



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“Alimentación autónoma infantil y las prácticas maternas de alimentación: Su relación con la desnutrición infantil.”

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

David García Camacho

Director: Mtro. Rosendo Hernández Castro

Dictaminadoras: Mtra. Assol Cortés Moreno

Mtra. Martha Elba Alarcón Armendáriz





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	01
<b>1. DESNUTRICIÓN Y SUS EFECTOS EN EL DESARROLLO INFANTIL</b>	02
1.1. Definición y características de la desnutrición	02
1.2. Efectos y consecuencias de la desnutrición en el desarrollo físico, emocional y social de los niños.	05
1.3. Seguridad alimentaria como factor de protección	10
<b>2. PRÁCTICAS DE CRIANZA COMO FACTORES DE INFLUENCIA HACIA LA DESNUTRICIÓN</b>	13
2.1. Implementación de herramientas sociales	16
2.2. Detectar errores en las prácticas de crianza	17
<b>3. CONSUMO AUTÓNOMO.</b>	26
3.1 El consumo autónomo y su relevancia en la alimentación infantil	26
Objetivos	31
Hipótesis	32
<b>MÉTODO</b>	33
Participantes	33
Escenario	34
Aparatos y materiales	34
Procedimiento	36
<b>RESULTADOS</b>	40
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	48
<b>REFERENCIAS</b>	54
<b>APÉNDICES</b>	60

Se agradece a:

DGAPA-PAPIIT IN307914 “Salud y nutrición en el infante: Programa basado en la promoción de prácticas maternas apropiadas” el financiamiento otorgado para la elaboración del presente trabajo.

A mis padres:

Todo su esfuerzo y dedicación por mí; cariño, apoyo, consejos, fuerza, libertad y confianza, vertidos en mí desde ustedes con el amor incondicional que solo ustedes pudieron brindar. Este trabajo no es suficiente para pagar cada centímetro de esfuerzo que han realizado, pero es uno de mis más grandes esfuerzos y está dedicado a ustedes con todo mi corazón.

LOS AMO

A mi familia y amigos, que sin quererlo ayudaron gota a gota a colmar el vaso, sin que se hubiera derramado no habría sentido la necesidad de terminar este trabajo. Aunque parezca irónico, gracias por su presión y comprensión.

A mis profesores y asesores. Gracias por la paciencia y disponibilidad de trabajar conmigo, esa parte de tener vocación de ayuda y parte de tener esperanza en que su tiempo invertido conmigo no fue en vano.

A todos los que estuvieron aquí conmigo, en este momento, en este universo, les estaré agradecido por siempre.

## RESUMEN

El presente proyecto evaluó las relaciones entre las prácticas alimentarias maternas y las habilidades de alimentación autónoma, específicamente en niños con riesgo de desnutrición, así como la relación entre las habilidades autónomas de éstos con su respectivo estado nutricional. Los participantes fueron quince diadas madre-hijo de las cuales, las edades de los niños fluctuaron entre los 6 y los 13 meses de edad ( $\bar{x}=10.06$ ;  $DE= 2.14$ ). Cada uno de los niños participantes presentó al menos uno de los rasgos indicativos de desnutrición: Emaciación, desmedro o insuficiencia ponderal. Debido a la velocidad en el desarrollo de habilidades motrices, los niños fueron divididos en tres grupos de edades para una mejor comprensión de los datos en relación a sus capacidades alimentarias.

Los datos obtenidos durante esta investigación ayudaron a evaluar algunas de las prácticas maternas de alimentación, así como las habilidades correspondientes de consumo autónomo de los participantes, también se evaluó la relación entre dichas habilidades con los estados nutricionales, encontrando relación entre ambos de manera importante más no significativa estadísticamente hablando. De igual forma las conductas maternas acerca de la alimentación autónoma infantil tuvieron una relación alta más no significativa respecto a los estados nutricionales de los niños correspondientes.

Los datos obtenidos nos hablan de las relaciones específicas entre conductas analizadas, así que se vuelve necesario analizar las diferencias si las conductas pudieran ser modificadas, esto dando continuación al proyecto general del que forma parte el presente.

# DESNUTRICIÓN Y SUS EFECTOS EN EL DESARROLLO INFANTIL.

## 1.1 Definición y características de la desnutrición:

Cuando nos encontramos con el término desnutrición se suele presentar una confusión muy importante referente a los estados y niveles de salud, ya que existen dos niveles que tienen importancia al respecto, la *malnutrición* que es definida como un “estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos” incluyendo en éste a la obesidad en el apartado de los excesos alimentarios, y por otro lado, la *desnutrición* como tal es el “Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, a partir de aquí UNICEF 2015, p. 5).

La UNICEF (2015) describe las características de los niveles o grados de desnutrición:

“...

*1. Desnutrición aguda: Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.*

*2. Desnutrición crónica: Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.*

*3. Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ( $P/A \times A/E = P/E$ ) que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio.” (P. 1)*

De los anteriores, solamente los dos primeros se utilizan en el ámbito clínico, y el tercero es usado para establecer objetivos globales para combatir la desnutrición infantil y sus efectos en los índices de mortandad, así como para complementar el concepto de *seguridad alimentaria*.

La desnutrición puede definirse a grandes rasgos por sus características y por las consecuencias que trae para el cuerpo de quien la padece, se clasifica dependiendo el grado en que se identifique y la sintomatología que se presenta. En cuanto a los niveles o grados de desnutrición se habla de *desnutrición aguda*, *crónica* y *global*, siendo dos tipos los más comunes el *marasmo* y *kwashiorkor*, en ambos casos se habla de desnutrición, habiendo una diferencia significativa en cuanto a las características físicas o sintomáticas que se presentan, así mismo, estos padecimientos se presentan en distintos momentos del desarrollo.

El *kwashiorkor* tiene como características principales un grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías, así mismo, las características físicas que se manifiestan tienden a ser diferentes entre sí, suelen verse como “gorditos” o “saludables” pudiendo romper con este estereotipo observando que en lugar de músculo y tejido adiposo, estos niños presentan edemas o hinchazones que están manifestando un problema de salud mayor, y por otro lado el *marasmo* es definido por sus características como un trastorno dietético grave observado en niños entre los diez meses y los tres años, que se desencadena tras un largo tiempo de padecer un estado de *malnutrición* severa, y es identificado por sus características físicas cuando se detectan problemas de la piel, específicamente piel de un tono cenizo y arrugada como de una persona de edad avanzada, cabello quebradizo y las extremidades notoriamente delgadas. Estas son algunas de las características que más se manifiestan en la desnutrición, sin embargo, también existen las características que no están a la vista inmediata, como la pérdida de peso.

La desnutrición presupone una pérdida de peso de al menos el 15% del recomendado para el paciente, sea niño o adulto (Gómez, 2003), o una quinta parte de su peso por debajo de la norma que equivale a un 20% (Becerra, 1998), esta patología debe presentarse al menos durante tres meses para que sea considerada un problema de desnutrición y por lo tanto se vuelva un problema urgente.

Además de esta falta de peso, se puede determinar que existe un problema de nutrición cuando el paciente en cuestión presenta dificultades para recuperar su peso, es decir, recupera el peso más lentamente que una persona en estado de salud normal, y para determinar esto, se tiene que ubicar dos desviaciones estándar por debajo de la norma de

crecimiento, a estas condiciones se les llama fallo del crecimiento (Becerra, 1998). Sumado a esto, Becerra menciona que los fallos en el crecimiento pueden deberse a enfermedades graves como el síndrome de mala absorción intestinal.

Como vemos, existen características físicas evidentes en personas que padecen desnutrición, hablando de la desnutrición como padecimiento crónico se puede detectar mediante mediciones antropométricas. Las mediciones antropométricas son aquellas que se utilizan para medir las dimensiones del cuerpo humano mediante algunas herramientas: para medir el peso se usa la báscula o balanza pediátrica, para la longitud se usa el estadímetro y para tomas de diámetro de distintas partes del cuerpo (como cabeza o cintura) se utiliza la cinta métrica y el calibrador.

La báscula y el estadímetro son los más utilizados para obtener de forma oportuna y aproximada el estado nutricional de los pacientes por su practicidad y eficiencia, especialmente en desnutrición crónica y aguda, pues para determinar si se encuentran en dicha situación se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) que es utilizado a nivel global para determinar el estado nutricional de una persona (Silva, Collipal, Martínez, & Bruneau, 2005) esto, tomando como referencia las medidas y comparándolas con los promedios generales de la población, teniendo como datos complementarios la edad y género del paciente.

El índice de masa corporal se calcula, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (a partir de aquí OMS), dividiendo el peso en gramos de la persona entre su estatura en centímetros elevada al cuadrado, resultando el IMC, el cual debe fluctuar entre los 25 y 30 puntos para considerarse dentro de lo normal.

Una alternativa adicional, que es la principal utilizada en niños para determinar de manera práctica si existe un riesgo de desnutrición es la toma de medidas de peso, estatura, edad y compararlas con el género y la media poblacional, indicando así si el infante está en el peso o estatura adecuado a dicha norma. Una vez obtenidas estas medidas se puede comparar con un patrón preestablecido que nos indica las medias poblacionales de cada una de esas medidas en la relación peso/talla, peso/edad y talla/edad; esto se puede comparar con tablas que proporciona la OMS en su página de internet, así se puede obtener una idea rápida de qué tan alto es el riesgo de desnutrición e incluso el tipo de ella.



## **1.2 Efectos y consecuencias en el desarrollo físico, emocional y social.**

El desarrollo físico resulta crucial durante los primeros años de vida por la necesidad de generar herramientas de defensa para el cuerpo humano por sí mismo, es por esto que resulta vital una buena nutrición durante los primeros años de vida, un ejemplo de ello lo dan Garófalo, Gómez, Vargas y Novoa (2009) quienes explican que desde el momento de la concepción y hasta los primeros tres años de vida extrauterina (postnatales) el encéfalo crece a una velocidad considerablemente mayor con relación a cualquier otra etapa del desarrollo.

Se puede asegurar que es crucial mantener en un estado óptimo de salud al individuo primordialmente en esta primera etapa de vida. Ahora bien, hablando en específico de los nutrientes que el cuerpo recibe, es muy importante ahondar en la forma en que el cuerpo lo hace y lo aprovecha.

“... Los seres humanos requieren energía para llevar a cabo las funciones celulares vitales, la actividad física diaria y mantener la temperatura corporal, así como para transportar, sintetizar, transformar y depositar sus moléculas constituyentes, y para asegurar los gradientes iónicos entre membranas ...” (Fundación Española de la Nutrición, 2013 p.105),

Lo que se traduce en esta necesidad constante de alimentar el cuerpo con los componentes específicos para cada una de sus funciones, variando en actividad física, edad y género, ejemplo de esto se puede observar durante todo el proceso de lactancia, desde la leche que se empieza a generar durante los primeros días, llamada calostro, hasta la leche que le sigue, puesto que la calidad y los componentes de la misma pueden variar en composición en un solo mes o mantenerse relativamente estable durante mucho tiempo de lactancia (Díaz-Argüelles, 2005).

Esta lactancia provee a los niños de los nutrientes necesarios, así como los componentes del sistema inmune para seguir desarrollando su cuerpo de la forma más idónea (que en esta etapa crece más rápido a diferencia de otras etapas de la infancia). Es a partir del sexto mes de vida en el que comienza la independencia de la lactancia materna y comienza el cuerpo a hacer sus primeras absorciones, distribuciones y asimilaciones de micronutrientes y proteínas de alimentos sólidos y más complejos y no sólo de la leche materna.

Uno de los componentes importantes para el desarrollo del niño, y que se encuentra en la leche materna, e incluso en la placenta, es el hierro, componente que tiene un papel de primordial importancia en la generación y renovación de las células sanguíneas, los eritrocitos, para los cuales se requiere hasta un 30% de este mineral en la dieta, obtenido claro, desde la lactancia materna (Díaz-Argüelles, 2005; Franco *et al.*, 1990; Urquizo 2014). En esta etapa es que se empieza un cambio en la responsabilidad de mantener nutrido al cuerpo, empezando a quitarla a la leche materna debido al constante cambio de su composición, y se comienza a hacer responsable a la ingesta de alimentos sólidos, de los que se obtendrán los nutrientes complementarios. Esta etapa es la que se conoce como *ablactación*, la transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria con sólidos.

Esta alimentación complementaria tiene como fin suplir en su mayoría a la lactancia materna, dejando únicamente a ésta como proveedora de algunos nutrientes adicionales. Este cambio no puede surgir de un momento a otro, debe ser paulatino y ser bien dirigido para obtener los mejores resultados posibles.

En algunas situaciones, los nutrientes pueden no ser obtenidos con éxito por los niños, esto debido a múltiples factores, entonces surge la necesidad de encontrar alternativas para suplir esta carencia, a la cual ya han dado respuesta médicos, nutriólogos y pediatras de todo el mundo, desde la incorporación de dietas ricas en estos nutrientes hasta la receta de vitaminas y minerales en forma de suplementos, ya que la leche de vaca carece de los nutrientes necesarios para suplir la ausencia de la leche materna (Franco *et al.*, 1990; Urquizo, 2014). Para continuar con la labor de la leche materna, durante la ablactación, también es de suma importancia conocer los alimentos ricos en los nutrientes.

El desarrollo humano debe ser comprendido desde sus distintas esferas, ya que es un ser biológico, psicológico y social, tenemos que contemplar la existencia de una dinámica de alimentación, emociones y relaciones sociales. Esto no podría suceder si no se está preparado de manera integral para ello, por eso se vuelve necesario estar bien nutrido para responder adecuadamente, aprender estrategias y tener la energía suficiente en el momento requerido. Si bien se habla de los nutrientes que el cuerpo necesita para generar células y

desarrollarse, también se debe tomar en cuenta el medio en el que se desarrolla el niño, en ese sentido se debe tomar en cuenta el medio ambiente como tal, el ambiente familiar y las interacciones que surjan entre éstos y el niño.

El entorno social como factor, es en cierto grado determinante para un desarrollo adecuado y más completo en relación a las demás personas y se debe diferenciar del medio ambiente, pero es tan complejo que se deben abordar las principales características una a una.

Estas características sientan las bases para comprender la nutrición como un todo que depende del correcto funcionamiento de cada una de sus partes. La primera de ellas consta de los nutrientes que entran al cuerpo, desde la gestación (hablando de entorno como medio ambiente se habla de una fuente de ingreso de nutrientes al organismo), todo lo que entra al cuerpo gracias a la madre por el cordón umbilical son nutrientes esenciales para la formación de los órganos vitales, especialmente el cerebro, que se ve afectado positiva o negativamente, desde nutrientes, minerales, proteínas o vitaminas, hasta los tóxicos, metales pesados, drogas o virus, que pueden hacer una diferencia en el desarrollo de la masa encefálica.

En este sentido, lo físico es analizado por varios autores que explican cuáles son las circunstancias que llevan a determinar un caso de desnutrición como tal, incluyendo la alimentación como un posible causante, siendo un tiempo promedio para determinarlo los 3 meses de persistencia de los síntomas (Lartigue *et al* 1998), estos síntomas pueden incluir medidas antropométricas, alimentarias o de comportamiento.

Otra de las características que refieren al entorno es el ingreso de sustancias al cuerpo, este puede ser por drogadicción o malnutrición de la madre; abundancia en contaminantes en el ambiente y los alimentos; presencia de parásitos en el cuerpo o recurrencia de enfermedades infecciosas. Desde los primeros días de gestación del ser humano se inicia la construcción del cuerpo humano, el tronco encefálico a partir de la quinta semana (28 días) y a partir de ahí sigue siendo necesaria la presencia de muchos nutrientes y micronutrientes que al no encontrarse en el cuerpo de la madre se disminuye la calidad de las células formadas y aumenta el riesgo de que el niño adquiera alguna discapacidad.

Una vez que ya se conocen los tipos de desnutrición, sus características y sus

orígenes es posible determinar las características de la población vulnerable a este tipo de padecimientos, los puntos rojos a determinar para predecir un posible riesgo de desnutrición y, con esto, tratar de evitar los posibles daños que puede acarrear la desnutrición en los niños que la padecen.

Otro riesgo del entorno de los niños es el de sufrir enfermedades infecciosas, ya que estas tienen una carga sumamente importante al respecto, puesto que tienen una característica particular que afecta directamente a la forma en que el cuerpo humano absorbe nutrientes, tan complejas son éstas que es necesario describir su comportamiento de acuerdo a cada una de ellas, de las cuales, únicamente me enfocaré en las que se han encontrado como principales personajes y causantes de desnutrición en niños menores de cinco años, las infecciones de las vías respiratorias (Prieto Herrera, Russ Durán y Reitor Landrian 2000) y las del tracto digestivo, las cuales incluyen infecciones y parasitosis como causas principales (Koski y Scott, 2001)

Dada su etiología, las enfermedades de tipo infeccioso tienen reacciones en el cuerpo que resultan en un daño colateral que mientras el cuerpo lucha por expulsar al agente extraño del cuerpo, suele tomar medidas extremas que hacen de una u otra forma daño al organismo que trata de proteger, por ejemplo el vómito, que sirve para arrojar fuera del cuerpo cualquier cuerpo extraño que pueda estar molestando al propio organismo, pero al mismo tiempo expulsa los alimentos y nutrientes, y limita la capacidad de absorber los que son necesarios para mantener la nutrición del cuerpo y con ello las defensas elevadas. Esta situación de reacciones en cadena es considerada un círculo vicioso e incluso una “espiral negativa” por varios autores, entre los que destaca Koski y Scott (2001); Carmona-Fonseca (2004) y Prieto-Herrera *et al* (2000) explican que la razón de las recaídas en infecciones respiratorias cuando se está desnutrido, es la deficiencia en el sistema inmunológico, lo que vuelve vulnerable al niño a una nueva infección o que no se logre superar adecuadamente la que se está combatiendo.

La espiral negativa en el caso de las enfermedades infecciosas gastrointestinales, tiene un origen predecible, debido a que cuando el organismo se encuentra en situación de enfermedad, o de parasitosis, los comportamientos de éstos son adaptativos al sistema

inmune del anfitrión y se adaptan de tal forma que pueden convivir, permitiendo así su reproducción y la invasión del cuerpo (Koski & Scott, 2001; Carmona-Fonseca, 2004), si bien es cierto que los niños con desnutrición no se pueden comparar tan simplemente con pacientes que padecen malaria por la sintomatología que comparten, también es cierto que el comportamiento de las bacterias que causan dicha enfermedad tienen un patrón de comportamiento similar al de las enfermedades infecciosas más comunes. Carmona-Fonseca (2004) hace mención de la vitamina A como un componente importante para la creación de sistema inmune, y que ésta se encuentra presente en la sangre de personas que padecen de malaria en niveles muy bajos, lo que permite su reproducción y asegura la supervivencia de la infección y de otras, ya que también la vitamina A y otros compuestos con retinol juegan un papel muy importante en la prevención y desenlace de enfermedades infecciosas en humanos.

Así mismo, no podemos olvidar el factor medioambiental como un causal de problemas de salud, teniendo en cuenta que, por ejemplo, los pulmones necesitan estar a su mayor capacidad para rechazar las amenazas bacterianas que pudieran atacar, si se encuentran saturados de agentes contaminantes como el humo de tabaco o los mismos metales pesados que hay en la polución, contaminación ambiental en general, debilitan y entorpecen el trabajo de las defensas de los pulmones, lo que inicia la cadena de problemas respiratorios. En la investigación hecha por Prieto *et al* (2000) se obtienen resultados que comprueban que las situaciones que más propician que un niño enferme de las vías respiratorias por infección es que los cuidadores o personas cercanas al niño fumen cerca del mismo, una lactancia materna inadecuada, la desnutrición e incluso un historial de enfermedades gastrointestinales o parasitarias puede disparar la situación, ligando a las enfermedades del tracto digestivo con las de las vías respiratorias.

Estas causas de índole orgánico tienen un gran peso en el desarrollo de las enfermedades y que afectan al mismo cuerpo, así mismo, las repercusiones en el niño a nivel psicológico se manifiestan en los problemas sociales que los niños pueden tener, por la dificultad de interrelacionarse con sus vecinos del entorno.

Las circunstancias biológicas, brindan a nivel orgánico un apoyo o ventaja para

sortear las dificultades con que se enfrenta el niño, las psicológicas incluyen aquellas situaciones de confianza y de aprendizaje que fortalecerán sus características psíquicas y las herramientas sociales que el niño recibe se ven reflejadas en la habilidad del mismo para interactuar con el medio en el que se encuentre situado. Todas estas herramientas tienen su importancia en la nutrición y el desarrollo infantil de igual forma, tal es el caso de las prácticas que tienen los padres con sus hijos en el momento de ejercer la crianza, estableciendo límites, normas y reglas de conducta. (Brown y Pollit, 1996).

Estas últimas son reglas que se establecen en un orden social pero que se extienden y abarcan desde lo social hasta lo alimentario, que incluye las reglas básicas de socialización como el saludar y despedirse, hasta la aceptación de los alimentos múltiples cuando se les invita a comer en casas ajenas.

Por otro lado, desde el punto de vista emocional se han encontrado diferencias significativas también en los niños con desnutrición en alguno de los grados, que van desde el aislamiento ligero o moderado de los grupos hasta el apego con una alta frecuencia a la madre o cuidadora, determinado como un apego de inseguridad, mostrándose también en las madres de dichos niños, lo que permite pronosticar que esta conducta podría repetirse en futuras generaciones (Becerra, 1998), esto mismo es reflejo de un déficit a nivel social y cultural que se ve afectado cuando el niño comienza a asimilar el entorno en que crece.

En la esfera social también se encuentra un círculo vicioso, pero es más difícil de apreciar porque los patrones que se ven repetidos pueden ser a nivel generacional, tal vez demasiado distantes para ser notados en investigaciones de corte transversal, pero que se pueden ver utilizando historia de vida de los cuidadores del bebé. Así como el cuidador del niño es quien le provee alimentación, así mismo es quien le proporciona el ambiente, hasta donde sus recursos así lo permitan, como el medio, la casa, el lugar donde duerme, la higiene con que son tratados sus objetos personales, etcétera, y todo esto depende del nivel educativo que tiene el cuidador, quien ofrece lo mejor que tiene para que el infante crezca igual o mejor de lo que él aprendió, en el medio en que se desarrolló.

### **1.3 Seguridad Alimentaria como factor de protección**

La seguridad alimentaria es un concepto que implica varios factores referentes a la

alimentación, desde la capacidad de adquirir alimento como de la misma para tener un alimento variado y suficiente, este apartado explica más a detalle este concepto y justifica la aplicación del término a esta investigación pues la seguridad se relaciona con los hábitos alimentarios de algunas comunidades, en especial de escasos recursos o en las que los alimentos llegan a faltar por distintas causas.

La *Seguridad Alimentaria* es el acceso que tienen todas las personas en todo momento a los alimentos necesarios para llevar una vida activa y sana. Lo que se traduce a los hogares como la capacidad de la familia de obtener los alimentos necesarios, ya sea en productos orgánicos generados en el hogar (hortalizas o productos animales) o el poder económico para conseguirlos, esto para cubrir las necesidades dietéticas o alimentarias de todos los integrantes de la familia. La seguridad alimentaria es un concepto que pretende ofrecer estabilidad en la accesibilidad a los alimentos necesarios para una comunidad determinada.

“Una oferta alimentaria es suficiente si permite satisfacer tanto la demanda efectiva existente como las necesidades alimentarias básicas de aquellos sectores que, por problemas de ingreso, no pueden traducirlas en demandas de mercado.” (León, Martínez, Espíndola & Schejtman, 2004, p.12)

La seguridad alimentaria se establece como un punto de gran importancia en el trabajo de los gobiernos por combatir la desnutrición en zonas de difícil acceso y de niveles altos de pobreza, UNICEF (1990) menciona que la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) ha brindado apoyo para un proyecto de apoyo y reducción a la pobreza, en respuesta a un hallazgo que relaciona directamente la pobreza de una comunidad y la ocurrencia de casos de desnutrición de todos los tipos existentes y que a pesar de los programas sociales que se encuentran vigentes para combatirla no pueden acabar con ella, lo cual comprueba la importancia de la *seguridad alimentaria*.

Así mismo, se ha identificado que parte de la seguridad alimentaria consiste en inculcar el buen uso de las herramientas de que se disponga para mantener una buena higiene en la preparación y manejo de los alimentos para asegurar así de manera integral y más completa la seguridad alimentaria en la población mundial (UNICEF, 1990). Aunado a UNICEF, Bachelet (2006) menciona que es responsabilidad de cada gobierno erradicar la desnutrición haciendo partícipes a los actores de la situación de una manera integral, desde

brindar la información respecto a la nutrición hasta brindar los recursos, tanto materia prima como recursos naturales, para que puedan llevar a cabo las acciones necesarias.

Para garantizar un progreso equitativo entre todas las personas del planeta, la *Seguridad Alimentaria* es regulada por el comité de seguridad alimentaria, un organismo mundial encargado de dicha función, el cual se encuentra formado por miembros, participantes y observadores que simultáneamente participan en la ONU, FAO, FIDA, PMA, entre otros organismos mundiales en defensa de los derechos alimentarios y de salud. Por lo que se requiere de la intervención del Comité de Seguridad Alimentaria (desde aquí CSA) para tener un pleno control de la desnutrición global y así ser controlada y de ser posible erradicada.

El concepto de seguridad alimentaria hace referencia a la capacidad de obtener los recursos para alimentarse, esto se relaciona únicamente con los recursos materiales tanto en especie como económicos para la obtención de alimentos, pero debe existir un manejo adecuado de estos recursos. La seguridad alimentaria cumple con su función básica hablando de término regulatorio, fomenta que las naciones se involucren con su población para generar un mejor ambiente, ya sea a través de apoyos directos o fomentando distintas alternativas para que cada ciudad logre la seguridad alimentaria. Esta solamente es una pequeña parte de todos los esfuerzos necesarios para lograr estados nutricios ideales en los infantes, los recursos con que se cuenta para brindar una mejor alimentación.

Este concepto se debe complementar con el buen uso que se les dará a los recursos obtenidos; el ambiente en que se alimentará al pequeño y la forma en que se llevará a cabo dicha alimentación son factores que, si bien no se toman en cuenta para marcar un factor de riesgo o de apoyo, tienen un gran valor para el proceso de crecimiento, en el aspecto socio-emocional y lo que esto conlleva.

La alimentación implica desde la adquisición de los alimentos hasta la entrega de los mismos al niño para su absorción por el organismo. Esta absorción de nutrientes se lleva a cabo de manera automática por el cuerpo, por lo que el momento oportuno para intervenir es la interacción en la mesa y las prácticas que tienen los cuidadores ante la crianza del niño.



## Prácticas de crianza como factores de influencia hacia la desnutrición.

Existen diversas situaciones que convergen en la desnutrición de los niños, uno de los factores más importantes es la interacción entre el cuidador y el niño, esta interacción establece los patrones de comportamiento en el entorno en que se lleve a cabo la misma. De ello se parte para generar un entorno en el que la relación niño-cuidador juega un papel muy importante, pues se establecen las bases para dicha relación desde el inicio y hasta el término de cada sesión de alimentación. El entorno alimentario es solamente uno de los entornos en que se manifiestan las prácticas de crianza, que son las conductas que se llevan a cabo para dar formación básica a los niños que reciben atenciones del cuidador principal, otros de los entornos incluyen la estimulación sensorial y la inculcación de prácticas de higiene personal.

Las prácticas de crianza son aquellas conductas que se llevan a cabo para realizar interacción con los niños en el periodo de desarrollo y crianza (Ramírez, 2005), proveen al niño de herramientas esenciales a nivel psicológico, mediante las cuales se pretende formar una conducta deseablemente madura, responsable y autosuficiente que les puede ser útil en la vida personal, a nivel familiar y social, además de los problemas antes mencionados de salud y nutrición. Las prácticas de crianza constan de la educación que recibe el niño durante su desarrollo, esto incluye a las prácticas de higiene, prácticas sociales y también las de alimentación y de no recibirlas se puede presentar una situación llamada *desorden de conducta alimentaria* que desencadena problemas de peso, independientemente de la situación que tenga el organismo (Atzaba-Poria, 2010).

Estas prácticas de crianza sentarán las pautas para un mejor desarrollo de la conducta alimentaria, así como del desarrollo de las habilidades motrices de alimentación autónoma, por ello resultan en las bases para que el resto de su vida tenga control de la forma en que se alimenta, los alimentos que ingiere y por ende la salud resultante de su forma de alimentarse, esto aunado a los beneficios que obtiene el niño a nivel emocional y social (Black y Creed-Kanashiro, 2012) Claro que de esto no depende todo, ya que el menor no es consciente de las consecuencias de una mala alimentación, necesita que el cuidador esté ahí para brindarle los alimentos necesarios, así como los cuidados ante una enfermedad y preferiblemente, una

prevención para no recaer en éstas.

Black y Creed-Kanashiro (2012) señala que de no recibir atención y un cuidado responsivo durante el primer año de vida se pueden generar problemas de autoestima y confianza, por esto resulta indispensable que el cuidador principal (sean abuelos, padres, hermanos o alguna persona que se encargue de cuidarles) tenga un buen repertorio de conductas favorables al desarrollo del niño, esto resulta complicado para algunas personas en situación desfavorable, quienes pudieron no tener una buena educación en dicho aspecto, y para combatir esto, se necesita identificar las conductas que resultan favorables y por el contrario las que resultarían en un daño para el niño.

Para una mejor alimentación lo ideal es que el niño guste de cualquier alimento que se le ofrezca, haciendo de lado las predisposiciones genéticas que tiene el niño a determinados alimentos (Birch 1999) ya que, si no existe la posibilidad de conseguir un alimento por cuestiones económicas, de temporada, o de alguna otra índole, el niño deberá aprender a comer lo que se tenga a disposición en ese momento tomando en cuenta aquellos alimentos que cubran sus necesidades de nutrición. Para que esto sea posible es necesario que el niño desarrolle una tolerancia a los distintos sabores que puede encontrar en los alimentos y así pueda adaptarse a la presencia o ausencia de los que comúnmente consume, a esta etapa se le llama desarrollo de preferencias alimentarias, este desarrollo está presente a lo largo de la vida, cuando probamos un alimento nuevo o una forma distinta de preparar uno que ya conocemos, y esto se manifiesta cuando se da el proceso de ablactación y el niño prueba su primer alimento.

Este proceso se debe llevar a cabo de manera paulatina para permitir una transición más suave de la alimentación del niño entre la lactancia exclusiva y los alimentos de otros orígenes.

El proceso de ablactación se da en general desde los seis meses, que es a partir de que el organismo del niño ha madurado lo suficiente para asimilar los nutrientes proporcionados por otros alimentos ajenos a la leche materna. Este proceso se da por un largo tiempo mientras se van presentando los alimentos que consumirá más a menudo y es comprendido principalmente hasta los seis años (Birch 1999) ya que durante esta etapa existen varios

factores que son fundamentales en la inclinación del niño por los alimentos y sus sabores, uno es la predisposición genética: el cuerpo del niño se encuentra preparado para buscar alimentos con sabores salados o dulces, mientras que los amargos y agrios le resultan aversivos (Birch 1999).

Uno de los factores que da origen a una práctica inadecuada de la lactancia es el factor social, que se manifiesta a través de la desvalorización de la misma (Cerdeña, 2011). El arraigo cultural a determinadas prácticas alimentarias, de crianza o de interacción en la mesa, forman parte de las personas y varían entre ellas de acuerdo a su historia de vida, las prácticas de crianza se ven reflejadas en el estilo de vida que maneja cada uno y eventualmente en los estados nutricios de los niños en cuestión. Las creencias alimentarias son generalizaciones que hacen las personas sobre la forma en que se deben alimentar y están basadas en sus experiencias personales, siendo estas tan variadas como las experiencias de alimentación y nutrición, las experiencias de cura de enfermedad o tratamiento de las mismas (por ejemplo, caldo de pollo durante una gripe) (Hernández *et al.* 2009).

Otro de los factores que intervienen en la presencia o ausencia de los gustos es la experiencia y el aprendizaje (Birch, 1999) individual del niño, que determinan si el alimento le ha sido agradable, si ha tenido una buena sensación durante y después de consumirlo e incluso si el ambiente en que ha comido resultó agradable, es decir, si existe una sensación de bienestar o de malestar próxima a la alimentación ligando esto con la experiencia en la interacción con su cuidador durante la alimentación.

Para lograr cambios favorables en la nutrición del niño es necesario generar cambios en la experiencia que el niño va a tener en su alimentación, además se requiere tener un control de los nutrientes que le proporcionamos y que estén balanceados de acuerdo a su edad y su actividad cotidiana; también se necesita garantizar la salud y que las situaciones que pongan en riesgo a la misma se disminuyan al máximo. Este objetivo no se logra de manera simple y mucho menos automática, es necesario generar un cambio en las conductas y actitudes del cuidador hacia la desnutrición y el manejo de enfermedades en el infante, aunque esto signifique dejar atrás creencias sobre cómo deben ser tratadas y adaptarse a lo correcto.

Este es un objetivo que requiere de un gran apoyo, ya que muchas veces las situaciones quedan fuera de control y se va perdiendo el balance, exponiendo así a los niños a factores que puedan no ser benéficos a la salud. Para este fin existen muchas herramientas que pueden ayudar y van desde los suplementos alimenticios y las vitaminas hasta los programas dietéticos que pueden elaborar los nutriólogos. Aunado a esto se necesita que los cuidadores conserven una mentalidad abierta y relajada ante la situación en la que se encuentran, que sean capaces de identificar las problemáticas en las que se encuentran sus hijos y que tengan la flexibilidad de adaptarse a los cambios que sean necesarios para mejorar la salud de la familia en general, y con ello la del hijo. Un ejemplo claro de los beneficios de tomar estas acciones se evidencia en el artículo de Hernández *et al* (2009) en el que se encuentra que las personas por cultura sabían de algunos nutrientes, pero conforme avanzan las generaciones se van perdiendo las costumbres y con ello la información sobre el valor alimenticio de algunos productos.

En forma de apoyo a estas situaciones existen instituciones sociales que distribuyen las vitaminas, vigilan el estado nutricional de los niños y se ocupan de hacer campañas de salud que los incluyan para proveer vacunas que prevengan las enfermedades respiratorias en los niños y la población más vulnerable, pero estas campañas quedan cortas frente a los factores de riesgo en el ámbito alimentario, y sumando a ello el factor de riesgo que representa la publicidad de alimentos con altos contenidos calóricos y pocos contenidos vitamínicos y el poco acceso a la información respecto a los alimentos adecuados para los niños, el proceso que debe llevarse en la alimentación y las porciones que debe consumir cada uno; todo esto resulta en problemas sociales que muy difícilmente pueden ser detectados por los profesionales de la salud.

## **2.1 Implementación de herramientas sociales.**

Es por eso que una de las herramientas que resulta útil y necesaria, es la distribución de la información respecto a la desnutrición y los factores que pueden propiciarla y las formas en que se puede evitar. Para este fin, las campañas a nivel nacional son útiles puesto que se ha demostrado una reducción de los problemas presentados por la población mas no ha resultado en la erradicación de los problemas antes mencionados; por ello se hace evidente la necesidad

de combinar las campañas de distribución de medicamentos y suplementos alimenticios (como los del programa Oportunidades) con la distribución de información acerca de los cuidados que deben tener los padres con sus hijos (o la persona que esté a cargo del menor) para así tener un programa holístico que abarque desde la nutrición física, la protección de la salud de los menores, la interacción diaria de los cuidadores, hasta la interacción en el ámbito específicamente de la mesa.

De acuerdo con Ortiz-Andrellucchi *et al* (2006), existe un trabajo cooperativo entre el desarrollo social y físico que puede arrojar mejores resultados en el mejoramiento de la salud de los niños que una de las dos de manera independiente. Cuando se pone atención en un solo punto podemos ayudar a que el niño se mantenga en un estado adecuado o deseable, más si hacemos una intervención conjunta podríamos llevarlos a un estado idóneo. De igual forma Lassi, Das, Zahid, Imdad y Bhutta (2013) encuentra en sus investigaciones que, aunque se administre a los niños una alimentación rica en nutrientes se requiere del entorno más adecuado, su investigación demuestra que incluso en poblaciones con alta seguridad alimentaria la educación en la alimentación complementaria juega un papel muy importante para el mejoramiento del estado nutricional de los infantes.

Uno de los obstáculos a nivel social que pueden generar el mayor problema es el arraigo cultural, puesto que es uno de los identificadores de la personalidad de la población, por lo que resulta complicado cambiar, en especial de la noche a la mañana, estas actitudes cotidianas que para las personas se han vuelto parte de sus vidas, aun a pesar de no ser las idóneas para llevar una vida más saludable. En este sentido, se vuelve una necesidad la incorporación de técnicas que abarquen modificación de conducta con un alcance social y ya no solo hablando de la interacción en la mesa sino de los diversos contextos de interacción padre-hijo.

## **2.2 Detectar errores en las prácticas de crianza**

Las prácticas de crianza son esas conductas que se han llevado a cabo por muchos años y que incluso van de generación en generación en el cuidado de los infantes, y que se aprenden del medio en que se desenvuelven, por tanto, son conductas susceptibles de ser modificadas en función de las necesidades específicas de los menores, siendo la prioridad en estas

necesidades la de alimentarlos adecuadamente, procurando los mejores nutrientes y evitando a su vez que caigan en enfermedades infecciosas que provoquen, como vimos en el capítulo 1, la pérdida de nutrientes y defensas.

Dado que las prácticas de crianza son conductas, sabemos que pueden ser modificadas mediante programas específicos, por ejemplo, clases a los padres sobre las conductas que afectan al entorno alimentario. Es una de las estrategias más confiables y seguras para combatir la desnutrición ya que se puede llevar a cabo en casi cualquier parte, debido a que no se necesita más que la información de forma clara y precisa, un lugar para explicar las técnicas a detalle, tiempo necesario para que el cuidador logre adquirir los conocimientos necesarios y la voluntad de las personas para cambiar esta situación. Esta estrategia es utilizada por Salinas, Gonzalez, Fretes, Montenegro y Vio (2014) para implementar cambios en la alimentación de niños en etapa escolar partiendo de la modificación en las prácticas de crianza parentales y con apoyo de los maestros de los niños.

La idea de modificar los hábitos en las prácticas de crianza radica en que se pretende que los niños adquieran nutrientes para mejorar su estado nutricional, pero que también adquieran poco a poco las prácticas adecuadas de nutrición y alimentación para generar cambios a corto y largo plazo en sus estilos de vida y con ello en sus niveles de nutrición, ya que si las prácticas de crianza son adecuadas es más probable un buen repertorio conductual del niño. El beneficio a largo plazo puede ser evitar la ocurrencia de conductas poco apropiadas y no tener necesidad de cambiarlas de una forma un tanto más tajante en un momento futuro.

Así, ya que éstas son aquellas interacciones que establecen los cuidadores y los niños y cumplen la función principal de brindar conocimientos necesarios para la interacción con su entorno social, en esta interacción hay tres componentes que se ven presentes y que resultan característicos, que son el poder, el afecto y la influencia (Bocanegra, 2007) éstos tienen una función característica para que en conjunto se desarrolle una mejor interacción, equilibrada y funcional, así mismo, pueden ser consideradas un factor de gran importancia para el desarrollo de los niños debido a la estimulación recibida a los sentidos y a la estimulación social recibida en la interacción con el cuidador, Domínguez-Vázquez, Olivares

y Santos (2008) hacen referencia a las propiedades socioculturales del momento de alimentarse como un medio, todo llevado a cabo en situaciones escalonadas y consecutivas (Bocanegra, 2007).

El entorno alimentario es un factor clave para el desarrollo del infante, ya que de manera directa implica la modificación de conductas que pueden redundar en negativas a largo plazo, ya que, en caso de establecerse exitosamente, esa conducta se convertirá en un hábito en los niños que una vez adultos transmitan el hábito a más menores (Díaz-Beltrán 2014).

Uno de los mejores aliados en el desarrollo es el sentido del gusto al probar los alimentos, que juega un papel fundamental, tanto para la experiencia a la hora de consumir los mismos como para protección a sustancias tóxicas, por ello es importante el papel del cuidador, ya que de éste depende el contacto, tanto inicial como subsecuente con los alimentos sólidos durante el proceso de ablactación, así como el correcto abordaje e introducción de nuevos sabores a la dieta cotidiana de los recursos existentes, ya que de no ser así se cuenta con el riesgo de carecer de flexibilidad a la hora de elegir los alimentos que serán consumidos (Duque, 2013).

Las conductas que generan situaciones desagradables a los niños resultan en un estímulo indicativo de malestar, provocando así el inicio de las cadenas contingenciales, lo que, de ser repetido por un largo tiempo puede generar aversión por la situación en cuestión o por los estímulos apareados con dicha situación. Un ejemplo de ello sería la presentación de un alimento con características neutrales, es decir, por el cual no hay una preferencia o un rechazo manifiesto, durante el consumo del cual se presentan sonidos fuertes, prisas por que lo consuma, falta de expresiones de afecto o una actitud poco responsiva ante la conducta del niño (Aboud, Shafique & Akhter, 2009). En este sentido, los mismos autores reportan que aquellas madres que lograron modificar su conducta respecto de la alimentación del infante ayudaron a mejorar su talla y se estableció la conducta de consumo autónomo.

Se ha comprobado que las prácticas de crianza tienen una influencia directa en los estados nutricionales de los niños, comenzando en la ingesta de alimentos y continuando con los hábitos de higiene y los alimentarios, incluyendo horarios de alimentación (Bocanegra,

2009). Algunas de las prácticas de crianza que afectan en gran medida al estado nutricional de los niños es la eficacia de la práctica de ablactación y lactancia, que de verse mermada puede predisponer al niño a riesgos de salud debido a la falta de nutrientes.

Durante el análisis de la relación de la desnutrición infantil con diversos factores, han surgido estudios que indican que la práctica responsiva está relacionada con un mejor estado nutricional. Las prácticas de crianza afectan de manera directa en la que desarrollan los niños, en sentido estricto, ésta primera interacción con la familia influye directamente en el desarrollo intelectual y emocional del niño (Velarde y Ramírez, 2017). Es por ello que llevar a cabo una práctica adecuada durante la crianza es fundamental, teniendo en cuenta la importancia también de la responsividad de la práctica que se lleve a cabo.

El proceso de aprendizaje de los cuidadores es un punto de interés, ya que es durante su proceso de aprendizaje que recibieron indirectamente las instrucciones de cómo dar de comer a los niños, ya sea por la forma en que ellos recibieron el alimento durante su desarrollo, como ellos vieron que se da el alimento o como ellos consideran que se debe dar el alimento, desde la imitación de conductas positivas hasta la evitación de conductas vistas en otras personas. Todas estas situaciones afectan la forma en que atenderán al niño por lo que resulta importante poner atención en las prácticas llevadas a cabo y cada uno de los factores que puedan ayudar a mejorar tanto las interacciones como consecuentemente los estados nutricionales en los niños. Todas estas prácticas se pueden mejorar mediante entrenamientos conductuales en la madre sin importar en realidad el nivel sociodemográfico o educativo (Affleck y Peltó, 2012) generando así cambios positivos en la salud y la interacción madre-hijo.

Aunque se hace mención que las prácticas de crianza tienen la propiedad de remitir y limitar los estados de desnutrición a su nivel más bajo e incluso eliminarlo, también se debe aclarar la ambivalencia del término, ya que las prácticas de crianza como tal pueden ser adecuadas o inadecuadas, y en el caso de éstas últimas, generar estados de nutrición poco favorables para el individuo en dos aspectos fundamentales, a corto plazo con la mala nutrición y el riesgo de adquirir estados de salud poco favorables y a largo plazo con la educación inculcada al niño sobre los hábitos alimentarios y de higiene, que a su vez seguirán



fomentando un estado nutricional inadecuado y poco favorable, es decir la herencia de las prácticas maternas que se llevarán a cabo con la siguiente generación.

Siendo la práctica alimentaria un factor imprescindible, reconocido incluso por la ONU y UNICEF (Affleck y Pelto, 2012), la efectividad de estas prácticas se puede ver afectada por distintos factores, como lo son la escolaridad, la experiencia previa, la intervención de los otros adultos (medio social), creencias, tradiciones y cuestiones ideológicas (Bocanegra, 2007).

Dicho esto, se plantea la situación en la que el niño está acostumbrado a un ambiente de poca higiene, con alimentos de baja calidad o preparados sin los cuidados necesarios, es entonces que el niño lo asimila como normal, algo que debe pasar y con lo que se ha de vivir como parte de la rutina diaria de alimentación. Si esto ocurre existe un riesgo mayor de contraer enfermedades de las vías respiratorias, tracto digestivo, etcétera; pero es posible prevenir y corregir mediante medidas que favorezcan las prácticas de higiene y de alimentación segura.

Para fomentar un ambiente de salud adecuado en el infante es de mayor utilidad comenzar por los padres, que son quienes inculcarán al niño estas prácticas, así como se aprende el rol social así mismo se aprenden estas prácticas. Fornós (2001) habla sobre algunos elementos que intervienen en la crianza, cuya importancia varía entre grupos étnicos.

- afecto
- sentido común
- capacidad organizadora
- capacidad contenedora
- creencias
- nivel socioeconómico

También expresa que "...La combinación de estos seis puntos y el potencial biológico del niño/a enmarcarán el nivel de socialización y educación del niño/a, así como su capacidad de aprendizaje..."(p. 185) con lo que podemos identificar que la imitación de conductas y el modelamiento de las mismas tiene un factor importante, cuando el hijo ve lo que hace el

padre, tiende a imitar, ya que es un modelo a seguir y si sus capacidades sociales se ven limitadas podría llegar a aprender menos que el resto respecto de dicha situación y por tanto continuar con el ciclo familiar.

Pichardo (2009) menciona las características de las prácticas de crianza eficaces y las no eficaces, mencionando los estilos democrático, autoritativo y autoritario:

“... Unas prácticas de crianza eficaces implican dar apoyo, expresar empatía, una adecuada resolución de conflictos, una buena comunicación padres-hijos, implicación o afectividad positiva, control de la conducta estableciendo límites claros y una apropiada disciplina... Por el contrario, las prácticas de crianza fundamentadas en la expresión negativa de afectos y en la utilización de castigos continuos, características de los estilos educativos autoritarios, se han asociado con un inadecuado desarrollo personal y social de los hijos...” Pichardo (2009) p. 39

Indicando que las prácticas más eficaces favorecerán un desarrollo de conductas socialmente adecuadas como la cooperación social, la independencia, etc., mientras que las menos adecuadas tienden a generar conductas socialmente menos aceptables, retraimiento y problemas de autoestima en el menor.

Por otro lado, Black (2012) define los estilos de dar de comer a los niños, dividiéndolos en cuatro tipos, diferenciando entre niveles de exigencia correlacionado con el afecto manifestado, así pues, cuando existe un nivel alto de exigencia y de afecto, estamos frente a un estilo responsivo; cuando los niveles de exigencia siguen siendo altos pero hay un nivel más bajo de afecto se puede ver un estilo controlador; si encontramos un nivel de afecto alto pero un nivel bajo de exigencia, estamos ante un estilo indulgente y cuando la exigencia y los niveles de afecto son bajos, se dice que es un estilo de crianza no involucrado.

Otro de los factores que influyen en el desarrollo de las prácticas de crianza como adecuadas o inadecuadas es que las necesidades identificadas por el padre en ocasiones no coinciden con las necesidades que el niño presenta. Fornós (2001) explica que puede existir un desfase desde el momento en el que el niño se siente mal, y este desfase se extiende a lo que el niño puede hacer y lo que el adulto espera que haga, contrario a esto, cuando nos encontramos lo que el niño espera que haga y que el adulto, por causas orgánicas o por no saber qué espera se encuentra un conflicto de interacción entre cuidador y niño.

A su vez, encontramos limitantes en las creencias o conocimientos de los padres al momento de cuidar a los hijos, desde la forma correcta de alimentarlos hasta la manera más adecuada de manejar la conducta de los menores para que atiendan las instrucciones paternas; esta limitante se encuentra ligada a condiciones de bajos niveles académicos y socioeconómicos de los cuidadores principales de los niños. Como un ejemplo respecto a la forma de alimentación, Duque (2013) llevó a cabo una investigación en comunidades rurales en las que el acceso a frutas y hortalizas se ve limitado por situaciones económicas y encontró que las prácticas alimentarias apropiadas, a pesar de ser promovidas como parte de un programa social, no han tenido la capacidad de generar cambios significativos, dado que a pesar de tener los nutrientes al alcance para mejorar su condición de salud, los integrantes de la familia tienden a comer siempre los mismos alimentos, por costumbre y a la vez falta de familiarización con los sabores de los alimentos a los que no tienen acceso constantemente.

Otro factor social importante es la tradición de la región, en la que no se consumen cierto tipo de alimentos y se hace mención que las personas que no son originarias de ese lugar se alimentan de dichos productos porque del lugar del que vienen si se utilizan comúnmente para la alimentación cotidiana, lo que logra hacer que las personas ingieran éstos productos es el conocimiento sobre sus propiedades benéficas para la salud así como los conocimientos acerca de los nutrientes que aportan las verduras y frutas (de cosechas propias) por lo que si no se lleva a cabo una dieta variada y se prefieren los alimentos saciantes (harinas) se llega a un ciclo de mala nutrición que se agudiza cada vez y que se mantiene incluso a través de las generaciones.

Por otro lado, los hábitos de activación física que tienen las familias influyen la nutrición de los integrantes, referente a las prácticas de crianza que dicho de otra forma son: las costumbres de ejercitarse en una familia tendrán un efecto positivo en la nutrición de la familia en general; así pues, pasar del sedentarismo a ejecutar actividad física moderada genera cambios positivos en la salud de quien lo hace (Devís, 1993). Esto propicia un ambiente de salud adecuado para que el niño crezca y se desarrolle en un entorno lleno de mejores hábitos y estilos de vida saludables cotidianos como una vida anti sedentaria, pero tampoco se debe confundir el término de actividad física moderada con la actividad física extrema, ya que esto también puede provocar daños en la persona que la lleve a cabo y reparar

en lo opuesto a la buena salud.

Todos estos factores se ven afectados por los de tipo socioeconómico ya que las personas no tienen acceso a una alimentación más variada (seguridad alimentaria) y con ello se predisponen a una mala calidad alimentaria, basada en poca variedad de alimentos y generalmente con una carga proteica y de micronutrientes muy simple que ayuda a que se mantengan las funciones básicas del cuerpo pero no favorece un estado óptimo de desarrollo y aunque la Inseguridad alimentaria tiene un efecto mayor y más común en adultos puede llegar a afectar niños (Vega-Macedo, Shamah-levy, Peinador-Roldán, Méndez-Gómez, Melgar-Quiñónez, 2014) de igual forma pero teniendo un estrago peor debido a sus características fisiológicas.

Como vemos, las prácticas de crianza pueden tener un efecto positivo o negativo ante la existencia de la desnutrición en los niños; esta dualidad se manifiesta constantemente y puede cambiar de dirección ante situaciones similares ya que no solo depende del cuidador sino también de las distintas características específicas del medio en el que se encuentran inmersos los actores principales del contexto alimentario “Madre-Hijo”

Como actor principal en ese contexto, el niño juega un rol fundamental en el que a partir del octavo mes de vida comienza a ser partícipe más activo y consciente de la situación de alimentación y los estímulos que recibe de ésta son determinantes para que se vea motivado a aumentar su participación o disminuirla hasta llegar a la menor actividad posible, en este sentido, Black (2012) menciona que la alimentación es un contexto complejo que incluye la habilidad de auto regulación del niño. El niño se alimenta nutricionalmente de la comida servida en el momento, pero también se alimenta a nivel de sentidos por medio de la diferente información que los alimentos le proporcionan, desde texturas, temperaturas, colores, olores y formas hasta los sabores y las distintas reacciones que éstos causan a sus receptores sensitivos, incluyendo los niveles de saciedad o de hambre que eventualmente reconocerá.

El niño atraviesa por un proceso evolutivo en su primer año de vida, durante el cual deja paulatinamente la alimentación exclusiva de leche materna hasta llegar a la dieta familiar y lactancia artificial (Black 2012), también pasa de la dependencia de la alimentación

materna al autoconsumo, dejando atrás la posición de acostado y asumiendo la posición vertical tienen al alcance de la vista los alimentos que consumirá, lo que le provoca interactuar con ellos, buscar manipularlos y eventualmente aprender a llevarlos a la boca para identificarlos por sabores y texturas.

Cuando el niño toma los alimentos para llevarlos a la boca está ejercitando el aparato locomotor, específicamente ejercita la coordinación ojo-mano, incluyendo en el sistema de aprendizaje y desarrollo de las funciones de masticado y deglución de los alimentos cada vez más complejos. Aquí, es necesario que el cuidador principal le otorgue el control de dichas funciones, siempre con vigilancia para servir de guía y protección ante accidentes y problemas con el desarrollo de nuevas habilidades. Esta etapa en los niños parte del mismo proceso que en los animales, un orden de alimentación que proporciona información valiosa al cuerpo, que aporta cada nutriente necesario para cumplir las necesidades fisiológicas para desarrollar el cuerpo (Costell, 2001).

El proceso de alimentación engloba las características conductuales, sin embargo, en el contexto social va más allá del simple hecho de ingerir alimentos, se compone de las conductas mediadas que se llevan a cabo a la par de la ingesta misma, desde acompañarnos de familiares hasta comer con los cubiertos adecuados, y todo esto se aprende en los primeros años de vida. Se requiere de un largo aprendizaje que culmina en la alimentación de manera autónoma del niño, es decir, que el niño pueda alimentarse por sí mismo desde que se le proporciona el alimento en el plato hasta indicar que está satisfecho, esto sin presentar dificultades para ello. Como lo dicho anteriormente, se requiere tiempo y su dominio requiere práctica y un ambiente adecuado, teniendo en cuenta que las habilidades motrices se lleven a cabo de manera normal.

# CONSUMO AUTÓNOMO

Ya se ha mencionado que un factor importante que afecta a la nutrición en una manera indirecta es la interacción uno a uno en la crianza, específicamente entre los niños y sus cuidadores principales, ya sea su padre, madre, hermano, institutriz o algún miembro responsable de su sociedad (Paraje, 2009).

Además de los factores que provienen del medio ambiente y de los alimentos para que el niño se desarrolle adecuadamente, existe otro factor que se encuentra latente en el proceso de alimentación y que resulta clave en el entorno alimentario que es la práctica de crianza, la cual puede ser adecuada o inadecuada.

## **3.1 El consumo autónomo y su relevancia en la alimentación infantil**

Las prácticas de crianza son una variable fundamental para que el individuo desarrolle habilidades sociales de interacción y conducta (Pichardo *et al* 2009), estas conductas pueden ser positivas o negativas y están basadas en pautas socioculturales (Domínguez *et al* 2008), por lo que tienen una influencia directa en la manera en que el infante se desenvuelve en la sociedad a la que se integra. En este aspecto se debe hacer mención a una habilidad necesaria en la sociedad, el *consumo autónomo*, esta capacidad es fundamental tanto en la alimentación en casa como en la alimentación en entornos sociales más amplios.

Además de los beneficios sociales, el consumo autónomo contribuye a que el niño desarrolle sus sentidos, mejore sus habilidades motrices, coordinación ojo-mano, entre otras; al interactuar con los alimentos, ya sea con propia mano o con utensilios como cuchara o tenedor. Además de ayudar a desarrollar las habilidades de coordinación y movimiento fino y grueso, el infante va adquiriendo con el paso de los años la habilidad de identificar dietas nutritivas y suficientes para su propio desarrollo en función de lo enseñado por el propio cuidador, ya sea de productos comprados o de los elaborados en casa, un estudio realizado por Duque (2013), encontró que las preferencias por los alimentos se desarrollan de acuerdo a la dieta familiar y la libertad que hay para elegir lo que ingiere de lo ofrecido.

Aunado a los factores de desarrollo físico que aparecen cuando el niño se alimenta por propia mano, existe un desarrollo del sentido de saciedad, este sentido que es una señal del cuerpo para el niño, que le indica que está satisfecho y es momento de dejar de comer, en

una investigación de De Moor, Didden y Korzilius (2007) se identificaron algunas dificultades en el momento de la alimentación infantil, reportadas por los padres o cuidadores, en los que señalan como un problema importante la “falta de apetito” lo que significa que, cuando un niño ha aprendido a identificar la falta de hambre prefiere no alimentarse, así como otro de los datos presentes en el estudio de De Moor et. al. (2007) que indican que algunas de las conductas infantiles es solicitar alimentos preferidos o más alimentos durante el periodo alimentario.

Así pues, cuando el cuidador delega el proceso de alimentación al niño está permitiendo que empiece a diferenciar las texturas que percibe de los alimentos, eligiendo siempre las que más atraen, a lo que el cuidador solo debe mantenerse al margen, vigilando siempre el bienestar del niño; tanto inmediato (que no se lastime) como a futuro (que ingiera lo que necesitará su cuerpo). Esta acción de permitir al niño experimentar al alimentarse y se genera en el niño la capacidad de regular la cantidad de alimento que ingiere, comiendo por saciar el hambre y no por el impulso que provoca la vistosidad de los alimentos. La alimentación autónoma también implica la regulación de alimentación a largo plazo (Daniels et. al., 2015).

Temple, Wilson y Bray (2017) mencionan que uno de los principales beneficios del consumo autónomo es la capacidad del niño para ser autosuficiente, tanto para su alimentación como para sus cuidados propios, esto va relacionado mutuamente, ya que los niños desarrollan la habilidad de alimentarse conforme alcanzan el primer año de edad de acuerdo a su desarrollo natural, mediante movimientos que le permitan mover los alimentos a la boca, con coordinación motriz gruesa y finalmente una coordinación más fina, así como los movimientos corporales de masticación y deglutimiento de los alimentos.

La eficacia con que los niños se desenvuelven en este aspecto de su vida tiene mucho que ver con la habilidad de la persona que esté a cargo de su crianza para brindar las herramientas adecuadas para su edad y de la forma en que se le brindan dichas herramientas, ya que de esto depende el desarrollo adecuado del infante (Pichardo *et al*, 2009) y es a partir de esto que el niño genera conciencia social e individual. Silverstein, Feldman, Gardner, Karmel, Kunit y Geva (2009) encontraron una relación directa entre la relación madre-hijo

durante los primeros doce meses que implica una correlación entre los problemas para ámbito alimentario y la calidad de la interacción madre-hijo, lo que nos da pie a pensar que para que una persona pueda educar a un niño de la mejor manera posible es importante que ésta haya recibido igualmente una educación buena, ya sea en etapas iniciales de su vida o en etapas avanzadas (como cursos o talleres que ayuden a este fin), de lo contrario podría no brindar la mejor educación respecto a este ámbito. El impacto que puede tener este primer contacto con la sociedad es vital para el desarrollo del niño en las primeras etapas de su vida (Domínguez *et al*, 2008), desde las primeras interacciones alimentarias hasta las primeras interacciones sociales fuera de casa y posteriormente durante el resto de su vida, en lo cual se manifiesta el consumo autónomo a lo largo de la etapa de aprendizaje.

Cuando se hace mención al aprendizaje de la etapa inicial en la alimentación infantil, es en referencia al aprendizaje de prácticas alimentarias, en algunos casos como en la investigación de Qu, Mi, Wang, Zhang, Yang *et al*. (2017) se pueden notar deficiencias en las técnicas de transición de la lactancia exclusiva a la alimentación complementaria, punto clave para generar el aprendizaje de las conductas de consumo autónomo en los niños. Qu *et al* (2017) mencionan que es necesaria una adecuada instrucción de los pasos a seguir para lograr con éxito una ablactación óptima, esto conllevaría a permitir en el niño el desarrollo de las conductas de consumo de los alimentos por propia mano, como una de las más adecuadas formas de alimentación que puede desarrollar el niño.

Relacionado a esto, Qu *et al* (2017) identifica una correlación directa entre la alimentación a los niños y su peso para talla, peso para edad y talla para edad como indicadores antropométricos de desnutrición, es decir, que se logró comprobar que esta característica en la alimentación infantil resulta en un beneficio altamente importante, por lo tanto, resulta prioritario generar en los padres de los niños los repertorios conductuales y teóricos para que hagan parte de sus rutinas alimentarias la instigación al consumo autónomo en sus hijos como continuación a la alimentación infantil por parte de los padres.

Las prácticas de crianza son solamente uno de los factores que influyen en los comportamientos de alimentación en los niños, los otros factores son los factores individuales y los factores contextuales (Pichardo, 2009) y ya que en esta etapa del desarrollo los niños



establecen la mayor parte de sus interacciones con sus padres, esas prácticas se convierten en prioritarias para estos niños.

Palacios (1988, citado por Ramírez, 2005) divide los factores que intervienen con la educación de los hijos en tres grupos, éstos relacionados con: el niño, el padre y las características del medio en que se lleva a cabo la interacción. Dentro de las interacciones padre-hijo se pueden encontrar de dos tipos, las que se encargan de educar a los hijos en el ambiente local nuclear de la familia y los que se encargan de educar al niño para la interacción social a nivel externo, es decir, a nivel de la sociedad o comunidad que les rodea.

La primera se verá influenciada por las normas establecidas en casa y las conductas que se pretendan inculcar (entre éstas la forma en que se lleva a cabo el consumo de los alimentos), así como los valores que el educador seleccione como idóneos para la convivencia familiar cotidiana. La segunda incluye normas que se han establecido en la primera, pero abarca a las normas que serán aplicadas para una interacción social más amplia y con un número significativamente más alto de participantes, con situaciones más complejas y estresores más fuertes a considerar.

Todas estas prácticas de crianza se verán influenciadas por algunos factores adicionales relacionados tanto con los padres como con los hijos, dichos factores son el sexo, historia de vida o ideologías de los padres, conceptos que refieren a una correcta educación desde la perspectiva peculiar de cada educador y que dan multiplicidad a los posibles estilos paternos.

Estas prácticas tienen la peculiaridad de no seguir solamente una línea y, al contrario, se vuelven una base que combina las conductas que se quieren inculcar en el niño y las emociones que están en juego durante la crianza (Ramírez, 2005), en esto se logran permear una a la otra y generan ese particular estilo que dará pauta a la experiencia individual que puede variar de un individuo a otro incluso entre hermanos de los mismos padres.

Esto último es una muestra clara de que la edad que tenga el cuidador del niño durante la etapa de crianza, así como la historia de vida del mismo, pueden generar cambios significativos en la decisión del estilo educativo en cada nueva ocasión.

Esto da pie al planteamiento de los distintos estilos a utilizar durante el proceso de crianza, que podría ser determinado como disciplinario o autoritario (Ramírez, 2005) según su aplicación, Ramírez (2005) explica las diferencias entre un método disciplinario y autoritario, haciendo mención de las características principales de cada uno de ellos, el primero se trata de un sistema que tiene sus bases en la promoción del amor hacia el niño como principal motor y recompensa de cada actitud, generando así un ambiente de confianza; el segundo método maneja un concepto de control externo al niño, que siempre llevará el control sobre lo que el niño debe o no hacer y cómo reaccionar ante las diversas situaciones de conducta social.

En el entorno alimentario encontramos estas características como un punto relevante ya que cuando se manifiestan conductas no favorables para la alimentación por parte del niño (como distraerse o negarse a comer los alimentos) se vuelve necesario aplicar alguna de estas técnicas del control de la conducta para encausar la misma hacia una deseable que permita al niño tener una mejor alimentación y una aceptación de las reglas acerca de la conducta en la mesa que ya han sido establecidas por los padres.

Las reglas que deben regular las conductas en la mesa se establecen de acuerdo a las necesidades de cada padre y en relación a su experiencia, por esto se vuelve necesario hacer notar la importancia del conocimiento previo de los padres acerca de las conductas favorables para el entorno alimentario, así como de los elementos que serán puestos en la mesa tanto como herramientas para apoyar la alimentación como las alternativas alimentarias que puedan proporcionar nutrientes adicionales.

Estas reglas en la mesa se van introduciendo poco a poco desde el destete y la ablactación, en que se empieza a integrar al niño al entorno alimentario familiar, brindándole a éste un lugar en la mesa y la posibilidad de manipular por sí mismo los alimentos que consumirá. A esta alimentación se le llama alimentación complementaria, ya que la lactancia materna no debería ser suspendida durante la ablactación más sí debe ser complementada con algunos alimentos sólidos cada vez más ricos en nutrientes complementarios a la lactancia. Este proceso puede ser llevado de maneras diversas dependiendo en gran medida de las estrategias que tengan los padres para alimentar a los niños.

Este trabajo se inserta en el proyecto PAPIIT IN307914 (Cortés, 2013) cuyo objetivo es analizar los factores implicados con el entorno alimentario, específicamente los que refieren a las conductas de alimentación infantil y las complementarias del niño, como las conductas infantiles de recepción de alimento y las de alimentación autónoma. Cada conducta analizada es observada en función de la duración de la misma, siendo un objetivo principal: analizar las conductas presentadas durante el proceso de alimentación infantil, así mismo, observar y estudiar los cambios presentados durante un proceso práctico para ayudar a promover prácticas maternas apropiadas en la mesa (no abordado en el proyecto específico).

### **Objetivos específicos del proyecto general**

Objetivos generales:

1. Extender la evidencia empírica sobre el efecto de una intervención basada en la modificación de la conducta materna en la mesa sobre el consumo de alimentos del niño.
2. Evaluar longitudinalmente los efectos del programa sobre las prácticas de crianza de la madre y el nivel de estrés parental
3. Evaluar longitudinalmente los efectos de la intervención sobre el estado de salud y nutrición del niño y sobre su desarrollo motriz y cognoscitivo
4. Comparar la efectividad de la estrategia en dos poblaciones diferentes
5. Determinar los momentos oportunos de intervención

El presente trabajo forma parte de la etapa inicial del proyecto, y se relaciona con los objetivos particulares *a* y *b* arriba señalados que consisten en identificar los patrones de interacción en la mesa en la fase de línea base y que permitirán valorar los efectos de la intervención.

Objetivos específicos:

1. Evaluar la relación entre las prácticas alimentarias maternas y las habilidades de alimentación autónoma en niños con riesgo de desnutrición en tres grupos de edad.
2. Evaluar la relación entre las habilidades de alimentación autónoma y el estado nutricional.

**Hipótesis:**

1. La conducta de consumo autónomo diferirá en su duración en función de la edad, en particular, a mayor edad mayor será la duración de esta conducta.
2. La conducta de consumo autónomo tendrá una mayor duración en todos los grupos en función de la adecuación de las prácticas alimentarias maternas.

# MÉTODO

## Participantes

En la presente investigación participaron 15 diadas niño-cuidador. Al inicio del estudio la edad de los niños fue de entre 6 y 12 meses de edad y fueron reclutados en dos centros de salud del Instituto de Salud del Estado de México, ubicados en el municipio de Tlalnepantla.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Encontrarse bajos de peso y/o de estatura entre una y tres desviaciones estándar (-1 z a -3 z) por debajo de la media para su género y edad, basados en el programa para mediciones antropométricas proporcionado por la OMS.
2. No manifestar enfermedades del tracto digestivo ni de las vías respiratorias durante el proceso de abordaje.
3. los niños no deberán tener historial de padecimientos gastrointestinales o vías respiratorias con fiebre en al menos un mes antes de la intervención
4. No estar bajo tratamiento médico debido a su condición nutricia.

Los cuidadores de los niños evaluados fueron informados y aceptaron explícitamente participar en el proyecto mediante un consentimiento informado que se les proporcionó para que lo leyeran a detalle, mismo que firmaron acordando así su participación en el proyecto.

Debido al ritmo natural de desarrollo de los niños en relación a la conducta alimentaria, se dividieron las 15 diadas en tres grupos de edad, los cuales quedaron de la siguiente manera:

Grupo 1: niños de entre 7 a 9 meses, con 7 participantes

Grupo 2: Niños de 10 a 11 meses, con 4 participantes

Grupo 3: Niños de 12 y 13 meses, con 4 participantes

Estos participantes fueron en su mayoría pertenecientes a una familia nuclear completa y quien participa de las diadas en la mayoría de los casos fue la madre, a excepción de dos casos en que fue la abuela materna la que realizó la alimentación tanto en los días habituales de alimentación como durante las sesiones de grabación.

## **Escenario**

La realización de este proyecto se llevó a cabo en dos etapas, la primera fue la toma de datos antropométricos y la aplicación de las pruebas iniciales, la segunda implica las sesiones de grabación y medidas posteriores.

Las mediciones antropométricas y las pruebas iniciales se llevaron a cabo en las instalaciones de los centros de salud del municipio de Tlalnepantla “Lázaro Cárdenas III” y “Santa Cecilia”, estas mediciones constaron de toma de peso y talla de niños de un rango de edad entre 6 y 12 meses de edad que acudieron al área de vacunas de dichos centros de salud, así mismo, una vez determinada la talla y el peso indicados como regla de inclusión se realizaron las pruebas iniciales (incluida la lectura y firma del consentimiento informado) en el área de espera del centro de salud en cuestión.

Las sesiones de grabación se llevaron a cabo en los domicilios de los participantes en tres sesiones de tres días distintos para la línea base, en el ambiente y horario habitual de alimentación.

## **Aparatos y materiales**

Para la toma de peso y talla se utilizaron báscula para bebé marca SECA con precisión de 100 gramos y estadímetro marca SECA con precisión de 1 cm.

El infantómetro utilizado es de la marca SECA, del cual se usaron dos modelos distintos, el primero con estructura de aluminio y piezas plásticas, la estructura de aluminio contiene la medida en Centímetros y pulgadas; las piezas plásticas son plegables para su mejor transportación. El segundo modelo de infantómetro es de estructura plástica que cuenta con números indicativos de la medida en centímetros y pulgadas, toda la estructura del infantómetro es en plástico y las reglas son de plástico rígido para medir desde pies hasta cabeza mientras que la estructura numerada consta de una lona que debe ser extendida sobre una superficie plana para extenderla de la mejor manera.

Las básculas utilizadas para pesar a los niños (participantes y posibles candidatos) también marca SECA se dividen en dos variantes, ambas con bandeja para recostar al niño y

pantalla digital que indica peso en gramos y libras, esto elegible mediante un botón en la parte inferior en ambos modelos de básculas, trabajan con baterías y se puede calibrar el peso para calcular el peso de cobijas u otros objetos que se usan de apoyo para dejar en posición cómoda al niño; la diferencia existente entre ambas variaciones de báscula es únicamente el modelo, lo cual no afecta la calidad de la obtención de datos de los participantes.

Para evaluar el nivel de desnutrición de acuerdo a las medidas antropométricas se utilizó el programa *ANTHRO* proporcionado por la OMS (2011) en su página oficial, así como una computadora personal en la que se registraron los datos.

Así mismo, para el registro en casa de los participantes se utilizaron los siguientes aparatos: Báscula para pesar alimentos con capacidad de 2000 gramos y precisión de .01 gramos (estos datos no están relacionados con el proyecto particular, por lo que no se abordan más adelante) y cámaras de video digital para grabar la conducta durante la alimentación.

Adicional a los datos obtenidos en la grabación se aplicó una batería de pruebas y cuestionarios diversos (véase instrumentos).

## **Diseño**

Se empleó N=1 de tipo observacional de corte transversal con tres sesiones de grabación.

## **Instrumentos.**

Para el análisis de algunos elementos de interés a ésta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- 1) Cuestionario socio-demográfico y de historia de salud familiar.

Dicho cuestionario se diseñó para analizar los principales datos demográficos que incluyen los aspectos familiares en cuanto a estructura, tipo de familia y familiares con que convive, aspectos específicos de la vivienda como número de habitaciones y zonas seguras para el niño en la misma. También se abarca en qué condiciones de salud se encuentra y cuál es el estado general de salud del niño partiendo de su alimentación inicial, momentos de inicio del consumo de diversos alimentos y concluye en el registro de las prácticas de prevención y si es el caso, prácticas del manejo de enfermedades infecciosas y no infecciosas

de las vías respiratorias y del tracto digestivo específicamente.

## 2) Categorías conductuales.

Para poder identificar de manera correcta y específica las conductas a analizar, se establecieron categorías conductuales en las que se incluyen las conductas verbales y no verbales, tanto de la madre (o cuidador) como del niño. Estas categorías sirvieron para registrar las tasas de ocurrencia mediante la observación de los vídeos, así como los tiempos de ocurrencia de las conductas en cuestión y se identificó de manera complementaria la actitud hacia la alimentación (positiva, negativa o neutral).

Estas categorías se dividieron en las referentes al cuidador y al niño (véase Apéndices 1 y 2), para cada uno se realizaron dos sub-categorías: verbalización y consumo (Presentación de alimentos para el caso del cuidador). Dichas categorías fueron observadas por duración relativa, es decir, se calculó el tiempo relativo de aparición durante cada sesión para poder realizar una medición más precisa.

Estas categorías son clave para identificar las prácticas maternas de alimentación infantil, ya que nos permiten observar las conductas de mayor presencia durante el proceso y así poder determinar las más adecuadas para cada caso.

## 3) Anthro. El software de computación denominado Anthro, es un programa proporcionado por la OMS (2011) en su página de internet, el cual permite de manera práctica y de fácil acceso al usuario calcular los promedios de IMC utilizando los datos básicos de los pacientes, tales como peso, talla, edad y género. Dicho programa también ayuda a marcar mediante colores los niveles de desnutrición y de riesgo de adquirirla.

## **Procedimiento**

El procedimiento de esta investigación se dividió en las siguientes etapas:

### 1. Toma de medidas e inducción de participantes al proyecto.

Las medidas fueron obtenidas por egresados de la carrera de Psicología entrenados en el uso del equipo, materiales e instrumentos. Con previo consentimiento de los cuidadores, inicialmente los niños fueron sometidos a una valoración para obtener los parámetros



antropométricos. Para obtener el peso, la báscula se colocó sobre la superficie plana de una mesa, horizontal y firmemente, se encendía y esperaba a que se calibrase para comenzar a pesar. Una vez que el niño se colocaba en el centro de la canastilla y su posición era estable (sentado o recostado) se registró el peso que la báscula indicaba cada vez. Para obtener su estatura, se colocaba al niño en posición de decúbito dorsal sobre el eje estadímetro (infantómetro), se le sostenía la cabeza con el vértex en contacto con la superficie fija del aparato, y con la otra mano se movilizaba la placa pódica hasta quedar en contacto con los pies y se registraba la estatura indicada. Posteriormente, se aplicaron las escalas Bayley (datos que no se presentan en este estudio debido a que no se requieren para el análisis de corresponsabilidad de las variables en cuestión) en presencia del cuidador en un espacio destinado a ello por los directivos del centro de salud, que al principio fue una oficina desocupada y posteriormente se utilizó el consultorio de prácticas de estimulación temprana.

## 2. Videograbación

Para el proceso de videograbación se utilizaron cámaras de video digitales; dos con disco duro interno y una con opción de tarjeta de memoria externa, las cámaras cuentan con batería en estado regular y es necesario recargarlas cada 60 minutos de uso continuo, para lo que se toman las precauciones pertinentes.

El proceso de grabación implicó el uso de cámaras de vídeo y en algunos casos de una base para estabilizar la cámara y permitir una grabación desde un ángulo continuo y así evitar sesgos de información, la obtención de los videos desde las cámaras fue en formato digital, convertido al formato aceptado por el programa *The Observer* (Noldus, 2002) para realizar las codificaciones. Las videograbaciones se llevaron a cabo en el domicilio de los participantes en el horario habitual del desayuno o comida por tres días seguidos con un espacio no mayor a tres días entre uno y otro para así tomar una medida confiable de las interacciones en la mesa. Para dar inicio a las grabaciones de los vídeos la madre del niño hacía la seña de que iniciaría a alimentarlo, así mismo, al terminar la alimentación ella misma hacía la indicación a la cámara, para finalizar la grabación.

## 3. Codificación.

Posterior al proceso de grabación, los videos son almacenados en computadoras

dedicadas al proceso de codificación que se llevó a cabo con el programa “*The Observer pro*” (Noldus, 2002), que tiene como función registrar las conductas que se analizarán para mejorar la precisión de las observaciones. Codificar los videos implica seguir una serie de pasos, normas y criterios que garantizarán que el observador que codifique sea imparcial y tenga la misma visión de las conductas que los demás que participan del proyecto.

La codificación es uno de los procedimientos más importantes para la obtención de datos acerca de la interacción en la mesa y es necesario registrar cada conducta incluida en la lista de codificación de conductas para hacer un registro de la aparición, constancia y duración de cada conducta. Todas estas conductas se registran mediante el programa *The Observer Pro* (noldus, 2002) el cual permite hacer una anotación de cada conducta cada vez que ésta sea vista por un examinador, motivo por el cual es necesario generar un nivel de confiabilidad alto entre los examinadores para comprobar que todos están viendo las conductas de la misma forma por cada categoría.

Esta etapa se llama proceso de confiabilidad, en la cual se pretende establecer un punto general en el que las observaciones de los distintos examinadores coincidan en las conductas observadas en al menos un 85% de las conductas registradas por cada examinador. Estas conductas serán analizadas en un periodo de prueba sobre el mismo vídeo, el cual debe ser idéntico en duración y participantes que aparecen en él, una vez alcanzado el nivel de confiabilidad de al menos el 85% se puede continuar con la codificación de cada uno de los vídeos de forma individual, es decir, un vídeo distinto por cada examinador que ha logrado establecer el nivel de confiabilidad, en este punto se pueden usar los vídeos de los participantes.

Los videos fueron codificados por observadores entrenados y cumplieron con el criterio de estar en un rango de 0.77 a 0.90 de confiabilidad de Kappa de Cohen. Y el sistema de codificaciones fue obtenido del proyecto general (Cortés, 2013), y se describe en los apéndices 1 y 2.

#### 4. Análisis de resultados

Para el presente trabajo se realizó una correlación no paramétrica de Rho de Spearman para los datos antropométricos respecto a la edad, esto para tener una perspectiva del estado

de salud en el que se encuentran los participantes y compararlo con las conductas en la mesa de la diada en cuestión. Esta información se utilizó como criterio para determinar el nivel de significancia bilateral de los resultados respecto de la media.

Dichos cálculos se llevaron a cabo tomando en cuenta los tiempos relativos (un porcentaje del tiempo total de las sesiones de grabación) de ocurrencia de cada una de las conductas (tanto del niño como de la madre o cuidador) durante las sesiones de grabación y las puntuaciones  $z$  de las distintas medidas ZPL, ZLE y ZPE.

## Resultados.

Este estudio está enfocado en evaluar las conductas maternas adecuadas durante la alimentación infantil en relación a los estados de nutrición en los que se encuentran los niños durante el momento de ingreso al proyecto, así mismo se pretende evaluar las habilidades de alimentación autónoma presentes en los niños.

Para el objetivo de este trabajo se tienen que analizar los datos obtenidos durante las sesiones de grabación en casa de los participantes, ya que estas grabaciones arrojan datos acerca de la duración relativa de las conductas, tanto del niño como de la persona que lo alimenta, estas conductas incluyen las positivas y negativas pero para fines prácticos se tomarán en cuenta las conductas que tienen una correlación significativa de la prevalencia de dichas conductas con las puntuaciones  $Z$  que indican el estado de nutrición.

Tabla 1

*Puntuaciones Z correspondientes al grupo 7 a 9 m.*

Diada	Edad (meses)	Sexo	ZPL	ZPE	ZLE
D1	9	M	-1.11	-0.7	0.34
D4	7	F	-1.34	-1.20	-0.29
D5	9	F	0.98	-0.78	-2.58
D7	7	F	1.93	0.85	-1.03
D11	8	F	-0.78	-1.42	-1.48
D15	9	F	-0.65	-1.59	-1.94
D16	7	F	1.14	-.44	-2.34

Datos correspondientes a puntuaciones  $Z$  en las tres dimensiones para el grupo de participantes de 7 a 9 meses de edad (7 a 9 m)

Respecto a la utilización de puntuaciones  $Z$  para determinar los niveles de nutrición, en la **Tabla 1** se puede identificar en el grupo 7 a 9m la D16 que a sus 7 meses de edad manifestó un peso bajo para la edad, pero aún dentro de la norma de  $\pm 1$  desviación estándar, sin embargo, la talla para la edad está por debajo de la media, específicamente en esta medida se encuentra en  $ZLE = -2.34$ , lo que nos da un indicio de desnutrición Crónica dada la etiología expuesta en la introducción. De ese mismo grupo la D5 se manifiesta en condiciones

similares e incluso con un indicador de desnutrición más severo (ZLE= -2.58), así como el caso de la D16, éste presenta signos de desnutrición crónica, indicio de que ha padecido la falta de nutrientes o ha sufrido enfermedades que han reducido considerablemente su capacidad para absorber los mismos. Por otro lado, en este mismo grupo tenemos a la D7 que manifiesta medidas adecuadas en dos de las tres combinaciones usadas para calcular las puntuaciones Z, pero aún a pesar de encontrarse en un rango aceptable pudimos identificar que cuenta con una de estas puntuaciones por debajo de -1, lo que indica un riesgo de desnutrición.

Hablando del grupo de participantes de 9 a 11 meses de edad (**Tabla 2**) encontramos características similares en lo que refiere a las variaciones de peso y talla, así como las puntuaciones Z alejadas de la media en forma negativa, tales son los casos de las diadas D6, D9 y D13 que se encuentran entre -2.00 y -1.86 puntos de desviación en la categoría ZPL, así como la diada D3 que se encuentra en una situación de desnutrición más compleja, abarcando -2.53 ZPE y -2.82 ZLE, lo que nos indica de un estado completo de desnutrición en dos de las tres categorías utilizadas para evaluar el estado de nutrición, así como un -1.31 en la categoría ZPL.

Tabla 2  
Puntuaciones Z correspondientes al grupo 9 a 11 m

Diada	Edad (meses)	Sexo	ZPL	ZPE	ZLE
D3	11	F	-1.31	-2.53	-2.82
D6	11	F	-1.88	-1.16	0.43
D9	11	F	-2.00	-0.82	1.41
D13	11	F	-1.86	-1.05	0.63

Datos correspondientes a puntuaciones Z en las tres dimensiones para el grupo de participantes de 9 a 11 meses de edad (9 a 11 m)

En el grupo de participantes de 12 a 13 meses de edad encontramos cifras menos drásticas en comparación al grupo anterior, pero con la importancia del riesgo de desnutrición presente en éstas. Podemos apreciar en la **Tabla 3** que la diada D8 presenta ZLE de -2.35, lo

que es un indicador de desnutrición crónica severa, así mismo, se puede comparar con la diada D10, que está en un ZLE de -1.99 que se aproxima a una desnutrición crónica severa, por otro lado tenemos también el caso de la diada D12 que se encuentra en ZPE -1.06 que es apenas un indicador de riesgo de desnutrición pero que debe ser observado puesto que no sabemos si este problema está apenas en desarrollo o ya se encuentra cediendo.

Tabla 3

Puntuaciones Z correspondientes al grupo 12 a 13m

Diada	Edad (meses)	Sexo	ZPL	ZPE	ZLE
<b>12</b>	12	F	-0.22	-1.06	-1.8
<b>D8</b>	13	M	-0.25	-1.32	-2.35
<b>D10</b>	13	F	-1.06	-0.15	-1.99
<b>D2</b>	13	F	-0.50	-1.14	-1.62

Datos correspondientes a puntuaciones Z en las tres dimensiones para el grupo de participantes de 12 a 13 meses de edad (12 a 13 m)

Como podemos observar, los valores varían entre los grupos e incluso entre los participantes de cada grupo. Todas estas medidas son únicamente con el fin de determinar de manera breve el estado de salud del niño de acuerdo a los estándares poblacionales, sin embargo, el objetivo de esta investigación está centrado más en evaluar las conductas (tanto maternas como de alimentación autónoma infantil) que pudieran estar relacionadas con estas problemáticas y así plantear posibles soluciones a partir de los resultados obtenidos en la misma. Por ello se realizó el análisis de las distintas conductas relacionadas con la alimentación y que se consideran factores de alto impacto para la nutrición infantil.

Estas conductas fueron divididas y clasificadas en categorías que a su vez se dividieron en las conductas de la madre o cuidador (**Apéndice 1**) y las conductas del niño (**Apéndice 2**), estas conductas son referentes al entorno alimentario, las cuales fueron enlistadas en el método y pueden ser observadas a detalle en los **apéndices 1 y 2 respectivamente**.

Las observaciones realizadas arrojaron resultados relevantes respecto de las diferentes conductas presentadas en la mesa, ambas partes de la diada madre-hijo fueron observadas a detalle para obtener su información conductual. Estas observaciones se registraron y de las conductas más relevantes se obtuvo la información de la figura 1. En esta figura podemos observar gráficamente la duración de las conductas de manera relativa al tiempo total de duración en cada sesión, esto representado en porcentaje del total de cada sesión, podemos ver que dos de las conductas más relevantes a este trabajo, las de consumo autónomo, se manifiestan con mayor duración en el grupo de mayor edad secuencialmente, es decir, el grupo de 10 a 11 meses tiene una mayor presencia de estas conductas comparado al de 7 a 9 meses y el de 12 a 13 meses a su vez del grupo de 10 a 11 meses.

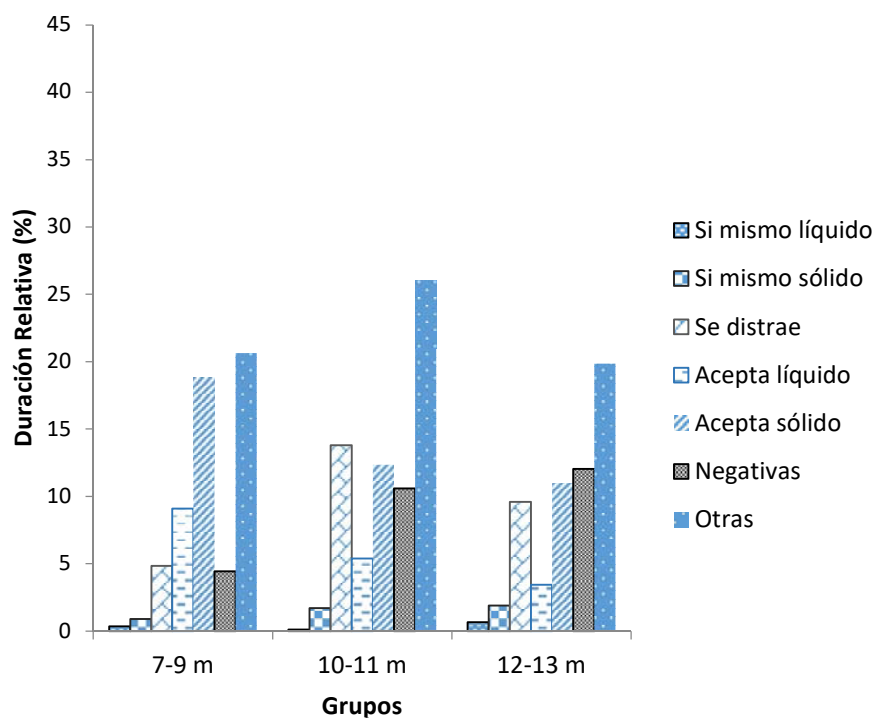


Figura 1. Comparación entre grupos de duración relativa promedio de las conductas principales del niño en la mesa.

Por otro lado, las conductas de **Acepta Líquido** y **Acepta Sólido** se aprecian disminuidas en relación a la edad y de manera proporcional al aumento de las conductas de alimentación autónomas (si mismo). También se puede identificar la relación entre la

conducta **Se distrae** y **Otras** conductas y que las diferencias entre los tres grupos de distracción del niño se ven complementadas con un aumento o disminución similar en la duración de otras conductas en la mesa.

Así mismo, en la Figura 2 se observa la duración relativa de las conductas de la madre o cuidador durante las mismas sesiones, se resaltaron las conductas de acuerdo a la importancia de aquellas conductas que tuvieron mayor presencia. Podemos en este caso identificar que la duración relativa de la conducta de dar alimentos al niño disminuye conforme aumenta la edad de los participantes, también que las conductas englobadas en **otras** aumentan ligeramente conforme lo hace la edad del niño y la conducta de **Preparar** se mantiene en un promedio similar en los tres grupos.

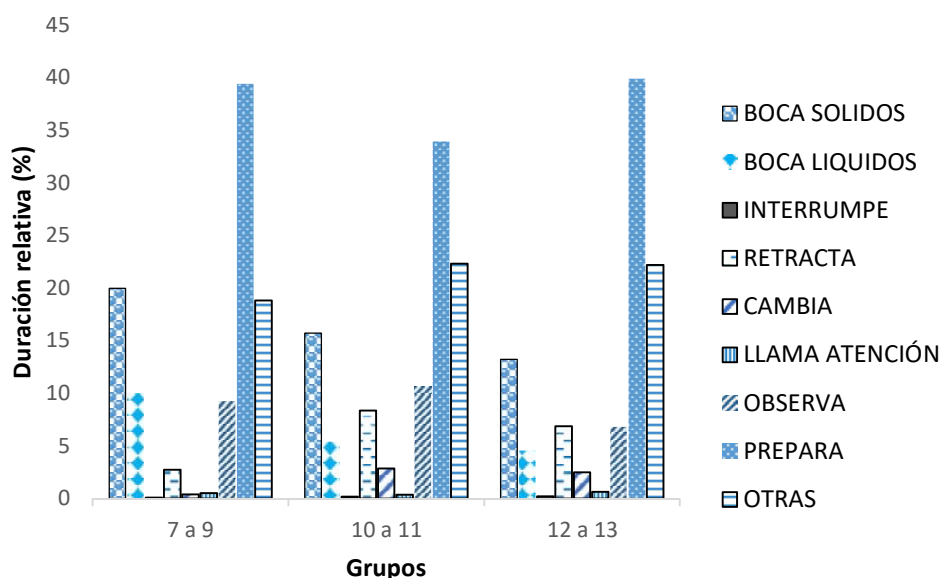


Figura 2. Comparación entre grupos de duración relativa promedio

Estas conductas se analizaron para determinar su duración relativa durante el proceso de alimentación (ver tabla 4). Esta duración relativa se usa para identificar las diferencias entre cada conducta y las relaciones entre los patrones de conducta en la mesa y los niveles de nutrición presentados por los niños, localizando las conductas que se relacionan de manera directa con las puntuaciones Z correspondientes al cálculo realizado a partir de las medidas antropométricas iniciales.



**Tabla 4. Valores de la duración relativa de las categorías maternas de la dimensión de presentación de alimentos**

<b>Grupo</b>	<b>DIA DA</b>	<b>BOCA SOLIDOS</b>	<b>BOCA LIQUIDOS</b>	<b>INTERRU MPE</b>	<b>RETRAC TA</b>	<b>CAMB IA</b>	<b>LLAMA ATENCION</b>	<b>OBSER VA</b>	<b>PREPARA RA</b>	<b>OTRAS</b>
<b>7-9m</b>										
	D1	21.2	<b>44.93</b>	0.24	0.38	0.29	0.34	0.44	27.8	13.7
	D4	15.7	9.67	0	3.14	<b>1.19</b>	0.49	0.4	37.1	32.3
	D5	<b>32.8</b>	0.24	<b>0.30</b>	1.47	0.41	0.43	5.53	<b>52.8</b>	5.98
	D7	<b>33.2</b>	8.63	0	<b>5.01</b>	0.55	0.18	2.16	47.3	2.96
	D11	15.9	0	0	4.26	0	0.64	13.9	43.7	21.5
	D15	6.12	3.34	0	3.57	0.12	<b>1.37</b>	<b>29.5</b>	40.2	15.7
	D16	15.1	3	0.14	1.31	0.22	0.21	12.9	27.2	<b>39.8</b>
<b>10-11m</b>										
	D3	16.6	2.19	0	<b>12.20</b>	5.20	0.42	0.94	<b>44.3</b>	18.1
	D6	14.6	<b>11.6</b>	0	8.13	0.59	0.41	8.22	18	<b>38.5</b>
	D9	5.7	4.99	<b>0.68</b>	9.26	<b>5.51</b>	<b>0.47</b>	<b>21.9</b>	29.7	21.7
	D13	<b>26.1</b>	2.92	0.07	3.93	0.17	0.17	11.6	<b>43.9</b>	11.1
<b>12-13m</b>										
	D2	<b>16.2</b>	2.65	0.12	6.40	3.81	<b>0.95</b>	6.50	<b>46.1</b>	17.2
	D8	8.3	<b>7.56</b>	<b>0.59</b>	<b>9.25</b>	<b>4.54</b>	0.63	5.48	31	21.2
	D10	12.9	1.70	0.20	6.87	1.35	0.79	<b>11.3</b>	<b>46.1</b>	18.6
	D12	15.5	6.35	0	5.02	0.31	0.27	4.05	36.6	<b>31.9</b>

De manera individual los datos arrojan cifras respecto a las conductas, en algunos de los casos se evidencia la relación entre las conductas observadas y el estado nutricional de los niños identificado anteriormente. Podemos observar en la diada **D1** que tiene un valor en la conducta materna de dar líquidos al niño de **44.93** y en lo que refiere a la **Tabla 1** encontramos que tiene una **ZPL -1.11**, el resto de las conductas se enfocan en la alimentación, tales como preparar y boca sólidos, presentando bajos valores en las demás conductas, comparando este caso con el de la diada **D5** encontramos que tiene un valor de **ZLE -2.58** aunque, a pesar de tener un valor alto en boca líquidos (32.8) dedica la mayor parte del tiempo de alimentación en la etapa de preparación (52.8) y dedica muy poco tiempo a la alimentación mediante líquidos (0.24). Los casos de las diadas **D15** y **D16** presentan puntuaciones de -1.94 y -2.34 en **ZLE** respectivamente, lo que se puede apreciar en la **Tabla 4** en las duraciones relativas que dedican valores sustancialmente menores que los ejemplos de las otras dos diadas en aspectos alimentarios y duraciones superiores en lo que refiere a observar, preparar y hacer otras actividades que no están relacionadas con la alimentación.

Tabla 5  
Valores de la duración relativa de las categorías de la dimensión de consumo del niño

GRUPO	DIADAS	SÍ MISMO LIQUIDO	SÍ MISMO SOLIDO	ACEPTA LIQUIDO	ACEPTA SOLIDO	SE DISTRAE	NEGATIVAS	OTRAS
<b>7-9 m</b>								
	D1	0.39	0.09	44.62	14.54	0.07	1.1	10.78
	D4	0	0	8.33	14.08	1.51	9.14	31.77
	<b>D5</b>	2.12	0.1	0.04	<b>25.92</b>	0.22	2.36	<b>0.53</b>
	<b>D7</b>	0	0	6.62	20.9	5.62	2.11	<b>2.06</b>
	D11	0	0	0	12.24	14.95	14.3	19.66
	D15	0	1.96	2.51	4.9	5.28	1.86	<b>52.03</b>
	D16	0	4.1	1.4	38.8	6.29	0.15	27.57
<b>10 - 11m</b>								
	D3	0	0.38	2.3	11.43	14.03	18.08	32.69
	<b>D6</b>	0	0.8	9.95	9.5	10.76	10.07	<b>34.22</b>
	<b>D9</b>	0.5	5.63	6.5	7.12	3.32	10.23	<b>35.14</b>
	D13	0	0	2.9	21.35	27.21	4.16	2.21
<b>12 - 13m</b>								
	D2	1.11	0.96	2.64	10.95	12.13	16.79	16.77
	D8	0	<b>0.12</b>	3.44	9.15	10.94	17.53	<b>29.58</b>
	<b>D10</b>	0.53	<b>3.56</b>	1.55	8.87	3.14	10.22	<b>15.26</b>
	D12	0.95	2.83	6.18	15.1	12.1	3.66	17.8

En esta tabla se aprecian los valores de la duración relativa de las conductas principales por diada. Los valores marcados en negritas indican relevancia especial

En la **Tabla 5** podemos observar que los niños que presentan índices de desnutrición más altos (de acuerdo a puntuaciones Z) suelen no tener conductas alimentarias autónomas, aunque cabe aclarar que en niños de más baja edad estas conductas suelen ocurrir con menor frecuencia por las características mismas de su desarrollo. Los niños de mayores edades, por ejemplo, la diada **D10**, presenta un porcentaje mayor de consumo autónomo, así como una menor cantidad de conductas ajenas al entorno alimentario respecto a los niños de la misma categoría (como la **D8**), para comprobar lo anterior, se puede recurrir a la **Tabla 3**, en la que encontramos la puntuación **ZPE** de los participantes, destacando la **D10** por ser la más cercana a la norma de su mismo grupo con una puntuación de -0.15.

En lo que respecta a las conductas de la categoría **otras** de la **tabla 5** encontramos que existe una diferencia entre las edades de los niños y ésta se relaciona a la disminución de

dicha conducta en la mayoría de los casos, sin embargo, algunos de los casos registrados en dicha tabla se destacan por tener esta conducta en niveles sumamente bajos, relacionado esto con la conducta materna, dando paso a las conductas de consumo de alimentos, ya sea asistido o consumo autónomo. En comparación, las diadas **D5** y **D7** del grupo 7 a 9 meses, tienen una duración relativa muy baja en las conductas **otras** mientras que son los dos participantes del mismo grupo con las cifras más altas en el consumo asistido por la madre, en la categoría **acepta sólido**, la diada **D16** tiene una duración relativa mayor en la categoría **acepta sólido**, de igual forma tiene un nivel alto en la categoría de **otras** conductas, lo que hace posible esto es la distribución del tiempo total de la sesión en estas dos conductas de forma casi exclusiva. Si comparamos los estados nutricios de las diadas antes mencionadas en la **Tabla 3**, encontraremos que las tres diadas poseen un buen número en la categoría **ZPE**, lo que es relacionado a la alimentación de manera directa.

Estas situaciones se repiten en los dos siguientes grupos, en los que se puede ver que a mayor conducta **otras**, menor será la duración relativa de aceptación de sólidos o líquidos y en la mayoría de los casos se identifica que las conductas **otras** se relacionan con la aparición de conductas de **negativa**.

Respecto a los valores encontrados, se identifica una correlación de  $r=0.45$  (con una correlación moderada que no resulta estadísticamente significativa) entre las variables **ZPE** (Peso para la edad) con la conducta **Si Mismo Líquido**, esto indica una relación entre las conductas con los niveles de nutrición altos, es decir, a mayor tiempo de aparición relativo de esta conducta, existe mayor nivel en las puntuaciones **Z** encontradas en las diadas estudiadas. Las diadas que presentan una mayor duración relativa en las conductas negativas como rechazar o distraerse (por parte del niño) se relacionan con niveles de nutrición poco favorables.

En lo que respecta a la madre de los niños incluidos en la muestra, manifestaron también un índice de correlación importante (mas no significativo estadísticamente) en la relación entre las conductas identificadas como favorables y los niveles de nutrición entre los menores. Una de las puntuaciones a resaltar es la que relaciona la interacción directa de la madre con el niño en la conducta de Boca Líquidos y la relación que tiene ésta con el peso

para la edad y la longitud para la edad, estas puntuaciones tienen una relación de .29 y .45 respectivamente.

### **Discusión**

La desnutrición es un problema grave que implica, además de la alimentación como proceso bio-químico, un proceso en el que se involucra la sociedad y el principio de la misma en la propia familia, este proceso se inicia durante una etapa crucial en el desarrollo humano y tiene repercusiones a lo largo de la vida en este aspecto. El aprendizaje de conductas que implican una alimentación adecuada es clave para el funcionamiento más adecuado de este sistema de alimentación a partir de la independencia tanto de la lactancia materna exclusiva como de la interacción madre-hijo al momento de ser alimentado de manera complementaria.

Para hacer evidentes las consecuencias de las conductas en cuestión, se presentaron datos de análisis de conducta en comparación con las medidas antropométricas obtenidas, esto ayuda a tener una perspectiva de correlación entre las prácticas alimentarias y la desnutrición. Los datos más relevantes hacen hincapié en la manifestación de las relaciones entre las madres y los niños durante la alimentación, y en gran medida se puede observar que hay una relación muy alta entre las conductas que el niño tiene de autoalimentarse, tanto con sólidos como líquidos y en el cuidador o madre, de observar o delegar la alimentación al mismo únicamente supervisándole con los casos de un óptimo estado nutricional. Reforzando esta teoría, podemos identificar la importancia de la alimentación autónoma como un factor de peso para mejorar notablemente los niveles nutricionales del niño, siendo ésta una habilidad reguladora tanto de energía como de consumo, se pueden notar las relaciones existentes. Cuando encontramos estos datos de correlación podemos hacer la aseveración indicando la relación detectada entre estas conductas y el estado nutricional favorable tomando en cuenta los estados de los niños que no manifiestan estas conductas y presentan índices menos favorables.

Los criterios de inclusión nos limitaron al estudio de casos en niños con estado de salud poco favorable, sin embargo, se puede proyectar la trayectoria de diadas con prácticas alimentarias más apropiadas que también puede tener esta relación de un estado nutricional más aventajado respecto de los participantes de este estudio, teniendo en cuenta las demás

características de éstos, como el nivel socioeconómico o el historial de salud.

Dado que los datos usados para este proyecto fueron únicamente de la etapa inicial, es decir, de la fase de recolección de datos antropométricos y conductas de alimentación en la mesa y conductas alimentarias, se realizó un análisis de dichos datos en distintos grupos de edades, teniendo así, como referencia precisamente las edades en que se encuentran los niños y las habilidades que pueden desarrollar en distintas circunstancias. Todo esto se interrelaciona con las medidas antropométricas iniciales, a las que se hace referencia como producto del conjunto de herramientas de alimentación infantil implementadas por la madre en sus prácticas de crianza habituales. Estas medidas antropométricas nos arrojaron datos indicativos del estado nutricional de los participantes y en conjunto con los datos acerca de las conductas obtenidos de las sesiones de grabación se pudieron identificar las características conductuales de las diadas en cuestión, estas características sirvieron para hacer una comparativa entre grupos y entre participantes del mismo grupo. Para ello se hizo el análisis de ocurrencia relativa de las conductas favorables a la alimentación infantil y el estado nutricional encontrado en los mismos.

Los datos antes mencionados se utilizaron para hacer el análisis en relación a los niveles de desnutrición que presentan los participantes, se analizaron haciendo una correlación directa entre todos los factores implicados, de la cual se obtuvieron las correlaciones más significativas tanto positiva como negativamente. Estas correlaciones resultan en un indicador efectivo de factores que intervienen en las conductas analizadas, se relacionan particularmente las conductas alimentarias con las puntuaciones Z obtenidas de los indicadores antropométricos, así como las conductas del niño durante el periodo de alimentación, estas conductas se miden en porcentaje relativo de ocurrencia, por lo que se vuelven más susceptibles de medir y analizar en función de las puntuaciones Z.

Algunos de los datos que se obtuvieron en esta investigación se usaron para calcular niveles aproximados de nutrición, basándose en los niveles estándar proporcionados por la OMS y la UNICEF, estos estándares se pueden aplicar a la población general para determinar el riesgo que manifiestan los pacientes de padecer problemas nutricionales.

Adicional a las conductas, se debe resaltar la importancia de conocer las propiedades

de algunos alimentos, que no se abordaron en esta investigación pero de acuerdo a la bibliografía citada en este trabajo se puede identificar que propicia un cambio significativo, como el caso del estudio de Aboud y colaboradores (2009) que además de identificar conductas también detectó un área de oportunidad de desarrollar la investigación en el cambio de los alimentos por alimentos más adecuados a la edad, género y requerimientos del niño, en lo que a alimentación refiere, esto tomando relevancia en el tema de seguridad alimentaria.

Respecto a la seguridad alimentaria (SA) se puede decir que es uno de los factores que de manera indirecta se encuentran presentes en los casos de todos los participantes del estudio, ya que uno de los criterios de inclusión en la muestra inicial limita el acceso al proyecto únicamente a personas que poseen una menor SA, es decir, cuya capacidad de adquirir alimentos variados o suficientes para sustentar las necesidades alimentarias de la familia, es limitada.

Sin embargo, la SA no pudo ser analizada durante este trabajo ya que nos centramos en las conductas en la mesa y la forma en que ésta interviene, quedando así la SA como una propuesta a analizar posteriormente, ya que, si no se presentan los recursos para una alimentación saludable, a pesar de tener las conductas deseables en el entorno alimentario no se podrá combatir los estados nutricios menos favorables de manera integral.

Para complementar lo antes mencionado se puede observar que un factor importante durante el proceso alimentario es la presentación de los alimentos (**Tabla 4**), aún para los tres grupos de edades, por lo que al no presentar variedad de ellos se limitan las opciones de alimentación y con esto la posibilidad de elección de alimentos para fomentar un equilibrio adecuado en el proceso alimentario y generar en el infante la habilidad de controlar lo que ingiere, la cantidad y la variedad de los alimentos.

Los datos analizados en el presente trabajo arrojan información acerca de las diadas y sus prácticas durante la mesa en el entorno alimentario, esto nos resultó de utilidad para comprobar las hipótesis planteadas. En lo que respecta a la primera, la cual propone que de acuerdo a los datos obtenidos, la conducta de consumo autónomo tendrá un comportamiento relacionado a la edad de los participantes de manera directa, es decir, que a mayor edad de

los participantes se podría observar una conducta alimentaria con una duración mayor respecto de los grupos de menor edad, esta hipótesis se acepta, ya que se pudo identificar en los casos que se tomaron datos de conducta una relación directa entre las edades de los participantes y su conducta alimentaria, que a pesar de no ser significativa se manifiesta de manera positiva.

La segunda hipótesis plantea que la conducta infantil de consumo autónomo tendrá una duración mayor en función de las practicas maternas alimentarias adecuadas, siendo éstas las causantes de una mayor duración de la conducta de consumo autónomo. En lo referente a ésta, se pudo observar que la conducta de consumo autónomo se manifestó mayor mientras ocurrían las prácticas maternas de observación y las que refieren a las etapas en que se alimenta al niño únicamente cuidando el entorno de alimentación (observa y prepara) y delegando al niño gran parte de su alimentación, esto es considerado una práctica adecuada en la conducta materna, por lo que la segunda hipótesis es aceptada.

El presente trabajo nos arrojó resultados que abarcan de la alimentación como factor de peso, hasta la conducta como un todo correspondiente al entorno alimentario, es decir, se habla de la alimentación como un parte de un entorno en el que ocurre el proceso de alimentación, en el cual se identifica el factor interactivo con la madre o el cuidador en turno, quien tiene una repercusión muy alta en la forma en que el niño se ve envuelto en el proceso de aprendizaje de las conductas alimentarias que formarán parte de su repertorio y con las cuales podrá llevar a cabo la alimentación de manera autónoma.

Nos enfocamos en identificar las conductas de los niños en cuestión y relacionarlas con las conductas de interacción maternas, esto para identificar factores que pudieran ser relacionados con los distintos niveles de nutrición o de riesgo de padecer desnutrición. El estudio fue elaborado a partir de la observación de las conductas de las diadas participantes, por lo que se separaron en canales de conductas maternas y del niño, así mismo, se compararon las conductas con los niveles de nutrición que se obtuvieron de cada una de las medidas antropométricas realizadas a los participantes. Estos datos se utilizaron para revisar el caso particular de los participantes y a partir de ello generar conclusiones, para explicar la posible relación entre las conductas manifiestas y el estado nutricio encontrado.

Se encontraron casos particulares en la práctica de este trabajo que mostraron una diferencia relativa a los casos del mismo grupo, con una variación menor pero que logra generar un poco de confusión en los resultados arrojados, esto puede deberse a el tamaño de la muestra, ya que en estudios con muestras mayores (Qu *et al* 2017, Affleck y Pelto 2012) se pudieron identificar los datos con mejor precisión mediante muestras de mayor magnitud.

Este estudio se realizó en una etapa, es decir, únicamente se realizó una toma de medidas antropométricas y un conjunto de grabaciones durante la alimentación, sin llegar a realizar alguna intervención para modificar las conductas (como en el caso de Affleck y Pelto en 2012), por lo que los datos identificados en el presente solamente muestran la relación entre los estados nutricios actuales (durante el proceso de investigación) y la dinámica alimentaria de la diada en un único momento, lo que nos lleva a tomar las conclusiones acerca de los estados nutricios y su relación con las conductas en la mesa, pero limita nuestro conocimiento de los estados nutricios y su dinámica en caso de que alguna de las conductas cambiara, para bien o para mal.

Así mismo, el realizar el estudio en esta etapa nos brindó un panorama de las conductas durante la alimentación que pueden dar origen a problemáticas de salud, en lo que respecta a enfermedades de vías respiratorias y gastrointestinales, esto por el manejo de conductas no apropiadas para la mesa, más nuevamente nos quedamos limitados a observar únicamente la primera etapa, la de observación de las conductas ya que no se continuó con los datos de una segunda o tercera observación de manera que se pudieran analizar las prácticas en un modelo longitudinal y tener el registro de los casos de manera controlada en los meses de desarrollo del niño.

Por otro lado, el estudio proporcionó algunos datos respecto a las prácticas maternas que aportan información acerca de las conductas que se manifiestan durante la alimentación y que tienen una relación con los estados nutricios más favorables, así se puede identificar en primer contacto las conductas de riesgo y podría dar paso a una investigación más profunda sobre algunos casos en particular o incluso algunas conductas que destacan del resto en el ámbito alimentario, que se relacionan con estados nutricios, ya sea favorables o desfavorables.

Estos datos nos han ayudado a obtener información acerca de las conductas, lo cual tiene gran importancia en los estudios que se realizan, ya que del análisis de dichas conductas



se pueden obtener datos clave en la intervención temprana de problemas conductuales que desemboquen en problemas de desnutrición y problemas de desarrollo, tanto físico como intelectual. Con estos datos también se presenta la necesidad de identificar las conductas a mayor detalle, desde la conducta en cuestión hasta las duraciones relativas para cada sub grupo de edad. Es decir, se hace más interesante conocer las diferencias significativas mes con mes de edad, esto debido a la rapidez del desarrollo de capacidades motrices en el niño que genera en éste un cambio conforme adquiere habilidades y en medida que madura biológicamente.

## REFERENCIAS

- Aboud, F. E., Shafique, S., & Akhter, S. (2009). A responsive feeding intervention increases children's self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. *The Journal of Nutrition*, 139, 1738-1743. doi:10.3945/jn.109.104885
- Adu-Afarwuah, S., Lartey, A., Brown, K., Zlotkin, S., Briend, A., & Dewey, K. G. (2007). Randomized comparison of three types of micronutrient supplements for home fortification of complementary foods in Ghana: Effects on growth and motor development. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 86, 412-420.
- Affleck y Peltó (2012). Caregivers' responses to an intervention to improve young child feeding behaviors in rural Bangladesh: A mixed method study of the facilitators and barriers to change. *Social Science & Medicine*. Aug;75(4):651-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.030. Epub 2012 Apr 21.
- Atzaba-Poria, N., Meiri, G., Millikovsky, M., Barkai, A., Dunaevsky-Idan, M. and Yerushalmi, B. (2010), Father-child and mother-child interaction in families with a child feeding disorder: The role of paternal involvement. *Infant Ment. Health J.*, 31: 682-698. doi:10.1002/imhj.20278
- Bachelet, M. (2006). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe, P 10. Recuperado de: [http://www.cepal.org/ddp/noticias/desafios/8/23948/Desafios\\_Nro2\\_esp.pdf](http://www.cepal.org/ddp/noticias/desafios/8/23948/Desafios_Nro2_esp.pdf)
- Becerra (1998). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo: Una visión de profesionales de la salud (1ra edición pp. 440). México: *Asociación psicoanalítica mexicana*.
- Black MM, Creed-Kanashiro HM. (2012) ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Publica.*;29(3).
- Brown, J. L. y Pollit, E. (1996), Malnutrition, poverty and intellectual development, *Scientific American*, 274 (2) 38-43, Estados Unidos de Norteamérica.
- Bocanegra, E. (2007) Las prácticas de crianza entre la Colonia y la Independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles. *Revista*

*latinoamericana de ciencias sociales de la niñez y la juventud* 5(1).

- Carmona-Fonseca, J. (2004). Malaria, desnutrición y parasitosis intestinal en los niños colombianos: Interrelaciones. *Iatreia* Colombia.
- Cerda, L. (2011) Lactancia materna y gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería* vol.27 no.4 Ciudad de la Habana.
- Costell, E. (2001) La aceptabilidad de los alimentos: nutrición y placer. *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*. 661, PP. 65-85.
- Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (CSA) (2015), recuperado de:  
<http://www.fao.org/cfs/cfs-home/es/> el 21 de enero de 2015 a las 14:00 horas
- Daniels, L.; Heat, A.; Williams, S.; Cameron, S.; Fleming, E.; Taylor, B.; Wheeler, B.; Gibson, R. y Taylor, R. (2015) Baby. Led introduction to solids (BLISS) Study: a randomized controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC pediatrics*. Nueva Zelanda 15:179 DOI 10.1186/s12887-015-0491-8
- D'Apremont, I. (2003) Drogadicción en el embarazo y lactancia. *Atención primaria*. *Medwave* Nov;3(10): e1956 doi: 10.5867/medwave.2003.10.1956.
- Devís, J. y Peiró, C. (1993), La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: La escuela y la educación física. *Revista de psicología del deporte*. 4, 71-86.
- De Moor, J.; Didden, R. y Korzilius, H. (2007) Parent-reported feeding and feeding problems in a sample of Dutch toddlers, *Radbound university*, 177:3, 219-234, Nijmegen, Holanda. DOI: 10.1080/03004430500402192
- Díaz-Argüelles, V. (2005) Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Escuela Nacional de Salud Pública*. *Revista Cubana de pediatría*; 77 (2). Cuba.
- Díaz-Beltrán M. (2014) Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Revista de la Facultad de Medicina* Vol. 62 No. 2: 237-245 Bogotá, Colombia. DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n2.45414>

- Domínguez-Vásquez, P.; Olivares, S.; Santos, JL. (2008) Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil, Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. *Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)*. Chile
- Duque, E. (2013) Prácticas en el consumo de frutas y hortalizas en hogares de dos comunidades de la zona rural del municipio de turbo, año 2010. *Universidad de Manizales*.
- E. Pollitt; K. S. Gorman; P. L. Engle; R. Martorell; & J. U. Rivera, (1993). Early supplementary feeding and cognition: effects over two decades, Universidad de Chicago, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol. 58(7). 122 pp. Chicago
- Figuroa P. Dixis (2003) Seguridad alimentaria familiar, *Revisa de salud pública y nutrición* Abril- junio, vol.4 No. 2
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, Glosario de términos sobre desnutrición, recuperado de:  
[http://www.unicef.org/lac/glosario\\_malnutricion.pdf](http://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf) el miércoles 21 de enero de 2015.
- Fornós I Barreras, A. (2001); La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 31/32, 183.198 de cinco años. *Salud Publica México* 2014; 56
- Franco, E.; Hertrampf, E.; Rodríguez E.; Illanes C.; Palacios L & colaboradores (1990) Nutrición de hierro en lactantes mapuches alimentados con leche materna (2a etapa) *Revista Chilena de Pediatría*. septiembre-octubre, Chile.
- Fundación Española de la Nutrición (FEN) (2013). Libro Blanco de la Nutrición en España. Ed. *Fundación Española de la Nutrición*, España.
- Garófalo, N.; Gómez A.; Vargas J. & Novoa L. (2009) Repercusión de la nutrición en el neurodesarrollo y la salud neuropsiquiátrica de niños y adolescentes. Servicio de

Neuropediatría. *Instituto de Neurología y Neurocirugía*. La Habana, Cuba.

Gómez, F. (2003). Desnutrición, *Salud Pública de México*, 45 Suplemento 4. Recuperado de:  
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s4/a14v45s4.pdf>

Hernández, I.; Argüelles, L; González, M.; Méndez, D; Cervantes, M.; Luna, F.; López, M.; Pluma, M.;(2009) Aceptación cultural de preparaciones alimentarias contra la desnutrición infantil en el municipio de Benito Juárez, Tlaxcala, México. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, Suplemento 1, Vol. 9, Núm. 1.

Hernández, R., & Cortés, A. (2009). Comportamiento afectivo y complejidad lingüística del infante en Díadas madre-hijo. *Revista Mexicana de Análisis de La Conducta*. doi:10.5514/rmac. v35.i1.400

Koski, K. G., & Scott, M. E. (2001). Gastrointestinal nematodes, nutrition and immunity: breaking the negative spiral. *Annual Review of Nutrition*, 21, 297–321. Doi 10.1146/annurev.nutr.21.1.297

Lartigue, T.; Maldonado-Duran, M. y Ávila, H. (1998). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo: una visión de los profesionales de la salud. *Asociación Psicoanalítica Mexicana*. 440pp.

Lassi, z.; Das, J.; Zahid, G.; Imdad, A.; & Bhutta, Z. (2013) Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. *Public Health*, 13(Suppl. 3):S13 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S13>

León, A.; Martínez, R.; Espíndola, E. y Schejtman, A. (2004) Pobreza, hambre y seguridad alimentaria en Centroamérica y panamá. *División de desarrollo social*, Santiago de Chile, 112 pp.

Lohia N, Udipi A. (2014) Infant and child feeding index reflects feeding practices, nutritional status of urban slum children. *BMC Pediatrics*. Nov 30; 14:290. doi: 10.1186/s12887-014-0290-7 PMID: 25433391

Noldus video pro v.4.1 professional system for collection, analysis and management of

observational data. [Software para computadora] Wageningen, Países bajos: Noldus information technology.

Ortiz-Andrellucchi, A.; Peña Quintana, L.; Albino, A.; Mönckeberg, F y Serra-Majem, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición Hospitalaria*. España.

Paraje, G. (2009) Desnutrición crónica infantil y desigualdad socioeconómica en América Latina y el Caribe. *Universidad Adolfo Ibáñez*, Chile.

Pichardo, M.; Justicia, F. y Fernández, M. (2009), Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento Psicológico* pp. 37-48 Universidad de Granada, España.

Prieto Herrera, M. E., Russ Durán, G., & Reitor Landrian, L. (2000). Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 160–164.

Qu P, Mi B, Wang D, Zhang R, Yang J, Liu D, et al. (2017) Association between the Infant and Child Feeding Index (ICFI) and nutritional status of 6- to 35-month-old children in rural western China. *PLoS ONE* 12(2): e0171984. doi:10.1371/journal.pone.0171984

Ramírez, María Aurelia. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos* (Valdivia), 31(2), 167-177.

Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052005000200011&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-07052005000200011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052005000200011&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-07052005000200011).  
09 de noviembre de 2015

Salinas C, González G, Fretes C, Montenegro V, & Vio del R. (2014). Bases teóricas y metodológicas para un programa de educación en alimentación saludable en escuelas. *Revista chilena de nutrición*, 41(4), 343-350. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000400001>

Silva M, H., Collipal L., E., Martínez, C., & Bruneau C, J. (2005). Evaluación de los

Componentes del Somatotipo e Índice de Masa Corporal en Escolares del Sector Precoordinado de la IX Región, Chile. *International Journal of Morphology*. doi:10.4067/S0717-95022005000200015

Silverstein D., Feldman R., Gardner J., Karmel B., Kunit J. y Geva R. (2009) The mother-infant feeding relationship across the first year and the development of feeding difficulties in low risk premature infants. *Infancy*. Israel. 14(5) 501-525 DOI: 10.1080/15250000903144173.

Temple N., Wilson T. Y Bray G. (2017) *Nutrition Guide for Physicians and Related Healthcare Professionals*, Segunda edición, *Springer International Publishing*.

Tisi, D., Emard, J. y Koski, K. (2004). Total Protein Concentration in Human Amniotic Fluid Is Negatively Associated with Infant Birth Weight. *The American Society for Nutritional Sciences*

Unikel, C.; Saucedo-Molina, T.; Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa corporal. *Salud Mental*, Vol. 25 No. 2 abril. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México

Urquiza, Raúl. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. vol.60, n.2, pp. 171-176. ISSN 2304-5132

Vega-Macedo, M.; Shamah-levy, T.; Peinador-Roldán, R.; Méndez Gómez, I.; Melgar-Quinónez, H. (2014) Inseguridad alimentaria y variedad de la alimentación en hogares mexicanos con niños menores de cinco años. *Salud Pública de México* 56 suplemento 1: S21-S30.

Velarde, M. y Ramírez, M. (2017) Efectos de las prácticas de crianza en el desempeño cognitivo en niños de edad preescolar. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 12 (1): 12-18. Chile. DOI: 10.5839/rcnp.2017.12.01.04

World Health Organization 2011, ANTHRO para computadoras personales Versión 3.11. [Software para computadora] Ginebra, Suiza.

<b>Apéndice 1. Categorías de interacción, verbalización y presentación de alimentos del cuidador.</b>	
<b>categorías de interacción</b>	
<b>positivo</b>	Expresa verbalmente su competencia con la situación o con el niño, muestra una expresión facial de satisfacción, ríe y/o acaricia al niño en ocasiones como muestra de cariño
<b>impaciencia</b>	Manifiesta expresión fácil de enojo, alza la voz, fuerza al niño a consumir el alimento, limita los movimientos del niño y/o expresa verbalmente desagrado o disgusto por el comportamiento del niño
<b>tranquila</b>	No manifiesta enojo o satisfacción ante la situación, se mantiene serio ante la misma y conserva un tono de voz constante sin expresar agrado o desagrado en sus frases
<b>falta de entusiasmo</b>	estado de ánimo que se refleja en la ausencia de ganas o entusiasmo, se manifiesta impasible
<b>Categorías de verbalización</b>	
<b>Sobre el alimento</b>	El cuidador habla acerca del alimento que va a consumir el niño o dice su nombre.
<b>Propiedades organolépticas</b>	El cuidador habla haciendo referencia a las propiedades de los alimentos: sabor, olor, textura y/o color; o acerca de los posibles beneficios de consumirlos.
<b>sobre conducta</b>	El cuidador le da indicaciones al niño haciendo referencia a su conducta con relación al consumo de alimentos
<b>Otro tema</b>	El cuidador habla sobre temas ajenos al entorno de alimentación
<b>Otras vocalizaciones</b>	El cuidador emite otras vocalizaciones, tales como risas, o funciones no controladas del cuerpo como tos o estornudos; también se incluyen vocalizaciones que no es posible identificar en otra categoría
<b>No vocaliza</b>	Se identifica el momento en que el cuidador mantiene un silencio total durante más de tres segundos
<b>Categorías de presentación de alimentos</b>	
<b>Boca Sólido</b>	El cuidador toma el alimento y lo coloca en la boca del niño (con cubiertos o con la mano)
<b>Boca líquidos</b>	El cuidador le da alimentos líquidos o agua al niño en la boca, con vaso, biberón o cuchara.
<b>Cambia</b>	El cuidador deja de lado un alimento y ofrece otro como alternativa (puede o no retirarlo de la mesa)
<b>Llama la atención</b>	el cuidador provoca que el niño fije su atención hacia el entorno alimentario
<b>interrumpe</b>	el cuidador impide que el niño se lleve el alimento a la boca por sí mismo (sólido o líquido)
<b>Observa</b>	El cuidador dirige la mirada de forma constante y continua al niño sin realizar otra actividad por más de tres segundos
<b>Retracta</b>	El cuidador aleja el alimento (sólido o líquido) que sostiene con la mano o el cubierto frente al niño
<b>Prepara</b>	El cuidador dispone de las condiciones necesarias para que el niños pueda alimentarse o ser alimentado de manera práctica
<b>otras</b>	El cuidador realiza conductas ajenas al contexto de alimentación.



<b>Apéndice 2. Canal del niño respecto a las categorías de interacción, verbalización y consumo.</b>	
<b>Categoría de interacción</b>	
<b>Agrado</b>	El niño muestra satisfacción por la situación, lo expresa verbalmente, sonriendo y/o con alguna expresión facial.
<b>Desagrado</b>	El niño manifiesta insatisfacción por la situación expresándolo verbalmente, llorando, tratando de escapar y/o golpeando.
<b>Sereno</b>	El niño se muestra tranquilo ante la situación sin expresar agrado o desagrado
<b>Apático</b>	El niño manifiesta una aparente ausencia de entusiasmo o ganas por realizar la acción
<b>Categorías de Verbalización</b>	
<b>Sobre el alimento</b>	El niño habla aludiendo a los alimentos que tiene en frente a él o sobre los que va a consumir, menciona sabor o sus nombres
<b>Más alimentos</b>	El niño solicita una cantidad adicional de alimentos señalando el plato vacío o diciendo verbalmente el nombre o pidiendo "mas"
<b>Otros alimentos</b>	El niño nombra alimentos que no están a la vista o los solicita al cuidador explícitamente
<b>Llanto</b>	El niño llora durante un periodo mayor a tres segundos
<b>Disgustos</b>	El niño expresa verbalmente rechazo a un alimento o situación con vocalizaciones onomatopéyicas, palabras aisladas o expresiones más complejas
<b>gustos</b>	El niño expresa verbalmente la preferencia a un alimento o situación con vocalizaciones onomatopéyicas, palabras aisladas o expresiones más complejas
<b>no vocalización</b>	no emite ningún tipo de vocalizaciones por un periodo de al menos tres segundos
<b>otras vocalizaciones</b>	emite vocalizaciones involuntarias como tos o estornudos, se ríe, habla sobre temas ajenos al entorno alimentario o no se entiende lo que ha dicho
<b>categorías de consumo</b>	
<b>Si mismo líquido</b>	Bebe por sí mismo la bebida, mediante utensilio o llevando el recipiente a la boca por si solo
<b>sí mismo sólido</b>	se lleva alimentos sólidos a la boca por sí mismo, ya sea con la mano o con algún utensilio
<b>acepta líquido</b>	toma la bebida después de que el cuidador la coloca en la boca o cerca de ella
<b>acepta sólido</b>	Consume el alimento sólido que el cuidador coloca en su boca o cerca de ella

**Apéndice 2. (continuación)**

<b>pide</b>	solicita algún alimento presente en la mesa señalándolo o nombrándolo
<b>se distrae</b>	Fija su atención en situaciones u objetos ajenos al entorno de alimentación por tres segundos o más
<b>No consumo pasivo</b>	no consume el alimento o lo mantiene en la boca por al menos tres segundos sin masticación aparente
<b>otras</b>	realiza conductas ajenas al entorno de alimentación
<b>negativa</b>	Se resiste a consumir el alimento no abriendo la boca, cerrándola antes de que se le dé el alimento, tapándose con la mano, girando o retirando la cabeza, moviendo la mano del cuidador cuando éste intenta colocar alimento en su boca o expulsándolo una vez que se encuentra en la misma