

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



SOCIALIZACIÓN PARENTAL DE LAS EMOCIONES DEL HIJO, PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL
PREESCOLAR

Por

LIC. VERÓNICA SORIANO HERNÁNDEZ

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

AGOSTO, 2024

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



SOCIALIZACIÓN PARENTAL DE LAS EMOCIONES DEL HIJO, PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL
PREESCOLAR

Por

LIC. VERÓNICA SORIANO HERNÁNDEZ

Director de Tesis

DRA. YOLANDA FLORES PEÑA

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

AGOSTO, 2024

SOCIALIZACIÓN PARENTAL DE LAS EMOCIONES DEL HIJO, PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL
PREESCOLAR

Aprobación de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña

Director de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña

Presidente

Dra. Nora Hernández Martínez

Secretario

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), por la beca proporcionada para realizar y culminar mis estudios de maestría.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis Directora de la Facultad de Enfermería de La Universidad Autónoma de Nuevo León por su apoyo y liderazgo.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo brindado.

A mi Director de tesis, Dra. Yolanda Flores Peña, por su invaluable apoyo, paciencia, disponibilidad y guía a lo largo de mi formación académica.

PhD. Bertha Cecilia Salazar González y la Dra. Nora Hernández Martínez por sus colaboración y aportaciones en cada uno de los seminarios de investigación.

A la Dra. Julieta Ángel García profesora de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por el apoyo brindado durante mi estancia académica de investigación y las aportaciones para mi proyecto de investigación.

A los docentes de la Maestría en Ciencias de Enfermería por brindar su conocimiento y compartir cada una de sus enseñanzas.

A la Secretaría de Educación Pública por proporcionar el apoyo necesario para la recolección de datos.

A las directoras de cada institución de educación nivel preescolar por darme el apoyo y acceso para poder recolectar la información.

A cada uno de los participantes que se dieron su tiempo para poder contribuir en el estudio.

Sin ustedes créanme no hubiera sido posible.

Dedicatoria

A mi padre Magdaleno Soriano Guerrero por haberme enseñado a luchar día a día por los sueños y no dejarse vencer tan fácilmente ante cualquier tempestad. Siempre fuiste el pilar en mi vida y tu amor siempre irá en mi mente y corazón

A mi madre Oralia Hernández Hernández por haberme enseñado que con amor dedicación y coraje las metas siempre se cumplen. Por ser el motor de mi corazón y ser la mujer que me apoyo en mi crecimiento y me enseñó a ser la mujer que hoy en día soy. Por siempre creer en mí, vivirás por una eternidad en mi alma y corazón.

A mi hermana Roxana Lizbeth Soriano Hernández por apoyarme en todo momento y creer siempre en mí, incluso cuando yo dudaba de mí. Por tu paciencia y sabios consejos cuando más los necesitaba.

A mi mejor amiga Martha Arely, por ser fuente de inspiración, apoyo único e inigualable y tener fe en la mujer que soy; desde el ser humano que soy hasta el ser profesional que me he convertido.

A mis padrinos, Francisca Blanco, Francisco Jiménez, Raquel López y Antonio Rangel, por su apoyo incondicional a lo largo de esta etapa. Su sabiduría, consejo y constante ánimo han sido fundamentales para concluir, mis padres no se equivocaron al escogerlos.

A mi familia Soriano Guerrero y Hernández Soto, que han sido faro de esperanza y fuente de fuerza inquebrantable a lo largo de este viaje.

A mis amigos Danilo, Omar, Adiel y Jesús que fueron un apoyo inigualable en lo personal, emocional y académico.

Con mi más profundo agradecimiento, dedico esté trabajo a toda aquella persona que creyó en mi cuando yo misma dudaba. Su fe y amor me han inspirado a alcanzar mis metas.

Resumen

Lic. Verónica Soriano Hernández
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2024

Título de Estudio: **SOCIALIZACIÓN PARENTAL DE LAS EMOCIONES DEL HIJO, PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PREESCOLAR**

Número de páginas: 76

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la Salud en Riesgos de Desarrollar Estados Crónicos y en Grupos Vulnerables.

Objetivo y método del estudio: El objetivo general fue determinar el efecto mediador de las prácticas de alimentación infantil (PAI) entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo (ESP) y el índice de masa corporal (IMC) del preescolar. Estudio transversal. Participaron 416 diadas cuidador y preescolares inscritos en 20 instituciones de educación pública del área metropolitana de Monterrey, N. L. Se aplicó: Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas de los Niños (versión-padres) y el Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil. Se midieron peso y talla del preescolar. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados y conclusiones: El 25.5% ($n = 106$) de los preescolares presentó sobrepeso-obesidad. La media de las ESP de apoyo fue 5.92 ($DE = .89$), la PAI con mayor puntuación fue: fomentar el balance y la variedad 4.44 ($DE = .59$). Se encontró que las PAI: restricción por salud $B = .015$ $DE = .008$; 95% IC [.001, .035], presión para comer $B = -.026$ $DE = .013$; 95% IC [-.056, -.003] y restricción por control de peso $B = .041$ $DE = .018$; 95% IC [.008, .078], tienen efecto indirecto entre las ESP de no apoyo y el IMC del preescolar. Además, se identificó que escolaridad del cuidador explicó el 20.9% de la varianza de ESP de apoyo. El 27.5% de la varianza de ESP de no apoyo se explicó por edad del cuidador, edad del preescolar y número de hijos. Las PAI estructura (36%) se explicaron por escolaridad (-) y ESP de apoyo. Las PAI de control coercitivo se explican 41.9% por la ocupación del cuidador y las ESP de no apoyo. Las PAI de autonomía, 39.6% se explican por escolaridad del cuidador (-) y ESP de apoyo. El 12.5% de la varianza del índice de masa corporal del preescolar, se explicó por el ingreso económico familiar (+). Se concluye que las PAI: presión para comer, restricción por salud y restricción por control de peso tienen un efecto indirecto entre las ESP de no apoyo y el índice de masa corporal. Se recomienda continuar con la investigación de ESP de apoyo y PAI de estructura, así como realizar estudios longitudinales que permitan evaluar la contribución de estas variables al IMC del hijo.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de referencia	4
Socialización parental de las emociones del hijo	4
Prácticas de alimentación infantil	7
Peso corporal	8
Estudios relacionados	9
Socialización parental de las emociones del hijo, prácticas de alimentación infantil y peso corporal	9
Socialización parental de las emociones del hijo y prácticas de alimentación infantil	9
Prácticas de alimentación infantil y peso corporal	11
Definición operacional de términos	14
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Capítulo II	
Metodología	17
Diseño del estudio	17
Población, muestreo y muestra	17
Criterios de inclusión	18
Criterios de exclusión	18
Criterios de eliminación	18
Mediciones	18
<i>De lápiz y papel</i>	18
<i>Mediciones antropométricas</i>	20

Procedimiento de colecta de datos	21
Consideraciones Éticas	23
Estrategias de Análisis de Datos	24
Capítulo III	
Resultados	26
Consistencia interna de los instrumentos	26
Estadística de variables sociodemográfica de los participantes	28
Estadística para verificar los objetivos	31
Estadística Inferencial	34
Capítulo IV	
Discusión	44
Conclusiones	50
Limitaciones y recomendaciones	51
Referencias	52
Apéndices	60
A. Consentimiento informado	61
B. Cédula de datos sociodemográficos del cuidador principal y el preescolar	65
C. Escala de Afrontamiento a las Emociones Negativas de los Niños (versión-padres)	66
D. Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil	67
E. Procedimiento para la medición del peso en el preescolar	68
F. Procedimiento para la medición de talla en el preescolar	70
G. Cédula de datos antropométricos del preescolar	72
H. Resumen de modelos de mediación Significativos y no Significativos	73

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de la Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas de los Niños (versión- padres) y por subescalas	26
2. Consistencia interna del Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil	27
3. Estadística descriptiva de característica sociodemográficas del padre, madre y/o cuidador	29
4. Estadística descriptiva de las características sociodemográficas del preescolar	30
5. Estadística descriptiva y medidas antropométricas del preescolar	30
6. Estado nutricional del preescolar de acuerdo con la OMS	31
7. Estadística descriptiva y prueba de normalidad de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de apoyo por subescalas	31
8. Estadística descriptiva y prueba de normalidad de las estrategias de socialización a las emociones negativas del hijo de no apoyo por subescalas	32
9. Estadística descriptiva y prueba de normalidad de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de apoyo y de no apoyo	32
10. Estadística descriptiva y prueba de normalidad del Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil	33
11. Estadística descriptiva de prácticas de alimentación por constructos	34
12. Correlación entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo, prácticas de alimentación infantil y constructos	35

13.	Modelo de regresión lineal múltiple de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo (de apoyo)	37
14.	Modelo de regresión lineal múltiple de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo (de no apoyo)	37
15.	Modelo de regresión lineal múltiple de las prácticas de alimentación infantil (estructura)	39
16.	Modelo de regresión lineal múltiple de las prácticas de alimentación infantil (control coercitivo)	39
17.	Modelo de regresión lineal múltiple de las prácticas de alimentación infantil (autonomía)	40
18.	Modelo de regresión lineal múltiple de índice de masa corporal	40

Lista de figuras

Figura		Página
1	Modelo de PAI restricción por salud efecto indirecto entre las estrategias de socialización de las emociones del hijo de no apoyo y el índice de masa corporal del preescolar	42
2	Modelo de PAI presión para comer efecto indirecto entre las estrategias de socialización de las emociones de no apoyo y el índice de masa corporal del preescolar	42
3	Modelo de PAI restricción por control del peso efecto indirecto entre estrategias de socialización de las emociones de no apoyo y el índice de masa corporal del preescolar	43

Capítulo I

Introducción

La obesidad infantil es un fenómeno que se ha incrementado de forma acelerada en las últimas décadas; datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) reportan que 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Las tasas globales de obesidad de la población infantil aumentaron desde 1% en 1975 hasta casi un 6% en las niñas y cerca de un 8% en los niños en 2016. La obesidad infantil es un tema emergente de salud pública, ya que se asocia a mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematura en la edad adulta inmediata, además aumenta el riesgo de tener enfermedades crónicas degenerativas tales como: diabetes, problemas cardiovasculares (cardiopatías y eventos vasculares cerebrales) y en la actualidad está relacionada con algunos tipos de cáncer (endometrio, mama y colón) (Organización Mundial de la salud [OMS], 2021).

En México uno de cada 20 niños menores de cinco años presenta sobrepeso u obesidad colocando así al país en los primeros lugares de obesidad infantil a nivel mundial; este fenómeno está presente en los estados de norte Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2018). En el estado de Nuevo León el 32% de los menores de cinco años presentan algún tipo de malnutrición como desnutrición, sobrepeso u obesidad. Esta población en riesgo es prioritaria para la OMS y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) entorno afrontar y detener el aumento de las tasas de obesidad infantil mediante apoyo de políticas que permitan la mejora de la alimentación, actividad física para la salud (Hernández et al., 2014; Instituto Nacional de Estadística y Geográfica [INEGI], 2020).

La obesidad infantil es un problema complejo que surge de la combinación de múltiples factores que van desde los biológicos hasta los psicosociales (Russell & Russell, 2019); uno de estos factores es la socialización parental (SP) conceptualizada como meta-emoción o el conjunto organizado de actitudes, pensamientos y sentimientos

que los padres tienen sobre las emociones propias y las de sus hijos. Esto incluye la conciencia, la aceptación y el entrenamiento de las emociones, mediante el cual los padres enseñan a sus hijos a reconocer y regularlas sus emociones. Esto se logra mediante la transmisión de valores, creencias y normas en el entorno de la familia durante las primeras etapas de vida (Eisenberg & Murphy, 1996).

La socialización parental es esencial en las primeras etapas de la infancia para generar un entorno seguro y de apoyo a fin de que el niño pueda expresar sus emociones libremente, la socialización parental es un componente vital para la crianza dado que cuando los padres enseñan a sus hijos a reconocer y manejar sus emociones, le ayudan a desarrollar habilidades emocionales claves tales como promover relaciones saludables, prevenir problemas de salud físicos y el desarrollo de inteligencia emocional mismas que serán utilizadas a lo largo de su vida (Eisenberg et al., 1998).

La literatura ha descrito que el desarrollo físico, emocional y social se asocia en gran medida con la capacidad de los padres para reconocer estados emocionales (comportamientos del niño) y las señales de hambre del hijo, pero también la capacidad de respuesta, lo cual está influenciado por las prácticas de alimentación infantil (Pérez et al., 2022).

Las prácticas de alimentación infantil son los comportamientos y actitudes de los padres o cuidadores que influyen en la ingesta de alimentos de los niños pequeños, estas prácticas incluyen el tipo de comida, la forma en cómo se da la comida, la cantidad y la forma como se maneja la alimentación y se subdividen en 3 categorías: participación de los padres (incluyen el modelaje de los hábitos alimenticios saludables, proporcionar variedad de alimentos y alentar a los niños a probar nuevos alimentos); control parental (incluyen prácticas de restricción de la ingesta de alimentos, el uso de alimentos como recompensa o castigo y obligar a ingerir alimentos); factores ambientales (incluyen prácticas de disponibilidad de alimentos saludables en el hogar, los hábitos alimenticios de la familia y el temperamento del niño) (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

Larsen et al. (2015) consideraron que los padres son una influencia específica del microambiente de los niños no solo en ámbitos sociales sino también en las prácticas de crianza que se relacionan directamente con prácticas alimentarias. Además, son responsables de la alimentación de los niños que incluye la preparación de comidas y los tipos de alimentos consumidos. Las prácticas de alimentación infantil que utilizan algunos padres incluyen reglas alimentarias tales como: limitar la ingesta, el fomento de la ingesta de alimentos saludables y el uso de los alimentos como recompensa, pero la restricción rígida de la ingesta de alimentos puede aumentar riesgo de obesidad y mayor consumo de alimentos poco saludables en los niños (Pérez et al., 2022).

Por otro lado, Fernandes et al. (2021) encontraron que las prácticas de alimentación de los padres están asociadas sustancialmente a los comportamientos alimenticios y el estado del peso de los niños; señalando que los padres que modelan los hábitos saludables tendrán la probabilidad de que sus hijos coman alimentos más saludables, por lo contrario, los padres que utilicen la comida como recompensa tienen más probabilidades de que sus hijos puedan tener sobrepeso u obesidad.

La literatura ha evidenciado que las prácticas de alimentación infantil de control parental excesivo que ejercen los padres (usar el alimento como recompensa, presionar o restringir la ingesta de alimentos del niño) ignoran totalmente las señales internas de hambre y saciedad del hijo y solo proporcionan señales externas poniendo en evidencia que estas prácticas de alimentación pueden poner a los niños en riesgo de aumento de peso. Por lo tanto, se ha encontrado que la forma de socialización parental ante las emociones de los hijos puede influenciar las prácticas de alimentación infantil tales como: usar el alimento como recompensa para regular las emociones, presión para comer y prácticas de alimentación menos positivas (Fernandes et al., 2021).

Frankel et al. (2012) refieren que las emociones están presentes en la socialización de los padres sobre las prácticas alimentarias infantiles debido a que los padres son los proveedores de dar nuevos alimentos, diferentes texturas y sabores, donde

generalmente pueden surgir tensiones y batallas entre cuidador e hijos teniendo así un impacto en la alimentación y repercutiendo en el peso corporal del niño, teniendo una respuesta a los cambios en el desarrollo de la autorregulación de los alimentos, por lo tanto es importante realizar estudios que examinen la relaciones de prácticas de alimentación y la socialización parental en relación al estado de peso de los niños a lo largo del tiempo.

Si bien se ha estudiado la relación existente entre las prácticas de alimentación infantil de control excesivo y el incremento de peso corporal excesivo existe el factor de socialización parental que ha sido poco estudiado en relación al peso corporal del hijo; de acuerdo a la revisión de la literatura se encontraron pocos estudios empíricos que aborden la socialización parental de las emociones de los hijos y la alimentación en el contexto de crianza, también se encontró que los estudios se han realizado son principalmente en países como Reino Unido, Europa y Estados Unidos de América y no se encontró evidencia en la población Mexicana ni Latinoamérica que haya abordado la variable de socialización parental de las emociones del niño preescolar es por lo que se plantea el presente estudio con el objetivo de identificar si las prácticas de alimentación infantil son mediadoras entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo y el peso corporal del preescolar en diadas padres, madres o cuidadores y preescolares residentes en la zona metropolitana de Monterrey Nuevo León.

Marco de referencia

En el siguiente apartado se presentan los conceptos que guían el estudio: socialización parental de las emociones del hijo, prácticas de alimentación infantil y peso corporal.

Socialización parental de las emociones del hijo

Gottman et al. (1996) definió como un proceso adicional de interacción de respuesta a las emociones y formas de regularlas que van desde la discusión, las reacciones hasta la enseñanza más explícita y el manejo de la misma; esta práctica es

guiada por las propias creencias, conciencia y metas de socialización de los padres que se relacionan estrechamente con las propias emociones que son denominada filosofía de la metaemoción parental (conjunto organizado de sentimientos y pensamientos que se tienen de sus propias emociones y la de los niños). Los padres con esta filosofía aumentada en coaching emocional son más conscientes de las emociones negativas de los hijos y las encuentran como una oportunidad para intimidar o para la enseñanza; validando así las emociones para proporcionar objetivos o estrategias para manejar las situaciones que conducen a las emociones al contrario de los que no tienen esta filosofía minimizando la emoción y tienden a ignorarla transmitiendo a los niños que las emociones no son importantes (Katz et al., 2012).

Eisenberg et al. (1996) definieron que es la capacidad de comprender las propias emociones y la de los demás incluyendo las emociones que presenta el niño dando paso a la comprensión a la relación de intenciones, los deseos, creencias, siendo un proceso bidireccional debido a que los padres influyen en todo momento al desarrollo emocional de los hijos, así como los niños también influyen en las respuestas emocionales de los padres. Esta capacidad la describen en al menos tres procesos primordiales por los cuales los padres interactúan con sus hijos en torno a sus emociones: 1) reacciones a las manifestaciones emocionales de sus hijos; 2) discusión de la emoción y 3) la expresividad emocional en el ámbito familiar. Dichos comportamientos de interacción se identifican en dos tipos tal como de apoyo (discusión de las causas, el significado de las emociones y las reacciones centradas en la emoción enfocadas en el problema y el fomento de la expresión emocional) o de no apoyo (evadir la discusión emocional, minimización de la emoción o reacciones punitivas ante la emoción).

Es necesaria la capacidad de los padres para inhibir o modular la reacción experimentada y expresada en el comportamiento derivado de una situación para alcanzar los objetivos de actitud socialmente aceptable. En el proceso de los niños se analiza la competencia emocional a través de interacciones sociales y emocionales con

los demás, e incluyen la capacidad de comprenderlas y está relacionado tanto con problemas de externalización como de internalización. Además, la comprensión de las emociones es un mediador de la relación entre los comportamientos de socialización relacionados con las emociones de los padres y externalización de los problemas de conducta infantil (Rune et al., 2020).

Eisenberg et al. (1998) la definen como comportamiento y respuestas de los cuidadores que influyen en el aprendizaje de un niño (o en la falta del mismo) con respecto a la experiencia, expresión y regulación de las emociones del hijo de una manera consistente con las creencias, valores y objetivos de los padres o cuidadores, éstas respuestas de los padres pueden ser discusiones explícitas sobre las emociones (p. ej., ayudar a los niños a aprender a comprender o regular las emociones), reacciones a las emociones de los niños (p. ej., responder con apoyo versus desprecio) o incluso expresiones de las emocionales de los padres (calidez versus negatividad).

Fabes et al. (1990) definen la socialización como el proceso en el cual los padres transmiten sus valores, creencias y normas de sus hijos siendo el más importante en el desarrollo infantil por tener un impacto significativo en la interacción social, emocional y académicos en los niños. Ellos identificaron cuatro componentes principales, 1) instrucción directa: enseñanza explícita de los valores, creencias y normas; 2) modelado: proceso de aprender observando a los demás; 3) refuerzo: proceso de recompensar el comportamiento deseado y desalentar el comportamiento no deseado y 4) disciplina: proceso de enseñar a los hijos todo proceso necesario.

Así mismo Fabes et al. (2002) la clasificaron en seis tipos de reacciones, tres respuestas representan reacciones de apoyo: 1) fomentar la expresión; 2) reconocer la emoción; 3) respuesta enfocada en el problema y tres de ellas reflejan respuestas parentales de no apoyo: 4) reacción de minimización; 5) reacciones punitivas donde implica un castigo (físico o verbal) y 6) reacción de distrés reflejando la molestia del padre.

Prácticas de alimentación infantil

Son conductas específicas y dirigidas con objetivos de los padres con la finalidad de influir directamente en la alimentación de sus hijos, en donde se pueden incluir intentos de aumentar o la disminución de cierto tipo de alimentos. Las prácticas de alimentación frecuentemente incluyen modelaje de conductas alimentarias, presionar a los niños para comer, como también recompensar de conductas positivas con alimentos (Shloim et al., 2015).

Las prácticas de alimentación de los padres son acciones individualizadas que se utilizan para dar o prohibir el consumo de alimentos, estas se clasifican en tres subtipos; estructura (es organización y gestionar de los padres en el entorno alimentario del niño para facilitar la competencia del mismo), control coercitivo (es definida por presión y la restricción autoritaria de los padres en relación con los sentimientos y pensamientos de los niños hacia sus comportamientos las cuales anulan las señales de hambre y saciedad del niño) y autonomía (promover la iniciativa propia para el fomento de su independencia, autorregulación emocional y la capacidad cognitiva) (Vaughn et al., 2016).

Musher-Eizenman y Holub (2007) la definen como comportamientos y decisiones que los padres ejercen sobre las acciones de alimentar a sus hijos para promover el crecimiento, desarrollo y proteger de los riesgos para la salud mismos que identificaron doce prácticas: 1) restricción por salud, aquí los padres controlan la ingesta de alimentos del niño con la finalidad de limitar la ingesta de alimentos y disminuir el consumo de los no saludables; 2) medio ambiente, aquí los padres ponen a disposición alimentos saludables en el hogar; 3) modelaje, en ellos los padres demuestran con acciones propias una alimentación saludable para el hijo; 4) monitoreo, existe la vigilan en el consumo de alimentos no saludables del hijo; 5) control del hijo, acciones donde los padres le conceden al hijo el dominio de sus conductas de alimentación y de las interacciones de alimentación padre-hijo; 6) regulación emocional, aquí los padres usan

la comida para regular los estados emocionales de su hijo; tales como darle al niño algo de comer si está aburrido o molesto; 7) alimento como recompensa, los padres usan el alimento como premio para el comportamiento de su hijo; 8) presión para comer, los mismos padres presionan a su hijo/a para consumir más alimento durante las comidas ignorando totalmente señales de saciedad de este.

Además; 9) restricción por control de peso, los padres controlan la ingesta de alimentos de su hijo con la finalidad de mantener el peso del hijo en parámetros óptimo; 10) fomentar el balance y la variedad, los padres promueven una ingesta de alimentos balanceada incluyendo el consumo de alimentos variados y saludables; 11) involucramiento del hijo, los padres alientan la participación del hijo en la planificación y preparación de las comidas y 12) enseñanza sobre la nutrición, los padres utilizan técnicas de aprendizaje explícitas para fomentar el consumo de alimentos saludables en el niño. Para este estudio se utilizarán las 12 prácticas propuestas de Muscher-Eizenman y Holub (2007).

Peso corporal

Es la cantidad de masa total en el cuerpo de una persona representada en kilogramos. En cuanto al peso en los niños a partir de los 24 meses, se incluye la relación con percentil del índice de masa corporal (IMC) en base a las tablas de crecimiento siendo específico con respecto a la edad y el sexo del niño. De acuerdo con la tabla de crecimiento se puede clasificar estados de peso con relación al percentil: desnutrición (percentil < 3) bajo peso (percentil ≥ 3); peso normal (percentil ≥ 15 a < 85); sobrepeso (percentil ≥ 85 pero < 97) y obesidad (percentil ≥ 97). El sobrepeso es en relación con la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la media establecida en los patrones de crecimiento infantil, en relación con la obesidad es con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida (OMS, 2016).

Estudios relacionados

En el siguiente apartado se presentan los estudios relacionados que aportan evidencia sobre las variables socialización parental de las emociones del hijo preescolar posterior las que abordan las prácticas de alimentación en relación con peso corporal

Socialización parental de las emociones del hijo, prácticas de alimentación infantil y peso corporal

Saltzman et al. (2016a) realizaron un estudio donde evaluaron el percentil de IMC infantil mediante las respuestas a las emociones de los niños y las prácticas de alimentación de 260 diadas del Programa STRONG Kids de EE. UU. Encontraron que la subescala reacción de distrés de la variable respuestas a las emociones de los niños con algunas prácticas de alimentación (balance/variedad [$\beta=.55$, IC95%: .002-1.901, $p<.05$], alimento por recompensa [$\beta=.76$, IC95%: .125-2.693, $p<.05$], restricción para la salud [$\beta=.73$, IC95%: .069-2.493, $p<.05$], presión para comer [$\beta=.58$, IC95%: .058-1.746, $p<.05$] y regulación emocional [$\beta=.54$, IC95%: .029-1.890, $p<.05$]) presentaron relación indirecta con el percentil del IMC infantil, por lo que la variable respuestas a las emociones de los niños con la variable prácticas de alimentación muestran efectos de mediación entre los atracones materno para predecir un percentil del IMC infantil más elevado.

Socialización parental de las emociones del hijo y prácticas de alimentación infantil

Fernandes et al. (2023) analizaron las diferencias en la capacidad de respuesta emocional y alimentaria entre los cuidadores en método de introducción de alimentos y alimentos complementarios no tradicionales, la muestra se conformó por 179 niños entre 3 y 5 años de Lisboa, Portugal teniendo como resultados la mayoría de los cuidadores eran madres 98.3%, edad de la madre ($M=36.7$, $DE=5.1$) el 30.2% tenían una maestría y el 78.4% trabajaba a tiempo completo, en cuanto al preescolar el peso ($M=17.7$, $DE=8.3$); altura ($M=106$, $DE=8.3$). los padres informan puntuaciones más altas en las subescalas fomentar el balance y la variedad ($M=4.65$, $DE=0.49$); medio ambiente (M

= 4.46, $DE = 0.66$) y monitorización ($M = 4.46, DE = 0.65$) y puntuaciones bajas de las subescalas regulación de las emociones ($M = 1.40, DE = 0.51$) y restricción de peso ($M = 2.14, DE = 0.72$). Referente a las diferencias identificaron la práctica de alimentación infantil de presión para comer, dependiendo del método de introducción de alimentos complementarios ($F = 1.178; p = .05$). En cuanto a las respuestas emocionales encontraron que los padres utilizaban más las subescalas de reacciones centradas en la emoción ($M = 6.12, DE = 0.77$) y reacciones centradas en el problema ($M = 6.09, DE = 0.70$) y las puntuaciones más bajas que identificaron fueron reacciones punitivas ($M = 1.93, DE = 0.71$) y reacciones de minimización ($M = 1.95, DE = 0.86$) teniendo con mayor puntuación las estrategias de socialización de no apoyo ($M = 5.91, DE = 0.69$). Los resultados mostraron diferencias significativas en las reacciones de minimización en función de la introducción de alimentos complementarios ($F = 8.49; p = .01$), también encontraron diferencias significativas en las reacciones centradas en las emociones ($F = 4.75; p = .05$)

Fernandes et al. (2021) exploraron la asociación entre las respuestas importantes de regulación emocional del cuidador a las emociones negativas del niño y sus prácticas relacionadas con la comida, en una población de 137 madres de niños entre 2 y 6 años de edad en el centro sur de Portugal. Cuanto más usaban reacciones de no apoyo, menos promovieron el consumo de alimentos saludables y variados ($r = -0.25, p < .01$), o la disposición de alimentos en casa ($r = -0.29, p < .01$); menos estaban entusiasmados con demostrar una alimentación saludable ($r = -0.33, p < .001$), cuanto más usaban los alimentos para regular las emociones de sus hijos ($r = 0.26, p < .01$) o como alimento como recompensa ($r = 0.24, p < .01$) y cuanto más alentado a comer más en las comidas, sin tener en cuenta la saciedad/hambre del niño ($r = 0.32, p < .001$).

Saltzman et al. (2016b) examinaron el efecto directo e indirecto en las prácticas de alimentación restrictivas de los padres, a través de las emociones negativas referidas por los padres en 441 diadas en EE. UU. El 74.4% de los niños se ubicaba en el percentil

de peso normal, seguido de los que estaban en sobrepeso (15.5%) y obesidad (7.6%). Reportaron que el distrés de los padres a la emoción negativa de los niños se relacionó significativamente con los atracones de los padres ($r = .13, p < .01$). La práctica de alimentación restricción por salud se asoció con dos subescalas de socialización parental de no apoyo; reacción de distrés y reacción punitiva ($r = .147, p < .01$ y $r = .144, p < .01$, respectivamente). Las subescalas de socialización; distrés ($r = .166, p < .01$), castigo ($r = .197, p < .01$), minimización ($r = .229, p < .01$) y respuesta centrada en el problema ($r = .096, p < .05$) se relacionaron con la práctica de restricción por el control de peso.

El percentil del IMC del niño se relacionó negativamente con reacción de distrés ($r = -.143, p < .01$) y reacción punitiva ($r = -.102, p < .05$). El atracón de los padres de forma directa fue significativo para la restricción por control de peso ($R^2 = .073, IC95\%: .013-.134, p = .01$) y de forma indirecta a través de reacción de distrés ($R^2 = .011, IC95\%: .003-.023, p < .01$). En la restricción por la salud, el atracón de los padres solo fue significativo de forma indirecta a través de la reacción de distrés ($R^2 = .018, IC95\%: .004-.039, p < .01$).

Prácticas de alimentación infantil y peso corporal

Hu et al. (2022) examinaron la influencia de las características de los padres y la familia en relación con las prácticas parentales de alimentación. La muestra se conformó por 2290 díadas de padres e hijos preescolares en Beijing teniendo la mayor prevalencia de 12.1% de sobrepeso y el 5.7% de obesidad en los preescolares, eran hijos únicos (68.9%), el (77%) de los padres vivían en unión libre eran mujeres, y el 95.4% de los padres estaban casado.

Los padres de hijos con sobrepeso y obesidad tuvieron la puntuación más alta de restricción para comer y menor puntuación de presión para comer ($F = 8.8, p < .001$, $F = 21.1, p < .001$) El 42.1% de los padres de hijos con sobrepeso y obesidad no observaron correctamente el peso del hijo ($\chi^2 = 281.8, p < .01$). Al tener esta percepción, influyó en la presión para comer ($\beta = 0.33, IC 95\% [0.24, 0.42]$). Así como tener más de

un hijo influyó en la presión para comer ($\beta = 0.10$, IC 95%, [0.04, 0.17]).

Stone et al. (2022) exploraron la interrelación entre la alimentación emocional de los padres, las prácticas de alimentación de los padres y el temperamento del niño para predecir los informes de los padres sobre la alimentación emocional del niño participaron 244 madres de niños de las edades entre 3 a 5 años en Birmingham, Reino Unido. El 69.20 % tenía sobrepeso y el 20% tenía obesidad IMC ($M = 25.91$, $DE = 6.85$) porcentaje que refleja proporciones similares a las normas del Reino. Los padres informan puntuaciones medias de temperamento ($M = 3.97$) para afecto negativo, ($M = 4.76$); urgencia y ($M = 5.29$) para control esforzado. La alimentación emocional (EE) de los padres fue un predictor positivo significativo del niño. La EE se relacionó positiva y significativamente con un mayor uso de alimento para la regulación emocional ($\beta = 0.11$, $DE = 0.06$, IC 95% [0.035, 0.215]). El uso de alimentos para la regulación de las emociones también se relacionó positiva y significativamente con una mayor alimentación emocional infantil teniendo así que las prácticas de alimentación median la relación entre padres e hijos ($B = 0.05$, $DE = 0.02$, IC del 95 % [0.013, 0.090]), observando que el afecto negativo infantil modera la fuerza de estas asociaciones ($B = 0.09$, $DE = 0.04$, IC del 95 % [0.023, 0.175]).

Ángel-García et al. (2020) identificaron si las metas y prácticas maternas de alimentación, así como el consumo de alimentos predicen el índice de masa corporal en niños preescolares. La muestra se conformó por 217 diadas Nuevo León, México. El promedio de edad ($M = 29.54$, $DE = 6.17$), escolaridad ($M = 11.19$, $DE = 2.64$). El peso de los preescolares el 65.9% presento peso normal y el 28.1 presentaron sobrepeso y obesidad; las metas maternas el promedio más alto fue aspecto/ apariencias ($M = 82.46$, $DE = 12.87$), meta salud ($M = 79.52$, $DE = 11.32$). En cuanto a las prácticas de alimentación infantil presentaron la puntuación más alta la subescala enseñanza sobre la nutrición ($M = 84.27$, $DE = 18.58$) y el valor más bajo regulación emocional ($M = 18.95$, $DE = 17.37$). En cuanto para verificar las metas, prácticas de alimentación predicen el

índice de masa corporal se encontraron variables que contribuyeron al modelo: meta conveniencia, IMC materno, consumo de lácteos y cereales ($\beta = 0.13$ (.005) *IC* 95% [.003, .022]); ($\beta = .209$ (.025)*IC* 95% [.161, .258]); ($\beta = .022$ (.009); *IC* 95% [.005, .039]) y ($\beta = -.015$ (.005); *IC* 95% [-.025, -.005]) respectivamente.

Melis y Selcuk (2018) examinaron la relación de las prácticas de alimentación infantil y el peso del hijo en una muestra de dos grupos de preescolares en Turquía, uno con peso normal y otro con sobrepeso/ obesidad teniendo como correlaciones entre el IMC del hijo y la restricción ($r = .16$, $p < .01$) y la presión para comer ($r = -.16$, $p < .01$), así como asociaciones entre el nivel de educación de la madre y la restricción ($r = .16$, $p < .01$) y la presión para comer ($r = .41$, $p < .001$). Realizaron análisis de regresión para la variable de sobrepeso y obesidad reportando influencia de la restricción materna ($\beta = .72$, $p < .05$, *OR* = 2.05) y la presión para comer ($\beta = -.69$, $p < .01$, *OR* = .50), cuando ingresaron todas las variables en el modelo, el IMC materno ($\beta = .13$, $p < .05$, *OR* = 1.14) y la presión para comer ($\beta = -.83$, $p < .01$, *OR* = .44) predijeron significativamente el sobrepeso y obesidad del niño, pero la alimentación restrictiva tuvo un efecto no significativo ($\beta = .59$, $p < .1$, *OR* = 1.81).

Russell et al. (2018) identificaron la frecuencia de variedad en las prácticas de alimentación de los padres que ocurre entre padres de niños menores y preescolares, el uso de prácticas de alimentación de los padres como difiere en relación con las características sociodemográficas. La muestra se conformó por 1344 diadas de 1 a 2 años y 795 padres con hijos de 4 a 6 años de Australia y Nueva Zelanda. Teniendo como resultados que la mayoría de los padres tenían más de 35 años y el 52% contaban con licenciatura. En relación con los preescolares, el 17% tenían sobrepeso y el 11% obesidad, a diferencia que el 73% tenía un peso saludable

En cuanto a los preescolares; los padres utilizaron con mayor frecuencia las prácticas de monitoreo, modelado, fomentar el balance y la variedad, enseñanza sobre la nutrición y un entorno alimentario saludable, también se identificó que los padres de

hijos preescolares (40%) utilizaban con mayor frecuencia la comida como recompensa en comparación de los padres con hijos menores (9%).

Los padres de niños que tenían obesidad utilizaban menos presión para comer en comparación con los padres de hijos con peso saludable ($OR = 0.51$, $IC\ 95\% [0.26, 0.99]$). Los padres con educación alta y baja fueron más frecuentes a utilizar la restricción por salud en comparación con los padres de con educación media ($OR = 1.58$, $IC\ 95\% [1.31, 1.91]$), igual que los padres de preescolares con sobrepeso y obesidad en comparación con las de peso saludable ($OR = 1.40$, $IC\ 95\% [1.19, 1.65]$).

En síntesis, de acuerdo con la literatura encontrada existe una correlación entre ciertas prácticas de alimentación y el riesgo de sobrepeso/obesidad en los niños sin embargo existe poca literatura referente a como las emociones juegan un papel crucial en las estrategias de socialización de los padres que afectan directamente. La poca literatura sugiere que las prácticas de alimentación infantil y las respuestas emocionales parentales están ligadas directamente al peso corporal y la salud general. Así como Frankel et al., 2012 encontró que el control restrictivo y la presión para comer generan respuestas emocionales negativas tales como ansiedad y rechazo a ciertos alimentos mismos que pueden llevar a patrones de alimentación deficientes en la infancia.

Definición operacional de términos

Socialización parental de las emociones del preescolar son las estrategias de regulación emocional que los padres o cuidadores principales utilizan para interactuar en situaciones críticas del entorno social del hijo, se evaluaron mediante la Escala de Afrontamiento a las Emociones Negativas del hijo Versión-Padres (Fabes et al., 2002), se clasifican en: 1) estrategias de socialización parental de apoyo: a) fomentar la expresión; b) reconocer la emoción; c) respuesta enfocada en el problema y 2) estrategias de socialización parental de no apoyo: a) reacción de minimización; b) reacciones punitivas donde implica un castigo (físico o verbal) y c) reacción de distrés.

Prácticas parentales de alimentación infantil son estrategias de comportamiento

específico que los padres, madres o cuidadores principales emplean para influir en la ingesta de alimentos del preescolar, son 12 prácticas: 1) restricción por salud, 2) medio ambiente, 3) modelaje, 4) monitoreo, 5) control del hijo, 6) regulación emocional, 7) alimento como recompensa, 8) presión para comer, 9) restricción por control de peso, 10) fomentar el balance y la variedad, 11) involucramiento del hijo y 12) enseñanza sobre la nutrición). las cuales además de pueden agrupar en tres constructos:

1) estructura (restricción por salud, medio ambiente, modelaje y monitoreo), 2) control coercitivo (control del hijo, regulación emocional, alimento como recompensa, presión para comer y restricción por control de peso) y 3) autonomía (fomentar el balance y la variedad, involucramiento del hijo y enseñanza sobre la nutrición). Se evaluaron mediante el Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil (Muscher-Eizenmman y Holub, 2007).

Índice de masa corporal del preescolar es la medida cuantitativa que evalúa la masa corporal en la relación del peso y talla del preescolar, se midió el peso en kilogramos y la estatura en centímetros. Se determinó el IMC mediante el programa antro y antro plus.

Objetivo general

Identificar si prácticas de alimentación infantil son mediadoras entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo e IMC del preescolar en diadas (cuidador principal/preescolar) residentes en la zona metropolitana de Monterrey Nuevo León.

Objetivos específicos

- 1) Describir las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo, de apoyo: a) fomentar la expresión; b) reconocer la emoción; c) respuesta enfocada en el problema
- 2) Describir las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de no apoyo: a) reacción de minimización; b) reacciones punitivas y c) reacción de

distrés.

3) Describir las prácticas de alimentación infantil: estructura (restricción por salud, medio ambiente, modelaje y monitoreo); control coercitivo (control del hijo, regulación emocional, alimento como recompensa, presión para comer y restricción por control de peso); autonomía (fomentar el balance y la variedad, involucramiento del hijo y enseñanza sobre la nutrición)

4) Identificar si existe relación entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo, de apoyo y de no apoyo con las prácticas de alimentación infantil

5) Identificar los factores que determinan las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo, de apoyo y de no apoyo: variables del cuidador (edad, sexo, años de escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil y número de hijos) y del hijo: sexo, edad e IMC

6) Identificar los factores que determinan las prácticas parentales de alimentación infantil (estructura, control coercitivo y autonomía): variables del cuidador (estrategias de socialización parental de apoyo y de no apoyo, edad, sexo, años de escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil y número de hijos) y del Hijo: sexo, edad e IMC.

7) Identificar los factores que determinan el índice de masa corporal del preescolar: variables del cuidador (estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de apoyo y de no apoyo, edad, sexo, años de escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil y número de hijos) y del Hijo: sexo, edad e IMC

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de medición y consideraciones éticas.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional (Grove & Gray, 2019). Se consideró descriptivo porque se describieron las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo y se identificaron las prácticas de alimentación infantil y correlacional debido a que se buscó la relación de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo, prácticas de alimentación infantil y su relación con el IMC del preescolar

Población, muestreo y muestra

La población de estudio se integró por madres, padres o cuidador principal de niños que estaban inscritos en instituciones de educación preescolar públicas del municipio de Monterrey, Nuevo León. Se seleccionaron instituciones de nivel preescolar que se encontraban cerca del campus de salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León mediante la aplicación Google maps. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo por conglomerados, donde los conglomerados fueron la escuela y el grupo, una vez seleccionado el grupo se realizó una invitación al estudio a los padres, madres o cuidadores principales.

El tamaño de muestra se determinó con el programa G*Power 3.1 para un modelo de regresión lineal múltiple con 11 variables independientes (edad, sexo, años de escolaridad, ocupación, número de hijos, estado civil y edad, sexo del hijo), con una potencia de prueba de .90; con nivel de confianza de un 95% y coeficiente determinación 0.06, con lo cual se obtuvo un tamaño de muestra de 416 diadas (madre/padre cuidador principal y preescolares).

Criterios de inclusión

Hombre o mujer que se identificaron como cuidador principal (s) del preescolar inscrito en la institución educativa seleccionadas.

Cuidador principal que supiera leer y escribir

Niño preescolar que estuviera inscrito en la institución educativa con edad de 3 a 5 años

Criterios de exclusión

Niños preescolares que presentaran alguna enfermedad que afectará su crecimiento y desarrollo tales como: diabetes, enfermedad tiroidea, metabólica y congénita estos serán referidos por los padres en la Cédula de Datos Sociodemográficos (apéndice B)

Criterios de eliminación

Instrumentos incompletos

Mediciones

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

De lápiz y papel

Los participantes contestaron 2 cuestionarios: 1) Escala de Afrontamiento a las Emociones Negativas de los Niños (versión- padres) (Fabe et al., 2002) (apéndice D) y el Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil (Muscher-Eizenmman & Holub, 2007) (Apéndice E) ambos cuestionarios se describen a continuación:

La Escala de Afrontamiento a las Emociones Negativas de los Niños (EAENN) (versión- padres) (The Coping with Children's Negative Emotions Scale [CCNES]) (Fabe et al., 2002), se utilizó para identificar la socialización parental de las emociones del hijo preescolar. Se integró por 6 subescalas 1) fomentar la expresión, 2) reconocer la emoción, 3) respuesta enfocada en el problema, 4) reacción de minimización, 5) reacciones punitivas y 6) reacción de distrés cada una de estas subescalas estuvo

conformada por 12 ítems mismos que se identificaron con letras de la “a” hasta la “f” y con una escala de respuesta tipo Likert que van de 1) muy improbable; hasta 7) muy probable.

La subescala de fomentar la expresión se integró por los ítems: 1e, 2e, 4b, 5f, 6e, 7f, 8a, 9a, 10c, 11f, 12b; reconocer la emoción se integró por los ítems: 1f, 2b, 3d, 4e, 5a, 6a, 7b, 8f, 9f, 10d, 11e, 12c; respuesta enfocada en el problema se integró por los ítems: 1c, 2d, 3c, 4f, 5b, 6f, 7a, 8b, 9d, 10e, 11d, 12a; reacción de minimización se integró por los ítems: 1d, 2c, 3b, 4c, 5c, 6b, 7d, 8d, 9c, 10f, 11a, 12f, reacciones punitivas se integró de los ítems: 1a, 2f, 3f, 4a, 5d, 6d, 7e, 8e, 9e, 10b, 11c, 12e y reacción de distrés se integró de los ítems: 1b, 2a*, 3a, 4d, 5e, 6c, 7c*, 8c*, 9b, 10a*, 11b, 12d (* puntuación inversa). La escala EAENN tiene una versión en español con consistencia interna por subescalas con alfa de Cronbach de .69 a .85 (Fabe et al., 2002), se ha utilizado en estudios realizados en Portugal y Estados Unidos de América con una población de 137 madres de niños en etapa escolar reportando consistencia interna por dimensiones alfa de Cronbach de .67 a .73 (Fernandes et al., 2021). Se realizó la sumatoria y media de cada subescala; el valor obtenido se interpretó que a mayor puntuación se encontró la reacción presente y a menor valor la ausencia de la reacción; el manejo de los datos fueron los puntajes crudos.

Para describir las prácticas de alimentación infantil se utilizó el Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación (CIPA) (Comprehensive Feeding Practice Questionnaire) desarrollado por Muscher-Eizenmman y Holub (2007), se conformó por 49 ítems en 12 dimensiones: 1) restricción por salud, 2) medio ambiente, 3) modelaje, 4) monitoreo, 5) control del niño, 6) regulación emocional, 7) alimento como recompensa, 8) presión para comer, 9) restricción por control de peso, 10) fomentar el balance y la variedad, 11) involucramiento del hijo y 12) enseñanza sobre la nutrición, cuenta con opciones de respuesta de 1) nunca a 5) siempre para los reactivos del 1 al 13 y de 1) en desacuerdo a 5) de acuerdo para los reactivos de 14 al 49 (Mischer-Eizenmman &

Holub, 2007).

La dimensión restricción por salud se integró por los ítems 21, 28, 40 y 43; dimensión medio ambiente se integró por los ítems 14, 16*, 22 y 37*; dimensión de modelaje se integró por los ítems 44, 46, 47 y 48; dimensión monitoreo se integró por los ítems 1, 2, 3 y 4; dimensión de control del hijo se integró por los ítems 5, 6, 10, 11, y 12; dimensión de regulación emocional se integró por los ítems 7, 8, 9; dimensión comida como recompensa se integró por los ítems 23, 36 y 19; dimensión presión para comer se integró por los ítems 17, 30, 39, y 49; dimensión restricción por control de peso se integró por los ítems 18, 27, 29, 33, 34, 35, 41 y 45; dimensión fomenta el balance y la variedad se integró por los ítems 13, 24, 26 y 38; dimensión involucramiento del hijo se integró por los ítems 15, 20, 32 y dimensión enseñanza sobre nutrición se integró por los ítems 25, 31 y 42* (* puntuación inversa). Este instrumento CIPA se ha reportado con alfa de Cronbach de .58 a .81 en estudios de EE. UU por Vollmer y Baietto (2017) y Canadá (Allen et al., 2016), utilizando la escala que incluye 49 ítems en 12 dimensiones. El CIPA aplicado en Jordania con una población de 970 diadas con niños escolar reportaron un alfa de Cronbach de entre 0.66 y 0.90 (Al-Qerem et al., 2017); en cuanto a población mexicana se realizó con una muestra de 300 diadas reportando un coeficiente alfa de Cronbach interno superior a 0.6 (Ángel et al., 2021). Para fines de esta investigación se clasificaron en: a) estructura: restricción por salud, medio ambiente, modelaje, monitoreo, b) control coercitivo: control del niño, regulación emocional, alimento como recompensa, presión para comer, restricción por controlar del peso, c) autonomía: fomentar el balance y la variedad, involucramiento del hijo y enseñanza sobre la nutrición (Vaughn et al., 2016). El manejo de los datos fueron los puntajes crudos.

Mediciones antropométricas

Se midió el peso y talla del preescolar de acuerdo con el procedimiento descrito por la OMS (2023) (apéndice E y F) Para medir el peso se utilizó una báscula SECA

modelo 804 con una precisión de 0.1kg y para la talla con un estadímetro SECA modelo 214. Posteriormente el IMC del preescolar se calculó mediante el programa Antro en caso de niños menores de 5 años y Antro plus para niños mayores de 5 años, se obtuvo el IMC, el percentil del IMC se clasificó de acuerdo con la OMS (2016), en desnutrición (percentil < 3), bajo peso (percentil ≥ 3 y < 15), peso normal (percentil ≥ 15 y < 85), sobrepeso (percentil ≥ 85 y < 97) y obesidad (percentil ≥ 97).

Procedimientos de colecta de datos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Para la selección de los participantes, en primer lugar, con la herramienta Google maps se identificaron las instituciones de educación preescolar cercanas al campus de la salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León, posterior se realizó un muestreo aleatorio de las instituciones, seleccionada 10 escuelas para recolección de datos.

Posteriormente se visitaron las instituciones educativas y se estableció contacto con el director de cada institución, se solicitó su autorización para realizar el estudio y se verificó el número de estudiantes inscritos en cada institución, con la información obtenida, se solicitó la autorización de la Secretaría de Educación Pública para ingresar a las instituciones educativas seleccionadas. Para iniciar la colecta de datos, se solicitó el apoyo al director de cada institución para realizar la reunión informativa con los padres dentro de la misma institución al ingreso de los alumnos. El día asignado para la aplicación de los instrumentos fue agendado por el director de la institución, se le solicitó un salón de clases de la misma institución para realizar la reunión, ahí se explicaron los objetivos del estudio, los procedimientos que se realizaron y se les invitó a quien se declararon cuidador principal del preescolar a participar de forma voluntaria.

A quienes aceptaron participar, se les solicitó firmar el consentimiento informado (apéndice A), para el llenado de los cuestionarios se les dio a escoger que modalidad deseaban contestarlos de forma física o de forma digital. De forma física: se entregó en

un sobre amarillos con los documentos que solicitaban información sociodemográfica de las diadas (apéndice B) y los cuestionarios: a) La Escala de Afrontamiento a las Emociones Negativas de los Niños (apéndice C), Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación (apéndice D), al término del llenado se entregaron en el sobre cerrado al investigador. En cuanto a la forma digital, se les dio un lector de código de QR que se presentó en un cartel, el que deberían escanear con su celular y dar acceso a la encuesta, empezar el llenado y enviar las respuestas. El programa utilizado fue Question Pro*, se comentó que la participación era voluntaria, al final se realizaron las mediciones antropométricas a los preescolares que previamente el padre, madre o cuidador principal habían autorizado.

Debido a que la participación de los cuidadores no fue positiva, se realizó nuevamente la solicitud de acceso a la Secretaría de Educación Pública de 10 escuelas más para cubrir la muestra, en esta ocasión solo se solicitó el apoyo al director de la institución para realizar una reunión con los cuidadores para hacerles la invitación a la investigación y ahí mismos comenzar la distribución del instrumento solo en formato digital.

Las mediciones antropométricas se realizaron en un aula previamente habilitada para esta actividad, en la que se instaló un módulo de somatometría (mesa, báscula, estadímetro y un tapete antiderrapantes), separados de acuerdo con el espacio disponible. El módulo fue atendido por el investigador principal, cuidando en todo momento la privacidad de las participantes y considerando las medidas sanitarias.

Respecto a las mediciones antropométricas de los preescolares, se realizaron en aquellos niños/as cuyas madres, padres o cuidador principal autorizaron el procedimiento y de acuerdo con las indicaciones de las autoridades del plantel educativo como: horarios de medición, turnos por grupos y días de la semana en que asistieron.

Antes de iniciar con las mediciones, se les explico a los preescolares, el procedimiento para la toma de peso y talla se procedió a realizar las mediciones de

acuerdo con el protocolo señalado (apéndice E y F). Las mediciones se registraron en la cédula de datos antropométricos (apéndice G). Se acondiciono un espacio para realizar las mediciones antropométricas instalando un módulo individual (báscula, estadiómetro mesa y tapete antiderrapantes), cabe señalar que se cuidó en todo momento la integridad física y emocional de los infantes por lo que durante las mediciones el investigador principal estuvo pendiente de las necesidades del preescolar mismas que se realizaron en presencia del personal docente.

Es importante señalar que, para evitar y prevenir el riesgo de caída en los participantes, antes de comenzar con las mediciones se identificaron las características del ambiente que aumentaban la posibilidad de caídas como: suelos resbaladizos, muebles que podrían generar un tropiezo, iluminación inadecuada y desorden de los objetos que se encontraban en el aula designada para llevar a cabo las mediciones. Con la finalidad de adecuar el espacio de medición a un lugar seguro, se mantuvo un espacio libre de objetos innecesarios en las mediciones de peso y talla, se examinó que el aula se encontrara con una adecuada iluminación, se aseguró que al final del procedimiento el participante tuviera atados los zapatos para evitar caídas. Al finalizar la colecta de datos se agradeció a las madres, padres e hijo/a por su participación, así mismo se agradeció al personal docente y directivo de cada institución

Consideraciones Éticas

El presente estudio de investigación se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987), con la última modificación realizada en 2014. Se tomó en cuenta lo establecido en el Título segundo que aborda los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad de los padres o cuidador principal y el niño preescolar, así como la protección de sus derechos y su bienestar.

De acuerdo con el Artículo 14, Fracciones I, V, VI, VII, VIII, el presente estudio conto con el uso del consentimiento informado por parte de los padres o cuidador

principal y el asentimiento informado por parte del preescolar. Las mediciones antropométricas se efectuaron por un profesional de salud previamente capacitado, cuidando en todo momento la integridad de los padres o cuidador y el niño preescolar.

Referente al Artículo 16, se protegió la privacidad del padre o cuidador principal y el niño preescolar durante todo el estudio. De acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, se consideró una investigación de riesgo mínimo debido a que se realizaron mediciones de peso, talla en el preescolar y en el adulto se realizaron preguntas que pudieron tener riesgo psicológico. En cuanto al Artículo 20 y 21, Fracción I, II, III, IV, VI, VII, VIII se contó con el consentimiento informado de los padres o cuidador principal por escrito, el cual se les explicó de manera clara y completa a los padres o cuidador principal del preescolar, dicho consentimiento dio a conocer los objetivos de la investigación, los procedimientos que se realizaron y el propósito de estos, así mismo, los riesgos y beneficios de participar en el estudio; en caso de que los padres tuvieron alguna duda sobre su participación se les garantizó recibir respuesta o aclaración, así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio sin que esto representara consecuencias o represalias de la institución así como del investigador para ellos o para su hijo preescolar. El consentimiento confirmó la seguridad y confidencialidad relacionada con la identificación del participante y el niño(a) preescolar.

De acuerdo con los artículos 36 y 37 del Capítulo III referente a la investigación en menores de edad, se solicitó el consentimiento informado por parte de los padres o cuidador principal del preescolar y se le explicó al preescolar el procedimiento a realizar y su participación en el estudio solicitando de esta manera su asentimiento informado. Respecto a la investigación en grupos subordinados del Capítulo V, artículo 58, Fracciones I y II, el proceso de recolección de datos se apegó al tiempo y espacio proporcionados por las autoridades de las instituciones educativas.

Estrategia de Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package

for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows. Antes del análisis se verificaron que los datos fueran correctos y ningún dato estuviera perdido. Para obtener la distribución de los datos se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors, y conforme a los resultados de no normalidad en los datos se decidió aplicar estadística no paramétrica.

Para dar respuesta a los objetivos: 1, 2 y 3, se utilizó estadística descriptiva como medidas de tendencia central y dispersión, para el objetivo 4) identificar si existe relación entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de apoyo y de no apoyo con las prácticas de alimentación infantil. Se utilizó estadística no paramétrica, el coeficiente de correlación de Spearman.

Para los objetivos 5, 6 y 7 se realizaron modelos de regresiones lineal múltiple

Para el objetivo general se realizó análisis mediante modelos de mediación simple, considerando como variable independiente (X) estrategias de socialización parental de las emociones del hijo y como variable dependiente (Y) del IMC del preescolar y la variable mediadora (M) prácticas de alimentación infantil.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio. Participaron 416 diadas (cuidadores principales y preescolares) inscritos en 20 instituciones educativas públicas de nivel preescolar. La recolección de datos se realizó del 20 septiembre del 2023 al 12 de Marzo del 2024. Primero se presenta la consistencia interna de los instrumentos aplicados: 1) Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas de los Niños (versión- padres) (Fabe, et al., 2002) y 2) Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil (Musher- Eizenman & Holub, 2007). Posterior se presenta la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de madres, padres, cuidadores y preescolares, así como estadísticas descriptivas del preescolar y para finalizar se presenta la estadística inferencial para verificar los objetivos del estudio.

Consistencia interna de los instrumentos

El tiempo promedio para contestar los cuestionarios fue de 30 minutos. En la tabla 1 se presenta la consistencia interna de la Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas de los Niños (versión- padres) (Fabes et al., 2002) y por subescalas. Los valores se ubicaron entre .61 a .89 los cuales se consideraron aceptables (Burns & Grove, 2012).

Tabla 1

Consistencia Interna de la Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas de los Niños y por Subescalas

Subescalas	Ítems	α
<i>Estrategias de apoyo</i>		
Fomentar la expresión	1e,2e,3e,4b,5f,6e,7f, 8a,9a,10c,11f,12b	.86
Reconocer la emoción	1f,2b,3d,4e, 5a,6a,7b,8f,9f,10d,11e,12c.	.89

Nota: n= 416, α = alfa de Cronbach

(Continúa)

Tabla 1

Consistencia Interna de la Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas de los Niños y por Subescalas (continuación)

Subescalas	Ítems	α
Respuesta enfocada en el problema	1c,2d,3c,4f,5b,6f, 7a,8b,9d,10e,11d,12a.	.84
<i>Estrategias de no apoyo</i>		
Reacción de minimización	1d,2c,3b,4c,5c,6b,7d,8d,9c,10f,11a,12f	.83
Reacciones punitivas	1a,2f,3f,4a,5d,6d,7e,8e,9e,10b,11c,12e	.84
Reacción de distrés	1b,2aR,3a,4d,5e,6c,7cR,8cR,9b,10aR,11b,12d	.61
Total		.91

Nota: $n = 416$, $\alpha =$ alfa de Cronbach

Por otra parte, la consistencia interna del Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación (Muscher- Eizenman & Holub, 2007) y por subescalas se presenta en la tabla 2, y por constructos de acuerdo con Vaughn et al. (2016). Se encontró que las subescalas: restricción por salud, medio ambiente, alimento como recompensa y enseñanza sobre la nutrición presentaron un coeficiente inferior al valor aceptable.

Tabla 2

Consistencia interna del Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil

Subescalas	Ítems	α
Estructura		
Restricción por salud	21, 28, 40 y 43	.52
Medio ambiente	14, 16R, 22 y 37R	.42
Modelaje	44, 46, 47 y 48	.80

Nota: $n = 416$, $\alpha =$ alfa de Cronbach

(Continúa)

Tabla 2

*Consistencia interna del Cuestionario Integral de Prácticas de Alimentación Infantil
(continuación)*

Subescala	Ítems	α
Monitoreo	1, 2, 3, 4	.89
Coercitivo control		
Control del hijo	5, 6, 10, 11 y 12	.67
Regulación emocional	7, 8 y 9	.80
Alimento como recompensa	23, 36 y 19	.58
Presión para comer	17, 30, 39 y 49	.66
Restricción por control de peso	18, 27,29,33, 34, 35, 41y 45	.81
Autonomía		
Fomentar el balance y la variedad	13, 24,26 y 38	.71.
Involucramiento del hijo	15, 20 y 32	.65
Enseñanza sobre la nutrición	25, 31	.54

Nota: $n= 416$, α = alfa de Cronbach

Estadística de variables sociodemográficas de los participantes

En cuanto a las variables sociodemográficas de los cuidadores principales (madres, padres, abuelos o tíos), la edad promedio fue de 33.31 años ($DE = 7.71$), escolaridad promedio de 12.73 años ($DE = 3.54$) e ingreso económico familiar mensual promedio \$16,264.69 pesos (nivel medio), las demás variables se pueden observar en la tabla 3.

Tabla 3

Estadística descriptiva de característica sociodemográficas del padre, madre y/o cuidador

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Mujer	373	89.7
Hombre	43	10.3
Parentesco		
Madre	359	86.3
Padre	42	10.1
Cuidador	15	3.6
Ocupación		
Profesional	69	16.6
No profesional	157	37.7
Hogar	190	45.7
Estado civil		
Casado	208	50.0
Unión libre	131	31.5
Divorciado	23	5.5
Soltero	49	11.8
Viudo	5	1.2

Nota. $n = 416$, $f =$ frecuencia, $\% =$ porcentaje

Con respecto a las variables del preescolares en la tabla 4, se puede observar que el sexo de mayor predominio fue masculino, la edad promedio fue 4.35 años de edad ($DE = .716$).

Tabla 4*Estadística descriptiva de las características sociodemográficas del preescolar*

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	202	48.6
Masculino	214	51.4
Grado escolar		
1°	48	11.5
2°	206	49.5
3°	162	38.9

Nota. $n = 416$, $f =$ frecuencia, $\% =$ porcentaje

Respecto a las variables antropométricas del preescolar, la media del IMC de los preescolares fue de 16.00 ($DE = 2.01$) Esta información se presenta en la tabla 5.

Tabla 5*Estadística descriptiva y medidas antropométricas del preescolar*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>	
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Peso (kg)	18.24	3.38	11.50	34.30
Talla (cm)	106	.062	88	121
IMC	16.00	2.01	10.65	30.76

Nota: $n = 416$, $M =$ media, $DE =$ desviación estándar

En la tabla 6 se presenta el estado nutricional del preescolar, la mayoría de los preescolares presentó peso normal, mientras que el 25.5% ($n = 106$) presentó sobrepeso-obesidad.

Tabla 6*Estado nutricional del preescolar de acuerdo con la OMS*

Variable	<i>F</i>	%
Desnutrición	10	2.4
Bajo peso	23	5.5
Peso normal	277	66.6
Sobrepeso	61	14.7
Obesidad	45	10.8

Nota. $n = 416$, $f =$ frecuencia, $\% =$ porcentaje

Estadística para verificar los objetivos

Para dar respuesta a los objetivos 1 y 2 que indica describir las estrategias de socialización parental de las emociones del niño preescolar. En la tabla 7 se muestran las medias sobre las estrategias de socialización de apoyo, también se observa que la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors no mostró distribución normal, por lo que se usó estadística no paramétrica.

Tabla 7

Estadística descriptiva y prueba de normalidad de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de apoyo por subescalas

Subescalas	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>		<i>K-S^a</i>	<i>p</i>
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>		
Fomentar la expresión	5.76	.97	1.00	7.00	.140	.001
Reconocer la emoción	6.13	.95	1.00	7.00	.182	.001
Respuesta enfocada en el problema	5.86	.88	1.00	7.00	.173	.001

Nota. $n = 416$, $M =$ media, $DE =$ desviación estándar, $K-S^a =$ Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, $p =$ significancia observada

Por otra parte, se puede observar en la tabla 8 las medias de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo negativas de no apoyo.

Tabla 8

Estadística descriptiva y prueba de normalidad de las estrategias de socialización a las emociones negativas del hijo de no apoyo por subescalas

Subescalas	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>		<i>K-S^a</i>	<i>p</i>
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>		
Reacción de minimización	3.50	1.01	1.00	6.42	.065	.001
Reacciones punitivas	3.36	1.07	1.00	6.33	.067	.001
Reacción de distrés	3.01	.78	1.17	5.08	.057	.003

Nota. $n = 416$, $M =$ media, $DE =$ desviación estándar, $K-S^a =$ Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, $p =$ significancia observada

En la tabla 9, en relación con las estrategias de socialización parental de las emociones del niño, se identificó una $M= 5.92(DE= .89)$ en las estrategias de apoyo (*fomentar la expresión, reconocer la emoción y respuesta enfocada en el problema*).

Tabla 9

Estadística descriptiva y prueba de normalidad de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de apoyo y de no apoyo

Subescalas	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>		<i>K-S^a</i>	<i>p</i>
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>		
De apoyo	5.92	.89	1.00	7.00	.183	.001
De no apoyo	3.29	.87	1.67	5.69	.070	.001

Nota. $n = 416$, $M =$ media, $DE =$ desviación estándar, $K-S^a =$ Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, $p =$ significancia observada

Para responder el objetivo 3, describir las prácticas de alimentación infantil:

estructura, control coercitivo y autonomía. Se observa que la práctica de alimentación infantil *fomentar el balance y la variedad* tiene $M= 4.44$ ($DE= .59$), la información restante se presenta en la tabla 10, también se observar que las variables no presentan distribución normal.

Tabla 10

Estadística descriptiva y prueba de normalidad del Cuestionario integral de prácticas de alimentación infantil

Subescalas	M	DE	Valor		$K-S^a$	p
			Mínimo	Máximo		
Estructura						
Restricción por salud	3.49	.81	1.00	5.00	.084	.001
Medio ambiente	4.02	.63	2.33	5.00	.132	.001
Modelaje	4.18	.83	1.00	5.00	.164	.001
Monitoreo	4.43	.70	1.00	5.00	.268	.001
Control Coercitivo						
Control del hijo	2.71	.68	1.00	5.00	.088	.001
Regulación emocional	1.75	.78	1.00	5.00	.166	.001
Alimento como recompensa	2.63	.98	1.00	5.00	.082	.001
Presión para comer	2.91	.89	1.00	5.00	.087	.001
Restricción por control de peso	2.63	.89	1.00	5.00	.085	.001
Autonomía						
Fomentar el balance y la variedad	4.44	.59	1.00	5.00	.206	.001
Involucramiento del hijo	3.66	.87	1.00	5.00	.106	.001

Nota. $n = 416$, $M =$ media, $DE =$ desviación estándar, $K-S^a =$ Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, $p =$ significancia observada

(Continúa)

Tabla 10

Estadística descriptiva y prueba de normalidad del Cuestionario integral de prácticas de alimentación infantil (continuación)

Subescalas	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>		<i>K-S^a</i>	<i>p</i>
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>		
Enseñanza sobre la nutrición	4.19	.79	1.00	5.00	.211	.001

Nota. $n = 416$, M = media, DE = desviación estándar, $K-S^a$ = Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, p = significancia observada

La tabla 11 muestra las prácticas de alimentación infantil por constructos, se observa que el constructo *autonomía* (fomentar el balance y la variedad, involucramiento del hijo y enseñar sobre nutrición) tiene la puntuación mayor de media.

Tabla 11

Estadística descriptiva de prácticas de alimentación por constructos

Subescalas	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>		<i>K-S^a</i>	<i>p</i>
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>		
Estructura	4.03	.486	1.67	5.00	.053	.007
Coercitivo control	2.53	.529	1.00	5.00	.040	.114
Autonomía	4.09	.610	1.00	5.00	.087	.000

Nota. $n = 416$, M = media, DE = desviación estándar, $K-S^a$ = Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, p = significancia observada

Estadística Inferencial

Para dar respuesta al objetivo 4, identificar si existe relación entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de apoyo y de no apoyo con las prácticas de alimentación infantil, se utilizaron coeficientes de correlación de Spearman mostrando una relación positiva significativa entre las estrategias de apoyo y los constructos de estructura ($r_s = .246, p < .01$) y autonomía ($r_s = .298, p < .01$). Esto

indica que, a mayor uso de estrategias de apoyo, mayor es la tendencia a emplear prácticas de alimentación que promuevan la estructura y la autonomía. Por otro lado, las estrategias de apoyo mostraron una relación negativa con el constructo de control coercitivo ($r_s = -.298, p < .01$), a mayor utilización estrategias de apoyo, disminuye el uso de prácticas alimentación control coercitivas.

En contraste, las estrategias de socialización de no apoyo mostraron una relación positiva significativa con las prácticas de control coercitivo ($r_s = .361, p < .01$), a mayor uso de estrategias de no apoyo, los padres tienden a emplear más prácticas alimentación que se caracterizan por un control coercitivo. La información anterior se puede observar en la tabla 12.

Tabla 12

Correlación entre las Estrategias de socialización Parental de las Emociones Negativas de hijo, Prácticas de Alimentación infantil y constructos

	EAENH							
	FE	RE	REP	RM	RP	RD	DA	DNA
RS	0.027	0.047	0.064	.143**	.171**	.101*	0.009	.289**
MA	.130**	.193**	.146**	-0.047	-0.023	-.139**	-0.075	.307**
MO	.209**	.243**	.221**	0.038	0.039	-0.074	.218**	-0.049
M	.189**	.255**	.164**	-0.044	0.000	-.125*	-0.07	.218**
CH	0.061	0.051	.100*	0.009	-0.025	-0.031	-.188**	.258**

Nota. $N = 416$, *FE* = fomentar la expresión, *RE* = reconocer la emoción, *REP* = respuesta enfocada en el problema, *RM* = reacción de minimización, *RP* = reacción punitiva, *RD* = reacción de distrés, *DA* = de apoyo, *DNA* = de no apoyo, *RS* = restricción por salud, *MA* = medio ambiente, *MO* = modelaje, *M* = monitoreo, *CH* = control del hijo, * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

(continúa)

Tabla 12

Correlación entre las Estrategias de socialización Parental de las Emociones Negativas de hijo, Prácticas de Alimentación infantil y constructos (continuación)

	EAENH							
	FE	RE	REP	RM	RP	RD	DA	DNA
RE	-.141**	-.225**	-.159**	.220**	.250**	.245**	.316**	-0.023
AR	-0.05	-0.077	-0.08	.298**	.320**	.230**	.205**	-0.07
P	-0.064	-0.064	-0.055	.249**	.229**	.124*	0.046	.152**
RP	0.038	-0.022	-0.041	.285**	.281**	.234**	.228**	0.061
FEV	.255**	.294**	.309**	-0.014	0.027	-.108*	.170**	-0.067
IH	.183**	.188**	.158**	-0.08	-0.011	-.109*	.248**	0.006
EN	.184**	.234**	.194**	0.086	.102*	-0.044	.246**	0.039
C.E	.194**	.272**	.212**	0.050	0.087	-0.057	.246**	0.039
C.C	-0.094	-.132**	-.109*	.354**	.360**	.280**	-.118*	.361**
C.A	.244**	.287**	.260**	-0.013	0.035	-.115*	.298**	-0.026

Nota. $N= 416$, RE= regulación emocional, AR = alimento como recompensa, P =presión para comer, RP= restricción por control de peso, FEV= fomentar el balance y variedad, IH= involucramiento del hijo, EN = enseñanza sobre la nutrición, C.E = constructo estructura, C.C = constructo control coercitivo, C.A = constructo autonomía, * = < p .05, ** = < p .01.

Para verificar el objetivo 5, identificar los factores que determinan las estrategias de socialización parental de las emociones del hijo, de apoyo y de no apoyo se realizó regresión lineal múltiple, se consideraron como variables del cuidador (edad, sexo, años de escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil y número de hijos) y del hijo: sexo, edad e IMC.

La tabla 13 muestra el modelo con el método de eliminación de variables hacia

atrás, se identificó un modelo significativo del 20.9% de la varianza, la variable que contribuye de forma positiva fue la escolaridad del cuidador.

Tabla 13

Modelo de Regresión Lineal múltiple de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo (de apoyo)

	<i>B</i>	Error Estándar	β	T	Sig.
Constante	5.653	0.202		28.036	0.001
Escolaridad	0.045	0.013	0.194	3.354	0.001*
Ocupación actual	-0.176	0.100	-0.106	-1.768	0.078
Estado civil	-0.218	0.119	-0.104	-1.828	0.069
R^2	.209				

Nota. $n = 416$, B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado, * = $p < .05$

En la tabla 14 se observa el modelo de regresión lineal múltiple para las estrategias de socialización parental de las emociones del hijo, de no apoyo, mediante el método de eliminación de variables hacia atrás se identificó un modelo significativo del 27.5% de la varianza explicada.

Tabla 14

Modelo de Regresión Lineal múltiple de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo (de no apoyo)

	<i>B</i>	Error Estándar	β	T	Sig.
(Constante)	1.937	0.351		5.512	0.000
Edad del cuidador	0.017	0.007	0.150	2.612	0.009*

Nota. $n = 416$, B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado, * = $p < .05$

(Continúa)

Tabla 14

Modelo de Regresión Lineal múltiple de las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo (de no apoyo)(continuación)

	<i>B</i>	Error Estándar	β	T	Sig.
Ingreso económico	-7.847	0.000	-0.108	-1.962	0.051
Número de hijos	0.108	0.050	0.123	2.165	0.031*
Edad del preescolar	0.149	0.065	0.124	2.289	0.023*
R ²	.275				

Nota. $n = 416$, B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado, * = $p < .05$

Para verificar el objetivo 6, identificar los factores que determinan las prácticas de alimentación infantil por constructos de estructura, control coercitivo y autonomía, se consideraron como variables del cuidador (edad, sexo, escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil y número de hijos, estrategias de socialización parental de las emociones del hijo de apoyo y no apoyo) y del hijo: sexo, edad, IMC y mediante el método de eliminación de variables hacia atrás, se identificó que las variables que contribuyeron a explicar las prácticas de alimentación de *estructura* fueron: las estrategias de socialización parentales de apoyo y la variable que contribuyó de forma negativa fue escolaridad del cuidador, modelo con varianza explicada de 36 % de varianza explicada, lo anterior se puede observar en la tabla 15.

Tabla 15

Modelo de Regresión Lineal múltiple de las prácticas de alimentación infantil

(estructura)

	<i>B</i>	Error Estándar	β	T	Sig.
(Constante)	3.049	0.196		15.524	0.001
Escolaridad	-0.019	0.007	-0.142	-2.671	0.008*
Estrategias de apoyo	0.209	0.031	0.355	6.680	0.001*
R ²	.360				

Nota. $n = 416$, B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado,

* = $p < .05$

La tabla 16 muestra el modelo de regresión lineal múltiple de las prácticas de alimentación infantil del *control coercitivo* la ocupación y las estrategias de socialización parentales de no apoyo, contribuyeron al modelo significativo, 41.9 % de varianza explicada.

Tabla 16

Modelo de Regresión Lineal múltiple de las prácticas de alimentación infantil (control

coercitivo)

	<i>B</i>	Error Estándar	β	t	Sig.
(Constante)	1.854	0.148		12.539	0.000
Edad	-0.007	0.004	-0.102	-1.958	0.051
Ocupación	0.115	0.054	0.110	2.145	0.033*
Estrategias de no apoyo	0.252	0.031	0.423	8.099	0.001*
R ²	.419				

Nota. $n = 416$, B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado,

* = $p < .05$

En la tabla 17 se observa que escolaridad y estrategias de socialización parental

de apoyo contribuyeron positivamente, a las prácticas de alimentación infantil de autonomía, con una varianza explicada del 39.6%.

Tabla 17

Modelo de Regresión Lineal múltiple de las prácticas de alimentación infantil (autonomía)

	<i>B</i>	Error Estándar	β	t	Sig.
(Constante)	2.871	0.242		11.841	0.000
Escolaridad	-0.034	0.009	-0.200	-3.814	0.001*
Estrategias de apoyo	0.279	0.039	0.377	7.201	0.001*
R ²	.396				

Nota. $n = 416$, B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado, * = $p < .05$

Para verificar el objetivo 7, identificar los factores que determinan el índice de masa corporal del preescolar se consideraron como variables del cuidador (edad, sexo, escolaridad, ingreso económico, ocupación, estado civil, número de hijos, estrategias de socialización parental de apoyo y de no apoyo, así como las prácticas de alimentación infantil: estructura, control coercitivo y autonomía. Se encontró un modelo con una varianza explicada de 12.5%, la variable que contribuyó al modelo fue el ingreso económico de forma positiva estos datos se pueden observar en la tabla 18.

Tabla 18

Modelo de Regresión Lineal múltiple de Índice de masa corporal

	<i>B</i>	Error Estándar	β	t	Sig.
(Constante)	15.678	0.183		85.548	0.000
Ingreso económico	2.040	0.000	0.125	2.249	0.025*
R ²	.125				

Nota. $n = 416$, B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado,

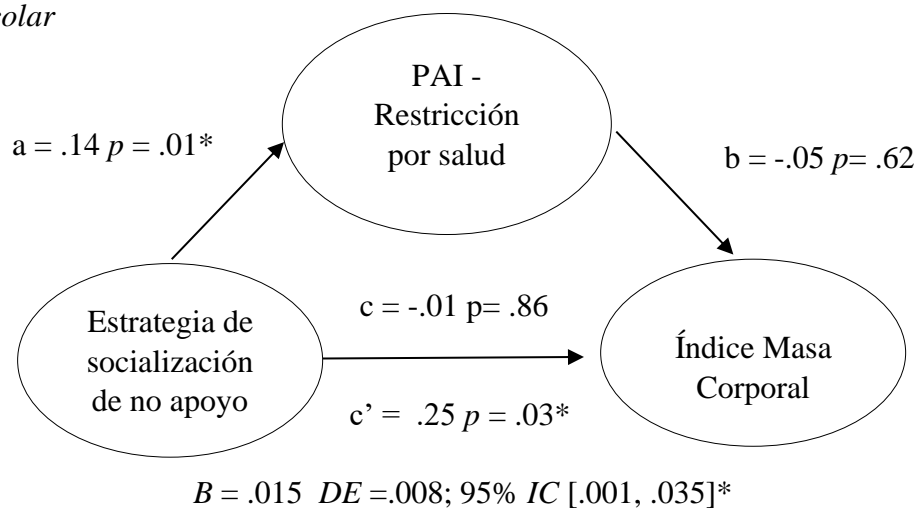
* = $p < .05$

Finalmente, para dar respuesta al objetivo general, que señala identificar si prácticas de alimentación infantil son mediadoras entre las estrategias de socialización parental de las emociones del hijo e IMC del preescolar en diadas (cuidador principal/preescolar) residentes en la zona metropolitana de Monterrey Nuevo León. Se realizó un análisis de mediación, a continuación, se muestran las de mayor significancia: las prácticas de alimentación (presión para comer, restricción por salud y restricción por control de peso). Los modelos no significativos se presentan en el apéndice J.

La figura 1 muestra que las estrategias de socialización de no apoyo influyen positivamente en la relación sobre la restricción por salud y esta influye negativamente en el IMC del preescolar.

Figura 1

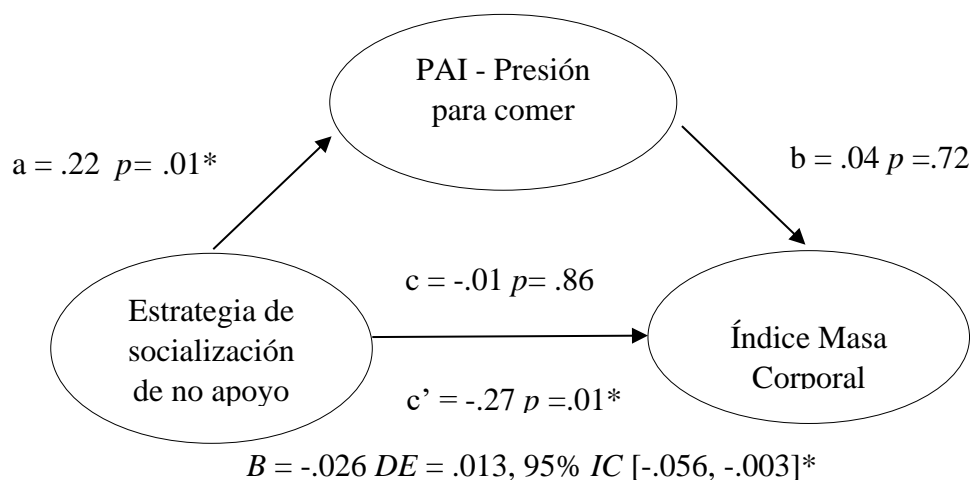
Modelo de PAI restricción por salud efecto indirecto entre las estrategias de socialización de las emociones del hijo de no apoyo y el índice de masa corporal del preescolar



La figura 2, muestra que la práctica de alimentación infantil presión para comer es mediadora entre las estrategias de socialización parental de no apoyo y el IMC del preescolar.

Figura 2

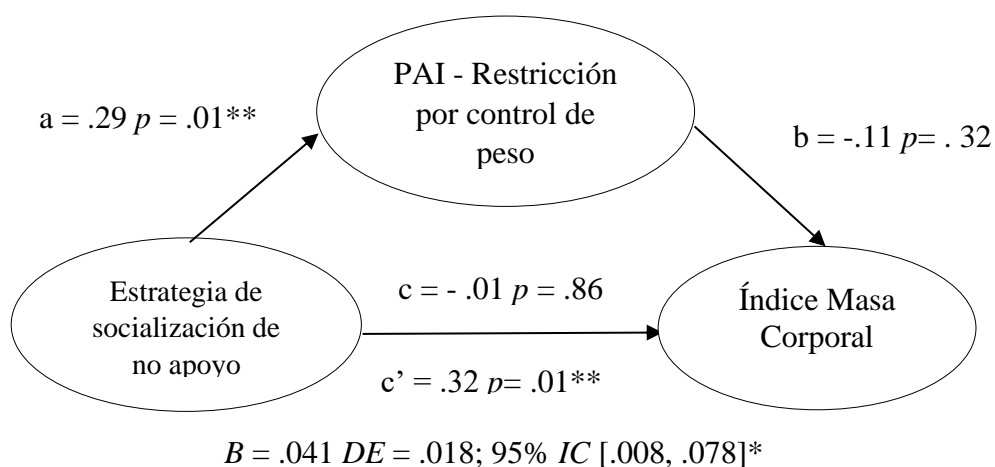
Modelo de PAI presión para comer efecto indirecto entre las estrategias de socialización de las emociones de no apoyo y el índice de masa corporal del preescolar



Por último, en la figura 3 se presenta el modelo de mediación donde la práctica de alimentación infantil restricción por control de peso media las estrategias de socialización de no apoyo y IMC del preescolar.

Figura 3

Modelo de PAI restricción por control del peso efecto indirecto entre estrategias de socialización de las emociones de no apoyo y el índice de masa corporal del preescolar



Capítulo IV

Discusión

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar si prácticas de alimentación infantil son mediadoras entre las estrategias de socialización parental de las emociones del hijo y el IMC del preescolar en diadas (cuidador principal/preescolar) residentes en la zona metropolitana de Monterrey Nuevo León.

Con respecto a las variables sociodemográficas de los cuidadores, se observó que el sexo de mayor predominio fue femenino desarrollando el rol de madre lo que es consistente con la literatura previa que señala que en mayor frecuencia las mujeres tienen a su cargo el cuidado y crianza de los niños en etapa preescolar (Raley et al., 2012). Este fenómeno puede influir directamente en la crianza, debido a que la evidencia científica ha demostrado que las madres tienden a emplear estrategias de socialización emocional más participativas y de apoyo a comparación con los padres (Root et al., 2010 & Fivush et al., 2000). También se identificó en este estudio que las madres tienen un nivel educativo de nivel preparatoria, estado civil casadas, y un ingreso económico nivel medio estos datos son similares encontrados en el censo poblacional Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023), donde señala que las mujeres del estado de Nuevo León estudian en promedio el nivel de preparatoria, el estado civil casado es predominante y el ingreso económico es ligeramente superior a la media a nivel nacional. La literatura indica que el nivel socioeconómico y el nivel educativo pueden influir significativamente en las prácticas parental y el desarrollo infantil (Chaudry & Wimer, 2016).

Respecto al estado nutricio del preescolar se encontró que la prevalencia era peso normal. No obstante, también se detectó un porcentaje considerable de sobrepeso y obesidad. Estas cifras son superan los reportadas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2023) y el estudio (Shamah-Levy et al., 2018) para niños menores de 5 años. Estos datos son relevantes debido a la actual creciente preocupación global y sus

consecuencias a corto y mediano plazo por el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas, apnea del sueño y problemas ortopediátricos que puedan presentarse en las etapas subsecuentes de la vida. (Reilly & Kelly, 2011). Por lo tanto, es importante enfatizar en estos hallazgos donde se confirmaron la importancia de enfocar medidas preventivas o intervenciones en edades tempranas de la vida, particularmente en los preescolares misma que es crucial en el desarrollo y aprendizaje de los niños con la finalidad de crear hábitos saludables (Birch & Ventura, 2009).

En relación con el objetivo específico 1 y 2, se identificó que las estrategias de socialización de apoyo más utilizada fue *reconocer la emoción*, es decir los padres validan las emociones del hijo. La subescala con menor uso fue *fomentar la expresión*, esta estrategia promueve la expresión de las emocionales negativas del hijo y reflejan la aceptación de las expresiones por parte de los padres (Fabes et al., 2002).

Los resultados difieren a lo reportado en madres de Estados Unidos de América y Turquía (Fernandes et al., 2021 & Melis, 2012) quienes encontraron que la subescala que más utilizan por las madres son las estrategias de socialización parental de apoyo: respuesta enfocada en el problema y la menos utilizada fue fomentar la expresión. La evidencia científica refiere que reconocer las emociones está asociada con una mejor regulación emocional y habilidades sociales de los niños mismas que ayudaran al desarrollo de competencia en diversos ámbitos de la vida que contribuyan a su mejora de calidad de vida (Fabes et al., 2002).

Referente a las subescalas de las estrategias de socialización parental de no apoyo la subescala con la que más utilizan los cuidadores fue *reacción de minimización*, es decir los cuidadores principales demeritan el problema del niño e incluso no permiten la expresión emocional de la misma emoción (Fabes et al., 2002), y la subescala con menor uso fue *reacción de distrés* es decir los cuidadores principales reflejan el malestar ante la expresión emocional negativa del niño (Fabes et al., 2002). Estos datos son

similares a Fernandes et al. (2021), quienes encontraron que los padres tienden a utilizar más las estrategias de socialización parental de no apoyo: reacción de minimización, pero difieren con Melis (2012) quien identificó que la reacción de distrés es la subescala que mayormente emplean los padres. La literatura previa ha encontrado que demeritar o minimizar las emociones del niño puede inhibir el desarrollo de la regulación emocional y provocar que los niños internalicen sus sentimientos y no expresen sus emociones repercutiendo en su desarrollo emocional (Fabes et al., 2002).

En cuanto a las estrategias de socialización parental *de apoyo* se encontró que son las más utilizadas en los cuidadores de los prescolares, estos datos coinciden con Fernandes et al. (2021) donde encontraron una puntuación más alta en el uso de estas estrategias de socialización de apoyo. La evidencia científica ha encontrado que el uso de estrategias de socialización parental de apoyo en el ámbito de la socialización parental de las emociones de los niños está relacionado con desarrollo de habilidades en el ámbito social, personal y a su vez disminuye la incidencia de problemas emocionales y también conductuales (Eisenberg et al., 1998).

De acuerdo con el objetivo 3 que señala describir las prácticas de alimentación infantil, en este estudio la subescala que los cuidadores tienden a utilizar más fue *fomentar el balance y la variedad*, es decir los padres aumentan la promoción del consumo de alimentos saludables y diversos (Vaughn et al., 2016), empleando menos la *regulación de las emociones* misma donde los padres usan los alimentos para regular los estados emocionales negativos del hijo (llanto, triste, enojos e incluso berrinches) (Vaughn et al., 2016). Estos datos concuerdan con Fernandes et al. (2023) y Russell et al. (2018), donde identificaron que los padres recurren a utilizar la práctica de alimentación fomentar el balance y la variedad y en menor uso la regulación de las emociones, por otra parte, difieren estos resultados con los reportados en los países de China y Reino Unido (Hu et al., 2022 & Stone et al., 2022) al encontrar la práctica de

alimentación infantil con mayor utilización es la restricción para comer y menor utilización la práctica de alimentación presión para comer.

Por otra parte, coinciden los resultados realizados con un estudio similar en madres mexicanas (Ángel-García et al., 2020). Lo que nos lleva a inferir que las madres mexicanas tienden a ejecutar normas y límites en la alimentación mediante la aplicación de estrategias que ayudan a los niños aprender y tener una conducta alimenticia efectiva. La evidencia científica aborda que los niños que se exponen a una variedad de alimentos desde edades tempranas tienden a desarrollar una aceptación de diferentes alimentos y a llevar una dieta más equilibrada en el resto de su vida que se asociara a un menor riesgo de desarrollar obesidad y enfermedades (Birch, & Fisher, 1998 & Nicklaus, 2009).

Respeto a las prácticas de alimentación por constructo se identificó que los padres utilizan más la *autonomía*, en ella los padres apoyan la independencia y dan opciones al niño y les permitirles explorar por sí mismos, está también incluye respaldar la iniciativa y fomentar su habilidad para autorregularse e incluso en la ausencia de los padres (Vaughn et al., 2016).

Estos datos coinciden con la literatura revisada por Fernandes et al. (2023) y Fernandes et al. (2021), donde encontraron que los constructos de estilos de alimentación saludable (*autonomía*) tienen hacer las más empleados por los padres; también coinciden con un estudio previo realizado en población mexicana aplicado en el norte del país por Ángel (2017). Esto sugiere que el uso de prácticas que fomentan la *autonomía*, fomentar el balance y la variedad pueden contribuir a un mejor manejo de la alimentación de los niños y así mejorar la salud en las etapas subsecuentes de la vida (Jansen et al., 2012).

En relación al objetivo 4, identificar la relación entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo, de apoyo y de no apoyo con prácticas de alimentación infantil, en este estudio se encontró que se relacionan las estrategias de socialización parental *de apoyo* con las prácticas de alimentación infantil:

reconocer la emoción, fomentar el balance y la variedad, alimento como recompensa, involucramiento del hijo, modelaje, restricción por control de peso y enseñanza sobre la nutrición (constructos estructura y autonomía). Por otra parte, las estrategias de socialización parental *de no apoyo* se relacionaron significativamente con las prácticas de alimentación infantil: *control del hijo, medio ambiente, monitoreo, presión para comer y restricción por salud* (constructo control coercitivo); estos datos coincide con Fernandes et al. (2021); Saltzman et al. (2016a); Saltzman et al. (2016b) y Melis, (2012) donde reportaron relación significativa entre las estrategias de socialización parentales de apoyo con las prácticas de alimentación infantil: fomentar el balance y la variedad, involucramiento del hijo, modelaje y enseñanza sobre la nutrición y las estrategias de socialización parentales de no apoyo con las prácticas de alimentación infantil: regulación emocional, medio ambiente, alimento como recompensa, monitoreo, presión para comer, restricción por salud y restricción por control de peso. Esto puede deberse a que un enfoque parental más cercano y de mayor apoyo hacia las emociones del preescolar pueden incrementar y fortalecer los hábitos de alimentación más saludables a diferencia de las estrategias negativas de no apoyo estas reflejan una dirección más limitante o de restricción y con ello menos favorable para fomentar la autonomía y la decisión de la alimentación propia de los niños (Jansen et al., 2012).

En cuanto al objetivo 5, se identificó que la variable escolaridad de los padres influye positiva y significativamente a las estrategias de socialización parental de apoyo, lo que sugiere que a mayor nivel educativo que los padres realicen estrategias de apoyo emocional (Pérez et al., 2022). Estos datos son coherentes con literatura previa donde identifican que la educación en los padres desarrolla la capacidad para utilizar prácticas de crianza más positivas y eficaces (Conger et al., 2012), si bien la ocupación y el estado civil mostraron tener contribución, ni significancia en este estudio lo que esto puede indicar que el desarrollo de habilidades para manejar las emociones del preescolar está relacionado más con el conocimiento y la conciencia emocional que con la situación

económica y estado civil; referente a las estrategias de socialización parental de no apoyo las variables que fueron significativas: edad de los padres y número de hijos, lo que inferimos que los padres con mayor edad pueden tener menos paciencia y resistencia el manejo de conflictos y emociones, así como tener más de un hijo bajo crianza la atención y la atención de recursos de apoyo emocional se encontraran divididos (Yoshikawa et al., 2012).

Referente al objetivo 6 en identifico que el constructo estructura, la variable escolaridad tiene contribución negativa significativa en este estudio, esto se interpreta como a mayor nivel educativo se disminuye la necesidad de utilizar estructuras rígidas en la alimentación, sino la utilización de estrategias más flexibles. Este resultado es similar a los estudios que indican que las madres con mayor nivel educativo desarrollan la habilidad de adaptar enfoques dirigidos al niño preescolar, donde les incluye permitir mayor autonomía en el momento de realizar la elección de sus alimentos (Hughes et al., 2008). La literatura sugiere que a mayor nivel educativo se disminuye la necesidad de utilizar estructuras rígidas en la alimentación, sino la utilización de estrategias más flexibles.

En relación con el objetivo 7. El ingreso económico de los padres es predictor significativo este hallazgo concuerda con investigaciones previas de Drewnowski y Specter (2004); Andreson y Butcher (2006) donde han mostrado que las familias con mayor ingreso económico tienden a tener mejor acceso a alimentos nutritivos y recursos para una alimentación saludable. La literatura previa ha evidenciado que el ingreso económico no solo afecta la calidad de los alimentos sino también al acceso a servicios de salud y educación sobre prácticas de alimentación saludables, así como las disparidades económicas pueden contribuir a diferencias significativas en los hábitos alimenticios, actividad física y con ello impactando directamente el índice de masa corporal infantil (Anderson & Butcher, 2006)

Finalmente, para verificar el objetivo general, determinar el papel mediador de las prácticas de alimentación infantil entre la socialización parental a las emociones negativas del hijo e IMC del preescolar en residentes de la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Se encontró que las prácticas de alimentación infantil: presión para comer, restricción para la salud y restricción para el control de peso tienen un efecto indirecto en las estrategias de socialización parental de no apoyo con el índice de masa corporal. Estos datos son similares con Saltzman et al. (2016a) quienes realizaron análisis de mediaciones con prácticas de alimentación infantil en conjunto con las estrategias de socialización parental en la relación del atracón materno y el índice de masa corporal infantil teniendo como resultados que el uso de estrategias de socialización de no apoyo puso a las madres con atracón materno en riesgo de utilizar prácticas de alimentación infantil coercitivas (regulación de las emociones, comida como recompensa, presión para comer y restricción por la salud).

Hasta el momento solo se ha encontrado que las prácticas de alimentación infantil son mediadoras en conjunto con las estrategias de socialización parental en relación entre el atracón materno y el IMC infantil. Sin embargo, este estudio apoya la evidencia científica que las estrategias de socialización parental de las emociones del hijo pueden abordarse de forma independiente para estimar el riesgo de obesidad en niños más allá de los efectos de las prácticas de alimentación (Saltzman et al., 2016a). Por lo tanto, es importante continuar con la investigación el efecto mediador que tienen las prácticas de alimentación infantil en relación con las estrategias de socialización parental de las emociones e índice de masa corporal.

Conclusiones

Las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo de apoyo son utilizadas por los cuidadores principales, estas estrategias están asociadas a mejores prácticas de alimentación y un mejor manejo del peso en los niños.

En las prácticas de alimentación infantil que los padres emplean son: fomento del balance y la variedad, el monitoreo y la enseñanza sobre la nutrición lo que sugiere que la población tiene una conciencia significativa sobre la importancia de la alimentación saludable y el desarrollo infantil. Se encontró que la escolaridad y la edad influyen directamente en las estrategias de socialización parental de las emociones y prácticas de alimentación infantil. Finalmente se concluye que las prácticas de alimentación infantil tienen un efecto indirecto entre las estrategias de socialización parental de las emociones negativas del hijo y el IMC del preescolar.

Limitaciones y recomendaciones

Las limitaciones del presente estudio fue la falta de participación de los cuidadores, lo cual determino ampliar los tiempos para realizar la recolección de los datos, así como observar que los participantes que realizaban el llenado de los instrumentos son cuidadores que están realmente interesados en la crianza de sus hijos; esto nos limitó a generalizar los datos en la población seleccionada. Realizar el estudio solo en instituciones de sector público.

Se recomienda continuar con la investigación de la socialización parental de las emociones del hijo, prácticas de alimentación infantil con nuevas variables en relación en el ámbito de la alimentación. Ampliar la población en las diversas etapas de la vida. Explorar más a fondo las relaciones causales en diferentes contextos culturales y socioeconómicos. Realizar estudios longitudinales. Fomentar el uso de prácticas de alimentación que apoyen la autonomía, el consumo de balance y variedad a través de intervenciones educativas

También se sugiere continuar con la investigación del papel mediador en prácticas de alimentación y socializaciones parentales de las emociones

Referencias

- Al-Qerem, W.A., Ling, J., & Qader, A.A. (2017). Validation of the comprehensive feeding practice questionnaire among school aged children in Jordan: a factor analysis study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 14(23). <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0478-y>.
- Allen, H.A., Chambers, A., Blissett, J., Chachlacz, M., Barrett, T., Higg, S. & NouWen, A., (2016) Relationship between Parental Feeding Practices and Neural Responses to Food Cues in Adolescents. *PLOS ONE*, 10 1-19
- Anderson, P. M., & Butcher, K. E. (2006). Childhood obesity: trends and potential causes. *The Future of children*, 16(1), 19–45. DOI.org/10.1353/foc.2006.0001
- Ángel-García, J., Flores-Peña, Y., Trejo, O. P., Ávila, A. H., & Gutiérrez, V. J. M. (2020). Metas maternas, prácticas y consumo de alimentos predictores del índice de masa corporal en preescolares. *Enfermería Universitaria*, 17(2), 136-147. Epub 20 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.761>
- Ángel, G.J. (2017). Metas maternas de alimentación, prácticas y consumo de alimentos como predictores del índice de masa corporal del hijo preescolar. (tesis maestría)
- Ángel, G.J., Flores, P. Y., Trujillo, H. P, Ávila, A.H., & Gutiérrez, V. J. (2021). Confirmatory factor analysis of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire in Mexican mothers of preschool children. *Nutrición Hospitalaria*, 8(4), 827-832. <https://doi.org/10.20960/nh.03523>
- Birch, L.L., & Fisher, J.O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3 Pt 2), 539–549.
- Birch, L. L., & Ventura, A. K. (2009). Preventing childhood obesity: What works? *International Journal of Obesity*, 33(S1), S74-S81. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.22>

- Burns, N. & Grove, S.K (2012). Diseño de investigación (5ta. Ed). Investigación en Enfermería, (260-333). España: Elsevier.
- Chaudry, A., & Wimer, C. (2016). Poverty is Not Just an Indicator: The Relationship Between Income, Poverty, and Child Well-Being. *Academic Pediatrics*, 16(3), S23–S29. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.010>
- Conger, R. D., Schofield, T. J., & Nepl, T. K. (2012). Intergenerational Continuity and Discontinuity in Harsh Parenting. *Parenting, science and practice*, 12(2-3), 222–231. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.683360>
- Denham, S. A., Bassett, H. H., & Wyatt, T. (2007). La socialización de la competencia emocional. En J. E. Grusec y P. D. Hastings (Eds.), *Manual de Socialización: Teoría e Investigación*. 2ª ed., pp. 614-637.
- Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(1), 6–16. <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6>
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9, 241-273. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67(5), 2227–2247. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01854.x>
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Bernzweig, J. (1990). Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Description and Scoring. Tempe, AZ: Arizona State University. <https://doi.org/10.1037/t36591-000>
- Fabes, R.A., Poulin, R. E., Eisenberg, N., & Madden-Derdich, D. A. (2002). The Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children's emotional competence. *Marriage & Family Review*,

34(3-4), 285–310. https://doi.org/10.1300/J002v34n03_05

- Fernandes, C., Martins, F., Santos, A. F., Fernandes, M., & Veríssimo, M. (2023). Complementary Feeding Methods: Associations with Feeding and Emotional Responsiveness. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(3), 464. <https://doi.org/10.3390/children10030464>
- Fernandes, C.; Santos, A.F.; Fernandes, M.; Santos, A.J.; Bost, K., & Verissimo, M. (2021) Caregivers' Perceived Emotional and Feeding Responsiveness toward Preschool Children: Associations and Paths of Influence. *Nutrients*, 13,1334. <https://doi.org/10.3390/nu13041334>.
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., & Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent–child emotion narratives. *Sex Roles: A Journal of Research*, 42(3-4), 233–253. <https://doi.org/10.1023/A:1007091207068>
- Frankel, L. A., Hughes, S. O., O'Connor, T. M., Power, T. G., Fisher, J. O., & Hazen, N. L. (2012). Parental Influences on Children's Self-Regulation of Energy Intake: Insights from Developmental Literature on Emotion Regulation. *Journal of Obesity*, 2012, 327259. <https://doi.org/10.1155/2012/327259>.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). 2018. Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10,243-268. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.3.243>
- Grove, S.K. & Gray, J.R. (2019). *Investigación en Enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. (7° ed.). Elsevier.

- Hernández, H. R., Mathiew, Q.J., Díaz S.A., Reyes, T.O., Álvarez, A.N., Villanueva, M.C., Garza, S. D., Hermila, L., & González G. E. (2014). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de Monterrey, Nuevo León *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 42-47.
- Hu, D., Tang, Y., Zheng, L., Min, K., Su, F., Wang, J., Liao, W., Yan, R., Wang, Y., Li, X., & Zhang, J. (2022). How Parenting and Family Characteristics Predict the Use of Feeding Practices among Parents of Preschoolers: A Cross-Sectional Study in Beijing, China. *Nutrients*, 14(15), 3109.
<https://doi.org/10.3390/nu14153109>.
- Hughes, S.O., Shewchuk, R. M., Baskin, M. L., Nicklas, T. A., & Qu, H. (2008). Estilo de alimentación indulgente y el estado de peso de los niños en preescolar. *Revista de pediatría del desarrollo y del comportamiento: JDBP*, 29(5), 403–410. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318182a976>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Educación en Nuevo León*. Recuperado 23 de mayo de <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/información/nl/población/educacion.aspx>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática. (2020). Estadística a propósito del día mundial contra la obesidad (12 de noviembre). Recuperado 1 de septiembre de 2022, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad20.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición continua (ENSANUT) 2022; indicadores para la primera infancia resultados de Nuevo León*. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado 31 de mayo de 2024, de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutnl2022/doctos/informes/NvoLeon22_Ensanut.pdf
- Jansen, P.W., Roza, S. J., Jaddoe, V. W., Mackenbach, J. D., Raat, H., Hofman, A.,

- Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2012). Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 130. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-130>
- Katz, L.F., Maliken, A.C., & Stettler, N.M. (2012). Parental meta-emotion philosophy: A review of research and theoretical framework. *Child Development Perspectives*, 6, 417–422. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00244.x>
- Larsen, J.K, Larsen, J. K., Hermans, R. C., Sleddens, E. F., Engels, R. C., Fisher, J. O., & Kremers, S. P. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? *Appetite*, 89, 246–257. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.012>
- Melis, Y. H., & Selcuk, B. (2018). Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding practices. *Appetite*, 120, 491-499. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.001>
- Melis, Y. H. (2012) Turkish mothers' Coping with children's negative emotions: a Brief report. *Journal Child Family Studies*, 2013(22), 437-443. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9597-x>
- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices *Journal of Pediatric Psychology*, 32(8), 960–972. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>
- Nicklaus, S. (2009). Development of food variety in children. *Appetite*, 52(1), 253-255. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.09.018>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Child growth standards. Recuperado 18 septiembre de 2022, de <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado 29 de agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Prevención de la Obesidad*. Recuperado 1 de septiembre de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- Pérez, L., Vizcarra, M., Hughes, S. O., & Papaioannou, M. A. (2022). Prácticas y estilos de alimentación alimentarias y su relación con el estado ponderal en niños de América Latina y el Caribe. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 19(4), 2027. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042027>
- Reilly, J. J., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity*, 35(7), 891–898. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.222>
- Raley, S., Bianchi, S. M., & Wang, W. (2012). When Do Fathers Care? Mothers' Economic Contribution and Fathers' Involvement in Childcare. *American Journal of Sociology*, 117(5), 1422–1459. <https://doi.org/10.1086/663354>.
- Root, A. K., & Rubin, K. H. (2010). Gender and parents' reactions to children's emotion during the preschool years. *New directions for child and adolescent development*, 2010(128), 51–64. <https://doi.org/10.1002/cd.268>
- Russell, C. G., Haszard, J. J., Taylor, R. W., Heath, A. M., Taylor, B. S., & Campbell, K. J. (2018). Parental feeding practices associated with children's eating and weight: What are parents of toddlers and preschool children doing? *Appetite*, 128, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.05.145>
- Russell, C. G., & Russell, A. (2019). A biopsychosocial approach to processes and pathways in the development of overweight and obesity in childhood: Insights from developmental theory and research. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20(5), 725–749. <https://doi.org/10.1111/obr.12838>
- Rune F. B., Havighurst S. Pons F., & Karevold E. (2020) Pathways to behavior problems in Norwegian kindergarten children: The role of parent emotion

- socialization and child emotion understanding. *Scandinavian Journal of Psychology*. 61(6). 751-762. <https://doi.org/10.1111/sjop.12652>
- Saltzman, J. A., Pineros-Leano, M., Liechty, J. M., Bost, K. K., Fiese, B. H., & STRONG Kids Team (2016a). Eating, feeding, and feeling emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13,89. <https://doi.org/10.1186/s12966016-0415->
- Saltzman, J. A., Liechty, J.M., Bost, K.K., Fiese, H. B., & STRONG Kids Program. (2016b) Parent binge eating and restrictive feeding practices: Indirect effects of parent's responses to child's negative emotion. *Eating Behaviors* 21;150–154. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.02.001>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., Morales-Rúan, M. D. C., Hernández-Ávila, M., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2018). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública de México*, 60(3), 244–253. <https://doi.org/10.21149/8815>
- Shloim, N., Edelson, L. R., Martin, N., & Hetherington, M. M. (2015). Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4–12-Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychology*, 6, Artículo1849. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01849>
- Stone, A. R., Blissett, J., Haycraft, E., & Farrow, C. (2022). Predicting preschool children's emotional eating: The role of parents' emotional eating, feeding practices and child temperament. *Maternal & Child Nutrition*. 18(3).

<https://doi.org/10.1111/mcn.13341>.

Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P., Musher-Eizenman, D. R., O'Connor, T. M., Patrick, H., & Power, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition Reviews*, 74(2), 98–117.

<https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv061>.

Vollmer, R. L., & Baietto, J., (2017) Practices and preferences: Exploring the relationships between food related parenting practices and child food preferences for high fat and/ or sugar foods, fruits, and vegetables. *Appetite*, (113), 141-160.

Yoshikawa, H., Aber, J. L., & Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *The American psychologist*, 67(4), 272–284.

<https://doi.org/10.1037/a0028015>

Apéndices



Apéndice A
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Socialización de las emociones del preescolar, prácticas de alimentación infantil y peso corporal del hijo

Autores/Estudiantes: Lic. Enf. Verónica Soriano Hernández

Director de Tesis/Asesor: Dra. Yolanda Flores Peña

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación para fines científicos y para la acreditación de grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es analizar la relación existente de acciones de alimentación, socialización de las emociones en relación con el peso del niño(a); la información que nos brinde será utilizada en un futuro para desarrollar estrategias o intervenciones para el manejo de la obesidad infantil. El estudio se está realizando en instituciones educativas públicas a nivel preescolar.

Procedimientos:

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

1. **A usted:** le pediremos que firme este consentimiento informado, posterior se le solicitara que conteste de manera más verídica posible 2 cuestionarios dentro del aula del niño (a). El tiempo estimado para responder los cuestionarios es aproximado de 30 minutos y posterior será entregado al investigador al término de su llenado. Usted se encuentra en libertad absoluta de retirar su participación en cualquier momento sin represalias de la institución para usted y su hijo
2. **Al niño(a)** Se le preguntara si acepta ser pesado y medido, si responde si, se le realizarán mediciones, las cuales se llevarán a cabo en horario escolar previamente

asignado y autorizado por el docente responsable del aula. En cada momento se protegerá la privacidad de usted y el niño(a).

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si algunas de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo (a) o afecten su estado emocional, usted, tiene el derecho de no responderla, en caso de que pudiera ser afectado emocionalmente no se dará ningún tipo de compensación. Al realizar la toma de peso y talla, estará acondicionada un aula donde usted puede estar presente u otra persona responsable directamente, para tener un ambiente libre de riesgos y proporcionarle un ambiente seguro al niño, se usarán tapetes antiderrapantes para prevenir el riesgo de caídas, los datos obtenidos del niño se manejaran de manera confidencial y exclusiva del investigador principal, de igual forma se pedirá el apoyo del docente responsable del niño al momento de realizar las mediciones. Si el niño pudiera sentirse incomodo (a) en algún momento de la colaboración, puede retirarse en el momento que así lo desee. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Beneficios: Ni Usted ni el niño(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará contribuyendo para obtener resultados que identifiquen la relación de socializaciones parentales, prácticas de alimentación con peso corporal infantil y así promover acciones que prevengan obesidad infantil.

Explique los compromisos del Investigador: La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el (la) autor(a)

principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y el niño(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la institución educativa.

En caso de que desee contactar al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. En un horario de 9:00 a 16:00 hrs o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigación.faen@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar. **Se deberá firmar el formato por el sujeto o representantes y dos testigos**, se entregará un duplicado de la hoja informativa del consentimiento informado, así como la hoja de firmas.

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

Su firma indica su aceptación para que Usted y el niño(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Firma: _____

Fecha:

Relación con el menor participante _____

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Relación con el participante: _____

Firma del Testigo 2:

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Relación con el participante _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Apéndice B

Cédula de Datos Sociodemográficos del cuidador principal y el preescolar

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

No. De Cuestionario _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Escuela _____ Grado _____ Sección _____

Datos del cuidador (opcional)

Nombre

Apellido (Paterno)

Apellido (Materno)

Usted es:

Padre/madre: ____ Padrastro/Madrastra: ____ Abuelo/a: ____ Tío/a: ____

Otros: _____

Edad en años cumplidos: _____ Lugar de nacimiento: _____

Escolaridad en años: _____ Ocupación actual: _____

Estado Civil: _____

Sexo: Femenino: ____ Masculino: ____

Hermanos del preescolar: _____ El preescolar tiene medios hermanos si () no ()

cuantos: _____ Número de hijo: _____

Ingreso económico promedio familiar mensual

Datos del hijo preescolar

Nombre Apellido (Paterno) Apellido (Materno)

Lugar de nacimiento: _____ Municipio _____ Estado

Edad en años cumplidos: _____ Femenino: ____ Masculino: ____

Padece alguna enfermedad: Si (____) No (____)

Especifique: _____

Apéndice C

Escala de Afrontamiento a las Emociones Negativas de los Niños

Versión en Español para Padres

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Solicitar información al correo:

yolanda.florespe@uanl.edu.mx

soriano181089@hotmail.com

Apéndice D

Cuestionario Integral de Prácticas Parentales de Alimentación Infantil

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Solicitar información al correo:

yolanda.florespe@uanl.edu.mx

soriano181089@hotmail.com

Apéndice E

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Procedimiento para la Medición del Peso en el Preescolar

Equipo

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

- Sólidamente fabricada y durable
- Electrónica (lectura digital)
- Mediciones hasta 150 kg
- Mediciones a una precisión de 0.1 kg (100g)

Medición del peso

Se explica al padre/ madre o cuidador principal las razones de pesar al niño y que el niño deberá pararse en la balanza y permanecer de pie sin moverse. Se debe retirar el exceso de ropa explicando que es necesario que el niño se quite la ropa exterior con el fin de obtener un peso exacto.

Nota: Si en el caso de las niñas tienen trenzas o accesorios en el cabello que interferirán con la medición de la longitud/talla, se deberán quitar antes de la toma del peso para evitar retraso entre la toma de las mediciones.

Se debe asegurar que la báscula se coloque en una superficie plana, sólida y nivelada No debe colocarse sobre una superficie deslizante. Es aceptable colocarla sobre una alfombra firme que esté adherida a la superficie del suelo. Solicitar al padre o madre que le ayude al niño a quitarse los zapatos y la ropa exterior. Explicar al niño que es necesario que permanezca sin moverse en la toma de las mediciones realizar una comunicación con el niño amablemente en una forma que no se asuste.

- Encender la báscula y cuando aparezca la numeración 0.0, la báscula está lista.

- Solicitar al niño que se pare en el centro de la báscula con los pies ligeramente separados (sobre la huella de pies, si es que la báscula ha sido marcada) y que se mantenga sin moverse hasta que el peso aparece en el mostrador.
- Registrar el peso del niño hasta el 0.1 kg. más cercano
- Al momento de realizar la toma se deberá siempre cuidar la privacidad y confiabilidad de los datos obtenidos para evitar divulgación de la misma.
- Solicitar al niño que baje de la báscula y se coloque en los tapetes para colocarse su calzado

Nota: se realizará la limpieza de la báscula, mediante un antiséptico, entre cada participante

Apéndice F

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Procedimiento para la Medición de Talla en el Preescolar

Equipo

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

Medición de talla

Preparase para medir la talla inmediatamente después de la toma de peso. Asegurarse que se le ha quitado al niño los zapatos, medias y los accesorios para el pelo. Durante la medición de la talla, es necesario que la madre/ padre o cuidador principal colabore con la toma de mediciones para mantener al niño este tranquilo y cómodo. Explique a la madre/padre o cuidador principal las razones para la toma de mediciones y los pasos a seguir en el procedimiento de la medición. Responda las preguntas que se pueda tener. Explique y demuéstrele la forma en que puede ayudarle. Explicar que es necesario mantener al niño sin movimientos y calmado para obtener una medición más precisa. Ayude al niño a pararse en la base del estadímetro 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 estadímetro 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, padre o cuidador principal 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 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). Lea las cintas de medición abajo y registre las mediciones hasta el 0.1 cm. más cercano
- Al momento de realizar la toma se deberá siempre cuidar la privacidad y confiabilidad de los datos obtenidos para evitar divulgación de la misma.
- Solicitar al niño que baje del estadímetro y se coloque en los tapetes para colocarse su calzado
- Nota: se realizará la limpieza de la báscula, mediante un antiséptico, entre cada participante

Apéndice G

Cédula de datos antropométricos del preescolar

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E

INVESTIGACIÓN

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____

Percentil: _____

Estado Nutricio: _____

Apéndice H

Resumen de Modelos de mediación Significativos y No Significativos

Efectos directos de las estrategias de socialización parental de apoyo (EAENH_DA) en prácticas de alimentación por constructos (M:) y efectos indirectos de (EAENH_DA) en el IMC a través de las prácticas de alimentación infantil por constructos.

VI EAENH_DA	Efecto directo		Efecto indirecto		Efecto total	
	EAENH_DA – M		EAENH_DA – CIPAI - IMC			
	B (DE)	95% IC	B (DE)	95% IC	B (DE)	95% IC
M: Estructura	.152 (.025)**	.101 - .202	.007(.212)	-.410, .424	.000 (.013)	-.027, .027
M: Control Coercitivo	-.050 (.084)	-.107, .006	.046 (.804)	-.323, .416	-.001(.004)	-.011, .007
M: Autonomía	.191(.032)**	.127, .254	.013(.169)	-.319, .346	.001(.014)	-.029, .027

Nota. VI = variable independiente, M = mediadora, IC = intervalo de confianza. * $p < .005$, ** $p < .001$

Efectos directos de las estrategias de socialización parental de no apoyo (EAENH_DNA) en prácticas de alimentación por constructos (M:) y efectos indirectos de (EAENH_DNA) en el IMC a través de las prácticas de alimentación infantil por constructos

VI EAENH_DNA	Efecto directo		Efecto indirecto		Efecto total	
	EAENH_DNA - M		EAENH_DNA – CIPAI - IMC			
	B (DE)	95% IC	B (DE)	95% IC	B (DE)	95% IC
M: Estructura	.037(.027)	-.016, .091	.005(.204)	-.397, .407	.000(.003)	-.008, .007
M: Control Coercitivo	.219(.027)**	.164, .274	.067(.201)	-.327, .462	.006(.018)	-.032, .040
M: Autonomía	.010(.034)	-.057, .078	.010(.162)	-.309, .329	.000(.002)	-.005, .005

Nota. VI = variable independiente, M = mediadora, IC = intervalo de confianza. * $p < .005$, ** $p < .001$

Efectos directos de las estrategias de socialización parental de apoyo (EAENH_DA) en prácticas de alimentación por subescalas (M:) y efectos indirectos de (EAENH_DA) en el IMC a través de las prácticas de alimentación por subescalas

VI EAENH_DA	Efecto directo		Efecto indirecto		Efecto total	
	EAENH_DA - M		EAENH_DA – CIPAI - IMC			
	B (DE)	95% IC	B (DE)	95% IC	B (DE)	95% IC
M:CH	.102(037)*	.028, .175	.096(.146)	-.190, .384	.004(.006)	-.007, .019
M: RS	-.179(.042)**	-.262, -.096	-.067(.129)	-.322, .186	.005(.010)	-.014, .025
M: BV	.223(.031)**	.162, .285	-.029(.175)	-.373, .315	-.002(.015)	-.035, .029
M: MA	.111(.034)*	.043, .178	-.066(.158)	-.378, .244	-.003(.007)	-.019, .011
M: AR	-.099(.054)	-.205, .006	.037(.101)	-.162, .236	-.001(.006)	-.015, .010
M: IH	.169(.047)**	.075, .262	.023(.115)	-.203, .250	.001(.010)	-.020, .020
M: MO	.191(.045)**	.103, .280	-.133(.121)	-.372, .105	-.011(.011)	-.039, .006
M: M	.240(.037)**	.167, .313	-.094(.147)	-.384, .195	-.010(.017)	-.050, .019
M: P	-.079(.049)	-.175, .016	-.269(.111)	-.488, -.051	.009(.008)	-.008, .027
M: R S	.064(045)	-.023, .153	.245(.120)*	.007, .482	.007(.007)	-.005, .022
M: RP	.005(049)	-.091, .102	.297(.110)*	.080, .514	.007(.008)	-.019, .016
M: EN	.181(.043)**	.096, .266	.009(.126)	-.239, .258	.000(.009)	-.021, .0183

Efectos directos de las estrategias de socialización parental de no apoyo (EAENH_DNA) en prácticas de alimentación por subescalas (M:) y efectos indirectos de (EAENH_DNA) en el IMC a través de las prácticas de alimentación por subescalas

VI EAENH_DNA	Efecto directo		Efecto indirecto		Efecto total	
	EAENH_DNA - IMC		EAENH_DNA – CIPAI - IMC			
	B (DE)	95% IC	B (DE)	95% IC	B (DE)	95% IC
M:CH	.006(.038)	-.069, .082	.093(.145)	-.191, .379	.000(.002)	-.006, .005
M: RS	.216(.042)**	.132, .300	-.061(.130)	-.318, .195	-.005(.011)	-.029, .017
M: BV	-.003(.033)	-.070, .063	-.029(.165)	-.354, .295	.000(.002)	-.005, .005
M: MA	-.035(.035)	-.106, .034	-.068(.156)	-.376, .239	.001(.003)	-.005, .009
M: AR	.361(.052)**	.257, .464	.047(.106)	-.161, .257	.007(.019)	-.030, .044
M: IH	-.032(.049)	-.129, .063	.021(.113)	-.202, .244	-.000(.003)	-.007, .006
M: MO	.062(.046)	-.029, .154	-.128(.119)	-.362, .106	-.003(.004)	-.015, .003
M: M	-.020(.039)	-.098, .057	-.089(.140)	-.366, .187	.000(.003)	-.008, .007
M: P	.220(.049)**	.123, .316	-.276(.113)	-.499, -.053	-.026(.013)	-.056, -.003*
M: R S	.143(.045)*	.053, .233	.252(.122)	.012, .492	.015(.008)	.001, .035*
M: RP	.294(.048)**	.199, .389	.329(.114)*	.104, .555	.041(.018)	.008, .078*
M: EN	.067(.045)	-.021, .155	.009(.124)	-.235, .253	.000(.003)	-.008, .008

Resumen Autobiográfico

Lic. Verónica Soriano Hernández

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: Socialización Parental de las Emociones del Hijo, Prácticas de Alimentación Infantil e Índice de Masa Corporal del Preescolar

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

Biografía: Verónica Soriano Hernández, nacida el 18 de octubre de 1989 en Tampico, Tamaulipas, hija del Sr. Magdaleno Soriano Guerrero (+) y la Sra. Oralia Hernández Hernández (+).

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Tamaulipas con el Grado de Especialidad en cuidados intensivos en la generación 2015- 2016

Licenciatura en Enfermería en la generación 2007- 2011

Becaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) la obtención del Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el período 2022- 2024

Experiencia profesional:

Asistente del servicio de anestesiología en el hospital ángeles en la ciudad de Tampico Tamaulipas 2019- 2022

Licenciada en Enfermería en la Clínica de Oftalmología Centro de Cataratas y Microcirugía Ocular S. C. 2013- 2019

Licenciada en Enfermería de Instituto Integral la Salud Sarabia de Tamaulipas 2012- 2013.

Licencia en Enfermería en el Hospital Dr. Carlos Canseco 2011- 2012

Reconocimientos: Miembro activo de Sigma Theta tau 2023- 2024

Miembro activo de American Heart Association 2016 a 2024