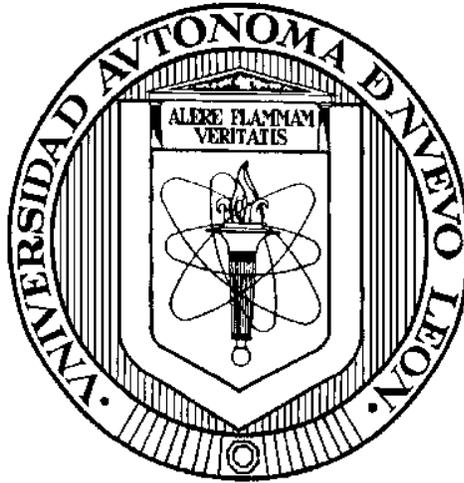


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN



**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 2-6 AÑOS:
VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA CFQ,
PFQ Y CFPQ (CUESTIONARIO MEXICANO DE PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS [CMPA])**

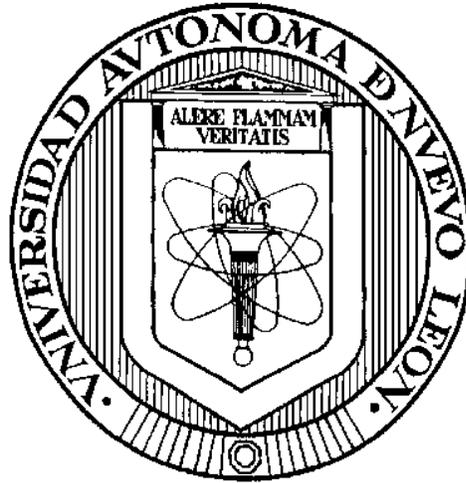
POR

L.N. DANIELA BERENICE ESTRADA DE LEÓN

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAestrÍA EN CIENCIAS EN NUTRICIÓN**

JUNIO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN



**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 2-6 AÑOS:
VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA CFQ,
PFQ Y CFPQ (CUESTIONARIO MEXICANO DE PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS [CMPA])**

**POR
L.N. DANIELA BERENICE ESTRADA DE LEÓN**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN NUTRICIÓN**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. S.P. ANA MARÍA SALINAS MARTÍNEZ**

JUNIO, 2017



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
PROGRAMA DE INTERFACULTADES**



**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 2-6 AÑOS:
VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA CFQ,
PFQ Y CFPQ (CUESTIONARIO MEXICANO DE PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS [CMPA])**

**POR
L.N. DANIELA BERENICE ESTRADA DE LEÓN**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN NUTRICIÓN**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. S.P. ANA MARÍA SALINAS MARTÍNEZ**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

JUNIO, 2017

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 2-6 AÑOS: VALIDACIÓN AL
ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA CFQ, PFQ Y CFPQ
(CUESTIONARIO MEXICANO DE PRÁCTICAS
ALIMENTARIAS [CMPA])

Aprobación de Tesis

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Presidenta

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
Secretario

MSP María Teresa Ramos Cavazos
Vocal

Dr. en CS Esteban Gilberto Ramos Peña
Subdirector de Investigación, Innovación y Posgrado



COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: “PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 2-6 AÑOS: VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA CFQ, PFQ Y CFPQ (CUESTIONARIO MEXICANO DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS [CMPA])” presentada por “**Daniela Berenice Estrada de León**”, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a Junio del 2017

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Presidente

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
Secretario

MSP María Teresa Ramos Cavazos
Vocal



DR. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DELA U.A.N.L.
P R S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: **“PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 2-6 AÑOS: VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA CFQ, PFQ Y CFPQ (CUESTIONARIO MEXICANO DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS [CMPA])”** presentada por **Daniela Berenice Estrada de León**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envié un cordial saludo.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”
Monterrey, Nuevo León a Junio de 2017

Dra. Ana María Salinas Martínez
Directora de Tesis

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
Co-Director de Tesis

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, por conducirme y guiarme a estudiar esta Maestría; por darme la sabiduría e inteligencia necesaria para cumplir satisfactoriamente con todo lo que se me solicitó a lo largo de estos dos años. Sé que no hubiera sido posible en mis fuerzas, sino que fue por Él y para Él.

También quiero agradecer a mis padres, que me han apoyado a lo largo de mi vida, tanto emocional como económicamente, para lograr llegar hasta aquí. A mi papá, porque no solo con palabras, sino con su ejemplo, me enseñó a llevar una vida de continuo estudio y superación. Y a mi mamá, por siempre creer en mí, más de lo que yo creo en mí. Gracias porque a pesar de ser la primera generación en sus familias con estudios superiores, salieron adelante y desde que era una niña, sembraron en mí la semilla de la superación a través del estudio.

Parte fundamental de mis logros, se lo debo a mi esposo, Samuel Jiménez; agradezco su apoyo incondicional, su ayuda con mis tareas y proyectos, sus noches de desvelo por escucharme teclear y sobre todo su amor y entrega, que me hace seguir adelante y saber que siempre existirá un mejor mañana. Gracias por siempre confiar en mí y dar todo por nuestra pequeña familia.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Facultad de Salud Pública y Nutrición; mis maestros Dr. Esteban Gilberto Ramos, Dra. Georgina Mayela Núñez, Mtra. Teresa Ramos, Dr. Miguel A. Quiroga, Dra. Ana Elisa Castro, Dra. Ana María Salinas, y a los que estuvieron conmigo en el transcurso de mi etapa de Maestría. A mis amigos de Maestría, Manuel Gómez y Fabiola Soto, que con sus palabras de aliento y motivación alegraron mis momentos difíciles y de estrés; a mis compañeros, que, aunque no siempre compartimos nuestros puntos de vista, lograron que pudiera preparar y defender de una mejor manera mis argumentos. A todo el personal del Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (investigadores, área de recepción, vigilancia,

intendencia, etc.). Así como a los investigadores de la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud en Monterrey (UIESSM) por abrirme sus puertas y brindarme su amistad y compañerismo. A CONACyT, por su financiamiento a lo largo de estos dos años. A la Universidad de Bristol, por permitirme realizar con ellos una estancia de investigación; en especial a la Dra. Caroline M. Taylor por todo su apoyo y todas sus atenciones, así como a la Dra. Pauline Emmett. Por último, gracias a aquellas personas que conocí en el transcurso de estos dos años, que de alguna u otra manera me apoyaron para realizar este proyecto de vida.

No existen palabras para agradecer el privilegio de haber tenido a la Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez como mi asesora. Por el apoyo que me brindó durante mi formación, por su tiempo, paciencia, comprensión, compromiso y profesionalismo. Gracias por enseñarme tanto en estos dos años.

Para concluir, estoy infinitamente agradecida por esta gran oportunidad. Gracias a todos los que fueron partícipes de una u otra manera para ayudarme a concluir esta maravillosa y gratificante etapa de mi vida.

DEDICATORIA

Solo puedo dedicarle este documento a la memoria de mi padre. Quien fue un hombre que trabajó incansablemente a lo largo de su vida por su familia. No conozco otro hombre como él; un hombre de valores, que amaba a su familia, honesto en todas las áreas de su vida y que siempre nos alentó a superarnos. Él falleció cuando cursaba el curso propedéutico para entrar a esta Maestría, pero sé que desde el cielo él está orgulloso de lo que he logrado. Un día volveremos a vernos y nuestra familia estará completa de nuevo.

Te amamos y extrañamos.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág. No.
<hr/>	
Capítulo 1	
1. ANTECEDENTES	1
1.1. Introducción	2
1.2. Marco teórico, epidemiología de la obesidad infantil	3
1.3. Marco teórico, origen de la obesidad infantil	
1.4. Marco teórico, vínculo teórico entre prácticas alimentarias y obesidad infantil	5
1.5. Marco teórico, escalas para medir prácticas alimentarias	7
1.5.1. Cuestionario de alimentación para niños (Child Feeding Questionnaire [CFQ])	7
1.5.2. Cuestionario de alimentación para preescolares (Preschooler Feeding Questionnaire [PFQ])	11
1.5.3. Cuestionario ampliado de conductas alimentarias (Comprehensive Feeding Practices Questionnaire [(CFPQ])	12
1.6. Estudios relacionados	13
<hr/>	
Capítulo 2	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
<hr/>	
Capítulo 3	
3. JUSTIFICACIÓN	20
<hr/>	
Capítulo 4	
4. HIPÓTESIS	21
<hr/>	
Capítulo 5	
5. OBJETIVOS	22
5.1. Objetivo general	22
5.2. Objetivos específicos	22
<hr/>	
Capítulo 6	
6. METODOLOGÍA	23

6.1. Diseño del estudio	23
6.2. Temporalidad	23
6.3. Ubicación espacial	23
6.4. Universo de estudio	23
6.5. Población de estudio	23
6.6. Criterios de selección	23
6.7. Cálculo del tamaño de la muestra	24
6.8. Técnica muestral	24
6.9. Variables	24
6.10. Instrumentos de medición	30
6.10.1. Prácticas alimentarias	30
6.10.2. Estilos de crianza para la alimentación	30
6.10.3. Estilo para comer del niño	31
6.10.4. Mediciones antropométricas	31
6.11. Procedimientos	32
6.12. Plan de análisis	32
6.13. Consideraciones éticas	34

Capítulo 7	
7. RESULTADOS	35
7.1. Perfil sociodemográfico	35
7.2. Estado nutricional, observado y percibido	36
7.3. Propiedades psicométricas del CMPA	36
7.3.1. Validez de construcción y consistencia interna	36
7.3.2. Validez concurrente y discriminante	37
7.3.3. Validez convergente	50
7.4 Intensidad de la asociación entre prácticas alimentarias, estilo de crianza y estilo de comer del niño y sobrepeso/obesidad	54

Capítulo 8	
8. DISCUSIÓN	56

Capítulo 9	
9. CONCLUSIONES	62

Capítulo 10	
10. REFERENCIAS	63
<hr/>	
ANEXOS	71
<i>ANEXO A. Escalas y subescalas de instrumento propuesto versión combinada CFQ, PFQ Y CFPQ</i>	72
<i>ANEXO B. Cuestionario</i>	76
<i>ANEXO C. Carta de consentimiento informado</i>	80

LISTA DE CUADROS

No.	Nombre del cuadro	Pág.
1	Comparación de características del CFQ, PFQ y CFPQ	10
2	Perfil sociodemográfico materno (n=507)	35
3	Distribución de frecuencias por ítem del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA) (n=507)	39
4	Análisis de factores del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)	41
5	Trayectoria de los ítems propuestos para el Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)	43
6	Ubicación de ítems del finales en el Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA), según escala de origen Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ), Child Feeding Questionnaire (CFQ), Preschooler Feeding Questionnaire (PFQ)	46
7	Estadística descriptiva de prácticas alimentarias, según subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA) (n=507)	48
8	Validez concurrente de las subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA) con estado nutricional observado y percibido	49
9	Creencia o preocupación por exceso de peso del hijo y subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)	49
10	Concentrado de propiedades psicométricas de las subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)	53
11	Asociación entre prácticas alimentarias, estilo de crianza, estilo para comer del niño y sobrepeso/obesidad, análisis univariado	54
12	Asociación entre prácticas alimentarias, estilo de crianza, estilo para comer del niño y sobrepeso/obesidad, análisis univariado	55

LISTA DE FIGURAS

No.	Nombre de la figura	Pág.
1	Modelo de Costanzo y Woody que vincula conducta alimentaria con peso del niño	6
2	Modelo de Ventura y col que vincula conducta alimentaria con peso del niño	6
3	Mapa conceptual	25
4	Flujograma de procedimientos	33
5	Distribución de frecuencias de respuesta a la saciedad y al deseo de comer (CEBQ)	50
6	Validez convergente de las subescalas Presión para comer y Restricción del CMPA con el CFSQ (estilo de crianza)	51
7	Validez convergente de las subescalas Regulación instrumental/emocional y Control del niño del CMPA con el CFSQ (estilo de crianza)	52
8	Nivel de cumplimiento del CMPA con las propiedades psicométricas	52

LISTA DE ABREVIATURAS

CMPA= Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias

CFQ= Child Feeding Questionnaire

PFQ= Preschooler Feeding Questionnaire

CFPQ= Comprehensive Feeding Practices Questionnaire

CEBQ= Child Eating Behavior Questionnaire

CFSQ= Caregiver's Feeding Styles Questionnaire

DEBQ= Dutch Eating Behavior Questionnaire

IMC= Índice de Masa Corporal

UNICEF= United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

RESUMEN

Lic. Daniela Berenice Estrada de León
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: Junio de 2017

Título del Estudio: **“PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 2-6 AÑOS: VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA CFQ, PFQ Y CFPQ (CUESTIONARIO MEXICANO DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS [CMPA])”**

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 69

Propósito y Método del Estudio: Las estadísticas sobre obesidad infantil no pueden ser explicadas por cambios en el origen genético. En el presente estudio se evaluó la validez y confiabilidad de la versión combinada en español del CFQ, PFQ y CFPQ, (Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias [CMPA]), dirigido a identificar prácticas alimentarias en madres de niños de 2-6 años. Se trató de un estudio transversal en madres ≥ 18 años seleccionadas consecutivamente en unidades de primer nivel de atención ($n=507$). Se estimó el alfa de Cronbach, se realizó análisis de factores y se determinó el coeficiente de correlación de Kendall entre subescalas del CMPA e IMC; y se comparó el puntaje de dichas subescalas, según estado nutricional del niño mediante prueba de Mann-Whitney U.

Contribuciones y Conclusiones: El CMPA logró identificar 6 factores con cargas mayores a 0.40: Supervisión, Presión para comer, Control del niño, Entorno, Regulación instrumental/emocional y Modelaje. Todas las subescalas presentaron validez de contenido. Más del 60% de las subescalas, registraron validez con una medida alterna de estilo de crianza específico para la alimentación. Solamente la subescala de Modelaje, distinguió peso bajo/peso normal y sobrepeso/obesidad, señalando ser práctica obesogénica. La subescala de Presión para comer señaló práctica alimentaria reactiva a la percepción de bajo peso/peso normal del hijo. Se recomienda considerar en futuras investigaciones, la estimación de la prevalencia y/o incidencia de prácticas alimentarias potencialmente obesogénicas en niños con peso normal, y de prácticas alimentarias no ideales, en niños con sobrepeso u obesidad.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

CAPÍTULO 1

1.0 ANTECEDENTES

1.1 Introducción

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un problema de salud pública en todas las etapas de la vida y las estadísticas sobre la obesidad infantil no pueden ser explicadas por cambios en el origen genético. Así, hay un componente “productor” de obesidad infantil que de ser identificado, podría permitir su prevención. En este sentido, se ha sugerido el entorno familiar como factor predisponente. Los niños a temprana edad dependen totalmente del tipo y cantidad de alimentos que los padres y/o sus cuidadores eligen; y la interacción entre padres e hijos delinea la conducta alimentaria durante el desarrollo del cerebro y por tanto, la regulación del apetito. Por ello, el rol de los padres en la conducta alimentaria del preescolar es crítico en el fomento de hábitos positivos duraderos y en el mantenimiento de un peso saludable. Una investigación en la Cd. de México con padres de niños de guarderías, identificó que la mayoría de los padres y/o cuidadores utilizaban la comida chatarra como recompensa o herramienta de negociación para logro de tareas, hacían uso de preparación no saludable de alimentos, carecían de conocimiento nutricional y reconocían la alta disponibilidad de alimentos no saludables en lugares públicos¹. Además, en México debe ser de particular interés el estudio de las prácticas alimentarias porque la imagen de “buena madre” con frecuencia es asociada a una “buena alimentación”; y se sabe que la madre mexicana demuestra afecto a los suyos a través de los alimentos. Así también, el niño “gordito” es considerado sano mientras que el niño delgado, enfermo^{2,3}.

El autoreporte de los padres es crucial para entender las prácticas alimentarias y su efecto en el estado nutricional del niño. Cabe destacar que las diferentes escalas tienen como eje central el control parental y varían en tipo,

número de dimensiones, número de ítems, y edad de la población blanco. Entre los instrumentos más utilizados a nivel internacional se encuentra el Cuestionario de Alimentación para Niños (Child Feeding Questionnaire [CFQ])⁴ el Cuestionario de Alimentación para Preescolares (Preschooler Feeding Questionnaire [PFQ])⁵ y el Cuestionario Ampliado de Conductas Alimentarias (Comprehensive Feeding Practices Questionnaire [CFPQ])⁶, todos ellos desarrollados en Estados Unidos. Notoriamente, en México es inexistente la información inherente a las propiedades psicométricas de los instrumentos antes mencionados, los cuales ofrecen la oportunidad de identificar tempranamente ambientes obesogénicos en el hogar de forma clara y culturalmente específica. Por ello, el presente estudio evaluó la validez y confiabilidad de la versión combinada en español del CFQ, PFQ y CFPQ, de aquí en adelante referida Como Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias [CMPA], dirigido a identificar prácticas alimentarias en niños de 2-6 años; para ofrecer mayor entendimiento de determinantes familiares modificables propensos a la obesidad, en madres de niños en edad preescolar.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 Epidemiología de la obesidad infantil

En el 2010, se registraron 43 millones de niños con sobrepeso y/o obesidad en todo el mundo, 35 millones se ubicaron en países en vías de desarrollo. La prevalencia se incrementó de 4.2% en 1990 a 6.7%, en 2010; y se espera llegue a ser de 9.1% para 2020, es decir, 60 millones de niños afectados⁷. La UNICEF⁸ señala que México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil. La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición⁹ reveló un ascenso de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años, la cual pasó de 7.8% en 1988 a 9.7%, en 2012. El principal aumento se observó en la región norte del país que alcanzó una prevalencia de 12%, cifra superior al promedio nacional. En Nuevo León, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de cinco años en 2012 fue de 13.2%, siendo en las localidades

urbanas de 13.0% y en las rurales de 14.8%¹⁰. La obesidad infantil impacta en la tendencia de obesidad adulta, y en la mayor probabilidad de padecer diabetes tempranamente, así como también otras enfermedades cardiovasculares. Además, estudios indican que es mayor la dificultad del tratamiento de la obesidad en adultos que en niños y adolescentes; y las intervenciones de estilo de vida a corta edad, tienen mejores resultados a largo plazo¹¹.

1.2.2 Origen de la obesidad infantil

El origen de la obesidad infantil es multifactorial. Desde antes del nacimiento, diferentes factores influyen en el peso como la ingesta calórica prenatal, el peso elevado al nacer, o bien, el bajo peso al nacer compensado con incremento rápido del mismo en los primeros años de vida. En el ámbito hereditario, hay estudios que revelan que hay señales genéticas que influyen en el riesgo de obesidad¹²⁻¹⁴. También, tener uno o ambos padres con obesidad, incrementa el riesgo de hijos obesos en la niñez, y en otras etapas de la vida; por influencia genética y muy especialmente, por compartir malos hábitos de alimentación¹⁵⁻¹⁷. Un entorno obesogénico contribuye a una ingesta calórica excesiva y a un estilo de vida sedentario. La alimentación es un fenómeno complejo producto de la interacción familiar y social que incluye varias premisas, entre ellas, la “necesidad biológica” que impulsa la búsqueda de alimento en respuesta a un conjunto de señales hormonales periféricas regulado por el sistema nervioso central. En particular, la conducta alimentaria es producto de una serie de factores ambientales tales como creencias y actitudes de los padres; estructura familiar a la hora de las comidas; estilo de crianza específico para la alimentación; disponibilidad y accesibilidad a alimentos; preferencias alimentarias del niño; y aspectos culturales, entre otros. Asimismo, se reconoce el papel de la publicidad dirigida hacia los niños con constante exposición a comerciales de alimentos y bebidas de alto contenido

calórico. A continuación se describen estos factores capaces de repercutir en obesidad¹⁸⁻²³.

- a. **Creencias y actitudes de los padres.** Desde corta edad, se adquieren los principios que moldean las preferencias en la elección de alimentos y se incorpora la mayoría de los hábitos; y la madre, es la principal responsable de la transmisión de pautas alimentarias al hijo. Además, el estilo para comer del niño se forma no solo con experiencias propias, sino también con observación. Así, madres y niños muestran patrones similares de aceptación y preferencias alimentarias. Por ejemplo, desde la ablactación, puede inducirse la preferencia por alimentos dulces y salados; y los padres que llevan una dieta alta en grasas saturadas, tienen hijos que llevan dieta similar.
- b. **Estructura a la hora de las comidas.** Para los niños la hora de comer es una ocasión social, donde están incluidos hermanos y padres, entre otros adultos. Es un tiempo donde los niños pueden observar el comportamiento de los demás. La reunión de la familia en torno a la mesa ejerce efecto positivo importante en la conducta alimentaria. Asimismo, se ha documentado que permitir al niño ver la TV a la hora de la comida, tiende a fomentar mayor consumo de comida no saludable, por más exposición a la publicidad de productos que por lo general son altos en calorías (por ejemplo pizza y refresco). El comer fuera de casa, también ha sido asociado con mayor consumo de grasa, por la selección frecuente de restaurantes de comida rápida.
- c. **Estilo de crianza específico para la alimentación.** Se define como aquel conjunto de actitudes y creencias que generan un clima emocional a través del cual se expresan prácticas alimentarias alusivas a institución de reglas; incluye estrategias utilizadas para cumplir con la alimentación del hijo, por lo que también se denomina estilos de alimentar o estilos de dar de comer. Así, dependiendo de la cantidad de afecto y nivel de restricción, se pueden distinguir cuatro estilos de crianza: responsivo que combina afecto alto y

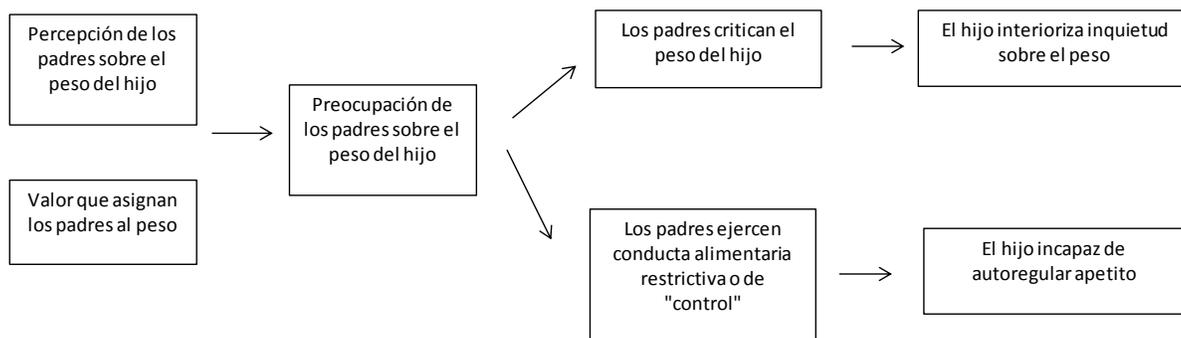
restricción alta (ideal), controlador (afecto bajo y restricción alta), permisivo (afecto alto y restricción baja) y negligente (afecto bajo y restricción baja).

- d. **Disponibilidad y accesibilidad.** El alimento al que se expone el niño en forma rutinaria, imprime el consumo futuro del mismo. Asimismo, el consumo de frutas y verduras es mayor cuando los alimentos además de estar disponibles, se encuentran al alcance del niño.
- e. **Preferencias alimentarias del niño.** Las preferencias inician tempranamente en la infancia; el niño decide qué le gusta y qué le disgusta asociando sabores con el contexto social y consecuencias fisiológicas del consumo correspondiente.
- f. **Factores socioeconómicos y culturales.** La situación socioeconómica, estilo de vida y lugar de residencia, son otros determinantes de prácticas alimentarias. El patrón de alimentación en medio socioeconómico bajo, tiende a ser de consumo alto en grasa y azúcares; y bajo en frutas y vegetales. También, el consumo difiere según grupo étnico, por diferencias culturales en tipo y preparación de alimentos.

1.2.3 Vínculo teórico entre prácticas alimentarias y obesidad infantil

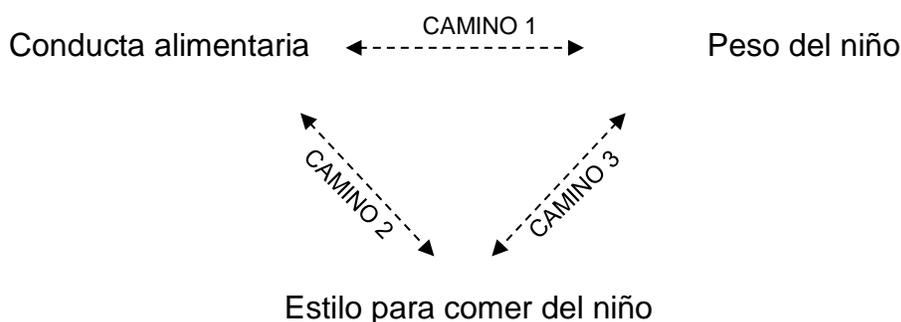
Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación^{20,21}. Ejemplos de prácticas alimentarias son restricción, presión para comer y uso de la comida como premio o castigo. Por lo menos se distinguen en la literatura dos modelos teóricos que vinculan la práctica alimentaria con obesidad infantil. El modelo de Costanzo y Woody⁴, especifica que la percepción y el valor que asignan los padres al peso del hijo es capaz de influenciar la conducta alimentaria. Por otra parte, el nivel alto de restricción parental afecta adversamente el peso a través de daño producido en su centro de autocontrol. Lo anterior dado que el niño desarrolla la habilidad de autorregulación de consumo energético mediante señales de hambre y saciedad, el cual se ve deteriorado por la imposición de acabarse toda la comida del plato, entre otras interacciones no favorables entre padre e hijo (Figura 1).

Figura 1. Modelo de Costanzo y Woody⁴ que vincula conducta alimentaria con peso del niño



Ventura y col²⁰, presentan un modelo que plasma tres elementos, práctica alimentaria, estilo para comer del niño y peso (Figura 2). Es notorio que la asociación implica bidireccionalidad. Es decir, la práctica alimentaria afecta el peso del niño y este a su vez, la práctica alimentaria. Lo anterior, tiene que ser tomado en cuenta en la interpretación de resultados de estudios cuyo diseño es transversal, pues no es fácil delimitar la temporalidad de los factores en cuestión. También, el modelo implica mediación, así en la relación entre práctica alimentaria y peso, interviene el estilo para comer del niño.

Figura 2. Modelo de Ventura y col²⁰ que vincula conducta alimentaria con peso del niño



Los estudios sobre la influencia de los padres en la conducta alimentaria indican que éstos usan estrategias variadas a las que el niño responde con diferentes mecanismos de adaptación que finalmente repercuten en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad¹⁸. La contribución del entorno familiar en la transmisión intergeneracional de obesidad se reconoce de tiempo atrás. En la década de los 80's, se documentó su efecto en las preferencias, patrones de consumo y desarrollo de la autorregulación de ingesta del niño en edad temprana²⁴⁻²⁶. Estudio de revisión de Patrick y Nicklas¹⁹, señala que los niños a los que se les indica “limpiar el plato” son menos sensitivos a señales de saciedad y cuando los padres restringen el consumo altos en azúcares y grasas, los niños prefieren estos “alimentos prohibidos” aunque ya no tengan hambre. También, el estudio de revisión de Ventura y col²⁰, muestra que cuando el niño es premiado por el consumo de un cierto alimento (“si te acabas el brócoli puedes tener postre”) o presionado para comer (“te tienes que acabar el caldo”), se logra que el consumo se incremente; pero los comentarios negativos y la preferencia por esa comida disminuye. Asimismo, cuando se da acceso libre a alimentos previamente restringidos, la preferencia y el consumo por ese alimento se incrementa.

1.2.4 Escalas para medir prácticas alimentarias

A) Cuestionario de alimentación para niños (Child Feeding Questionnaire [CFQ])

El CFQ fue desarrollado con base en el modelo teórico de Costanzo y Woody para evaluar percepciones, actitudes y conductas alimentarias relevantes a desarrollo de obesidad⁴. Consiste de las siguientes cuatro subescalas de *percepciones*: 1) Responsabilidad [3 ítems], 2) Peso del hijo [4 ítems], 3) Propio peso [4 ítems] y 4) Estar preocupado por el peso del hijo [3 ítems]; y tres subescalas de *actitudes y conductas*: 1) Presión para comer [4 ítems], por ejemplo, “mi hijo tiene que acabarse toda la comida del plato”, 2)

Restricción [8 ítems], por ejemplo “intencionadamente dejo ciertos alimentos fuera del alcance de mi hijo”, y 3) Supervisión [3 ítems], por ejemplo “vigilo el consumo alto de comida de mi hijo” (Cuadro 1).

Propiedades psicométricas:

- a. Validación de construcción, contiene 7 dimensiones confirmadas mediante análisis de factores
- b. Validez concurrente, la subescala de Presión para comer se correlaciona negativamente y aquella de Restricción, positivamente con el peso actual del niño ($r = -0.26$ y $r = 0.13$, respectivamente).
- c. Confiabilidad, el alfa de Cronbach varía de 0.70 (subescala Presión para comer) hasta 0.92 (subescala Supervisión).
- d. Limitaciones. No separa el uso de alimento como castigo o premio, en este sentido, la subescala de Restricción contiene dos ítems que hacen referencia al uso de dulces y comida preferida del niño como premio, junto con otros reactivos que hacen alusión precisamente, a limitación de consumo de dulces, grasas y comida chatarra. En la literatura, hay estudios que evidencian problemas de validez con varios ítems del CFQ en poblaciones distintas a la original, incluso se han propuesto subescalas equivalentes^{4, 28-35}. No ha sido adaptado a población mexicana.
- e. Fortalezas. El proceso de validación considera análisis de la correlación con el peso actual del niño.

Ampliación del CFQ con subescala de control directo e indirecto.

Mencionado previamente, el control parental es central en las diferentes medidas de conducta alimentaria. En particular, Ogden y col³⁶, además de señalar la ambigüedad del factor “control”, el cual no siempre tiene que ser visto como negativo, advierten la necesidad de distinguir por lo menos dos tipos de control, el directo (*overt*) y el indirecto (*covert*). El primero, es evidente y

también, percibido como tal por el niño. Es el que se ve reflejado en el contenido de ítems del CFQ que asume control de consumo vía vigilancia o restricción; y estimulando a comer saludable, por ejemplo, “intencionalmente no dejando al alcance de los niños ciertas comidas”. Sin embargo, se señala que el esfuerzo consciente de restricción puede hacer más atractiva la comida “prohibida”, lo que pudiera resultar en incremento de ingesta en vez de reducción³⁷. El tipo de control indirecto es encubierto, hace referencia al modelaje de conductas alimentarias para fomentar, reforzar y persuadir positivamente el entorno, por ejemplo, evitando lugares que venden comida chatarra y teniendo en casa solo alimentos saludables. Este tipo de control, no es percibido por el niño a pesar de la existencia de restricción; y se ha visto que conduce a selección positiva de comida densa en nutrientes y peso aceptable^{38,39}. Así, en el 2006, Ogden y col³⁶ recomendaron complementar el CFQ con escala de control directo e indirecto.

Vinculación del CFQ con escala de estilos para alimentar (Caregiver’s Feeding Styles Questionnaire [CFSQ])

A partir de las prácticas alimentarias se infieren los estilos para alimentar, sin embargo, Hughes y col⁴⁰ desarrollaron una escala de estilos para alimentar o de crianza específica para la alimentación (Caregiver’s Feeding Styles Questionnaire [CFSQ]) con base a la tipología de estilo de crianza general (responsivo, controlador, permisivo y negligente). Esta medida consiste en su versión final, de 19 ítems. Las subescalas Presión para comer, Restricción y Supervisión del CFQ, registraron validez convergente con el CFSQ: los padres con estilo controlador para alimentar presentan mayor puntaje en la subescala de Presión para comer en comparación a los padres con estilo de restricción baja (permisivo o negligente). Además, los padres con estilo permisivo o complaciente, registran menor puntaje en la subescala de Restricción y aquellos con estilo responsivo, mayor puntaje en la subescala de Supervisión. Adicionalmente, los niños de padres con estilo permisivo, registran mayor IMC

que aquellos con estilo controlador. Mientras que el estilo permisivo revela resultados contradictorios, de correlación positiva y de ausencia de asociación²².

Cuadro 1. Comparación de características del CFQ, PFQ y CFPQ

	CFQ ⁴	PFQ ⁵	CFPQ ⁶
País de origen	USA	USA	USA
Población donde originalmente se validó	Raza blanca de nivel socioeconómico medio y alto, padres de <i>niñas</i> en edad escolar	Raza blanca de diversos niveles socioeconómicos	Raza blanca con educación y nivel socioeconómico alto
Idioma original	Inglés	Inglés	Inglés
Adaptaciones	Ha sido traducido al español ^{41,42} , holandés ⁴³ , japonés ³¹ , turco ⁴⁴ y sueco ³³ , no sin antes haber tenido que registrar modificaciones en el proceso de validación.	Ha sido traducido al español ⁵¹ , con modificaciones en el proceso de validación.	--
No. ítems	31	32	49
No. subescalas	7	8	12
Población blanco	2 a 11 años	1 a 5 años	1.8 a 8 años

B) Cuestionario de alimentación para preescolares (Preschooler Feeding Questionnaire [PFQ])

El PFQ fue desarrollado con base en ítems identificados en grupos focales, otras escalas de conductas alimentarias, literatura sobre la relación alimentación madre-hijo, y experiencia clínica; con doble propósito, tamizar niños en riesgo de obesidad y aconsejar a los padres sobre cómo prevenirla⁵. El cuestionario identifica *conductas alimentarias y creencias maternas* sobre la alimentación organizadas en las siguientes ocho subescalas: 1) Dificultad para alimentar al niño [6 ítems], 2) Preocupación por sobrealimentación y sobrepeso [7 ítems], 3) Presión para comer [5 ítems], 4) Uso de la comida para calmar berrinches [4 ítems], 5) Preocupación sobre bajo peso [2 ítems], 6) Control sobre la cantidad de consumo de comida [3 ítems], 7) Estructura familiar durante interacciones de alimentación [3 ítems], y 8) Alimentación no apropiada para la edad [2 ítems] (Cuadro 1).

Propiedades psicométricas:

- a. Validación de construcción, 8 factores confirmados mediante análisis de factores.
- b. Validez concurrente. El peso actual del niño registró correlación positiva significativa solo con puntaje de la preocupación por sobrealimentación y sobrepeso del hijo ($r= 0.41$).
- c. Validez convergente. Las madres de niños con sobrepeso reportan mayor preocupación por sobrealimentación y sobrepeso del hijo (0.75 ± 0.79 de madres con niños en sobrepeso vs. 0.30 ± 0.47 de madres con niños sin sobrepeso, $p<0.001$) y preocupación por bajo peso del niño (0.44 ± 0.75 vs. 1.1 ± 1.2 , respectivamente, $p<0.001$).
- d. Confiabilidad, en dos factores registró alfas de Cronbach inferiores a 0.50 (dimensión Estructura familiar durante interacciones de alimentación y Alimentación no apropiada para la edad); en tres factores las alfas fueron cercanas a 0.70; y en otros dos factores, superiores a 0.80.

- e. Limitaciones. La validación se realizó en población eminentemente de raza blanca. No ha sido adaptado a población mexicana.
- f. Fortalezas. La validación se realizó en población de diversos niveles socioeconómicos. El proceso consideró análisis de la correlación con el peso actual del niño.

C) Cuestionario ampliado de conductas alimentarias (Comprehensive Feeding Practices Questionnaire [CFPQ]).

El CFPQ fue desarrollado con base en ítems del PFQ y CFQ que reflejaban *conductas alimentarias* ejercidas por los padres⁶. Por lo anterior, desde el principio se excluyeron subescalas de percepciones (responsabilidad, peso del hijo, propio peso y preocupación por el peso del hijo); así como reactivos cuyo contenido se enfocaba a conductas del niño (consumo de alimentos no propios para la edad), o bien, aquellos que hacían referencia a emociones y actitudes (dificultad para alimentar al niño y estructura familiar sobre las interacciones durante la alimentación). También, las preguntas que parecían confusas o que estaban duplicadas entre PFQ y CPQ. La versión final consistió de las siguientes doce subescalas: 1) Supervisión [4 ítems], 2) Uso de la comida para regular el estado emocional del niño [3 ítems], 3) Uso de la comida como premio [3 ítems], 4) Control [5 ítems], 5) Modelaje [4 ítems], 6) Restricción por motivos de peso [8 ítems], 7) Restricción por motivos de salud [4 ítems], 8) Enseñanza sobre alimentación y nutrición [3 ítems], 9) Promoción de alimentación variada [4 ítems], 10) Presión para comer [4 ítems], 11) Entorno para la alimentación saludable [4 ítems] e 12) Involucramiento [3 ítems] (Cuadro 1).

Propiedades psicométricas:

- a. Validación de construcción, 12 factores confirmados mediante análisis de factores.

- b. Validez convergente, muestra correlación positiva entre Preocupación por el sobrepeso del niño y Restricción por motivos de peso ($r=0.51$) o por motivos de salud ($r=0.22$). La correlación también fue positiva entre Preocupación por el bajo peso del niño y puntaje Presión para comer ($r=0.45$); y negativa con puntaje de Restricción por motivos de peso ($r=-0.28$)
- c. Confiabilidad, el alfa de Cronbach varía de 0.58 (subescala Promoción de alimentación variada) hasta 0.81 (subescala Supervisión y Restricción por salud).
- d. Limitaciones. La validación se realizó en población eminentemente de raza blanca con educación y nivel socioeconómico alto; el tamaño de muestra incluyó menos de 5 participantes por pregunta (se aconsejan entre 5 y 10 siendo 20 participantes lo óptimo por pregunta^{45, 46}). No se evaluó validez con respecto a peso actual del niño. No ha sido adaptado a población mexicana.
- e. Fortalezas. Considera la conducta alimentaria restrictiva separada del uso de comida como premio.

1.3 Estudios relacionados

Adaptaciones del CFQ a poblaciones distintas a la original

El CFQ ha tenido que registrar modificaciones al adaptarse a poblaciones e idiomas distintos al original. Los mismos autores que lo diseñaron, precisaron la necesidad de eliminar 2 ítems de la subescala de Presión para comer y 2 ítems de la subescala de Restricción, durante el proceso de validación en padres afroamericanos e hispanos^{4,28}. Anderson y col²⁹, también en padres afroamericanos e hispanos con niños en edad preescolar, especificaron que había que eliminar dos subescalas completas, Percepción del propio peso y Percepción del peso del niño; y descartar 5 ítems de la subescala Restricción por carga factorial baja (ítems 19, 20, 21, 22 y 24). Precisamente, el resultado de carga factorial baja de los 2 reactivos referentes al uso de comida como premio de la subescala de Restricción, ha sido evidenciado por diversos autores

(ítems 21 y 22)^{4,31-33}. En Australia, dos estudios por separado^{30,34}, señalaron la necesidad de reubicación de estos ítems a subescala única de uso de la comida como premio. Kong y col³⁵, fueron los primeros en hacerlo en USA en población hispana con alfa de Cronbach de 0.55.

El proceso de validación del CFQ en japonés, evidenció el requisito de eliminar 6 ítems; 1 de Percepción de peso del niño y 5, de la subescala de Restricción³¹. En turco⁴⁴, el CFQ registró cargas similares a las originales en los siete factores. En este idioma, la validez convergente se examinó con la escala EAT-40 que evalúa síntomas de desórdenes alimenticios, por ejemplo, insatisfacción con el peso; y el cuestionario de conductas alimentarias danés (Dutch Eating Behavior Questionnaire [DEBQ]). Los resultados fueron en el sentido esperado, correlaciones positivas entre EAT-40 y puntaje de Restricción ($r= 0.31$), Percepción de propio peso ($r= 0.15$), Percepción del peso del niño ($r= 0.10$) y Preocupación por el peso del niño ($r= 0.14$). Así también, correlación positiva entre DEBQ y puntaje de Restricción ($r= 0.24$). El CFQ en sueco³³, mostró la estructura original de 7 factores en forma aceptable después de modificaciones menores; la subescala que ocasionó más inconveniente fue Restricción; y tuvieron que excluirse 2 de los ítems concernientes al uso de la comida como premio (21 y 22). Cabe mencionar que el 70% de las madres expresó estar en desacuerdo con el uso de la comida como premio. En términos de validez concurrente, se observó una correlación positiva entre la subescala de Restricción e IMC del niño ($r= 0.25$); y correlación negativa entre Presión para comer e IMC ($r=-0.12$). Estos resultados están acordes con otros reportes^{4,31,32,42-44,47,48}, a pesar de que el hallazgo está lejos de ser claro porque si la conducta alimentaria fuera obesogénica, la correlación entre Restricción y peso debiera ser negativa; y entre Presión para comer y peso, positiva. Una explicación posible es que los padres conscientemente limitan el consumo de alimento del niño cuando perciben que el niño está en sobrepeso. Otros estudios documentan asociación entre Percepción del peso del niño y uso de Restricción, de aquí la deducción que la conducta alimentaria sea consecuencia

y no causa²⁰. De hecho, hay literatura que documenta que la conducta parental es sensible al estado nutricional del niño^{49, 50}. Podría ser también que los padres frecuentemente utilicen el control al carecer del conocimiento de otras estrategias o porque este estilo de crianza es el culturalmente apropiado³³.

Adaptación del PFQ a poblaciones distintas a la original

Seth y col⁵¹, validaron en el 2007 el PFQ en español en padres hispanos de USA. Durante el proceso de validación se advirtieron diferencias con la versión original; en español se registraron 9 factores en lugar de 8; y 32 ítems en vez de 31. La escala final quedó con las siguientes subescalas: Dificultad para alimentar al niño (6 ítems), Preocupación por el peso (5 ítems), Preocupación por sobrealimentación (4 ítems), Uso de la comida para calmar berrinches (4 ítems), Presión para comer (4 ítems), Uso de la comida como premio (3 ítems), Control sobre la cantidad de consumo de comida (2 ítems), Estructura durante interacciones de alimentación (2 ítems), y Alimentación no apropiada para la edad (1 ítem). La frecuencia de estilo para alimentar en la edad preescolar ha sido examinada en padres de origen hispano en Texas; y se ha identificado que predomina el uso de incentivos positivos y permitir al niño, elegir la comida del plato que se le sirvió. Asimismo, la baja preocupación por la sobrealimentación y el poco uso de la comida para calmar berrinches. Baughcum y col⁵, mostraron que el nivel de preocupación sobre niño estar en sobrepeso, se asoció con madre obesa e hijo con sobrepeso; y la asociación fue más intensa, en madres de nivel socioeconómico alto.

Adaptación del CFPQ a poblaciones distintas a la original

Haszard y col⁵² en 2013, señalaron la necesidad de remover reactivos con cargas menores a 0.40 durante el proceso de validación del CFPQ en Nueva Zelanda (ítems 7, 8, 12, 13, 15–18, 20–22, 32, 37, 42, 43); y 2 ítems más, el 28 y 44, para mejorar la confiabilidad. El resultado final señaló 32 ítems en 5

factores: Supervisión (n= 4 ítems, alfa 0.90), Control (n= 4 ítems, alfa 0.63), Restricción (n= 8 ítems, alfa 0.75), Presión (n= 7 ítems, alfa 0.72) y Guía de alimentación saludable (n= 9 ítems, alfa 0.82), esto último incluyó Modelaje, Enseñanza sobre nutrición, Medio ambiente y Fomento por balance y variedad de alimentos.

Escalas de tipo de control

Otra razón del conflicto descrito entre conducta alimentaria restrictiva, presión para comer y peso actual del niño pudiera deberse, según señalan Ogden y col³⁶, a la ambigüedad del factor “restricción”, el cual no siempre tiene que ser visto como negativo, pues pudiera resultar beneficioso si se tratara de restringir el consumo de alimento no saludable, de evitar la visita a restaurantes de comida chatarra y de limitar la compra a alimento saludable, para que solo este tipo de alimento esté disponible en casa. De hecho, Brown y Ogden⁵³ reportaron que el control parental se asoció con mayor consumo de snacks saludables. Así, Ogden y col³⁶, validaron en el 2006 una escala de control que distingue el tipo directo (overt) de aquel indirecto (covert), con base en ítems derivados de la literatura y discusiones con madres de hijos en edad escolar. Específicamente, la subescala de Control directo incluyó 4 ítems, ej “Qué tan seguido se mantiene firme con respecto a qué debe comer el niño” (alfa= 0.71); y aquella de Control indirecto, 5 ítems, ej “Qué tan seguido evita llevar al niño a restaurantes de comida no saludable” (alfa =0.79). Para evaluar la validez concurrente, los autores aplicaron en forma paralela, un cuestionario de consumo de snacks no saludables (chocolate, galletas, panes, nieve, dulces, pasteles y bísquets) (alfa =0.53) y 5 saludables (uvas, naranjas, duraznos, yogurt y pan tostado) (alfa =0.60)⁵³. El Control indirecto predijo en la dirección esperada, menor consumo de snacks no saludables (r= -0.36). Mientras que el Control directo, mayor consumo de snacks saludables (r= 0.19). La correlación entre Control indirecto e IMC resultó negativa (r= -0.24) y con percepción de hijos con sobrepeso positiva (r= 0.20); el Control directo no se correlacionó con ninguno de los dos (p>0.05). Por último, se analizó la correlación de uno y otro

tipo de control con las 3 subescalas de control del CFQ (Restricción, Presión para comer y Supervisión). Los resultados mostraron que las 5 medidas estuvieron correlacionadas positivamente, sin embargo, no compartieron más allá del 21% de la varianza, sugiriendo que el control directo e indirecto son constructos separados, conceptual y estadísticamente. Por lo tanto, la escala de control directo e indirecto, no solo añade información al control parental del CFQ, sino también diferencia el comportamiento de uso de snacks; y ayuda a explicar la confusión de los resultados controversiales de la literatura en este campo.

Por otra parte, Murashima y col⁵⁴, enfatizaron en Estados Unidos la importancia del establecimiento de horarios y reglas a la hora de la comida. Inicialmente proponían una escala de 3 dimensiones, una llamada de Control directivo que hace referencia a la presión de consumo de alimentos saludables mediante restricción alta o con base en uso de la comida como premio o castigo (equivalente al tipo de control directo de Ogden y col³⁶). Otra, llamada de Control no directivo, que permite al niño autonomía dentro de ciertos límites establecidos (equivalente al tipo de control indirecto de Ogden y col³⁶); aquí se hace uso de la interacción padre-hijo para apoyar la selección de alimentos saludables mediante estrategias centradas en el niño, “haciendo atractiva la comida” o “felicitando al niño por los logros”. O bien, centradas en los padres, “demostrando con el ejemplo la preferencia” y el “consumo de alimentos saludables”, por ejemplo, comiendo delante del niño fruta y verdura y no, alimentos grasos y azucarados. Y la tercera dimensión, Control del entorno alimentario, para hacer referencia a tener en casa solo alimentos saludables, al empleo de horarios de comida y reglas a la hora de sentarse a comer como no ver TV. Sin embargo, el proceso de validación distinguió 7 factores: Control directivo alto (presión verbal y psicológica para consumo de ciertos alimentos; con 3 ítems), Control directivo con contingencia alta (uso de la comida como premio o castigo; con 4 ítems); Control no directivo con alimentación centrada en el niño (hacer la comida interesante y halago positivo a lo que el niño come;

con 5 ítems), Control no directivo con modelaje de alimentos densos en nutrientes (2 ítems), Control no directivo con modelaje de no consumo de alimentos densos en energía (4 ítems); y 2 de control del entorno alimentario: Comportamiento a la hora de sentarse a comer (3 ítems) y Establecimiento de horario de comida (3 ítems). Las alfas de Cronbach fueron de por lo menos 0.60. Solo la subescala Control directivo alto y Contingencia alta se correlacionaron con IMC para la edad y sexo del niño ($r=-0.14$ y $r=-0.13$, respectivamente). Notoriamente, la subescala de Entorno, no se correlacionó ni con IMC del niño o consumo actual de alimentos densos en nutrientes o energía.

Una limitante en la interpretación de la evidencia actual corresponde al diseño de la investigación, pocos estudios comparan conductas alimentarias entre padres con peso normal y sobrepeso/obesidad. Así, se sugiere identificar el estatus de obesidad de los padres, como indicador de riesgo de obesidad en edad temprana del hijo; para analizar resultados entre padres con y sin obesidad. Lo anterior, ofrece el abordaje de señalar riesgo de transmitir obesidad intergeneracional. En este sentido, Wardele y col^{55,56} señalan que el uso del peso de los padres como riesgo de obesidad de los hijos es particularmente informativo cuando el niño todavía no tiene obesidad y documentaron que las madres con obesidad se distinguen por ejercer menor restricción para comer, independiente del peso del niño.

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La interpretación de prácticas alimentarias se ve afectada por normas socioculturales que actúan como mecanismos mediadores según el grupo étnico. Por ello, las adaptaciones a diferentes idiomas y culturas han señalado necesidad de cambios en número de factores y de ítems, evidenciando la necesidad de examinar las modificaciones que pudiera requerir el CFQ y otras escalas de prácticas alimentarias, en poblaciones distintas a las originales **(causas)**. Lo anterior, de vital importancia para países como México, el cual acorde con la UNICEF, ocupa el primer lugar mundial de obesidad infantil **(magnitud)**. Su importancia radica en la oportunidad de intervenciones preventivas que se ha visto de ser implementadas a corta edad, tienen mejores resultados a largo plazo **(trascendencia)**. En el país, es inexistente la información inherente a instrumentos validados incluyentes que sean sensibles a identificar tempranamente ambientes obesogénicos en el hogar de forma clara y culturalmente específica, que permitan mayor entendimiento de determinantes familiares modificables en madres de niños en edad preescolar **(discrepancia)**. Por ello, la pregunta de investigación:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias [CMPA] en madres de niños de 2-6 años del noreste de México?

CAPÍTULO 3

JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en un problema de salud pública en todas las etapas de la vida y notoriamente, y México ocupa el primer lugar mundial de obesidad infantil. El Plan Sectorial de Salud 2013-2018 del Gobierno de la República Mexicana establece en la Estrategia 1.2, de su primer objetivo, que se deben impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.

El CFQ, PFQ y CFPQ, son de los instrumentos más conocidos y utilizados a nivel internacional. Sin embargo, los estudios de validación incluyen población de raza blanca o anglosajona que limita la generalización de resultados. Aún más, las adaptaciones a diferentes idiomas han señalado la necesidad de cambios en número de dimensiones y de ítems, evidenciando la necesidad de examinar las modificaciones que pudieran requerir en poblaciones distintas a las originales. En el país, es de particular interés el estudio de prácticas alimentarias porque la imagen de “buena madre” con frecuencia es asociada a una “buena alimentación” y se sabe que la madre mexicana demuestra afecto a los suyos a través de los alimentos. Además, el niño “gordito” es considerado sano mientras que el niño delgado, enfermo^{2,3}. En este sentido, en México es inexistente la información inherente a instrumentos validados incluyentes que sean sensibles a identificar tempranamente ambientes obesogénicos en el hogar de forma clara y culturalmente específica, que permitan mayor entendimiento de determinantes familiares modificables en madres de niños en edad preescolar. Así, se requiere de mayor investigación dirigida a examinar conductas alimentarias obesogénicas, mediante escalas de medición validadas en el contexto sociocultural mexicano.

CAPÍTULO 4

HIPÓTESIS

- Ha1. La correlación entre Presión para comer e IMC está entre -0.12^{33} y -0.26^4 ; o entre -0.30 y -0.36^{42} (validez concurrente).
- Ha2. La correlación entre Restricción e IMC está entre 0.13^4 y 0.25^{33} (validez concurrente).
- Ha3. La correlación entre Presión para comer y Respuesta a la saciedad (CEBQ) es 0.40^{43} (validez convergente).
- Ha4. La media del puntaje de Presión para comer es superior en estilo de alimentación controlador que en estilo permisivo o negligente⁴⁰ (validez convergente).
- Ha5. La media de puntaje de Restricción es superior en estilo de alimentación responsivo que negligente⁴⁰ (validez convergente).

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS

5.0 Objetivo general:

Evaluar las propiedades psicométricas del CMPA para identificar prácticas alimentarias con tendencia a la obesidad en niños de 2-6 años.

5.1 Objetivos específicos

1. Identificar la validez de contenido
2. Determinar la validez de construcción, concurrente, discriminante y convergente
3. Estimar la consistencia interna o confiabilidad

CAPÍTULO 6

MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Diseño del estudio. Estudio transversal

6.2 Temporalidad. Agosto-Diciembre, 2016

6.3 Ubicación espacial. Unidades de atención primaria y consultorio privado de pediatría en clínica privada Ginequito.

6.4 Universo de estudio. Madres con hijos entre 2 y 6 años de edad.

6.5 Población de estudio. Madre mayor a 17 años con hijo entre 2 y 6 años de edad a cargo de su alimentación (no cuenta con apoyo de abuela u otro cuidador y/o no utiliza guardería).

6.6 Criterios de selección

Inclusión, hijo

- Sin enfermedad endocrina o historial reconocido de alergia a alimentos
- Sin restricción médica de consumo de ciertos alimentos (ej, intolerancia a la lactosa, intolerancia al gluten)
- Sin hermano gemelo (producto de nacimiento múltiple)

Exclusión, hijo

- Con malformaciones genéticas visibles (ej síndrome de Down)
- Sin consentimiento informado aprobado

Eliminación

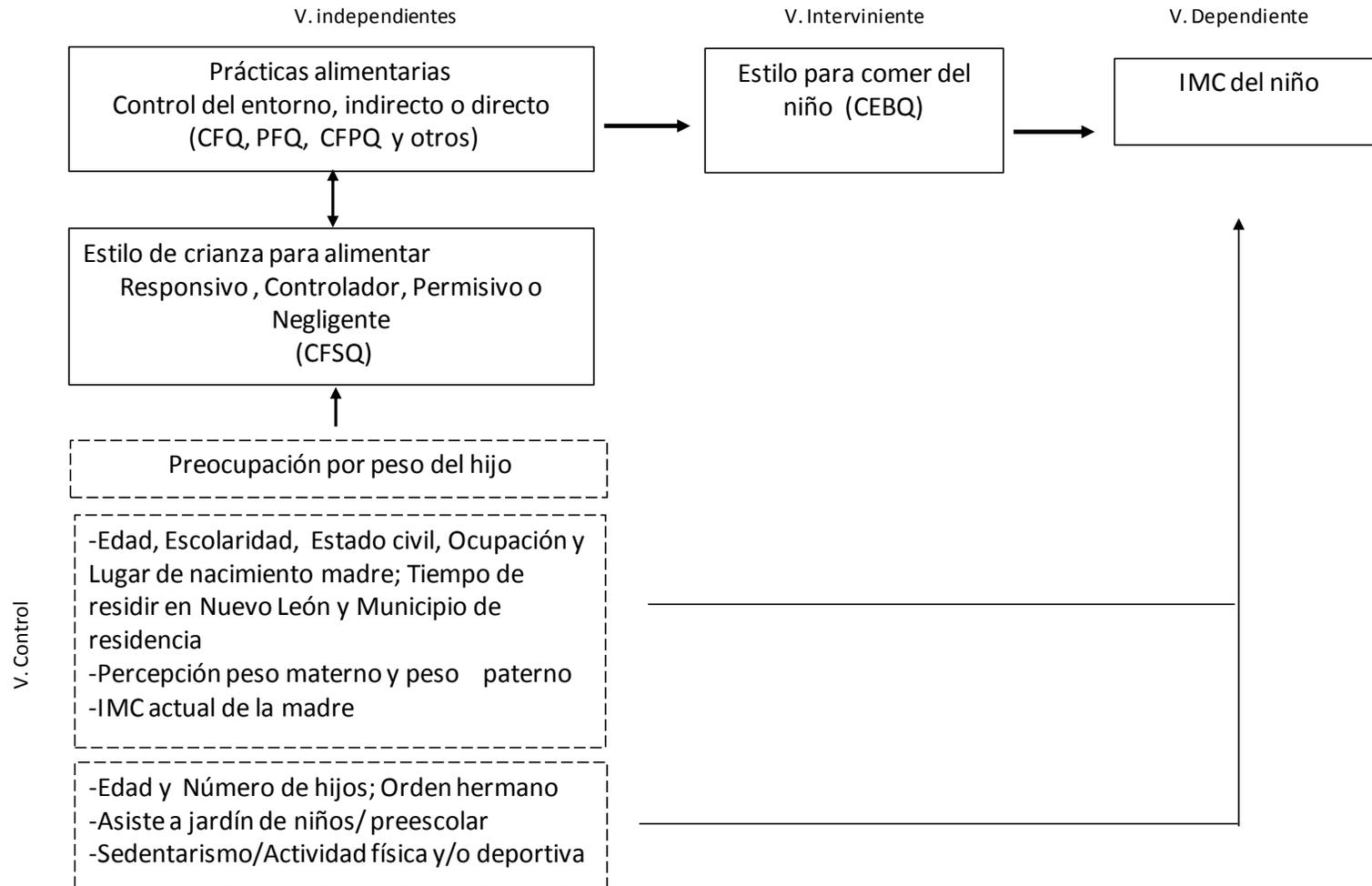
- Ninguno

6.7 Cálculo del tamaño de muestra. Se estimaron los siguientes tamaños de muestra con base en la hipótesis “*La correlación entre Presión para comer e IMC está entre -0.30 y -0.36*”⁴², para una potencia de 80%, nivel de confianza de 95%, r de -0.30: $n= 67$ y para r de -0.36: $n=46$. Además, con base en la hipótesis “*La correlación entre Restricción e IMC está entre 0.13⁴ y 0.25³³*”, para una potencia de 80%, nivel de confianza de 95%; r de 0.13: $n= 364$ y r de 0.25: $n=97$ ⁵⁷. Se contó con una $n = 507$, cifra que cumple con la recomendación general de tamaño mínimo de muestra para análisis de factores entre 5 y 10 personas por ítem^{45, 46}; esto último porque el instrumento final consistió de 22 ítems.

6.8 Técnica muestral. Selección consecutiva de participantes en consulta externa de centros de atención primaria y consultorio privado de pediatría; con apego a los criterios de selección previamente especificados.

6.9 Variables. En la Figura 3 se presenta el mapa conceptual. A continuación se describe cada una de las variables a estudiar.

Figura 3. Mapa conceptual



Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Estado nutricional del hijo	Dep	IMC = $\text{Peso}/\text{Talla}^2$	IMC para edad y sexo: Peso normal= Percentil <85, Sobrepeso= Percentil 85 a 94, Obesidad = Percentil ≥ 95 ^{58,59}	Continua Ordinal
		Percepción y creencia materna del peso del hijo	a) Percepción del peso actual con base en siete figuras de imagen corporal; figuras 1 al 3= bajo peso, Figura 4= peso normal, Figuras 5 al 7= sobrepeso/obesidad (Anexo B) b) Creencias sobre hijo en bajo peso. Opciones de respuesta: 1=Mucho, 2=Más o menos, 3=Poco, 4=Muy poco, 5=Nada c) Creencias sobre hijo con exceso de peso. Opciones de respuesta: 1=Mucho, 2=Más o menos, 3=Poco, 4=Muy poco, 5=Nada	Ordinal
Prácticas alimentarias	Indep	Prácticas alimentarias (comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación que tienen como eje central el control parental)	36 ítems provenientes del CFQ, PFQ, CFPQ y escalas de control parental directo e indirecto ^{4-6, 36} (Anexo A). Opciones de respuesta: 1= Nunca, 2= Rara vez, 3= A veces, 4= Casi siempre, 5 =Siempre	Ordinal
Estilos de crianza para la alimentación	Indep	Estilos de crianza para la alimentación (conjunto de actitudes y creencias que generan un clima emocional a través del cual se expresan prácticas	Escala CFSQ de 7 ítems centrados en el niño y 12 ítems centrados en la madre. Los primeros hacen referencia a razonamiento, alabanzas y apoyo para comer; y lo segundo al uso de premios y	Ordinal

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
		alimentarias alusivas a institución de reglas).	castigo ⁴⁰ (Anexo A). Opciones de respuesta: 1= Nunca, 2= Rara vez, 3= A veces, 4= Casi siempre, 5 = Siempre Nivel de control = media de los 19 ítems. Nivel de afecto = Media de 7 ítems centrados en el niño (3, 4, 6, 8, 9, 15, 17)/ media total. Se estima la mediana y se categoriza en 2 dimensiones, una con nivel de control alto y bajo; y otra con nivel de afecto alto y bajo. Así, se distinguen cuatro estilos de crianza: responsivo que combina afecto alto y restricción alta (ideal), controlador (afecto bajo y restricción alta), permisivo (afecto alto y restricción baja) y negligente (afecto bajo y restricción baja).	
Estilo para comer del niño	Interviniente	Estilo para comer del niño (aspectos específicos de cómo come un niño)	Escala Child Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) solo la dimensión respuesta a la saciedad (5 ítems) y dimensión respuesta a desear comer (5 ítems) ⁵⁵ (Anexo A). Opciones de respuesta: 1= Nunca, 2= Rara vez, 3= A veces, 4= Casi siempre 5 =Siempre	Ordinal
Actividad física del niño	Interviniente	Actividad física recreativa o actividad deportiva (con normas y reglamentos)	Acostumbra ... Andar en bicicleta/triciclo, Jugar futbol, béisbol o basquetbol, patines,	Ordinal Cuantitativa, horas por día* días a la semana;

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
			brincar a la cuerda, otra actividad física: -Frecuencia (días a la semana): Opciones de respuesta: 0=Nunca o <1 vez , 1= Una vez, 2= Dos veces, 3=Tres veces, 4=Cuatro o más veces -Horas por día	sedentario = menos de 10 minutos de actividad física y/o deportiva por día.
Preocupación por peso del hijo	Control	Preocupación materna del peso del hijo	Qué le preocupa más: niño excedido de peso, bajo de peso o ninguna de las dos cosas	Nominal
Asistencia a jardín de niños o preescolar	Control	Asistencia a jardín de niños o preescolar	Asistencia a jardín de niños o preescolar; recibe desayuno y/o comida	Nominal
Número de hermanos	Control	Número de hermanos	Número de hermanos	Continua
Orden hermano	Control	Orden hermano	Orden hermano	Ordinal
Edad del hijo	Control	Años cumplidos	Fecha de encuesta - Fecha de nacimiento	Continua
Percepción peso materno	Control	Percepción peso actual de la madre	Percepción de la madre sobre su peso actual con base en siete figuras de imagen corporal Figuras 1 al 3= bajo peso, Figura 4= peso normal, Figuras 5 al 7= sobrepeso/obesidad	Ordinal
Percepción de la madre sobre peso paterno	Control	Percepción de la madre sobre el peso actual del padre	Percepción de la madre sobre el peso actual del padre con base en siete figuras de imagen corporal Figuras 1 al 3= bajo peso, Figura 4= peso normal, Figuras 5 al 7= sobrepeso/obesidad	Ordinal

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Estado nutricional actual de la madre	Control	IMC = Peso/Talla ²	IMC Peso normal= <25 Sobrepeso= 25 a 29 Obesidad = ≥30	Continua Ordinal
Edad madre	Control	Años cumplidos	Años cumplidos a la fecha de la encuesta	Continua
Escolaridad madre	Control	Máximo grado de estudios terminado	Escolaridad: Ninguna, Primaria, Secundaria, Preparatoria/Técnica, Licenciatura o Posgrado	Ordinal
Ocupación madre	Control	Ocupación madre	Empleada, Autoempleada, Ama de casa, Desempleada, Estudiante	Nominal
Estado civil	Control	Estado civil	Casada o unión libre, Soltera, Viuda, Separada o divorciada	Nominal
Lugar de nacimiento madre	Control	Lugar de nacimiento madre	Lugar de nacimiento madre	Nominal
Municipio de residencia	Control	Municipio de residencia en el último año	Municipio de residencia en el último año	Nominal
Tiempo de residir en Nuevo León	Control	Tiempo de residir en Nuevo León	Años de residir en Nuevo León	Continua

6.10 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

6.10.1. Prácticas alimentarias

El CMPA con 36 ítems se colectó a través de entrevista, en escala de Likert (Anexo B), después de haber cumplido con las siguientes etapas de validez de contenido:

1ª etapa validez de contenido. En primera instancia, se identificaron en la literatura enunciados concernientes a escalas relacionadas con prácticas alimentarias (CFQ, PFQ, CFPQ y escalas de control parental directo e indirecto). Así, se generó un listado con más de 150 reactivos. Se procedió entonces a depurar los duplicados y aquellos de extrema similitud; los restantes se organizaron en las siguientes subescalas: Estructura familiar, Control del niño, Modelaje, Restricción, Regulación instrumental, Regulación emocional, Presión para comer y Supervisión. Los reactivos fueron traducidos del inglés al español y redactados sin ambigüedad o vocabulario técnico; finalmente, se retradujeron nuevamente al inglés, para verificar equivalencia con el contenido del idioma original. Es este el instrumento el que pasó a la 2ª etapa validez de contenido.

2ª etapa validez de contenido. Los ítems propuestos fueron sometidos a consenso de expertos, para examinar la relevancia de los mismos con prácticas alimentarias propensas a la obesidad.

3ª etapa validez de contenido. Se evaluó la comprensión de los reactivos durante la aplicación del instrumento en prueba piloto, con base en obtención de respuestas relacionadas con el contenido del reactivo, así se ajustó la redacción de varios ítems.

6.10.2 Estilos de crianza para la alimentación

El instrumento de medición CFSQ evaluó estilos de crianza para la alimentación, fue aplicado también mediante entrevista, para medir la validez convergente. Esta es una escala válida y confiable de 19 ítems⁴⁰. El CFSQ, fue

sometido al proceso de traducción y re-traducción, para verificar la equivalencia correcta con el idioma original. La consistencia interna en el español registrada fue de 0.80 (buena).

6.10.3 Estilo para comer del niño

El instrumento de medición CEBQ evaluó estilo de comer del niño, aplicado también mediante entrevista, para medir la validez convergente. Esta es una escala válida y confiable de 35 ítems^{55,56}. Sin embargo, se utilizaron solo 10; 5 de la dimensión respuesta a la saciedad y 5 de la dimensión respuesta a señales de deseo de comer. El CEBQ, fue sometido al proceso de traducción y re-traducción, para verificar la equivalencia correcta con el idioma original. El análisis de factores mostró 3 factores, uno de respuesta a la saciedad con 4 ítems (alfa =0.47, moderada) y otro de respuesta a señales de deseo de comer, también con 4 ítems (alfa =0.78, buena). A pesar de que en el 3er factor se ubicaron 2 ítems (*“Ser de buen comer”* y *“Encontrar un espacio para su comida favorita, aunque ya esté lleno”*), la consistencia interna resultó en 0.20 (pobre), y se decidió no incluirlos en análisis subsecuentes.

6.10.4 Mediciones antropométricas:

El peso se obtuvo con báscula digital marca Taylor portátil calibrada (con 1 decimal). La talla se obtuvo con un estadímetro de pared, en la décima más cercana de un centímetro.

6.11 PROCEDIMIENTOS

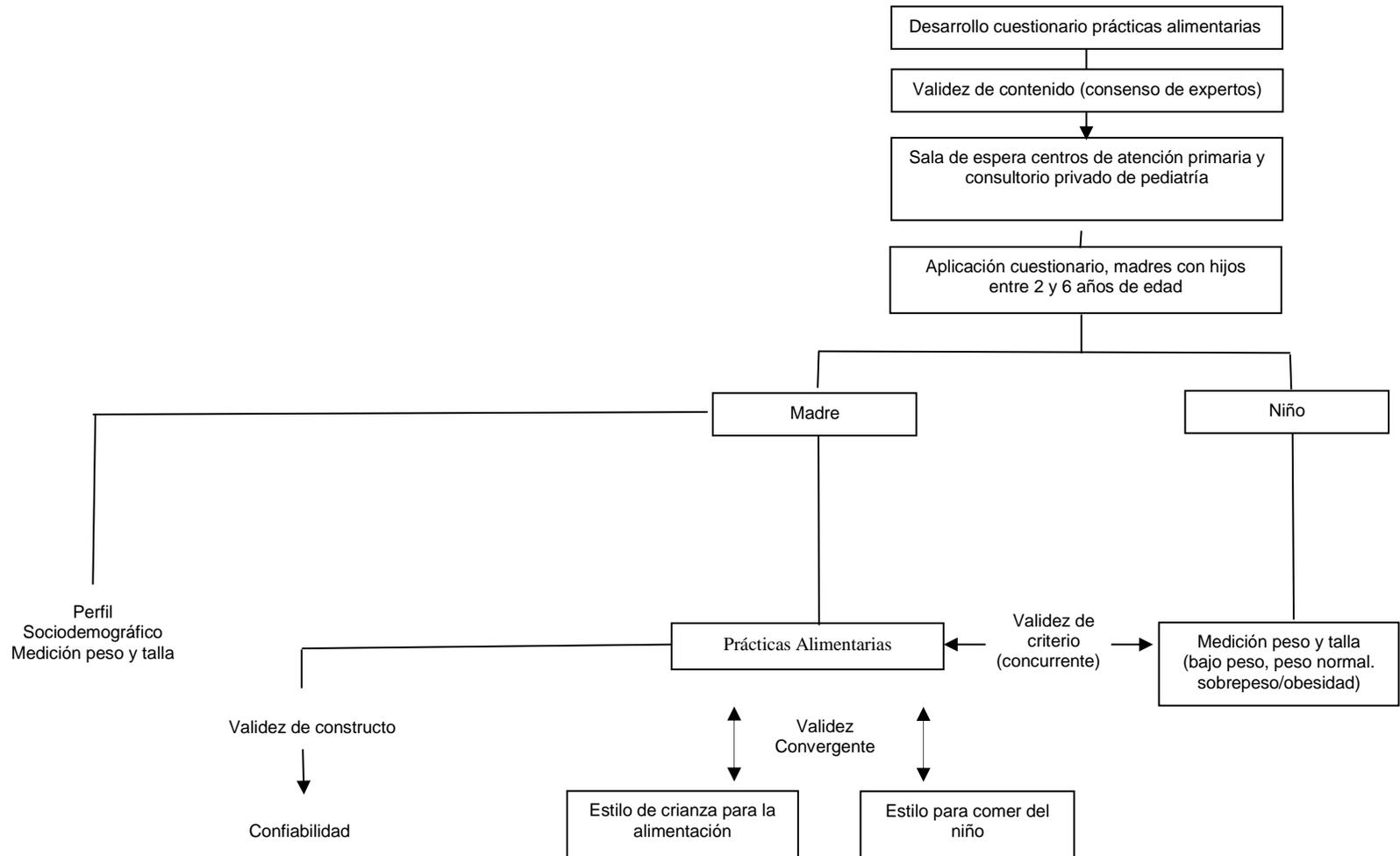
La población de estudio, se ubicó en centros de atención primaria y consultorio privado de pediatría en clínica privada Ginequito (Figura 4). A toda participante, se le invitó a colaborar, previa verificación de criterios de selección y solicitud de consentimiento informado (Anexo C).

Se aplicó el cuestionario propuesto y al término del mismo, se procedió a medir el peso y la talla de la entrevistada y del niño; sin zapatos y con ropa ligera con los pies juntos; y talones, espalda y cadera pegadas a la pared. Todas las mediciones se obtuvieron por duplicado; y la báscula se calibró diariamente. Una vez colectados los datos, estos se capturaron y se limpiaron, es decir, se corrigieron valores aberrantes y respuestas fuera de rango. Se contó con la colaboración de 3 encuestadores, los cuales recibieron capacitación y estandarización con respecto al contenido del cuestionario y técnica de entrevista; durante el trabajo de campo, se supervisaron en forma periódica por el investigador principal para verificar apego a los procedimientos establecidos de colección de información.

6.12 PLAN DE ANÁLISIS

Se analizó la validez de construcción del CMPA mediante análisis de factores con rotación Varimax para determinación de componentes principales. Se estimó el alfa de Cronbach de las subescalas identificadas para evaluar la consistencia interna; valores menores a 0.21 se consideraron pobres, de 0.21 a 0.40 leves, de 0.41 a 0.60 moderados, de 0.61 a 0.80 buenos y de 0.81 a 1.00, muy buenos. La validez concurrente se determinó con base en coeficiente de correlación de Kendall entre subescalas e IMC; y la discriminante, comparando el puntaje de dichas subescalas, según estado nutricional del niño mediante prueba de Mann-Whitney U. La validez convergente, se determinó con base en coeficiente de correlación de Kendall entre Presión para comer y CEBQ (subescalas respuesta a la saciedad y a señales de deseo de comer). También,

Figura 4. Flujograma de procedimientos



comparando el puntaje de las subescalas, según estilo de crianza para la alimentación mediante prueba de ANOVA.

Una vez evaluadas las propiedades psicométricas, se realizó estadística descriptiva; las respuestas de las subescalas del CMPA fueron sumadas y promediadas. Se empleó análisis de regresión multivariada logística binaria, utilizando estado nutricional como variable dependiente (peso bajo/normal vs sobrepeso/obesidad) y el puntaje de las subescalas del instrumento propuesto, como variables independientes controlando por diversos confusores (perfil sociodemográfico, estado nutricional materno, estilo de crianza y CEBQ).

6.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo se ajustó al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud **y se consideró una investigación de no riesgo** con base en el Artículo 17 de dicho reglamento^{63,64}. Lo anterior, porque se trató de estudio sin intervención alguna o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron; y la colección de datos fue realizada con base en cuestionario aplicado mediante entrevista. Cada persona elegible fue invitada a participar, se le informó sobre el propósito del estudio, el derecho a negarse sin exponerse a represalias y, se le garantizó la confidencialidad. En todas las participantes se obtuvo el consentimiento informado; y se orientó sobre prevención de obesidad infantil (Anexo C).

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

7.1 Perfil sociodemográfico

La media de edad de los niños fue de 4.0 ± 1.2 años, 53.6% del sexo masculino. El 52.9% correspondió al primer hijo de la familia; el 35.1%, al segundo hijo; y el 12.1%, al 3º, 4º o 5º hijo. El 50.1% asistía al jardín de niños, el 21.4% de ellos, recibía en este sitio el desayuno o la comida. En cuanto a actividad física, el 49.3% no jugaba a la bicicleta, futbol, béisbol, basquetbol, patines o hacía algún otro tipo de ejercicio. El perfil sociodemográfico materno se presenta en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Perfil sociodemográfico materno (n=507)

Característica	Frecuencia
Edad de la madre (años)	29.5±5.5
Estado civil	
Casada o en unión libre	87.2%
Separada, divorciada o soltera	12.8%
Escolaridad	
Primaria	1.6%
Secundaria	31.8%
Preparatoria/técnica	41.2%
Licenciatura o posgrado	25.4%
Ocupación	
Ama de casa	56.4%
Empleada	41.4%
Autoempleada	2.2%
Número de hijos	1.9 ± 0.8
Municipio de residencia	
Monterrey	54.4%
Guadalupe	9.1%
San Nicolás de los Garza	5.9%
Escobedo	9.3%
San Pedro Garza García	3.2%
Santa Catarina	5.7%
Apodaca	3.4%
García	5.3%
Otro	3.7%

7.2 Estado nutricional, observado y percibido

El 60.8% de los niños tenía un estado nutricional de peso normal, mientras que el 16.4% presentaba sobrepeso, el 19.6% obesidad y el 3.2%, bajo peso. En cuanto a peso percibido por las madres, el 47.9% identificó a su hijo con peso normal, el 26.0% con sobrepeso u obesidad y el 26%, con bajo peso. Al 53.3% de las madres le preocupaba más que a su hijo le faltara peso; al 38.9%, que el hijo estuviera excedido de peso; y al 1.8%, ninguna de las dos.

En las madres, predominó el sobrepeso con un 40.8%, seguido por obesidad (29.2%), peso normal (28.4%) y bajo peso (1.6%); el 18.3%, percibió a su propio peso como normal, el 74.5% con sobrepeso u obesidad y el 7.1%, con bajo peso. Respecto a la percepción del peso paterno, el 17.6% de las madres ubicó al padre del niño con peso normal, el 71.2% con sobrepeso u obesidad y el 11.3%, con bajo peso.

7.3 Propiedades psicométricas del CMPA

Menos del 20% de las madres nunca o casi nunca regulaba el consumo de azúcares o grasas; más de 60% insistía en que el niño debía comer toda la comida del plato que se le sirvió; el 40% aceptó permitirle al hijo elegir qué comer de entre todo lo que le sirvió en el plato. O bien, permitía que se pudiera comer lo que se quisiera entre comidas. En el Cuadro 3 se presenta la distribución completa de frecuencia de los ítems incluidos en la versión final del CMPA.

7.3.1. Validez de construcción y consistencia interna

El análisis de factores mostró seis factores del CMPA que explicaron el 48.2% de la varianza acumulada de prácticas alimentarias: Restricción/Supervisión (5 ítems), Presión para comer (5 ítems), Control del niño (5 ítems), Entorno (2 ítems), Regulación instrumental/emocional (4 ítems) y Modelaje (3 ítems)

(Cuadro 4). En el Cuadro 5, se muestra la trayectoria del total de reactivos propuestos originalmente. Se decidió conservar solo los 3 ítems de Supervisión y denominar al factor con dicho nombre, por las siguientes dos razones; la primera, redundancia en el contenido ya que la única diferencia se ubicaba en el término “limitar” vs “regular”. La segunda, un instrumento de prácticas alimentarias final con menor número de ítems (22 vs 24). En el Cuadro 6, se presentan los ítems que se conservaron al final, según fuente de origen. En lo que respecta a la consistencia interna, la más baja se observó en la subescala de Modelaje (Alfa =0.41; moderada) y la más alta, en la subescala de Entorno (Alfa =0.79, buena) (Cuadro 7).

7.3.2. Validez concurrente y discriminante

Se esperaba que la subescala de Presión para comer se correlacionara negativamente con el IMC y resultó similar el límite inferior planteado en la Ha1 de -0.12 (la hipótesis nula fue rechazada). Esta subescala, también se correlacionó negativamente con el estado nutricional percibido (Cuadro 8). Además, la media de Presión para comer fue superior en las madres de niños con estado nutricional observado y percibido como bajo peso/peso normal en comparación a aquellos percibidos con sobrepeso/obesidad (3.2 ± 1.0 vs 2.8 ± 0.9 y 3.2 ± 1.0 vs 2.7 ± 0.9 , respectivamente; $p < 0.0001$). Por su parte, la subescala de Supervisión, no resultó asociada con estado nutricional ($p > 0.05$). Debido a que no se contó con una subescala de Restricción, no se pudo evaluar la Ha2. En lo que se refiere a la subescala de Modelaje, esta registró correlación positiva significativa con IMC pero de muy baja intensidad (Cuadro 8). Mientras que la media resultó ser superior, es decir, con menor práctica alimentaria de buen ejemplo en madres con hijos observados y percibidos en sobrepeso/obesidad que en aquellos con bajo peso/peso normal (3.3 ± 1.0 vs 3.0 ± 1.1 y 3.4 ± 1.0 vs 3.0 ± 1.0 , respectivamente; $p < 0.001$). La subescala Control del niño, diferenció marginalmente el estado nutricional percibido (3.0 ± 0.9 en madres con percepción de sobrepeso/obesidad vs 2.8 ± 0.9 en madres con percepción de bajo peso/peso normal; $p = 0.07$); y ni el Entorno, Regulación instrumental/emocional o la escala total, se correlacionaron o diferenciaron

estado nutricional (Cuadro 8). La escala total, con y sin reactivos de Presión para comer, no logró diferenciar estado nutricional. Tampoco, añadiendo 60 y 80% de ponderación a Modelaje.

Por último, se analizó el efecto de la creencia materna o la preocupación por el exceso de peso del hijo en las prácticas alimentarias. Se observó que a pesar de creer en el exceso de peso, había menor práctica alimentaria total deseable y menor supervisión, entorno saludable o modelaje. O bien, a pesar de la preocupación por el exceso de peso, había menor entorno saludable (Cuadro 9).

Cuadro 3. Distribución de frecuencias por ítem del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA) (n=507)

Ítem	Opciones de respuesta		
	Nunca /Casi nunca %	A veces %	Casi siempre/ Siempre %
Supervisión			
1. Se regula la cantidad de comida azucarada	21.7	18.9	59.4
2. Se regula la cantidad de refrescos/bebidas azucaradas	13.6	22.1	64.3
3. Se regula la cantidad de comida grasosa	17.3	23.5	59.1
Presión para comer			
4. Se regula la cantidad de comida, de lo contrario comería menos de lo que debería	60.2	10.7	29.2
5. Se insiste en que coma más, cuando se cree que come poco	32.7	21.5	45.7
6. Se insiste en que siga comiendo, aunque ya no hay hambre	48.1	26.2	25.7
7. Se insiste en "una mordida más" o una "cucharada más"	33	19.9	47.1
8. Se debe comer toda la comida del plato que se sirve	25.1	13.8	61.1
Control del niño			
9. Se prepara algo distinto de comer cuando no gusta lo que se sirve	43.4	22.3	34.3
10. Se permite elegir qué comer, de entre todo lo que se sirve al plato	39.7	20.3	40.1
11. Se permite que se pueda comer lo que se quiera entre comidas	27.6	31.8	40.7
12. Se preparan comidas especiales, porque es quisquilloso para comer	65.7	17.8	16.6

Ítem	Opciones de respuesta		
	Nunca /Casi nunca %	A veces %	Casi siempre/ Siempre %
13. Se permite comer a cualquier hora, aun cerca de la hora establecida para la comida	36.9	29.2	33.9
Entorno			
14. Cuando hay papitas, fritos o doritos, están en un lugar que se pueden alcanzar	62.2	8.7	29.2
15. Cuando hay refrescos en casa, están en un lugar que se pueden alcanzar	55.1	9.7	35.3
Regulación instrumental/emocional			
16. Se promete comida favorita para lograr buen comportamiento	52.7	23.5	23.8
17. Se ofrece postre o comida favorita para lograr consumo de comida saludable	50.3	22.9	26.8
18. Se da algo de comer o beber para confortar caídas o heridas	64.9	18.3	16.8
19. Se da algo de comer o beber para quitar irritabilidad o necesidad	53.1	19.5	27.4
Modelaje, control parental indirecto con base a dar buen ejemplo			
20. Se evita acudir a restaurantes de comida rápida tipo McDonald's	31.2	17.2	51.7
21. Se evita consumir refrescos/bebidas azucaradas enfrente del hijo	54.4	16.8	28.8
22. Se evita comer dulces, fritos o doritos enfrente del hijo	49.5	17	33.5

Cuadro 4. Análisis de factores del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)*

Ítem	Subescala	Factores					
		1	2	3	4	5	6
Restricción/Supervisión (5=Siempre; a más puntaje menor restricción/supervisión)							
S1	Se regula la cantidad de comida azucarada (I)	0.81					
S2	Se regula la cantidad de refrescos/bebidas azucaradas (I)	0.67					
S3	Se regula la cantidad de comida grasosa (I)	0.76					
R1	Limita a su hijo el consumo de comida muy grasosa	0.63					
R2	Limita a su hijo el consumo de alimentos muy azucarados	0.73					
Presión para comer (5=Siempre; a más puntaje mayor presión)							
PC1	Se regula la cantidad de comida, de lo contrario comería menos de lo que debería		0.37				
PC2	Se insiste en que coma más, cuando se cree que come poco		0.76				
PC3	Se insiste en que siga comiendo, aunque ya no hay hambre		0.66				
PC4	Se insiste en "una mordida más" o una "cucharada más"		0.68				
PC5	Se debe comer toda la comida del plato que se sirve		0.35				
Control del niño (5=Siempre; a más puntaje, mayor control por el niño)							
CN1	Se prepara algo distinto de comer cuando no gusta lo que se sirve			0.67			
CN2	Se permite elegir qué comer, de entre todo lo que se sirve al plato			0.64			
CN3	Se permite que se pueda comer lo que se quiera entre comidas			0.50			
CN4	Se preparan comidas especiales, porque es quisquilloso para comer			0.50			
CN5	Se permite comer a cualquier hora, aun cerca de la hora establecida para la comida			0.54			
Entorno (5=Siempre; a más puntaje menor control del entorno)							

Ítem	Subescala	Factores					
		1	2	3	4	5	6
ENT1	Cuando hay papitas, fritos o doritos, están en un lugar que se pueden alcanzar				0.84		
ENT2	Cuando hay refrescos en casa, están en un lugar que se pueden alcanzar				0.88		
Regulación instrumental/emocional (5=Siempre; a más puntaje mayor uso de regulación)							
RIE1	Se promete comida favorita para lograr buen comportamiento					0.54	
RIE2	Se ofrece postre o comida favorita para lograr consumo de comida saludable					0.53	
RIE3	Se da algo de comer o beber para confortar caídas o heridas					0.54	
RIE4	Se da algo de comer o beber para quitar irritabilidad o necesidad					0.63	
Modelaje (5=Siempre; a más puntaje menor modelaje)							
M1	Se evita acudir a restaurantes de comida rápida tipo McDonald's (I)						0.59
M2	Se evita consumir refrescos/bebidas azucaradas enfrente del hijo (I)						0.43
M3	Se evita comer dulces, fritos o doritos enfrente del hijo (I)						0.43
Valores propios (eigenvalues)		3.6	2.7	1.9	1.7	1.4	1.3
Porcentaje de la varianza		12.1	9.3	7.3	6.7	6.6	6.1

*Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización de Kaiser

(I) Ítem requiere invertir codificación

Cuadro 5. Trayectoria de los ítems propuestos para el Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)

Ítem	Trayectoria	
	Inicial	Final
1. Limitar el consumo de comida muy grasosa	Restricción	Restricción/Supervisión, finalmente se eliminó
2. Limitar el consumo de alimento muy azucarado	Restricción	Restricción/Supervisión, finalmente se eliminó
3. Limitar la comida que se cree pueda hacer engordar	Restricción	Eliminado
4. Evitar ir a restaurantes de comida rápida tipo Mc Donald's	Restricción	Reubicado en Modelaje
5. Tener al alcance del hijo papitas, fritos o doritos	Restricción	Reubicado en Entorno
6. Tener al alcance del hijo refrescos	Restricción	Reubicado en Entorno
7. Hacer que hijo se acabe la comida del plato, antes de tener postre	Presión para comer	Eliminado
8. Insistir en que se coma más porque se cree que comió poco	Presión para comer	Presión para comer
9. Insistir en hacer comer, aunque ya se haya dicho "ya no tengo hambre"	Presión para comer	Presión para comer
10. Que el hijo deba comerse toda la comida del plato que se le sirvió	Presión para comer	Presión para comer
11. Insistir en 1 "mordida más" o 1 "cucharada más", cuando el hijo ya dijo que terminó de comer	Presión para comer	Presión para comer
12. Permitir que hijo elija qué comer, de entre todo lo que se le sirvió en el plato	Control del niño	Control del niño
13. Preparar algo distinto para comer, cuando al hijo no	Control del niño	Control del niño

Ítem	Trayectoria	
	Inicial	Final
le gusta lo que se le sirvió		
14. Preparar comidas especiales, porque el hijo es quisquilloso para comer	Control del niño	Control del niño
15. Permitir que el hijo coma a cualquier hora durante el día, aún cerca de la hora establecida para su comida	Control del niño	Control del niño
16. Permitir que el hijo pueda comer lo que quiera entrecomidas	Control del niño	Control del niño
17. Procurar comer saludablemente enfrente del hijo	Modelaje	Eliminado
18. Procurar tomar leche enfrente del hijo	Modelaje	Eliminado
19. Procurar comer frutas y verduras enfrente del hijo	Modelaje	Eliminado
20. Evitar comer dulces, fritos o doritos enfrente del hijo	Modelaje	Modelaje
21. Evitar tomar refrescos/bebidas azucaradas enfrente del hijo	Modelaje	Modelaje
22. Dar algo de comer o beber, cuando se piensa hijo está aburrido; aunque él no tenga hambre o sed	Regulación emocional	Eliminado
23. Ofrecer algo de comer al hijo, para calmar sus berrinches	Regulación emocional	Eliminado
24. Dar algo de comer o beber al hijo cuando se hiere o cae, para confortarlo	Regulación emocional	Regulación instrumental/emocional
25. Dar algo de comer o beber al hijo cuando está inquieto, para calmarlo	Regulación emocional	Eliminado
26. Dar algo de comer o beber al hijo, para quitarle lo	Regulación emocional	Regulación instrumental/emocional

Ítem	Trayectoria	
	Inicial	Final
irritable o lo necio		
27. Negar dulces o comida favorita, en respuesta a mal comportamiento	Regulación instrumental	Eliminado
28. Negar comida preferida, para lograr que el hijo coma saludable (frutas, verduras, pollo o pescado)	Regulación instrumental	Eliminado
29. Prometer comida favorita, para lograr que el hijo se porte bien	Regulación instrumental	Regulación instrumental/emocional
30. Negar actividad o juguete preferido, en respuesta a haber comido dulces, pastel o frituras	Regulación instrumental	Eliminado
31. Ofrecer postre o comida favorita, para lograr que el hijo coma saludable (frutas, verduras, pollo o pescado)	Regulación instrumental	Regulación instrumental/emocional
32. Regular lo que el hijo consume, de lo contrario comería en exceso	Supervisión	Eliminado
33. Regular al hijo el consumo de bebidas azucaradas	Supervisión	Restricción/Supervisión, finalmente se denominó Supervisión
34. Regular al hijo el consumo de comida grasosa	Supervisión	Restricción/Supervisión, finalmente se denominó Supervisión
35. Regular al hijo el consumo de alimentos azucarados	Supervisión	Restricción/Supervisión, finalmente se denominó Supervisión
36. Regular lo que el hijo consume, de lo contrario comería mucho menos de lo que debería	Supervisión	Presión para comer

Cuadro 6. Ubicación de ítems finales en el Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA), según escala de origen Comprehensive Feeding Practices Questionnaire [CFPQ]⁶, Child Feeding Questionnaire [CFQ]⁴ y Preschooler Feeding Questionnaire [PFQ]⁵

Ítem	Subescala				
	CMPA	CFPQ	CFQ	PFQ	Otro
S1	Supervisión	Supervisión	Supervisión	--	--
S2		Supervisión	--	--	--
S3		Supervisión	Supervisión	--	--
PC1	Presión para comer	--	Presión para comer	--	--
PC2		Presión para comer	--	--	--
PC3		Presión para comer	Presión para comer	--	--
PC4		Presión para comer	--	--	--
PC5		Presión para comer	Presión para comer	Presión para comer	--
CN1	Control del niño	Control del niño	--	Control del niño	--
CN2		Control del niño	--	Control del niño	--
CN3		Control del niño	--	--	--
CN4		--	--	Difícil alimentación	--
CN5		Control del niño	--	Comidas sin estructura	--
ENT1	Entorno	Entorno	--	--	Control no directivo
ENT2		Entorno	--	--	Control no directivo
RIE1	Regulación instrumental/emocional	--	Restricción	--	PFSQ (regulación instrumental)
RIE2		--	--	Presión para comer	--
RIE3		Regulación emocional	--	Uso de la comida para calmar al niño	PFSQ (regulación emocional)

Ítem	Subescala				
	CMPA	CFPQ	CFQ	PFQ	Otro
RIE4		Regulación emocional	--	Uso de la comida para calmar al niño	PFSQ (regulación emocional)
M1		--	--	--	Control encubierto (covert)
M2	Modelaje	Modelaje	--	--	Control no directivo
M3		Modelaje	--	--	Control no directivo

Cuadro 7. Estadística descriptiva de prácticas alimentarias, según subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA) (n=507)

CMPA	No. ítems	Puntaje				Alfa de Cronbach
		Media ± DE	Mediana	Rango observado	Rango posible	
Total ^a	22	43.2 ± 12.9	43	11-82	0-100	0.62 (bueno)
Supervisión ^b	3	2.2 ± 1.1	2	1-5	1-5	0.74 (bueno)
Presión para comer ^c	5	3.0 ± 1.0	3	1-5	1-5	0.61 (bueno)
Control del niño ^d	5	2.8 ± 0.9	3	1-5	1-5	0.56 (moderado)
Entorno ^e	2	2.5 ± 1.6	2	1-5	1-5	0.79 (bueno)
Regulación instrumental/emocional ^f	4	2.4 ± 0.9	2	1-5	1-5	0.44 (moderado)
Modelaje ^g	3	3.1 ± 1.1	3	1-5	1-5	0.41 (moderado)

^a A mayor puntaje, mayor riesgo de obesidad con base en validez de contenido. ^b A mayor puntaje, menor supervisión. ^c A mayor puntaje, mayor presión para comer. ^d A mayor puntaje, mayor control del niño. ^e A mayor puntaje, menor control del entorno. ^f A mayor puntaje, mayor uso de regulación. ^g A mayor puntaje, menor modelaje

Cuadro 8. Validez concurrente de las subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA) con estado nutricional observado y percibido

	Estado nutricional (IMC)	
	Observado	Percibido
Total ^a	-0.05	-0.06
Supervisión ^b	-0.02	0.05
Presión para comer ^c	-0.13**	-0.19**
Control del niño ^d	0.02	0.03
Entorno ^e	-0.03	-0.05
Regulación instrumental/ emocional ^f	-0.03	-0.04
Modelaje ^g	0.08*	0.06

^a A mayor puntaje, mayor riesgo de obesidad con base en validez de contenido. ^b A mayor puntaje, menor supervisión. ^c A mayor puntaje, mayor presión para comer. ^d A mayor puntaje, mayor control del niño. ^e A mayor puntaje, menor control del entorno. ^f A mayor puntaje, mayor uso de regulación. ^g A mayor puntaje, menor modelaje
*p<0.01, **p<0.001

Cuadro 9. Creencia y preocupación por exceso de peso del hijo y subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)

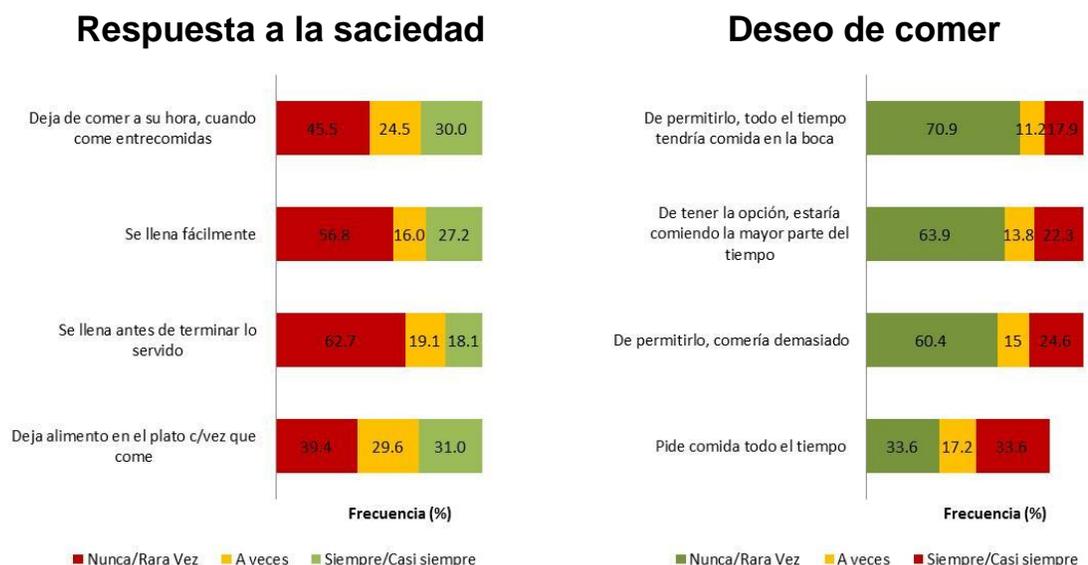
	Creencia en exceso de peso del hijo		Preocupación por exceso de peso del hijo	
	Sí	No	Sí	No
Total ^a	46.7** ± 11.5	40.4 ± 15.0	40.8 ± 15.0	40.6 ± 15.0
Supervisión ^b	2.5 ± 1.1*	2.1 ± 1.1	2.2 ± 1.1	2.2 ± 1.2
Presión para comer ^c	2.4 ± 0.8	3.1 ± 1.0**	2.9 ± 0.9	3.2 ± 1.0**
Control del niño ^d	2.8 ± 0.7	2.8 ± 0.9	2.8 ± 0.9	2.9 ± 0.9
Entorno ^e	3.0 ± 1.3**	2.5 ± 1.6	2.7 ± 1.6*	2.4 ± 1.6
Regulación instrumental/ emocional ^f	2.5 ± 0.7	2.4 ± 0.9	2.3 ± 0.9	2.4 ± 0.9
Modelaje ^g	3.5 ± 0.7**	3.1 ± 1.1	3.1 ± 1.1	3.1 ± 1.0

^a A mayor puntaje, mayor riesgo de obesidad con base en validez de contenido. ^b A mayor puntaje, menor supervisión. ^c A mayor puntaje, mayor presión para comer. ^d A mayor puntaje, mayor control del niño. ^e A mayor puntaje, menor control del entorno. ^f A mayor puntaje, mayor uso de regulación. ^g A mayor puntaje, menor modelaje. *p <0.03, **p<0.01

7.3.3. Validez convergente

La validez convergente se evaluó con base en el CEBQ (subescalas Respuesta a la saciedad y Respuesta a señales de deseo de comer) y escala de crianza específico para la alimentación (CFSQ). En este sentido, más del 60% de las madres expresó que su hijo nunca o rara vez se llenaba antes de terminar lo servido y poco más del 30%, que su hijo siempre o casi siempre pedía comida todo el tiempo (Figura 5). La media de Respuesta a la saciedad fue de 2.6 ± 0.9 (5= Siempre, es decir, mayor respuesta a la saciedad); y aquella a señales de deseo de comer de 2.5 ± 1.2 (5= Siempre, es decir, mayor deseo de estar comiendo). Se esperaba una correlación positiva entre Presión para comer y Respuesta a la saciedad, es decir, mayor presión al hijo que dejaba alimento en el plato, que se llenaba fácilmente o que dejaba de comer a su hora. La correlación que se registró fue significativa de 0.16; con dirección positiva como se había planteado en la Ha3, pero de intensidad inferior (0.40, $p < 0.0001$) (la hipótesis nula fue aceptada). La correlación con respuesta a señales de deseo de comer fue de -0.20 (menor presión a mayor deseo de comer; $p < 0.0001$).

Figura 5. Distribución de frecuencias de respuesta a la saciedad y a señales del deseo de comer (CEBQ)



En lo que respecta al CFSQ, el 21.7% de las madres presentó el tipo de crianza responsivo; el 27.8%, el tipo controlador; el 28.4%, el estilo permisivo; y el 22.1%, el tipo negligente. Así como se planteó en la Ha4, se registró un puntaje superior de Presión para comer en el estilo parental controlador que en aquel responsivo, permisivo o negligente ($p < 0.001$) (Figura 6) (la hipótesis nula fue rechazada). Mientras que la Ha5, no se pudo evaluar porque no se contó con una subescala de Restricción. El estilo controlador también se distinguió por presentar mayor uso de Regulación y por aceptar el Control del niño (Figura 7); el Entorno y el Modelaje no registraron diferencias de estilo de crianza ($p > 0.05$).

En resumen, el CMPA cumplió con las propiedades psicométricas planteadas de forma aceptable (Cuadro 10) y el nivel de cumplimiento promedio fue de 80% (Figura 8).

Figura 6. Validez convergente de las subescalas Presión para comer y Supervisión del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA) con el CFSQ (estilo de crianza)

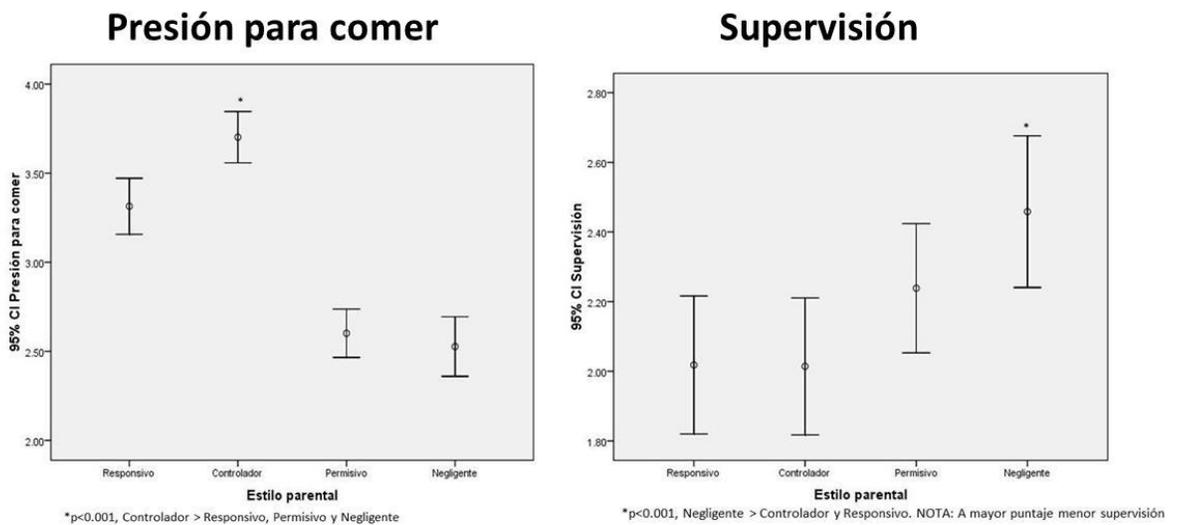


Figura 7. Validez convergente de las subescalas Regulación instrumental/emocional y Control del niño del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA) con el CFSQ (estilo de crianza)

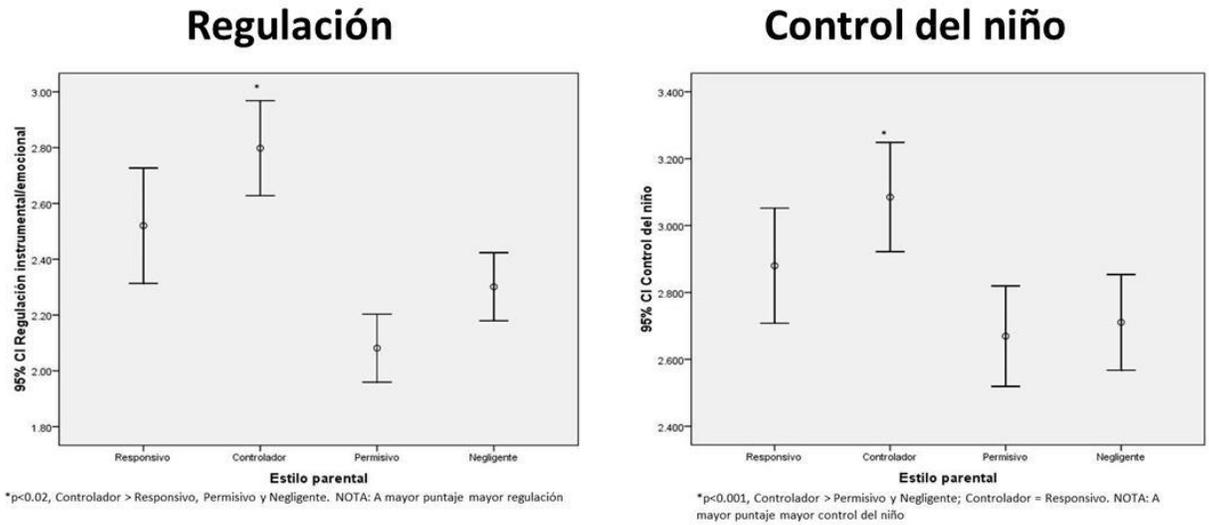
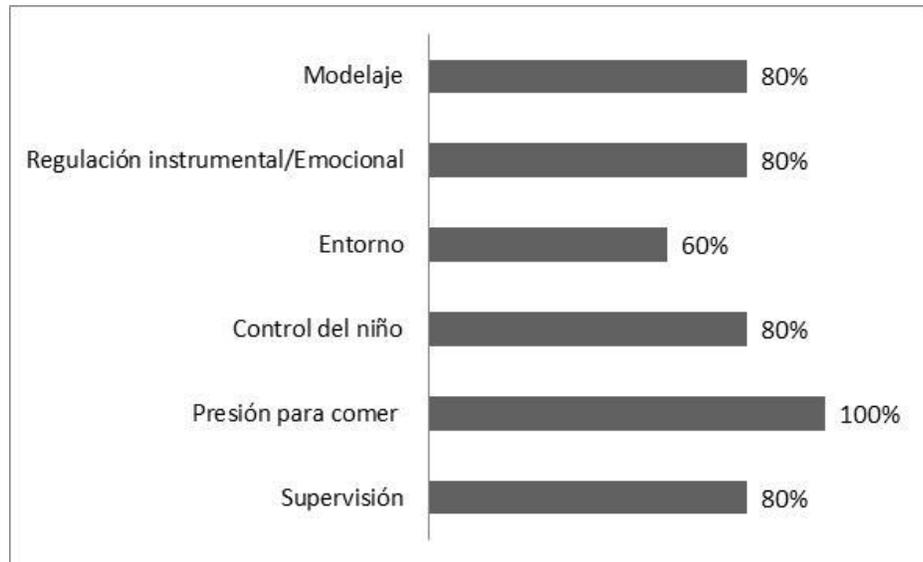


Figura 8. Nivel de cumplimiento con propiedades psicométricas de las subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)



Cuadro 10. Concentrado de propiedades psicométricas de las subescalas del Cuestionario Mexicano de Prácticas Alimentarias (CMPA)

Propiedades psicométricas					
	Contenido	Construcción	Validez		Confiabilidad
			Concurrente /Discriminante	Convergente	
Supervisión	Sí	Sí	--	Sí	Sí
Presión para comer	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Control del niño	Sí	Sí	--	Sí	Sí
Entorno	Sí	Sí	--	--	Sí
Regulación instrumental /Emocional	Sí	Sí	--	Sí	Deseable mejorar
Modelaje	Sí	Sí	Sí	--	Deseable mejorar

7.4 Intensidad de la asociación entre prácticas alimentarias, estilo de crianza y estilo de comer del niño y sobrepeso/obesidad

A nivel univariado, Presión para comer, Supervisión y Respuesta a la saciedad registraron razones de momios menores a 1 con sobrepeso/obesidad, mientras que Modelaje, deseo de comer y estilo parental permisivo, mayores a 1 (Cuadro 9). A nivel multivariado, se mantuvo el efecto de Presión para comer, Modelaje y Respuesta a señales de deseo de comer, independiente de factores sociodemográficos maternos y actividad física del niño (Cuadro 10). Notoriamente, a pesar de percibir al hijo con exceso de peso, siguió la falta de Modelaje, pues esta práctica alimentaria aumentó las posibilidades de identificar al hijo con sobrepeso/obesidad (RM ajustada 1.3, IC95% 1.1, 1.6). En cambio, ejerce menor Presión para comer, la madre que percibe a su hijo con sobrepeso/obesidad, (RM ajustada 0.76, IC95% 0.58, 0.99).

Cuadro 11. Asociación entre prácticas alimentarias, estilo de crianza, estilo para comer del niño y sobrepeso/obesidad, análisis univariado

	RM (IC95%)	valor de p
CMPA		
Supervisión ^a	0.82 (0.68, 0.99)	0.036
Presión para comer ^a	0.60 (0.49, 0.74)	<0.0001
Modelaje ^b	1.4 (1.1, 1.7)	<0.001
Entorno	0.96 (0.85, 1.1)	0.52
Regulación instrumental/ emocional	0.97 (0.78, 1.2)	0.78
Control del niño	1.2 (0.94, 1.5)	0.17
Respuesta a la saciedad ^c	0.79 (0.65, 0.97)	0.022
Respuesta a señales de deseo de comer ^d	1.3 (1.1, 1.5)	<0.0001
Estilo de crianza		
Responsivo	1.0	
Controlador	0.94 (0.54, 1.6)	0.822
Permisivo	2.1 (1.2, 3.5)	0.007
Negligente	0.99 (0.56, 1.8)	0.963

a A mayor puntaje, mayor presión y mayor supervisión, ^b A mayor puntaje, mayor ausencia de modelaje, ^c A mayor puntaje, mayor saciedad y ^d A mayor puntaje, menor saciedad

Cuadro 12. Asociación entre prácticas alimentarias, estilo de crianza, estilo para comer del niño y sobrepeso/obesidad, análisis multivariado

	RM ajustada (IC95%)	valor de p
Presión para comer ^a	0.61 (0.48, 0.79)	<0.0001
Modelaje ^b	1.3 (1.1, 1.7)	<0.001
Respuesta a señales de deseo de comer ^c	1.2 (1.1, 1.5)	0.026
En el jardín de niños le dan desayuno y/o comida	1.7 (1.01, 2.8)	0.046

a A mayor puntaje, mayor presión, b A mayor puntaje, mayor ausencia de modelaje, c A mayor puntaje, menor saciedad. Otras variables presentes en el modelo con valor de p >0.05: Supervisión, Respuesta a la saciedad, Estilo parental, Edad, escolaridad, ocupación y estado nutricional materno; y actividad física del niño. Prueba de Hosmer and Lemeshow, valor de p = 0.725

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

El estudio fue desarrollado para identificar prácticas alimentarias propensas a la obesidad en madres de niños de 2-6 años y así, ofrecer un mayor entendimiento de factores familiares modificables de obesidad en edad preescolar. El CMPA mostró 6 prácticas alimentarias, Supervisión, Presión para comer, Control del niño, Entorno, Regulación instrumental/emocional y Modelaje, en una población de madres predominantemente adultas jóvenes de escolaridad preparatoria y superior, con pareja, dedicadas al hogar, en promedio con dos hijos, residentes de zona metropolitana de Monterrey, y con sobrepeso/obesidad. A continuación se comentarán los resultados más relevantes.

El CMPA fue planteado con base en la literatura para asegurar la validez de contenido y se consiguió que 7 de cada 10 reactivos se ubicara en dimensiones afines a fuentes de origen. Además, aunque la Escala comenzó con 36 ítems, terminó con 22, es decir, más breve que el CFQ de 31 reactivos⁴, el PFQ con 32⁵, y el CFPQ con 49⁶. En cuanto a la trayectoria de los reactivos, la subescala que conservó el 100% de ítems propuestos originalmente fue Control del Niño, equivalente a categoría del mismo nombre del CFPQ⁶. Asimismo, cuatro de cinco reactivos de Presión para comer permanecieron en una dimensión vinculada con subescala semejante de otras escalas de prácticas alimentarias⁴⁻⁶; 1 ítem tuvo que ser eliminado por carga factorial baja. No obstante, la categoría quedó nuevamente con cinco preguntas porque se anexó uno procedente de la subescala de Supervisión (*“Regula lo que el hijo consume, de lo contrario comería mucho menos de lo que debería”*). En lo que se refiere a Regulación instrumental/emocional, inicialmente se habían planeado 5 ítems del tipo emocional y 5, del tipo instrumental. Sin embargo, se mantuvieron solo 2 de cada uno y en un mismo factor, sin distinción de tipo. A diferencia del PFSQ que cuenta con 4 ítems de Regulación instrumental y 5, de Regulación emocional^{55,65}. Una subescala radicalmente distinta a la inicial fue

Restricción, la cual no sostuvo ningún ítem sugerido; 3 se eliminaron, 1 se ubicó en Modelaje y 2 restantes, generaron una subescala no planeada que fue denominada Entorno. Cabe mencionar que otras escalas de prácticas alimentarias también han registrado diferencias durante el proceso de validación correspondiente. Por ejemplo, el CFQ ha tenido que registrar modificaciones al adaptarse a poblaciones e idiomas distintos al original^{4,5,28,29,31}. Así también el PFQ⁵¹ y el CFPQ⁵². En términos de consistencia interna, en Supervisión fue buena (0.70) y cercana al límite inferior reportado en la literatura (0.76-0.78)^{6,33}. En Presión para comer también fue buena (0.61); en la literatura varía de 0.61 a 0.80^{4-6,30,31,33,35,42,51,52}. Y en Control del niño, fue moderada (0.56), y se ubicó en el rango documentado entre 0.40 y 0.63^{5,6,51,52}. En Entorno, el alfa de Cronbach fue de 0.79 comparado a 0.75, identificado por Musher-Eizenman y col⁶. En Regulación instrumental/emocional y Modelaje, las alfas fueron moderadas (0.44 y 0.41, respectivamente); la primera ha sido reportada entre 0.55 y 0.83^{5,6,30,35,51}, y la segunda, entre 0.77 y 0.82^{6,52}.

Una práctica alimentaria propensa a la obesidad, tendría que correlacionarse positivamente con el IMC del infante, o bien, diferenciar niños con sobrepeso/obesidad, es decir, contar con validez concurrente o discriminante, respectivamente. En este sentido, la subescala de Modelaje sí logró distinguir estado nutricional. De hecho, menor modelaje incrementó 30% las posibilidades de tener un hijo en exceso de peso, independiente de factores confusores potenciales tales como perfil sociodemográfico y sobrepeso/obesidad materno. El CFPQ, también cuenta con un factor referente a dar buen ejemplo de alimentación^{6,52}, pero no dispone de información referente a su asociación con estado nutricional. Ciertos estudios han mostrado la vinculación de la práctica de modelaje con consumo de alimentación saludable^{66,67} y representa sin duda una práctica alimentaria positiva. En cuanto a Presión para comer, se observó una correlación negativa con IMC, resultado acorde con lo reportado en Estados Unidos^{4,29,35}, Suecia³³, Holanda⁴³, Australia³⁰, Turquía⁴⁴, Japón³¹ y Chile⁴². Además, la intensidad de la asociación resultó dentro del rango

documentado entre -0.12 y -0.30. También, la mayor presión disminuyó las posibilidades de tener un hijo con sobrepeso/obesidad, pues el modelo multivariado registró razones de momios menores a 1, similar a lo documentado por autores tales como Jansen y col⁴³ (RM ajustada de 0.66, [IC95% 0.58-0.74] para sobrepeso, y 0.52 [IC95% 0.40-0.69] para obesidad); y Santos y col⁴² (RM ajustada de 0.2 [IC95% 0.06-0.40] en niñas, y 0.4 [IC95% 0.2-0.8] en niños). El comportamiento descrito ha sido explicado con base en la sensibilidad parental al estado nutricional del niño^{49, 50}. El modelo de Costanzo y Woody⁴, especifica que la percepción y el valor que asignan los padres al peso del hijo es capaz de influenciar en la conducta alimentaria. En este estudio, las madres ejercían más presión para comer cuando percibían a su hijo con peso bajo/normal, o viceversa, menor presión cuando lo percibían con sobrepeso/obesidad. Adicionalmente, esta subescala presentó validez convergente con el CEBQ. Así, la presión para comer fue mayor en el niño con mayor saciedad y menor, en aquel con mayor respuesta a señales de deseo de comer ($r = 0.16$ y -0.20 , respectivamente). Jansen y col⁴³ también reportaron una correlación positiva con respuesta a la saciedad ($r=0.40$) y negativa con respuesta a señales de deseo de comer ($r=-0.13$). La presión para comer corresponde a una respuesta parental hacia el niño que rápidamente se siente satisfecho o “lleno”, lo cual explica las correlaciones observadas.

La subescala de Presión para comer presentó validez convergente con el CFSQ. También, Supervisión, Control del niño y Regulación instrumental/emocional, aunque estas últimas no obtuvieron validez concurrente. Otros autores tampoco reportan correlación de Supervisión^{4,29,33,35,42-44} y Regulación instrumental/emocional^{30,35} con IMC, o bien, diferenciación de sobrepeso/obesidad. La práctica de Control del niño, en particular destaca porque el padre provee el alimento, pero el hijo es quien decide qué comer; y su efecto puede ser discordante. Permitir que el niño tenga el control sobre su alimentación favorece la regulación del apetito y la mejor respuesta al deseo de comer, pero una habilidad disminuida, por ejemplo comer sin hambre, puede

resultar en mayor IMC⁶⁸. Otro resultado relevante fue el inherente a la subescala de Entorno, la cual quedó conformada con 2 ítems relacionados con tener alimentos de libre acceso y al alcance del niño, con validez de contenido y de construcción. El CFPQ⁶ también incluye 4 preguntas relativas a un entorno saludable y los autores identificaron que aquellos padres que reportaban sentirse más responsables por los hábitos de sus hijos, también registraban un entorno más saludable.

Como se indicó previamente, la percepción y el valor que asignan los padres al peso del hijo es capaz de influenciar en la conducta alimentaria⁴. Así se identificó que Supervisión y Entorno, aunque no diferenciaron estado nutricional, resultaron relacionados con la creencia materna de tener un hijo con sobrepeso u obesidad. Así, a pesar de creer que el hijo estaba excedido de peso, la madre no ejercía supervisión o evitaba el entorno obesogénico. Es posible que los padres utilicen prácticas alimentarias no recomendables por carecer del conocimiento o porque cierto estilo parental es el culturalmente apropiado³³, manteniendo por lo tanto, el estatus de sobrepeso/obesidad del hijo. Por otra parte, se pensaba que las prácticas alimentarias se asociarían con el peso del niño a través del estilo de comer del niño (20). Sin embargo, los resultados mostraron que el efecto de Presión para comer y Modelaje fue independiente de la respuesta a señales de deseo de comer, sugiriendo que uno y otro se asocia con peso del niño de manera independiente.

Limitaciones. Se reconoce que el dominio de Restricción no quedó representado en el CMPA y requiere ser retomado en futuras investigaciones si se desea su inclusión. El PFQ tampoco considera esta dimensión⁵. Cabe mencionar que esta subescala ha resultado ser reactiva más que obesogénica, es decir, los padres responden limitando el consumo de alimento al hijo con mayor IMC^{4,30,33,42-44,69}, o bien, cuando presentan preocupación por el exceso de peso^{6,52,70}. Por otra parte, no fue posible establecer la asociación de Supervisión, Control del Niño, Regulación y Entorno con estado nutricional. Sin embargo, se esperaba que una escala de práctica alimentaria considerada

obesogénica se correlacionara positivamente con IMC, o bien, lograra discriminar exceso de peso. Evidenciar tal vinculación es complejo y no resulta sencillo por diversas razones, entre ellas el origen multifactorial de la obesidad infantil. Es probable que se requiera mayor tiempo de exposición a tales prácticas alimentaria consideradas potencialmente obesogénicas, o bien, el efecto se vio compensado por otros factores, entre ellos, la constitución genética. Es importante también, tener la precaución de la interpretación de las asociaciones en un estudio con diseño transversal como el presente, pues no se puede tener la certeza de la temporalidad de la variable independiente (práctica alimentaria) y la variable resultado (sobrepeso/obesidad). Solo un diseño longitudinal podría aclarar tal cuestionamiento. Asimismo, habría que considerar la bidireccionalidad y la participación de factores modificadores, como la percepción del peso del hijo; como quedó evidenciado que la presión para comer se generaba en respuesta a la percepción de bajo peso. Otra limitante del estudio corresponde al posible sesgo hacia respuestas socialmente aceptables. Sin embargo, la frecuencia más alta de respuesta “socialmente correcta” fue del 66%, en el reactivo *Nunca se preparan comidas especiales a pesar de niño ser quisquilloso*. Además, el perfil sociodemográfico que predominó en la población de estudio fue de madres residentes de la zona metropolitana de Monterrey con escolaridad media y superior; y antes de extrapolar los resultados a aquellas de zonas rurales o con escolaridad básica, habría que evaluar de nuevo el comportamiento de la validez y confiabilidad de la Escala. Por último, así como hubo limitaciones, también hubo fortalezas en el estudio. Una de ellas correspondió al tamaño de la muestra (n = 507), la cual permitió contar con 23 personas por ítem, lo cual es superior a lo sugerido como óptimo de participantes por ítem⁷¹.

En resumen, el CMPA presentó validez de contenido y construcción; consistencia interna de moderada a buena; y más del 60% de los factores, registró validez con una medida alterna de estilo de crianza específico para la alimentación. En términos de diferenciar estado nutricional, 1 de 6 factores (Modelaje) resultó válida con base en estado nutricional señalando práctica

alimentaria obesogénica; 1 factor (Presión para comer) señaló práctica alimentaria reactiva a la percepción de bajo peso/peso normal del hijo; el resto, se consideran prácticas alimentarias obesogénicas con base en validez de contenido (Supervisión, Entorno, Regulación Instrumental y Control del niño). La escala total con y sin reactivos de Presión para comer, y con o sin ponderación de la subescala de Modelaje, no logró diferenciar estado nutricional, por lo que no se recomienda combinar las respuestas en un solo índice. Asimismo, habría que tener presente la bidireccionalidad y el efecto de modificadores potenciales como la percepción del peso del hijo. Desde esta perspectiva, se esperaría que una madre consciente del exceso de peso del hijo, ejerciera por ejemplo, más modelaje y mayor control del entorno, ya que la pasividad contribuiría con el sostenimiento de la obesidad.

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

1. El CMPA fue desarrollado en reconocimiento de la importancia de un estado nutricional normal en población preescolar, cuya identificación se vería facilitada por un instrumento que señalara en forma fácil y corta, a aquellos preescolares con necesidad apremiante de cambios en las prácticas alimentarias de sus madres, por ser obesogénicas, o bien, no deseables para un hijo que ya se encuentra en exceso en peso.
2. La Escala logró reunir la mayoría de las propiedades psicométricas evaluadas: todas las subescalas registraron validez de contenido y de construcción; y consistencia interna de moderada a buena. Dos subescalas, obtuvieron validez concurrente y 4, validez convergente. El nivel de cumplimiento promedio fue del 80%.
3. Supervisión y Entorno, aunque no obtuvieron validez concurrente, resultaron relacionados con la creencia materna de tener un hijo con sobrepeso u obesidad.
4. Se recomienda considerar en futuras investigaciones, la estimación de la prevalencia y/o incidencia de prácticas alimentarias potencialmente obesogénicas en niños con peso normal, y de prácticas alimentarias no ideales, en niños con sobrepeso u obesidad.

CAPÍTULO 10

REFERENCIAS

1. Rodríguez-Oliveros G, Haines J, Ortega-Altamirano D, Power E, Taveras EM, González-Unzaga MA, Reyes-Morales H. Obesity determinants in Mexican preschool children: parental perceptions and practices related to feeding and physical activity. *Arch Med Res.* 2011;42:532-9.
2. Reifsnider E, Flores-Vela AR, Beckman-Mendez D, Nguyen H, Keller CS, Dowdall-Smith S. Perceptions of children's body sizes among mothers living on the Texas–Mexico border (La Frontera). *Public Health Nurs.* 2006;23:488–495.
3. González C, Alcañiz L. Gordito no significa saludable: lo que toda madre latina debe saber para criar niños felices y saludables. New York: Penguin Group, The Berkeley Publishing Group; 2006.
4. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite.* 2001;36:201-210.
5. Baughcum AE, Powers SW, Johnson SB, et al. Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *J Dev Behav Pediatr.* 2001;22:391-408
6. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psychol.* 2007;32:960-72.
7. de Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:1257-64.
8. UNICEF. Salud y nutrición. Consultado el 8 de marzo del 2016. Disponible en <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>.
9. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M.

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Nuevo León. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013.
 11. Reinehr T. Effectiveness of lifestyle intervention in overweight children. *Proc Nutr Soc.* 2011;70:494-505.
 12. Chesi A, Grant SF. The Genetics of Pediatric Obesity. *Trends Endocrinol Metab.* 2015;26:711-21.
 13. Peralta-Romero J de J, Gómez-Zamudio JH, Estrada-Velasco B, Karam-Araujo R, Cruz-López M. [Genetics of pediatric obesity]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52 Suppl 1:S78-87.
 14. Garver WS, Newman SB, Gonzales-Pacheco DM, Castillo JJ, Jelinek D, Heidenreich RA, Orlando RA. The genetics of childhood obesity and interaction with dietary macronutrients. *Genes Nutr.* 2013;8:271-87.
 15. Pachucki MC, Lovenheim MF, Harding M. Within-family obesity associations: evaluation of parent, child, and sibling relationships. *Am J Prev Med.* 2014;47:382-91.
 16. Liu Y, Chen HJ, Liang L, Wang Y. Parent-child resemblance in weight status and its correlates in the United States. *PLoS One.* 2013;8:e65361.
 17. Keane E, Layte R, Harrington J, Kearney PM, Perry IJ. Measured parental weight status and familial socio-economic status correlates with childhood overweight and obesity at age 9. *PLoS One.* 2012;7:e43503.
 18. Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Arch Latinoam Nutr.* 2008; 58: 249-255
 19. Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr.* 2005;24:83–92
 20. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008; 5:15–27
 21. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica

- de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29:373-8.
22. Vollmer RL, Mobley AR. Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*. 2013;71:232-41.
23. Baranowski T, O'Connor T, Hughes S, Sleddens E, Beltran A, Frankel L, Mendoza JA, Baranowski J. Houston... We have a problem! Measurement of parenting. *Child Obes*. 2013;9 Suppl:S1-4.
24. Birch LL, Zimmerman SI, Hind H. The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. *Child Development*. 1980;51:856-861.
25. Birch LL, Marlin DW, Rotter J. Eating as the "means" activity in a contingency: effects on young children's food preference. *Child Development*. 1984; 55: 431-439.
26. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Steinberg L, Krehbiel R. "Clean up your plate": effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. *Learn Motiv*. 1987; 18: 301-317.
27. de Lauzon-Guillain B, Oliveira A, Charles MA, Grammatikaki E, Jones L, Rigal N, Lopes C, Manios Y, Moreira P, Emmett P, Monnery-Patris S. A review of methods to assess parental feeding practices and preschool children's eating behavior: the need for further development of tools. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112:1578-602
28. Boles RE, Nelson TD, Chamberlin LA, Valenzuela JM, Sherman SN, Johnson SL et al. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire among low-income African American families of preschool children. *Appetite*. 2010; 54: 402–405.
29. Anderson CB, Hughes SO, Fisher JO, Nicklas TA. Crosscultural equivalence of feeding beliefs and practices: The psychometric properties of the child feeding questionnaire among Blacks and Hispanics. *Preventive Medicine*. 2005; 41: 521–531

30. Corsini N, Danthiir V, Kettler L, Wilson C. Factor structure and psychometric properties of the Child Feeding Questionnaire in Australian preschool children. *Appetite*. 2008;51:474-81.
31. Geng G, Zhu Z, Suzuki K, Tanaka T, Ando D, Sato M, Yamagata Z. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Japanese elementary school children. *Appetite*. 2009;52:8-14.
32. Kaur H, Li C, Nazir N, Choi WS, Resnicow K, Birch LL, et al. Confirmatory factor analysis of the child-feeding questionnaire among parents of adolescents. *Appetite*. 2006; 47: 36–45.
33. Nowicka P, Sorjonen K, Pietrobelli A, Flodmark CE, Faith MS. Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. *Appetite*. 2014; 81: 232–241.
34. Liu WH, Mallan KM, Mhrshahi S, Daniels LA. Feeding beliefs and practices of Chinese immigrant mothers. Validation of a modified version of the Child Feeding Questionnaire. *Appetite*. 2014; 80:55–60.
35. Kong A, Vijayasiri G, Fitzgibbon ML, Schiffer LA, Campbell RT. Confirmatory factor analysis and measurement invariance of the Child Feeding Questionnaire in low-income Hispanic and African-American mothers with preschool-age children. *Appetite*. 2015;90:16-22.
36. Ogden J, Reynolds R, Smith A. Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite*. 2006;47:100-6.
37. Ogden J. *The psychology of eating: From healthy to disordered behaviour*. Blackwell: Oxford; 2003
38. Hughes SO, O'Connor TM, Power TG. Parenting and children's eating patterns. Examining control in a broader context. *International Journal of Child and Adolescent Health*. 2008; 1: 1–7.
39. Spurrier NJ, Magarey AA, Golley R, Curnow F, Sawyer MG. Relationships between the home environment and physical activity and dietary patterns of preschool children. A cross-sectional study. *International Journal of*

- Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2008; 5: 31–42.
40. Hughes SO, Power TG, Fisher JO, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*. 2005;44:83-92.
 41. Mulder C, Kain J, Uauy R, Seidell JC. Maternal attitudes and child-feeding practices. Relationship with the BMI of Chilean children. *Nutrition Journal*. 2009; 8: 1–9.
 42. Santos JL, Kain J, Dominguez-Vásquez P, Lera L, Galván M, Corvalán C, Uauy R. Maternal anthropometry and feeding behavior toward preschool children: association with childhood body mass index in an observational study of Chilean families. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;6:93.
 43. Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VW, Mackenbach JD, Raat H, Hofman A et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012; 9: 130.
 44. Camci N, Bas M, Buyukkaragoz AH. The psychometric properties of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Turkey. *Appetite*. 2014;78:49-54.
 45. Costello A, Osborne J. Best practices in exploratory factor analysis. Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*. 2005;10(7):1-9.
 46. Floyd JF, Widaman KF. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol Assess*. 1995; 7: 286–299.
 47. Spruijt-Metz D, Lindquist CH, Birch LL, Fisher JO, Goran MI. Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. *Am J Clin Nutr*. 2002; 75: 581–586.
 48. Monnery-Patris S, Rigal N, Chabanet C, Boggio V, Lange C, Cassuto DA et al. Parental practices perceived by children using a French version of the Kids' Child Feeding Questionnaire. *Appetite*. 2011; 57: 161–166.
 49. Webber L, Cooke L, Hill C, Wardle J. Child adiposity and maternal feeding practices. A longitudinal analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010; 92: 1423–1428.

50. Webber L, Hill C, Cooke L, Carnell S, Wardle J. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *Eur J Clin Nutr.* 2010; 64: 259–265.
51. Seth JG, Evans AE, Harris KK, Loyo JJ, Ray TC, Spaulding C, Gottlieb NH. Preschooler feeding practices and beliefs: differences among Spanish- and English-speaking WIC clients. *Fam Community Health.* 2007;30:257-70.
52. Haszard JJ, Williams SM, Dawson AM, Skidmore PM, Taylor RW. Factor analysis of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire in a large sample of children. *Appetite.* 2013;62:110-8.
53. Brown J, Ogden J. Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research: Theory and Practice.* 2004; 19: 261–271.
54. Murashima M, Hoerr SL, Hughes SO, Kaplowitz S. Confirmatory factor analysis of a questionnaire measuring control in parental feeding practices in mothers of Head Start children. *Appetite.* 2011;56:594-601.
55. Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obes Res.* 2002;10:453-62.
56. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:963–970.
57. Xunta de Galicia y Organización Panamericana de la Salud. EpiDat. Versión 3.1, 2006
58. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, publicada el 7 de julio de 2010 en el Diario Oficial de la Federación.
59. Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Growth Charts. (Consultado en 2016 Marzo 18). Disponible http://www.cdc.gov/growthcharts/cdc_charts.htm

60. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for height and body mass index-for-age: methods and development. WHO: Geneve, 2006.
61. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Pædiatrica*, 2006; Suppl 450: 76-/85
62. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. 4a Edición. New York: Oxford University Press, 2008
63. Reglamento de la Ley General de Salud en material de Investigación para la salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> Fecha de consulta Abril 1, 2016.
64. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación, México, 2013. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013. Fecha de consulta Abril 1, 2016.
65. Tam W, Keung V, Lee A1, Lo K, Cheung C. Chinese translation and validation of a parental feeding style questionnaire for parents of Hong Kong preschoolers. *BMC Public Health*. 2014;14:1194.
66. Campbell K, Crawford D, Ball K. Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5–6 year-old children. *Int J Obes*. 2006; 30: 1272–1280.
67. Kroller K, Warschburger P. Maternal feeding strategies and child's food intake. Considering weight and demographic influences using structural equation modeling. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009; 6: 78–86.
68. Fisher JO, Birch LL. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *Am J Clin Nutr* . 2002;76: 226–231.

69. Costa FS, Del Pino DL, Friedman R. Caregivers' attitudes and practices. Influence on childhood body weight. *J Biosoc Sci.* 2011; 43, 369–378. (Brazil)
70. Webber L, Hill C, Cooke L, Carnell S, Wardle J. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *Eur J Clin Nutr.* 2010; 64, 259–265.
71. Costello A, Osborne, J. Best practices in exploratory factor analysis. Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation.* 2005; 10(7). Available online: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>

ANEXOS

ANEXO A. ESCALAS Y SUBESCALAS DE INSTRUMENTO PROPUESTO

VERSIÓN COMBINADA CFQ, PFQ Y CFPQ

ANEXO B. CUESTIONARIO

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO A

ESCALAS Y SUBESCALAS DE INSTRUMENTO PROPUESTO VERSIÓN COMBINADA CFQ, PFQ Y CFPQ

Es de las mamás que acostumbra...

RESTRICCIÓN (5=Siempre; a más puntaje, menos restricción)

- Limitar el consumo de comida muy grasosa (papas fritas, pollo frito) (I)
 - Limitar el consumo de alimento muy azucarado (zucaritas, donas, dulces) (I)
 - Limitar la comida que Ud cree pueda hacer engordar a su hijo (I)
 - Evitar llevar a su hijo a restaurantes de comida rápida tipo McDonalds (I)
 - Tener al alcance de su hijo papitas, fritos o doritos (I)
 - Tener al alcance de su hijo refrescos (coca, pepsi, fanta) (I)
-

PRESIÓN PARA COMER (5=Siempre; a más puntaje, más presión para comer)

- Hacer que su hijo se acabe la comida del plato, antes de tener postre
 - Insistir en que coma más su hijo, porque Ud cree que comió poco
 - Insistir en hacer comer a su hijo, aunque ya haya dicho "ya no tengo hambre"
 - Que su hijo debe comerse toda la comida del plato que le sirvió
 - Insistir en 1 "mordida más" o 1 "cucharada más", cuando su hijo ya dijo que terminó de comer
-

CONTROL DEL NIÑO (5=Siempre; a más puntaje, más control del niño)

- Permitir que su hijo elija qué comer, de entre todo que le sirvió en el plato
 - Preparar algo distinto para comer, cuando a su hijo no le gusta lo que le sirvió
 - Preparar comidas especiales, porque su hijo es quisquilloso para comer
 - Permitir que su hijo coma a cualquier hora durante el día, aún cerca de la hora establecida para su comida
 - Permitir que su hijo pueda comer lo que quiera entrecomidas
-

MODELAJE (5=Siempre; a más puntaje, menos modelaje positivo)

- Procurar comer saludablemente enfrente de su hijo (ensaladas, pollo o pescado), aunque esto no sea su comida favorita (I)
 - Procurar tomar leche enfrente de su hijo (I)
-

-
- Procurar comer frutas y verduras enfrente de su hijo (I)
 - Evitar comer dulces, fritos o doritos enfrente de su hijo (I)
 - Evitar tomar refrescos o bebidas azucaradas enfrente de su hijo (coca, fanta, kool-aid) (I)
-

REGULACIÓN EMOCIONAL (5=Siempre; a más puntaje, más regulación emocional, es decir, uso de la comida para regular estados de ánimo/berrinches).

- Dar algo de comer o beber, cuando piensa que a su hijo está aburrido; aunque él no tenga hambre o sed
 - Ofrecer algo de comer a su hijo, para calmar sus berrinches
 - Dar algo de comer o beber a su hijo cuando se hirió o se cayó, para confortarlo
 - Dar algo de comer o beber a su hijo cuando está inquieto, para calmarlo
 - Dar algo de comer o beber a su hijo, para quitarle lo irritable o lo necio
-

REGULACIÓN INSTRUMENTAL (5=Siempre; a más puntaje, más regulación instrumental, es decir, uso de la comida como castigo o premio).

- Negar dulces o comida favorita, en respuesta a mal comportamiento de su hijo
 - Negar comida preferida, para lograr que su hijo coma saludable (frutas, verduras, pollo o pescado)
 - Prometer comida favorita, para lograr que su hijo se porte bien
 - Negar actividad o juguete preferido, en respuesta a haber comido dulces, pastel o frituras
 - Ofrecer postre o comida favorita, para lograr que su hijo coma saludable (frutas, verduras, pollo o pescado)
-

SUPERVISIÓN (5=Siempre; a más puntaje, menos supervisión)

- Regular lo que su hijo consume, de lo contrario comería en exceso (I)
 - Regular a su hijo el consumo de bebidas azucaradas (coca, fanta, kool-aid) (I)
 - Regular a su hijo el consumo de comida grasosa (papas fritas, pollo frito) (I)
 - Regular a su hijo el consumo de alimentos azucarados (dulces, helado, pastel) (I)
 - Regular lo que su hijo consume, de lo contrario comería mucho menos de lo que debería
-

I = Respuestas requieren ser invertidas

ESCALA ESTILOS DE CRIANZA PARA LA ALIMENTACIÓN

	Ítem
CFSQ1	Luchar para hacer que su hijo coma (por ejem, forzándolo a sentarse en su silla)
CFSQ2	Prometer a su hijo una actividad o juguete, por haber comido lo que le sirvió
CFSQ3	Preparar el alimento de una forma atractiva, por ejemplo, fruta como carita feliz
CFSQ4	Decir a su hijo que la comida saludable es sabrosa
CFSQ5	Decir a su hijo que coma lo que le sirvió, aunque sea poquito
CFSQ6	Explicar por qué cierto alimento es bueno para la salud, por ej, "la leche ayuda a crecer a los niños"
CFSQ7	Expresar desaprobación cuando su hijo no quiere comer
CFSQ8	Permitir a su hijo que elija del plato, la comida que desee
CFSQ9	Felicitar a su hijo porque comió lo que sirvió (Qué buen niño!)
CFSQ10	Sugerir a su hijo que se apure en comer "porque la comida ya se está enfriando"
CFSQ11	Decir a su hijo "Apúrate a comer"
CFSQ12	Decir a su hijo que tiene que comerse lo que le sirvió, por ejem "Cómete la sopa"
CFSQ13	Advertir negar comida favorita, si su hijo no se come lo que le sirvió
CFSQ14	Decir algo positivo sobre la comida que sirve ("La zanahoria sabe rica")
CFSQ15	Dar de comer en cuchara a su hijo
CFSQ16	Ayudar a comer a su hijo, por ejemplo, cortando el alimento en pedazos más pequeños
CFSQ17	Animar a su hijo a comer lo que le sirvió, ofreciendo como premio la comida que más le gusta
CFSQ18	Rogar a su hijo para que coma
CFSQ19	Advertir negar actividad favorita (por ejem TV, paseo), si su hijo no se come lo que le sirvió

ESTILO PARA COMER DEL NIÑO (CEBQ)

RESPUESTA A LA SACIEDAD	
(5=Siempre; a más alto puntaje más saciedad)	
SR1	Ser de buen comer (I)*
SR2	Dejar alimento en su plato cada vez que come
SR3	Llenarse antes de terminar lo que le sirvió
SR4	Llenarse fácilmente
SR5	Dejar de comer a su hora, cuando come entrecomidas
RESPUESTA A SEÑALES DE DESEO DE COMER	
(5=Siempre; a más alto puntaje, más deseo de comer y menos saciedad)	
FR1	Encontrar un espacio para su comida favorita, aunque ya esté lleno*
FR2	Pedir comida todo el tiempo
FR3	De permitirlo, su hijo comería demasiado
FR4	De tener la opción, su hijo estaría comiendo la mayor parte del tiempo
FR5	De permitirlo, su hijo tuviera todo el tiempo comida en la boca

I = Respuesta requieren ser invertidas.

*Se quedaron fuera de la subescala con base en análisis de factores y resultado de alfa

ANEXO B



Instituto Mexicano del Seguro Social
UIESSM
Proyecto de Conductas Alimentarias y Bioenergéticas

INFORMA MADRE DE PERSONA A CARGO DE LA
ALIMENTACIÓN DE NIÑO ENTRE 2 Y 5 AÑOS

Fecha de la encuesta: _____ FOLIO _____

Ubicación: UMF No. _____

P1A	¿Qué le preocupa más? <input type="checkbox"/> Que el niño esté excedido de peso <input type="checkbox"/> Que el niño sea demasiado delgado <input type="checkbox"/> Ninguna de las dos cosas						
Portio general...		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	
RP1	Es difícil comer cosas que no le gustan (papas fritas, pollo frito)	1	2	3	4	5	
NC2	Le prepara comida diferente para comer, cuando él quiere que se sirva	1	2	3	4	5	
NC1	Permite que el niño coma lo que él quiere, entre todo lo que se le sirve	1	2	3	4	5	
RP3	Le limita la comida que se puede hacer o guardar	1	2	3	4	5	
Portio general...		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	
RS1	Evita llevar al niño a restaurantes de comida rápida (McDonalds)	1	2	3	4	5	
RS2	Cuando hay papas, fritos o tortitas en casa, están en un lugar que se puede alcanzar	1	2	3	4	5	
RS3	Cuando hay refrescos en casa, están en un lugar que se puede alcanzar	1	2	3	4	5	
CPC3	Es difícil comer lo que él quiere, para lograr que se sirva lo que él quiere	1	2	3	4	5	
CEA1	Dar algo de comer o beber, cuando piensa que el niño está borrado, aunque él tenga hambre	1	2	3	4	5	
Es difícil comer cosas que acostumbra...		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	
NC5	Permite que el niño coma lo que él quiere entre comidas	1	2	3	4	5	
M5	Evitar tomar refrescos/bebidas azucaradas frente al niño (coca, fanta, cool-aid)	1	2	3	4	5	
NC3	Preparar comidas especiales, porque se quisquilloso para comer	1	2	3	4	5	
M1	Comer saludablemente frente al niño	1	2	3	4	5	
M3	Comer frutas y verduras frente al niño	1	2	3	4	5	
P12A	¿Su hijo es sistemático en ir a la escuela (kinder)?	1=Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (preg. NC4)					
P12B	¿En el kinder le dan desayuno?	1=Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (preg. NA)					
P12C	¿En el kinder le dan de comer?	1=Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (preg. NA)					
Portio general...		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	
NC4	Permite que el niño coma lo que él quiere durante el día, sin importar la hora establecida	1	2	3	4	5	
CPC5	Ofrece al niño, el postre o comida favorita, para lograr que coma saludable	1	2	3	4	5	
RP2	Limita al niño el consumo de alimentos muy azucarados (zucaritas, donas, dulces)	1	2	3	4	5	
M4	Evita comer dulces, fritos o tortitas frente al niño	1	2	3	4	5	
M2	Procura tomar leche frente al niño	1	2	3	4	5	
Es difícil comer cosas que acostumbra...		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	
CFSQ1	Decirle al niño "¡Apúrate a comer!"	1	2	3	4	5	
CFSQ13	Advertirle al niño que se le dará la comida favorita, si no se come lo que se le sirve	1	2	3	4	5	
CFSQ8	Permitirle al niño que élija el plato, de la comida que se le sirva	1	2	3	4	5	
CFSQ14	Rogarle al niño para que coma	1	2	3	4	5	
CFSQ2	Prometerle al niño una actividad si come, por haber comido lo que se le sirvió	1	2	3	4	5	
CEA4	Dar al niño algo de comer o beber, para almarlo cuando está quieto	1	2	3	4	5	
Su hijo, portio general...		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	
SR1	Es fácil comer	1	2	3	4	5	
FR2	Pide comida todo el tiempo	1	2	3	4	5	
FR3	Comer demasiado, si usted lo permitiera	1	2	3	4	5	
Su hijo, portio general...		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	
SR4	Se llena fácilmente	1	2	3	4	5	
SR2	Deja el plato cada vez que come	1	2	3	4	5	
SR3	Se llena antes de terminar lo que se le sirvió	1	2	3	4	5	
Es difícil comer cosas que acostumbra...		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	
CFSQ7	Expresarle al niño, desaprobarlo cuando él quiere comer	1	2	3	4	5	
CEA3	Dar algo de comer o beber al niño cuando se le sirvió, para confortarlo	1	2	3	4	5	
CEA5	Dar algo de comer o beber al niño, para quitarle el hambre	1	2	3	4	5	
CFSQ4	Hacerle saber al niño que la comida saludable es aburrida	1	2	3	4	5	
S1	Regular la cantidad de comida que consume el niño, de lo contrario comerá en exceso	1	2	3	4	5	
PC2	Insistirle al niño para que coma más, cuando se le sirvió poco	1	2	3	4	5	

ACTIVIDAD FÍSICA DEPORTIVA	--Por Semana--				
	Nunca <1 vez	Una vez	2 veces	3 veces	4+ veces
Días de la semana que su hijo acostumbra...					
AF1 Andar en bicicleta/triciclo	0	1	2	3	4
AF2 Jugar con patines de patineta	0	1	2	3	4
AF3 Jugar fútbol, beisbol o basquetbol	0	1	2	3	4
AF4 Brincar a la cuerda	0	1	2	3	4
AF5 Otra actividad física	0	1	2	3	4

Tiempo que por lo general le dedica por día (tomando en cuenta sábado y domingo)

AF1 Andar en bicicleta/triciclo	_____ (horas)
AF2 Jugar con patines de patineta	_____ (horas)
AF3 Jugar fútbol, beisbol o basquetbol	_____ (horas)
AF4 Brincar a la cuerda	_____ (horas)
AF5 Otra actividad física	_____ (horas)

Es de las más que acostumbra...	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
PC1 Hacer que su hijo se le cae la comida del plato, antes de tenerlo postre	1	2	3	4	5
CF5Q9 Felicitar a su hijo por que comió lo que le sirvió (Qué buen niño!)	1	2	3	4	5
PC3 Insistirle a su hijo en seguir comiendo, aunque ya haya dicho "ya no tengo hambre"	1	2	3	4	5
CF5Q14 Decirle a su hijo algo positivo sobre la comida que le sirvió ("La zanahoria sabe rica")	1	2	3	4	5
CEA2 Darle algo de comer para almar berrinches	1	2	3	4	5

Su hijo, por lo general...	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
FR1 Encuentra un espacio para su comida favorita, aunque ya esté lleno	1	2	3	4	5
FR4 De tener la opción, estaría comiendo la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5
FR5 De permitirle, tuviera todo el tiempo de comida en la boca	1	2	3	4	5

Es de las más que acostumbra...	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
CF5Q4 Explicar por qué es cierto el alimento es bueno para la salud, por ejemplo la leche ayuda a crecer a los niños"	1	2	3	4	5
CF5Q16 Ayudar a comer a su hijo, por ejemplo, cortando la comida en pedazos más pequeños	1	2	3	4	5
CF5Q10 Sugerirle a su hijo que se le da de comer porque la comida ya se está enfriando"	1	2	3	4	5
CF5Q3 Prepararle a su hijo comida formal atractiva, por ejemplo, fruta en forma de arita feliz	1	2	3	4	5
CP1 Suprimirle dulces de la comida favorita, en respuesta a mal comportamiento	1	2	3	4	5

Por lo general,	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
CF5Q15 Le da a su hijo de comer a su hijo en la charca	1	2	3	4	5
CF5Q5 Le dice a su hijo que coma lo que le sirvió, aunque sea poquito	1	2	3	4	5
S4 Regular la cantidad de alimentos azucarados que su hijo puede comer	1	2	3	4	5
CF5Q19 Advertirle a su hijo que la actividad favorita (por ejemplo, pasear) se terminará cuando se le sirvió	1	2	3	4	5
SS Regular la cantidad de comida que consume su hijo, sino comerá menos de lo que debería	1	2	3	4	5

Es de las más que acostumbra...	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
CF5Q12 Decirle a su hijo que tiene que comerse lo que le sirvió, por ejemplo "Cómete la sopa"	1	2	3	4	5
CF5Q17 Animar a su hijo a comer lo que le sirvió, ofreciendo como premio la comida que más le gusta	1	2	3	4	5
PC5 Insistirle en "mordida más" o "cucharada más", cuando su hijo ya dijo que terminó de comer	1	2	3	4	5
S2 Regular la cantidad de refrescos/bebidas azucaradas que consume su hijo	1	2	3	4	5
CF5Q1 Luchar para hacer que su hijo coma por ejemplo, forzándolo a sentarse en silla	1	2	3	4	5

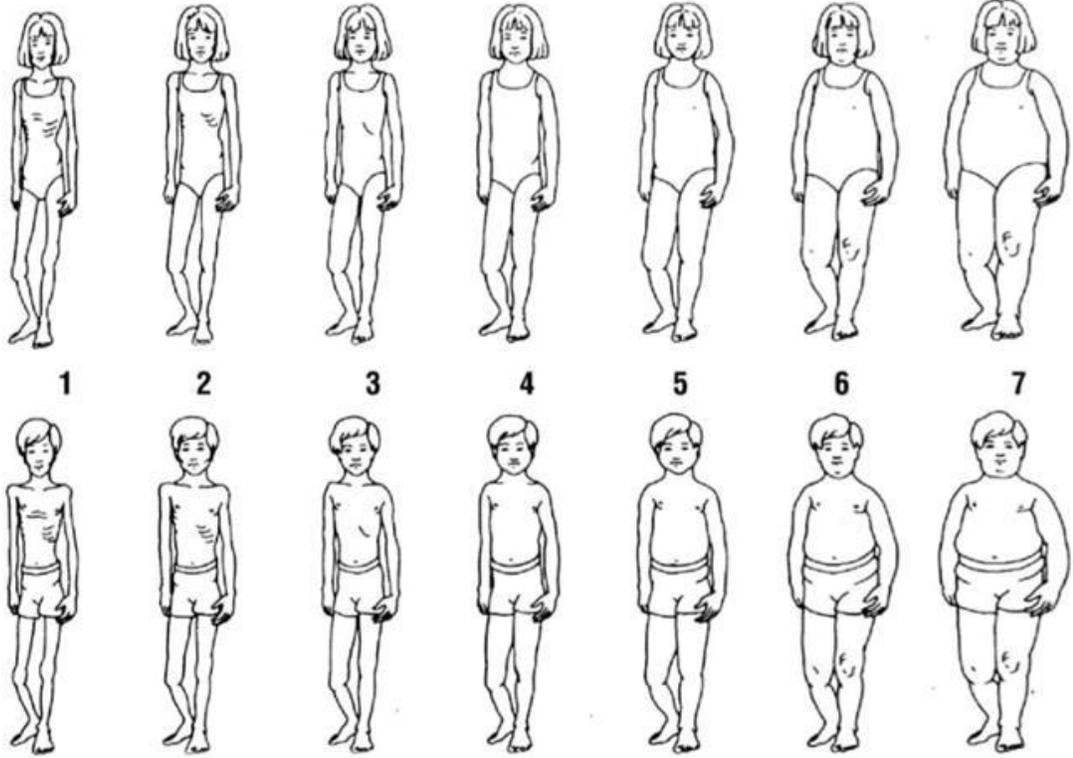
Por lo general,	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
SR5 Su hijo se le cae los alimentos que se le da de comer a su hora, cuando comió entre comidas	1	2	3	4	5
PC4 Su hijo se le cae de comerse toda la comida del plato que le sirvió	1	2	3	4	5
S3 Regular la cantidad de comida grasosa que consume su hijo (papas fritas, pollo frito)	1	2	3	4	5
CP2 Es de las más que le niega la comida preferida, para lograr que su hijo coma saludable	1	2	3	4	5
CPC4 Es de las más que le niega la actividad de jugar preferido, en respuesta a haber comido dulces, pasteles o frituras	1	2	3	4	5

PERCEPCIÓN DE PESO ACTUAL		Mucho	Más o menos	Poco	Muy poco	Nada
P3	¿Qué tanto cree que su niño está excedido de peso actualmente?	1	2	3	4	5
P4	¿Qué tanto cree que su niño falta de peso actualmente?	1	2	3	4	5
P5	Ubicar la percepción de peso del niño en la base de la FIGURA					
P6	Ubicar la percepción de peso del niño en la base de la FIGURA					
P7A	¿El papá de su niño vive en la misma casa que Ud?	1= Sí 2= No				
P7B	Ubicar la percepción de peso del papá del niño en la FIGURA					

DATOS GENERALES	
P8A	Sexo del niño 1=Mujer 2=Hombre
P8	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo? / / (día/mes/año)
P9	¿Cuántos hijos tiene en total?
P10	¿Qué lugar ocupa su hijo entre sus hermanos (1o, 2o, 3o, etc)?

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO			
P11A	Edad de los cumplidos		
P11	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciada		
P12	Escolaridad máxima <input type="checkbox"/> TERMINADA <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria/Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado		
P13	Ocupación <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Autoempleada <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Jubilada/pensionada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Estudiante		
P14	Municipio de residencia en el último año P15. Municipio de nacimiento		
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1=Monterrey 2=Guadalupe 3=San Nicolás 4=Escobedo 5=San Pedro 6=Santa Catarina 7=Apodaca 10=García 11=Otro _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1=Monterrey 2=Guadalupe 3=San Nicolás 4=Escobedo 5=San Pedro 6=Santa Catarina 7=Apodaca 10=García 11=Otro _____ </td> </tr> </table>		1=Monterrey 2=Guadalupe 3=San Nicolás 4=Escobedo 5=San Pedro 6=Santa Catarina 7=Apodaca 10=García 11=Otro _____	1=Monterrey 2=Guadalupe 3=San Nicolás 4=Escobedo 5=San Pedro 6=Santa Catarina 7=Apodaca 10=García 11=Otro _____
1=Monterrey 2=Guadalupe 3=San Nicolás 4=Escobedo 5=San Pedro 6=Santa Catarina 7=Apodaca 10=García 11=Otro _____	1=Monterrey 2=Guadalupe 3=San Nicolás 4=Escobedo 5=San Pedro 6=Santa Catarina 7=Apodaca 10=García 11=Otro _____		
P16	Tiempo de residir en Nuevo León (años)		
P17	CP donde vive		

PESO (Kg): REGISTRAR CON DECIMAL TALLA (cm): REGISTRAR CON DECIMAL 1.0 1.2 1.0 1.3 1.7 1.5 1.8 2.0 2.0	<table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">MEDICIONES</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Mamá</th> <th>Niño(a)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peso1</td> <td>Peso1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Peso2</td> <td>Peso2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Talla1</td> <td>Talla1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Talla2</td> <td>Talla2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	MEDICIONES			Mamá	Niño(a)	Peso1	Peso1		Peso2	Peso2		Talla1	Talla1		Talla2	Talla2	
MEDICIONES																		
	Mamá	Niño(a)																
Peso1	Peso1																	
Peso2	Peso2																	
Talla1	Talla1																	
Talla2	Talla2																	





Anexo C. **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**
PRÁCTICAS ALIMENTARIAS OBESOGÉNICAS EN NIÑOS DE 2-6
AÑOS: VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA
CFQ, PFQ y FPQ

Justificación	A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un problema de salud pública en todas las etapas de la vida y México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil. Se necesitan desarrollar cuestionarios que puedan detectar estilos de alimentar que favorecen el exceso de peso en niños entre 2 y 6 años; para poder prevenir la obesidad infantil.
Objetivo del estudio:	Desarrollar un cuestionario capaz de detectar estilos de alimentar que pueden conducir a obesidad en niños entre 2 y 6 años, y así contribuir a su prevención o tratamiento.
Procedimientos:	Su participación consiste de responder una encuesta sobre estilos de alimentar a niños en edad preescolar; y de medirle a Ud y a su niño (a), el peso y la estatura.
Posibles riesgos y molestias:	Las mediciones que se llevarán a cabo pueden implicar molestias mínimas, SIN riesgos para su salud o la de su niño(a).
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio principal directo es reconocer el estado nutricional de su hijo y la obtención de recomendaciones nutricionales según sus necesidades. Además, gracias a los resultados de la investigación, será posible identificar tempranamente estilos de alimentar que pueden conducir a obesidad infantil, mediante cuestionario que Ud. va a permitir ratificar que funciona en población mexicana.
Participación o retiro:	La participación no tiene costo y tampoco, recibirá pago alguno por su apoyo.
Privacidad y confidencialidad:	Por medio de la presente, se le asegura que no se identificará su nombre en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio; y que los datos personales serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma

Fecha

Firma del investigador

Fecha

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Daniela Berenice Estrada de León

Candidata para el Grado de Maestra en Ciencias en Salud Pública

Tesis: "PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 2-6 AÑOS: VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE VERSIÓN COMBINADA CFQ, PFQ Y CFPQ (CUESTIONARIO MEXICANO DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS [CMPA])".

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública.

Datos personales: Nacida en Monterrey, N.L. el 9 de agosto de 1989. Hija de Oscar Javier Estrada Brondo (†) y Rosalba de León Bermúdez.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado de Licenciatura en Nutrición en el año 2012.

Experiencia Profesional: Asesora en diabetes y enfermedades metabólicas en Merck Sharp and Dhome (MSD) del 2013 al 2014.

Nutrióloga Clínica, consulta externa y privada y jefatura de relaciones públicas en Christus Muguerza, Clínica Vidriera del 2014 al 2015.