

# UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA LEÓN

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL POR DECRETO  
PRESIDENCIAL DEL 27 DE ABRIL DE 1981.



## **“RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS PADRES CON EL CONSUMO ALIMENTARIO E IMC DE SUS HIJOS PREESCOLARES”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN NUTRICIÓN CLÍNICA**

**PRESENTA**

MÓNICA MARIANA ROJAS DONATO

**ASESORA**

MTRA. LIDIA ARACELI RODRÍGUEZ PÉREZ

LEÓN, GTO

2021

**CONTENIDO**

Resumen ..... i  
Abstract..... ii

**CAPITULO I**

Antecedentes ..... 1  
Justificación ..... 7  
Objetivos ..... 8  
Hipótesis ..... 8

**CAPÍTULO II**

Metodología ..... 9

RESULTADOS .....14

DISCUSIÓN..... 21

CONCLUSIONES ..... 24

RECOMENDACIONES..... 25

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 26

ANEXOS ..... 29

## **TABLAS**

<b>TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....</b>	<b>14</b>
<b>TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE IMC POR GÉNERO.....</b>	<b>14</b>
<b>TABLA 3. CRITERIOS DEL CFQ POR GÉNERO.....</b>	<b>15</b>
<b>TABLA 4. CONSUMO ALIMENTARIO POR GÉNERO.....</b>	<b>16</b>
<b>TABLA 5. RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL CUESTIONARIO CFQ CON EL IMC.....</b>	<b>17</b>
<b>TABLA 6. RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL CUESTIONARIO CFQ CON EL CONSUMO ALIMENTARIO.....</b>	<b>18</b>
<b>TABLA 7. CORRELACIÓN. RELACIÓN ENTRE EL CUESTIONARIO CFQ, CONSUMO DIETÉTICO E IMC DE LOS NIÑOS.....</b>	<b>19</b>

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La alimentación en los preescolares es de suma relevancia ya que en las primeras etapas de la vida es donde se crean los hábitos que perduran en la adultez; en esta etapa de la vida, la alimentación depende totalmente de los padres, por lo que, es importante que los padres conozcan la base de una alimentación adecuada para sus hijos. En el presente trabajo se evalúa la relación entre las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres con el consumo alimentario e IMC de sus hijos. **OBJETIVO:** Evaluar si existe relación entre las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres con el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares. **METODOLOGÍA:** Se aplicó un cuestionario de evaluación infantil a los padres de 65 niños preescolares, acerca de la frecuencia y consumo de alimentos, se les realizaron preguntas acerca del comportamiento y las ideas que tienen acerca de la alimentación de sus hijos, además, se les tomaron las medidas de talla y peso, para así evaluar el IMC de los niños e identificar qué estado nutricional tienen. **RESULTADOS:** Alguno de los resultados más sobresalientes es que el consumo de energía total no tiene relación con el género de los niños; sin embargo, sí existe diferencia entre la clasificación de energía (deficiente, normal y excesivo) con el género de los preescolares. En los resultados de consumo de proteína, lípidos e hidratos de carbono total en gramos, no existe diferencia significativa. En relación con el consumo dietético, no existe diferencia significativa entre el diagnóstico de consumo (adecuado e inadecuado) y el género de los niños. Finalmente, lo que, si tuvo diferencia significativa-y que es importante mencionar, es que la autopercepción que tienen los padres sobre su propio peso influye en el IMC de sus hijos. **CONCLUSIONES:** Se puede concluir que algunas creencias, prácticas y actitudes de los padres tienen relación con el IMC y el consumo alimentario de los hijos, como lo es la autopercepción que tienen los padres sobre su propio peso con el IMC de sus hijos. Dicha información ayuda para enfocar la atención de las consultas de nutrición infantil, hacia los padres, que haya una mayor educación acerca de la nutrición y la percepción de lo que es una adecuada o inadecuada alimentación, y así los niños logren un adecuado estado nutricional.

Palabras clave: niños preescolares, padres, alimentación, actitudes, creencias IMC

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The feeding in preschoolers is of great relevance since in the first stages of the life it is where the habits that last in adulthood are created; In this stage of life, food depends entirely on the parents, so it is important that parents know the basis of an adequate diet for their children. In the present work, the relationship between the attitudes, beliefs and eating practices of parents with the food consumption and BMI of their children is evaluated.

**OBJECTIVE:** To assess whether there is a relationship between the attitudes, beliefs and eating practices of parents with the food consumption and BMI of their preschool children.

**METHODOLOGY:** A child evaluation questionnaire was applied to the parents of 65 preschool children, about the frequency and consumption of food, they were asked questions about the behavior and ideas they have about the feeding of their children, in addition they were taken height and weight measurements, in order to evaluate children's BMI and identify their nutritional status.

**RESULTS:** Some of the most outstanding results is that the total energy consumption is not related to the gender of the children, however, there is a difference between the energy classification (deficient, normal and excessive) with the gender of the preschoolers. In the results of consumption of protein, lipids and total carbohydrates in grams, there is no significant difference. In relation to dietary intake, there is no significant difference between the diagnosis of consumption (adequate and inappropriate) and the gender of the children. Finally, what, if it had a significant difference, and that is important to mention, is that the self-perception that parents have about their own weight influences their children's BMI.

**CONCLUSIONS:** It can be concluded that some beliefs, practices and attitudes of parents are related to the BMI and food consumption of their children, such as the self-perception that parents have about their own weight with the BMI of their children. This information helps to focus the attention of the child nutrition consultations, towards the parents, that there is a greater education about nutrition and the perception of what is an adequate or inadequate diet, and thus the children achieve an adequate nutritional state.

Keywords: preschool children, parents, diet, attitudes, beliefs, BMI



Esta obra está bajo una licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported (CC BY-NC-SA 3.0) de Creative Commons.

## CAPÍTULO I

### ANTECEDENTES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2016 había 41 millones de niños de 0 a 5 años con sobrepeso u obesidad; si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025.<sup>1</sup>

Los niños en edad preescolar (de 2 a 6 años) requieren alimentos saludables y colaciones entre comidas que sean nutritivas, ya que tienen un crecimiento continuo, pero lento y normalmente comen de cuatro a cinco veces al día. Durante este periodo se definen varios hábitos alimentarios, y la familia, los amigos y los medios de comunicación influyen en la elección de los alimentos. En la etapa preescolar, están a menudo más dispuestos a comer una variedad más amplia de alimentos que sus hermanos menores. En un estudio realizado en México, se demostró que a pesar de que los tutores no poseen un buen conocimiento acerca de una adecuada alimentación, muestran interés en elaborar comidas saludables, con los recursos que tienen a su alcance. Por lo que, a la hora de evaluar los hábitos alimentarios de los niños, es importante tomar en cuenta el interés que tienen sus padres para mejorarlos o aprender acerca de una adecuada alimentación.<sup>2</sup>

Los objetivos de la alimentación del niño en edad preescolar y escolar son asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados, teniendo en cuenta su actividad física y promover hábitos alimentarios saludables para prevenir enfermedades nutricionales a corto y largo plazo.

Es importante mantener una dieta equilibrada, insistir en que todos los alimentos son necesarios y evitar las chucherías y la bollería industrial. Una malnutrición, ya sea por escaso aporte o por aumento de necesidades, puede suponer un pobre crecimiento del niño.

Tanto el papel de los padres como la influencia de los educadores, de otros niños y de los comedores escolares, van a tener un papel decisivo en la adquisición de hábitos de alimentación saludables.<sup>3</sup>

Lograr una introducción óptima de los alimentos, posterior al período a la lactancia materna, tiene un impacto significativo para el desarrollo de hábitos de alimentación saludable a corto y largo plazo. Sin embargo, los padres no cuentan con recomendaciones que les permitan prevenir los problemas de alimentación, fortalecer habilidades para afrontarlas y solicitar ayuda para abordarlos. Las guías de alimentación basadas en la evidencia son instrumentos

indispensables para el diseño de programas con los que se pretende alcanzar y mantener una nutrición y una salud adecuadas .<sup>4</sup>

La edad preescolar se caracteriza por ser una etapa en la que se adquieren los hábitos que van a definir el estilo de vida del futuro adulto, por lo que es pertinente implementar en esta etapa, cualquier acción que permita un crecimiento y desarrollo normal. Algún cambio desfavorable en el estilo de vida del niño comprometerá su formación biológica, que de una u otra forma afectará su estado nutricional y por ende su salud actual y futura.<sup>5</sup>

De acuerdo a todo lo anterior, los padres no solo crean entornos alimentarios para las primeras experiencias de los niños con la comida y la alimentación, sino que también influyen en la alimentación de sus hijos al modelar sus propios comportamientos alimentarios, preferencias de sabor y elecciones de alimentos.<sup>6</sup> En un estudio realizado por estudiantes de medicina de la Universidad de Loja realizado en Centros Infantiles municipales, con una muestra de 101 padres de familia con hijos de 1-3 años, el 70% de los padres presentó un conocimiento inadecuado sobre alimentación saludable y tan solo un 30% presentaron un adecuado conocimiento, y el 61% de los padres de familia presentan un hábito nutricional inapropiado que se está fomentando en sus hijos mientras que un 39% el hábito nutricional es apropiado.<sup>7</sup>

En la teoría de sistemas ecológicos (EST) se destaca la importancia de considerar el contexto o nicho ecológico, en el que se encuentra una persona para comprender el surgimiento de una característica particular. En el caso de un niño, el nicho ecológico incluye a la familia y la escuela, que a su vez están integradas en contextos sociales más amplios, que incluyen la comunidad y la sociedad en general. Por eso es importante que los que integran el nicho ecológico de los niños, tengan buenas prácticas de nutrición, para que así los niños tengan mejores hábitos alimentarios desde pequeños y crezcan con ellos.<sup>8</sup>

Existe un creciente acuerdo entre los expertos en que un entorno obesogénico, que fomenta la ingesta excesiva de alimentos e idealiza la delgadez, juega un papel crucial en la epidemia de obesidad infantil y trastornos alimentarios. Dado que los padres proporcionan el entorno contextual del niño, deben ser considerados actores clave en las intervenciones destinadas a prevenir o tratar los problemas relacionados con el peso. El estilo de crianza y el estilo de alimentación son factores cruciales para fomentar un estilo de vida saludable y la conciencia de las señales internas de hambre y saciedad y restar importancia a la delgadez. Las intervenciones efectivas para la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con el peso deben abordarse desde una perspectiva centrada en la salud en lugar de una

perspectiva centrada en el peso, con los padres como agentes centrales del cambio. Este artículo revisa los factores de riesgo ambientales y de los padres.<sup>9</sup>

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, mundialmente conocida como FAO; gran parte de las causas de una nutrición inadecuada son actitudes y prácticas que una buena educación alimentaria puede modificar.<sup>10</sup>

Por lo tanto, es importante que exista una educación nutricional, ya que se considera que la educación nutricional actualmente es un catalizador esencial de la repercusión de la nutrición. Las intervenciones que promueven las prácticas de alimentación dentro de un contexto de un clima emocional apropiado para el desarrollo del niño donde se responde en forma rápida y con sensibilidad aumentan la probabilidad de una interacción responsiva. Es muy importante que los programas nutricionales incorporen los conceptos relacionados con las prácticas y estilos de alimentación, además de los contenidos nutricionales, donde la promoción de una alimentación responsiva, van a permitir una alimentación saludable y evitar la ocurrencia de la desnutrición, sobrepeso y obesidad.<sup>11</sup>

La valoración nutricional representa uno de los pilares más importantes en el paciente pediátrico, tanto para aquel niño que es visto en forma ambulatoria para detectar en forma temprana aquellos casos que tienen riesgos de desnutrición y así tomar conductas de prevención, como para aquel paciente que se ingresa en una institución hospitalaria con el fin de hacer una evaluación en forma completa e integral de su estado de salud y enfermedad y evaluar la respuesta al tratamiento empleado de acuerdo a su patología de base.<sup>12</sup>

Es importante mencionar que se han realizado algunos esfuerzos en implementar programas nutricionales, basados en la promoción y educación para la salud, uno de ellos el Programa de Acción Específico 2007 – 2012 Escuela y Salud, consiste en un programa aplicado por parte de los profesores a través de los temas curriculares en las instituciones escolares de nivel básico y responde a una estrategia integral que identifica varios determinantes de salud, algunos de ellos son la alimentación correcta y la actividad física. En este sentido su objetivo reside en impulsar conocimientos en materia de alimentación para generar hábitos y cambios en los niños para disminuir el incremento de la obesidad.<sup>13</sup>

En un estudio se utilizó la primera ola de datos transversales del estudio longitudinal Family Matters para examinar las relaciones entre la percepción de los padres sobre el estado del peso del niño, la preocupación de los padres por el peso actual y futuro del niño y el uso por parte de los padres de diferentes tipos de prácticas relacionadas con los alimentos. Las díadas

padres / hijo (n = 150) se reclutaron en las clínicas de atención primaria. Se ajustaron modelos de regresión múltiple para examinar las relaciones transversales entre la percepción de los padres y la preocupación por el peso de su hijo y las prácticas de crianza relacionadas con los alimentos (restricción de alimentos, presión para comer, control de alimentos, monitoreo de alimentos, educación nutricional y modelos de padres). Los padres que percibían que su hijo tenía bajo peso tenían puntuaciones más bajas en la restricción de alimentos que los padres que percibían que su hijo tenía sobrepeso. Los padres que informaron estar preocupados por el peso actual de sus hijos informaron puntuaciones más altas en la restricción y el control de alimentos que los padres que no estaban preocupados en ese momento. Los padres que informaron estar preocupados por el estado de peso futuro de sus hijos informaron puntuaciones más altas en la presión para comer y el control que los padres que no estaban preocupados en absoluto por el estado de peso futuro de sus hijos. La relación entre la percepción de los padres sobre el peso actual del niño y el uso por parte de los padres de la restricción de alimentos, la presión para comer y el control general de los alimentos fue modificada por el sexo del niño. En general, los resultados sugieren que las percepciones y preocupaciones sobre el estado de peso actual y futuro de su hijo se correlacionaron con sus enfoques de alimentación. Es posible que los proveedores de atención médica quieran considerar brindar orientación anticipada a los padres que tienen preocupaciones sobre el peso de sus hijos enseñándoles formas positivas basadas en la evidencia en las que pueden participar en prácticas parentales relacionadas con alimentos saludables, y así mejorar los hábitos desde antes de tener un problema nutricional.<sup>14</sup>

En la edad preescolar, como ya lo mencionamos anteriormente, los padres ocupan un rol importante en la alimentación del niño, por lo que, para evaluar las actitudes, características y creencias de alimentación, el Cuestionario de Alimentación Infantil (Child Feeding Questionnaire CFQ) diseñado por Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, & Sawyer en el 2001, consta de 33 ítems, diseñado para evaluar las actitudes, creencias y prácticas parentales hacia la alimentación infantil basados en siete constructos que se pueden categorizar en dos grandes grupos: percepciones y preocupación relacionados con la alimentación, así como la tendencia a controlar la alimentación de los niños, que se agrupan en cuatro factores:<sup>15</sup>

- Preocupación por el peso del niño (P): que evalúa la preocupación de los padres acerca del riesgo de su niño de tener sobrepeso.
- Peso percibido del niño (PPN) evalúan la percepción de los padres sobre el estado actual y la historia de peso de sus hijos.

- Peso percibido de los Padres, en población mexicana se le denomina Peso percibido de la madre (PPM) ya que ellas son las principales encargadas de la alimentación infantil: evalúan la percepción de las madres sobre su propia historia de peso
- Responsabilidad Percibida (RP), mide que tan responsables se perciben los padres de la alimentación de sus hijos(as).<sup>15</sup>

Navarro y Reyes, realizaron un estudio para evaluar la confiabilidad y validez de constructo de la versión modificada del CFQ en población mexicana. Previo a la evaluación de las características psicométricas, la escala fue traducida al español, usando el método de traducción, a partir del cual se hicieron modificaciones a algunos ítems, para hacerlos culturalmente adecuados.<sup>16</sup>

En la validación de la versión modificada del CFQ en población mexicana, participaron un total de 1157 mujeres con hijos de 5 a 12 años; se obtuvo una confiabilidad a través del coeficiente alpha de Cronbach de 0.858. Se confirmó la validez de constructo, a través del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, del cual se obtuvieron ocho factores que explican 59.99% de varianza. Se obtuvo un KMO de .785 y una Chi-cuadrada de 6400.172,  $p < .001$ . Esta versión mostro ser lingüística, cultural y psicoméricamente apropiada para evaluar las prácticas, creencias y actitudes parentales hacia la alimentación infantil en madres mexicanas.<sup>16</sup>

También se revisó el papel de la familia, la publicidad en los medios y la influencia de la escuela en los hábitos alimentarios de los niños. La exposición de los niños a estos factores conductuales ha modificado los patrones de consumo, lo que ha provocado un aumento de la prevalencia de la obesidad. Esto subraya la importancia de la educación para la salud como herramienta preventiva y promocional en el cambio de comportamientos relacionados con la adopción de hábitos alimentarios saludables, enfatizando el desarrollo de programas nutricionales aplicados en las escuelas con la cooperación de padres y docentes para modificar conductas no saludables y adquirir estilos de vida saludables.<sup>17</sup>

Ahora, para evaluar el estado nutricional en niños menores de 5 años los índices peso/edad (P/E), talla/edad (T/E) y peso/talla (P/T), han sido de gran ayuda y en los últimos años se ha manejado adicionalmente el índice de masa corporal ( $IMC = \text{peso [kg]}/\text{talla}^2$ ). El índice P/E se ha utilizado para identificar bajo peso para una edad determinada y permite hacer el diagnóstico de la desnutrición cuando existe un déficit mayor al 10%, T/E para identificar niños con baja talla o desmedro, mientras que el P/T permite determinar la desnutrición aguda. Sin embargo, no se debe olvidar que P/E, P/T y T/E es un índice global que no permite diferenciar

la masa grasa de la masa magra, por tanto, no es una medida precisa de adiposidad a nivel individual. Actualmente el IMC, es uno de los indicadores más utilizados para caracterizar el estado nutricional en niños y adolescentes, y ha sido empleado tanto en estudios epidemiológicos como clínicos.<sup>18</sup>

Como se mencionaba, los hábitos alimentarios son la práctica de la ingesta de una dieta saludable en la infancia, mediante los cuales se debe llevar una educación para lograr estos hábitos como: la disminución de la ingesta de grasas y azúcares no saludables, el fomento del consumo de frutas y verduras, la realización de cinco comidas diarias con desayuno adecuado, el reforzamiento del consumo de alimentos importantes, la implementación de horarios regulares de comidas, el ofrecimiento de variedades de alimentos, el ofrecimiento de raciones proporcionadas a las necesidades y el darle ejemplo realizando una dieta saludable.<sup>19</sup>

Dentro de los objetivos de la Pediatría, el mantenimiento de un estado de salud óptimo y la prevención de enfermedades no sólo infantiles, sino su repercusión en la vida adulta es de crucial importancia. En este sentido, el conocimiento de unas correctas normas nutricionales por parte del pediatra debe ser un eslabón principal en la consulta diaria, que además debe promover estos conocimientos a la familia y a los educadores, que son a la postre los que ofrecen los diferentes alimentos a los niños.<sup>19</sup> Estudios realizados en Perú, por parte de nutricionistas, en niños preescolares del distrito de Belén donde se tomó una muestra de 84 niños, de 1 a 3 años, que acudieron al centro de salud de la localidad, indican que de las madres evaluadas el 67% presentó un nivel de conocimiento de medio a bajo sobre alimentación saludable. En cuanto a las prácticas que realizan de sus hijos se encuentra que el 76.7%, tienen prácticas inadecuadas y 23.3% adecuadas.<sup>20</sup>

Estudios realizados en preescolares, han detectado un consumo de energía superior a sus necesidades, y que provienen especialmente del consumo de alimentos con un elevado contenido de colesterol, grasas saturadas, sacarosa y sodio, así como una tendencia creciente al consumo de alimentos procesados industrialmente en sustitución de los naturales.<sup>21</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

En el país el porcentaje de niños que presentan tanto desnutrición como sobrepeso u obesidad cada vez va en aumento, esto implica que en la vida adulta se genere una epidemia de enfermedades que van relacionadas a una inadecuada alimentación.

Los padres son los responsables de la alimentación de los niños por lo que surge la duda si los papás conocen las actitudes, creencias y prácticas de alimentación adecuadas, y cómo es el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares.

En el Colegio San Marcos Montessori se ha observado que algunos alumnos de edad preescolar tienen hábitos alimentarios no saludables y cierta alteración del estado nutricional, por lo que se cree que es conveniente conocer las actitudes, creencias, prácticas de los padres, con respecto a la alimentación de los niños.

Con dicha información se observarán las creencias y prácticas en la alimentación de los niños y su estado nutricional. Es necesario que se evalúe en conjunto padres y niños, para así tener una perspectiva más amplia de cómo funciona la dinámica de alimentación en la familia; y observar si los padres que tienen mejores actitudes, creencias y prácticas de alimentación, tienen hijos mejor alimentados. A partir de esto, se puede implementar en el Colegio un programa de educación hacia padres y alumnos acerca de nutrición.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Evaluar si existe relación entre las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres y el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares.

### Objetivos específicos:

- Determinar las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres mediante el cuestionario de alimentación infantil (CFQ).
- Evaluar el consumo alimentario de los niños preescolares mediante recordatorio de 24 horas de pasos múltiples.
- Evaluar el IMC de niños preescolares.
- Evaluar si existe relación entre las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres y el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares.
- Evaluar el consumo de energía según el género de los preescolares.

## HIPÓTESIS

- **Alternativa:** existe relación entre las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres y el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares.
- **Nula:** no existe relación entre las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres y el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares.

## CAPITULO II

### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, de relación, transversal y prospectivo, a los padres de familia de 65 alumnos preescolares de 3 a 7 años de edad del Colegio San Marcos Montessori en León, Guanajuato. El cálculo de tamaño de la muestra se realizó con base en el estudio de Silva y colaboradores<sup>22</sup> que evalúa las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres de niños preescolares y su estado nutricional, el cual refiere una correlación de Sperrman de 0.229; dadas las características de la población se usaría un coeficiente de correlación de 0.3, aceptando un riesgo alfa de 0.05, un riesgo beta de 0.2 y una estimación de tasa de pérdidas de seguimiento del 20%, el tamaño de la muestra fue de 85 sujetos a estudiar.

Los criterios de inclusión fueron todos los padres de familia que sepan leer y escribir, que tengan hijos y/o hijas preescolares de 3-7 años en el Colegio San Marcos Montessori y niños que estén en el área de preescolar e inscritos al Colegio San Marcos Montessori; los de no inclusión: niños con DM1, cardiopatía congénita, leucemia, o cualquier otro tipo de cáncer, con alergias o intolerancias. No hubo criterios de exclusión, ya que el estudio es transversal.

Para la realización del estudio, se dio a conocer a las autoridades de la escuela los objetivos del estudio y se solicitó el permiso de realizarlo (Anexo A), una vez que se obtuvo el permiso, se habló con los profesores para darles a conocer los objetivos y colaborar en la realización de este. A los padres, en una junta de padres de familia se les dio a conocer el estudio y sus objetivos, a los que aceptaron se les pidió que lo hicieran mediante un consentimiento informado (Anexo B), el cual tuvieron que firmar. Y a los padres que no acudieron se les envió la explicación del estudio y el consentimiento informado, para que lo firmaran en caso de aceptar que su hijo participara.

En otra junta, con los padres que aceptaron participar, se les dio El CFQ (Anexo C), una ficha de identificación (ANEXO D) para obtener la información general de los niños y un recordatorio de 24 horas de pasos múltiples (ANEXO E) de un día habitual; se dio a conocer las características de cada uno y como se debía de responder; la LNCA estuvo al pendiente de los padres con respecto a preguntas o dudas para responderlo. Una vez terminada la aplicación de todos los instrumentos, se verificó que todas las preguntas de cada uno estuvieran contestadas. Para la aplicación del R24H, la LNCA se apoyó con tazas y cucharas

medidoras, posteriormente llenó la base de datos para determinar si la dieta es suficiente en kilocalorías para el niño de acuerdo con su edad y en macro nutrimentos. Los recordatorios se analizaron con el software Nutrikal®. <sup>23</sup>

Los pasos que se siguieron para el recordatorio de 24 horas fueron: <sup>24</sup>

1. Registro del nombre del encuestado, su n° de identificación (en el caso de encuestas realizadas en un gran n° de sujetos).
2. Registro del nombre del encuestador.
3. Día de la semana en que fue realizada la encuesta, así como la fecha.
4. 1ª columna de la encuesta: se registra la Hora en que fue realizado cada tiempo de comida. Actualmente, por los cambios observados en los hábitos de consumo de la población, no es recomendable relacionar la hora con el tiempo de comida (desayuno, colación, etc), ya que estos varían entre cada individuo.
5. 2ª columna: deberá ser registrada la preparación consumida. Ejemplo: Té con azúcar, pan con mantequilla.... Además, deben ser registrados alimentos individuales consumidos. Ejemplo: manzana, yogurt, etc.
6. 3ª columna: son registrados en detalles TODOS los alimentos utilizados en cada preparación señalada en la 2ª columna. Se debe tener especial cuidado en el registro de alimentos utilizados en pequeñas cantidades, como es el caso de las hierbas, especias y aliños. El registro de los detalles dependerá exclusivamente de los objetivos de la aplicación del método.
7. 4ª columna: en esta columna son registradas las cantidades en medidas caseras o en porciones de la pirámide) que corresponden a cada alimento ingresado en la 3ª columna. En el caso de las preparaciones, cuando no es posible estimar en detalles la cantidad consumida/individuo de un determinado ingrediente, considerar la cantidad del ingrediente para toda la preparación. Posteriormente preguntar para cuantas personas fue preparada (cuantos sujetos consumieron la preparación) y dividir por la cantidad del ingrediente utilizado.
8. 5ª columna: con la utilización de tablas de porciones, se procede a la transformación de las medidas caseras registradas en los gramos/cc correspondientes.
9. 6ª columna: en esta columna deberán ser registrados TODOS los detalles pertinentes a la correcta identificación del alimento registrado en la 3ª columna. Ejemplo: leche DESCREMADA, pollo CON PIEL, pan marraqueta SIN MIGA, margarina LIGHT, etc. <sup>24</sup>

La clasificación de energía tuvo como base la siguiente tabla (Tabla 1), para así poder determinar de la clasificación del consumo de energía. El consumo y clasificación de hidratos de carbono hidratos de carbono (g), lípidos (g) y proteínas (g), se realizó mediante Nutrikal.<sup>23</sup>

Edad (años)	Niños (kcal/día)	Niñas (kcal/día)
1-2	1200	1140
2-3	1410	1310
3-4	1560	1440
4-5	1690	1540
5-6	1810	1630
6-7	1900	1700
7-8	1990	1770
8-9	2070	1830
9-10	2150	1880

TABLA1.- TABLA DE NECESIDAD DE KILOCALORÍAS POR DÍA EN NIÑOS.<sup>25</sup>

La variable de las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres se evaluó con el cuestionario de evaluación infantil (CFQ) desarrollado por Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, y Sawyer (2001)<sup>15</sup> y validado en población mexicana por Navarro y Reyes.<sup>16</sup> El CFQ se evaluó utilizando los 7 apartados, mediante el puntaje de la escala de Likert. Los elementos que evaluó son: creencias de los padres en relación con el riesgo de obesidad del niño, prácticas de control parental y actitudes con respecto a la alimentación del niño. Se hizo de acuerdo con los siguientes criterios:

Apartado	Escala de evaluación
Responsabilidad percibida	Se medirá con una subescala de 3 ítems, tiene una clasificación de respuesta de 1 (bajos sentimientos de responsabilidad) a 5 (sentimientos de alta responsabilidad).
Autopercepción del peso percibido del padre	Se medirá con una subescala de 4 ítems, las puntuaciones van de 1 (considerablemente bajo peso) a 5 (considerablemente excedido de peso).
Percepción del peso del hijo	Se medirá con una subescala de 6 ítems. Las puntuaciones oscilan entre 1 (considerablemente bajo en peso) a 5 (considerablemente excedido en peso).

Preocupación de los padres sobre el peso del hijo	Se medirá en una subescala de tres ítems que evalúa las preocupaciones de los padres sobre el riesgo del niño de tener sobrepeso. Las puntuaciones van de 1 (indiferente) a 5 (muy preocupado).
Restricción	Se medirá con una subescala de 8 ítems que evalúa la manera en que los padres restringen el acceso a los alimentos con alto aporte de azúcar simple y grasa, a sus hijos. La puntuación va de 1 (baja presión) a 5 (restricción fuerte).
Presión para comer	Se medirá con una subescala de 4 ítems que evalúa la presión que ejercen los padres sobre sus hijos para comer. Las puntuaciones van de 1 (baja presión) a 5 (alta presión).
Monitoreo	Se medirá con una subescala de 3 ítems que evalúa la medida en que los padres supervisan el consumo de dulces y alimentos altos en grasa. Las puntuaciones van de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Días después que los padres entregaron todos los instrumentos, la LNCA realizó las mediciones antropométricas en la escuela en un salón que se encontraba vacío; ahí se midió la talla con un estadímetro de la marca Seca® y se puso a los niños en plano horizontal de Frankfort. El peso se tomó en una báscula marca Omron® HB-F514 con capacidad máxima de 150 kilogramos y una precisión de 100 gramos; se pidió que los niños se quitaran sus zapatos y chamarras para una mayor precisión del peso, los niños se subieron a la báscula erguidos, con la vista al frente, sin moverse y los brazos a los lados.

Posteriormente, se llenaron los datos de identificación del grupo de estudio con su nombre, edad, fecha de nacimiento, nombre del padre o tutor, grado y grupo escolar, peso registrado en kg y la talla en metros, siendo el mismo procedimiento para cada niño. (Anexo D)

La relación entre las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres y el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares se evaluó con coeficiente de relación Pearson para distribución normal, y Spearman para distribución anormal; para los resultados y datos cuantitativos, se utilizó una prueba de t-student y para evaluar los resultados cualitativos se utilizó la prueba de chi cuadrada ( $\chi^2$ ). Y se empleó una diferencia significativa de p-valor < 0.05. Para todas las pruebas estadísticas se utilizó Statgraphics<sup>26</sup>.

El estudio tuvo un riesgo mínimo basándose en el Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud<sup>27</sup>. El estudio se hizo bajo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki<sup>28</sup>, siempre respetando la confidencialidad y autonomía del paciente.

El estudio está basado en la NOM-012-SSA3-2012, la cual menciona los criterios para la realización de proyectos de investigación de la salud en seres humanos <sup>29</sup> y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud<sup>30</sup>.

## RESULTADOS

Se evaluaron 65 niños y niñas preescolares entre 3 y 7 años, la recolección de datos se hizo de diciembre 2019 a marzo 2020. La muestra contaba con 40 niños (61.5%) y 25 niñas (38.4%),

Se observó que no existe una diferencia significativa entre la edad, peso, IMC y grado escolar según el género de los preescolares. En la tabla 1 se muestran las variables.

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

<b>n=65</b>	<b>Niños (X ± DE)</b>	<b>Niñas (X ± DE)</b>	<b>P valor</b>
Edad (años)	5.2+1.2	5.6 + 1.1	0.229
Peso (kg)	19.6 + 4.6	19.6 + 4.2	0.984
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	16.0 + 2.1	15.74 + 2.1	0.597
Grado escolar	2.8 + 1.1	3.2 + 1.0	0.154

*Datos presentados en X±DE. T de student para muestras independientes.*

*Donde IMC es índice de Masa Corporal*

En la tabla 2 se presenta la clasificación del estado nutricional por IMC y si dicha clasificación tiene una relación con el género de los preescolares; se observa un P valor de 0.646, por lo que no existe una diferencia significativa entre los diagnósticos de IMC y el género de los niños.

**TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE IMC POR GÉNERO.**

<b>N = 65</b>	<b>niños n (%)</b>	<b>niñas n (%)</b>	<b>total n (%)</b>	<b>P valor</b>
<b>Bajo Peso</b>	6 (15%)	7 (28%)	13 (20%)	0.646
<b>Normal</b>	25 (62.5%)	13 (52%)	38 (58.5%)	
<b>Sobrepeso</b>	4 (10%)	2 (9.2%)	6 (9.2%)	
<b>Obesidad</b>	5 (12.5%)	3 (12%)	8 (12.3%)	
<b>Total</b>	40 (100%)	25 (100%)	65 (100%)	

*Datos presentados en frecuencia (porcentajes). Prueba Chi cuadrada.*

El cuestionario CFQ<sup>15</sup> que se aplicó a los padres, daba 5 calificaciones para cada variable que se preguntaba; en la tabla 3 se presentan dichas calificaciones y las variables que se preguntaron y se dividieron por género de los niños.

La responsabilidad percibida que tienen los padres acerca de lo que comen sus hijos, fue uno de los ítems a evaluar y se dividió por género. Los resultados fueron que no existen diferencias significativas entre niños y niñas.

Los resultados de la Tabla 3 presentan que, entre la autopercepción del peso de los padres, la percepción del peso del hijo, la preocupación de los padres sobre el peso del hijo, la restricción que tienen los niños para comer, la presión de comer de los padres hacia los hijos y el monitoreo que tienen sobre lo que comen sus hijos, y el género de sus hijos preescolares, no hay diferencia significativa.

**TABLA 3. CRITERIOS DEL CFQ POR GÉNERO**

n = 65	Niños n (%)	Niñas n (%)	Total n (%)	P valor
<b>Responsabilidad percibida</b>				
- <b>Muy bajo</b>	5 (83.3%)	1 (16.7%)	6 (100%)	0.632
- <b>Bajo</b>	6 (54.5%)	5 (45.5%)	11 (100%)	
- <b>Normal</b>	10 (66.7%)	5 (33.3%)	15 (100%)	
- <b>Alto</b>	11 (64.7%)	6 (35.3%)	17 (100%)	
- <b>Muy alto</b>	8 (50%)	8 (50%)	16 (100%)	
<b>Autopercepción del peso</b>			<b>65 (100%)</b>	
- <b>Muy bajo</b>	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	0.536
- <b>Bajo</b>	9 (64.3%)	5 (35.7%)	14 (100%)	
- <b>Normal</b>	12 (57.1%)	9 (42.9%)	21 (100%)	
- <b>Alto</b>	15 (71.4)	6 (28.6%)	21 (100%)	
- <b>Muy alto</b>	4 (50%)	4 (50%)	8 (100%)	
<b>Percepción del peso del hijo</b>			<b>65 (100%)</b>	
- <b>Muy bajo</b>	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)	0.654
- <b>Bajo</b>	9 (69.2%)	4 (30.8%)	13 (100%)	
- <b>Normal</b>	23 (59%)	16 (41%)	39 (100%)	
- <b>Alto</b>	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)	
- <b>Muy alto</b>	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
<b>Preocupación sobre el peso del hijo</b>			<b>65 (100%)</b>	
- <b>Muy bajo</b>	3 (75%)	1 (25%)	4 (100%)	0.294
- <b>Bajo</b>	10 (76.9%)	3 (23.1%)	13 (100%)	
- <b>Normal</b>	9 (47.4%)	10 (52.6%)	19 (100%)	
- <b>Alto</b>	14 (70%)	6 (30%)	20 (100%)	
- <b>Muy alto</b>	4 (44.4%)	5 (55.6%)	9 (100%)	
<b>Restricción</b>			<b>65 (100%)</b>	
- <b>Muy bajo</b>	10 (58.8%)	7 (41.2%)	17 (100%)	0.456
- <b>Bajo</b>	12 (63.2%)	7 (36.8%)	19 (100%)	
- <b>Normal</b>	11 (64.7%)	6 (35.3%)	17 (100%)	
- <b>Alto</b>	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)	
- <b>Muy alto</b>	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)	
<b>Presión para comer</b>			<b>65 (100%)</b>	
- <b>Muy bajo</b>	12 (63.2%)	7 (36.8%)	19 (100%)	0.806
- <b>Bajo</b>	7 (53.8%)	6 (46.2%)	13 (100%)	
- <b>Normal</b>	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)	
- <b>Alto</b>	9 (60%)	6 (40%)	15(100%)	
- <b>Muy alto</b>	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)	

*Datos presentados en frecuencia (porcentajes). Prueba Chi cuadrada.*

En la tabla 4, se muestra el consumo alimentario dividida por género.

**TABLA 4. CONSUMO ALIMENTARIO POR GÉNERO***Datos presentados en frecuencia (porcentajes). Prueba Chi cuadrada.*

Consumo alimentario	Total (n)	Niños (X ± DE)	Niñas (X ± DE)	P valor
<b>Energía (kcal)</b>				
- Deficiente	53 (100%)	36 (67.9%)	17 (32.1%)	0.030
- Normal	11 (100%)	3 (27.3%)	8 (72.7%)	
- Excesivo	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	
<b>Proteína</b>		48.7+16.2	51.6+16.7	0.488
- Deficiente	0	0	0	0.390
- Normal	14 (100%)	10 (71.4%)	4 (28.6%)	
- Excesivo	51 (100%)	30 (58.8%)	21 (41.2%)	
<b>Lípidos</b>				
- Deficiente	29 (100%)	20 (69%)	9 (31%)	0.249
- Normal	14 (100%)	6 (42.9%)	8 (57.1%)	
- Excesivo	22 (100%)	14 (63.6%)	8 (36.4%)	
<b>Hidratos Carbono</b>				
- Deficiente	63 (100%)	38 (60.3%)	25 (39.7%)	0.525
- Normal	1	1 (100%)	0 (0%)	
- Excesivo	1	1 (100%)	0 (0%)	
<b>Consumo alimentario</b>				0.256
- Adecuado	9 (100%)	4 (44.4%)	5 (55.6%)	
- Inadecuado	56 (100%)	36 (64.3%)	20 (35.7%)	

**CONSUMO ALIMENTARIO POR GÉNERO EN DATOS CUANTITATIVOS.***Datos presentados en X+DE. Prueba T de Student.*

Consumo alimentario total	Niños (X ± DE)	Niñas (X ± DE)	P valor
<b>Energía (kcal)</b>	968.1+288.9	1009.8+229.1	0.543
<b>Proteína (g/día)</b>	48.7+16.2	51.6+16.7	0.488
<b>Lípidos (g/día)</b>	36.8+13.1	41.3+13.4	0.191
<b>Hidratos Carbono (g/día)</b>	112.3+63	108.9+29.5	0.802

Los resultados muestran una diferencia entre el diagnóstico de energía (deficiente, normal y excesivo) con el género de los preescolares.

En los resultados de consumo de proteína total y por diagnóstico de consumo, no existe diferencia significativa, así como tampoco en el consumo de lípidos e hidratos de carbono.

En relación con el consumo dietético, no existe diferencia significativa entre el diagnóstico de consumo (adecuado e inadecuado) y el género de los niños.

En la tabla 5, se muestran los resultados de la relación del cuestionario CFQ aplicado a los padres con el IMC de los niños.

**TABLA 5. RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL CUESTIONARIO CFQ CON EL IMC**

Variables	Bajo peso n (%)	Normal n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidad n (%)	p
<b>Responsabilidad percibida</b>					0.642
- Muy bajo	1 (16.7%)	3 (50%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	
- Bajo	3 (27.3%)	5 (45.5%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)	
- Normal	2 (13.3%)	7 (46.7%)	2 (13.3%)	4 (26.7%)	
- Alto	3 (17.6%)	13 (76.5%)	0 (0%)	1 (5.9%)	
- Muy alto	4 (25%)	10 (62.5%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	
<b>Autopercepción del peso</b>					0.006
- Muy bajo	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
- Bajo	5 (35.7%)	7 (50%)	1 (7.1%)	1 (7.1%)	
- Normal	5 (23.8%)	14 (66.7%)	1 (4.8%)	1 (4.8%)	
- Alto	3 (14.3%)	13 (61.9%)	4 (19%)	1 (4.8%)	
- Muy alto	0 (0%)	3 (37.5%)	0 (0%)	5 (62.5%)	
<b>Percepción del peso del hijo</b>					0.113
- Muy bajo	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	
- Bajo	4 (30.8%)	8 (61.5%)	0 (0%)	1 (7.7%)	
- Normal	6 (15.4%)	24 (61.5%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	
- Alto	1 (10%)	5 (50%)	0 (0%)	4 (40%)	
- Muy alto	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Preocupación sobre el peso del hijo</b>					0.977
- Muy bajo	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	
- Bajo	2 (15.4%)	8 (61.5%)	2 (15.4%)	1 (7.7%)	
- Normal	4 (21.1%)	11 (57.9%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	
- Alto	4 (20%)	10 (50%)	2 (10%)	4 (20%)	
- Muy alto	2 (22.2%)	6 (66.7%)	0 (0%)	1 (11.1%)	
<b>Restricción</b>					0.483
- Muy bajo	5 (29.4%)	9 (52.9%)	0 (0%)	3 (17.6%)	
- Bajo	3 (15.8%)	10(52.6%)	3(15.8%)	3(15.8%)	
- Normal	3 (17.6%)	10 (58.8%)	2 (11.8%)	2 (11.8%)	
- Alto	2 (20%)	8 (80%)	0 (0%)	0 (0%)	
- Muy alto	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	
<b>Presión para comer</b>					0.097
- Muy bajo	5 (26.3%)	7 (36.8%)	1 (5.3%)	6 (31.6%)	
- Bajo	2 (15.4%)	9 (69.2%)	0 (0%)	2 (15.4%)	
- Normal	2 (16.7%)	7 (58.3%)	3 (25%)	0 (0%)	
- Alto	3 (20%)	10 (66.7%)	2 (13.3%)	0 (0%)	
- Muy alto	1 (16.7%)	5 (83.3%)	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Monitoreo</b>					0.681
- Muy bajo	1 (16.7%)	3 (50%)	0 (0%)	2 (33.3%)	
- Bajo	2 (14.3%)	7 (50%)	2 (14.3%)	3 (21.4%)	
- Normal	3 (18.8%)	9 (56.3%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	
- Alto	3 (23.1%)	10 (76.9%)	0 (0%)	0 (0%)	
- Muy alto	4 (25%)	9 (56.3%)	2 (12.5%)	1 (6.3%)	

Datos presentados en frecuencia (porcentajes).

Los resultados fueron que la autopercepción que tienen los padres de su propio, si tiene relación con el IMC de sus hijos, ya que se tiene un p valor de 0.006; los padres que consideran un propio peso como bajo o alto, tiene un % mayor de hijos con un IMC normal.

En la tabla 6 se muestran los resultados de la relación entre la relación del CFQ y el consumo alimentario de los niños preescolares

**TABLA 6. RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL CUESTIONARIO CFQ CON EL CONSUMO ALIMENTARIO**

Variables	Consumo adecuado	Consumo inadecuado	p
<b>Responsabilidad percibida</b>			0.347
- Muy bajo	0 (00%)	6 (100%)	
- Bajo	1 (9.1%)	10 (90.9%)	
- Normal	4 (26.7%)	73.3%	
- Alto	1 (5.9%)	16 (94.1%)	
- Muy alto	3 (18.8%)	56 (86.2%)	
<b>Autopercepción del peso</b>			0.596
- Muy bajo	0 (0%)	1 (100%)	
- Bajo	1 (7.1%)	13 (92.9%)	
- Normal	2 (9.5%)	19 (90.5%)	
- Alto	5 (23.8%)	16 (76.2%)	
- Muy alto	1 (12.5%)	7 (87.5%)	
<b>Percepción del peso del hijo</b>			0.120
- Muy bajo	0 (0%)	2 (100%)	
- Bajo	2 (15.4%)	11 (84.6%)	
- Normal	4 (10.3%)	35 (89.7%)	
- Alto	2 (20%)	8 (80%)	
- Muy alto	1 (100%)	0 (0%)	
<b>Preocupación sobre el peso del hijo</b>			0.590
- Muy bajo	0 (0%)	4 (100%)	
- Bajo	2 (15.4%)	11 (84.6%)	
- Normal	3 (15.8%)	16 (84.2%)	
- Alto	4 (20%)	16 (80%)	
- Muy alto	0 (0%)	9 (100%)	
<b>Restricción</b>			0.220
- Muy bajo	3 (17.6%)	14 (82.4%)	
- Bajo	4 (21.1%)	15 (78.9%)	
- Normal	1 (5.9%)	16 (94.1%)	
- Alto	0 (0%)	10 (100%)	
- Muy alto	1 (50%)	1 (50%)	
<b>Presión para comer</b>			0.611
- Muy bajo	3 (15.8%)	16 (84.2%)	
- Bajo	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
- Normal	3 (25%)	9 (75%)	
- Alto	2 (13.3%)	13 (86.7%)	
- Muy alto	0 (0%)	6 (100%)	
<b>Monitoreo</b>			0.663
- Muy bajo	0 (0%)	6 (100%)	
- Bajo	3 (21.4%)	11 (78.6%)	
- Normal	2 (12.5%)	14 (87.5%)	
- Alto	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
- Muy alto	0 (0%)	0 (0%)	

*Datos presentados en frecuencia (porcentajes).*

Los resultados no arrojan alguna relación o diferencia significativa, acerca del cuestionario CFQ y el consumo alimentario.

**TABLA 7. CORRELACIÓN. RELACIÓN ENTRE EL CUESTIONARIO CFQ, CONSUMO DIETÉTICO E IMC DE LOS NIÑOS.**

		Resp percibida	Autoperc peso	Percep Peso hijo	Procup Peso hijo	restricc niño	Presión comer	monitoreo	imc	energia	Proteína g	Lípidos g	hidratos carbono g
Resp percibida	Coef. Correl		.080	.153	.186	.350*	.270*	.711*	-.202	.042	.124	.029	.028
	Sig.		.528	.222	.137	.004	.030	.000	.107	.743	.325	.820	.824
Autoperc peso	Coef. Correl			.158	.099	-.034	-.015	-.152	.289*	.161	.065	.212	.077
	Sig.			.209	.433	.788	.906	.228	.020	.201	.605	.090	.540
Percep Peso hijo	Coef. Correl				.022	.097	-.026	-.040	.353*	.267*	-.067	.179	.360*
	Sig.				.862	.442	.836	.753	.004	.031	.597	.154	.003
Procup Peso hijo	Coef. Correl					.347*	.178	.246*	.081	-.163	-.113	-.230	-.021
	Sig.					.005	.157	.048	.521	.194	.368	.066	.869
Restricc niño	Coef. Correl						.303*	.384*	.078	-.139	-.070	-.075	-.140
	Sig.						.014	.002	.537	.269	.578	.555	.267
presioncomer	Coef. Correl							.491*	-.269*	-.199	-.181	-.215	-.067
	Sig.							.000	.030	.112	.149	.086	.598
monitoreo	Coef. Correl								-.222	-.019	.068	-.094	.011
	Sig.								.075	.881	.591	.454	.933
imc	Coef. Correl									.405*	.095	.333*	.312*
	Sig.									.001	.450	.007	.011
energia	Coef. Correl										.621*	.747*	.750*
	Sig.										.000	.000	.000
protgms	Coef. Correl											.421*	.254*
	Sig.											.000	.041
lipgms	Coef. Correl												.264*
	Sig.												.033
hcgms	Coef. Correl												
	Sig.												

Datos presentados con Spearman, ya que no es distribución normal.

Donde Resp percibida es Responsabilidad percibida.

Donde Autoperc peso es Autopercepción del peso de los padres.

Donde Preocup peso hijo es Preocupación del peso del hijo.

Donde Restricc niño es Restricción del niño para comer.

Donde presioncomer es Presión de comer de los padres hacia los hijos.

Donde IMC es Índice de Masa Corporal.

Donde protgms es Proteína en gramos.

Donde lipgms es Lípidos en gramos.

Donde hcgms es Hidratos de Carbono en gramos.

En la tabla de correlación se muestran los resultados de la relación entre el CFQ, el IMC y consumo alimentario de los niños.

Los resultados son los siguientes:

- La autopercepción del peso de los padres se correlaciona positivamente con el IMC de los niños ( $r=0.289$ ,  $p=0.020$ )
- La percepción que tienen los padres de los hijos tiene una correlación positiva con el IMC ( $r=.353$ ,  $p=0.004$ ) energía ( $r=.267$ ,  $p=0.031$ ) y el consumo de hidratos de carbono ( $r=.360$ ,  $p=0.003$ ).
- El IMC de los niños tiene una relación con el consumo de energía ( $r=.405$ ,  $p=.001$ ), lípidos ( $r=.333$ ,  $p=.312^*$ ) e hidratos de carbono ( $r=.007$ ,  $p=.011$ ) que tienen los preescolares.
- Existe una relación entre el consumo de energía con el consumo de proteínas ( $r=.621$ ,  $p=.000$ ), lípidos ( $r=.747$ ,  $p=.000$ ) e hidratos de carbono ( $r=.750$ ,  $p=.000$ ).

## DISCUSIÓN

La investigación evaluó la relación entre las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres con el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares.

Los principales hallazgos encontrados, fueron que, a mayor responsabilidad percibida de los padres, mayor presión, restricción y monitoreo de los padres hacia sus hijos. Esto significa que los que tienen mayor compromiso a la vigilancia al peso, se asocia con restricción para comer.

Otro de los hallazgos positivos fueron que, a mayor autopercepción del peso de los padres, mayor IMC presentaron los niños; de igual manera, a mayor percepción acerca del estado nutricional que tienen los padres de los hijos, mayor IMC y mayor consumo de energía e hidratos de carbono.

Además, a mayor preocupación que tienen los padres por el peso de sus hijos, mayor es la restricción del consumo de energía y el monitoreo de los padres hacia los niños; y a mayor restricción que tienen los niños, mayor es la presión para comer; finalmente, a mayor IMC mayor consumo de energía y macronutrientes. Se puede asociar lo que se dicen en el artículo de Nava M, Pérez A, Herrera H, Hernández R<sup>5</sup>, ya que en dicho artículo se dice que los hábitos alimentarios en esta etapa repercuten en el estado nutricional de los niños y de su crecimiento, por lo que si los padres tienen un mayor monitoreo en dichos hábitos el crecimiento y su calidad de salud será mejor.

En una revisión sobre los conceptos actuales de Tovar S, Navarro J, Fernandez M.<sup>12</sup> observa que la valoración nutricional representa uno de los pilares más importantes en el paciente pediátrico para detectar en forma temprana riesgos de desnutrición y obesidad; de acuerdo a los resultados, se puede observar que una valoración nutricional como lo es el IMC tiene una relación directa con el consumo de energía y el consumo de hidratos de carbono, por lo que es importante resaltar no solo la importancia de las calorías que se consumen sino la calidad de las mismas y saber que cada niño tiene requerimientos diferentes, por lo que es recomendable realizar valoraciones nutricionales de manera individualizada y con una periodicidad determinada, que permita brindar información alimentaria y nutricional a los padres sobre el estado nutricional de sus hijos.

De acuerdo con lo reportado en la revisión de prácticas de conductas alimentarias saludables desde la infancia por Black MM, Creed-Kanashiro HM<sup>11</sup>, se muestran estrategias basadas en la familia que pueden influir en las prácticas de alimentación de los niños, como, por ejemplo:

hacer rutinas en torno a la hora de comer, asegurarse que los niños estén sentados en una adecuada posición, etc. todo esto puede ayudar a que los niños mejoren sus conductas alimentarias y en un futuro llegar evitar obesidad y enfermedades relacionadas con ella. En el presente estudio se evaluaron las prácticas de alimentación de los padres, y el resultado fue que, la autopercepción del peso de los padres se correlaciona positivamente con el IMC de los niños, quiere decir que como se vean y sientan los padres acerca de su propio peso habrá cambios en el IMC de sus hijos; al igual que la percepción que tienen los padres de los hijos tiene una correlación positiva con el IMC, energía y el consumo de hidratos de carbono.

Por otro lado, la preocupación que tienen los padres por el peso de sus hijos presentó una correlación con la restricción y el monitoreo de los padres hacia los niños; ahora bien aunque puede ser una relación o práctica positiva, si no hay previamente una educación sobre la restricción o el monitoreo adecuado, esto puede resultar contraproducente y puede convertirse en una práctica negativa tanto para los padres como para los niños; la restricción que tienen los niños presentó correlación con la presión para comer, por lo que como se observa en el artículo de Castrillon I, Giraldo O.<sup>4</sup> la información que tienen los padres y que practican sobre sus hijos debe de ser la adecuada, no deben de ser en base a sus creencias, ya que pueden ser erróneas.

En la revisión de Davison KK, Birch LL.<sup>8</sup> se examinaron las creencias y las practicas parentales relacionadas con la alimentación infantil, y no tanto el contenido nutricional de las dieta de los niños; se encontró que tiene mucho más peso las prácticas que los niños van adoptando por parte de sus padres, que el balance de los macronutrientes, y que entendiendo esto, será un factor para tener un mejor entendimiento del sobrepeso infantil; justo en los resultados anteriores se hablaba de la importancia de la calidad de los macronutrientes y el tipo de restricciones alimentarias que los padres ponen a sus hijos; basada en que tanto el IMC como el consumo de energía y de macronutrientes, depende de las prácticas de los padres, es importante enfocar la educación nutricional hacia los padres.

En la información de Food and Agriculture Organization of the United Nations<sup>10</sup> se describe cómo la educación nutricional está pasando a un primer plano, ya actualmente se reconoce como un catalizador esencial en la nutrición a largo plazo en la actuación independiente de los progenitores y por medio de estos, en la salud de sus hijos. Ahora, en los resultados se muestra que: la preocupación que tienen los padres por el peso de sus hijos presenta una correlación con la restricción y el monitoreo; sin embargo, existe la relación por la preocupación, no se hace una restricción ni monitorización, con base a una educación previa, es importante resaltarlo, ya que en México no hay los programas en educación suficientes para la promoción de una buena alimentación en la infancia.

En el estudio se mencionaron algunas diferencias significativas con respecto al géneros de los preescolares, sin embargo, aunque no se encontraron las mismas variables en ambos sobre todo por la edad, si se encuentra en el estudio de Pinel Martínez C, Chacón Cuberos R, Castro Sánchez M, Espejo Garcés T, Zurita Ortega F, Pérez Cortés A.<sup>31</sup>, que si existe una relación entre el IMC y género, sobre todo porque los niños tienden a tener más actividad física que las niñas, lo que también puede ser una variable importante a considerar.

Es significativo, el impacto que tienen las prácticas de alimentación de los padres sobre el estado nutricional de los niños; así como las futuras prácticas de alimentación. Hay que resaltar que aun cuando se presentaron relaciones positivas entre las prácticas, el IMC y en consumo alimentario de los niños, hay que evaluar como son dichas prácticas y el consumo. La mayoría de los artículos revisados para la realización del presente trabajo hace especial énfasis en la educación nutricional como forma de prevención de la desnutrición y obesidad infantil, sobre todo en México.

Finalmente, al realizar el estudio, una de las dificultades que hubo fue que, las respuestas de los padres no concordaban con lo que se podría observar con sus hijos, como sus lunch, su peso, sus hábitos, etc. y que también había mucho desinterés, por parte de los padres para saber el estado nutricional de los niños. Una ventaja grande fue que la investigadora pudo constatar lo mencionado anteriormente, debido a la cercanía directa y cotidiana con los niños, por lo que se pudo observar algunas discrepancias entre lo que decían los padres y lo que en verdad ponían en práctica.

## **CONCLUSIONES**

Se puede concluir que algunas actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres si influyen con el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares. A mayor responsabilidad percibida de los padres, mayor presión, restricción y monitoreo tienen los padres hacia sus hijos. Esto significa, que los que tienen mayor compromiso hacia una adecuada alimentación de sus hijos, tienen mayor restricción y vigilancia.

A mayor autopercepción del peso por parte de los padres, mayor IMC presentan los niños; y, mayor consumo de energía e hidratos de carbono. Uno de los hallazgos más interesantes, es que, la autopercepción que tienen los padres sobre su propio peso tiene una relación con el IMC de sus hijos.

Es importante resaltar que, los resultados observados ayudarán a enfocar la atención de las consultas de nutrición infantiles, hacia los padres, ya que ellos son los que influirán en el consumo alimentario y en los hábitos alimentarios de sus hijos para siempre.

## RECOMENDACIONES

- Tomar menos variables, pero más específicas, como horarios de comida o un diario de alimentos, podría ayudar para puntualizar los resultados.
- Verificar o hacer alguna actividad donde veamos el lunch de los niños y evaluar a los papás, y así no haya diferencias en lo que dicen que les dan a sus hijos y en lo que en realidad les dan.
- Hacer más personalizado el estudio, evaluar o hacer los cuestionarios a cada papá y a cada niño juntos, pero separado de los demás papás.
- Dar un cuestionario más fácil de entender para los padres, y también más fácil de interpretar para quien lo aplica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre la obesidad infantil [Internet]. Estados Unidos (US); [Actualizado 2019; consultado 21 junio 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
2. Baracco A. Conocimiento de los padres sobre la alimentación en niños en edad escolar [tesis en internet]. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2014 [consultado 1 junio 2019]. Disponible en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6109/baracco-adriana.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6109/baracco-adriana.pdf)
3. Allué P. Alimentación del niño en edad preescolar y escolar. *An Pediatr, Monogr.* 2005;3(1):54-63.
4. Castrillon I, Giraldo O. Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Rev Psicol Univ Antioquía*:2014;6(1):58.
5. Nava M, Pérez A, Herrera H, Hernández R. Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional-antropométrico de preescolares. *Rev Chil nutr.*2011;38(3):301.
6. Kral TV, Rauh EM. Comportamientos alimentarios de los niños en el contexto de su entorno familiar. *Physiol Behav.* 2010;100(5):567-73. Doi: 10.1016/j.physbeh.2010.04.031.
7. Cumbicus T. Conocimiento de los padres de familia sobre alimentación y hábitos nutricionales de los niños de 1 a 3 años que acuden a los centros infantiles municipales de la ciudad de Loja [tesis en internet]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017 [consultado 1 junio 2019]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19622/1/TESIS%20THALIA%20CUMBICUS.pdf>
8. Davison KK, Birch LL. Sobrepeso infantil: un modelo contextual y recomendaciones para futuras investigaciones. *Obes Rev.* 2001; 2 (3): 159-171. doi: 10.1046 / j.1467-789x.2001.00036.x
9. Moria Golan, Ph D, Scott Crow, MD. Los padres son actores clave en la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con el peso. *Nutrition Reviews.* 2004; 62(1). DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2004.tb00005.x>
10. Food and Agriculture Organization of the United Nations. ¿Existe en México la educación alimentaria? [internet]. Estados Unidos (US); [actualizado 2017; consultado 28 junio 2019]. Disponible en: <http://www.fao.org/mexico/noticias/detail-events/en/c/1062731/>

11. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(3):373-8.
12. Tovar S, Navarro J, Fernandez M. Evaluación del Estado Nutricional en Niños Conceptos actuales. HONDURAS PEDIÁTRICA. 1997; 8(2).
13. Secretaria de Salud. Programa de acción específico: Escuela y Salud [internet]. México; [actualizado 2012; consultas junio 2019]. Disponible en: [http://dgps.ecolls.com.mx/Descargas/Escuela\\_y\\_Salud/Manual%20Operativo%20EYS-Versio%CC%81n%202012.pdf](http://dgps.ecolls.com.mx/Descargas/Escuela_y_Salud/Manual%20Operativo%20EYS-Versio%CC%81n%202012.pdf)
14. Loth KA, Mohamed N, Trofholz A, Tate A, Berge JM. Associations between parental perception of- and concern about-child weight and use of specific food-related parenting practices. Univ Minn. 2021; DOI: [10.1016/j.appet.2020.105068](https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105068)
15. Birch L, Fisher J, Grimm-Thomas K, Markey C, Sawyer R, Johnson S. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. Appetite. 2001;36(3):201-210.
16. Navarro G, Reyes I. Validación Psicométrica de la Adaptación Mexicana del Child Feeding Questionnaire. Acta de Investigación Psicológica. 2016;6(1):2337-2349. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30054-0](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30054-0).
17. Macías A, Gordillo L, Camacho E. Eating habits in school-age children and the health education paper. Revista Chilena de Nutrición. 2012;39(3):41-42.
18. Curilem C. Assessment body composition in children and teens: guidelines and recommendations. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(3).
19. Zárate D. Hábitos y características de la alimentación en niños de 1 a 3 años de edad de acuerdo a su crecimiento adscritos a la U.M.F. #66 IMSS [tesis en internet]. Veracruz, México:IMSS; 2014[ consultado 29 junio 2019]. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Zarate.pdf>
20. Peña L, Gonzalez D, Rial R. Alimentación del preescolar y escolar. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion\\_escolar.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_escolar.pdf)
21. Cerino L. La importancia de la nutrición en los niños de preescolar [tesis en internet]. Campeche; Universidad Pedagógica Nacional; 2011.[ Consultado el 29 junio 2019]. Disponible en: <http://200.23.113.51/pdf/31217.pdf>
22. Silva, Cecilia, Jiménez-Cruz, Blanca Elizabeth, Hernández-Medina, Ariana, Factores Relacionados con las Prácticas Maternas de Control Alimentario en Preescolares. Acta de Investigación Psicológica - Registros de investigación

- psicológica [Internet]. 2013; 3 (3): 1298-1311. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358933345009>
23. NutriKcal® [Internet]. Nutrikcal.mx. 2021 [Consultado 4 Junio 2021]. Disponible en: <https://nutrikcal.mx/>
24. Manual para la aplicación del método recordatorio de 24 horas modificado [internet]. [Actualizado 2013; consultado 4 junio 2021] Disponible en: [file:///C:/Users/MarianaRojas/Downloads/Instructivo%20Recordatorio%2024hrs%202014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MarianaRojas/Downloads/Instructivo%20Recordatorio%2024hrs%202014%20(1).pdf)
25. Silva Rojas J. Ingesta y conducta alimentaria en el niño en edad preescolar [tesis en internet]. Bolivia: Escuela de Salud Pública Universidad Mayor; 2012. [Consultado el 4 junio 2021] Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/347/Tesis%20final%20JAIME%20SILVA%20.pdf?sequence=1>
26. Statgraphics® [Internet]. Statgraphics.com. 2021 [Consultado 4 Junio 2021]. Disponible en: <https://www.statgraphics.com/>
27. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [internet]. México; [Consultado 4 junio 2021]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
28. Asociación Médica Mundial [internet]. [consultado 4 junio 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/>
29. SEGOB. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet] México;2014 [actualizado 2014; citado julio 2019]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013).
30. Regulatoria C. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: [actualizado 2019; consultado 17 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamer/prensa/reglamento-de-la-ley-general-de-salud-en-materia-de-investigacion-para-la-salud>
31. Pinel Martínez C, Chacón Cuberos R, Castro Sánchez M, Espejo Garcés T, Zurita Ortega F, Pérez Cortés A. Diferencias de género en relación con el Índice de Masa Corporal, calidad de la dieta y actividades sedentarias en niños de 10 a 12 años Retos [Internet]. 14nov.2016 [citado 7jun.2021]; 31:176-80. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/49393>

## **ANEXOS**

### **Anexo A.**

León, Guanajuato con fecha de

A quien corresponda:

Por medio de la presente se les solicita a las autoridades del Colegio San Marcos Montessori y al personal docente, de que la Licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos Mónica Mariana Rojas Donato, con motivo de investigación para la Maestría de Nutrición Clínica en la Universidad Iberoamericana León, pueda realizar su protocolo de tesis con título: "Actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres, consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares".

Será un estudio donde se evaluarán que actitudes, creencias y prácticas tienen los padres acerca de la alimentación y como esto influye en el consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares.

Se aplicará a los padres de familia el "Cuestionario de Alimentación Infantil" desarrollado por Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, y Sawyer, (2001) es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar las creencias, actitudes y prácticas alrededor de la alimentación infantil. Y además se les aplicará un Recordatorio de 24 horas de pasos múltiples, para así evaluar si el consumo alimentario de los niños es suficiente, en base a su edad.

A los preescolares, se les hará una evaluación antropométrica, donde se medirá peso, talla, y con dichas mediciones se diagnosticará el estado nutricional en base al IMC, y se evaluará el peso para su estatura, la estatura para su edad y peso para su edad, y determinar si se encuentra adecuado o inadecuado en base a las tablas de la Organización Mundial de la Salud.

Dicho lo anterior, se pide de manera atenta y formal, de otorgar el permiso de aplicar dicho estudio en el Colegio San Marcos Montessori, creyendo que puede ser de gran ayuda para mejorar el estado nutricional y de salud de los niños.

Director del Colegio  
Hugo Flores

Licenciada en nutrición y  
ciencia de los alimentos  
Mariana Rojas Donato

Directora del Preescolar  
Teresita Domínguez

## Anexo B. Carta de consentimiento informado para padre o tutor

León, Gto, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

Por medio de la presente autorizó que mi hija (o): \_\_\_\_\_, participe en el estudio titulado: “**Actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres, consumo alimentario e IMC de sus hijos preescolares.**” que se llevará a cabo en el Colegio San Marcos Montessori de la ciudad de León, Guanajuato. El objetivo del estudio es determinar las actitudes, creencias y prácticas de alimentación de los padres, el consumo alimentario, e IMC de sus hijos preescolares.

El estudio consistirá en lo siguiente:

- Llenar los datos de una ficha de identificación que incluirá nombre del alumno, edad, fecha de nacimiento, nombre del padre, peso y talla del alumno.
- Contestar el recordatorio de 24 horas de pasos múltiples.

La duración de su participación será por un tiempo máximo de 30 min. Este estudio no tenga ningún costo para usted, ni recibirá ningún pago por su participación. Como beneficio de su participación, se le dará un diagnóstico y recomendaciones para la alimentación de su hijo/a.

La información que nos proporcione será guardada de manera confidencial, para garantizar su privacidad. Nadie más tendrá acceso a la información, únicamente la investigadora. Su participación es completamente voluntaria. Si usted decide no participar o retirarse del estudio no tendrá repercusiones de ninguna índole y podrá retirarse cuando desee. Su participación en este estudio es completamente voluntaria, haga las preguntas que crean convenientes antes de rechazar o aceptar el estudio.

Si tiene dudas o preguntas sobre este estudio de investigación puede comunicarse al siguiente teléfono (477) 352 7382 con la LNCA: Mariana Rojas Donato quien es la investigadora responsable del estudio o al correo electrónico mariana\_rojas09@hotmail.com

\* Se me ha informado con claridad en lo que consiste el estudio de investigación, además de haber leído este formato de consentimiento, donde se me dio la oportunidad de hacer preguntas y aclarar mis dudas con satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato y al firmarlo estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

## Anexo C.

<b>CUESTIONARIO DE ALIMENTACION DE ALIMENTACIÓN INFANTIL VALIDADO EN MÉXICO</b>				
1.- ¿Cuándo su niño(a) está en casa con qué frecuencia es usted responsable de la alimentación?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
2.- ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir la cantidad que debe de comer su hijo(a)?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
3.- ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir si su hijo(a) ha comido el tipo adecuado de comida?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
Cómo definiría usted su PROPIO PESO durante:				
4.- Su niñez (5 a 10 años)	Con mucho peso	normal	Bajo peso	Muy bajo peso
5.- Su adolescencia	Con mucho peso	normal	Bajo peso	Muy bajo peso
6.- De sus 20 a 29 años	Con mucho peso	normal	Bajo peso	Muy bajo peso
7.- Actualmente	Con mucho peso	normal	Bajo peso	Muy bajo peso
8.- ¿Cómo definiría el peso de su HIJ@: Durante el primer año de vida?				
9.- ¿Cómo definiría el peso de su HIJ@: De 1 a 3 años?				
10.- ¿Cómo definiría el peso de su HIJ@: En preescolar?				
11.- ¿Cómo definiría el peso de su HIJ@: De preescolar a segundo grado de primaria?	No aplica			
12.- ¿Cómo definiría el peso de su HIJ@: De tercero a quinto de primaria?	No aplica			
13.- ¿Que tanto le preocupa que su hij@ coma demasiado cuando usted no está?				
14.- ¿Que tanto le preocupa que su hij@ tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado?				
15.- ¿Que tanto le preocupa que si hij@ llegara a tener sobrepeso?				

Tengo que asegurarme que mi hijo:				
16. No coma muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
17. No coma muchos alimentos grasosos.	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
18. No coma muchos de sus alimentos favoritos	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
19. mantengo a propósito algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
20. ofrezco golosinas (dulce, helado, pastelitos, galletas), a mi hijo(a) por su buena conducta	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
21. Ofrezco a mi hijo(a) su comida favorita a cambio de que se porte bien	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
22. Si yo no vigilará la alimentación de mi hijo(a), el comería mucha comida chatarra	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
23. Si yo no controlara o guiara la alimentación de mi hijo(a), el (ella) comería mas de las cosas que le gustan	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
24. Mi hijo(a) debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
25. Le prohíbo comer a mi hij@ golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal				
26. Le prohíbo comer a mi hij@ comida chatarra (chetos, chicharrones, palomitas, papitas) cuando se porta mal				
27. Le prohíbo comer a mi hij@ su comida favorita cuando no me obedece				
28. Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hij@ coma suficiente				
29. Si mi hij@ me dice No tengo hambre trato de hacer que el coma de cualquier manera				
30. Si yo no guiara o regulara su alimentación mi hij@ comería mucho menos de lo que debe				
31. ¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de golosinas (dulces, helado,				

