm) _____

IMC _____

Fecha en la que se realizan las mediciones

 Dia _____ Mes _____ Año _____

Apéndice G**Listado de Escuelas de Educación Preescolar con Alumnos Inscritos**

Nombre de Escuela	Número Total de Alumnos
SAN JORGE	70 niños
JOSE MARTI	96 niños
SANTA LUCIA	33 niños
MIGUEL F. MARTINEZ	178 niños
FELIPE ANGELES	70 niños
ELENA HUERTA MUZQUIZ	30 niños
JUAN BAUTISTA CHAPA	88 niños
JOSE CLEMENTE OROZCO	44 niños

Apéndice H

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO PARA PADRES

Título de proyecto: Crianza Consciente, Estilos Maternos de Alimentación Infantil e Índice de Masa Corporal del Preescolar

Autores/Estudiantes: Lic. Rubi Chantal Casco Ojeda

Director de Tesis: Dra. Yolanda Flores Peña

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación con fines científicos para obtener el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es conocer factores de la madre que puedan causar desajustes en el crecimiento normal de su hijo, la información obtenida aumentará el conocimiento sobre aspectos poco conocidos que afectan el peso y talla de su hijo. El estudio se está realizando en Instituciones de Educación Preescolar del municipio de Monterrey, N.L.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar y que su hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. **A usted** le haremos algunas preguntas acerca de los hábitos de alimentación, cómo es la relación con su hijo, así como cuestiones generales acerca de su hijo(a) por ejemplo, grado, grupo, edad y fecha de nacimiento. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 20 minutos. Se solicitará en los cuestionarios que coloque su nombre y el de su hijo con el fin de identificar posteriormente a su hijo para las mediciones, asegurando que sus datos personales serán manejados con confidencialidad y únicamente por los investigadores responsables.
2. **A su hijo(a)** Se le realizarán mediciones de peso y talla, las cuales serán realizadas por personal capacitado.

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incómodo(a), a usted, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Beneficios: Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para conocer mejor los factores que contribuyen al peso y talla de los niños preescolares de Monterrey, N.L.

Compromisos del Investigador: Usted cuenta con la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el (la) autor(a) principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan a usted y a su hijo en esta institución.

En caso de que desee contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.fae@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)

La Lic. Monserrat Morales Alducin, investigador principal del proyecto, me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, y me ha dejado saber que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma: _____

Fecha:

Relación con el menor participante _____

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Relación con el participante _____

Firma del Testigo 2:

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Relación con el participante _____

Fecha:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Día / Mes / Año

Apéndice I

Asentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: Crianza Consciente, Estilos Maternos de Alimentación Infantil e Índice de Masa Corporal del Preescolar
Autores: Lic. Rubi Chantal Casco Ojeda
Director de Tesis: Dra. Yolanda Flores Peña

Mi nombre es Rubi Chantal Casco Ojeda soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Actualmente se está realizando un estudio para conocer el crecimiento nutricional de los niños, quiero conocer cuánto pesan y miden los niños como tú y para ello queremos pedirte que participes.

Tu participación en el estudio consistiría en:

1. Subir a una báscula para conocer tu peso y tu estatura.
2. Retiraras tus zapatos y accesorios que puedan incrementar tu peso o tu estatura.
3. Subirás a la báscula y debes mantenerte quieto mientras te pesamos y medimos.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aún cuando alguno de tus padres haya dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Todas las mediciones que se realicen nos ayudarán a conocer el estado de peso y talla actual de los niños de tu edad que asisten a escuelas en esta área (municipio de Monterrey, N.L.).

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus resultados de mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de ____.

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 2:

Dirección

Relación con el participante _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Resumen autobiográfico

Lic. Rubi Chantal Casco Ojeda

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: Crianza Consciente, Estilos Maternos de Alimentación Infantil e Índice de Masa Corporal del Preescolar

Biografía: Rubi Chantal Casco Ojeda, nacida en la Ciudad de México el día 1 de septiembre de 1992, hija de Juan Casco Ayala y María Elena Ojeda Sánchez.

Educación: En el año 2010 terminó la Carrera Técnica en Contabilidad, ingreso a la Licenciatura en Químico Farmacobiólogo en el año 2011, es egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de las Américas Puebla en el año 2018.

Experiencia Profesional: Realizó servicio social en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social “IMSS” N° 22.

Reconocimientos: Obtención de “Cume Laude” en la Licenciatura.

Presentaciones: Cartel científico titulado “Medidas Antropométricas de la díada madre-hijo” en el Congreso Internacional de Investigación en Enfermería “Sigma Theta Tau” 2018.

Investigación: Realizó estancias de investigación en la Universidad Autónoma de Nuevo León y en la Universidad Autónoma de Zacatecas. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) durante sus estudios de maestría.

E-mail: rubi.cascoa@udlap.mx