

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LOS PADRES EN LOS HÁBITOS  
ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS**

**Por**

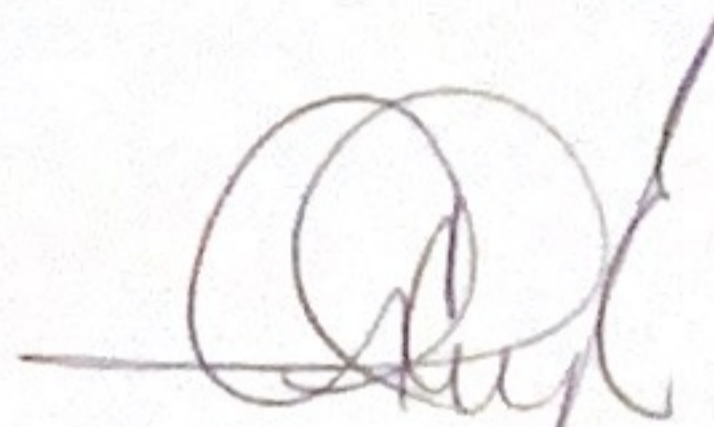
**DRA. JENNY YARELY MUÑOZ CORTES**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

**SEPTIEMBRE, 2022**

# EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LOS PADRES EN LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS

Aprobación de la tesis:



---

**Dra. Idalia Aracely Cura Esquivel**  
Director de la tesis



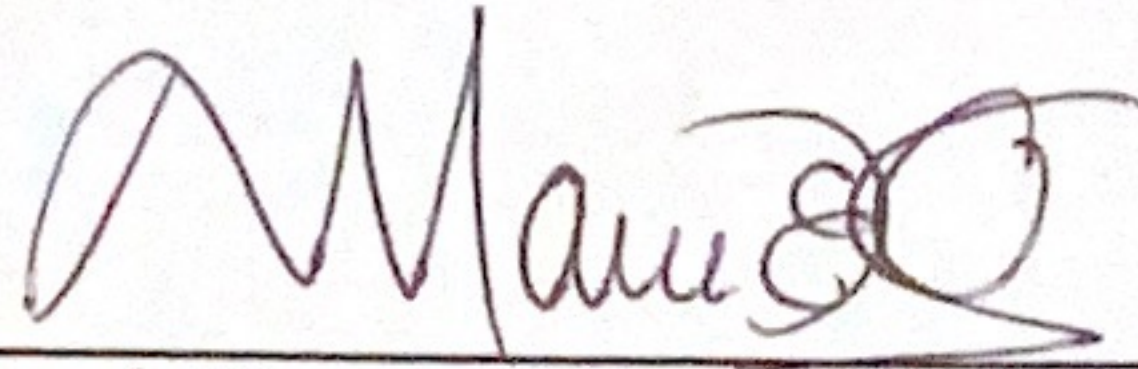
---

**Dr. Fernando García Rodríguez**  
Coordinador de Investigación



---

**Dr. med. Consuelo Treviño Garza**  
Coordinador de Enseñanza



---

**Dr. med. Manuel Enrique de la O Cavazos**  
**Jefe del Departamento de Pediatría**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**



## DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su apoyo durante todos estos años de mi vida universitaria y de posgrado, por nunca dejarme sola y viajar conmigo este camino. A mi mamá por su inmenso amor incondicional, y creer siempre en mí. A mi papá por enseñarme las lecciones más importantes de la vida, con su mejor ejemplo, y siendo un proveedor inigualable. A mi hermano, por demostrarme siempre todo su amor, cariño y apoyo y siempre estar para mí en cualquier situación que lo necesite. Los quiero mucho.

A mi asesora de tesis, la Dra. Idalia Cura, por su enorme paciencia y apoyo durante todo este proceso, y compartir su sabiduría conmigo.

A mis amigos, “los de siempre”, Ana Gaby, Brayan, Jaime, Majo, Denisse, Marcos, Gera, Izamary, Grecia y Miguel, que han estado conmigo desde el inicio de toda la carrera y en la residencia, aunque ahora cada uno haya seguido su camino, siento su apoyo en todo momento y sé que confían en mí, gracias.

A nany, gracias por escucharme en cada guardia, y darme ánimos cuando los necesitaba. Por darme consejos sinceros y que decirme siempre lo que necesito escuchar. Hiciste todo más sencillo.

A mis compañeros del servicio social, Salci, Diego, Marco y Checo, por echarme porras para terminar mi tesis, y convertir Cerralvo en algo que no se olvidara.

A mis coRs, gracias por escucharme siempre, por sus consejos, las risas, y todas las anécdotas que hicieron esta experiencia mucho mas agradable. Se convirtieron en mi segunda familia.

A mis maestros, gracias por compartir sus conocimientos, y por dedicarse al entrenamiento y formación de futuras generaciones de pediatras, sin ustedes no sería posible.

A los pacientes que he tratado durante toda mi residencia, gracias por poner su confianza en mi y ayudar a mi formación tanto profesional como personal, gracias por motivarme a dar lo mejor de mi siempre, hacen que todo valga la pena.

# TABLA DE CONTENIDO

<b>Capítulo I</b> .....	3
Resumen .....	3
<b>Capítulo II</b> .....	6
Introducción.....	6
<b>Capítulo III</b> .....	11
Hipótesis .....	11
<b>Capítulo IV</b> .....	12
Objetivos.....	12
<b>Capítulo V</b> .....	13
Material y métodos .....	13
<b>Capítulo VI</b> .....	18
Resultados.....	18
<b>Capítulo VII</b> .....	23
Discusión .....	23
<b>Capítulo VIII</b> .....	28
Conclusión .....	28
<b>Capítulo IX</b> .....	30
Anexos .....	30
<b>Capítulo X</b> .....	33
Bibliografía .....	33
<b>Capítulo XI</b> .....	35
Resumen autobiográfico .....	35

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Aspectos demográficos de la población analizado por grupos Con y Sin Asesoría Nutricional .....	20
2. Resultado de Cuestionario Comprensivo de Prácticas de Alimentación Analizado por grupos Con y Sin Asesoría Nutricional .....	21
2. Resultado de Cuestionario Comprensivo de Prácticas de Alimentación Analizado por grupos Con y Sin Asesoría Nutricional* (Continuación) .....	22

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CFPQ:** Cuestionario de prácticas de alimentación integral

**IMC:** Índice de masa corporal

**DE:** Desviación estándar



# CAPÍTULO I

## RESUMEN

**Dra. Jenny Yarely Muñoz Cortes**

**Septiembre 2022**

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

**Título: Evaluación de la influencia de los padres en los hábitos alimenticios de los niños.**

**Número de páginas: 40**

**Candidato al grado de MÉDICO ESPECIALISTA en Pediatría**

Los padres, maestros y profesionales de la salud se han preocupado cada vez más en los últimos años por una serie de resultados negativos relacionados con los hábitos alimenticios y el peso de los niños. Estas preocupaciones incluyen el bajo peso y la desnutrición infantil, el sobrepeso y la obesidad, la imagen corporal negativa y las conductas alimentarias y dietas inadaptadas, todo lo cual ha sido documentado en niños pequeños. Las prácticas de alimentación de los padres están vinculadas al consumo de alimentos de los niños, conductas alimentarias, y las trayectorias de ganancia de peso. (1)

Investigaciones sugieren que las prácticas de alimentación de los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de las preferencias de sabor, hábitos alimenticios, nutrición y eventual estado de peso de los niños. (2) En un estudio reciente, el Dr. Skafida del Centro de Ciencias de la Salud de la Población y el Centro

de Investigación sobre Familias y Relaciones (Universidad de Edimburgo) exploró por qué las comidas familiares conducen a mejores opciones alimenticias entre los niños. Comer la misma comida que sus padres estaba más fuertemente asociado con dietas más saludables en los niños. (3)

Dado que la infancia es un periodo clave para el establecimiento de conductas alimentarias, es importante que los padres reciban consejos de alta calidad sobre la alimentación de los niños de manera que promuevan un crecimiento saludable.

Una de las mediciones de prácticas de alimentación más utilizadas es el Cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ). Esta escala es única porque se centró en medir varias prácticas de crianza relacionadas con los alimentos que se habían relacionado con resultados saludables para los niños, pero que no se habían evaluado previamente en los cuestionarios de autoinforme de las prácticas de alimentación de los padres (por ejemplo, el conocimiento de la nutrición de los padres), y se distinguía entre restricción para controlar el peso infantil y la restricción para promover la salud infantil. Existen estudios longitudinales que han proporcionado resultados mixtos con respecto al impacto de una variedad de prácticas de alimentación de los padres en los resultados de peso en niños pequeños. (6)

El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia de los padres en los hábitos alimenticios que acuden a la consulta en nuestro hospital. Se aplicó el cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ) a padres de pacientes de 2 a 16 años que acudieron a la consulta de pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en un periodo de 01 de noviembre 2020 a 01 octubre 2021.

La población de estudio se dividió en dos grupos: con y sin asesoría nutricional,

con un total de 200 pacientes (100 de cada grupo), de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que se manejaron. Se midieron los diferentes aspectos de las prácticas de alimentación de los padres de acuerdo con las 12 diferentes subescalas que componen el CFPQ.

Se encontraron resultados estadísticamente significativos en casi todas las evaluaciones, excepto en la sección de “Involucramiento” que evalúa que tanto los padres fomentan la participación del niño en la planificación y preparación de los alimentos. Y en “Vigilancia” que evalúa el seguimiento que los padres tienen sobre la ingesta de alimentos menos saludables por parte del niño.

En conclusión, aunque en muchos casos, padres e hijos conocen la importancia de una adecuada alimentación, los niños se rehúsan a consumir alimentos que satisfagan sus necesidades nutricionales, y esto debido a diferentes razones. Se comprobó que el componente emocional, juega un papel muy importante para la decisión de actitudes o comportamientos, en ambos padres como hijos. Ante ello, los padres modifican las prácticas de alimentación, tratando de lograr que sus hijos consuman la cantidad de alimentos que ellos consideran adecuada; sin embargo, no son conscientes de los efectos que pueden llegar a tener a corto y largo plazo de dichas prácticas en la conducta alimentaria.

En nuestra población de estudio se evidencio que falta reforzar la información que se provee a los cuidadores del niño, incluso con una asesoría nutricional, así como un adecuado entrenamiento para poder conllevar las adecuadas prácticas de alimentación en conjunto con la enfermedad de sus hijos.

## CAPÍTULO II

### INTRODUCCIÓN

#### 1. Antecedentes

Investigaciones sugieren que las prácticas de alimentación de los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de las preferencias de sabor, hábitos alimenticios, nutrición y eventual estado de peso de los niños (1). En un estudio reciente, el Dr. Skafida del Centro de Ciencias de la Salud de la Población y el Centro de Investigación sobre Familias y Relaciones (Universidad de Edimburgo) exploró por qué las comidas familiares conducen a mejores opciones alimenticias entre los niños. Comer la misma comida que sus padres estaba más fuertemente asociado con dietas más saludables en los niños. Los problemas de elección de alimentos parecen jugar un papel más importante que el tipo y el lugar de la comida (3). La medida en que ocurre la comida familiar, los patrones de comida con respecto a dónde, cuándo y con quién comen los niños y la percepción del disfrute de la comida predicen la calidad de las dietas de los niños después de controlar los indicadores de capital materno que influyen tanto en los hábitos de comida como en las preferencias de sabor. Comer la misma comida que los padres es el aspecto de las comidas familiares más fuertemente relacionado con mejores dietas en los niños, destacando el efecto perjudicial en el aumento de la "comida de los niños". (4)

Dado que la infancia es un periodo clave para el establecimiento de

conductas alimentarias, es importante que los padres reciban consejos de alta calidad sobre la alimentación de los niños de manera que promuevan un crecimiento saludable.

Un enfoque familiar, así como las acciones en las escuelas pueden inducir cambios alimentarios sostenibles. En el estudio Etude Longitudinale Prospective Alimentation et Sante (ELPAS), se plantea la hipótesis de que el entrenamiento dietético familiar durante un año escolar permitirá un cambio nutricional y mejorará el control de peso en niños y padres. Se concluyó que el entrenamiento dietético familiar mejora la ingesta nutricional en niños y padres, con efectos beneficiosos sobre el control del peso.

Una de las mediciones de prácticas de alimentación más utilizadas es el Cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ). Esta escala es única porque se centró en medir varias prácticas de crianza relacionadas con los alimentos que se habían relacionado con resultados saludables para los niños, pero que no se habían evaluado previamente en los cuestionarios de autoinforme de las prácticas de alimentación de los padres (por ejemplo, el conocimiento de la nutrición de los padres), y se distinguía entre restricción para controlar el peso infantil y la restricción para promover la salud infantil. El CFPQ tiene 12 subescalas que miden diferentes aspectos de las prácticas de alimentación de los padres, con 49 elementos que contienen afirmaciones y preguntas que se responden en una escala de Likert de 5 puntos ya sea en desacuerdo o nunca, respectivamente. Existen estudios longitudinales que han proporcionado resultados mixtos con respecto al impacto de una variedad de prácticas de alimentación de los padres en los resultados de peso en niños pequeños. Las dos

prácticas de alimentación más estudiadas son la restricción y la presión para comer. (6)

## **2. Definición del problema de investigación**

Existen constantes cambios en la cultura de nuestra población, que, sumándolos con nuestra predisposición genética, han contribuido a un aumento en la obesidad de las personas a nivel mundial. En los niños, es de suma importancia detectar a tiempo los factores de riesgo con los que se cuenta, así como establecer el perfil genético y su patrón de conducta alimentaria para poder predecir la predisposición de padecer obesidad o alguna otra patología en la vida adulta.

En nuestro país se tiene el primer lugar mundial en obesidad, tanto en población adulta e infantil, este es un grave problema y que va en aumento. Se han detectado diferentes causas a esto, ya sea por factores ambientales, genéticos o incluso psicológicos. En los niños, una buena alimentación es de primordial importancia para su desarrollo y para mantener una buena salud.

Se ha reportado que uno de cada cinco niños menores de 5 años y 1 de cada 3 entre los 6 y 19 años padece sobrepeso u obesidad y 1 de cada 8 niñas y niños de menos de 5 años padece desnutrición crónica. (7)

En niños, la razón de la obesidad tiene un origen multifactorial, y se ha demostrado que no existe una relación entre el consumo de alimentos específicos y el peso corporal, sin embargo, sí es posible asociar patrones conductuales con

obesidad infantil.

Algunos resultados prometedores de recientes ensayos clínicos aleatorizados sugieren que las intervenciones preventivas dirigidas a las madres en los primeros años de vida de sus hijos pueden reducir el uso de biberones y la ingesta de energía, respaldar el desarrollo de prácticas saludables de alimentación infantil, reducir el consumo de bocadillos y ver la televisión, y reducir el índice de masa corporal (IMC) medio de niños a la edad de 2 años. (8)

Debido a que la adolescencia es un momento en el que más jóvenes se involucran en desórdenes alimenticios, es importante que los padres comprendan qué tipos de conversaciones pueden ser útiles o perjudiciales con respecto a las conductas alimentarias desordenadas y cómo tener estas conversaciones con sus adolescentes (9). Para demostrar esto, se realizó un estudio en la Universidad de Minnesota donde se demostraba que las madres y los padres que participaban en conversaciones relacionadas con el peso tenían adolescentes que tenían más probabilidades de hacer dieta, usar comportamientos poco saludables de control de peso y participar en atracones. Los adolescentes con sobrepeso u obesidad cuyas madres participaron en conversaciones que se centraron solo en conductas alimentarias saludables tenían menos probabilidades de hacer dieta y usar conductas poco saludables para el control de peso. Además, los subanálisis con adolescentes con datos de 2 padres mostraron que cuando ambos padres participaban en conversaciones de alimentación saludable, sus hijos adolescentes con sobrepeso u obesidad tenían menos probabilidades de hacer dieta y usar comportamientos poco saludables de control de peso.

Aunque no ha habido muchos estudios prospectivos grandes sobre trastornos alimentarios, se han propuesto una variedad de factores de riesgo para estos trastornos y conductas desordenadas. Los factores de riesgo con el mayor respaldo, que son los que se han identificado en al menos 2 estudios prospectivos, así como aquellos factores que no cambian con el tiempo y se han identificado en al menos 2 estudios transversales, incluyen la edad ( la adolescencia y la edad adulta temprana son los períodos de mayor riesgo), el sexo femenino, la preocupación frecuente por la delgadez con las dietas, las burlas sobre la forma o el peso del cuerpo, la insatisfacción corporal y las preocupaciones sobre el peso, los diagnósticos psiquiátricos comórbidos, la presión percibida de los compañeros y los medios para ser delgados, y los antecedentes familiares de un trastorno alimenticio (10).

### **3. Justificación**

Existen diferentes estudios a lo largo de los años, donde se ha comprobado que existe cierta predisposición genética a escoger sabores dulces o salados y este mismo comportamiento puede modificarse a través de una rutina y, por otro, lado, que los buenos hábitos alimenticios se transmiten a padres a hijos.

Si se tienen claros los diferentes factores que influyen las conductas de alimentación de los niños, es muy probable que se puedan usar a favor y disminuir la prevalencia de trastornos alimenticios y enfermedades en ellos.

No se han realizado estudios que hablen sobre las practicas alimenticias de nuestra población infantil.



## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS

#### *Hipótesis alterna*

Los trastornos alimenticios de los niños no se relacionan directamente con la influencia que los padres tienen sobre ellos.

#### *Hipótesis nula*

Los trastornos alimenticios de los niños se relacionan directamente con la influencia que los padres tienen sobre ellos.

## **CAPÍTULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **4. Objetivo General**

Evaluar la influencia de los padres en los hábitos alimenticios de los niños que acuden a la consulta en nuestro hospital.

#### **5. Objetivos Específicos**

- 1) Determinar mediante la aplicación del cuestionario comprensivo sobre prácticas de alimentación los diferentes factores de riesgo que influyen en la salud de los niños.
- 2) Identificar a los pacientes con estos factores de riesgo que acuden a nuestra consulta.

## CAPÍTULO V

### MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo y diseño de estudio:** Estudio comparativo, observacional, prospectivo y transversal.

**Lugar y sitio:** Consulta externa del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

**Número de pacientes:** 200                      **Duración del estudio:** 11 meses.

**Características de la población:** Se aplicará el Cuestionario de Prácticas de Alimentación Integral (CFPQ) a padres de pacientes de 2 a 16 años que acudan a la consulta de pediatría del hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en un periodo de 01 de noviembre 2020 a 01 octubre 2021.

#### **Criterios de inclusión:**

1. Lactantes mayores, preescolares, escolares y adolescentes de entre 2 a 16 años que acudan a la consulta #14 de Pediatría General del Hospital Universitario “José Eleuterio González”

#### **Criterio de exclusión:**

1. Padres que no estén de acuerdo en participar en el estudio.
2. Sujetos con alguna patología subyacente en ámbito motor o neurológico que predisponga a algún trastorno de la alimentación.

#### **Criterios de eliminación**

1. Encuestas incompletas
2. Solicitud para no participar en el estudio

## **6. Protocolo de estudio**

Se aplicará el Cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ) a padres de pacientes de 2 a 16 años que acudan a la consulta de pediatría del hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en un periodo de 01 de noviembre 2020 a 01 octubre 2021; (Anexo 1).

El CFPQ tiene 12 subescalas que miden diferentes aspectos de las prácticas de alimentación de los padres, con 49 elementos que contienen afirmaciones y preguntas que se responden en una escala de Likert de 5 puntos ya sea en desacuerdo o nunca, respectivamente.

Los puntajes de subescala se calculan como la media de los ítems contribuyentes, lo que resulta en puntajes que van de 1 a 5, donde mayor puntuación representa un mayor uso de la práctica de alimentación.

Se aplicará la encuesta a dos grupos de pacientes, un grupo control y un grupo con notable sobrepeso u obesidad o algún otro trastorno de la alimentación. Los datos obtenidos serán evaluados y revisados por el investigador principal y coinvestigadores y se compararan diferentes variables que se tengan en común los dos grupos y diferenciar cuales se pueden tomar como factores de riesgo predisponentes a lo largo de la vida del paciente. Además de esto, el personal de salud que aplique la encuesta recabara los aspectos demográficos del paciente (edad, sexo, IMC).

Con esta información se llenará una base de datos para posteriormente analizar los resultados y evaluar el curso de la enfermedad durante este periodo de tiempo.

Los resultados de este objetivo pondrán en evidencia las consecuencias que tiene el sobre diagnóstico sobre el sistema de salud.

## **7. Ética**

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adaptada por 52a Asamblea General, en Edimburgo, Escocia en el año 2000 en su Artículo 11, considerando también el artículo 13, el 15 y las últimas enmiendas de la declaración; que señalan que la investigación debe basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico, se revisó detalladamente la bibliografía para redactar los antecedentes y la metodológica del proyecto. Esta investigación está de acuerdo con el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud" en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, se considera como investigación sin riesgo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

La información de los pacientes será utilizada y revelada sólo para las actividades y operaciones que estén relacionadas con el protocolo de investigación, así como en circunstancias limitadas, como cuando sea requerido por ley. El uso y revelación de datos sobre los pacientes se limitará al estándar del "mínimo necesario" y será utilizada solo por los investigadores relacionados con el protocolo de investigación. Otros usos y revelaciones de la información de los pacientes, no ocurrirá a menos que el paciente dé su consentimiento. El paciente podrá ejercer sus derechos bajo la política de confidencialidad sin temor

a ser víctima de cualquier acto de intimidación ni represalias.

## Análisis de datos

### 8. Tamaño de muestra

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra por medio de la fórmula estimación de una proporción en una población infinita del 50% de prevalencia de malos hábitos alimenticios en población pediátrica en México, con una precisión del 10%, un nivel de significancia a dos colas del 5%, y un poder del 97.5%, se requieren al menos 97 pacientes por grupo, con un total de 194 pacientes en este estudio.

**ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA**

$$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

valor Z	1.96	al cuadrado	3.8416	
valor p	0.50			n= 96.04
valor q	0.50			
valor $\delta$	0.10	0.01		

Poder (1- $\beta$ ) %	Valor Z	Nivel de significación ( $\alpha$ )	
		Una cola	Dos colas
99.0	2.33	0.01	0.02
97.5	1.96	0.025	0.05
95.0	1.64	0.05	0.1
90.0	1.28	0.1	0.2
85.0	1.04	0.15	0.3
80.0	0.84	0.2	0.4
75.0	0.67	0.25	0.5
70.0	0.52	0.3	0.6
60.0	0.25	0.4	0.8

Se desea conocer la proporción de pacientes diabéticos con obesidad abdominal.  
Determinar el tamaño de muestra necesario para dicho estudio, de acuerdo con la literatura se conoce que la proporción pudiera encontrarse alrededor de 60%

Respuesta = 369 sujetos de estudio.

## **9. Análisis estadístico e interpretación de la información**

Se analizarán los datos con el Software SPSS v24 para Windows y se utilizará estadística descriptiva con frecuencias y medidas de tendencia central según corresponda. Se evaluarán los riesgos y diferencias con pruebas paramétricas y no paramétricas dependiendo de las características de las variables.

En la estadística descriptiva, las variables cualitativas fueron presentadas mediante frecuencias y porcentajes, mientras para las cuantitativas se utilizó media y su desviación estándar y mediana y su rango correspondiente.

Para las variables cuantitativas fueron evaluadas con T student de muestras independientes para distribución paramétrica.

Un valor de  $p < 0.05$  se tomó como estadísticamente significativo. Se utilizó el programa SPSS versión 24 para realizar el análisis estadístico.

## CAPÍTULO VI

### Resultados

Se aplicó la encuesta a un total de 200 padres de familia o cuidadores que acudieron a la consulta #14 de pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” divididos en 2 grupos. 100 participantes sin asesoría nutricional (grupo control) y 100 participantes con obesidad, sobrepeso o algún trastorno evidente de la alimentación, y que acuden a asesoría nutricional. Con una edad media en ambos grupos de 8 años. El 41% de los pacientes en el grupo control eran de sexo femenino, y 59% de sexo masculino. Mientras que en el grupo de casos se mantuvo una igualdad de 50% en ambos sexos.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas iniciales entre el grupo de casos y los controles (Tabla 1). Tampoco hubo diferencias en el IMC basal entre los casos (19.0, 16.2-23.3) y los controles (18.1, (16.3-22.8) ( $P= 0.599$ ). Recordando que el IMC depende de la edad y sexo para poder clasificar en estado de sobrepeso y obesidad.

Se compararon los dos grupos en los diferentes ítems que evalúa el cuestionario, para así diferenciar los diferentes factores de riesgo y diferentes conductas de los padres en ambos grupos. Se encontraron resultados estadísticamente significativos en casi todas las evaluaciones, excepto en la sección de “Involucramiento” que evalúa que tanto los padres fomentan la participación del niño en la planificación y preparación de los alimentos. Y en “Vigilancia” que evalúa el seguimiento que los padres tienen sobre la ingesta de alimentos menos saludables por parte del niño.

Se toma “N” como el número de pregunta y se compara la media en cada



grupo. Teniendo en cuenta que las respuestas de cada pregunta fueron asignadas del 1 al 5 en una escala de Likert (Tabla 2). Dependiendo de la pregunta podemos observar si los padres tienen un impacto negativo o positivo en cada medición de la subescala.

Con el cuestionario de prácticas de alimentación se puede describir adecuadamente el desarrollo y el conocimiento de los hábitos alimenticios que son puestas en práctica en los niños, ya que describe diferentes aspectos que se pueden dejar influir en el comportamiento y en la rutina del paciente.

## Tablas de contenido

**Tabla 1. Aspectos demográficos de la población analizado por grupos Con y Sin Asesoría Nutricional\***

<b>Variable</b>	<b>Sin asesoría n=100</b>	<b>Con asesoría n=100</b>	<b>P valor</b>
<b>Edad</b>	8 (5-11)	8 (5-12)	0.107
<b>Sexo, media (promedio)</b>			
<b>Femenino</b>	41 (41)	50 (50)	0.201
<b>Masculino</b>	59 (59)	50 (50)	
<b>IMC</b>	18.1 (16.3-22.8)	19.0 (16.2-23.3)	0.599

\*Los datos están presentados en mediana (rango) a menos que se especifique lo contrario

**Tabla 2. Resultado de Cuestionario Comprensivo de Prácticas de Alimentación Analizado por grupos Con y Sin Asesoría Nutricional\***

Escala y Número de Ítem	Sin asesoría n=100	Con asesoría n=100	P valor
<b>Control del niño (ACO)</b>			
N2	2.7 (± 1.1)	2.7 (± 1.0)	0.85
N5	2.4 (± 1.0)	2.9 (± 1.0)	0.003
N8	3.0 (± 1.2)	3.0 (± 1.2)	0.955
N11	2.3 (± 1.2)	3.0 (± 1.1)	<0.001
N13	2.2 (± 1.2)	3.1 (± 1.3)	<0.001
<b>Regulación de la emoción (EMO)</b>			
N3	1.9 (± 1.1)	2.6 (± 1.0)	<0.001
N7	1.7 (± 1.1)	2.6 (± 1.2)	<0.001
N12	1.8 (± 1.0)	2.7 (± 1.2)	<0.001
<b>Fomentar el equilibrio y la variedad (VAR)</b>			
N6	4.0 (± 1.1)	3.2 (± 1.0)	<0.001
N25	4.1 (± 0.9)	3.3 (± 1.1)	<0.001
N28	4.3 (± 0.8)	3.3 (± 1.1)	<0.001
N38	4.1 (± 0.9)	3.4 (± 1.1)	<0.001
<b>Ambiente (AMB)</b>			
N15	4.0 (± 0.9)	3.1 (± 0.9)	<0.001
N22	4.0 (± 0.8)	3.5 (± 1.0)	<0.001
N32	2.3 (± 1.2)	3.2 (± 1.2)	<0.001
N37	2.2 (± 1.1)	3.0 (± 1.2)	<0.001
<b>Comida como recompensa (CCP)</b>			
N19	2.7 (± 1.2)	3.3 (± 1.0)	<0.001
N23	2.3 (± 1.1)	3.1 (± 1.1)	<0.001
N36	2.7 (± 1.3)	3.2 (± 1.0)	0.009
<b>Involucramiento (INV)</b>			
N16	3.6 (± 1.1)	2.9 (± 1.0)	<0.001
N20	3.1 (± 1.7)	3.1 (± 1.0)	0.949
N33	3.2 (± 1.3)	2.8 (± 1.3)	0.067
<b>Modelo (MOD)</b>			
N27	4.4 (± 0.8)	3.4 (± 1.1)	<0.001
N44	4.0 (± 1.1)	3.4 (± 1.0)	<0.001
N47	4.0 (± 1.0)	3.5 (± 1.0)	0.003
N49	4.1 (± 1.0)	3.9 (± 1.0)	0.371
<b>Vigilancia (MON)</b>			
N1	3.2 (± 0.8)	2.8 (± 1.0)	0.003
N4	2.6 (± 0.9)	2.8 (± 0.9)	0.141
N9	2.8 (± 0.9)	2.9 (± 1.0)	0.266
N10	3.0 (± 1.1)	3.2 (± 1.0)	0.188

\*Los datos están presentados en media (desviación estándar) a menos que se especifique lo contrario

**Tabla 2. Resultado de Cuestionario Comprensivo de Prácticas de Alimentación Analizado por grupos Con y Sin Asesoría Nutricional\* (Continuación)**

Escala y Número de Ítem	Sin asesoría n=100	Con asesoría n=100	P valor
<b>Presión (PRE)</b>			
N31	3.2 (± 1.1)	3.4 (± 1.1)	0.158
N39	3.1 (± 1.2)	3.4 (± 1.1)	0.114
N46	2.6 (± 1.2)	3.0 (± 1.2)	0.012
<b>Restricción por salud (RSA)</b>			
N21	3.5 (± 1.1)	3.3 (± 0.9)	0.424
N30	3.5 (± 1.2)	3.4 (± 1.1)	0.597
N35	3.7 (± 1.1)	3.2 (± 1.0)	<0.001
N40	3.1 (± 1.1)	3.4 (± 0.9)	0.01
N43	3.5 (± 1.2)	3.5 (± 1.1)	0.765
<b>Restricción para el control de peso (RCP)</b>			
N14	3.3 (± 1.3)	2.6 (± 1.2)	<0.001
N18	4.3 (± 4.0)	3.4 (± 0.9)	0.023
N24	2.8 (± 1.2)	3.0 (± 1.0)	0.209
N29	2.6 (± 1.2)	3.0 (± 1.1)	0.02
N34	3.2 (± 1.2)	3.1 (± 1.0)	0.665
N41	2.1 (± 1.1)	3.2 (± 1.3)	<0.001
N45	1.8 (± 1.0)	2.9 (± 1.2)	<0.001
<b>Enseñar sobre nutrición (ENN)</b>			
N26	4.3 (± 0.9)	3.5 (± 0.9)	<0.001
N42	2.4 (± 1.2)	3.2 (± 1.3)	<0.001
N48	4.0 (± 1.1)	3.7 (± 1.0)	0.114

\*Los datos están presentados en media (desviación estándar) a menos que se especifique lo contrario

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN

En la subescala de Control del Niño las preguntas van enfocadas a que tanto los padres permiten que el niño controle sus conductas alimentarias y las interacciones de alimentación entre padres e hijos. En esta evaluación, registramos que, a pesar de tener la asesoría nutricional, en este grupo los niños siguen manteniendo control sobre sus acciones, con poca intervención por parte de los padres. Sabemos que los padres tienen cierta autoridad y papel, en decidir la comida de sus hijos, contando con conocimientos sobre que alimentos son de mayor beneficio para la salud. En el caso cuando se otorga individualidad e independencia al niño que no está acostumbrado a su rutina de alimentación sana, vemos que el comportamiento habitual es que escoja comida alta en azúcar y chatarra, o con muy poco valor nutricional.

En el aspecto de Regulación de la Emoción se evalúa como los padres utilizan la comida para regular los estados emocionales del niño. A pesar de que el grupo con asesoría nutricional cuenta con más conocimientos del tema, los padres siguen ofreciendo comida a sus hijos, como incentivo a cambiar su estado de ánimo. Esto nos demuestra como el componente emocional juega un papel muy importante también en la alimentación saludable de los niños. Esta es un aspecto que se puede relacionar directamente con “comida como recompensa” en dado caso que la conducta de los padres sea tratar de confortar al infante ofreciéndole comida de su gusto, que habitualmente suelen ser dulces y comida chatarra. Esto es un problema que se observa mucho en pacientes que padecen obesidad o sobrepeso, ya que encuentran la comida como un medio para sentirse

bien. Si sabemos que esto es una conducta factor de riesgo que puede llevar a los niños a problemas de salud, es importante enfocarse a tratarla desde antes, detectando el problema, es decir, podemos detectar pacientes de nuestra conducta y además de tratar su patología de base, ofrecer apoyo en el aspecto emocional para tratar de evitar estas medidas.

Existe una subescala llamada Fomentar el Equilibrio y la Variedad, donde se interroga que tanto los padres promueven una ingesta de alimentos bien balanceada, incluido el consumo de alimentos variados y opciones de alimentos saludables. El grupo control mostro más apego a esta regulación, e incluso mostraron más concientización sobre el tema, ofreciendo a sus hijos opciones más saludables en su dieta y promoviendo la mejor alimentación. Esta subescala se relaciona directamente también con la de “Modelo” donde podemos observar el impacto que tienen los padres y sus conductas con los nuevos aprendizajes del niño. Esto nos habla de la importancia que hay en englobar a toda la familia en la asesoría nutricional, tanto padres como hijos, ya que si mejoramos los conocimientos del proveedor en la familia y de quienes toman la decisión de que se va a preparar para comer, se elegirá la opción más saludable.

En “Ambiente” se evalúa que alimentos ponen a disposición los padres en el hogar, donde se observa una clara diferencia entre ambos grupos. En el grupo sin asesoría, el hogar de los niños se encuentra con más opciones saludables de alimentos, mientras que, en el grupo nutricional, aún tenemos en casa la opción de consumir alimentos chatarra que pudieran seguir perjudicando la salud. Esto va de la mano con lo que habíamos mencionado previamente de los padres siendo un buen modelo para seguir, rodeándose de alimentos saludables.

En comida como recompensa, vemos como los padres usan la comida como recompensa por el comportamiento del niño. El grupo con asesoría nutricional muestra un patrón donde los padres ofrecen la comida favorita del niño e incluso, dulces, caramelos y comida chatarra a cambio de un buen comportamiento, además de que usan un refuerzo negativo retirando el postre (usado como incentivo) a los niños cuando estos muestran una mala conducta. Este es un comportamiento que claramente tenemos que corregir en las prácticas de alimentación que conllevan los padres de familia, ya que estos chantajes tienen un impacto negativo en el peso de los niños y conllevan a problemas de salud posteriores, como lo es la obesidad y el sobrepeso.

En la sección “Modelo”, los padres demuestran activamente una alimentación saludable para el niño, poniendo el ejemplo en el hogar, el grupo control, mostro un mejor apego al tipo modelo. Esto nos habla de la igualdad de importancia de aplicar los conocimientos adquiridos en una adecuada asesoría nutricional tanto en padres como hijos. Los padres del grupo de casos de pacientes con algún trastorno alimenticios resultaron ser los peores modelos en comparación con el grupo control, no llevando una adecuada alimentación ni teniendo la incentiva de intentarlo. Recordemos que muchas veces la alimentación del niño depende de lo que el padre le proporcione, por lo que, si seguimos con esta conducta, nuestro país se seguirá manteniendo en 1 lugar de obesidad y sobrepeso, tanto en población adulta como infantil.

La subescala Presión, cuestiona que tanto los padres presionan al niño a que consuma más comida. Muestra como el grupo con asesoría nutricional intenta hacer que el niño “llene” incitándolo a comer un poco más después de que ya se

manifestó satisfecho, sin embargo, están conscientes de que no es obligatorio terminar toda la comida del plato para llevar una buena nutrición.

En Restricción por la Salud, los padres controlan la ingesta de alimentos del niño con el fin de limitar los alimentos y dulces menos saludables. Muestra la preocupación que tienen los padres para no darles alimentos a sus hijos que puedan perjudicar su salud, por ambos grupos. En el grupo sin asesoría se muestra una distinción en la que se refleja preocupación si los niños no consumen suficientes alimentos, es decir, lo contrario a restricción, por miedo a contraer alguna enfermedad.

En Restricción para el control de Peso, los padres controlan la ingesta de alimentos del niño con el propósito de disminuir o mantener su peso. Se evidencia como el grupo de padres sin asesoría nutricional muestra más preocupación por restringir alimentos altos en grasa o ciertos alimentos que saben que aumentarían el peso del niño. En cambio, el grupo con asesoría muestra restricción en cantidad de la comida y no se guían por el contenido nutricional que hay en ellos.

Por último, tenemos la subescala de enseñanza sobre nutrición, en donde se evalúa como los padres utilizan técnicas didácticas explícitas para fomentar el consumo de alimentos saludables. En esta sección de preguntas, los padres del grupo control mostraron más preocupación y disposición para poder enseñar la importancia de un estilo de vida saludable con sus hijos. En cambio, el grupo que necesita asesoría nutricional mostró una postura de autoridad, imponiendo alimentos a los niños sin ninguna explicación.

La precisión de una herramienta de diagnóstico se puede evaluar en términos de variabilidad. Dependiendo del contexto clínico y la experiencia, estos



resultados pueden interpretarse como aceptables o no.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones. Debido a las limitaciones intrínsecas del diseño del estudio, se desconoce el impacto que pueda tener sobre las practicas de crianza y hábitos alimenticios de los padres, se tendrá que estudiar en un futuro, la interrelación que tiene cada subescala con cada una de ellas, para ver diferentes abordajes que se pueden cubrir al momento de tener una adecuada asesoría nutricional.

## Capítulo VIII

### Conclusión

A pesar de que en los últimos años se han establecido medidas para fomentar y establecer una correcta alimentación en los niños en los países en vía de desarrollo, aún existen problemas en sus hábitos alimenticios.

Aunque en muchos casos, padres e hijos conocen la importancia de una adecuada alimentación, los niños se rehúsan a consumir alimentos que satisfagan sus necesidades nutricionales. Ante ello, los padres van modificando las prácticas de alimentación, tratando de lograr que sus hijos consuman la cantidad de alimentos que ellos consideran adecuada; sin embargo, no son conscientes de los efectos a corto y largo plazo de dichas prácticas en la conducta alimentaria.

Los problemas en la alimentación infantil llevan frecuentemente a la disminución del bienestar emocional y psicológico tanto de los padres como de sus hijos.

Una adecuada asesoría nutricional debe de buscar la mejoría de estas prácticas de alimentación y debe de englobar todos los factores tanto fisiológicos, nutricionales y psicológicos con los que se puede enfrentar el padre del niño. Es decir, orientación para poder afrontar problemas y el manejo de las emociones en relación con dichos problemas, incluyendo herramientas que permitan la participación de los niños.

En nuestra población de estudio se evidencio que falta reforzar medidas de las conductas que muestran los padres, incluso con una asesoría nutricional, así como un adecuado entrenamiento para poder conllevar las adecuadas prácticas de alimentación en conjunto con la enfermedad de sus hijos.

Las conductas que practican los padres tienen una fuerte influencia tanto positiva como negativa en los hábitos alimenticios de los niños. Es por eso, que la educación y orientación, debe fomentarse en toda la familia para promover la salud desde pequeños.

## CAPÍTULO IX

### Anexos



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

### Cuestionario Comprensivo sobre Prácticas de Alimentación

De las siguientes preguntas, seleccione la opción que considere más acertada:

		Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
1	¿Qué tan frecuente permito que mi hijo consuma dulces, caramelos, nieve, pasteles o pan dulce?	MON				
2	En las comidas, ¿usted deja que su hijo escoja lo que quiere de los alimentos servidos?	ACO				
3	¿Le ofrece a su hijo algo de comer o beber cuando está aburrido, aun sabiendo que no está hambriento?	EMO				
4	¿Qué tan frecuente noto que mi hijo consume comida alta en grasa?	MON				
5	¿Le permite a su hijo comer alimentos chatarra cada vez que él quiere?	ACO				
6	¿Promueve en su hijo el consumo de alimentos sanos antes que la comida chatarra?	VAR				
7	¿Le ofrece a su hijo algo de comer o beber cuando está molesto, aun sabiendo que no está hambriento?	EMO				
8	Mi hijo puede dejar la mesa cuando está satisfecho, aunque el resto de la familia no haya terminado de comer.	ACO				
9	¿Qué tan frecuente veo que mi hijo consume alimentos como papitas, chicharrones o fritos?	MON				
10	¿Con qué frecuencia me doy cuenta que mi hijo consume refrescos, jugos o bebidas azucaradas?	MON				
11	¿Usted deja que su hijo coma lo que quiera?	ACO				
12	Cuando su hijo hace berrinche o anda necio, ¿le ofrecer algo de comer o beber?	EMO				
13	Si a su hijo no le gusta lo servido para comer, ¿le prepara otro alimento?	ACO				



# UANL



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
14	Hay ciertos alimentos que mi hijo no debe de comer porque lo harán engordar.	RCP					
15	La mayoría de la comida en mi casa es saludable.	AMB					
16	Involucro a mi hijo en la planeación de la comida de la familia.	INV					
17	Mi hijo siempre debe comer toda la comida servida en su plato.	PRE					
18	Debo asegurarme que mi hijo no coma muchos alimentos altos en grasa.	RCP					
19	Le ofrezco a mi hijo su comida favorita a cambio de un buen comportamiento.	CCP					
20	Mi hijo me ayuda a preparar la comida de la familia.	INV					
21	Si no guiara o regulara los alimentos de mi hijo, consumiría demasiado de su comida favorita.	RSA					
22	En cada comida servida en casa, hay una variedad de alimentos saludables disponibles para mi hijo.	AMB					
23	Le ofrezco dulces, caramelos, nieve, pasteles o pan dulce a mi hijo como recompensa por un buen comportamiento.	CCP					
24	Si mi hijo consume más de lo acostumbrado en una comida, intento limitarlo en la siguiente comida.	RCP					
25	Promuevo que mi hijo pruebe nuevos alimentos.	VAR					
26	Hablo con mi hijo sobre lo importante de comer alimentos saludables.	ENN					
27	Intento mostrar entusiasmo acerca de consumir alimentos saludables como frutas, verduras o cereales.	MOD					
28	Le digo a mi hijo que la comida saludable tiene buen sabor.	VAR					
29	Fomento que mi hijo coma menos para que no engorde.	RCP					
30	Si no controlara los alimentos de mi hijo, consumiría demasiada comida chatarra.	RSA					
31	Si mi hijo dice "no tengo hambre", intento que coma de cualquier manera.	PRE					
32	Tengo en mi casa alimentos chatarra que mi hijo puede consumir como papitas, chicharrones o fritos.	AMB					

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA**

Av. Francisco I. Madero Pte y Av. Gonzalitos  
 Col. Mitras Centro C.P. 64460 Monterrey, N.L.  
 México Apartado 1-4459 Tel.: (81) 8348 5421  
 Tel. y Fax: 8346 9959



Departamento de Pediatría  
 ESPECIALIDADES, HOSPITAL UNIVERSITARIO, UANL



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
33	Promuevo la participación de mi hijo en la compra de los alimentos.	INV					
34	Limito a mi hijo de los alimentos que puedan engordarlo.	RCP					
35	<b>Me preocupa que si mi hijo no consume la cantidad suficiente de alimentos, se enferme con más facilidad.</b>	RSA					
36	Le retiro el postre/dulce a mi hijo cuando se comporta mal.	CCP					
37	Tengo en mi casa muchos dulces, caramelos, nieve, pasteles o pan dulce.	AMB					
38	Promuevo a que mi hijo consuma alimentos variados.	VAR					
39	Si mi hijo solo come una pequeña porción, intento hacerle que coma más.	PRE					
40	Debo asegurarme que mi hijo no consuma demasiado de su comida favorita.	RSA					
41	No permito a mi hijo comer entre comidas porque no quiero que engorde.	RCP					
42	Yo le digo a mi hijo qué comer y qué no comer sin darle explicaciones.	ENN					
43	Debo asegurarme que mi hijo no consuma demasiados dulces, caramelos, nieve, pasteles o pan dulce.	RSA					
44	Pongo el ejemplo a mi hijo sobre comer alimentos saludables, al consumirlos yo.	MOD					
45	Frecuentemente pongo a mi hijo a dieta baja en calorías para controlar su peso.	RCP					
46	Cuando mi hijo dice que ya terminó de comer, intento que coma un bocado más ("el último", "una cucharada más").	PRE					
47	Intento comer alimentos saludables como frutas, verduras o cereales en frente de mi hijo, aunque no sean mis favoritos.	MOD					
48	<b>Le enseño a mi hijo sobre lo importante que es no consumir comida chatarra</b>	ENN					
49	Muestro a mi hijo lo mucho que disfruto comer alimentos saludables.	MOD					

**Edad:**

**Sexo:**

**Diagnostico:**

**IMC:**

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA**

Av. Francisco I. Madero Pte y Av. Gonzalitos  
Col. Mitras Centro C.P. 64460 Monterrey, N.L.  
México Apartado 1-4459 Tel.: (81) 8348 5421  
Tel. y Fax: 8346 9959



Departamento de Pediatría  
Y ESPECIALIDADES, HOSPITAL UNIVERSITARIO, UANL

## CAPÍTULO X

### Bibliografía

1. Fisher & Birch, 1999; Hughes et al., 2007; Loth, Friend, Horning, Neumark Sztainer, & Fulkerson, 2016
2. Benton, 2004; Carper, Fisher, & Birch, 2000; Hodges, 2003; Krebs & Jacobsen, 2003; Kremers, Brug, de Vries, & Engels, 2003; Satter, 1999
3. The European Food Information Council. (s.f.). The positive influence of family meals on children's food choice: (EUFIC). Recuperado 4 marzo, 2020, de <https://www.eufic.org/en/healthy-living/article/the-positive-influence-of-family-meals-on-childrens-food-choice>
4. Skafida, V. (2013). The family meal panacea: exploring how different aspects of family meal occurrence, meal habits and meal enjoyment relate to young children's diets. *Sociology of Health & Illness*, 35(6), 906–923. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12007>
5. Paineau, D. L., Beaufile, F., Boulier, A., Cassuto, D. A., Chwalow, J., Combris, P., ... Bornet, F. (2008). Family dietary coaching to improve nutritional intakes and body weight control: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(1), 34–43 <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2007.2>
6. Cristina Castrillón, I., & Giraldo Roldán, O. (2014). Feeding Practices Parents and Eating Behaviors in Children: Is there enough Information to Approach Feeding Problems? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(8), 57–74.
7. Lucia Cuevas Nasu, Marco A. Ávila, Teresa Shamah. (31 de octubre de 2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). ENSANUT 2016, 1, 64- 68. 17/02/18, De <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf> Base de datos.
8. Wen, L. M., Baur, L. A., Simpson, J. M., Xu, H., Hayes, A. J., Hardy, L. L., . . . Rissel, C. (2015). Sustainability of Effects of an Early Childhood Obesity Prevention Trial Over Time. *JAMA Pediatrics*, 169(6), 543. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0258>

9. Berge, J. M., MacLehose, R., Loth, K. A., Eisenberg, M., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Parent Conversations About Healthful Eating and Weight. *JAMA Pediatrics*, 167(8), 746. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.78>
10. Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, C. B., & Laird, N. M. (2008). Family, Peer, and Media Predictors of Becoming Eating Disordered. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(6), 574. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.6.574>
11. Salvador Jesús López-Alonzo. (28 de junio de 2016). Indicadores de condición física en escolares mexicanos con sobrepeso y obesidad. *elsevier*, 2016;73(4):243 249
12. Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(8), 960–972. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>



## CAPÍTULO X

### RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Jenny Yarely Muñoz Cortes

Candidato para el Grado de Especialista en Pediatría

Tesis: **Evaluación de la influencia de los padres en los hábitos alimenticios de los niños.**

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos personales: nacida en Monterrey, Nuevo León, México el 28 de octubre de 1994.

Estado civil: Soltero.

Grado de estudio: Médico Cirujano y Partero por la Universidad Autónoma de Nuevo León, graduado en 2017.

### Trayectoria

Obtuve mis estudios de bachillerato en el Centro de Investigación y Desarrollo de Educación Bilingüe de la UANL. Posteriormente cursé mis estudios de Médico Cirujano y Partero en la Universidad Autónoma de Nuevo León entre el 2011 y el 2017.

Realicé mi servicio social en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad Médica Familiar #35 durante el periodo 2017 - 2018. Inicié mi formación en la especialidad de Pediatría en 2019 en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.