

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



CRIANZA CONSCIENTE, PRÁCTICAS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN  
INFANTIL Y CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN DEL HIJO MENOR DE 2 AÑOS

Por

LIC. IRIS NAYELI PÉREZ GARCÍA

Como requisito para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

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



CRIANZA CONSCIENTE, PRÁCTICAS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN  
INFANTIL Y CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN DEL HIJO MENOR DE 2 AÑOS

Por

LIC. IRIS NAYELI PÉREZ GARCÍA

Director de tesis

DRA. YOLANDA FLORES PEÑA

Como requisito para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

CRIANZA CONSCIENTE, PRÁCTICAS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN  
INFANTIL Y CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN DEL HIJO MENOR DE 2 AÑOS

**Aprobación de Tesis**

---

Dra. Yolanda Flores Peña  
Director de Tesis

---

Dra. Yolanda Flores Peña  
Presidente

---

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde  
Secretario

---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD  
Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, subdirector de Posgrado e Investigación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT por la beca recibida para realizar los estudios de maestría.

A mi Director de tesis Dra. Yolanda Flores Peña por el apoyo brindado, por impulsarme a crecer profesionalmente, por siempre mostrar ese entusiasmo y disponibilidad durante mi formación.

A Bertha Cecilia Salazar González, PhD y la Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde por sus colaboraciones y aportaciones durante las presentaciones en los seminarios de investigación

A la Dra. Marily Daniela Amaro Hinojosa profesor de la Universidad Autónoma de Chihuahua en la Facultad de Enfermería y Nutriología por recibirme durante mi estancia académica de investigación.

A los docentes de la Maestría por compartir sus conocimientos y las enseñanzas recibidas.

A la MGDS. Claudia Pérez García y la MACT. Cristina Rodríguez Alejo por su apoyo durante el proceso de colecta de datos en la investigación.

A la institución de salud en el cual se realizó la colecta de datos, al personal por el apoyo brindado en especial a la E.P Mayela Ríos Ponce, así como a los padres de familia por participar en el estudio.

## **Dedicatoria**

A mi padre quien siempre estuvo para mí en cada paso que di, por cuidarme y protegerme siempre, pero sobre todo por darme la fuerza y valentía que he necesitado.

A mi madre por estar presente en mi vida, por el apoyo y amor que me ha dado.

A mis hermanos que de forma incondicional siempre me han acompañado en este camino.

A mis sobrinos que han sido para mí una motivación muy importante, que han sido el motivo de mis alegrías.

A mi mejor amigo que siempre ha estado para mí, por sus consejos, por apoyarme en cada decisión de mi vida.

## Resumen

Lic. Iris Nayeli Pérez García  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Marzo, 2023

Título del Estudio: CRIANZA CONSCIENTE, PRÁCTICAS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN DEL HIJO MENOR DE 2 AÑOS

Número de páginas: 108

Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Cuidado de la salud en (a) estados crónicos (b) en grupos vulnerables.

**Objetivo y Método del estudio:** Objetivo general fue determinar el efecto mediador de las prácticas parentales de alimentación infantil entre crianza consciente y las conductas de alimentación del hijo. Objetivos específicos: Identificar los predictores de las prácticas parentales de alimentación infantil e identificar los determinantes de la crianza consciente. Participaron 375 diadas padre y/o madre – hijo menor de 2 años que acudieron a Control del Niño sano o consulta de revisión con médico pediatra. Madre o padre contestaron por QuestionPro® lo siguiente: Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza Versión Infante, Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura y Cuestionario de Conductas de Alimentación para Niños Menores de 2 años. Las mediciones antropométricas del hijo peso y talla se obtuvieron de los registros médicos y de enfermería del expediente. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados y Conclusiones:** Las subescalas con mayor puntuación fueron: escuchar con total atención al hijo 4.48 ( $DE = .51$ ), alimentación a libre demanda 3.77 ( $DE = .99$ ) en hijos alimentados predominantemente con leche y ambiente familiar en las comidas 4.01 ( $DE = .81$ ) en hijos alimentados predominantemente con sólidos, la conducta de alimentación disfrutar los alimentos de la versión concurrente 4.57 ( $DE = 0.39$ ) y 4.53 ( $DE = .45$ ) de la versión retrospectiva. Mediante regresión lineal múltiple se encontró un modelo que explicó 40.4% de la varianza de las prácticas parentales de alimentación, variables que contribuyeron: trabajo del padre/madre, peso del hijo con influencia negativa, escolaridad madre/padre y crianza consciente influencia positiva. Para crianza consciente el modelo explicó 25.9% de la varianza, contribuyó la edad del hijo en meses de forma negativa. Las prácticas parentales de alimentación infantil de estructura fueron variable mediadora positiva ( $\beta = .0071$ ) y las de no respuesta ( $\beta = -.0055$ ;  $\beta = -.0027$ ) variables mediadora negativa entre crianza consciente y conductas de alimentación del hijo. Se concluye que las prácticas parentales de alimentación infantil tienen un papel mediador entre crianza consciente y conductas de alimentación del hijo. Se recomienda continuar investigando el papel mediador de las prácticas parentales de alimentación, así como diseñar intervenciones para fortalecer la crianza consciente.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco Conceptual	6
<i>Crianza Consciente</i>	6
<i>Prácticas Parentales de Alimentación Infantil</i>	8
<i>Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años</i>	9
<i>Estado Nutricio del Lactante</i>	11
Estudios Relacionados	11
<i>Crianza Consciente</i>	11
<i>Crianza Consciente y Prácticas Parentales de Alimentación Infantil</i>	13
<i>Prácticas Parentales de Alimentación Infantil</i>	15
<i>Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años</i>	16
<i>Prácticas Parentales de Alimentación Infantil y Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años</i>	17
<i>Prácticas Parentales de Alimentación Infantil y Estado Nutricio del Lactante</i>	19
<i>Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años y Estado Nutricio del Lactante</i>	21
Definición Operacional de Términos	22
Objetivo General	23
Objetivos Específicos	24
Capítulo II	25
Metodología	25

Contenido	Página
Diseño del Estudio	25
Población, Muestreo y Muestra	25
Criterios de Selección	26
Mediciones	26
<i>Antropométricas</i>	29
Procedimiento de Colecta de los Datos	30
Consideraciones Éticas	31
Estrategias de Análisis de Datos	33
Capítulo III	34
Resultados	34
Consistencia Interna de los Instrumentos	34
Estadísticas Sociodemográficas de Madres/Padres	35
Participantes	
Estadística para verificar los objetivos	42
Estadística Inferencial	46
Capítulo IV	53
Discusión	53
Conclusiones	58
Limitaciones	60
Recomendaciones	60
Referencias	63
Apéndices	72
A. Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza Versión Infante	73



Contenido	Página
B. Cuestionarios de Prácticas de Alimentación y Estructura para Niños Menores de 2 Años Versión Leche y Sólidos	74
C. Cuestionarios de Conductas de Alimentación para Niños Menores de 2 Años Versión Concurrente y Versión Retrospectiva	75
D. Cédula de datos sociodemográficos de la madre y el hijo	76
E. Procedimiento mediciones antropométricas	79
F. Consentimiento Informado	90
G. Resumen de Modelos de Mediación Significativos y No Significativos	93

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Confiabilidad de los Instrumentos	34
2 Estadísticas Descriptivas de Características Sociodemográficas Madres/Padres	35
3 Características del Lactante de Acuerdo con el Método de Alimentación Predominante	38
4 Lactancia materna, Uso de Fórmulas Infantiles e Inicio de Alimentación Complementaria	39
5 Métodos de alimentación por Rango de Edad del Lactante	40
6 Estadísticas Descriptivas de Medidas Antropométricas del por Rango de Edad	41
7 Estado Nutricio del Hijo de Acuerdo con la OMS por Método de Alimentación Predominante	42
8 Estadística Descriptiva de las Dimensiones de la Crianza Consciente y Escala Total	42
9 Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (lactantes alimentados predominantemente con leche)	43
10 Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (lactantes alimentados con sólidos)	44
11 Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Conductas de Alimentación del Lactante (Concurrente)	45
12 Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años (Retrospectiva)	45

Contenido	Página
13 Regresión Lineal Múltiple de la Puntuación de Prácticas de Alimentación de Estructura (alimentación predominantemente con leche) y Variables del Estudio	46
14 Regresión Lineal Múltiple de la Puntuación de Prácticas de Alimentación de No Respuesta (alimentación predominantemente con leche) y Variables del Estudio	48
15 Regresión Lineal Múltiple de la Puntuación Total de Crianza Consciente y Variables del Estudio	49

## Lista de Figuras

Figura	Página
1 Modelo de Mediación de las Prácticas de Alimentación Infantil (Estructura) entre la Crianza Consciente y las Conductas de Alimentación (Sensibilidad en la alimentación) en Lactantes Alimentados Predominantemente con Leche	50
2 Mediación de las Prácticas de Alimentación Infantil (No respuesta) entre la Crianza Consciente y las Conductas de Alimentación (Sensibilidad en la alimentación) en Lactantes Alimentados Predominantemente con Leche	51
3 Mediación de las Prácticas de Alimentación Infantil (constructo No respuesta) entre la Crianza Consciente y la Sensibilidad a la saciedad (conductas de Alimentación) en Lactantes Alimentados Predominantemente con Leche	52

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La malnutrición es un problema que afecta a la población infantil y se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones: 1) La desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad); 2) La malnutrición relacionada con los micronutrientes, incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y 3) El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a).

Se considera que, por un lado, la desnutrición durante la infancia tiene impactos negativos en el resto de la vida, como talla baja y desarrollo insuficiente del sistema inmunológico. Por otro lado, el sobrepeso y la obesidad favorecen la aparición de enfermedades como la diabetes, problemas circulatorios, del corazón o de los riñones, repercusiones graves que afectan la calidad y la esperanza de vida (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF por sus siglas en inglés], 2022a).

De acuerdo con los datos registrados por la OMS a nivel mundial, 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave y 155 millones sufren retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tienen sobrepeso o son obesos y un 45% de las defunciones de niños se asocian a la desnutrición (OMS, 2021b). No es raro encontrar a la desnutrición y la obesidad coexistiendo en el mismo lugar; en los países de ingresos bajos y medianos es más probable que la nutrición del lactante y del niño pequeño sea inadecuada (OMS, 2021c).

La obesidad infantil en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y

Nutrición ([ENSANUT], 2018) para la población de 0 a 4 años mostró un aumento del año 2006 al año 2012 de 8.3% a 9.7% y para el 2018 disminuyó a 8.2%, aunque en ese mismo año el 22.2% de los niños se identificó con riesgo de sobrepeso, actualmente el porcentaje a nivel nacional se encuentran en 7.8% (ENSANUT, 2021). Sin embargo, México ocupa actualmente el primer lugar en obesidad infantil a nivel mundial (UNICEF, 2021b). Por lo menos 1 de cada 20 niñas y niños menores de 5 años en nuestro país padece de sobrepeso u obesidad, problema que se presenta más a menudo en los estados del Norte y en comunidades urbanas. En cuanto a la desnutrición 1 de cada 8 niños menores de 5 años padece desnutrición crónica principalmente en los estados del sur de México y en las comunidades rurales (UNICEF, 2021b).

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Además de estos riesgos futuros, los niños con obesidad sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares y resistencia a la insulina (OMS, 2021b).

La alimentación y los patrones que se establecen desde la infancia pueden perdurar hasta la vida adulta, por lo que la alimentación del lactante e infante es fundamental para mejorar la supervivencia infantil, fomentar un crecimiento y desarrollo saludable. Los primeros dos años de la vida son especialmente importantes puesto que la nutrición óptima durante este período reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas y mejora el desarrollo general (Bustamante et al., 2019). Sin embargo, son pocos los lactantes que reciben alimentación segura y adecuada desde el punto de vista nutricional (OMS, 2021a) con frecuencia se recurre a la introducción de fórmulas maternizadas; por lo menos 48% de los niños menores de 6 meses y 33% de los niños entre 6 y 11 meses ingirieron fórmula infantil (González et al.,

2020), además en muchos países menos del 25% de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad (OMS, 2021a).

La OMS, la UNICEF y la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018 recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad y que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de leche con alimentos adecuados y nutritivos para su edad. A pesar de esto, en México, solamente 1 de cada 3 bebés recibe leche materna como alimento exclusivo hasta los 6 meses. Muchos reciben alimentos o líquidos adicionales desde su primer mes de vida como fórmulas, leche de vaca u otro animal y bebidas azucaradas (UNICEF, 2021b).

La transición de la lactancia materna a la alimentación complementaria que es el proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche humana abarca generalmente el período que va desde los 6 a los 18-24 meses de edad, es una fase de gran vulnerabilidad ya que es cuando más padres refieren dificultades a la hora de alimentar a sus hijos (Gutiérrez & Coronado, 2019). La NOM-043-SSA2-2012 establece que el lactante a partir del sexto mes de vida debe recibir otros alimentos preparados en forma apropiada e integración a la dieta familiar al año de edad.

La UNICEF ha destacado el rol fundamental de la lactancia materna y alimentación complementaria como la intervención preventiva de mayor impacto en la sobrevivencia del niño, su crecimiento y desarrollo (UNICEF, 2011). Los padres tienen un papel clave en el desarrollo de las preferencias y conductas alimentarias de sus hijos (Finanne et al., 2016), especialmente el rol que tiene la madre, ya que se considera el principal cuidador del infante (Silva et al., 2016).

Las interacciones entre padres e hijos pueden favorecer o no el óptimo desarrollo

del infante, al respecto se ha encontrado que la crianza consciente, es decir, cuando los padres se enfocan en las interacciones con su hijo, pueden ayudar a que los infantes participen con menor frecuencia en conductas alimentarias desordenadas y en la promoción de conductas de alimentación más saludables (Gouveia et al., 2020), esta crianza consciente además podría estar relacionada a prácticas de alimentación más saludables tales como: identificar señales de hambre y saciedad, mayor ingesta de verduras y frutas y menor ingesta de alimentos con azúcares añadidos, horario y entrono de comida estructurado (Finanne et al., 2017; Forero et al., 2018; Goodman et al., 2020; OMS, 2021b).

La crianza consciente es caracterizada como una práctica disciplinada de crianza que involucra la consciencia que emerge al prestar atención a propósito en el momento presente y sin prejuicios durante las interacciones cotidianas entre padres e hijos, misma que promueve una relación positiva y segura (Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997).

La crianza consciente sugiere que los padres que pueden permanecer conscientes y aceptar las necesidades de sus hijos mediante el uso de prácticas de atención plena pueden crear un contexto familiar que permita una satisfacción y disfrute más duraderos en la relación padre-hijo, se integra por cinco dimensiones: 1) escuchar con total atención al hijo, 2) aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo, 3) consciencia emocional de uno mismo y del hijo, 4) autorregulación en la relación padre-hijo y 5) compasión por uno mismo y por el hijo (Duncan et al., 2009).

Mediante la revisión de la literatura se identificó que la crianza consciente ha sido evaluada principalmente en madres de hijos en edad escolar, encontrando mayor puntaje de crianza consciente en madres con mejores prácticas de alimentación infantil (Gouveia et al., 2019), solo se encontró un estudio realizado en madres mexicanas de niños preescolares que evaluó la relación entre la crianza consciente y el estilo materno de alimentación infantil, con mayores puntuaciones de crianza consciente en las madres



con un estilo con autoridad (Casco, 2020).

Por otra parte, se ha señalado que las prácticas parentales de alimentación infantil guardan relación con las conductas de alimentación del lactante, los estudios se han realizado especialmente en países como Australia y Estados Unidos de Norte América (David et al., 2018; Janssen et al., 2021; Savage et al., 2018;), mejores prácticas parentales de alimentación infantil llevan a mejores conductas por parte del hijo (Finanne et al., 2017; Odar et al., 2018). Las conductas de alimentación del hijo menor de 2 años se han evaluado principalmente en relación con el estado nutricional del lactante y medidas antropométricas (Martínez et al., 2018). Dos conductas de alimentación infantil que han generado interés en particular son sensibilidad a la saciedad (es decir, la sensibilidad a la plenitud que refleja una buena autorregulación en la capacidad alimentaria) y sensibilidad a la alimentación (es decir, la tendencia a comer en exceso que refleja una autorregulación deficiente en la capacidad alimentaria), ya que se ha encontrado que estas dos conductas pueden ser indicativas de un gran apetito y se han asociado con comer en exceso y con sobrepeso (Jansen et al., 2018).

La influencia de los padres en la conducta alimentaria del infante es innegable, aunque los mecanismos mediante los cuales los padres ejercen su influencia y cómo se relacionan entre sí no están bien definidos, recientemente Gouveia et al. (2019) exploró el papel mediador de las prácticas parentales de alimentación infantil en la asociación entre la crianza consciente y las conductas de alimentación de los niños/adolescentes, el cual encontró que la crianza consciente puede ayudar a los niños/adolescentes a involucrarse menos en conductas alimentarias desordenadas a través de la adopción de prácticas de alimentación infantil más saludables, sin embargo, aún falta evidencia consistente en niños menores de población mexicana.

Por lo cual se realizó el presente estudio con el objetivo general de determinar el efecto mediador de las prácticas parentales de alimentación infantil entre la crianza

consciente y las conductas de alimentación del hijo en madres o padres de hijos menores de 2 años residentes en el área metropolitana de Monterrey, N. L.

### **Marco Conceptual**

En el siguiente apartado se presentan los conceptos que guían el presente estudio: crianza consciente, prácticas parentales de alimentación infantil, conductas de alimentación del hijo menor de 2 años y estado nutricional.

#### ***Crianza Consciente***

La crianza consciente se ha definido como prestar atención a su hijo y a su crianza de una manera particular: intencionalmente, estar en el momento presente y sin juzgar. Dentro de la crianza consciente se incluye la atención plena, la cual permite a los padres percibir a sus hijos con mayor claridad, tal y como son, así como atender las necesidades de sus hijos y al mismo tiempo ejercer la autorregulación y la sabia elección en sus acciones (Kabat Zinn & Kabat Zinn, 1997; Duncan et al., 2009). Los padres que tienen una capacidad natural para aprender prácticas de atención plena tienen más probabilidades de desarrollar relaciones de mayor calidad con sus hijos y, con mayor frecuencia, evitan los ciclos de mala adaptación del comportamiento parental (Baumrind, 1989; Duncan et al., 2009).

Duncan et al. (2009) proponen un modelo de crianza consciente que tiene nuevas implicaciones para entender las relaciones saludables entre padres e hijos y para mejorar las intervenciones preventivas centradas en la familia. La crianza consciente se compone de cinco dimensiones: 1) escuchar con total atención al hijo, 2) consciencia emocional del hijo, 3) autorregulación en la crianza, 4) aceptación sin prejuicios de la función parental y 5) compasión por el hijo, descritas a continuación.

#### ***Escuchar con Total Atención al Hijo.***

Esta dimensión en la conciencia de la paternidad combina escuchar con una calidad de enfoque atención y consciencia que va más allá de simplemente escuchar

palabras que se dicen (Duncan et al., 2009), se refiere a escuchar a su hijo con atención focalizada y conciencia de experiencias en el momento presente (De Bruin et al., 2012), los padres que son conscientes son sensibles tanto al contenido de las conversaciones como al tono de voz, expresiones faciales, el lenguaje corporal de sus hijos y usan estas señales para detectar con éxito las necesidades o el significado deseado de sus hijos (Duncan et al., 2009).

### ***Conciencia Emocional del Hijo.***

Se refiere a la capacidad de los padres para ser conscientes de las emociones en su hijo (De Bruin et al., 2012). La conciencia emocional es la base la crianza consciente porque las emociones fuertes tienen una poderosa influencia en encender procesos cognitivos, automáticos y comportamientos que probablemente socaven las prácticas parentales. Si los padres son capaces de identificar las emociones del hijo al traer una conciencia consciente a la interacción, podrán tomar decisiones conscientes sobre cómo responder, en lugar de reaccionar automáticamente a estas experiencias (Duncan et al., 2009).

### ***Autorregulación en la Crianza.***

La autorregulación en la relación de crianza se refiere al que los padres se vuelven menos reactivos al comportamiento de su hijo y adoptan un estilo de seleccionar con más calma un estilo de crianza sin una reacción mediadora, es decir la capacidad que tiene los padres para actuar con una menor reactividad en el contexto de la crianza (Duncan et al., 2009).

### ***Aceptación sin Prejuicios de la Función Parental.***

Se refiere a la necesidad de que los padres se vuelvan más conscientes de las expectativas (inconscientes) que a menudo tienen del comportamiento de su hijo y aprender gradualmente a adoptar una actitud de más aceptación, sin prejuicios de los rasgos y comportamientos de ellos mismos y de su hijo, la crianza consciente implica

una aceptación sin prejuicios de los rasgos, atributos y comportamientos propios y del hijo (Duncan et al., 2009).

### ***Compasión por el Hijo.***

A través de la compasión por el hijo, un padre consciente sentirá el deseo de satisfacer las necesidades apropiadas del hijo y consolar la angustia que el hijo podría estar sintiendo, los hijos de padres conscientes pueden sentir una mayor sensación de afecto positivo y apoyo de sus padres (Duncan et al., 2009).

### ***Prácticas Parentales de Alimentación Infantil***

Las prácticas parentales de alimentación infantil son las técnicas o comportamientos específicos utilizados por los padres para la ingesta de alimentos del infante (Blissett, 2011), estas prácticas se han indicado como importantes para explicar las diferencias en el desarrollo de los comportamientos alimentarios y el peso de los niños (Jansen et al., 2021).

Jansen et al. (2021) desarrollaron una herramienta de prácticas de alimentación de los padres apropiada para la infancia, que mide las construcciones similares a las de los adultos, la cual permite a los investigadores comprender los procesos subyacentes a las asociaciones entre la alimentación de los padres, la alimentación infantil y el peso de manera prospectiva. Así mismo, facilita la exploración de cómo las prácticas de alimentación de los padres cambian con el tiempo para diferentes padres e hijos, así como entre los diferentes modos de alimentación (lactancia materna, alimentación con biberón, alimentos sólidos y comidas familiares) y el impacto de las prácticas en los resultados de alimentación y peso. Misma que propone una herramienta con dos dimensiones 1) estructura y 2) no respuesta, que se describen a continuación:

### ***Estructura.***

Consistente en el que los padres proporcionan al infante comidas saludables, junto con la capacidad de respuesta de los padres a las señales de hambre y saciedad del

infante, apoya el desarrollo de la autonomía y la autorregulación de la ingesta de energía, relacionadas con la provisión de un entorno de comida estructurado, la cual cuenta con dos subescalas:

**Alimentación a libre demanda:** El niño decide cuando y cuanto alimentarse. En esta etapa no está claro si la alimentación a demanda es beneficiosa sólo hasta cierto punto del desarrollo.

**Ambiente familiar en las comidas:** Se relaciona con el contexto de la alimentación, es decir, si hay otros miembros de la familia presentes y si el niño está alimentándose de la misma comida que esos otros miembros.

***No Respuesta.***

Las prácticas de alimentación de no respuesta también llamadas no receptivas pueden anular la capacidad del infante para responder a señales internas de saciedad y son aquellas en las que el hijo no acepta la comida con facilidad y afectan la regulación de la ingesta, la cual cuenta con cuatro subescalas:

**Alimentación dirigida por los padres:** El padre toma la decisión (o tiene una regla) sobre cuánto tiempo/cuando se alimenta el niño.

**Alimentación persuasiva:** Hace referencia al padre animando (presionando) al niño a comer más, incluso cuando muestra signos de saciedad.

**Uso de alimentos para calmar:** El padre usa alimentos para asentar o manejar las emociones del hijo.

**Uso (o no) de comida como recompensa:** El padre usa la comida para recompensar el buen comportamiento o usa recompensas (no) alimentarias para hacer que el niño coma alimentos no deseados/termine su plato.

***Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años***

La conducta de alimentación se define como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos (Domínguez-Vázquez et al.,

2008). Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. En general, el infante incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad, principalmente se ha identificado que la madre tiene un rol fundamental en la transmisión de las pautas alimentarias al hijo (Osorio et al., 2002).

Para poder evaluar la conducta de alimentación del hijo menor de 2 años, Llewellyn et al. (2011) desarrollaron una medida psicométrica informada de los padres sobre el apetito infantil durante el período de alimentación exclusiva con leche, el cual consta de cuatro factores: 1) disfrutar los alimentos, 2) sensibilidad en la alimentación, 3) lentitud al comer, 4) sensibilidad a la saciedad.

#### ***Disfrutar los Alimentos.***

Se refiere al grado en el cual un infante encuentra que el comer le da placer, se describe como una condición positiva asociada con la sensación de hambre, deseo de comer y placer por el alimento (Oyarce et al., 2016).

#### ***Sensibilidad en la Alimentación.***

Disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos (Domínguez-Vázquez et al., 2008), se evalúa información que proporcionan los padres en relación con el deseo de comer del hijo después de la exposición a señales de alimentos atractivos (Wardle et al., 2001).

#### ***Lentitud al Comer.***

Suele medirse de forma conductual, pero en la literatura clínica se basa en los informes de los padres de que el niño se entretiene o tarda más de 30 minutos en comer (Wardle et al., 2001).

#### ***Sensibilidad a la Saciedad.***

Es decir, la sensibilidad a la plenitud que refleja una buena autorregulación en la

capacidad alimentaria (Jansen et al., 2018), evalúa la facilidad con la que el bebé se llena durante una toma de leche (Llewellyn et al., 2011).

### ***Estado Nutricio del Lactante***

El cálculo del índice de masa corporal (IMC) se utiliza para determinar el estado nutricional del lactante (Martínez et al., 2018) de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la longitud/talla que se utiliza frecuentemente para identificar sobrepeso y obesidad, en el caso de los niños es necesario tener en cuenta la edad. Se clasifica de acuerdo con la puntuación Z en: malnutrición severa ( $< -3 DE$ ), malnutrición ( $< -2 DE$  a  $-3 DE$ ), peso normal ( $< +1 DE$  a  $> -2 DE$ ), riesgo de sobrepeso ( $> +1 DE$  a  $+2 DE$ ), sobrepeso ( $> +2 DE$  a  $+3 DE$ ) y obesidad ( $> +3 DE$ ) (OMS, 2006).

### **Estudios Relacionados**

A continuación, se presentan los estudios relacionados, primero se muestran los estudios de crianza consciente, seguido de los de crianza consciente y prácticas maternas de alimentación infantil, después prácticas maternas de alimentación infantil, conductas de alimentación del hijo menor de 2 años, prácticas parentales de alimentación infantil y conductas de alimentación del hijo menor de 2 años, por último, los de prácticas parentales de alimentación infantil, conductas de alimentación del hijo menor de 2 años y estado nutricional.

#### ***Crianza Consciente***

Burgdorf y Szabó (2021) realizaron un estudio en Australia en 716 madres de niños de 0 a 18 años, con el objetivo de examinar el ajuste del modelo de crianza consciente propuesto por Duncan et al. (2009). No se encontraron relaciones significativas ( $p = >0.05$ ) entre las puntuaciones total y por dimensiones de crianza consciente y las variables sociodemográficas, excepto asociaciones positivas entre las puntuaciones de crianza consciente total y la edad de los padres o de los hijos ( $r = 0.13$ ,

$p = 0.008$ ).

Caiado et al. (2020) realizaron dos estudios en Portugal con el objetivo de explorar la estructura factorial y propiedades psicométricas de la versión portuguesa de la Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza (The Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale; Moreira & Canavarro, 2017) y realizar una validación cruzada de la estructura factorial de la escala en una muestra diferente de madres posparto, también se tuvo la intención de examinar la evidencia de la validez de las puntuaciones de la Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza Versión Infante.

En el primer estudio se encontró que todos los factores de primer orden se cargaron significativamente en el factor general de crianza consciente, las cargas factoriales estandarizadas fueron 0.84 para la subescala compasión por el hijo, 0.71 para la subescala escuchar con total atención al hijo, 0.69 para la subescala aceptación sin prejuicios de la función parental, 0.73 para la subescala conciencia emocional del hijo y 0.95 para la subescala autorregulación en la crianza y todas las cargas factoriales estandarizadas para los ítems fueron significativas ( $p < 0.001$ ) variando de 0.22 (ítem 10) a 0.812 (ítem 31), la diferencia del ajuste de modelos correlacionados y jerárquico fue significativa [ $\Delta\chi^2(5) = 38.59, p < .001$ ].

En el segundo estudio todas las cargas factoriales estandarizadas para los ítems fueron significativas ( $p < 0.001$ ), todos los factores de primer orden cargaron significativamente en el factor general de crianza consciente (0.79 para la subescala compasión por el hijo, 0.67 para la subescala escuchar con total atención al hijo, 0.59 para la subescala aceptación sin prejuicios de la función parental, 0.57 la subescala de conciencia emocional del hijo y 0.97 para la subescala de autorregulación en la crianza).

Un estudio realizado por Potharst et al. (2018) en Ámsterdam tuvo como objetivo evaluar los efectos de la intervención Mindful with Your Toddlers en 18 díadas madre-hijo de 18 a 40 meses de edad que fueron remitidas a una clínica de salud mental debido



a problemas de regulación (problemas de correulación y/o problemas de autorregulación de la madre y/o el hijo).

Con relación a las mediciones se encontró mejoría de la prueba previa y la prueba posterior en las subescalas escuchar con total atención al hijo, compasión por el hijo y aceptación sin prejuicios de la función parental. Solo se encontró un tamaño de efecto pequeño en las tres mediciones para escuchar con total atención ( $d = 0.46$ ,  $d = 0.57$ ,  $d = 1.40$ ) y efecto de tamaño pequeño a los dos meses de la subescala aceptación sin prejuicios de la función parental ( $d = 0.16$ ,  $d = 0.83$ ).

Otro estudio realizado en Ámsterdam por Potharst et al. (2017) en 44 madres de lactantes de 0 a 18 meses con el objetivo de evaluar los efectos de una intervención de un entrenamiento grupal de crianza consciente en madres que presentaron problemas de relación con el hijo. En el cual se encontró que la media de crianza consciente total en la prueba pretest fue  $M = 3.4$  ( $DE = 0.6$ ), con una mejora a la semana 8 de  $M = 3.7$  ( $DE = 0.5$ ) en la prueba post test y así mismo una mejora el año de la intervención  $M = 3.8$  ( $DE = 0.5$ ), se observó una mejora en la crianza consciente con la intervención, mostrando un efecto significativo pequeño.

En síntesis, de acuerdo con la revisión de la literatura se encontró que la Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza (Duncan et al., 2009) se ha utilizado para evaluar la crianza consciente. Caiado et al. (2020) mediante estudio de validación generaron una escala apropiada para padres de niños pequeños, la Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza Versión Infante. La crianza consciente se ha resultado beneficiosa para madres que presentan problemas en la relación con el hijo.

### ***Crianza Consciente y Prácticas Parentales de Alimentación Infantil***

Gouveia et al. (2019) realizó un estudio con el objetivo de explorar si la asociación entre la crianza consciente y los comportamientos alimentarios desordenados de los niños puede estar mediada por el estrés parental y las prácticas de alimentación de

los padres, participaron un total de 716 díadas madre/padre/hijo.

La crianza consciente se asoció con la conducta de alimentación “sobrealimentación” ( $\beta = -0.134$ ,  $p = .019$ ). También se encontraron efectos indirectos significativos entre la crianza consciente y la conducta de alimentación “comer emocional” a través de la práctica de alimentación parental “uso de recompensa por comer” ( $b = -0.032$ ,  $p = .020$ , 95% CI = [-0.081, -0.006]). Por lo cual proponen un modelo integral que sugiere que la crianza consciente puede ayudar a los niños / adolescentes a participar con menor frecuencia en comportamientos alimentarios desordenados a través de niveles más bajos de estrés parental y la adopción de prácticas de alimentación infantil más saludables.

Otro estudio realizado por Gouveia et al. (2018) en el cual evaluó la relación entre la crianza consciente y las prácticas parentales de alimentación infantil en Portugal. En el cual participaron 1066 madres de niños y adolescentes de 7 a 18 años, con normo peso ( $n = 576$ ; 54%) y con sobrepeso/ obesidad ( $n = 490$ ; 46%). Las prácticas de alimentación se asociaron con la crianza consciente, el uso de recompensas alimentarias o no alimentarias se asoció con todas las subescalas de crianza consciente.

Las madres con más bajos puntajes en la subescala escuchar con total atención al hijo ( $p = -0.16$ ), conciencia emocional del hijo ( $p = -0.14$ ), autorregulación en la crianza ( $p = -0.07$ ), aceptación sin prejuicios de la función parental ( $p = -0.011$ ) y compasión por el hijo ( $p = -0.14$ ) mostraron un mayor uso de las prácticas de alimentación infantil relacionados con sobrepeso/ obesidad como recompensa por comer, presión para comer y restricción al comer. El uso de recompensas alimentarias o no alimentarias se explicó por tener un hijo más pequeño y niveles más bajos de escuchar con total atención al hijo y conciencia emocional del hijo ( $R^2 = 5.9\%$ ). La preocupación por el peso del hijo se explicó por haber sido reclutada en hospitales, tener un hijo con puntaje Z de IMC más alto, tener niveles más altos de escuchar con total atención y niveles más bajos de

aceptación sin prejuicios de la función parental ( $R^2 = 37.7\%$ ).

La relación entre la crianza consciente y las prácticas parentales de alimentación infantil solo se han evaluado en madres de hijos de entre 7 a 18 años y se ha encontrado que las dimensiones de crianza consciente y el IMCz de los niños se asociaron significativamente con las prácticas de alimentación infantil, así mismo se ha identificado que la crianza consciente a través de prácticas parentales de alimentación infantil más saludables pueden ayudar a los niños/ adolescentes a participar con menor frecuencia en conductas de alimentación desordenadas.

### ***Prácticas Parentales de Alimentación Infantil***

Jansen et al. (2021) realizaron un estudio en Australia con el objetivo de adaptar el Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura para Niños mayores de 2 años (Feeding Practice Structure Questionnaire: FPSQ) para bebés y niños pequeños menores de 2 años y probar la validez factorial de dos versiones apropiadas para la edad, una para los bebés que son alimentados predominantemente con leche y otra para los bebés que son alimentados predominantemente con sólidos, en una muestra de 1,342 madres ( $n = 711$  alimentación predominantemente con leche y  $n = 611$  alimentación predominante con sólidos).

Los Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura para Niños menores de 2 años mostraron un ajuste aceptable y buena confiabilidad interna. En cuanto a las prácticas de alimentación infantil para los lactantes alimentados predominantemente con leche la subescala con mayor puntuación fue la alimentación a libre demanda 3.77 ( $DE = 1.01$ ) y para lactantes alimentados predominantemente con sólidos fue ambiente familiar en las comidas con una media 3.74 ( $DE = 0.82$ ).

Otro estudio realizado por Lakshaman et al. (2011) con el propósito desarrollar y evaluar un cuestionario para evaluar las prácticas de alimentación con leche materna e infantil, la toma de decisiones de las madres con respecto a cuánto y con qué frecuencia

alimentar a sus bebés, además de describir las prácticas de alimentación con leche, participaron 38 padres. La edad media de las madres fue de 34 años y la edad media de sus bebés fue de 5.2 meses.

Se encontró que el cuestionario mostró una buena fiabilidad interna. En cuanto a las prácticas el 50% de los padres refirió dejar que el hijo se alimente a libre demanda, el 73% refirió utilizar fórmulas infantiles y de estas solo el 40% refirió correctamente el número de cucharadas de leche en polvo a proporcionar al lactante.

En síntesis, las prácticas parentales de alimentación infantil se han medido principalmente con el cuestionario de Lakshaman et al. (2011), sin embargo, este solo evalúa la alimentación con leche del infante, recientemente Jansen et al. (2021) desarrollo un instrumento para medir las prácticas parentales de alimentación para lactantes alimentados predominantemente con leche y predominantemente con sólidos.

### ***Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años***

Llewellyn et al. (2011) realizaron un estudio con el objetivo de desarrollar el cuestionario de conductas de alimentación para niños menores de 2 años (baby eating behaviour questionnaire; BEBQ), además de evaluar la estructura factorial del BEBQ. Participaron un total de 2, 402 madres de lactantes de 0 a 24 meses. La media de edad de los lactantes cuando se completó el BEBQ fue 8 meses (rango de 4-20 meses). El 50.3% de los lactantes era del sexo femenino, predominantemente alimentados con biberón (53.1%) seguido de alimentados con lactancia materna (32.8%). Las alfas de Cronbach para las cuatro subescalas oscilaron entre  $\alpha = 0.73$  y  $\alpha = 0.81$  mostrando valores aceptables.

Se encontró que el disfrutar los alimentos estaba correlacionado negativamente con la lentitud al comer (-0.36) y la sensibilidad a la saciedad (-0.45), la sensibilidad en la alimentación fue correlacionado negativamente con la lentitud al comer (-0.10) y la sensibilidad a la saciedad (-0.21), la lentitud al comer y la sensibilidad a la saciedad

estaban interrelacionados (0.45). El ítem mi bebé tiene mucho apetito se correlacionó positivamente con el disfrutar los alimentos (0.34) y se correlacionó negativamente con la lentitud al comer (-0.37) y la sensibilidad a la saciedad (-0.48).

Las conductas de alimentación infantil se han evaluado principalmente con el cuestionario de conductas de alimentación del niño (Children Eating Behaviour Questionnaire; CEBQ; Wardle et al., 2001). Se ha encontrado que los lactantes que presentan una lentitud al comer tienen dificultades para autorregular su ingesta alimentaria.

### ***Prácticas Parentales de Alimentación Infantil y Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años***

Bahorskia et al. (2020) realizaron un estudio en Alabama con el propósito determinar si la respuesta infantil a un paradigma de ausencia de hambre está asociada con los rasgos de apetito informados por los padres. Las díadas madre - bebé ( $n = 54$ ) inscritas en varios estudios para investigar la salud metabólica materna y el crecimiento infantil participaron en este protocolo.

Los resultados mostraron que los infantes eran principalmente afroamericanos (59.3%), nacidos a las 36 semanas de gestación o más con un peso medio al nacer de 3.329 kg. El 75% de los lactantes había recibido leche materna alguna vez y el 38.9% de los lactantes aún se alimentaba regularmente del pecho, la media de edad de los lactantes fue de 16 semanas. En cuanto a la aceptación de la comida (59%), hubo una diferencia significativa en el IMC materno entre grupos; esta fue una asociación mediana a grande ( $d = 0.69, p = 0.02$ ), las madres de los lactantes que rechazaron una segunda comida 30 minutos después del final de la comida anterior tuvieron un IMC más alto que el de las madres de los bebés que aceptaron la segunda comida ( $M = 34.5 DE = 8.5$  frente a  $28.8 DE = 7.9 \text{ kg/m}^2$ ).

Se presentaron diferencias estadísticamente significativas con dos constructos del

BEBQ, los lactantes que aceptaron la segunda comida tuvieron una mayor sensibilidad en la alimentación ( $M = 3.06$   $DE = 0.58$  vs.  $M = 2.43$   $DE = 0.80$ ,  $p < 0.01$ ) y menor sensibilidad a la saciedad ( $M = 1.87$   $DE = 0.62$  vs.  $M = 2.67$   $DE = 0.87$ ,  $p = 0.01$ ), en comparación con los niños que rechazaron la segunda comida, estas diferencias se mantuvieron después de ajustar con el IMC materno y características del lactante (edad, modo de alimentación, cantidad consumida, introducción de suplementos).

Odar et al. (2018) realizaron un estudio exploratorio en un hospital en Cincinnati, Ohio, con el objetivo de examinar las conductas de alimentación infantil y las prácticas maternas de alimentación y creencias de madres de 21 infantes con alto peso al nacer y 20 de peso normal al nacer. En total fueron 16 infantes, la edad promedio de los infantes fue de 7 a 8 meses. Obtuvieron que los bebés con alto peso al nacer tienen un mayor riesgo de presentar sobrepeso a los 7-8 meses,  $F = 2.38$ ,  $p = 0.02$  en comparación con los bebés de bajo peso al nacer, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el peso ganado por día desde el nacimiento. Las madres de los bebés con alto peso al nacer informaron una menor sensibilidad a la alimentación ( $F(1, 19) = 10.60$ ,  $p < .01$ ).

Otro estudio realizado por Jansen et al. (2018) examinaron las relaciones bidireccionales entre las prácticas de alimentación materna y la capacidad de respuesta alimentaria infantil y la capacidad de respuesta a la saciedad en niños de 2 a 5 años en Australia y Nueva Zelanda, en el cual para medir las prácticas de alimentación se utilizó el Cuestionario de Prácticas y Estructura de Alimentación (FPSQ-28) y para medir las conductas se utilizó el Cuestionario de Conductas de Alimentación Infantil (CEBQ).

Las prácticas de alimentación (mayor recompensa por comportamiento [ $\beta = 0.12$ ,  $p = 0.025$ ] y menor restricción encubierta [ $\beta = -0.14$ ,  $p = 0.008$ ]) se asociaron prospectivamente con una mayor sensibilidad en la alimentación. Por el contrario, el aumento sensibilidad a la saciedad se asoció principalmente prospectivamente con las

prácticas de alimentación de las madres (aumento del horario estructurado de las comidas [ $\beta = 0.11, p = 0.038$ ], abierto [ $\beta = 0.14, p = 0.010$ ] y restricción encubierta [ $\beta = 0.11, p = 0.022$ ]). La única excepción fue el entorno de comidas familiares, que se asoció negativamente prospectivamente con sensibilidad a la saciedad ( $\beta = -0.11, p = 0.035$ ).

Finnane et al. (2016) realizaron un estudio en el cual participaron madres y padres ( $n = 413$ ) de niños de 1 a 10 años residentes en 18 países diferentes, la mayoría vivía en Australia y Nueva Zelanda, el objetivo fue identificar asociaciones entre las prácticas de alimentación de estructura y de no respuesta y las conductas de alimentación de los hijos.

Las prácticas de no respuesta de los padres se asociaron con todas las conductas de alimentación del hijo. La alimentación persuasiva se asoció con una mayor sensibilidad a la saciedad ( $\beta = 0.18, p = 0.003$ ), menor disfrute de los alimentos ( $\beta = 0.17, p = 0.003$ ) y mayor lentitud al comer ( $\beta = 0.26, p = < 0.001$ ). El horario estructurado de la comida se asoció con mayor sensibilidad a la saciedad ( $\beta = 0.12, p = 0.02$ ) y mayor disfrute de los alimentos ( $\beta = 0.12, p = 0.01$ ), y el entorno de la comida familiar se asoció con mayor disfrute de los alimentos ( $\beta = 0.24, p = < 0.001$ ).

En síntesis, en cuanto a las prácticas parentales de alimentación infantil se ha encontrado relación con las conductas de alimentación del lactante: la alimentación persuasiva se asoció a una mayor sensibilidad a la saciedad y lentitud al comer y un menor disfrute de los alimentos, además se encontró relación con el entorno familiar de la comida (Bahorskia et al., 2020; Finanne et al., 2016), aunque otros autores no han encontrado relación entre estas dos variables (Odar et al., 2018).

### ***Prácticas Parentales de Alimentación Infantil y Estado Nutricio del Lactante***

Ortiz et al. (2020) realizaron un estudio en diadas madre- lactante de 6 a 12 meses de edad residentes del estado de Sinaloa, México, con el objetivo de determinar la

influencia de la percepción materna del peso del hijo sobre las prácticas maternas de alimentación (tipo, cantidad y frecuencia), y asociar las prácticas de alimentación con el estado nutricional.

La edad promedio de las madres fue de 27.45 años ( $DE = 5.25$ ), la edad promedio de los lactantes fue de 5.07 ( $DE = 3.13$ ) meses. En relación con el estado nutricional, el 49.2% de los lactantes presentó un estado nutricional inadecuado. Las prácticas maternas de alimentación, según el método de alimentación, el 76.9% de los lactantes menores de 6 meses reciben alimentos recomendados para su edad, sin embargo, el 100% de los lactantes mayores de 6 meses tiene una alimentación inadecuada para su edad.

En cuanto a las prácticas maternas de alimentación sobre los indicadores antropométricos del lactante, se encontró que el peso/longitud del lactante fue influenciado por la edad de inicio de consumo de semisólidos y la frecuencia de consumo de seno materno con una varianza explicada del 72.10%. El modelo de regresión lineal múltiple de las prácticas maternas de alimentación y el estado nutricional tuvo un buen ajuste ( $F = 7.71$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.001$ ), dos variables que contribuyeron al modelo fue la frecuencia ( $\beta = -0.451$ ,  $t = -3.20$ ,  $p = 0.001$ ) y la cantidad de alimentación ( $\beta = 0.043$ ,  $t = 3.90$ ,  $p = 0.001$ ).

Davis et al. (2018), realizaron una revisión de la literatura de aproximadamente 10 años de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (Por sus siglas en inglés, NHANES), con el objetivo de comparar las mediciones antropométricas de bebés y niños pequeños, las prácticas de alimentación y la ingesta de media de nutrientes por raza/etnia. Se extrajeron datos de 3669 lactantes y niños pequeños. El sexo de los niños pequeños fue 51% hombres, en cuanto a los grupos de edad fueron de 0-5.9 meses (30%), 6-11 meses (29%) y de 12-24 meses (41%).

Se encontró que la mayoría de los participantes eran de bajos ingresos (56 %),



los bebés negros, mexicano-estadounidenses y no hispanos pesaron menos al nacer que los bebés blancos no hispanos ( $p < 0.0001$ ) los bebés y niños pequeños mexicano-estadounidenses tenían más probabilidades de ser clasificados como con sobrepeso en comparación con los bebés y niños pequeños blancos y negros no hispanos ( $p = 0.002$ ). La edad de la primera alimentación de sólidos fue más temprana para los bebés blancos no hispanos en comparación con los bebés mexicano-estadounidenses (5.3vs. 5.7 meses;  $p = 0.02$ ). Los participantes mexicano-estadounidenses tuvieron una menor ingesta de carbohidratos en comparación con los participantes negros no hispanos (117vs. 141;  $p < 0.001$ ).

En síntesis, algunos estudios han encontrado que las prácticas de alimentación de los padres influyen en el estado nutricional del hijo (Davis et al., 2018; Ortiz et al., 2020), aunque los instrumentos para evaluar dichas variables se han utilizado principalmente enfocadas a la alimentación con leche del niño menor de dos años.

### ***Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 años y Estado Nutricional del Lactante***

En otro estudio realizado en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México Martínez et al. (2018) con el objetivo de identificar como la madre describe las conductas de alimentación de apetito-saciedad y como éstas se relacionan con el estado nutricional del hijo lactante menor de seis meses de edad, en una muestra de 40 díadas (madre- hijo menor de seis meses de edad).

La media de edad de los lactantes de 4.03 meses. La media de peso al nacer fue de  $M = 3.254$  Kg ( $DE = 0.375$ ) y talla al nacer de  $M = 0.50$  m ( $DE = 0.02$ ), en relación con el peso actual se obtuvo una media de  $M = 7.103$  kg ( $DE = 1.870$ ) y la talla de  $M = 0.58$  m ( $DE = 0.05$ ). En lo que respecta al Índice de masa corporal (IMC), se obtuvo una media de  $M = 20.605$  ( $DE = 5.61$ ). Por categoría de IMC, se encontró que el 52.5% tenía sobrepeso. En cuanto a las subescalas, la que tuvo una mayor puntuación fue 1) disfrutar los alimentos  $M = 4.85$  ( $DE = 0.34$ ) y la de menor puntaje fue 4) sensibilidad a la

saciedad  $M = 2.06$  ( $DE = 0.83$ , en cuanto a las preguntas solamente la de mi bebé tiene un gran apetito se asoció con el IMC del lactante ( $rs = 0.299$ ,  $p < 0.05$ ).

El estado nutricional del lactante se asoció con mejores prácticas de alimentación infantil en madres de infantes mexicano-estadounidenses (Davis et al., 2018), al igual que un estudio realizado en México por Ortiz et al. (2020) que encontró que el estado nutricional del lactante fue influenciado por las prácticas de alimentación. Un estudio realizado en México solo encontró asociación entre el apetito general del lactante y el IMC del hijo (Martínez et al., 2018). Hasta el momento, la crianza consciente no se ha evaluado en madres mexicanas de hijos lactantes, así como su relación con prácticas maternas de alimentación infantil y conductas de alimentación del hijo.

### **Definición Operacional de Términos**

#### ***Crianza Consciente***

Se refiere a las habilidades que tienen los padres para incorporar las habilidades de la atención plena en el contexto de la crianza del hijo menor de dos años, se integra por cinco dimensiones: 1) escuchar con total atención al hijo, 2) consciencia emocional del hijo, 3) autorregulación en la crianza, 4) aceptación sin prejuicio de la función parental y 5) compasión por el hijo y se evaluó con la Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza Versión Infante (Caiado et al., 2020).

#### ***Prácticas Parentales de Alimentación Infantil***

Son las técnicas que utilizan los padres del hijo menor de dos años para de alimentar al hijo (Blissett, 2011) cuenta con dos constructos: 1) estructura (Consistente en el que los padres proporcionan al infante comidas saludables, así como la capacidad de respuesta de los padres a las señales de hambre y saciedad del hijo, así mismo proporcionan un entorno de comida estructurado) y 2) no respuesta (son aquellas en las que el hijo no acepta la comida con facilidad y el padre decide, motiva o controla la alimentación). Entre las prácticas de estructura se encuentran: a) alimentación a libre

demanda y b) ambiente familiar en las comidas y entre las prácticas de no respuesta se encuentran: a) alimentación persuasiva, b) alimentación dirigida por los padres, c) usar la comida para calmar y d) uso de recompensas alimentarias o no alimentarias. Tiene dos versiones que se utilizaron de acuerdo con el tipo de alimentación del lactante: alimentación predominantemente con leche y alimentación predominantemente con sólidos (Jansen et al., 2021).

### ***Conductas de Alimentación del Hijo menor de 2 años***

Se refiere a las acciones que realiza el infante al relacionarse con los alimentos específicamente con las tomas de leche (Domínguez-Vázquez et al., 2008), lo cual se evaluó con el Cuestionario de Conductas de Alimentación para Niños Menores de 2 años (Baby Eating Behaviour Questionnaire - BEBQ; Llewellyn et al., 2011) con 4 dimensiones: a) disfrutar los alimentos, b) sensibilidad en la alimentación, c) lentitud al comer, d) sensibilidad a la saciedad y cuenta con dos versiones para lactantes de 0 a 3 meses y de 4 - 24 meses, mismas que fueron utilizadas en el presente estudio.

### ***Estado Nutricio del Lactante***

El cálculo del IMC se utiliza para determinar el estado nutricio del lactante (Martínez et al., 2018) de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la longitud/talla que se utiliza frecuentemente para identificar sobrepeso y obesidad, en el caso de los niños es necesario tener en cuenta la edad. Se clasificó de acuerdo con la puntuación Z en: malnutrición severa ( $< -3 DE$ ), malnutrición ( $< -2 DE$  a  $-3 DE$ ), peso normal ( $< +1 DE$  a  $> -2 DE$ ), riesgo de sobrepeso ( $> +1 DE$  a  $+2 DE$ ), sobrepeso ( $> +2 DE$  a  $+3 DE$ ) y obesidad ( $> +3 DE$ ) [OMS, 2006].

### **Objetivo General**

Determinar el efecto mediador de las prácticas parentales de alimentación infantil entre la crianza consciente y las conductas de alimentación del hijo en madres o

padres de hijos menores de 2 años residentes en el área metropolitana de Monterrey, N.L.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Describir las dimensiones de la crianza consciente y total de madres o padres de hijos menores de 2 años.
- 2) Describir las prácticas parentales de alimentación infantil de estructura y no respuesta de acuerdo con el método de alimentación.
- 3) Describir las conductas de alimentación del hijo de acuerdo con el rango de edad (0-3 meses, 4-24 meses).
- 4) Identificar los predictores de las prácticas parentales de alimentación infantil (edad madre/padre, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, orden del hijo, sexo del hijo, peso del hijo, crianza consciente).
- 5) Identificar los determinantes de la crianza consciente (edad madre/padre, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, orden del hijo, sexo del hijo, peso del hijo, edad en meses del hijo).
- 6) Evaluar si la crianza consciente y las prácticas parentales de alimentación infantil determinan el estado nutricional del hijo menor de 2 años.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, criterios de selección (inclusión y exclusión), instrumentos de medición utilizados, procedimiento de recolección de datos, plan de análisis estadístico y consideraciones éticas.

#### **Diseño del Estudio**

Se realizó un estudio descriptivo correlacional (Grove & Gray, 2019). Descriptivo debido a que se describió la crianza consciente, las prácticas parentales de alimentación infantil y conductas de alimentación del hijo menor de 2 años. Es correlacional dado que buscó la relación entre la crianza consciente y las prácticas parentales de alimentación infantil, así como la relación entre la crianza consciente y las conductas de alimentación del hijo menor de 2 años y estado nutricional del lactante.

#### **Población, Muestreo y Muestra**

La población estuvo conformada por díadas – madre/ padre de un lactante menor de 2 años que acudieron durante el periodo de colecta de datos a consulta de control del niño sano, pediatría o aplicación de vacunas al área de inyectables en una institución de salud del área metropolitana de Monterrey, N.L. Se realizó un muestreo a través del tiempo.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó en el programa nQuery Advisor® para un modelo de regresión lineal múltiple de 10 variables independientes, con una potencia de la prueba del 90%, significancia de 0.05 y un tamaño de efecto sobre  $R^2$  de .07 (entre pequeño y mediano según Cohen, 1992), con una tasa de no respuesta del 15%, con lo cual resultó un tamaño de muestra de 375 díadas madre/padre de un lactante menor de 2 años.

### **Criterios de selección**

Inclusión madres o padres: madre o padre de un lactante de 0 a 23 meses.

Inclusión hijo: Lactante de 0 a 23 meses.

Exclusión: Cuestionarios en los cuales las madres refirieron que el lactante presentaba algún problema de salud que afectara su crecimiento y desarrollo, tales como: enfermedades endócrinas, talla baja, trastornos genéticos (síndrome de Turner, Down y acondroplasia), condiciones médicas que le impidan alimentarse adecuadamente. Se aplicó una pregunta filtro al contestar la cédula de datos por medio de la plataforma digital QuestionPro® y en los casos en que la madre o padre refirieron que el hijo presentaba algún problema, lo derivaba a contestar ¿Cuál? y el instrumento electrónico la llevaba a la parte final de la aplicación, agradeciendo su participación.

Cuestionarios de participantes en los cuales se refirió que el hijo que presentó edema, ya que esto puede interferir en la medición del peso, esto fue tomado del expediente electrónico, de acuerdo con las notas del personal de enfermería o personal médico en donde refieren si el lactante presentaba dicha condición.

Eliminación: Cuestionarios incompletos.

### **Mediciones**

*Crianza consciente* se evaluó con la Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza Versión Infante [Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale Infant Version-IM-PI, Caiado et al., 2020] (Apéndice A). Cuenta con 28 ítems, en cinco dimensiones 1) escuchar con total atención al hijo - 5 ítems [1, 9, 13, 19, 24], 2) consciencia emocional del hijo - 6 ítems [3, 6, 11, 12, 22, 30], 3) autorregulación en la crianza - 6 ítems [2, 5, 8, 14, 16, 29], 4) aceptación sin prejuicios de la función parental - 7 ítems [4, 7, 10, 18, 21, 23, 28] y 5) compasión por el hijo - 7 ítems [15, 17, 20, 25, 26, 27, 31]. Con opción de respuesta en escala tipo Likert que va desde nunca (1) hasta siempre (5), con una puntuación mínima de 28 y máxima de 140, para su puntuación los ítems 1, 5, 9, 10, 11,

12, 13, 14, 15, 17, 19, 23, 26, 29 deben ser recodificados dado que las preguntas se encuentran en sentido contrario, además los puntajes fueron transformados a valores promedio por subescala y puntaje total. Puntajes más altos indican mayor crianza consciente.

La Escala de Atención Interpersonal de la Crianza Versión Infante fue adaptada por Caiado et al. (2020) a partir de la Escala de Atención Interpersonal de la Crianza (Duncan et al., 2009) en idioma portugués, por lo cual se realizó una traducción por tres peritos traductores autorizados por el Tribunal Superior de Justicia del estado de Tlaxcala, Nuevo León y Chihuahua, México al idioma español, mismos ítems que fueron revisadas por el investigador principal y director de tesis para elaborar la versión en español.

*Prácticas parentales de alimentación infantil* se identificaron con el Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura para Niños menores de 2 años [The Feeding Practice and Structure Questionnaire - FPSQ; Jansen et al., 2021] (Apéndice B) en sus dos versiones niños alimentados predominantemente con leche y niños alimentados predominantemente con sólidos.

La versión alimentación predominantemente con leche cuenta 18 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre). Con cuatro subescalas: 1) alimentación a libre demanda - 4 ítems [1, 2, 3, 4], 2) usar la comida para calmar - 5 ítems [14, 15, 16, 17, 18], 3) alimentación persuasiva - 3 ítems [11, 12, 13] y 4) alimentación dirigida por los padres - 6 ítems [5, 6, 7, 8, 9, 10]. Para su interpretación, los ítems 2, 3, 5 y 9 se recodificaron debido a que las preguntas se encuentran en sentido contrario.

Por otra parte, la versión alimentación predominantemente con sólidos cuenta con 34 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), con seis subescalas: 1) alimentación a libre demanda - 4 ítems [1, 2, 3, 4], 2) usar la

comida para calmar - 6 ítems [20, 21, 22, 23, 25], 3) alimentación persuasiva - 7 ítems [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19], 4) alimentación dirigida por los padres - 4 ítems [9, 10, 11, 12], 5) ambiente familiar en las comidas - 4 ítems [5, 6, 7, 8] y 6) uso de recompensas alimentarias o no alimentarias – 9 ítems [26, 27, 28, 29, 30, 31, 31, 33, 34]. Para su interpretación, los ítems 3 y 11 se recodificaron, ya que estos ítems se califican a la inversa.

La puntuación se obtiene con el promedio por subescala y se interpretan de forma independiente. La subescala alimentación a libre demanda en la versión de alimentación con leche indica que a mayor puntaje el lactante tiene una alimentación con más estructura, en la versión de alimentación con sólidos un puntaje más alto indica mayor estructura en la alimentación. Las subescalas alimentación persuasiva, alimentación dirigida por los padres, usar la comida para calmar y uso de comida (o no) como recompensa, un puntaje más alto indica que los padres utilizan más estas prácticas.

Por último, la subescala ambiente familiar en las comidas, solo se midió en la versión de alimentación con sólidos y se consideró que un puntaje más alto indica que los padres favorecen dicha práctica. Ambas versiones del Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura para Niños Menores de 2 años (The Feeding Practices and Structure Questionnaire, Jansen et al., 2021) se encuentran en idioma inglés por lo cual fue necesario su traducción por tres peritos certificados por el Tribunal Superior de Justicia del estado de Tlaxcala, Nuevo León y Chihuahua, México, mismas que fueron revisadas por el investigador principal y director de tesis para elaborar la versión en español.

*Conductas de alimentación del hijo menor de 2 años* se identificaron con el Cuestionario de Conductas de Alimentación para Niños Menores de 2 años [Baby Eating Behaviour Questionnaire - BEBQ; Llewellyn et al., 2011] (Apéndice C), el cual cuenta con dos versiones: versión concurrente y versión retrospectiva. La versión



concurrente (BEBQ-C) se aplicó a madres de hijos con edad de 0 a 3 meses y la versión retrospectiva (BEBQ-R) se aplicó a madres de hijos con edad de 4 a 24 meses. Ambas versiones cuentan con 17 ítems en cuatro subescalas y 1 ítem que evalúa apetito general (ítem 4). El cuestionario tenía como opciones de respuesta de nunca (1) a siempre (5).

Las subescalas son: 1) disfrutar los alimentos - 4 ítems [1, 3, 6, 17], 2) sensibilidad en la alimentación – 6 ítems [2, 8, 12, 14, 16, 18], 3) lentitud al comer - 4 ítems [5, 9, 11, 15] y 4) sensibilidad a la saciedad - 3 ítems [7, 10, 13]. Para su interpretación, los ítems 5 y 6 debían de ser recodificados, debido a que las preguntas se encuentran en sentido contrario. La puntuación mínima es de 18 puntos y la máxima de 90 puntos, a mayor puntaje mejores conductas de alimentación del lactante. Para cada subescala se calcularon valores promedio para su interpretación. Estos cuestionarios se encuentran en idioma inglés y fueron traducidos por tres peritos traductores autorizados por el Tribunal Superior de Justicia del estado de Tlaxcala, Nuevo León y Chihuahua, México al idioma español, posteriormente el investigador principal y director de tesis propusieron los ítems traducidos.

### ***Mediciones Antropométricas***

Para determinar el estado nutricional del lactante, se consideraron las mediciones antropométricas (peso y longitud/talla) registradas en el expediente médico electrónico del hijo. Las mediciones fueron realizadas por la enfermera de Control del Niño Sano y/o Médico Pediatra. Posteriormente se determinó el índice de masa corporal para la edad, por medio del programa Anthro (Versión 3.2.2) de la OMS y se clasificó de acuerdo con los lineamientos de la OMS en: malnutrición severa ( $< -3 DE$ ), malnutrición ( $< -2 DE$  a  $-3 DE$ ), peso normal ( $< +1 DE$  a  $> -2 DE$ ), riesgo de sobrepeso ( $> +1 DE$  a  $+2 DE$ ), sobrepeso ( $> +2 DE$  a  $+3 DE$ ) y obesidad ( $> +3 DE$ ).

Además, se aplicó una cédula de datos socio demográficos de madre o padre participante, se solicitó información como edad, escolaridad, número de hijos, y del hijo,

sexo y edad en meses. La aplicación de los cuestionarios y cédula de datos sociodemográficos se realizó mediante la plataforma QuestionPro®.

### **Procedimiento de Colecta de los Datos**

El presente estudio contó con la aprobación de los comités de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la Facultad de Enfermería, con registro en la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) con número de registro No. 13 CI 19 039 006 y con la aprobación de un Comité de Ética registrado en la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) No. 19-CEI-004-20180614, así mismo se contó con la aprobación de las autoridades de la institución de salud en donde se realizó el estudio y posteriormente se acudió con el personal de salud y administrativo a cargo de la unidad de Control del Niño Sano con la finalidad de coordinar el proceso de colecta de los datos.

Se abordó a los participantes que acudieron al área de control del niño sano, pediatría y área de inyectables (aplicación de vacunas) en la institución de salud, una vez finalizada la consulta o procedimiento, si la madre o padre contaban con disponibilidad de tiempo se les aplicaban los cuestionarios electrónicos por medio de una tableta, en caso de que el participante no contara con tiempo y estaba interesado en participar, se le enviaba un enlace a su teléfono celular con los cuestionarios para contestarlos en casa, es importante mencionar que a quienes decidieron contestarlos en casa se les proporcionó un número telefónico con un horario establecido para contestar dudas que pudieran surgir.

Otro mecanismo de reclutamiento de los participantes fue por medio de las listas de consulta de participantes que asistieron con su hijo un mes previo al inicio de la colecta de datos, fueron localizados a través del contacto telefónico de la institución, se les explicó el objetivo de la investigación y si accedían a participar se les enviaba el enlace para ingresar a los cuestionarios.

A los participantes que aceptaron contestar en la institución se les proporcionaba una tableta, en la cual se les presentaba el consentimiento informado electrónico y si accedían a participar en el estudio seleccionaban la opción de empezar (Start), se les dio un tiempo estimado de 30 minutos para el llenado de los cuestionarios. Las mediciones antropométricas del lactante como ya se mencionó con anterioridad se obtuvieron a partir de los registros antropométricos realizados por el personal de Control del Niño Sano y Médico Pediatra, para lo cual previo a iniciar la colecta definitiva se verificaron los protocolos de atención y la estandarización del procedimiento de acuerdo con lo establecido de la OMS (Apéndice E). La colecta de los datos se realizó en un horario de lunes a viernes de 8:00 am a 19:30 pm. Es importante mencionar que debido a la presencia del COVID-19 en todo momento fueron tomadas en consideración los lineamientos establecidos por la OMS.

### **Consideraciones Éticas**

Para realizar el presente estudio se consideraron los lineamientos establecidos por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987), con la última modificación realizada en 2014. Se tomó en cuenta el Título Segundo de los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13, ya que en todo momento se respetó la dignidad de la madre/padre/cuidador y el lactante, además se garantizó la protección de sus derechos. Siguiendo el Artículo 14, fracciones IV, V, VI, VII, VIII, las probabilidades de beneficios superaron el riesgo y se contó con un consentimiento informado para las madres/padres/cuidador de los lactantes, la investigación fue conducida por profesionales de la salud y se obtuvo un dictamen favorable por parte del Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como la institución en la cual se llevó a cabo el estudio.

Se tomó en cuenta el Artículo 16, ya que en todo momento se mantuvo la

confidencialidad de los datos, solicitando que únicamente al llenado de la cédula de datos el participante proporcione sus datos si lo autoriza, se le informó al participante que sus datos serían utilizados únicamente con fines de investigación, además de que fue necesaria la identificación del participante por medio del nombre, número de socio y número de clave de la institución de salud, con el fin de ingresar a el expediente electrónico y obtener los datos antropométricos del lactante, mismo que fueron codificados, con el fin de asegurar la confidencialidad. De acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, se considera una investigación de riesgo mínimo, puesto que las mediciones antropométricas fueron tomadas del expediente electrónico.

Con relación al Artículo 20 y 21, Fracción I, II, III, IV, VI, VII, VIII se contó con el consentimiento informado digital con letra legible, en el cual se explicó los objetivos de la investigación, se le informo que se tomarían algunos datos del expediente clínico electrónico del lactante, así mismo se explicaron los beneficios de la investigación, como los posibles riesgos los cuales son considerados de riesgo mínimo, se respondió cualquier duda o inquietud que el participante tenía, así mismo tenía la libertad de retirarse en el momento que él lo deseara, sin recibir ninguna sanción por ello, además sus datos serán conservados por el investigador por un periodo mínimo de 12 meses, mismos que serán resguardados confidencialmente durante este periodo y después serán destruidos.

Además, siguiendo el Artículo 22, Fracción I, II, III, IV, V, el consentimiento informado fue realizado por el investigador principal y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Ética en Investigación, mismo que al momento de la investigación fue presentado en formato electrónico y explicado, se le explico que si seleccionaba la opción de comenzar (Start) daba su consentimiento de participar en el estudio, pero que de igual forma podría retirarse si lo necesitaba. Con respecto al capítulo III de la investigación en menores de edad, artículo 36 y 37, se contó con el

consentimiento informado electrónico por parte de la madre/padre, autorizando la participación de su hijo. De acuerdo con el Capítulo IV de la investigación en mujeres en período de lactancia y recién nacidos, se tomó en cuenta el artículo 43 y 51.

Por último, se tomó en cuenta el Capítulo V, de la investigación en grupos subordinados, artículo 57 y 58, ya que las madres/padres decidieron su participación en el estudio, además en todo momento se respetaron los apartados I y II, si el participante decide no participar no afectará la atención que recibe por parte de la unidad de salud, los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de los participantes.

### **Estrategias de Análisis de Datos**

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23, se realizaron pruebas de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors para identificar la normalidad de las variables. Se calcularon los alphas de Cronbach de los instrumentos de medición.

Para dar respuesta al objetivo general se realizaron análisis de modelos de mediación simple, donde la variable independiente (X) fue la crianza consciente y la variable dependiente (Y) la conducta de alimentación del lactante y la variable mediadora (M) las prácticas parentales de alimentación infantil, para el objetivo 1, 2, y 3 se realizaron análisis descriptivos a través de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de posicionamiento y variabilidad, para dar respuesta al objetivo 4 y 5 se realizaron análisis de regresión lineal múltiple y para el objetivo 6 se realizó análisis de regresión lineal binario.

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio. La colecta de datos se realizó en el periodo comprendido del 18 de julio al 26 de octubre del 2022. El promedio de tiempo para contestar los cuestionarios fue 32 minutos. En primer lugar, se presenta la consistencia interna de los cuestionarios que se aplicaron. Posteriormente las estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas de madres y padres participantes, variables antropométricas del hijo y al final la estadística inferencial para verificar los objetivos del estudio.

#### Consistencia Interna de los Instrumentos

En la tabla 1 se presenta la consistencia interna de los cuestionarios.

**Tabla 1**

#### *Confiabilidad de los Instrumentos*

Dimensiones	Ítems	Alpha de Cronbach
Crianza Consciente	1 a 28	.77
Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (Alimentación predominantemente con leche)		
Estructura	1, 2T, 3T, 4	.73
No Respuesta	5T, 6, 7, 8, 9T, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	.59
Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (Alimentación predominantemente con sólidos)		
Estructura	1, 2, 3T, 4, 5, 6, 7, 8	.53

*Nota:*  $\alpha$  = alpha de Cronbach

**Tabla 1***Confiabilidad de los Instrumentos*

Dimensiones	Ítems	Alpha de Cronbach
Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (Alimentación predominantemente con sólidos)		
No Respuesta	9, 10, 11T, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34	.89
Conductas de alimentación del hijo menor de 2 años (Concurrente)	1 a 18	.69
Conductas de alimentación del hijo menor de 2 años (Retrospectiva)	1 a 18	.66

**Estadísticas Sociodemográficas de Madres/Padres Participantes**

Participaron 375 diadas (madre o padre-hijo), en su mayoría quien contestó los cuestionarios fue la madre (293), en la tabla 2 se muestra más información.

**Tabla 2***Estadísticas Descriptivas de Características Sociodemográficas Madres/Padres*

Variable	n	Media	DE	Valor	
				Mínimo	Máximo
<i>Madre</i>					
Edad (años)	293	29.60	4.89	19	47

*Nota: n = Número de participantes, f = frecuencia, % = porcentaje*

*n = 375*

**Tabla 2***Estadísticas Descriptivas de Características Sociodemográficas Madres/Padres*

Variable	<i>n</i>	Media	<i>DE</i>	Valor	
				<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Madre</i>					
Escolaridad (años)	293	13.45	3.82	2	21
Edad hijo (meses)	293	7.47	6.09	0	23
Estado civil	<i>f</i>	%			
Casada	279	95.2			
Unión libre	11	3.8			
Soltera	1	.3			
Divorciada	2	.7			
Ocupación actual	<i>f</i>	%			
Hogar	217	74.1			
Profesional	50	17			
No profesional	26	8.9			
<i>Padre</i>					
	<i>n</i>	Media	<i>DE</i>	Valor	
				<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Edad (años)	82	31.41	5.82	21	52

*Nota: n = Número de participantes, f = frecuencia, % = porcentaje*

*n = 375*



**Tabla 2***Estadísticas Descriptivas de Características Sociodemográficas Madres/Padres*

Variable	<i>n</i>	Media	<i>DE</i>	Valor	
				<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Padre</i>	<i>n</i>	Media	<i>DE</i>	Valor	
				<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Escolaridad(años)	82	12.95	3.57	2	21
Edad hijo(meses)	82	6.88	6.29	0	23
Estado civil	<i>f</i>	%			
Casado	75	91.5			
Unión libre	4	4.9			
Soltero	2	2.4			
Divorciado	1	1.2			
Ocupación actual	<i>f</i>	%			
Hogar	1	1.2			
Profesional	14	17.1			
No profesional	67	81.7			

*Nota: n = Número de participantes, f = frecuencia, % = porcentaje* *n = 375*

En la tabla 3 se presenta la información respecto a los lactantes según el método de alimentación predominante, de los cuales 246 eran alimentados predominantemente con leche y 129 predominantemente con sólidos, el cuidador habitual del hijo en la

mayoría de los casos fue la madre  $n = 164$  (66.7%) en lactantes alimentados predominantemente con leche y  $n = 90$  (69.8%) en lactantes alimentados predominantemente con sólidos.

**Tabla 3**

*Características del Lactante de Acuerdo con el Método de Alimentación Predominante*

		Leche		Sólidos	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo	Masculino	124	50.4	64	49.6
	Femenino	122	49.6	65	50.4
	Total	246	100	129	100
Edad en meses	<i>M + DE</i>	4.29	(4.3)	13.17	(4.74)
Método de alimentación	Lactancia materna exclusiva	101	41.1	0	0
	Fórmula	40	16.2	0	0
	Lactancia materna y fórmula	78	31.7	0	0
	Con sólidos y leche	27	11	15	11.7
	Predominantemente con sólidos	0	0	114	88.3
	Total	246	100	129	100

*Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje, M = Media, DE = Desviación Estándar  
n = 375*

**Tabla 3***Características del Lactante de Acuerdo con el Método de Alimentación Predominante*

		Leche		Sólidos	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cuidador habitual del lactante	Madre	164	66.7	90	69.7
	Ambos padres	62	25.2	23	17.8
	Abuelos	9	3.7	8	6.3
	Familiares	4	1.6	1	.8
	Empleada doméstica	2	.8	1	.8
	Guardería	5	2.0	6	4.6
	Total	246	100	129	100

*Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje, M = Media, DE = Desviación Estándar  
n = 375*

Para la duración en meses de la lactancia materna, la edad de inicio de fórmula y sólidos igualmente se clasificó de acuerdo con el método de alimentación actual predominante, más información se presenta en la tabla 4.

**Tabla 4**

*Duración en meses de Lactancia materna, Uso de Fórmulas Infantiles e Inicio de Alimentación Complementaria*

	Leche		Sólidos	
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Lactancia materna	3.58	3.66	8.74	5.19

*Nota: DE = Desviación Estándar*

*n = 375*

**Tabla 4**

*Duración en meses de Lactancia materna, Uso de Fórmulas Infantiles e Inicio de Alimentación Complementaria*

	Leche		Sólidos	
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Uso de fórmulas Infantiles	1.42	2.13	3.55	3.33
Inicio de sólidos	6.19	1.28	6.27	1.48

*Nota: DE = Desviación Estándar*

*n = 375*

En la tabla 5 se muestra que el mayor porcentaje fue de los lactantes menores de 6 meses los cuales son alimentados con lactancia materna exclusiva y disminuye a partir de esa edad

**Tabla 5**

*Métodos de Alimentación por Rango de Edad del Lactante*

		Menor de 6		6 – 12		13- 23	
		meses		meses		meses	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tipo de alimentación	LME	85	49.1	17	12.9	4	5.7
	Fórmula infantil	26	15	17	12.9	2	2.9
	LM y FI	62	35.9	18	13.6	3	4.3
	Más con sólidos	0	0	80	60.6	61	87.1
	Total	173	100	132	100	70	100

*Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje, LM= Lactancia Materna Exclusiva, LM= Lactancia Materna, FI= Formulas Infantiles n = 375*

Las estadísticas descriptivas de las variables antropométricas para los lactantes se clasificaron por rango de edad: Menores de 6 meses, entre 6 y 12 meses y de 13 a 23 meses. La información se presenta en la tabla 6.

**Tabla 6**

*Estadísticas Descriptivas de Medidas Antropométricas del Hijo por Rango de Edad*

Edad	Variable	Media	DE	Valor	
				Mínimo	Máximo
0 a 5 Meses	Peso (kg)	5.23	1.60	2.75	9.40
	Talla (cm)	57.96	6.30	44.00	75.00
6 a 12 Meses	Peso (kg)	8.68	1.17	6.00	12.40
	Talla (cm)	71.53	4.05	60.00	84.00
13 a 23 Meses	Peso (kg)	10.93	1.22	7.98	14.50
	Talla (cm)	80.50	4.72	65.00	90.00

kg= Kilogramos, cm= Centímetros

*n* = 246

El estado nutricional del lactante se presenta en la Tabla 7 de acuerdo con el método de alimentación predominante. El IMC se clasificó en desviaciones estándar de acuerdo con lo sugerido por la OMS (2006). Se encontró que los lactantes alimentados predominantemente con sólidos presentaron mayores cifras de sobrepeso/obesidad en comparación con los alimentados predominantemente con leche.

**Tabla 7**

*Estado Nutricio del Hijo de Acuerdo con la OMS por Método de Alimentación*

*Predominante*

Estado nutricio	Leche		Sólidos	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Malnutrición severa	2	.8	1	.8
Malnutrición	9	3.7	1	.8
Peso Normal	196	79.7	94	72.7
Riesgo de sobrepeso	32	13	26	20.2
Sobrepeso	5	2.0	6	4.6
Obesidad	2	.8	1	.8
Total	246	100	129	100

*Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje*

*n = 375*

### **Estadística para verificar los objetivos**

De acuerdo con el objetivo específico 1, describir las dimensiones de crianza y total de madres o padres de hijos menores de 2 años, se realizaron valores promedio de cada una de las subescalas y se obtuvieron estadísticas descriptivas. El valor promedio más alto se ubicó en escuchar con total atención al hijo, el valor más bajo se encontró en aceptación sin prejuicios de la función parental. La información se presenta en la tabla 8.

**Tabla 8**

*Estadística Descriptiva de las Dimensiones de la Crianza Consciente y Escala Total*

Dimensiones	Media	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
Escuchar con total atención al hijo	4.48	.51	2.20	5.00

*Nota: DE: Desviación estándar*

**Tabla 8***Estadística Descriptiva de las Dimensiones de la Crianza Consciente y Escala Total*

Dimensiones	Media	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
Conciencia emocional del hijo	4.10	.69	2.33	5.00
Autorregulación en la crianza	4.09	.54	2.50	5.00
Aceptación sin prejuicios de la función parental	3.69	.49	2.43	5.00
Compasión por el hijo	4.55	.49	2.20	5.00
Escala total	4.20	.38	3.04	5.00

*Nota: DE: Desviación estándar*

Para dar respuesta al objetivo específico 2 describir las prácticas parentales de alimentación infantil de acuerdo con el método de alimentación, en la tabla 9 se puede observar que en los lactantes alimentados predominantemente con leche las subescala más alta fue alimentación a libre demanda y la más baja fue alimentación persuasiva.

**Tabla 9***Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (lactantes alimentados predominantemente con leche)*

Dimensiones	Subescalas	Media	DE	Valor	
				Mínimo	Máximo
Estructura	Alimentación a libre demanda	3.77	.99	1.25	5.00
No respuesta	Usar la comida para calmar	2.79	.98	1.00	5.00
	Alimentación persuasiva	1.70	.72	1.00	4.00
	Alimentación dirigida por los padres	2.50	.97	1.00	5.00

*Nota: DE: Desviación estándar*

En la tabla 10 se observan las puntuaciones para los lactantes alimentados predominantemente con sólidos. La subescala con mayor promedio fue ambiente familiar en las comidas y la subescala más baja fue el uso de recompensas alimentarias o no alimentarias.

**Tabla 10**

*Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (lactantes alimentados predominantemente con sólidos)*

Dimensiones	Subescalas	Media	DE	Valor	
				Mínimo	Máximo
Estructura	Alimentación a libre demanda	3.52	.65	1.75	5.00
	Ambiente familiar en las comidas	4.01	.81	1.00	5.00
No	Usar la comida para calmar	2.02	.79	1.00	5.00
Respuesta	Alimentación persuasiva	3.10	.78	1.00	5.00
	Alimentación dirigida por los padres	2.97	.93	1.00	5.00
	Uso de recompensas alimentarias o no alimentarias	1.88	.87	1.00	5.00

*Nota: DE: Desviación estándar*

Para verificar el objetivo específico 3, describir las conductas de alimentación del hijo de acuerdo con el rango de edad (0-3 meses, 4-24 meses), en la tabla 11 se presenta la información de los lactantes de 0 a 3 meses con la versión concurrente, el valor promedio más bajo se encontró en la subescala sensibilidad a la saciedad y el promedio más alto se encontró en disfrutar los alimentos.



**Tabla 11**

*Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Conductas de Alimentación del Lactante (Concurrente)*

Dimensiones	Media	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
Disfrutar los alimentos	4.57	.39	3.50	5.00
Sensibilidad en la alimentación	3.00	.95	1.00	5.00
Lentitud al comer	2.66	.65	1.00	4.75
Sensibilidad a la saciedad	2.14	.75	1.00	4.67
Apetito general	4.28	.84	2.00	5.00

*Nota: DE: Desviación estándar.*

En la tabla 12 se muestra la versión retrospectiva para lactantes de 4 a 24 meses en la cual el valor promedio más bajo se encontró en la subescala sensibilidad a la saciedad y el promedio más alto se encontró en disfrutar los alimentos.

**Tabla 12**

*Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Conductas de Alimentación del Lactante (Retrospectiva)*

Dimensiones	Media	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
Disfrutar los alimentos	4.53	.45	2.25	5.00
Sensibilidad en la alimentación	3.13	.89	1.17	5.00
Lentitud al comer	2.64	.72	1.00	5.00
Sensibilidad a la saciedad	2.17	.71	1.00	4.33
Apetito general	4.10	.99	1.00	5.00

*Nota: DE: Desviación estándar.*

### Estadística Inferencial

Para verificar el objetivo específico 4) identificar los predictores de las prácticas parentales de alimentación infantil (edad madre/padre, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, orden del hijo, sexo del hijo, peso del hijo, crianza consciente), se consideraron como variables: edad madre/padre, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, orden del hijo, sexo del hijo, peso del hijo, crianza consciente.

La tabla 13 muestra la estadística para los lactantes alimentados con leche en el constructo estructura, mediante el método de eliminación de variables hacia atrás se identificó un modelo significativo que explicó el 40.4% de la varianza, las variables que contribuyeron al modelo positivamente fueron escolaridad en años y crianza consciente y las que contribuyeron negativamente fueron el que el padre o madre trabajara, así como a menor peso del hijo mayor uso de dichas prácticas.

**Tabla 13**

*Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Predictores de las Prácticas de Alimentación de Estructura (alimentación predominantemente con leche)*

	<i>B</i>	<i>Error</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>Sig</i>
	<i>Estándar</i>				
Constante	2.378	.858		2.770	.006
Edad padre/madre	-.021	.012	-.110	-1.673	.096
Escolaridad en años	.037	.017	.139	2.142	.033*
Número de hijos	-.131	.097	-.129	1.356	.176

*Nota:* B = coeficiente beta no estandarizado,  $\beta$  = coeficiente beta estandarizado,\* = *p* significativa < .05, *n* = 375

**Tabla 13**

*Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Predictores de las Prácticas de Alimentación de Estructura (alimentación predominantemente con leche)*

	<i>B</i>	<i>Error</i> <i>Estándar</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>Sig</i>
Estado civil	.335	.287	.070	1.164	.246
Trabajo (si)	-.301	.129	-.150	-2.332	.021*
Orden del hijo	-.236	.205	-.109	-1.150	.251
Sexo del lactante (Femenino)	.035	.121	.018	.290	.772
Peso	-.076	.028	-.176	-2.711	.007*
Crianza consciente	.027	.007	.246	3.946	.001*
R <sup>2</sup>	.163				
R <sup>2</sup> <sub>a</sub>	.404				

*Nota:* B = coeficiente beta no estandarizado,  $\beta$  = coeficiente beta estandarizado, \* = *p* significativa < .05, *n* = 375

En la tabla 14 se presenta el constructo de no respuesta de prácticas parentales de alimentación infantil para lactantes alimentados predominantemente con leche, se encontró un modelo significativo que explicó el 28.4% de la varianza, con la variable significativa: crianza consciente.

**Tabla 14**

*Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Predictores de las Prácticas de Alimentación de No Respuesta (alimentación predominantemente con leche)*

	<i>B</i>	<i>Error</i> <i>Estándar</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>Sig</i>
Constante	3.751	.435		8.618	.001
Edad madre/padre	-.007	.007	-.073	-1.073	.248
Escolaridad en años	-.012	-.010	-.084	-1.235	.218
Número de hijos	.084	.054	.152	1.555	.121
Estado Civil	-.248	.163	-.096	-1.517	.131
Trabajo	.066	.073	.061	.902	.368
Orden del hijo	.187	.114	.158	1.644	.102
Sexo (Femenino)	-.006	.069	.000	.000	1.000
Peso normal	.080	.094	.055	.860	.391
Crianza Consciente	-.013	.004	-.219	-3.453	.001*
$R^2$	.081				
$R^2_a$	.284				

*Nota:* B = coeficiente beta no estandarizado,  $\beta$  = coeficiente beta estandarizado,\* = *p* significativa < .05, *n* = 375

Para verificar el objetivo específico 5) identificar los determinantes de la crianza consciente (edad madre/padre, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación,

orden del hijo, sexo del hijo, peso del hijo, crianza consciente) se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, el cual explicó el 25.9% de la varianza, mediante el método de eliminación de variables hacia atrás se identificó que la edad del lactante en meses contribuyó al modelo, el cual se muestra en la tabla 15.

**Tabla 15**

*Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Predictores de la Crianza Consciente*

	<i>B</i>	<i>Error</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>Sig</i>
	<i>Estándar</i>				
Constante	79.844	4.501		17.739	.001
Edad madre/padre	.038	.103	.020	.369	.713
Escolaridad en años	-.169	.137	-.067	-1.233	.219
Número de hijos	.282	.826	.028	.341	.733
Estado civil (con pareja)	.035	2.126	.001	.017	.987
Trabajo (activo)	.940	1.056	.049	.891	.374
Sexo (femenino)	1.303	.982	.068	1.327	.185
Peso normal	.598	1.268	.025	.471	.638
Edad del hijo (meses)	-.364	.082	-.234	-4.430	.001*
$R^2$	.067				
$R^2_a$	.259				

*Nota:* B = coeficiente beta no estandarizado,  $\beta$  = coeficiente beta estandarizado,\* = *p* significativa < .05, *n* = 375

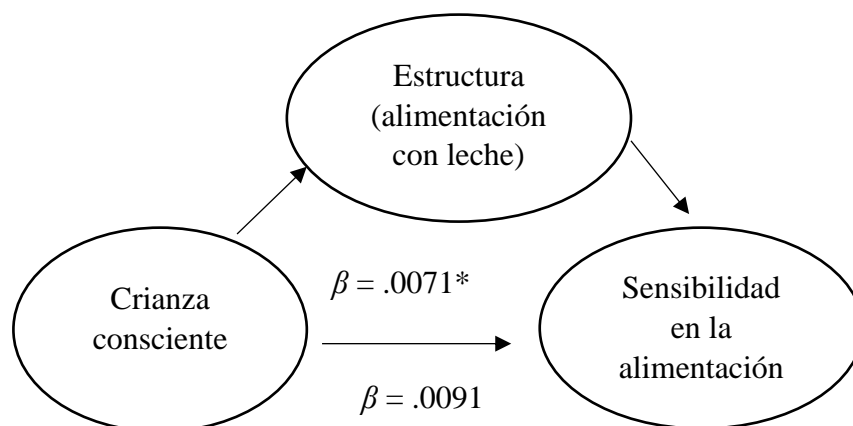
Para verificar el objetivo específico 6) evaluar si la crianza consciente y las prácticas parentales de alimentación infantil determinan el estado nutricional del hijo menor de dos años, se realizó un análisis de regresión binaria el cual no resultó significativo.

Finalmente, para dar respuesta al objetivo general que señala determinar el efecto mediador de las prácticas de alimentación infantil entre la crianza consciente y las conductas de alimentación del hijo menor de 2 años en madres de hijos lactantes residentes en el área metropolitana de Monterrey, N. L., se realizó análisis de mediación, se consideraron solo las conductas: sensibilidad en la alimentación y sensibilidad a la saciedad, a continuación, se presentan los modelos significativos. Los modelos no significativos y detalles de los modelos significativos se presentan en el apéndice G.

En la figura 1, se muestra el modelo de mediación, en el cual se verificó que la crianza consciente influye positivamente a través de la práctica de alimentación infantil de estructura en la conducta de alimentación (Sensibilidad en la alimentación) en lactantes alimentados predominantemente con leche.

Figura 1

*Modelo de Mediación de las Prácticas de Alimentación Infantil (Estructura) entre la Crianza Consciente y las Conductas de Alimentación (Sensibilidad en la alimentación) en Lactantes Alimentados Predominantemente con Leche*

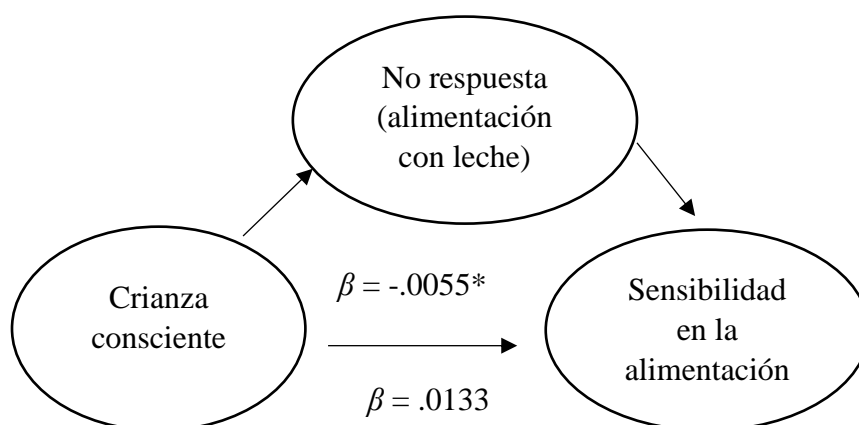


*Nota:*  $\beta$  = coeficiente beta no estandarizado; \* =  $p < .05$

El siguiente modelo de la figura 2 se muestra que la crianza consciente influye negativamente sobre la conducta de alimentación (Sensibilidad en la alimentación) a través de la práctica de alimentación infantil en el constructo de no respuesta en los lactantes alimentados predominantemente con leche.

Figura 2

*Mediación de las Prácticas de Alimentación Infantil (No respuesta) entre la Crianza Consciente y las Conductas de Alimentación (Sensibilidad en la alimentación) en Lactantes Alimentados Predominantemente con Leche*

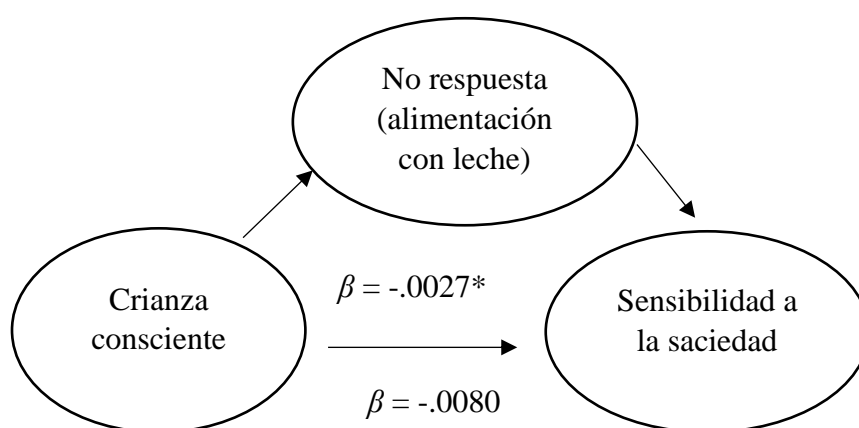


*Nota:*  $\beta$  = coeficiente beta no estandarizado; \* =  $p < .05$

Por último, la figura 3 muestra que la crianza consciente influye negativamente en la conducta (Sensibilidad a la saciedad) a través de la práctica de alimentación infantil de no respuesta en lactantes alimentados predominantemente con leche.

Figura 3

*Mediación de las Prácticas de Alimentación Infantil (constructo No respuesta) entre la Crianza Consciente y la Sensibilidad a la saciedad (conductas de Alimentación) en Lactantes Alimentados Predominantemente con Leche*



*Nota:*  $\beta$  = coeficiente beta no estandarizado; \* =  $p < .05$



## Capítulo IV

### Discusión

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar el efecto mediador de las prácticas parentales de alimentación infantil entre la crianza consciente y las conductas del hijo menor de dos años.

Dado que en el presente estudio participaron madre o padres y su hijo menor de 2 años, en primer lugar, se presenta información descriptiva relacionada con el método de alimentación del hijo y estado nutricional. Respecto a la lactancia materna exclusiva, se identificó que casi la mitad de los lactantes menores de 6 meses eran alimentados con lactancia materna exclusiva, cifras similares a las reportadas por la OMS (2021) y superiores a las reportadas a nivel nacional por la ENSANUT, (2018-19). Es importante mencionar que el plan de la OMS para el año 2025 es incrementar dichas cifras y que por lo menos la mitad de lactantes menores de 6 meses reciban el beneficio de la lactancia materna exclusiva (OMS, 2021).

Respecto al estado nutricional del hijo se encontró que el 33.2% de los lactantes menores de 24 meses presentaron riesgo de sobrepeso y el 8.3% presentó sobrepeso/obesidad, se identificó que los lactantes que eran alimentados predominantemente con sólidos presentaron una mayor presencia de sobrepeso/obesidad en comparación con los alimentados predominantemente con leche. Cifras que son superiores a las reportadas por la UNICEF, (2021) en menores de 5 años de América Latina y el Caribe e incluso superior a la reportada a nivel nacional por UNICEF, (2021) y por ENSANUT (2021).

Resultados similares a otros estudios (Ortiz et al., 2020; Shamah-Levy et al., 2019). Aunque la población en la cual se realizó el estudio de Shamah-Levy et al. (2019) fue con una población en condiciones de vulnerabilidad y pertenecientes a un sistema de salud público por lo cual resulta difícil hacer una comparativa con estas cifras.

El grupo con mayor riesgo de sobrepeso y presencia de sobrepeso/obesidad fueron los lactantes alimentados predominantemente con sólidos, es decir aquellos que ya iniciaron la alimentación complementaria (AC), este proceso de transición de la leche a la introducción de sólidos es considerado un acontecimiento sumamente importante en la historia nutricional infantil pudiendo tener consecuencias inmediatas y condicionar la vida futura del mismo (Martínez & Dalmau, 2020). Cuadros-Mendoza et al. (2017) mencionan que es importante no olvidar que la AC implica cambios metabólicos y endocrinos que influyen en la salud futura del niño, además de que esta práctica se ha visto relacionada con la obesidad a mediano y largo plazo.

El presente estudio de acuerdo con el objetivo 1, permitió identificar que la subescala con el promedio más alto fue compasión por el hijo, es a través de esta dimensión el padre se centra en las necesidades del niño y busca consolar la angustia que el niño pueda estar sintiendo (Duncan et al., 2009), es decir los padres están atentos a las necesidades del hijo y además de reconocer buscan satisfacer las necesidades del hijo. Mientras que la subescala con el puntaje más bajo fue aceptación sin prejuicios de la función parental, lo cual implica que los padres no saben reconocer los desafíos y errores que enfrentan en el contexto de la crianza lo que los lleva a que les resulte difícil brindar estándares y expectativas claras al hijo acerca de su comportamiento (Duncan et al., 2009).

Resultados similares a los de Potharst et al. (2017) quienes encontraron que la mayor puntuación se observó en la subescala compasión por el hijo y la de menor puntaje aceptación sin prejuicios de la función parental, sin embargo dichos autores aplicaron la escala Interpersonal Mindfulness in Parenting con 31 ítems de Duncan et al. (2009), mientras que en este estudio se aplicó la versión para infantes Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale Infan Version adaptada por Caiado et al. (2020) de 28 ítems, misma que por ser utilizada por primera vez en padres/madres mexicanos fue

traducida por medio del proceso de back-traslacion al español, por lo cual puede ser necesario realizar análisis factorial para validar dicha escala en población mexicana.

De acuerdo con el objetivo 2 describir las prácticas parentales de alimentación infantil de acuerdo con el método de alimentación del lactante, para los lactantes alimentados predominantemente con leche la subescala con mayor puntuación fue estructura en la subescala de alimentación a libre demanda lo cual se relaciona con si es el padre quien toma la decisión de cuando el niño debe alimentarse vs dejar que el niño decida (Por ejemplo, tiene horarios fijos a la hora de comer o el niño decide cuando quiere ser alimentado y tiene menos rutina) (Gubbels et al., 2011), al igual que los resultados que encontró Jansen et al. (2021) y Lakshaman et al. (2011).

De igual forma que para el grupo de lactantes alimentados predominantemente con sólidos el constructo con mayor puntuación fue estructura en la subescala de ambiente familiar en las comidas que se relaciona con el contexto de alimentación del hijo, es decir, hay otros miembros presentes y está el niño comiendo la misma comida que estos miembros (Por ejemplo, tiene un lugar para sentarse cuando come), dicha práctica de alimentación únicamente se ha evaluado en los niños mayores (alimentados con sólidos) debido a que en el otro grupo no resulta tan relevante (Jansen et al., 2021), al igual que los resultados que encontró Jansen et al. (2021) en el cual el promedio de mayor puntuación fue dicho constructo, así como los reportados por Finnane et al. (2016).

Con respecto a la subescala de no respuesta para el grupo de lactantes alimentados predominantemente con leche al igual que Jansen et al. (2021) el constructo con mayor promedio fue usar la comida para calmar lo cual se relaciona con los padres que utilizan alimentos para establecer o administrar las emociones de los hijos (Jansen et al., 2021), mientras que para el grupo de lactantes alimentados con sólidos la de mayor promedio fue alimentación persuasiva que se relaciona con el padre presionando al niño

a comer más, resultados similares a los reportados por Jansen et al. (2021).

En relación con el objetivo 3 describir las conductas de alimentación del hijo menor de 2 años de acuerdo con el rango de edad la subescala con mayor puntuación fue la de disfrutar los alimentos resultados similares a los reportados en la literatura (Llewellyn et al., 2011; Mallan et al., 2016; Martínez-Aguilera et al., 2018; Odar et al., 2018) la cual se refiere al grado en el cual un infante encuentra placer al tomar su leche. La subescala de menor puntaje fue sensibilidad a la saciedad resultados similares a los reportados por Martínez-Aguilera et al. (2018), la cual evalúa la facilidad con la que el bebé se llena durante una toma (Llewellyn et al., 2011).

Con respecto al objetivo 4 identificar los predictores de las prácticas parentales de alimentación infantil (edad madre/padre, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, orden del hijo, sexo del hijo, peso del hijo, crianza consciente) para lactantes alimentados predominantemente con leche en la subescala de estructura se encontraron significativas las variables, escolaridad en años, trabajar, peso del hijo y puntuación total de crianza consciente, lo que sugiere que la crianza consciente influye positivamente en las prácticas de alimentación infantil de estructura en lactantes alimentados con leche, es decir las habilidades de crianza consciente pueden ayudar a los padres a adoptar prácticas de alimentación infantil más saludables (Gouveia et al., 2018), al igual que a mayor escolaridad mejores prácticas por parte de los padres. Aunque el que el padre o madre se encuentren laboralmente activos, así como un menor peso del hijo llevan a los padres a utilizar prácticas de alimentación infantil que favorecen el sobrepeso y la obesidad, ya que los padres en el intento de hacer que el hijo se alimente utilizan prácticas como presión para comer o uso de comida como recompensa (Jansen et al., 2021).

Además se encontró que bajos niveles de crianza consciente en los padres/ madres llevan a un mayor uso de prácticas de alimentación infantil de no respuesta,

mismas que se consideran no receptivas debido a que pueden anular la capacidad de comer del niño (Gouveia et al., 2018) dichas prácticas pueden ser utilizadas por los padres con la intención o con la finalidad de promover una vida saludable e ingesta balanceada, sin embargo se han relacionado con problemas durante la alimentación y a responder a las señales de hambre y saciedad (Marron et al., 2008). Aunque la evidencia existente ha sido estudiada principalmente en niños preescolares y sigue siendo limitada la investigación en el grupo de lactantes (Finnane et al., 2017; Gouveia et al., 2018; Marron et al., 2008).

De acuerdo con el objetivo específico 5) identificar los determinantes de crianza consciente (edad madre/padre, escolaridad, número de hijos, estado civil, ocupación, sexo del hijo, peso del hijo, edad en meses del hijo) solo resultado significativa la edad del hijo en meses, lo cual indica que a menor edad del hijo mayores niveles de crianza consciente, lo que se puede explicar debido a que el nacimiento resulta como un evento significativo para la madre/padre que los lleva a un estado de satisfacción, sin embargo se ha demostrado que dicho efecto disminuye en los meses siguientes (Luhmann., 2012).

Para Potarsh et al. (2017) la edad del hijo también resultó como variable predictora de la crianza consciente, sin embargo sus resultados muestran que las madres de un bebé mayor prestaron más atención al hijo, mostraron más afecto, fueron más conscientes y mostraron más compasión por el hijo, resultados contrarios a los encontrados en el presente estudio, sin embargo mostraron más reactividad emocional en la crianza, posiblemente explicado porque cuando los bebés se van convirtiendo en niños mayores comienzan a mostrar un comportamiento más desafiante (Potarsh et al., 2017). Todo esto se puede ver afectado ya que tanto el niño pequeño como sus padres pueden experimentar emociones complicadas cuando no tienen habilidades sociales y/o comunicativas para expresar sus deseos, negociar de manera adecuada, o cuando sus habilidades reguladoras se quedan cortas para controlar su ira, lo que resulta en rabietas

o conductas agresivas (Campbell et al., 2000).

En cuanto a el objetivo específico 6 evaluar si la crianza consciente y las prácticas parentales de alimentación infantil determinan el estado nutricional del lactante. A pesar de que en la literatura existente se ha encontrado relación entre estas variables (Davis et al., 2018; Finnane et al., 2016; Gouveia et al., 2017) en este estudio no se encontraron resultados significativos, esto se puede explicar debido a que en este estudio se utilizaron instrumentos de acuerdo con el método de alimentación del hijo por lo cual varían las prácticas que utilizaban los padres, además es importante mencionar que la población en la que se llevó a cabo el estudio fue un grupo que se encontraba bajo constante monitoreo en el programa de control del niño sano.

Por último, respecto al objetivo general que señala determinar el efecto mediador de las prácticas parentales de alimentación infantil entre la crianza consciente y las conductas de alimentación del lactante (sensibilidad a la saciedad y sensibilidad a la alimentación), el presente estudio suma a la literatura existente que las prácticas de alimentación de los padres actúan como un papel mediador. Debido a que dicho papel mediador no ha sido investigado con anterioridad en lactantes, aunque algunos estudios muestran que existen asociaciones temporales entre las prácticas de alimentación de los padres y los comportamientos alimentarios de los niños, sin embargo, aún no está clara la relación (Berge et al., 2020; Finnane et al., 2016; Jansen et al., 2018). Por lo cual es necesario continuar explorando el rol mediador que tienen las prácticas parentales de alimentación infantil entre la crianza consciente y las conductas de alimentación del hijo menor de dos años.

### **Conclusiones**

El puntaje total de crianza consciente fue aceptable y la subescala con mayor puntuación fue escuchar con total atención al hijo, lo que sugiere que los padres dirigen toda su atención al hijo (Duncan et al., 2009).

El constructo de las prácticas parentales de alimentación infantil con mayor puntuación fue estructura. El papel de las prácticas de estructura ha sido poco investigado a pesar de las sugerencias de que proporcionar un entorno estructurado durante la alimentación representa un papel clave, ya que proporcionar una rutina en términos de ubicación, tiempo, reducción de distracciones, y presencia familiar en la mesa puede ayudar a los niños a responder de forma correcta a señales de hambre y saciedad y lograr mantener su capacidad de autorregulación (Finnane et al., 2016)

Las conductas en ambos grupos alimentados predominantemente con leche y sólidos la subescala con mayor puntuación fue disfrutar los alimentos y la de menor puntuación fue sensibilidad en la alimentación, lo que muestra que los lactantes muestran un alto disfrute a la comida sin embargo tienen una deficiente autorregulación en la ingesta (Jansen et al., 2018)

Las madres/padres con un nivel de escolaridad mayor y puntajes de crianza consciente más altos utilizan más las prácticas de estructura en los lactantes alimentados predominantemente con leche, mientras que los padres que trabajan y el hijo con un peso mayor las utilizan con menos frecuencia.

Niveles de crianza consciente más bajos influyen en un mayor uso de los padres de las prácticas de no respuesta en los lactantes alimentados predominantemente con leche, lo que sugiere que los padres no pueden ser conscientes de las necesidades del hijo, visto desde el punto de vista nutricional los padres en el intento de promover una dieta saludable en el hijo utilizaran prácticas de alimentación de no respuesta para sentirse en control sobre la alimentación del lactante sin tener en cuenta las necesidades del hijo (el padre será quien decide cuanto y donde debe de comer el hijo) (Duncan et al., 2009; Jansen et al., 2021).

La edad del hijo influye en la crianza consciente, a menor edad del hijo mayores niveles de crianza consciente presentan los padres, es decir las madres con hijos en

etapas tempranas tienden a ser más conscientes y atender las necesidades del hijo, pero conforme avanza la edad del hijo dichos niveles se pueden ver comprometidos (Caiado et al., 2020).

### **Limitaciones**

Entre las limitaciones del presente estudio es que se realizó en una institución de salud privada, por lo cual sería necesario replicar el estudio en otro tipo de población. Una limitante más fue que se contó con dos grupos los alimentados predominantemente con leche y los de sólidos y la distribución de los participantes no fue similar, por lo cual el grupo de sólidos presentó una muestra muy baja.

### **Recomendaciones**

#### ***Para la Investigación***

Se recomienda replicar el presente estudio en poblaciones con distintas características a las de los participantes de este estudio, también se recomienda utilizar una técnica de muestreo por conglomerados con muestras equitativas para los grupos de alimentados predominantemente con leche y sólidos. Se sugiere realizar un análisis de factores para la Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza Versión Infante [Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale Infant Version- IM-PI, Caiado et al., 2020] y el Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura para Niños menores de 2 años [The Feeding Practice and Structure Questionnaire - FPSQ; Jansen et al., 2021].

#### ***Para la Práctica Clínica***

Actualmente en México se cuenta con el programa de control del niño sano, en el cual uno de los objetivos principales es la vigilancia del estado de nutrición y crecimiento infantil, mismo en el que intervienen los profesionales de la salud, específicamente la Enfermera Materno Infantil (EMI), debido al papel que juega la EMI en dicho servicio se recomienda que los profesionales de enfermería den una mayor



énfasis para que los infantes acudan de forma periódica al servicio resaltando a los padres la importancia de la correcta adhesión al programa y explicando los beneficios de la misma. También se recomienda que el personal de enfermería se encuentre en constante capacitación para que se encuentre actualizado en los temas de mayor interés y problemáticas de la vida del niño. Además, se sugiere una vigilancia permanente del programa del niño sano para verificar que se cumpla con metas a corto y largo plazo, así mismo que esto les permita detectar las necesidades del servicio.

Dado que la institución de salud donde se realizó el estudio cuenta con el programa de niño sano se recomienda ofrecer programas de nivel preventivo, así como estrategias e intervenciones centradas en las necesidades aquí detectadas, mismas que deberían ser otorgadas por la EMI. Se sugiere programas preventivos específicamente para la etapa que se ha visto como crucial en la vida del infante, que es la alimentación complementaria, existen intervenciones como una recientemente realizada por Zaragoza-Cortes et al. (2019) en el estado de Hidalgo, México la cual tenía como objetivo evaluar el impacto de una intervención de alimentación complementaria y la percepción materna de peso del hijo (PMPH) sobre indicadores de crecimiento.

Además, se recomienda el uso de herramientas visuales sobre educación alimentaria nutricional, como la diseñada recientemente Martin et al. (2022) el cual creo un manual y atlas fotográfico sobre alimentación complementaria (AC) para niños entre 6-12 meses de edad, para mejorar tanto el conocimiento como prácticas maternas de alimentación.

### ***Para las Madres o Padres***

En este estudio también se puede observar que una variable predictora de las prácticas de alimentación infantil fue la crianza consciente por lo cual se puede sugerir que a través de la EMI y por medio del programa de control de niño sano las diadas madre- padre/hijos acudan a programas, como el Mindful whit Your Baby, un grupo de

entrenamiento de crianza consciente (Potharst et al., 2017) el cual hace uso de los ejercicios generales de meditación, además de que se adapta a la presencia de los bebés y los temas que juegan un papel importante para la mayoría de las madres con un bebé.

### Referencias

- Bahorski, J. S., Schneider-Worthington, C. R., & Chandler-Laney, P. C. (2020). Modified eating in the absence of hunger test is associated with appetitive traits in infants. *Eating Behaviors*, *36*(April 2019), 101342. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101342>
- Baughcum, A. E., Powers, S. W., Johnson, S. B., Chamberlin, L. A., Deeks, C. M., Jain, A., & Whitaker, R. C. (2001). Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *22*(6), 391–408. <https://doi.org/10.1097/00004703-200112000-00007>
- Baumrind, D. (1989). Rearing Competent Children. In W. Damon (Ed.), *Child Development Today and Tomorrow* (pp. 349-378).
- Berge, J. M., Tate, A., Trofholz, A., Fertig, A. R., Miner, M., Crow, S., & NeumarkSztainer, D. (2017). Momentary Parental Stress and Food-Related Parenting Practices. *Pediatrics*, *140*(6), 1-12. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2295>
- Birch, J.O. Fisher, K. Grimm-Thomas, C.N. Markey, R. Sawyer. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness, *Appetite*, *36*.
- Blissett, J., & Bennett, C. (2012). Cultural differences in parental feeding practices and children's eating behaviours and their relationships with child BMI: a comparison of Black Afro-Caribbean, White British and White German samples. *European Journal of Clinical Nutrition* *2013 67:2*, *67*(2), 180–184. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2012.198>
- Burgdorf, V., & Szabó, M. (2021). The Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale in

- Mothers of Children and Infants: Factor Structure and Associations With Child Internalizing Problems. *Frontiers in Psychology*, *11*(February), 1–15.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.633709>
- Bustamante, L. J. P., Gordillo, J. M. A., Díaz, M. R. J., de María Mogollón Torres, F., Vega, R. A. S., & Muñoz, S. T. (2019). Breastfeeding, complementary feeding and supplementation multimicronutrient: Intercultural perspective. En *Cultura de los Cuidados* (Vol. 23, Issue 54, pp. 231–243). Universidad de Alicante.  
<https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.20>
- Ca, C., Ma, V., Mondragón, F., Jf, C., Ja, R., & Cuadros-mendoza, C. A. (2017). *Actualidades en alimentación complementaria*. *38*(3), 182–201.
- Caiado, B., Ventura Fernandes, D., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2020). The Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale – Infant Version: Psychometric Properties and Factor Structure in a Sample of Portuguese Mothers in the Postpartum Period. *Psychologia*, *63*(2), 139–157.
- Casco Ojeda, R. C. (2020). *Crianza consciente, estilos maternos de alimentación infantil e índice de masa corporal del preescolar*.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021). Acerca del IMC para niños y adolescentes.  
[https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens\\_bmi/acerca\\_indice\\_masa\\_corporal\\_ninos\\_adolescentes.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html)
- Davis, K. E., Li, X., Adams-Huet, B., & Sandon, L. (2018). Infant feeding practices and dietary consumption of US infants and toddlers: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003-2012. *Public Health Nutrition*, *21*(4), 711–720. <https://doi.org/10.1017/S1368980017003184>
- de Bruin, E. I., Zijlstra, B. J. H., Geurtzen, N., van Zundert, R. M. P., van de Weijer-Bergsma, E., Hartman, E. E., Nieuwesteeg, A. M., Duncan, L. G., & Bögels, S.

- M. (2014). Mindful parenting assessed further: Psychometric properties of the Dutch version of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P). *Mindfulness*, 5(2), 200–212. <https://doi.org/10.1007/S12671-012-0168-4>
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 58(3), 249–255.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent-Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255–270. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) *Presentación de resultados*. [Encuesta Nacional de Salud y Nutrición \(ENSANUT\) 2018 \(inegi.org.mx\)](https://inegi.org.mx/encuestas/ensanut/2018/)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). <https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/default.html>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2021). *Encuesta Nacional De Salud Y Nutricion 2021 Sobre Covid-19*. [https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801\\_Ensa21\\_digital\\_29julio.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf)
- Farren, F. (2019). Dificultades en la Alimentación en niños: Aproximación y manejo.
- Fondo de las Naciones Unidas. (2022). *La malnutrición Infantil: más allá del hambre*. [La malnutrición infantil: más allá del hambre | UNICEF](https://www.unicef.org/es/la-malnutricion-infantil)
- Fondo de las Naciones Unidas. (2019). *La mala alimentación perjudica la salud de los niños en todo el mundo, advierte UNICEF*. [La mala alimentación perjudica la salud de los niños en todo el mundo, advierte UNICEF](https://www.unicef.org/es/la-mala-alimentacion-perjudica-la-salud-de-los-ninos-en-todo-el-mundo)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes*. [Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes |](https://www.unicef.org/es/sobrepeso-y-obesidad-en-ninos-ninas-y-adolescentes)

[UNICEF](#)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). *Desnutrición*

*Infantil*. [Desnutrición infantil | UNICEF](#)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2013). *Infant and Young Child Feeding*.

[Infant and Young Child Feeding](#).

Finnane, J. M., Jansen, E., Mallan, K. M., & Daniels, L. A. (2017). Mealtime Structure and Responsive Feeding Practices Are Associated With Less Food Fussiness and More Food Enjoyment in Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(1), 11-18.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.007>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *El sobrepeso en la niñez: Un llamado para la prevención en América Latina y el Caribe*. 8.

Forero T., Y., Acevedo R., M. J., Hernández M., J. A., Morales S., G. E., Forero T., Y., Acevedo R., M. J., Hernández M., J. A., & Morales S., G. E. (2018). La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(5), 612–620. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018005000707>

González, C. L. D., Unar, M. M., Quezada, S. A. D., Bonvecchio, A. A., & Rivera, D. J. (2020). Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 704–713. <https://doi.org/10.21149/11567>

Goodman, L. C., Roberts, L. T., & Musher-Eizenman, D. R. (2020). Mindful feeding: A pathway between parenting style and child eating behaviors. *Eating Behaviors*, 36. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2019.101335>

Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2019). How can mindful parenting be related to emotional eating and overeating in childhood and adolescence? The mediating role of parenting stress and parental child-feeding practices. *Appetite*, 138, 102–114. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2019.03.021>

- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2020). The role of mindful parenting and children's weight in mothers' child-feeding practices. *Eating and Weight Disorders : EWD*, 25(2), 427–435. <https://doi.org/10.1007/S40519-018-0615-X>
- Grove, S & Gray, J. (2019). Investigación en enfermería; Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. (7a Ed.). Elsevier
- Gubbels, J. S., Kremers, S. P. J., Stafleu, A., de Vries, S. I., Goldbohm, R. A., Dagnelie, P. C., de Vries, N. K., van Buuren, S., & Thijs, C. (2011). Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: The KOALA Birth Cohort Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-18>
- Gutiérrez Cuenca, G. (2019). Baby-led weaning: alimentación complementaria a demanda. Una revisión bibliográfica. *Nure Investigación*, 16(102), 1–9. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1742%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7137412%0Ahttps://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cin20&AN=138934848&lang=es&site=ehost-live>
- Harris, H. A., Moore, A. M., Ruggiero, C. F., Bailey-Davis, L., & Savage, J. S. (2022). Infant Food Responsiveness in the Context of Temperament and Mothers' Use of Food to Soothe. *Frontiers in Nutrition*, 8(January), 2–10. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.781861>
- Hofmann, W., & Lucas, R. E. (2012). Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta-Analysis on Differences Between Cognitive and Affective Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592–615. <https://doi.org/10.1037/a0025948.Subjective>
- Jansen, E., Russell, C. G., Appleton, J., Byrne, R., Daniels, L. A., Fowler, C., Rossiter,

- C., & Mallan, K. M. (2021). The Feeding Practices and Structure Questionnaire: development and validation of age appropriate versions for infants and toddlers. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 18(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01079-x>
- Jansen, E., Williams, K. E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., & Daniels, L. A. (2018). Bidirectional associations between mothers' feeding practices and child eating behaviours. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 15(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0644-x>
- Jansen, E., Mallan, K. M., & Daniels, L. A. (2015). Extending the validity of the Feeding Practices and Structure Questionnaire. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 12, 90. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0253-x>
- Jansen, E., Williams, K. E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., & Daniels, L. A. (2018). Bidirectional associations between mothers' feeding practices and child eating behaviours. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12966-018-0644-X/FIGURES/3>
- Lakshman, R. R., Landsbaugh, J. R., Schiff, A., Hardeman, W., Ong, K. K., & Griffin, S. J. (2011). Development of a questionnaire to assess maternal attitudes towards infant growth and milk feeding practices. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 2–11. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-35>
- Llewellyn, C. H., van Jaarsveld, C. H., Johnson, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2011). Development and factor structure of the Baby Eating Behaviour Questionnaire in the Gemini birth cohort. *Appetite*, 57(2), 388–396. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2011.05.324>
- Martin, N. C., Spipp, J. P., Marri, D. A., & Riernersman, C. N. (2022). Diseño y validación de un manual y atlas fotográfico sobre alimentación complementaria



para uso como herramienta de educación alimentaria. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, 79(2), 107.

<https://doi.org/10.31053/1853.0605.V79.N2.32807>

Martinez, A. P., Cardenas, V. V. M., & Ramirez, S. C. I. (2018). *Conducta de apetitosaciedad y estado nutricional en lactantes menores de 6 meses de edad.*

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2007-78582018000100022&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-78582018000100022&lng=es)

Martínez, V. R., Alvarado Ruiz, G. A., del Carmen Sánchez Pérez, M., Blanco Loyola, L. A., Magdalena, M., Jesús, S., Blázquez Martínez, J. U., & Celayo, S. M. (2010). *Artículo original Estudio de las pautas alimentarias para la introducción de alimentos complementarios y su diversidad a través de la incorporación a la dieta familiar.*

Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2018). Does the association between mindful parenting and adolescents' dispositional mindfulness depend on the levels of anxiety and depression symptomatology in mothers? *J Adolesc*, 68, 22–31.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.07.003>

Odar Stough, C., Bolling, C., Zion, C., & Stark, L. J. (2018). Comparison of High and Normal Birth Weight Infants on Eating, Feeding Practices, and Subsequent Weight. *Maternal and Child Health Journal*, 22(12), 1805–1814.

<https://doi.org/10.1007/s10995-018-2581-3>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). Malnutrición. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). Obesidad (who.int)

Organización Mundial de la Salud. (2006c). WHO Child Growth Standards: Methods and development. Length/height for age, weight for age, weight for length, weight for height and body mass index for age, in Child growth standards.

<https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>

- Ortiz, Félix, R.E. Cárdenas, Villareal, V.E. Guevara, Valtier, Milton, C. (2020). Prácticas Maternas de Alimentación y Percepción de Señales de Hambre y Saciedad. Factores biopsicosociales relacionados con la obesidad en lactantes y niños pequeños, *Estudios de investigación en enfermería*. 70-91.
- Osorio, E. , J., Weisstaub, N. , G., & Castillo, D. , C. (2002). Desarrollo De La Conducta Alimentaria En La Infancia Y Sus Alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 280–285. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>
- Oyarce, M. K., Valladares, V. M., Elizondo, V. R., & Obregón, A. M. (2016). Eating behavior in children. En *Nutricion Hospitalaria* (Vol. 33, Issue 6, pp. 1461–1469). Grupo Aula Medica S.A. <https://doi.org/10.20960/nh.810>
- Potharst, E. S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., y Bögels, S. M. (2017). Mindful with Your Baby: Feasibility, Acceptability, and Effects of a Mindful Parenting Group Training for Mothers and Their Babies in a Mental Health Context. *Mindfulness* 2017 8:5, 8(5), 1236–1250. <https://doi.org/10.1007/S12671-017-0699-9>
- Potharst, E. S., Zeegers, M., & Bögels, S. M. (2018). Mindful With Your Toddler Group Training: Feasibility, Acceptability, and Effects on Subjective and Objective Measures. *Mindfulness*, 12(2), 489–503. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1073-2>
- Savage, J.S., Hohman, E.E., Marini, M.E. (2018). INSIGHT responsive parenting intervention and infant feeding practices: randomized clinical trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 15, 64. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0700-6>
- Secretaría de Salud. (2013). Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud. promoción y educación para la salud en materia alimentaria. criterios para brindar orientación, (22-01-2013). Norma Oficial Mexicana NOM-

- 043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación (cndh.org.mx)
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.  
[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Secretaria de Gobernación. (2018). Proyecto de norma oficial mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna, (02-05-2018). DOF - Diario Oficial de la Federación
- Shamah-Levy, T., Campos-Nonato, I., Cuevas-Nasu, L., Hernández-Barrera, L., Morales-Ruán, M. del C., Rivera-Dommarco, J., & Barquera, S. (2019). Overweight and obesity in Mexican vulnerable population. Results of Ensanut 100k. *Salud Publica de Mexico*, *61*(6), 852–865. <https://doi.org/10.21149/10585>
- Silva, G. A. P., Costa, K. A. O., & Giugliani, E. R. J. (2016). Alimentação infantil: além dos aspectos nutricionais. *Jornal de Pediatria*, *92*(3), S2–S7.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.02.006>
- Vaughn, A. E., Tabak, R. G., & Bryant, M. J. (2013). *Acceso abierto Medición de las prácticas alimentarias de los padres : revisión sistemática de las medidas existentes y examen de los instrumentos.*
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. En *J. Child Psychol. Psychiat* (Vol. 42, Issue 7).
- Zaragoza-Cortes, J., Trejo-Osti, L. E., Ocampo-Torres, M., Zaragoza-Cortes, J., Trejo-Osti, L. E., & Ocampo-Torres, M. (2019). Impacto de una intervención sobre alimentación complementaria y percepción materna del peso del hijo en lactantes. *Nutrición Hospitalaria*, *36*(2), 282–289.  
<https://doi.org/10.20960/NH.2249>

## **APÉNDICES**

## **Apéndice A**

### **Escala de Atención Plena Interpersonal de la Crianza Versión Infante**

Solicitar información al correo: [yolandafloresuanl@gmail.com](mailto:yolandafloresuanl@gmail.com) y/o

[irisperezg18@gmail.com](mailto:irisperezg18@gmail.com)

## **Apéndice B**

### **Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura para Niños Menores de 2 años**

#### **Versión Alimentación con Leche/ Versión Alimentación con Sólidos**

Solicitar información al correo: [yolandafloresuanl@gmail.com](mailto:yolandafloresuanl@gmail.com) y/o

[irisperezg18@gmail.com](mailto:irisperezg18@gmail.com)

## **Apéndice C**

### **Cuestionario de Conductas de Alimentación para Niños Menores de 2 años - Versión**

#### **Concurrente y Versión Retrospectiva**

Solicitar información al correo: [yolandafloresuanl@gmail.com](mailto:yolandafloresuanl@gmail.com) y/o

[irisperezg18@gmail.com](mailto:irisperezg18@gmail.com)

**Apéndice D****Cédula de datos sociodemográficos de la madre y el hijo**

No. de Cuestionario \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

---

**De usted**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos(Paterno) \_\_\_\_\_ (Materno) \_\_\_\_\_

Edad en años \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Municipio

Estado

Escolaridad en años \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Ingreso económico mensual \_\_\_\_\_

---

**De su hijo**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos (Paterno) \_\_\_\_\_

(Materno) \_\_\_\_\_



Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad en

meses \_\_\_\_\_

día mes año

Sexo: Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

Número Total de hijos \_\_\_\_\_

Este hijo es:

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

Otro cuál \_\_\_\_\_

**Información del nacimiento de su hijo**

Nacimiento múltiple Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_

Estatura al nacer \_\_\_\_\_

**Formas de alimentación**

Lactancia Materna Exclusiva Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Alimentación con fórmulas Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Edad de inicio \_\_\_\_\_

Introducción de papillas Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Edad de inicio \_\_\_\_\_

Seleccione la forma **con que más** se alimenta su hijo en este momento

\_\_\_\_ Alimentado con leche (Lactancia Materna o Fórmula)

\_\_\_\_ Alimentado con sólidos (Papillas, comida machacada, en pure)

Favor de indicar **si su hijo** padece alguna enfermedad que pueda alterar su crecimiento y desarrollo o alguna condición médica que le impida alimentarse correctamente.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En dado caso que su respuesta sea afirmativa, favor de indicar  
¿cuál enfermedad? \_\_\_\_\_

## Apéndice E

### Procedimiento mediciones antropométricas

#### 3.0 Medición del peso

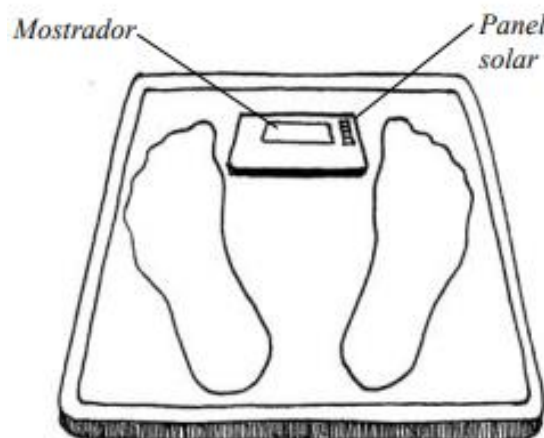
Se recomienda pesar a los niños usando una balanza con las siguientes características:

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

La “toma de pesos reprogramados” (la función de tara) significa que la balanza puede ser reprogramada a cero mientras que una persona recién pesada todavía esté parada en la balanza. De manera que una madre puede pararse en la balanza, ser pesada y la balanza puede reprogramarse a cero, mientras ella todavía está parada en la balanza y si ella posteriormente sostiene al niño en sus brazos, solamente aparece el peso del niño en la balanza. La toma de pesos reprogramados tiene dos ventajas claras:

- No es necesario restar para determinar el peso del niño (reduciendo el riesgo de error).
- Es probable que el niño permanezca tranquilo cuando esté en los brazos de su madre para la toma de peso

Actualmente hay muchos tipos de balanzas en uso. La UNISCALE (balanza fabricada por UNICEF) posee las características recomendadas que se mencionan arriba y es usada en este curso para demostrar las técnicas de toma de peso. Funciona con batería de litio, la cual dura para un millón de sesiones de medición. La balanza tiene un interruptor de encendido solar, de manera que requiere de suficiente luz para que funcione. La balanza puede ser marcada con huellas de pies para indicar el área donde debe pararse la persona. Este módulo describirá la forma de pesar a un niño usando la UNISCALE o un modelo similar.



La balanza reprogramable (con función de tara) es fácil de usar y confiable. Sin embargo, hay otros tipos de balanzas que pueden ser confiables, por ejemplo, una balanza electrónica para bebé o una balanza pediátrica de palancas bien calibrada. Los niños que pueden pararse solos pueden ser pesados de pie en la balanza. Si no, puede pesarse primero a la madre sola, luego la madre y el niño pueden pesarse juntos y restar el peso de la madre para determinar el peso del niño.

Las balanzas de baño no se recomiendan ya que tienden a no ser confiables. Las balanzas de colgar no son confiables cuando se toma el peso de bebés que se mueven mucho.

### **3.1 Prepárese para la medición de peso**

Explique a la madre las razones de pesar al niño, por ejemplo, para ver cómo está creciendo, cómo se recupera de una enfermedad reciente, o cómo responde el niño a los cambios que se han hecho en su alimentación o cuidado.

Si el niño tiene menos de 2 años de edad o no es capaz de ponerse de pie, usted aplicará la toma de peso reprogramado (usando la función de tara). Explique a la madre el procedimiento a seguir como se detalla a continuación. Enfatice a la madre que debe permanecer en la balanza hasta que se haya hecho la toma del peso del niño mientras ella lo sostiene en sus brazos.

- La madre se quitará los zapatos y se subirá sola a la balanza para pesarla primero. Podría ser necesario que la madre ajuste cualquier pieza larga de su vestuario que pudiera cubrir el mostrador y el panel solar de la balanza.
- Después que el peso de la madre aparezca en el mostrador, dígame que permanezca en la balanza. Reinicie la lectura de la balanza a cero cubriendo el panel solar de la balanza (de manera que bloquee la luz).
- Después entregue el niño a su madre para que lo sostenga en sus brazos.
- El peso del niño aparecerá en la balanza.
- Registre el peso del niño.

Desvista al niño. Explíquelo que es necesario que el niño se quite la ropa exterior a fin de obtener un peso exacto. Un pañal húmedo, zapatos o pantalones de lona pesan más de 0.5 kg. Los bebés deben pesarse desnudos; envuélvalos con una sábana para mantenerlos calientes hasta la toma de peso. Los niños mayores deben despojarse de toda su ropa menos la ropa pequeña, como por ejemplo la ropa interior.

Si está demasiado frío como para desvestir al niño o si el niño se niega a permitir que se le quite la ropa y se inquieta, puede pesar al niño vestido, pero anote en el Registro del Crecimiento que el niño estaba vestido. Es importante evitar que el niño se irrite para que permita que también se le tomen la medición de longitud/talla.

Si socialmente no es aceptable desvestir al niño, quítele tanta ropa como sea posible.

Nota: Si en el caso de las niñas tienen trenzas o accesorios para el pelo que interferirán con la medición de la longitud/talla, quíteselos antes de la toma del peso para evitar

retraso entre la toma de las mediciones. Es importante pasar rápidamente y sin titubeos de la balanza al infantómetro/tallímetro para evitar que el niño se irrite; especialmente en el caso de la medición de longitud en los niños pequeños.

### **3.2 Pese a un niño usando una balanza reprogramable (con función de tara)**

Asegúrese que la balanza sea colocada en una superficie plana, sólida y pareja. No debe colocarse sobre una superficie deslizante. Es aceptable colocarla sobre una alfombra firme que esté pegada sobre una superficie. Dado que la balanza es solar, debe haber suficiente luz para que funcione.

- Para encender la balanza, cubra el panel solar por un segundo. Cuando aparezca el número 0.0, la balanza está lista.
- Asegúrese que la madre se haya quitado sus zapatos. Usted o alguien más debe sostener al bebé desnudo envuelto en una sábana.
- Pídale a la madre que se pare en el centro de la balanza sin moverse, con los pies ligeramente separados (sobre la huella de pies, si es que la balanza ha sido marcada). La ropa de la madre no deberá cubrir el mostrador ni el panel solar. Recuérdele que se quede en la balanza aún después que aparezca su peso, hasta que el bebé haya sido pesado en sus brazos.
- Mientras la madre está parada en la balanza sin moverse y se observa su peso en el mostrador, re programe la balanza cubriendo el panel solar durante un segundo. La balanza se ha reprogramado cuando muestre la figura de una madre y un bebé y el número 0.0.
- Entregue gentilmente el bebé desnudo a su madre y pídale que se mantenga sin moverse.

- El peso del bebé aparecerá en el mostrador. Registre el peso en las Notas de Visita del Registro del Crecimiento. Sea cuidadoso de leer los números en el orden correcto (como



si lo estuviera viendo mientras se encuentra sobre la balanza y no al revés).

Note que la balanza que se presenta arriba toma el peso con una precisión al 0.1 kg. más cercano. La precisión describe la unidad exacta más pequeña que balanza puede medir. Sin embargo, la exactitud de la medición depende de haber calibrado la balanza o si el observador lee el mostrador correctamente. El cuidado que debe darse a los instrumentos de medición para maximizar la exactitud se describirá en la sección 5.0 de este módulo.

#### **4.0 Mida la longitud o talla**

Dependiendo de la edad del niño y de su habilidad de pararse, mida longitud o talla del niño. La longitud de un niño se mide en posición acostado boca arriba (decúbito supino). La talla se mide de pie en posición vertical.

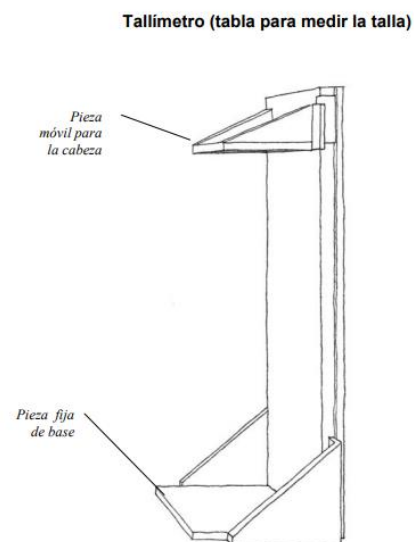
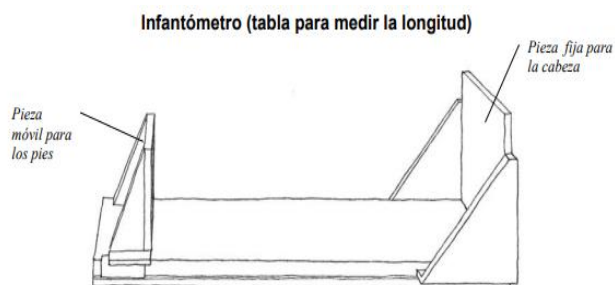
- Si un niño es menor de 2 años de edad, mida la longitud en posición acostado boca arriba.
- Si el niño tiene 2 años de edad o más y es capaz de pararse, mida la talla de pie.

En general, la talla de pie es alrededor de 0.7 cm menos que la longitud en posición acostado boca arriba. Esta diferencia fue tomada en cuenta al desarrollar los nuevos patrones de crecimiento de la OMS usados para elaborar las curvas en el Registro del

Crecimiento. Por lo tanto, es importante ajustar las mediciones si se tomó la longitud en lugar de la talla y viceversa.

- Si un niño menor de 2 años de edad no permite ser acostado boca arriba para medirle la longitud, mídale la talla en posición de pie y sume 0.7 cm para convertirla a longitud.
- Si un niño tiene 2 años de edad o más y no es capaz de ponerse de pie, mida la longitud en posición acostado boca arriba y reste 0.7 cm para convertirlo a talla.

El equipo necesario para medir la longitud es un infantómetro (una tabla de medición de longitud) la cual debe colocarse en una superficie plana y sólida como una mesa. Para medir la talla use un tallímetro (una tabla de medición de talla) montada en un ángulo recto entre el nivel del piso contra una superficie vertical recta como una pared o un pilar.



Un buen infantómetro/tallímetro debe estar hecho de un tipo de madera lisa y resistente a la humedad (barnizada o pulida). Las piezas horizontales y verticales deben estar unidas firmemente a ángulos correctos. Una pieza móvil funciona como tabla para los pies cuando se mide la longitud o como tabla para la cabeza cuando se mide la talla. A menos que se cuente con un instrumento digital que mida la talla, una cinta métrica debe



pegarse firmemente en la ranura a lo largo de la tabla a fin de que las partes móviles no la dañan o borren los números y marcas.

#### **4.1 Prepárese para la medición de longitud o talla**

Prepárese para medir la longitud/talla inmediatamente después de la toma de peso mientras el niño todavía está desvestido. Asegúrese que se le ha quitado al niño los zapatos, medias y los accesorios para el pelo. Deshaga las trenzas si éstas interfieren con la medición de la longitud/talla.

Si el niño está desnudo durante la medición del peso, se le puede poner un pañal seco para evitar que el niño lo moje durante la medición de la longitud. Si el cuarto está frío y se da algún retraso, mantenga al niño caliente envolviéndolo con una sábana hasta que sea posible la medición de la longitud/talla.

Durante la medición de la longitud o la talla, es necesario que la madre colabore con la toma de mediciones y para mantener al niño tranquilo y cómodo. Explique a la madre las razones para la toma de mediciones y los pasos a seguir en el procedimiento de la medición. Responda las preguntas que la madre pueda tener. Explique y demuéstrele la forma en que puede ayudarle. Explíquelo que es necesario mantener al niño sin moverse y calmado para obtener una buena medición.

#### **4.2 Mida la longitud**

Cubra el infantómetro con una tela delgada o papel suave por higiene y para la comodidad del niño.

Explique a la madre que será necesario que ella misma coloque al bebé en el infantómetro y que ayude a mantener la cabeza del bebé en la posición correcta mientras usted toma la medición. Indíquelo el lugar donde debe pararse mientras acuesta al bebé, por ejemplo, opuesto a usted, del lado del infantómetro del otro lado de la cinta métrica. Enséñelo además el área en la que tiene que colocar la cabeza del bebé (contra la pieza

fija para la cabeza) de manera que pueda hacerlo rápido con la seguridad de que no inquiete al bebé.

Cuando la madre entienda sus instrucciones y esté lista para ayudarlo:

Cuando la madre entienda sus instrucciones y esté lista para ayudarlo:



- Pídale que acueste al niño boca arriba con su cabeza contra la pieza fija para la cabeza, presionando el pelo.
- Posicione la cabeza rápidamente de manera que una línea vertical imaginaria entre el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla. (Los ojos del niño deben estar mirando recto). Pida a la madre que se coloque por detrás de la pieza fija para la cabeza y que mantenga la cabeza del niño en esta posición. La rapidez es importante. Párese del lado de la tabla para longitud donde usted pueda ver la cinta métrica y mover la pieza para los pies:
- Revise que el niño esté acostado rectamente a lo largo de la tabla y que no cambie su posición. Los hombros deben tocar la tabla, y la espina dorsal no debe estar arqueada. Pídale a la madre que le avise si el niño arquea su espalda o si cambia de posición.
- Sujete las piernas del bebé con una mano y mueva la pieza para los pies con la otra mano. Aplique presión suave sobre las rodillas para estirar las piernas tanto como se pueda sin causar daño. *Nota: No es posible estirar las rodillas de los recién nacidos tanto como es posible para niños mayores. Sus rodillas son frágiles y pueden dañarse fácilmente, de manera que debe aplicar el mínimo de presión.*

Si un niño está demasiado inquieto y no es posible mantener ambas piernas en la posición correcta, tome la medición con una sola pierna.

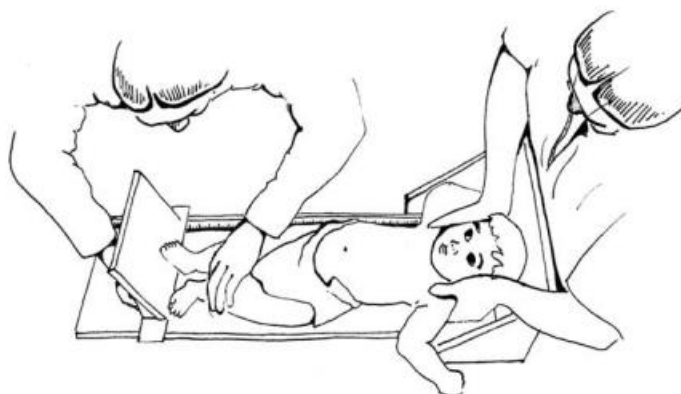
- Mientras sostiene las rodillas, empuje la pieza para los pies contra los pies del niño.

Las plantas de los pies deben estar planas contra la pieza, los dedos deben apuntar hacia

arriba. Si el niño dobla los dedos y no permite que la pieza para los pies toque las plantas, haga un poco de cosquillas y cuando el niño estire los dedos deslice rápidamente la pieza para los pies.

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

Recuerde: Si el niño al que usted le toma la longitud tiene 2 años de edad o más, reste 0.7 cm de la medición de longitud y registre el resultado como talla en las Notas de Visita



**Proceda rápidamente y sin titubeo para medir la longitud con exactitud antes de que el niño se inquiete.**

### 4.3

#### **Mida la talla de pie**

Asegúrese que el tallímetro está a nivel del piso. Revise que se hayan quitado los zapatos, calcetines y accesorios para el pelo.

Trabajando con la madre y arrodillándose a fin de bajar al nivel en que se encuentra el niño:

- Ayude al niño a pararse en la base del tallímetro con los pies ligeramente separados. La parte de atrás de la cabeza, omóplato, glúteos, pantorrillas, talón deben tocar la tabla vertical. Este alineamiento puede ser imposible en caso de un niño obeso, en este caso,

ayude al niño a pararse en la base del tallímetro con uno o más puntos de contacto con la tabla. El tronco debe estar balanceado sobre la cintura, es decir, no debe estar inclinado hacia atrás o adelante.

- Pídale a la madre que sujete las rodillas y los tobillos para ayudar a mantener las piernas estiradas y los pies planos, con talones y pantorrillas tocando la tabla vertical. Pídale que capte la atención del niño, que lo mantenga tranquilo mientras sea necesario y que le avise si el niño cambia de posición.
- Posicione la cabeza del niño de manera de que una línea horizontal desde el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla vertical. Sujete la barbilla del niño entre el espacio que se forma entre su dedo pulgar y el índice, para mantener la cabeza del niño en esta posición.
- Si es necesario, presione suavemente el estómago del niño para ayudarle al niño a pararse erguido hasta alcanzar su máxima talla.
- Mientras mantiene la cabeza en esta posición, use su otra mano para empujar la pieza móvil para la cabeza hasta que se apoye firmemente sobre la cabeza y presione el pelo.
- Lea la medición y registre en las Notas de Visita del Registro del Crecimiento la talla del niño en centímetros hasta el último 0.1 cm completado. El cuál es la última línea que usted es capaz de ver. (0.1 cm = 1 mm).

Recuerde: Si el niño al que usted le toma la talla tiene menos de 2 años de edad, sume 0.7 cm a la medición de talla y registre el resultado como longitud en las Notas de Visita.



*B: Midiendo el Crecimiento de un Niño – 23*

## Apéndice F

### Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del proyecto:** Crianza Consciente, Prácticas Parentales de Alimentación Infantil y Conductas de Alimentación del Hijo Menor de dos Años.

**Estudiante:** Lic. Iris Nayeli Pérez García

**Director de tesis:** Dra. Yolanda Flores Peña

Estimada madre:

#### **Introducción/ Objetivo:**

Se está realizando un proyecto de investigación con fines científicos para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Enfermería. El objetivo del estudio es determinar el efecto mediador de las prácticas parentales de alimentación infantil entre la crianza consciente y las conductas de alimentación del hijo menor de dos años en madres de lactantes residentes en el área metropolitana de Monterrey, N. L.

#### **Procedimientos:**

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

1) **A usted** le haremos algunas preguntas sobre características personales de usted (edad, lugar de residencia, ocupación, estado civil, ingreso económico mensual, número de hijos) y de su hijo (edad, peso y talla al nacer, fecha de nacimiento) también se le preguntara acerca del método de alimentación actual de su hijo, inicio de alimentación con sólidos, duración de la lactancia materna, interacciones con su hijo, prácticas de alimentación que utiliza para que su hijo se alimente y conductas que presenta su hijo durante la alimentación. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Se solicitará que coloque su nombre y el de su hijo (a) con el fin de identificar si Usted ya ha llenado este cuestionario anteriormente, ya que la colecta de datos se hará en esta misma unidad de salud durante un tiempo consecutivo.

2) **A su hijo (a)** Se le realizarán mediciones antropométricas de peso y talla, las cuales serán realizadas por el personal de salud de la unidad de Control del Niños Sano.

**Posibles Riesgos Potenciales/ Compensaciones:** Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir incomoda, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicará algún costo para usted.

**Beneficios:** Ni Usted ni su hijo (a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, su usted acepta participar, estará colaborando para conocer mejor la relación de la crianza consciente, las prácticas maternas de alimentación infantil y conductas de alimentación del lactante del área metropolitana de Monterrey, N.L.

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

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

**Participación Voluntaria/ Retiro:** La participación voluntaria en este estudio es totalmente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o no participar no afectara de ninguna manera la forma en como se le trata o la atención que reciben usted y su hijo (a) en la institución de salud.

En caso de que desee contactar al presidente del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, UANL comuníquese al teléfono 83 48 18 47, en Dirección Avenida Gonzalitos 1500. Colonia Mitras, Centro, Monterrey, Nuevo León, en un horario de 9:00 a 16:00 hrs o si lo prefiere puede escribir a la siguiente dirección de correo electrónico [investigación.faen@gmail.com](mailto:investigación.faen@gmail.com). Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo (a) participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos que sea tan amable en firmar.

**Consentimiento de la madre para su participación y la de su hijo (a):** La Lic. Iris Nayeli Pérez García, investigador principal del proyecto me ha explicada y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación y me ha dejado saber que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

---

Firma del Participante

---

Testigo 1

---

Testigo 2

---

Firma del Investigador

---

Fecha



## Apéndice G

### Resumen de Modelos de Mediación Significativos y No Significativos

Sensibilidad en la alimentación (Y)						
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Efecto directo crianza consciente (X)	-.0066	.0092	-	.4728	-	.0116
sobre CAI- Sensibilidad alimentación (Y)			.7200		.0248	
Efecto mediador de las prácticas de Alimentación infantil (Estructura leche)	.0071*	.0035			.0016	.0153
Sensibilidad en la alimentación (Y)						
Efecto directo de crianza consciente (X)	-.0115	.0075	-	.1276	-	.0033
sobre CAI- Sensibilidad alimentación (Y)			1.533		.0263	
Efecto mediador de las prácticas de alimentación infantil (Estructura sólidos)	.0000	.0006			-	.0013
Sensibilidad a la saciedad(Y)						
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Efecto directo crianza consciente (X)	-.0090	.0050	-2.110	.0359	-.0206	-
sobre CAI- Sensibilidad a la saciedad (Y)						.0007
Efecto mediador de las prácticas de Alimentación infantil (Estructura leche)	-.0016	.0017			-.0053	.0015
Sensibilidad a la saciedad (Y)						
Efecto directo de crianza consciente (X)	-.0066	.0062	-1.066	.2884	-.0188	.0056
sobre CAI- Sensibilidad a la saciedad (Y)						
Efecto mediador de las prácticas de alimentación infantil (Estructura sólidos)	.0003	.0012			-.0022	.0027

Sensibilidad en la alimentación(Y)						
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Efecto directo crianza consciente (X) sobre Sensibilidad en la alimentación (Y)	-.0133	.0065	-2.014	.0423	-.0261	- .0005
Efecto mediador de las prácticas de Alimentación infantil (No respuesta leche)	- .0055*	.0022			-.0103	- .0019
Sensibilidad a la saciedad (Y)						
Efecto directo de crianza consciente (X) sobre Sensibilidad en la alimentación (Y)	- .0108	.0073	-1.484	.1403	-.0253	.0036
Efecto mediador de las prácticas de alimentación infantil (No respuesta sólidos)	- .0006	.0018			-.0049	.0026
Sensibilidad a la saciedad(Y)						
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Efecto directo crianza consciente (X) sobre CAI- Sensibilidad a la saciedad (Y)	-.0080	.0051	-1.559	.1202	-.0180	.0021
Efecto mediador de las prácticas de Alimentación infantil (No respuesta leche)	- .0027*	.0012			-.0053	- .0007
Sensibilidad a la saciedad (Y)						
Efecto directo de crianza consciente (X) sobre CAI- Sensibilidad a la saciedad (Y)	- .0064	.0063	-1.026	.3067	-.0188	.0060
Efecto mediador de las prácticas de					-.0015	.0019

alimentación infantil (No respuesta  
sólidos)

---

## **Resumen Autobiográfico**

Lic. Iris Nayeli Pérez García

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** Crianza Consciente, Prácticas Parentales de Alimentación Infantil y Conductas de Alimentación del Hijo Menor de 2 Años.

**LGAC:** Cuidado a la salud en: a) Riesgo de desarrollar estados crónicos y b) En grupos vulnerables

**Biografía:** Iris Nayeli Pérez García, nacida el 18 de enero de 1997 en San Juanito, Bocoyna Chihuahua, hija de José Luis Pérez Veleta (+) y Delia García Sáenz.

**Educación:** Egresada de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez con el grado de Licenciado en Enfermería en la generación 2015-2019. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante el periodo 2020-2022.

**Experiencia profesional:** Pasante de Licenciatura en el Hospital de Gineco-Obstetricia de la Ciudad de Cuauhtémoc, Chihuahua. Licenciada en Enfermería en el área de urgencias del Hospital Costamed en Playa del Carmen, Quintana Roo.

**Reconocimientos:** Graduada con honores de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Primer lugar de la Generación (2020 – 2022) del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

**Investigación:** Realizó investigaciones académicas por parte del programa DELFIN-CONACyT durante sus estudios de Licenciatura en la Corporación Universitaria Rafael Núñez en la Ciudad de Cartagena, Colombia. Durante sus estudios de Maestría realizó una estancia de investigación en la Universidad Autónoma de Chihuahua.

E-mail: irisperezg18@gmail.com