



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a
Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología de la
Salud

Relación Entre Prácticas Alimentarias Hacia
Infantes de 7 a 11 años y la Percepción de su Peso

Investigación Empírica con Enfoque Cuantitativo

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

Martha Rangel Villa
Laura Isabel Rojo Rodríguez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 29 de
noviembre 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por el don de la vida y por la oportunidad que me ha dado de terminar este proyecto, así como por la vida de todas las personas que han contribuido en mi formación espiritual y académica.

A mi madre quien me enseñó el valor del esfuerzo con un fin trascendental, de permanecer firme a pesar de las adversidades, de no quejarme sino aprovechar las adversidades y a amar por el simple hecho de querer hacerlo.

A mi esposo quien ha permanecido firme y a mi lado en los momentos más difíciles que he pasado, siendo su valiosa compañía un lugar de reposo y de reflexión para la toma de decisiones.

Agradezco a mi hermana Martha Rodríguez quien ha sido luz en los momentos de oscuridad y un puerto seguro donde descansar.

A mis profesores en especial a aquellos que me hicieron reflexionar y que fueron una fuente de conocimientos y luz durante este camino, muy especialmente al Mtro. Giovanni García Yedra y al Mtro. José Manuel Rizo Diego.

A mi tutora la Mtra. Laura Edith Pérez Laborde por su paciencia, dirección, apoyo, empatía y franqueza que tuvo durante la carrera y al final con el manuscrito.

A mis compañeros con los que conviví y que me enseñaron nuevas formas de aprender y en especial a mi compañera Martha de quien sentí su apoyo y compañía durante toda la carrera y a quien considero una amiga.

Laura Isabel Rojo Rodríguez

Agradezco primero a Dios por permitirme llegar a este momento tan significativo y anhelado en mi vida, por iluminarme aun en los momentos más oscuros y no soltar mi mano, aunque yo en ocasiones, haya soltado la suya.

A mis padres por darme la vida, por haber formado la persona que soy hoy, con valores, empeño y perseverancia, por haberme enseñado a creer en mí y nunca perder la fe. Gracias, papá hasta el cielo, tus enseñanzas las llevo en mi corazón. Gracias, mamá, por tus palabras de aliento y por estar a mi lado aun cuando estas lejos. A mis hermanas y hermano, por su apoyo y su aliento que fueron fortaleza para no morir en el intento.

A mi esposo Carlos Esparza, quien ha estado conmigo a cada paso de este viaje, gracias por ser mi roca, por atravesar conmigo las tormentas y nunca soltar mi mano, yo sé que fue duro, pero nunca claudicaste ni me permitiste claudicar. Gracias por tu amor, comprensión y paciencia, este logro también es tuyo.

A mis hijos Alexa y Carlos, por ser mi inspiración para cumplir este sueño, ser su mamá es lo mejor que me ha pasado.

A mis amigos y amigas, sobre todo, a Juan Antonio Peña, por impulsarme en todo momento y darme ese empujón extra cuando lo necesité.

A mis profesores, que compartieron conmigo sus conocimientos y experiencia con paciencia y esmero, además de inculcarme este amor y respeto por la psicología, sobre todo al profesor Giovanni García Yedra, quien en la práctica supervisada renovó mi vocación y amor por esta noble carrera y la Mtra. Laura Edith Pérez Laborde, quien dirige este manuscrito y me guió desde los primeros semestres. Para ambos, mi respeto y admiración por siempre.

A mis compañeros de carrera, por sus enseñanzas y apoyo, pero sobre todo a mi gran amiga Laura Isabel Rojo Rodríguez, quien es coautora de este Manuscrito, quien por azares del destino coincidió conmigo en el primer semestre y ha sido mi compañera y apoyo en cada paso de cada semestre. Sin ella, nada de esto hubiera sido posible.

Martha Rangel Villa

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	6
Palabras Clave	6
Introducción.....	7
Estado del arte	9
1 Antecedentes	9
1.1 Prácticas alimentarias	9
1.1.1. Definición y Aspectos Culturales	9
1.1.2. Papel actual de la Madre en la Alimentación	11
1.1.3. Efectos de la Globalización en las Prácticas Alimentarias	12
1.2 Percepción Sobre el Peso	14
1.2.1 Definición de Percepción	14
1.2.2 Importancia de la Percepción	14
1.3 Obesidad.....	16
1.3.1. Definición, Etiología, Medición	16
1.3.2 Aspectos Epidemiológicos, Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en México	18
1.3.3. Aspectos Psicológicos de la Obesidad en Niños y Niñas.....	20
1.3.4 Aspectos Psicológicos de las Madres en las Prácticas Alimentarias	21
1.3.5. Predictores Maternos del Índice de Masa Corporal en los Infantes	22
1.4 Aspectos Relacionados con la Prevención.....	23
1.5. Por qué es Relevante para la Psicología de la Salud.....	26
1.6 Planteamiento del problema	27
1.7. Justificación de la Investigación, Alcances y Limitaciones	28
1.8 Pregunta de Investigación	30
1.9 Objetivo General	30
1.9.1 Objetivos Específicos.....	30
1.10 Hipótesis	30
2 Método	31
2.1 Diseño de Investigación.....	31
2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión	31
2.3 Población y Muestra.....	31

2.4 Variables	32
2.4.1 IMC	32
2.4.2 Peso Percibido de la Madre Hacia su Hijo.....	33
2.4.3 Prácticas Alimentarias:.....	34
2.5 Instrumentos	35
2.5.1 Cuestionario de Alimentación Infantil (Child Feeding Questionnaire, CFQ).....	35
2.5.2 Cuestionario Sociodemográfico y Prácticas Alimentarias (PA)	36
2.6 Procedimiento	36
3. Análisis Descriptivo de los Resultados	37
3.1 Datos Sociodemográficos	37
3.2 Prácticas Alimentarias.....	39
3.3 Relación y diferencias entre variables.	41
3.3.1 Relación Entre el IMC de las Madres y el IMC de los Menores	41
3.3.2 <i>Relación Entre las Prácticas Alimentarias de las Madres, la Restricción Alimentaria Hacia sus Hijos e Hijas y su IMC</i>	42
3.3.3 Diferencias Entre el Peso Percibido por las Madres de Niños(as) con Peso Normal y las Madres de los Niños(as) con Sobrepeso y Obesidad.....	44
3.3.4 Diferencias Entre las Prácticas Alimentarias de las Madres que Tienen Hijos(as) con Sobrepeso y Obesidad y las que Tienen Hijos(as) con Peso Normal	48
3.3.4.1. <i>Frecuencia de consumo de alimentos no saludables vs. preocupación porque el/la hijo/a pueda desarrollar sobrepeso.</i>	49
4 Discusión y Conclusiones	51
5. Referencias	60
6. Apéndices	68
6.1 Apéndice 1	68
6.2 Apéndice 2	71
6.3 Apéndice 3	86
6.4 Apéndice 4	86

Relación Entre Prácticas Alimentarias Hacia Infantes de 7 a 11 Años y la Percepción de su Peso

Resumen

Si bien la obesidad tiene causas multifactoriales, la presente investigación se enfoca en saber cómo se relacionan la percepción del peso de los infantes entre los 7 y 11 años de edad, el Índice de masa corporal (IMC) de las madres y las prácticas alimentarias de éstas. Se utilizó un diseño de investigación de corte cuantitativo, transversal, no experimental, correlacional pues la finalidad fue conocer la relación o grado de asociación que existe entre la percepción materna del peso de los infantes, el IMC de estos y el IMC la madre, así como las prácticas alimentarias que tiene ella.

La muestra fue recabada en formato electrónico por medio Google Forms, el cual fue distribuido por redes sociales, obteniendo un total de 116 cuestionarios, los cuales fueron analizados por medio del programa SPSS en su versión 21. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Alimentación Infantil (Child Feeding Questionnaire, CFQ), en su versión traducida y adaptada al español por Navarro y Reyes (2016) el cual fue adaptado a las necesidades del estudio, el cual consta de 23 ítems que se agrupan en 3 dimensiones: peso percibido del niño, preocupación por el peso del niño y restricción, además de un cuestionario sociodemográfico y de Prácticas Alimentarias (PA) de elaboración propia.

Finalmente, uno de los resultados más significativos fue la percepción que tienen las madres sobre el peso de sus hijos e hijas. El 88.5% de las madres cuyos hijos están en el peso normal, tienen una percepción adecuada, mientras que el 97.37% y el 100% de las madres cuyos hijos tienen sobrepeso u obesidad, respectivamente, percibieron erróneamente el peso de sus hijos o hijas.

Palabras Clave

Sobrepeso, Obesidad, Percepción materna, Prácticas alimentarias, Infantes

Introducción

En México el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia que afecta a uno de cada tres adolescentes, niños y niñas, así lo mencionó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en el año 2018, siendo esta situación considerada como un problema de salud pública, el cual representa altos costos médicos por los problemas de comorbilidad físicos y psicológicos asociados a la obesidad como son la diabetes mellitus, hipertensión, cáncer, la baja autoestima, depresión, hiperactividad, entre otras, las cuales disminuyen la calidad de vida e incrementan el riesgo de muerte prematura.

Se considera que la responsabilidad de la alimentación está a cargo principalmente de las madres y por lo tanto son ellas quienes influyen en el gusto y hábitos alimenticios de los infantes, esto por ser ellas las encargadas en la selección de alimentos, de ahí que la formación en la calidad de dichos hábitos, en gran medida dependerá de los conocimientos que tenga la madre sobre nutrición. Hablando en un lenguaje técnico, se utiliza el término “dieta” para referirse a las costumbres alimentarias, es decir a los comportamientos alimenticios que sigue una persona (Lutz, 2019).

Las prácticas alimentarias están relacionadas con el conjunto de costumbres sociales relativas a la alimentación del ser humano; en nuestro país han sufrido cambios importantes, si bien se mantienen los alimentos básicos como el maíz, frijol, chile, aguacate etc., se han ido incorporando paulatinamente nuevos alimentos a la dieta. Desafortunadamente éstos no son de buena calidad, por ejemplo, los alimentos con jarabe de maíz de alta fructosa, azúcar, bocadillos altamente calóricos y pobres en nutrientes (Universidad de Harvard, 2023).

En México, la situación se complica debido al elevado consumo de alimentos altamente procesados, ya que según los datos de Encuesta de Salud y Nutrición 2020 del Instituto de Salud Pública de México (INSP), el 40% de las calorías que consumen los niños en edad preescolar proviene de este tipo de productos. Además, de acuerdo con UNICEF, cuatro de cada cinco preescolares ingieren bebidas azucaradas a diario, mientras que solo

uno de cada tres consume verduras diariamente, esto adquiere relevancia debido a que no se ha logrado reducir el índice de obesidad que existe en nuestro país, es más éste ha ido en aumento.

Existen estudios previos que como el de Silva et al. (2013) en el que encontraron que las madres con sobrepeso tienden a comer más ante la presencia de emociones desagradables y a su vez proporcionar alimentos en situaciones de estrés, tristeza o ansiedad, también se detectó que las actitudes maternas hacia la propia alimentación y el control alimentario de sus hijos están altamente relacionados, es decir, a menor peso corporal actual de la madre, mayor es la restricción que ejercieron sobre la alimentación de sus hijos e hijas, así mismo, las madres con sobrepeso tienden a ser menos restrictivas con la alimentación de los suyos.

Mientras que, en la investigación realizada por Trejo et al. (2018) se encontró que la madre que no percibe que su hijo tiene sobrepeso u obesidad no realiza acciones para disminuir esta problemática, dado que ella considera que sus hijos no tienen problemas con el peso.

Estado del arte

1 Antecedentes

1.1 Prácticas alimentarias

1.1.1. *Definición y Aspectos Culturales*

Las prácticas alimentarias están relacionadas con el conjunto de costumbres sociales relativas a la alimentación del ser humano, éstas, al igual que la cultura se constituyen simultáneamente de aspectos objetivos y subjetivos, se define como “respuestas comportamentales o rutinas asociadas al acto de alimentarse, modos de alimentarse, patrón rítmico de la alimentación (intervalos de tiempo - horarios y duración de la alimentación)” (Conducta alimentaria, 2020), a la vez Ávila et al., (2022) define a las prácticas alimentarias como:

Aquellas actividades realizadas en torno al acto alimentario que involucran elementos materiales (directamente observables), por ejemplo, lo que se come y los distintos platos; pero también y al mismo tiempo, implican una dimensión de subjetividad (los significados e interrelaciones sociales) que sólo es posible conocer y comprender mediante el discurso y reporte de las experiencias de las personas involucradas (párr. 3).

Por otra parte, cuando hablamos de un patrón alimentario, se hace referencia de hábitos arraigados en un país, los cuales representan una expresión cultural nacional y regional. Cuando se habla de estas prácticas, pero reducidas a un conjunto de una población más específica como una familia o grupo de familias, estamos hablando de un patrón de consumo, y con él podemos identificar los alimentos que son consumidos habitualmente (por lo menos una vez a la semana) por cada población (Galán, 2021).

La familia, al ser el primer lugar de socialización incide en gran medida en el desarrollo de patrones culturales y alimenticios de los niños y niñas. De ahí que el papel de las madres en la preparación de los alimentos se vuelva fundamental (Cabello y Reyes, 2011). En este sentido, Contreras y Gracia (2005) son puntuales en enfatizar que a través de lo culinario se satisfacen primeramente necesidades fisiológicas, pero también se satisfacen otro tipo de relaciones, como lo son las sociales, entre las que podemos destacar la identidad, la reciprocidad, la comensalidad e incluso la comunicación, las cuales son expresadas en cada una de las actividades que se relacionan a las prácticas de alimentación.

Adicionalmente, Rojas y García (2017) indican que la alimentación no solo suministra los nutrientes y la energía requeridos para mantener la salud, sino que también desempeña un papel significativo en el ámbito emocional. Este último aspecto se hace evidente cuando se observa cómo se reconforta a un niño con un dulce o una golosina, y a lo largo de todas las edades, tanto la ingesta de alimentos como la bebida pueden emplearse como una forma de buscar consuelo, llenar un vacío, combatir el aburrimiento o mitigar la tristeza, con lo que se reafirma lo dicho por Luban Plozza, et al., (1997 como se citó en Rojas y García 2017) “Los hábitos alimentarios son un reflejo de las necesidades afectivas y de la situación mental de la persona y repercuten en su salud tanto positiva como negativamente” (pág. 87).

Por otro lado, a través de la realización de grupos de enfoque con madres estadounidenses, se identificaron diversas creencias, suposiciones y prácticas relacionadas con la alimentación. Por ejemplo, algunas madres consideraban que, si un bebé tenía un tamaño más grande o presentaba sobrepeso, esto se interpretaba como un indicador de buena salud y éxito en la crianza. Además, se observó que, entre las madres con hijos con exceso de peso, se asume la existencia de una predisposición genética a la obesidad, lo que conduce a la aceptación de la corpulencia como algo normal y aceptable (Maldonado, 2018).

En México, esas creencias también siguen estando arraigadas, pues en un estudio para evaluar la percepción de las madres sobre el peso de sus descendientes realizado por

Flores Peña et al. (2017) en el que participaron 2,840 madres e hijos del norte del país, se encontró que prevalecen creencias tradicionales falsas respecto a que un niño gordito es un niño sano, o bien que la obesidad que presenta un niño o niña desaparecerá cuando éste sea adulto. Este descubrimiento podría ser resultado de la creencia predominante de que tener un niño(a) con sobrepeso u obesidad no es necesariamente indicativo de un infante poco saludable. Algunas madres pueden considerar que tener sobrepeso u obesidad es normal, mientras que otras pueden atribuir el peso de su hijo(a) a factores como la genética.

1.1.2. Papel actual de la Madre en la Alimentación

En México se considera que la responsabilidad de la alimentación se encuentra en manos de las madres principalmente y son ellas el modelo principal que influye en los gustos y hábitos alimentarios, desde una perspectiva sociocultural, la mujer ha sido asociada al tema alimentario a partir del “papel que juega” o “el rol que cumple”, encargándose o responsabilizándose de las tareas domésticas que tienen que ver con el cuidado de las otras personas en la familia, así como la alimentación de la misma (Zenteno y Zúñiga, 2018).

Algunas investigaciones como la de Olivares et. al., (2006 como se citó en Cabello y Reyes, 2011) han mostrado que las madres deciden el tipo de alimentación en función de lo que les gusta a ellas o sus parejas, siendo las comidas poco saludables las que predominan. Otros estudios como el de Restrepo y Maya (2005), aluden a la formación de hábitos alimentarios asociados con la convivencia familiar, revelando que los menores que comen con sus madres y padres adquieren mejores hábitos alimenticios en comparación con aquellos que comen solos o con otros familiares.

La alimentación es uno de los principales procesos que permite la subsistencia física y que condiciona la salud. Para Contreras y Gracia (2005, como se citó en Cabello y Reyes, 2011), alimentar es nutrir, es cuidar, y es reproducir. En este sentido, ellos afirman que los contenidos culturales que se derivan de la función de madres “nutridoras” son múltiples, especialmente “aquellos que convierten a las mujeres dentro de los grupos domésticos en las

receptoras naturales de responsabilidades preventivas, terapéuticas y asistenciales en referencia al grupo para el que cumplen la extensión de esas funciones” (p.4).

En concordancia con lo anterior, Ávila et al. (2022) indican que son las madres las encargadas de hacer la selección de los alimentos, su preparación y horarios en que se deberán de consumir esos alimentos, de ahí que la formación de hábitos, tanto saludables como desastrosos de los menores, dependerá de la habilidad y conocimientos que tenga la persona encargada de la alimentación de ellos. Adicionalmente, Jiménez (2012) menciona que hay una transmisión de costumbres, mitos e ideas sobre lo que la familia puede considerar como comportamientos alimentarios saludables, los cuales se pueden ver condicionados por los ingresos familiares.

1.1.3. Efectos de la Globalización en las Prácticas Alimentarias

Una consideración importante es la que indican Del Valle y De la Cruz (2012) cuando hacen hincapié en las grandes transformaciones de la sociedad contemporánea y lo que han significado los cambios en la alimentación con un nuevo sistema de vida y en el contexto familiar, donde el rol de la mujer como alimentadora y transmisora de lo que es adecuado comer, ha sido rebasado por una gran sobreexposición a la publicidad no regulada en espacios televisivos e internet que van dirigidos específicamente a niños, niñas y mujeres que irrumpen visual y agresivamente para exaltar cualidades de productos alimenticios que no tienen sustento científico.

Dentro de los cambios importantes que el desarrollo social y económico han permitido, Galán (2021) menciona que al mejorar el nivel de vida han disminuido las enfermedades infecciosas, sin embargo, se han presentado cambios en el consumo de alimentos y en el estilo de vida de las personas, dando como resultado una tendencia al “alza de la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, incluso algunos tipos de cáncer” (párr. 3).

Los alimentos que pone la industria alimentaria al alcance de las grandes mayorías son alimentos baratos, ricos en grasas y azúcares que satisfacen el apetito, facilitando comer en grupo, dados los patrones de consumo establecidos socialmente. Además, la publicidad asociada a promover paquetes de alimentos de comida rápida de gran tamaño a precios accesibles para la población, promueven aumentar el tamaño de la ración, propiciando el comer en exceso. De esta manera, se acentúan los problemas de desnutrición incrementando la obesidad, a la vez que expone a niños, niñas, adolescentes y adultos a un mayor riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a régimen alimentario (Jiménez, 2012).

La globalización, con sus nuevas formas de distribución ha incidido en el cambio de las prácticas alimentarias al brindar productos que satisfacen las necesidades del consumidor, reduciendo el tiempo de preparación de los alimentos en casa, “pero también modificando su preferencia por alimentos procesados, disminución de actividad física y cambio en los hábitos de vida poco saludables contribuyendo al aumento acelerado de los niveles de sobrepeso y obesidad” (Rapallo y Rivera, 2019, p. 16).

Así mismo, Castrillón y Giraldo (2014) mencionan que “aunque en muchos casos, madres e hijos (as) conocen la importancia de una adecuada alimentación, los niños (as) se rehúsan a consumir alimentos que satisfagan sus necesidades nutricionales” (párr.2) es por ello que en la mayoría de los casos, las madres van modificando las prácticas alimentarias, procurando que sus hijos (as) consuman la cantidad de alimento que ellas consideran es la adecuada, sin considerar la capacidad de autorregulación de los niños y niñas (Fisher y Birch, 1999).

A partir de estudios realizados por Birch y Deysher, (1986), Blissett et al.(2006), Blissett et al. (2005), Domínguez et al. (2008), y Wardle et al. (2002), se detectó que las madres y cuidadores, en su preocupación de dar una adecuada nutrición, buscan inducir cambios en la conducta alimentaria, no obstante en la mayoría de los casos desconocen los

efectos a largo plazo de sus prácticas, con lo que los problemas de alimentación no clínicos probablemente terminen convirtiéndose en problemas de alimentación en la etapa de la adolescencia (Castrillón y Giraldo, 2014).

1.2 Percepción Sobre el Peso

1.2.1 Definición de Percepción

La percepción como la define Groffman (2006), es el “proceso activo de localización y extracción de la información obtenida del medio externo”. Es decir, la percepción es la manera como interpretamos la información externa e interna, que recibimos a través de nuestros sentidos, de manera que adquiera significado para nosotros.

La percepción de la imagen corporal abarca diversos aspectos, como el perceptual, donde se comprende el tamaño, peso y forma del cuerpo; el cognitivo-afectivo, influenciado por las actitudes y emociones relacionadas con el cuerpo; y el conductual, que guía las acciones derivadas de los dos elementos anteriores (Míguez et al., 2011).

1.2.2 Importancia de la Percepción

A través de la historia, han surgido dos perspectivas sobre la obesidad. La primera la considerada como una ventaja y una forma de protección para la supervivencia, marcada por el aumento de peso durante períodos de abundancia alimentaria y una posterior pérdida de peso durante la escasez. La segunda perspectiva la cataloga como una enfermedad, atribuyéndole a la ingestión crónica y excesiva de alimentos, y esta visión es la predominante en la actualidad (Matus Lerma et al., 2016).

El exceso de peso, vinculado a la salud y la prosperidad, empezó a desaparecer en los primeros años veinte del siglo pasado. No obstante, en ese momento aún se creía que mantener algo de sobrepeso podría resultar beneficioso en caso de enfermedad, y se consideraba que un cuerpo más delgado, que se había promovido como un ideal de salud, estaba relacionado con fragilidad, Contreras (2005 como se citó en Matus Lerma et al., 2016).

Las alteraciones de la imagen corporal por lo general son una valoración cognitiva y actitudinal distorsionada en sentido negativo del propio cuerpo. Esto puede ser un factor decisivo en la motivación para realizar algún tipo de dieta restrictiva (Míguez et al., 2011).

La percepción del peso corporal está estrechamente ligada a la imagen corporal, la cual según Ortega Miranda (2018), “se refiere a las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias debidas a cambios psicológicos, sociales y culturales” (párr. 9). Ortega también puntualiza que la imagen corporal, específicamente en niños y niñas con obesidad, tiene dos perspectivas, ambas igual de importantes: la autoimagen y la imagen corporal que perciben las madres.

La percepción de las madres sobre el peso de sus hijos(as) suele ser errónea, pues tiende a tener una percepción distorsionada en cuanto a la imagen corporal de estos, ya sea subestimándola o sobreestimándola (Cabello y Reyes, 2011). En este sentido Rozas et al. (2020) resaltan la importancia de la percepción materna, pues afirman que una alteración de ésta, con relación al estado nutricional de los menores, puede influir de manera negativa, ya que incide en una escasa adhesión al tratamiento para disminuir el sobrepeso y obesidad de niños(as) en etapa escolar.

Lo anterior se puede comprobar con la investigación realizada por Campbell et al. (2006 como se citó en Zonana y Conde, 2010) donde se evaluó el interés de las madres acerca del sobrepeso de sus hijos, encontrando que la mayoría no percibe el sobrepeso o la obesidad en sus hijos. Si se toma en cuenta el peso ideal de los niños, “las madres perciben a sus hijos con menor peso entre 7 y 10 % en niños y niñas respectivamente” Ohzeki et al. (2006, como se citó en Zonana y Conde 2006, pág. 166). Aunado a esto, muy pocas madres muestran inquietud por el sobrepeso y la obesidad de sus hijos e hijas, ya que no lo perciben como un tema de salud relevante o mencionan que el médico no le ha indicado ninguna preocupación al respecto (Zonana y Conde 2010).

Es interesante lo que se encontró en el estudio realizado por Encina et al. (2017) el cual mostró que el 20% de las madres piensan que no es necesario tomar medidas

preventivas y sólo las consideran cuando su hijo alcanza un índice de masa corporal (IMC) por encima del percentil 97, es decir, cuando ya está en un estado de obesidad nutricional.

Los resultados del estudio realizado por Zonana y Conde (2010) demostraron que, de una muestra de 525 niños y niñas, el 57 % de sus madres percibió adecuadamente el peso de sus hijos (as), en tanto que 37% subestimó y 5 % sobreestimó el peso. La mayor discrepancia se evidenció en los niños (as) con sobrepeso, donde el 54 % de las madres percibió que sus hijos (as) tenían un peso normal, a pesar de que en realidad estaban en la categoría de sobrepeso. En el caso de los niños (as) con obesidad, el 50 % de las madres los identificaron correctamente como obesos, mientras que sólo aproximadamente un tercio de las madres con niños (as) con sobrepeso acertaron en su clasificación. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que también han demostrado que la mayoría de las madres no identifican correctamente el sobrepeso en sus hijos (as).

Finalmente, Cabello y Reyes (2011), concluyen que cuando la madre tiene una percepción precisa de la situación de sobrepeso u obesidad de su hijo(a), está más dispuesta a adoptar medidas para modificar sus patrones alimenticios. Si una madre reconoce los riesgos asociados con la obesidad y comprende las posibles implicaciones para la salud del menor, es más propensa a fomentar hábitos alimenticios saludables en él o ella.

1.3 Obesidad

1.3.1. Definición, Etiología, Medición

Frecuentemente, se emplean las palabras “obesidad” y “sobrepeso” de manera intercambiable, aunque en realidad tienen significados distintos. La Organización Mundial de la Salud [OMS] en el 2021 menciona que la obesidad se caracteriza por un exceso de grasa corporal, mientras que el sobrepeso se relaciona con un peso corporal superior en comparación con la estatura. La obesidad, se define de manera general como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial desfavorable para la salud; de igual manera la OMS establece que se considera sobrepeso cuando el índice de masa corporal (IMC) es igual o mayor de 25, mientras que se considera obesidad cuando el IMC es igual o mayor a 30.

Cuando se trata de niños, la OMS indica que es importante considerar la edad al determinar lo que constituye sobrepeso y obesidad para niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años, estableciendo las siguientes definiciones:

- Sobrepeso: Se define como el índice de masa corporal (IMC) para la edad que se encuentra más de una desviación estándar por encima de la mediana que se ha establecido en los estándares de crecimiento infantil de la OMS.
- Obesidad: Se caracteriza por un IMC que supera las dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecidas en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Las principales razones detrás de la obesidad infantil se derivan principalmente del consumo de alimentos altamente procesados, los cuales contienen niveles elevados de azúcar, grasas trans y sal. Además, las bebidas azucaradas también contribuyen significativamente a este problema, ya que son fácilmente accesibles debido a su amplia disponibilidad, su precio asequible y su constante promoción en los medios de comunicación (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, [UNICEF],2016), esta condición favorece complicaciones metabólicas como, hiperglucemia, hipertrigliceridemia, e hipertensión entre otros. La obesidad infantil ya es considerada un problema global que aumenta el riesgo de los niños de sufrir problemas cardiovasculares, diabetes, y problemas de salud mental.

El Índice de Masa Corporal (IMC) se utiliza de manera rápida y sencilla para determinar si una persona tiene problemas de peso. Es importante recordar que el peso es una combinación de agua, proteínas, minerales y grasa, y estos componentes pueden variar significativamente de una persona a otra. El IMC es una herramienta útil para identificar si alguien tiene un problema de peso, pero no proporciona información detallada sobre el nivel de grasa corporal y, por lo tanto, no permite evaluar la gravedad de la obesidad o el sobrepeso de manera precisa.

A pesar de estas limitaciones, el IMC sigue siendo valioso en investigaciones a nivel poblacional que buscan determinar la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. El cálculo es bastante simple: se divide el peso de la persona entre la altura en metros al cuadrado y se compara el resultado con estándares recomendados que varían según la edad y el sexo, especialmente en niños y niñas, donde se utilizan tablas específicas organizadas según el sexo y el grupo de edad (Molina, 2014).

El IMC se utiliza como la medida más práctica para evaluar el sobrepeso y la obesidad en la población, ya que es aplicable a personas de ambos sexos y a adultos de todas las edades. No obstante, es importante tener en cuenta que el IMC se debe interpretar como una aproximación, ya que puede no reflejar el mismo nivel de grasa en ambos individuos (Molina E. 2014).

1.3.2 Aspectos Epidemiológicos, Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en México

En México la prevalencia de obesidad y comorbilidades son un serio problema de salud que afecta tanto la calidad de vida como también el gasto económico tanto para las familias, así como al sector salud.

En el 2021 la Revista Expansión publicó un estudio realizado por World Obesity Federation (WOF) en conjunto con el Research Triangle Institute (RTI) donde se encontró que de los 126 millones de habitantes que hay en el país, más de 62 millones de adultos viven con sobrepeso u obesidad.

Lo alarmante de dicho estudio es que se prevé que la tasa de obesidad en la población de México continuará aumentando y se estima que para el año 2050, aproximadamente el 88% de la población presentará algún nivel de exceso de peso o padecerá obesidad.

En el 2018 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) indicó que en los últimos 30 años, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia que afecta a uno de

cada 3 adolescentes, niños y niñas, además, también se menciona que se ha detectado que la obesidad aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades como diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón, hipertensión, dislipidemias, enfermedades cerebrovasculares y cáncer, las cuales disminuyen la calidad de vida e incrementan el riesgo de muerte prematura.

A nivel nacional, el INSP ha podido determinar que la obesidad representa altos costos médicos, estimados en 151,894 millones de pesos sólo en 2014, lo cual equivale a 34% del gasto público en salud. Pérez y Cruz, (2017) mencionan que hace diez años, “en México el costo directo e indirecto del sobrepeso y la obesidad fue de 67,345 millones de pesos mexicanos, cantidad que, evidentemente, se ha incrementado” (párr. 3), por lo que, si no se adoptan medidas inmediatas a todos los niveles de la sociedad, se estima que el costo asociado a este problema de salud pública llegará a representar hasta un 4.67% del Producto Interno Bruto (PIB) para el año 2060 (Expansión, 2021).

Por otra parte, Black y Creed (2012) mencionan que el agravamiento en los indicadores de salud se puede atribuir en gran medida a los cambios en la dieta, evidenciada en el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar y grasas, y bajo en alimentos que contengan los nutrientes adecuados para mantener un estado de salud óptimo.

Un dato interesante sobre el consumo de bebidas azucaradas que aportan Cabezas-Zabala et al. (2016) indica que éstas aportan de 220 a 400 calorías extra al día, lo que incrementa en 60% el riesgo de obesidad en niños y niñas; además, aumenta la probabilidad de padecer diabetes; también hacen mención al dato alarmante que proporciona originalmente la Industria Alimenticia de Jalisco, México, en el que informa que “el 90% de los productos de confitería son dirigidos a los niños(as) y que el consumo per cápita ha aumentado en 0.3kg en los últimos años hasta alcanzar 2.4kg en 2012” (pág. 322).

Sin duda, educar para la salud es un recurso fundamental para revalorar la dieta tradicional mexicana. En otras palabras, la educación nutricional no solo debe difundir

información sobre los alimentos y sus propiedades nutricionales “sino que también debe proporcionar a las personas herramientas para saber qué hacer y cómo actuar para mejorar su nutrición y salud en general” (Gómez y Velázquez, 2019, párr.26).

1.3.3. Aspectos Psicológicos de la Obesidad en Niños y Niñas

La Organización Mundial de la Salud en el 2012 indica que la obesidad se asocia con problemas psicológicos, entre los que se mencionan se encuentran la autoestima baja, la depresión, así como una baja convivencia social y calidad de vida, entre otros (Contreras-Valdez et al., 2016). Adicionalmente, el excesivo consumo de azúcares añadidos está vinculado a diversas disfunciones fisiológicas y metabólicas, y se ha planteado la posibilidad de que éstos puedan estar relacionados con la aparición de problemas psicológicos, hiperactividad, e incluso trastornos mentales (Cabezas et al., 2016).

Dado que la obesidad afecta en buena medida la autoestima de los niños y niñas, se requiere saber cómo se define esta, Araujo, et al., (2017) indican que la autoestima se trata de una construcción, la cual tiene sus inicios en aquellas nociones que la persona va teniendo de sí misma, las cuales son aprendidas principalmente en el núcleo familiar, desarrollándose a lo largo de la vida.

En estudio realizado por Zamani et al., (2016 como se citó en Iraheta y Bogantes, 2020) se dieron cuenta que el sobrepeso, obesidad y sedentarismo afectan la autoestima de los niños y niñas debido a “una disminución de la percepción de la autoeficacia, la competencia física y la aceptación social” (párr. 11).

Por otro lado, López et al. (2008) hacen hincapié en que los niños y niñas obesos tienden con gran frecuencia a ser víctimas de bullying, lo que aumenta el riesgo del mantenimiento de la obesidad debido a los problemas psicosociales que se encuentran relacionados, aunque también son más propensos que los menores con peso normal a desarrollar el papel de agresor,

En este sentido Griffiths et al. (2006) informaron que las niñas y los niños obesos tenían aproximadamente 1.5 veces más probabilidades de ser acosados por los niños y niñas de peso normal.

Dentro de las consecuencias de sufrir acoso escolar se encuentran la dificultad para tener amigos, al estrés emocional y el aislamiento, así como pobre adaptación psicosocial, lo que tiende irremediablemente a aumentar la ansiedad, la soledad, los sentimientos depresivos, la pérdida de autoestima, así como a desarrollar problemas de conducta.

1.3.4 Aspectos Psicológicos de las Madres en las Prácticas Alimentarias

Al considerar los aspectos psicológicos que presentan las madres al momento de tomar decisiones sobre sus prácticas alimentarias, en la literatura, podemos encontrar algunas investigaciones enfocadas a los factores que pueden incidir en las prácticas alimentarias por parte de las madres mexicanas, considerando que las madres influyen en el contexto alimentario de sus hijos (as) mediante modelos autoritarios o permisivos en la elección de alimentos, incluyendo el tipo, la cantidad y los horarios de alimentación, así como la edad de introducción de los mismos (Orrell et al., 2007).

Un estudio realizado por Silva et al., (2013) en donde participaron 82 madres de hijos en etapa preescolar, arrojó entre sus resultados una asociación del peso corporal elevado con la ingesta de alimentos en la presencia de emociones desagradables, es decir, las madres con sobrepeso tienden a comer y a proporcionar alimento en situaciones de estrés, tristeza o ansiedad.

En este estudio también se encontró que existe una correlación entre las restricciones alimentarias por parte de las madres hacia sus hijos y el peso corporal actual de ella; en dicha correlación se encontró que, a menor peso corporal actual de la madre, mayor es la restricción que ejercieron en la alimentación de su hijo o hija, además de que las madres con sobrepeso fueron menos restrictivas con la alimentación de estos.

Algo similar mencionan Johannsen et al. (2006) quienes investigaron cómo las madres influyen en conducta alimentaria y el peso de sus hijos e hijas, en este estudio se detectó que las madres tienen una gran influencia sobre el peso de los infantes. Además, encontraron importantes diferencias en las prácticas alimentarias dependiendo del género del menor.

Un dato adicional encontrado por Silva et al. (2017), es que las actitudes maternas hacia la propia alimentación y el control alimentario de sus hijos e hijas está altamente relacionado. Las madres que se auto restringen calóricamente en su dieta diaria, también tienden a restringir los alimentos considerados chatarra en sus hijos (as). Anschutz et al (2008) corroboraron lo anterior, ya que en su estudio con infantes en edad escolar encontraron que las madres que estaban más preocupadas por el propio peso corporal, restringían más la alimentación de sus hijos e hijas. Además, los menores eran alentados verbalmente a ser más delgados, independientemente de su índice de masa corporal.

Por otro lado, Silva et al. (2017) menciona que el control alimentario de las madres para con sus hijos e hijas muchas veces se reduce a indicarles, de manera abierta, así como encubierta, qué es lo que deben comer, pero raramente se les enseña a comer de manera equilibrada, por lo que los niños(as) solo asumen restricción y posteriormente tienden a comer en exceso todo lo que se les tiene restringido.

1.3.5 Predictores Maternos del Índice de Masa Corporal en los Infantes

Se tienen estudios que indican que existe una relación entre la obesidad de los padres y el sobrepeso u obesidad de los hijos(as) debido a factores hereditarios, no obstante existen otros factores que pueden estar involucrados como el entorno que se comparten los menores con sus padres, nivel socioeconómico las prácticas alimentarias y otros factores del estilo de vida, otros estudios también indican que la escolaridad de las madres influye en que el peso de los menores, a mayor grado escolar los menores tienden a tener menor riesgo de obesidad y viceversa a menor escolaridad mayor riesgo de que se presente obesidad infantil (Ortiz et al., 2015)

Lo anterior se complementa con lo que mencionan Domínguez et al., en el 2008, quienes indican que los modelos de alimentación que adquieren los infantes están basados en factores como las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación, la interacción con los niños (as) durante la comida, y la asociación de ciertos alimentos con situaciones específicas como fiestas familiares, castigos o premios generan un reforzamiento positivo de la conducta relacionados con la experiencia de comer lo que genera que los niños (as) adquieran preferencias a ciertos alimentos y costumbres familiares que les son agradables.

En estudios recientes Ortiz et al. en el 2015 mencionan que encontraron que existe una correlación de IMC materno con el IMC del menor, si bien esto se puede atribuir a factor hereditario, en “investigaciones recientes señalan que el riesgo de desarrollar obesidad infantil es seis veces más alto en niños con madres con obesidad” (p.162).

Finalmente, hay pruebas que sugieren que el patrón de conducta alimentaria de la familia es un factor importante en el comportamiento alimentario del niño (a), y puede ser modificado para prevenir la obesidad infantil. Sin embargo, es importante reconocer que la conducta alimentaria de una persona está determinada por una red de influencias biológicas, familiares y sociales, lo que la hace tremendamente compleja (Domínguez et al.,2008).

1.4 Aspectos Relacionados con la Prevención

La prevención de las malas prácticas alimentarias no es un tema ajeno al gobierno federal de nuestro país, pues están conscientes de los graves problemas de obesidad y desnutrición que existen en el territorio nacional. Entre las acciones desarrolladas por el gobierno mexicano con el fin de promover prácticas alimentarias saludables, está la que implementó, el Instituto Nacional de Salud Pública, que lanzó una “Guía alimentaria y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana”, (Academia Nacional de Medicina, 2015) con la que se pretende que la población esté correctamente informada y tome decisiones sobre los patrones de actividad física compatibles con un sano

estilo de vida, pues en dichas guías se describen las características de una alimentación saludable considerando los recursos económicos, gastronómicos y culturales propios de nuestro país.

Adicionalmente, con el propósito de estandarizar los establecimientos que ofrecen alimentos y bebidas destinados al consumo de estudiantes en las escuelas primarias se instituyó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad (ANSA), es importante destacar que el ANSA es simplemente un compromiso basado en la buena voluntad, por lo tanto, no posee autoridad para imponer obligaciones ni aplicar sanciones. Lo anterior a pensar de la reforma en el decreto del artículo 3, quinto transitorio III, apartado C que textualmente dice: “prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos” (Rodríguez Torres y Casas Patiño, 2018, p.283).

Por otra parte también se disponen de diversos informes producto de las políticas y tácticas adoptadas por el gobierno con el fin de abordar el problema del exceso de peso y obesidad como son, la NORMA Oficial Mexicana NOM-043- SSA2-2012 (Servicios básicos de salud), Promoción y educación para la salud en materia alimentaria (Criterios para brindar orientación), la NORMA Oficial Mexicana NOM-008- SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena (Actualización 2012) y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013).

Hablando específicamente del área psicológica, también se han emprendido acciones desde la intervención, principalmente orientadas a modificar las prácticas alimentarias existentes. Un ejemplo de ello fue la intervención realizada por Arroyo y Carrete (2018) realizada a un grupo de preadolescentes de entre 11 y 12 años que se encontraban en el primer año de secundaria y cuya finalidad fue la de modificar favorablemente sus actitudes hacia la comida saludable, así como favorecer su autoeficacia para elegir y balancear

alimentos mediante un enfoque de aprendizaje activo y el lema de “aprender a comer, comiendo” en la cual, el análisis estadístico de los datos indicó una modificación significativa en la actitud y el riesgo percibido después de la intervención.

En la población adulta, también se han realizado intervenciones que buscan reorientar las prácticas alimentarias. En el estado de Nuevo León, Rosales (2015) realizó un proyecto de intervención social denominado “Reorientación de prácticas alimentarias en la familia bajo el modelo de Intervención Centrado en la Tarea”, en el cual participaron 8 familias de las cuales al menos un integrante padecía obesidad mórbida. Los resultados de esta intervención fueron favorables, pues se observaron cambios positivos en el reconocimiento de las prácticas alimentarias, desarrollando habilidades de alimentación que conducen a mantener un peso saludable, cumpliendo con el propósito de la intervención, que fue contribuir a la prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad.

Una parte importante de la prevención es el conocimiento de la ingesta diaria de azúcares libres como los jarabes, refrescos, pasteles, galletas, jugos de frutas, chocolates y dulces. En este sentido y basado en la información que brinda la Food and Nutrition Board/Institute of Medicine (FNB/IOM) donde se recomienda que estos azúcares sean menos de 25% de la ingesta total diaria, equivalente a 125 g o 25 cucharaditas de azúcar al día. Así mismo, la Asociación Americana del Corazón (2014) (AHA por sus siglas en inglés) recomienda no más de seis cucharaditas o 100 calorías de azúcar para las mujeres, no más de nueve cucharaditas o 150 calorías de azúcar para los hombres y limitar el consumo de bebidas azucaradas a 36 onzas o 450 calorías por semana (Cabezas et al., 2016).

Desafortunadamente, a pesar de haber transcurrido tres décadas y de haberse aplicado normativas oficiales, directrices y medidas de intervención, no se ha logrado el resultado deseado. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Mitad de Periodo (2016) confirma que México está experimentando una epidemia de obesidad (Rodríguez Torres y Casas Patiño, 2018).

1.5. Por qué es Relevante para la Psicología de la Salud

La psicología de la salud nace formalmente en 1978 cuando la Asociación Americana de la Psicología (APA) crea Health Psychology (División de Psicología de la Salud). Ésta surge desde la necesidad de reconocer que la conducta puede afectar de una manera crucial en el mantenimiento de la salud, así como en el origen y evolución de la enfermedad. Un ejemplo de ello son las enfermedades asociadas al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas, como los problemas cardiovasculares, que, en definitiva, son producto de comportamientos, hábitos y prácticas poco o nada saludables y en su mayoría están asociados a la obesidad y sobrepeso (Amigo Vázquez, 2017).

Las atribuciones y áreas de trabajo de esta disciplina quedan expresadas en la definición que hace Matarazzo (1980) de la psicología de la salud:

“La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, así como el mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud” (p. 815).

De acuerdo con la definición de las atribuciones de la psicología de la salud hechas por Matarazzo (1980), esta investigación puede ser relevante en varios aspectos para la psicología de la salud, por una parte, a raíz de los resultados obtenidos se puede trabajar en el mantenimiento de la salud promoviendo prácticas alimentarias más saludables entre las madres encargadas de la alimentación, para que se mantenga un peso y salud adecuados entre la población infantil; además, conocer las causas conductuales de la salud o enfermedad ya que se busca probar una correlación entre la percepción del peso y las prácticas alimentarias, analizando varios aspectos que podrían estar influyendo en el peso y salud de los niños y niñas, por lo que podría arrojar datos útiles sobre las conductas maternas que están causando estragos en el bienestar de sus hijos e hijas.

1.6 Planteamiento del problema

Considerando las predicciones que se tiene respecto a la obesidad en México para el 2060, en la que se considera que el 88% de la población tendrá problemas de sobrepeso u obesidad, es imperativo que las madres promuevan hábitos alimentarios adecuados y saludables para reducir el porcentaje de obesidad esperado (Expansión, 2021).

Dado que la familia, al ser el primer lugar de socialización incide en gran medida en el desarrollo de patrones culturales y alimenticios de los niños y niñas, el papel de las madres en la preparación de los alimentos se vuelve fundamental para la adquisición de buenos o malos hábitos alimenticios que inciden en la salud de los menores (Cabello y Reyes, 2011). En México, prevalecen creencias tradicionales falsas respecto a que un niño gordito es un niño sano, o bien que la obesidad que presenta un niño desaparecerá cuando este sea adulto, además de que se cree que un niño con sobrepeso u obesidad no es necesariamente indicativo de un niño poco saludable, e incluso considerar que tener sobrepeso u obesidad es normal (Flores Peña et al., 2017).

La percepción que las madres tienen sobre el peso de sus hijos e hijas es extremadamente importante, desafortunadamente, suele ser errónea, ya que se tiende a subestimar o sobrestimar (Cabello y Reyes, 2011). Esta alteración en la percepción en relación con el estado nutricional de su hijo (a), puede influir de manera negativa, ya que muy pocas madres muestran inquietud por el sobrepeso y la obesidad de sus hijos (as), pues no lo perciben como un tema de salud relevante o mencionan que el médico no le ha indicado ninguna preocupación al respecto (Zonana y Conde 2010). En un estudio realizado por Encina et al. (2017) mostró que el 20% de las madres piensan que no es necesario tomar medidas preventivas y sólo las consideran cuando su hijo(a) alcanza un índice de masa corporal (IMC) por encima del percentil 97, es decir, cuando ya está en un estado de obesidad nutricional.

Por otro lado, cuando la madre tiene una percepción precisa de la situación de sobrepeso u obesidad de su hijo(a), está más dispuesta a adoptar medidas para modificar sus patrones alimenticios. Si una madre reconoce los riesgos asociados con la obesidad y

comprende las posibles implicaciones para la salud de su hijo(a), es más propensa a fomentar hábitos alimenticios saludables en él o ella.

En México, el problema de la obesidad infantil ha rebasado al sector salud, en la página del Gobierno de México se menciona que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), México puede ser considerado como un país mayormente mal nutrido, y ocupa el primer lugar en obesidad infantil, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2020) revela que en nuestro país la prevalencia de sobrepeso recae con más fuerza en los menores de 8 años siendo el 24% de ellos y el 26% con obesidad en menores de 9 años” (Gobierno de México, 2021, Párr. 5).

Este problema, visto desde la perspectiva de la psicología de la salud, adquiere relevancia, pues las prácticas alimenticias de las madres mexicanas son conductas que promueven o inhiben hábitos saludables generando prevención del sobrepeso y obesidad o bien ser las causantes de éstas en sus hijos o hijas.

Por otra parte, si el problema ya está presente, la psicología de la salud puede dar orientación para modificar patrones y cogniciones relacionados con los malos hábitos en las prácticas alimentarias ya existentes que llevaron a ese estado de malnutrición.

1.7. Justificación de la Investigación, Alcances y Limitaciones

La psicología de la salud nace desde la necesidad de reconocer que la conducta puede afectar de una manera crucial en el mantenimiento de la salud, así como en el origen y evolución de la enfermedad (Amigo Vázquez, 2017). Un ejemplo de ellos son la obesidad y sobrepeso, los cuales son producto de comportamientos, hábitos y prácticas poco o nada saludables.

En México la prevalencia de obesidad y comorbilidades son un serio problema de salud que afecta tanto la calidad de vida como también el gasto económico tanto para las familias, así como al sector salud. En el 2018 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) indicó que, en los últimos 30 años, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia que afecta a uno de cada 3 adolescentes, niños y niñas.

Por otro lado, la investigación no ha sido la suficiente respecto a este fenómeno ya que la responsabilidad de la obesidad recae sobre el individuo que la padece, pero en el caso de los niños pueden ser víctimas de las prácticas alimentarias de los padres.

Las acciones preventivas utilizadas no han sido las adecuadas, pues como lo menciona el propio gobierno de México, nuestro país puede ser considerado como un país mayormente mal nutrido, y, al mismo tiempo, ocupa el primer lugar en obesidad infantil (Gobierno de México, 2021, Párr. 5), por lo que los datos que se obtengan del presente estudio pueden ser de utilidad en diferentes aspectos de la psicología de la salud; primeramente, promoviendo el mantenimiento de la salud al fomentar prácticas alimenticias más saludables entre la población, sobre todo entre las madres encargadas de la alimentación, y de esta manera mantener un peso y salud adecuadas entre la población infantil.

En el área de prevención de la enfermedad, se pueden obtener datos para conocer cuáles son los hábitos y/o prácticas que están fomentando la obesidad en la población infantil, así como servir de apoyo para que en un futuro se pueda realizar una guía para trabajar con la población que ya padece sobrepeso y obesidad.

Respecto al área de etiología, correlatos de la salud y enfermedad, se buscará probar una correlación entre la percepción del peso y las prácticas alimentarias, analizando varios aspectos que podrían estar influyendo en el peso y salud de los niños y niñas, por lo que podría arrojar datos útiles sobre las conductas maternas que están causando estragos en el bienestar de sus hijos o hijas.

1.8 Pregunta de Investigación

¿Cómo influye la percepción del peso de los menores de 7 a 11 años y el IMC de las madres en las prácticas alimentarias por parte de éstas?

1.9 Objetivo General

Conocer la relación entre la percepción del peso de los infantes y las prácticas alimentarias que realizan madres de estos, específicamente en infantes de 7 a 11 años de edad.

1.9.1 Objetivos Específicos

1. Identificar la posible relación entre el IMC de las madres y el IMC de los menores.
2. Identificar si el IMC de las madres se relaciona con las prácticas alimentarias hacia los menores, la restricción alimentaria hacia éstos y su IMC.
3. Identificar las posibles diferencias entre el peso percibido por las madres y el IMC real de los menores entre las que tienen sobrepeso y los que no lo tienen.
4. Identificar las posibles diferencias entre las prácticas alimentarias de las madres que tienen hijos (as) con sobrepeso y las madres que tienen hijos (as) con peso dentro del rango normal.

1.10 Hipótesis

Hi. Existen diferencias entre el peso percibido de los infantes de 7 a 11 años, el IMC de las madres y las prácticas alimentarias hacia ellos por parte de sus madres.

H₁ Existe una relación entre el IMC de las madres y el IMC de los menores.

H₂ El IMC de las madres se relaciona con las prácticas alimentarias hacia los menores, la restricción alimentaria hacia éstos y su IMC.

H₃ Existen diferencias entre el peso percibido por las madres y el IMC real de los menores entre las que tienen sobrepeso y los que no lo tienen.

H₄. Existen diferencias entre las prácticas alimentarias de las madres que tienen hijos (as) con sobrepeso y las madres que tienen hijos (as) con peso dentro del rango normal.

2 Método

2.1 Diseño de Investigación

El diseño de la investigación de corte cuantitativo, transversal, no experimental, correlacional (Hernández, et al, 2013), pues la finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre el IMC del infante, la percepción materna del peso y las prácticas alimentarias maternas.

2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

Madres de niños y niñas de 7 a 11 años de edad que sean alimentadoras principales y que vivan en la República mexicana.

Criterios de exclusión:

- Niñas y niños que cumplan con la edad, pero padezcan alguna afección de la tiroides
- Niñas y niños que se encuentre en algún programa nutricional

2.3 Población y Muestra

Población: Madres de niñas y niños de 7 a 11 años de edad que sean alimentadores principales del menor y vivan en la República Mexicana.

Muestra: No probabilística al azar a través de medios digitales; como WhatsApp y Facebook (Rangel y Rojo, 2023). La cual consistió en 116 Madres de niñas y niños de 7 a 11 años de edad que son alimentadoras principales que viven en la República Mexicana.

2.4 Variables

2.4.1 IMC

Definición conceptual: Según Oliveira (2002) y ratificado por Da Silva (2007) el IMC es un método seguro, bastante utilizado para evaluar el estado nutricional y considerado el parámetro más adecuado para la evaluación del exceso de peso, por tratarse de la proporción del peso del cuerpo, en kilogramos, para la altura o estatura, en metros, al cuadrado (Alonso, 2011).

Definición operacional: Se calculará el IMC del niño (a) mediante los datos antropométricos que la madre proporcionará del menor como lo son peso y estatura. El índice de masa corporal se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros ($IMC = \text{peso (kg)} / [\text{estatura}]^2 \text{ (m)}$). Los rangos aplicados para considerar bajo peso, peso normal, sobre peso y obesidad para adultos se indican en la Tabla 1. Los rangos considerados para niños y niñas se presentan en las Tablas 2 y 3 respectivamente.

Tabla 1

Tabla de rangos de IMC en adultos

Composición corporal	Índice de masa corporal (IMC)
Peso inferior al normal	Menos de 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Peso superior al normal	25.0 – 29.9
Obesidad	Más de 30.0

Nota: Tomado de la *Cartilla Nacional de Salud* [IMC mujeres de 20 a 59 años de edad].

México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678069/Cartilla_Mujeres_2021.pdf

Tabla 2

Tabla de Índice de masa corporal de Niños

Edad	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
7 años	13	16	17	19
8 años	13	16	17	20
9 años	14	16	18	21
10 años	14	16	19	21
11 años	14	17	19	23

Nota. Tomado de la Cartilla Nacional de Salud IMSS [IMC niños, niñas y preadolescentes]. México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/950/ninos.pdf>

Tabla 3

Tabla de Índice de masa corporal de Niñas

Edad	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
7 años	13	15	17	20
8 años	13	16	18	21
9 años	13	16	18	22
10 años	14	17	19	23
11 años	14	17	20	24

Nota. Tomado de Castilla Nacional de Salud IMSS [IMC niños, niñas y preadolescentes]. México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/950/ninos.pdf>

2.4.2 Peso Percibido de la Madre Hacia su Hijo

Definición conceptual: Vargas (1994) define a la percepción en el ámbito de la psicología como “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del

ambiente físico y social” (párr. 5). Siguiendo estos preceptos, podemos decir que la percepción del peso percibido de la madre hacia su hijo (a), es el reconocimiento y significación que ella, desde su particular punto de vista, ha dado al peso de su hijo (a), y no precisamente tiene que coincidir con la percepción de otras personas, incluso, puede no coincidir con la realidad misma.

Definición operacional: Este concepto será medido por medio del Cuestionario de Alimentación Infantil (Child Feeding Questionnaire, CFQ) con una subescala especialmente diseñada para ese propósito: *Peso percibido del niño*, dónde la madre de familia podrá responder a través de 4 ítems (7 al 11) cómo percibe el peso de su hijo. Las opciones serán las siguientes:

- (1) bajo peso
- (2) normal
- (3) sobrepeso
- (4) Obesidad

2.4.3 Prácticas Alimentarias:

Definición conceptual: Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación, por ejemplo, número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc., (Black y Creed, 2012).

Definición operacional: Este concepto será medido por medio del Cuestionario de Alimentación Infantil (Child Feeding Questionnaire, CFQ) con una subescala en la que se evaluarán datos como qué tan frecuentemente se consumen alimentos considerados “chatarra” o que tan estrictas son las restricciones al respecto.

2.5 Instrumentos

2.5.1 Cuestionario de Alimentación Infantil (*Child Feeding Questionnaire, CFQ*)

El Cuestionario de Alimentación Infantil CFQ (Apéndice A) (Birch et al., 2001) mide la conducta de los padres, sus creencias, actitudes y prácticas respecto a la alimentación del niño y está dirigido a padres de niños con edades entre 2 y 11 años con desarrollo físico y neurológico normal.

Consta de 31 ítems que se agruparon en 3 dimensiones: peso percibido del niño, preocupación por el peso del niño y restricción. En esta investigación se utilizó la versión traducida y adaptada al español por Navarro y Reyes (2016).

Los ítems presentados están considerados en una escala Likert de 5 puntos, cada punto representado por una palabra de anclaje:

a) Subescala: *Peso percibido del niño*. Forma de respuesta: 1: muy bajo peso; 2: bajo peso; 3: normal; 4: exceso de peso 5: Obesidad.

b) Subescala: *Preocupación por el peso del niño*. Forma de respuesta: 1: no me preocupa 2: me preocupa poco; 3: me preocupa; 4: me preocupa mucho; 5: me preocupa demasiado

c) Subescala: *Restricción*. Forma de respuesta: 1: nunca; 2: casi nunca; 3: algunas veces; 4: casi siempre; 5: siempre.

Sus antecedentes psicométricos indican que respecto a su validez ésta se determinó a través de análisis factorial exploratorio, encontrando que los factores diseñados para medir preocupación de los padres y creencias con respecto al riesgo del niño de padecer obesidad fueron significativamente relacionados con el peso del niño.

El informe de los padres sobre el control de la alimentación del niño (presión para comer y restricción) también estaba relacionado con el peso del niño. Los padres de los niños

con exceso de peso informaron usar menos presión para comer y una mayor restricción del acceso de los niños a los alimentos.

En cuanto a su consistencia interna (alfa de Cronbach) los índices de confiabilidad para las distintas dimensiones oscilaron entre 0.70 y 0.92 (Birch et al., 2001). La presente versión muestra ser lingüística, cultural y psicométricamente apropiada para evaluar las prácticas, creencias y actitudes parentales hacia la alimentación infantil en madres mexicanas de niños de 5 a 11 años de edad.

2.5.2 Cuestionario Sociodemográfico y Prácticas Alimentarias (PA)

El cuestionario sociodemográfico (Apéndice B) recogerá aspectos relacionados a la edad, escolaridad, así como aspectos relacionados a los tipos de alimentos consumidos y su frecuencia de consumo. Otro aspecto que el cuestionario pretende recabar es qué tan normal consideran la obesidad en la infancia, así como si han recibido en algún momento de su vida entrenamiento formal o semiformal acerca de nutrición.

Los ítems presentados para conocer la frecuencia con los que algunos alimentos son consumidos están considerados en una escala Likert de 5 puntos, cada punto representado por una frase de anclaje, la forma de respuesta es la siguiente: 1: No lo consume; 2: Una vez al mes, 3: De una a tres veces a la semana, 4: una vez al día, 5: Dos o más veces al día. Para calificar la sección correspondiente a las Prácticas Alimentarias (PA) se tienen los siguientes rangos de puntuación: De 17 a 39: *Buenas prácticas*; de 40 a 62: *Prácticas Regulares*; de 63 a 84: *Malas Prácticas*.

2.6 Procedimiento

El Cuestionario de Alimentación Infantil CFQ, en conjunto con el cuestionario de elaboración propia y el consentimiento informado fueron distribuidos por medios de las redes sociales WhatsApp y Facebook y aplicados por medios electrónicos en formato de Google Forms (Apéndice C y D). Una vez reunida la cantidad requerida de participantes, se

eliminaron los que no cumplían con los criterios de inclusión, se realizó el vaciado en formato de Excel, donde se realizó la codificación necesaria para posteriormente subir los datos al programa SPSS en su versión 21 para proceder al análisis de los resultados.

La información se analizó partiendo de los objetivos específicos, para poder dar respuesta a éstos. También se analizaron y cruzaron diferentes ítems de los cuestionarios para lograr una mayor perspectiva de los factores involucrados en las prácticas alimenticias de las madres participantes. Una vez teniendo los resultados, se procedió a la realización de la discusión y conclusiones donde se plasmaron los hallazgos obtenidos y se compararon con la literatura descrita en el marco teórico, además de las ideas más relevantes surgidas durante el transcurso de la investigación.

3. Análisis Descriptivo de los Resultados

3.1 Datos Sociodemográficos

A través del formulario que se distribuyó por medio de redes sociales (WhatsApp y Facebook) se recabaron 120 respuestas, de las cuales se descartaron 4 por criterios de exclusión, quedando un total de 116 sujetos.

El cuestionario recibió respuestas de 18 estados de República Mexicana, de los cuales la mayoría fueron del Estado de México (34%, n=39) y la Ciudad de México (25%, n=29), de los demás estados los de mayor respuesta fueron Oaxaca con el 7% (n=8) y Puebla, Hidalgo y Morelos con el 5% (n=6) cada uno, los cuales suman el 81%, por lo que el 19% restante está dividido en los 12 estados restantes.

De los datos sociodemográficos recabados, cuya distribución y frecuencias se muestran en la Tabla 1, se tiene que 116 participantes son madres de niños y niñas de 7 a 11 años de edad que cursan entre primero y sexto grado de primaria. Las edades de las madres se encuentran entre los rangos de 25 y los 46 años de edad, de las cuales el 9% tiene escolaridad de secundaria, el 28% bachillerato, el 56% cuenta con licenciatura y el 7% tiene posgrado. Respecto a su estado civil, el 17% se encuentra soltera, el 57% casada, el 4% es

divorciada y el 22 % en unión libre. El 53 % de las madres trabajan fuera de casa y el 47% restante trabaja en casa.

Para el estudio fue necesario hacer el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) tanto de las madres como de los menores, el cual se obtuvo con los datos de peso y talla obtenidos mediante el formulario y se clasificaron en 4 grupos: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Del total de la muestra, el 46% de las madres tiene sobrepeso, el 28% peso normal, el 25% obesidad y el 1% bajo peso. En el caso de los menores, el 33% tiene sobrepeso, el 30% obesidad, el 21% peso normal y el 16% bajo peso (ver tabla 4).

Tabla 4

Características sociodemográficas de la muestra

Variable Sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje %	Media	Desv. Típ.	Rango Min. Max.	
Edad madre	25 o menos	3	2	38	1.32	25 -46
	25 a 30	22	19			
	31 a 35	29	25			
	36 a 40	32	28			
	41 a 45	17	15			
	45 o más	13	11			
Estado civil	Soltera	20	17	No aplica		
	Casada	66	57			
	Divorciada	5	4			
	Unión libre	25	22			
Escolaridad	Secundaria	10	9	No aplica		
	Bachillerato	33	28			
	Licenciatura	65	56			
	Posgrado	8	7			
Estatus peso Mamás	Bajo peso	1	1	No aplica		
	Peso normal	33	28			

	Sobrepeso	53	46			
	Obesidad	29	25			
	7	25	22			
	8	25	22	9	1.53	7-11
Edad del niño(a)	9	16	14			
	10	18	15			
	11	32	27			
	Bajo peso	19	16			
Estatus peso Niños (as)	Peso normal	24	21			
	Sobrepeso	38	33		No aplica	
	Obesidad	35	30			

3.2 Prácticas Alimentarias

El formulario distribuido, quedó integrado por un cuestionario de Prácticas alimentarias (PA) de elaboración propia, así como el instrumento Child Feeding Questionnaire (CFQ) adaptado para la población mexicana del cual se tomaron sólo 3 dimensiones las cuales fueron *Preocupación por el peso, Restricción y Peso percibido*.

Del cuestionario de PA se contemplaron tres rangos: buena práctica, práctica regular y mala práctica, el dato que sobresalió fue que el 56% de las madres tiene *prácticas regulares*, el 42% *buenas prácticas* y sólo el 2% presenta *malas prácticas alimentarias*.

Los datos obtenidos en cada una de las tres dimensiones de los cuestionarios CFQ mostraron que, respecto a la preocupación por el peso de los menores, existe una similitud entre estar *poco preocupadas* y *muy preocupadas* con un 29% cada uno, resalta el hecho de que sólo 13% de las madres indica estar *demasiado preocupadas*. En la dimensión de *restricción* los parámetros de medición fueron 5 (nunca restringe, casi nunca restringe, algunas veces restringe, casi siempre restringe y siempre restringe) los resultados mostraron que el 53% de las madres restringen los alimentos algunas veces y el 36% casi siempre, y ninguna madre respondió al parámetro de nunca restringe.

Finalmente, en la dimensión correspondiente a la percepción que tienen las madres respecto al peso de sus hijos, el 84% de las madres percibió a su hijos (as) dentro de un peso normal y ninguna indicó que su hijo (a) tuviera obesidad, siendo que, como se mencionó anteriormente el 33% de los menores ya presenta sobrepeso y el 30% obesidad. Las frecuencias y rangos se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5

Resultados del formulario de prácticas alimenticias y dimensiones del CFQ

Dimensión		Frecuencia	Porcentaje %	Media	Desv. Típ.	Rango Min. Max.
Prácticas alimentarias	Buenas prácticas	49	42			
	Prácticas Regulares	65	56	1.59	5.27	1-3
	Malas prácticas	2	2			
Preocupación por el peso	No me preocupa	7	6			
	Me preocupa poco	26	23			
	Me preocupa	34	29			
	Me preocupa mucho	34	29	3.21	1.15	1-5
	Me preocupa demasiado	15	13			
Restricción	Nunca restringe	0	0			
	Casi nunca restringe	8	7			
	A veces restringe	62	53	3.36	0.665	2-5
	Casi siempre restringe	42	36			
	Siempre restringe	4	4			
Percepción del peso	Bajo peso	11	9			
	Peso normal	97	84			
	Sobrepeso	8	7		No aplica	
	Obesidad	0	0			

3.3 Relación y diferencias entre variables.

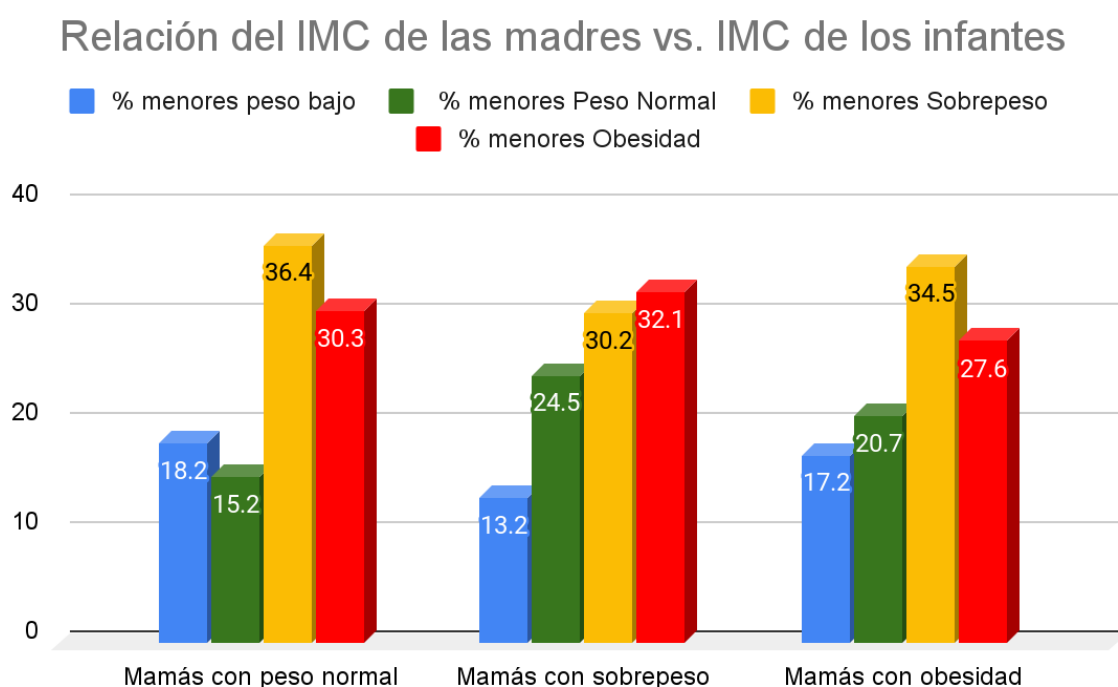
3.3.1 Relación Entre el IMC de las Madres y el IMC de los Menores

Para esta investigación se plantearon diversos objetivos específicos, el primero de ellos fue analizar si existe alguna correlación entre el IMC de las madres y el IMC de los menores, para lo cual se realizó la prueba Rho de Spearman, dando como resultado $p=.994$ lo que indica que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el peso de la madre y el peso del infante.

No obstante, los resultados permitieron observar que los porcentajes de los menores que tienen sobrepeso y obesidad son muy parejos entre madres que se encuentran en su peso normal, las que tienen sobrepeso y las que tienen obesidad, destacando que existen más niños(as) con obesidad dentro de la muestra de las madres con peso normal (30.3%) que las que tienen obesidad (27.6%) además que éstas tienen un porcentaje mayor de niños con peso normal (20.7%) que las madres con peso normal (15.2%), tal como se puede observar en la Figura 1.

Figura 1

Relación en porcentajes del IMC de las madres y el IMC de los menores



3.3.2 Relación Entre las Prácticas Alimentarias de las Madres, la Restricción

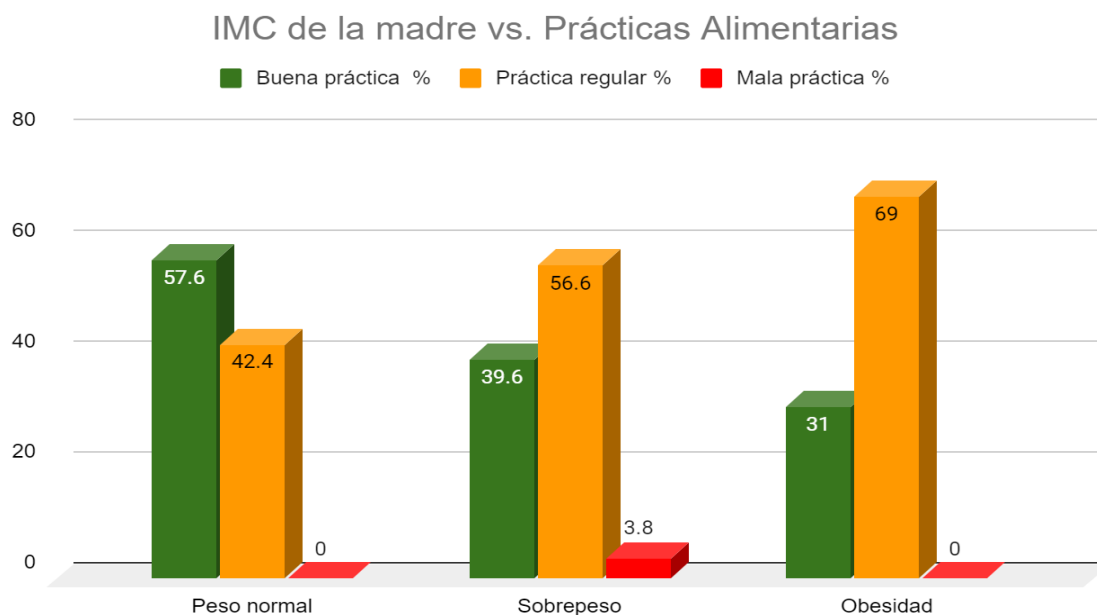
Alimentaria Hacia sus Hijos e Hijas y su IMC

El segundo objetivo específico fue analizar la posible relación entre las PA de las madres, la restricción alimentaria hacia sus hijos e hijas y su IMC. Los resultados de la prueba Rho de Spearman mostraron que no existe una correlación entre dichas variables, el nivel de significancia fue de $p = .055$ en las prácticas alimentarias, y de $p = .499$ en la restricción.

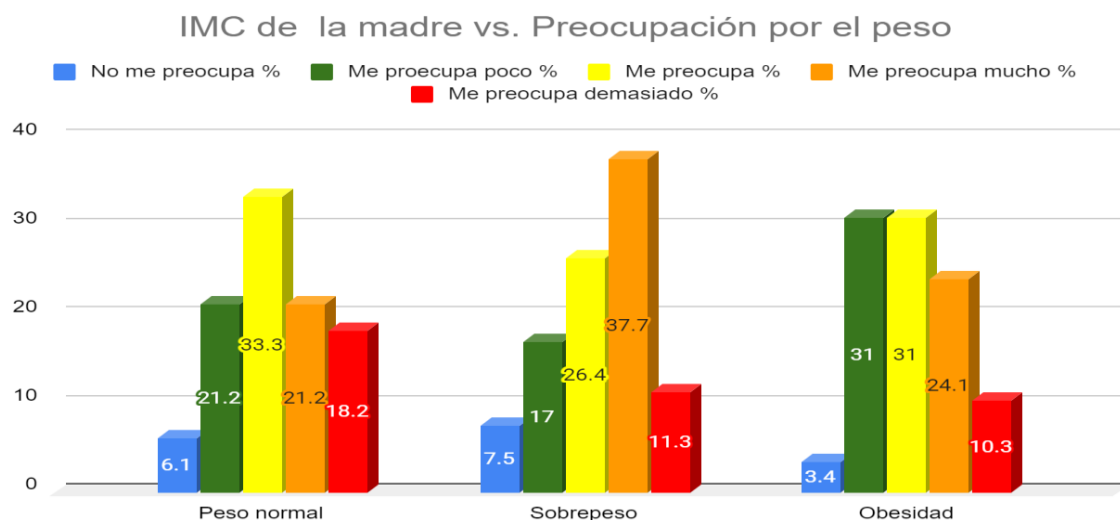
También se observó que el 57.6% de las madres con peso normal tiene *buenas prácticas alimentarias* y el 69% de las madres con obesidad tiene *prácticas regulares*, lo que muestra que, probablemente, hay una *mejor práctica alimenticia* a menor IMC de la madre (figura 2).

Figura 2

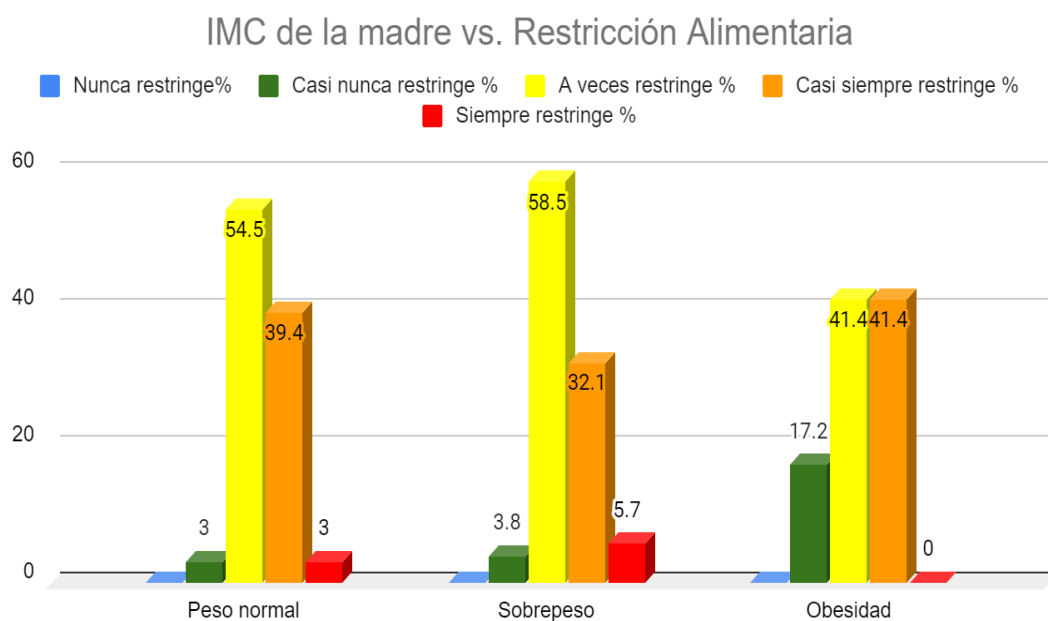
Relación entre el IMC de las madres y sus prácticas alimentarias



Por otra parte, el 37.7% las madres con sobrepeso dijeron estar *muy preocupadas* por el peso de sus hijos, mientras que de las madres que tienen obesidad, un 31% indicó estar *preocupada* y el otro 31% dice que le *preocupa poco* el peso de sus hijos (as) (ver figura 3).

Figura 3*IMC y preocupación por el peso de los menores*

Respecto a la restricción, se observa que tanto las madres con peso normal, como las que tienen sobrepeso y obesidad tienden a ser restrictivas algunas veces, sin que haya alguna diferencia significativa entre ellas, sin embargo, destaca que no hubo ninguna madre con obesidad que restrinja siempre (Figura 4).

Figura 4*IMC de las madres y restricción alimentaria*

Dados los resultados anteriores, se realizó el análisis la pregunta ¿Ha tomado algún curso, diplomado o asesoría especializada sobre nutrición? Las cifras indicaron que, de la muestra de 116 madres, solo 21 han tomado algún curso. De estas, 7 mamás tienen hijos (as) que presentan obesidad y 6 sobrepeso. Así mismo, de las 21 madres que han tomado un curso, 12 tienen buenas prácticas alimentarias y 9 prácticas regulares. Considerando al resto de la muestra, es decir, 95 mamás que no han tomado curso alguno, hay 56 con prácticas alimentarias regulares, 37 tienen buenas prácticas y solo 2 tienen malas prácticas alimentarias.

3.3.3 Diferencias Entre el Peso Percibido por las Madres de Niños(as) con Peso Normal y las Madres de los Niños(as) con Sobrepeso y Obesidad

El tercer objetivo específico de esta investigación fue el de identificar las posibles diferencias entre el peso percibido por las madres de niños(as) con peso normal y el peso percibido por las madres de los niños(as) con sobrepeso y obesidad principalmente. La muestra se dividió en cuatro segmentos basados en el IMC y la tabla emitida por el IMSS que contemplan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Los resultados mostraron que, de las 19 madres con hijos(as) cuyo peso es bajo, solo el 15.79% los percibe correctamente, el 84.21% los percibe con peso normal, ninguna los percibe con sobrepeso u obesidad.

De las 24 madres con hijos(as) cuyo peso es normal, el 88.50% los percibe adecuadamente, mientras que el 12.50% los percibe con peso bajo, ninguna madre los percibe con sobrepeso u obesidad.

De las 38 madres cuyos hijos(as) tienen sobrepeso, 34 de ellas los percibe con peso normal, 3 con bajo peso y sólo 1 madre de las 38 percibe a su hijo(a) con sobrepeso. Esto indica que el 97.37% de las madres tiene una percepción errónea del peso de sus hijos (as) y solo el 2.63% percibe correctamente.

De las 35 madres cuyos hijos(as) se encuentran en el estatus de obesidad, el 100% tiene una percepción errónea, pues 26 madres los perciben con peso normal, 7 con sobrepeso y 2 de ellas perciben a sus hijos (as) con peso bajo. Estas frecuencias y porcentajes se desglosan en la Tabla 6.

Tabla 6

Resultados de la percepción del peso del hijo(a) vs. el estatus real de peso del menor

Estatus real peso del hijo	Percepción de las madres sobre el peso del hijo				Total	Percepción Correcta %	Percepción errónea %
	Frecuencia						
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad			
Bajo peso	3	16	0	0	19	15.79	84.21
Peso normal	3	21	0	0	24	88.5	12.5
Sobrepeso	3	34	1	0	38	2.63	97.37
Obesidad	2	26	7	0	35	0	100

Se realizó la prueba Anova de un factor (Tabla 7) y se encontró una significancia de $p = .02$, lo que indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción del peso de sus hijos(as), y el peso corporal real de los mismos, lo cual indica que la percepción del peso no corresponde con el peso real. Como se observa en la Tabla 6, existe una mejor percepción de las madres que tienen hijos(as) con peso normal que las que tienen hijos(as) con sobrepeso y obesidad.

Tabla 7

Diferencias entre IMC niños y percepción del peso de las madres sobre el peso de sus hijos(as).

ANOVA de un factor					
¿Cómo definiría el peso de su hijo(a) actualmente? /IMC real					
	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter grupos	1.591	3	0.53	3.426	0.02
Intragrupo	17.332	112	0.155		
Total	18.992	115			

Continuando con el tercer objetivo relacionado a cómo perciben las madres el peso de sus hijos (as), se encontró que dos de las madres cuyo hijo e hija tienen obesidad fueron percibidos con bajo peso, de ahí que se tomó la decisión de hacer una comparación de las características de la muestra de madres con obesidad respecto a las dimensiones del CFQ de preocupación y percepción del peso y sus prácticas alimentarias. Para su descripción se les asignó la distinción de madre 1 y madre 2, los datos encontrados se detallan en la Tabla 8.

Tabla 8

Comparativo de las características de las madres cuyos hijos (as) tienen obesidad y son percibidos con bajo peso.

	Madre 1	Madre 2
Estatus IMC de la madre	Obesidad (IMC 31.25)	Sobrepeso (IMC 29.41)
¿Cree usted que su hijo (a) tendrá sobrepeso dentro de 5 años	No	Tal vez
En algún momento de su vida ¿ha tomado algún curso, diplomado o asesoría especializada sobre nutrición?	No	No
Frecuencia con la que el menor consume pan dulce	1 a 3 veces por semana	2 o más veces al día
Frecuencia con la que el menor consume dulces o chocolates	1 vez al mes	1 vez al día
Frecuencia con la que el menor consume frituras	1 vez al mes	2 o más veces al día
¿Cómo definiría usted su propio peso actualmente?	Sobrepeso	Sobrepeso
¿Qué tanto le preocupa que su hijo (a) llegue a tener sobrepeso?	No me preocupa	Me preocupa demasiado
Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hijo (a) coma suficiente	Algunas veces	Siempre
Si mi hijo (a) me dice "No tengo hambre", trato de hacer que él/ella coma de cualquier manera	Nunca	Casi siempre
Si yo no guiara o regulara su alimentación, mi hijo (a) comería mucho menos de lo que debe.	Nunca	Siempre

Dentro de las características de ambas madres, existen más diferencias que similitudes. Las características que comparten son que ninguna tomó cursos sobre nutrición y ambas se perciben con sobrepeso, aunque la madre 1 tiene obesidad. Respecto a las diferencias, en cuanto a las prácticas alimentarias, la frecuencia con la que permiten que el menor consuma pan dulce, chocolates y frituras, la madre 1 tiene *mejores prácticas* que la madre 2.

En lo concerniente la preocupación por el peso, ambas se encuentran en extremos opuestos, la madre 1 *no está preocupada* de que su hijo llegue a tener sobrepeso o bajo peso, mientras que la madre 2 se encuentra *demasiado preocupada* de que su hija pueda estar en ambas situaciones (Tabla 8).

Como complemento del tercer objetivo, se indagó si existía una relación entre que las madres sepan cuánto deben pesar y medir sus hijos y el IMC de los mismos, sin encontrar una correlación entre estas variables ($p=0.115$). A partir de ello, se investigó si habría una relación entre el hecho de que las madres conozcan el peso y talla de sus hijos (as) de acuerdo a su edad y la frecuencia con la que los pesan y miden. Los datos revelaron que sí existe una correlación débil positiva pero estadísticamente significativa entre estas dos variables (Rho de Spearman, $p = 0.010$, $r = .237$). Lo anterior podría indicar que, a mayor conocimiento de peso y talla del infante, hay una tendencia a pesarlos con mayor frecuencia, dado que el 78.3% de las mamás los pesa una vez cada tres meses, mientras que el 60% de las mamás que no saben este dato, los pesan sólo 1 vez al año.

Finalmente, se encontró que respecto a la pregunta ¿cree usted que un niño(a) gordito es un niño (a) sano (a)? El 83% de las madres contestó que no y solo un 17% sigue con esta creencia.

3.3.4 Diferencias Entre las Prácticas Alimentarias de las Madres que Tienen Hijos(as) con Sobrepeso y Obesidad y las que Tienen Hijos(as) con Peso Normal

El cuarto objetivo específico fue identificar las posibles diferencias entre las prácticas alimentarias de las madres que tienen hijos(as) con sobrepeso y obesidad y las madres que tienen hijos (as) con peso dentro del rango normal. Se aplicó la prueba Kruskal Wallis para

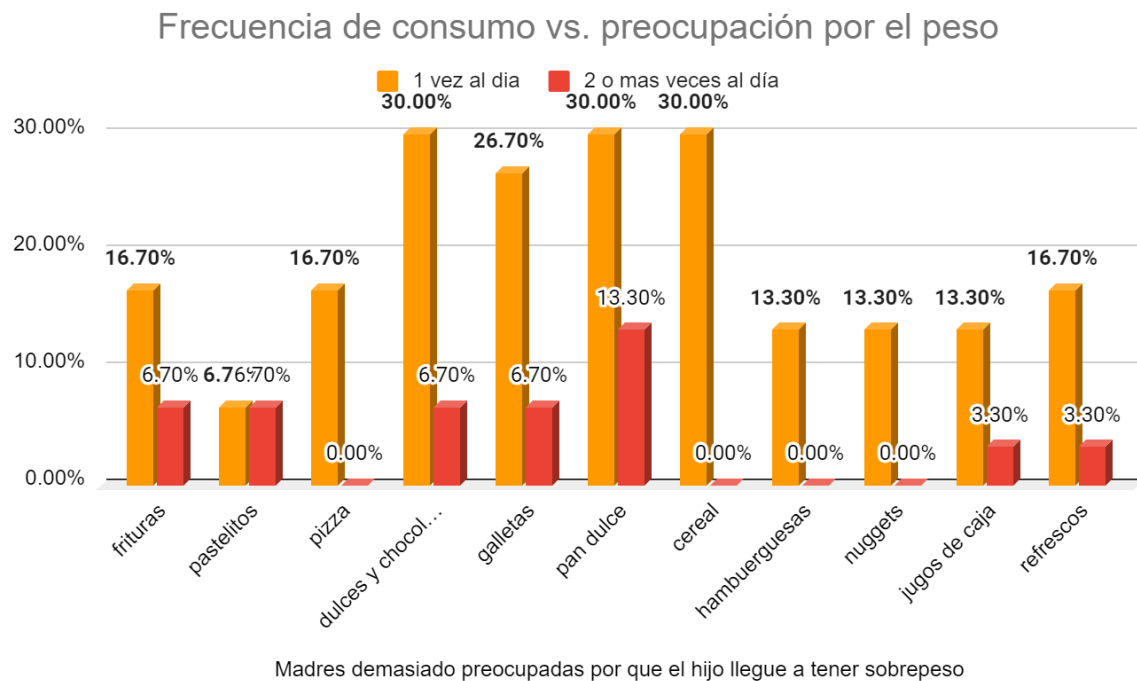
muestras independientes y los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables ($p=0.816$). Al analizar los porcentajes se encontró que un 48.6% de las madres con hijos(as) con obesidad tienen buenas prácticas alimentarias en contraste con las mamás cuyos hijos(as) tienen peso normal, de las cuales únicamente el 37.5% tiene buenas prácticas alimentarias. También se observa que solo 2 de las madres de las 116 tienen malas prácticas alimentarias y sus hijos presentan obesidad.

3.3.4.1. Frecuencia de consumo de alimentos no saludables vs. preocupación porque el/la hijo/a pueda desarrollar sobrepeso.

Se consideró comparar preguntas del cuestionario de PA el cual muestra la frecuencia con la que se consumen ciertos alimentos. Las frecuencias analizadas fueron, del consumo diario y consumo de dos o más veces al día y se compararon con una de las preguntas del instrumento CFQ dentro de la dimensión *preocupación por el peso*, ¿qué tanto le preocupa que su hijo llegue a tener sobrepeso?, se tomó solo las respuestas en el rango más alto (demasiado preocupada). Como se puede observar en la Figura 5, de las 30 madres que dicen estar demasiado preocupadas por que su hijo llegue a tener sobrepeso, el 30% permite el consumo diario de dulces y chocolates, pan dulce y cereales de caja y el 13.30% permite el consumo de pan dulce 2 o más veces al día. Cabe resaltar que 8 menores de esos 30, tienen peso bajo, 2 peso normal, 9 ya tienen sobrepeso y 11 obesidad.

Figura 5

Comparativo de porcentajes de las madres que dicen estar demasiado preocupadas con la frecuencia con la que permiten el consumo de ciertos alimentos.



4 Discusión y Conclusiones

El presente estudio tuvo como finalidad analizar la relación entre las prácticas alimentarias y la percepción que tienen las madres del peso de sus hijos e hijas, teniendo en consideración otros objetivos específicos con la finalidad de contemplar diversos factores que pudieran estar implicados.

Fue relevante el ver que dentro de la muestra con la que se trabajó, se observó un porcentaje mayor de sobrepeso y obesidad a los datos que presentó el World Obesity Federation (WOF) en conjunto con el Research Triangle Institute (RTI) en el año 2021, pues mencionan que aproximadamente el 50% de los adultos mexicanos vive con obesidad o sobrepeso y nuestra muestra arrojó un 71% de madres participantes con esta condición. Por su parte, en el 2018 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) indicó que, en los últimos 30 años, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia que afecta a uno de cada 3 adolescentes, niños y niñas. En esta investigación, los infantes con obesidad y sobrepeso constituyeron el 63% de la muestra, lo que resulta preocupante, pues tanto en niños como en adultos la cifra epidemiológica podría ser mayor a lo que se reporta.

En cuanto al primer objetivo específico, consistente en identificar la posible relación entre el IMC de las madres y los/as menores, los resultados indicaron que no hay ninguna relación entre estas dos variables. De las madres que presentan peso normal, únicamente el 15.2% de los menores comparte el mismo peso que la mamá. De las madres con sobrepeso, el 30.2% de los menores tiene sobrepeso, y las madres con obesidad, sólo el 27.6% de sus hijos también presentan la condición de obesidad. Este resultado contradice lo que mencionan Ortiz et al., (2015) quienes indican que existe una correlación de IMC materno con el IMC del menor. Además, mencionan que “investigaciones recientes señalan que el riesgo de desarrollar obesidad infantil es seis veces más alto en niños con madres con obesidad” (p.162). Sin embargo, estos datos obtenidos también se contradicen con los resultados del

presente estudio ya que la concentración de menores con obesidad de esta investigación es similar en la población de madres con peso normal que en las madres con obesidad.

El segundo objetivo específico que se analizó fue la posible relación entre las prácticas alimentarias de las madres, si ejercían restricción alimentaria hacia los menores y la situación del IMC de éstos. Aunque, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las variables, se pueden resaltar algunos aspectos dentro de las prácticas alimentarias. Por ejemplo, más de la mitad (57.6%) de las madres que tienen un peso normal tienen buenas prácticas alimentarias, mientras que el 69% de las madres con obesidad tiene prácticas regulares. Esto permite considerar, con cierta cautela, que a menor IMC de la madre hay una mejor práctica alimentaria. Si tomamos en cuenta lo encontrado por Restrepo y Maya en su estudio del 2005, “que los niños que comen con sus madres adquieren mejores hábitos alimenticios”; en esta investigación se encontró que no necesariamente es así, pues el 42.4% de las madres con peso normal presentan *prácticas regulares*. Esto implica que estas prácticas alimentarias están propiciando hábitos inadecuados en la alimentación de los menores, por lo que el riesgo de que éstos lleguen a tener sobrepeso u obesidad es mayor.

En cuanto a la restricción alimentaria que ejercen las mamás sobre sus hijos e hijas, no se encontraron diferencias significativas entre las mamás con peso normal y sobrepeso, ya todas tienden a restringir los alimentos *algunas veces*. Sin embargo, un dato a considerar es que las madres con obesidad no restringen ningún tipo de alimento. Este resultado es similar al estudio realizado por Silva et al., (2013), quienes encontraron una correlación entre las restricciones alimentarias por parte de las madres hacia sus hijos y el peso corporal que ellas tenían. Resultó que, a menor peso corporal de la madre, la restricción que ésta ejercía sobre su hijo (a) era mayor, mientras que las madres con sobrepeso fueron menos restrictivas. En nuestro estudio, los resultados no muestran con claridad que el peso de las madres esté relacionado con ser más o menos restrictivas, ya que los porcentajes son muy parejos entre las madres con peso normal y sobrepeso. Sin embargo, sí se observa que las madres con obesidad son menos restrictivas.

Además, se observó el hecho de que la madre haya tomado un curso de nutrición no influyó en el peso del menor. En ambos grupos, tanto en las madres que tomaron el curso como en las que no, hay casi la misma proporción de menores con sobrepeso y obesidad. Es importante mencionar que la pregunta fue ambigua, ya que no se indagó sobre la motivación para tomar el curso de nutrición. Por lo tanto, no se sabe si la motivación fue personal, por preocupación por el peso del hijo o hija, si el curso fue voluntario o por parte de la escuela.

El tercer objetivo específico fue identificar las posibles diferencias entre el peso percibido por las madres de los niños con peso normal y el peso percibido por las madres de los niños(as) con sobrepeso y obesidad principalmente. Los hallazgos coinciden con las afirmaciones que hacen Cabello y Reyes, (2011), donde indican que la percepción de las madres sobre el peso de sus hijos suele ser errónea, pues tienden a tener una percepción distorsionada ya sea subestimándolo o sobreestimándolo. En el caso de esta investigación, las madres cuyos hijos(as) presentaron sobrepeso y obesidad tuvieron una percepción altamente distorsionada del peso de sus hijos. Esta situación fue mayor en las madres de los menores que presentaron obesidad (n=35), ya que en su mayoría ven a sus hijos (as) con un peso normal o bien con sobrepeso, pero ninguna de ellas percibió a su hijo(a) con su peso real, es decir, con obesidad. Cabe destacar que dos madres percibieron a sus hijos(as) con bajo peso, siendo que éstos ya tenían una condición de obesidad.

Estos datos coinciden con el estudio realizado por Zonana y Conde (2010), donde la mayor discrepancia de percepción se evidenció en los niños(as) con sobrepeso y obesidad, ya que el 54% de las madres percibió que sus hijos (as) tenían un peso normal, a pesar de que en realidad estaban en la categoría de sobrepeso, por otra parte el 50% de las madres de niños (as) los identificaron correctamente como obesos. Haciendo una comparación con nuestro estudio cabe resaltar que las diferencias en porcentajes fueron mucho mayores, pues solo el 3% de las madres de menores con sobrepeso los percibió adecuadamente y el 100% de las madres de menores con obesidad tuvieron una percepción errónea, ubicándolos en su mayoría con peso normal.

Esta situación resulta preocupante, pues como afirma Cabello y Reyes (2011), cuando la madre tiene una percepción precisa de la situación de sobrepeso u obesidad de su hijo(a), podría estar más dispuesta a adoptar medidas para modificar sus patrones alimenticios. Si una madre reconoce los riesgos asociados con la obesidad y comprende las posibles implicaciones para la salud de su hijo(a), es más propensa a fomentar hábitos alimenticios saludables en él o ella. Por el contrario, cuando no se percibe ningún problema con el peso, no se tomarán medidas oportunas al respecto.

Lo anterior dio pie para hacer un análisis basado en dos madres que percibieron a su hijo e hija con peso bajo, a pesar de que ambos presentaban obesidad, por lo que surgió la hipótesis de que quizá ambas madres compartían el mismo tipo de prácticas alimentarias y/o preocupación por el peso y nutrición de su hijo e hija, pero al realizar un análisis más preciso y comparar pregunta a pregunta las respuestas de ambas madres surgieron más diferencias que concordancias entre ellas.

De las similitudes que se pudieron observar fueron que ambas madres tienen un nivel similar de IMC, la madre 1 presenta obesidad con un índice apenas por encima del rango que delimita la esta condición (31.5) y la madre 2 presenta sobrepeso con un índice apenas por debajo de la obesidad (29.45), ambas se perciben con sobrepeso, también indicaron no haber tomado ningún curso acerca de nutrición.

Respecto a las características que presenta la madre 1 se pudo confirmar que la mala percepción que tiene del peso de su hijo, el cual presenta obesidad, genera que ella no crea que éste vaya a tener sobrepeso en 5 años, además indica no estar preocupada por esta situación, lo anterior derivado a que está percibiendo a su hijo con peso bajo. También se encontró que ella limita el consumo de pan dulce, frituras, dulces y chocolates y permite su consumo solo una vez al mes, además no suele vigilar que su hijo consuma en demasía, ni obligarlo a que coma cuando no tiene hambre.

En cambio, en la situación que guarda la madre 2, se destaca que ella considera que *tal vez* su hija pudiera tener sobrepeso en unos 5 años. Sin embargo, esto permite comprobar que la percepción que tiene de su hija no es correcta, ya que la niña se encuentra en condición de obesidad. Además, al igual que la madre 1, percibe a la niña con bajo peso, lo que permite entender porque esta mamá no restringe alimentos como dulces, frituras, pan dulce, y chocolates, los cuales la niña consume diariamente hasta 2 o más veces al día. Además, en esta mamá es más notorio el hecho de que percibe de manera errónea el peso de su hija, ya que en el cuestionario indicó que tiene una gran preocupación porque su hija tenga peso bajo, por lo que tiene que asegurarse de que la menor coma lo suficiente y tiende a obligarla a comer.

Como se puede apreciar en el análisis anterior, la información recabada es insuficiente para encontrar un patrón de conducta o pensamiento entre estas dos madres. Lo que comparten es una mala percepción de la realidad en lo referente a la comprensión de las dimensiones tamaño, peso y forma del cuerpo de su hijo (a). Debido a que se trata de una investigación cuantitativa, es difícil explorar la parte cognitivo-afectiva de estas dos madres, por lo que se considera prudente analizar en un futuro, bajo un enfoque cualitativo o mixto, si el afecto materno, la ideología, la cultura o el entorno son determinantes para tener una percepción tan distorsionada del peso de su hijo(a), y, en consecuencia, no tomar acciones con respecto a su obesidad. Por lo anterior, surge la pregunta ¿Qué pasa con los adultos de la familia, todos perciben igual de mal? y si los ven con el peso real ¿han hecho algo para mejorar la situación?

Adicionalmente se observó que las madres que conocen el peso de sus hijos (as) en relación con su edad y estatura, y compararlo con la frecuencia con la que los pesan y miden, se encontró una correlación débil positiva pero estadísticamente significativa ($p=0.010$, $r=.237$) que indica que, las madres que saben cuánto deben pesar sus hijos, los pesan con mayor regularidad (la mayoría los pesa cada tres meses), mientras que las que no conocen este dato tienden a pesarlos solo una vez al año.

Considerando varios de los datos que se han obtenido, esta situación indica ciertas incongruencias, ya que a pesar de que las madres dicen conocer cuánto deben de pesar sus hijos (as) y pesarlos cada tres meses, los menores se encuentran en su mayoría, ya sea con sobrepeso u obesidad, lo que nuevamente confirma que gran parte de las madres de este estudio, a pesar de tener información no la están usando para mantener el peso adecuado en sus hijos. Además, surge un cuestionamiento relacionado con las acciones que están o no tomando los médicos que los pesan, al saber que los menores se encuentran en una situación de riesgo de salud ¿les hacen la observación a las madres o simplemente es un dato para el expediente?

Se debe considerar que, dentro de la muestra, la mayoría de los menores tienen sobrepeso u obesidad, lo que permite pensar que todavía prevalece la idea de que un niño gordito es un niño sano, sin embargo, la gran mayoría de las mamás (83%) contestó que no lo cree, aunque, por los hechos analizados, pareciera ser así. Este resultado sugiere que esta creencia tradicional está desapareciendo poco a poco, lo que contradice el resultado del estudio realizado por Flores Peña et al., en 2017, en el que participaron 2,840 madres e hijos del norte del país, y se encontró que prevalecían las creencias tradicionales falsas respecto a que un niño gordito es un niño sano. Al descartar esta hipótesis, genera el cuestionamiento ¿por qué si las madres saben que no es sano estar “gordito”, no se están generando las acciones pertinentes para que sus hijos (as) se encuentran en un peso adecuado?

El cuarto objetivo específico fue identificar las posibles diferencias entre las prácticas alimentarias entre las madres que tienen hijos(as) con sobrepeso y obesidad y las madres que tienen hijos (as) con peso normal. Luego de analizar los datos, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables. Sin embargo, se observó que el 34.7% de las madres que tienen *buenas prácticas alimentarias* sus hijos (as) presentan obesidad. Esto nos lleva a preguntarnos: si comen bien ¿por qué los menores tienen obesidad? En contraste, las madres cuyos hijos tienen peso normal, solo 14.3% se clasificó con *buenas prácticas alimentarias*. lo que nos lleva a otra pregunta, ¿por qué son

tan pocas las madres que tienen hijos con peso dentro de un rango normal, si dicen tener buenas prácticas? Otro hecho que se pudo observar fue que del total de la muestra (n=116) únicamente 2 mamás son las que tienen *malas prácticas alimentarias*, y son los únicos casos en que eso concuerdan con el estado de obesidad que presentan los menores.

Estos datos nos llevar a cuestionar sobre qué otros factores están contribuyendo a que los menores no se encuentren en un peso adecuado, ya que en este estudio hubieron varios factores que no se consideraron como el grado de actividad física que tienen los menores, así como la carga hereditaria, o si presentan problemas metabólicos, además de las creencias sobre los alimentos considerados saludables que tienen las madres, por lo que se sugiere tomar en cuenta esta variables en próximos estudios las creencias sobre lo que es una buena alimentación en relación a los alimentos que son saludables o no.

De los resultados obtenidos sobre las anteriores variables, se desprendieron una serie de análisis con el fin de recabar información que permitiera entender ciertos aspectos. Se analizó la frecuencia y preocupación que tienen las mamás porque sus hijos consuman ciertos alimentos, tales como dulces, chocolates, pan dulce y cereales de caja, ya que estos alimentos son bien conocidos por aportar grandes cantidades de azúcar, grasas y calorías y con poca o nula aportación nutrimental.

Llama la atención que algunas madres que dicen estar *demasiado preocupadas* porque sus hijos llegaran a presentar sobrepeso en el futuro, permiten el consumo de dulces, chocolates, pan dulce y cereales de caja dos o más veces al día. Esto resulta sumamente contradictorio, ya que, aunque la preocupación es alta, no se está implementando ningún plan de acción para evitar que esto suceda. Desafortunadamente, el estudio no logra obtener información sobre por qué estas madres, aunque tienen una elevada preocupación, no toman acciones que vayan de acuerdo con ello.

Considerando lo dicho por Rojas y García (2017), existen hábitos alimenticios como manifestación de necesidades emocionales o bien del estado mental de una persona, por lo

que se puede tener como hipótesis que estas madres colocan aspectos emocionales que se relacionan con la comida, o bien que tienen creencias erróneas sobre las porciones que son adecuadas para el consumo del infante de acuerdo a su edad, lo que puede estar impactando de manera negativa al momento de alimentar a sus hijos (as).

Dentro de las limitaciones de este estudio, podemos considerar que el corte cuantitativo en sí mismo restringe la información subjetiva como los valores culturales, las motivaciones y afectos que pudieran estar relacionados con la percepción y acciones que tienen las madres dentro de sus prácticas alimentarias, por lo que se sugiere replicar este estudio considerando dichos métodos de investigación.

Adicionalmente, la muestra obtenida fue de madres de distintas partes de la República Mexicana. La convocatoria se llevó a cabo a través de las redes sociales WhatsApp y Facebook. Sin embargo, no todos los estados tuvieron la misma representación, lo que podría haber afectado los resultados de las prácticas alimentarias. Esto se debe a que no se come de la misma manera en el norte, centro o sur del país. Por lo tanto, se sugiere replicar este estudio en una población cuyos usos y costumbres sean similares para obtener una mayor claridad en los resultados.

Considerando que la obesidad es un problema a nivel mundial y que los datos de la OMS en el 2016, indicaban que había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad, y de manera concreta en México el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia de tipo no infeccioso que afecta a uno de cada 3 adolescentes, niños y niñas, los resultados obtenidos brindaron información valiosa, destacando la importancia de que las madres tengan una percepción adecuada del peso de sus hijos(as) para que sean conscientes del riesgo de salud en el que se encuentran los menores.

A partir de los hallazgos en esta investigación se considera que es muy posible que la incorrecta percepción del peso, esté influyendo en la permisividad del consumo diario de

productos altos en azúcares como dulces, chocolates, pan dulce etc., los cuales tienen poco o nulo valor nutricional, dado que la mayor parte de las madres percibe a sus hijos (as) con un peso mucho menor al que en realidad tienen, pero sin descartar la influencia que la mercadotecnia ha tenido para hacer creer que sus productos son saludables generando cambios en los patrones alimenticios.

En cuanto a la restricción de alimentos que las madres imponen a sus hijos en función de su propio peso, no se encontró ninguna relación. Esto contrasta con los resultados del estudio de Silva et al. en 2013, donde concluyeron que sí existía una relación entre el peso de la madre y la cantidad de comida que daban a sus hijos; es decir, a menor peso de la madre, mayor restricción y viceversa.

Finalmente, el papel de la psicología de la salud se enfoca en el estudio de la relación entre la mente y el cuerpo, y cómo esta relación afecta la salud y el bienestar de las personas, por lo que este trabajo, en el contexto de la alimentación infantil, la divulgación de los resultados pueden ser de utilidad para abordar la mala percepción del peso de los infantes y su relación con las prácticas alimenticias que las madres están teniendo, lo anterior se lograría a través de la elaboración de programas de difusión y prevención, así como la generación de estrategias preventivas que contribuyan a mejorar la percepción del peso de los menores y en consecuencia las madres tomen las acciones correctas para mejorar la condición de salud que presenta el menor.

5. Referencias

- Academia Nacional de Medicina. (2015). Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. *Instituto Nacional de Salud Pública [INPI]*.
- Alonso, R. (2011). *Índice de Masa Corporal*. efdeportes. <http://www.efdeportes.com/efd159/indice-de-masa-corporal-aciertos-y-desaciertos.htm>
- Amigo Vázquez, I. (2017). *Manual de Psicología de la Salud*. Grupo Comercial ANAYA, SA.
- Anschutz, D.J., Kanters, L.J., Van Strien, T., Vermulst, A.A. y Engels, R.C. (2008). *Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children*. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 54-61.
- Araujo, S., Cerritos, K., y Molina, S. (2017). *Diseño, Implementación y Evaluación de un Programa Psicoterapéutico Grupañ Orientado a Fortalecer la Autoestima de Adolescentes del Sexo Femenino entre los 13 y 17 Años de Edad Beneficiarias de Fundación Redentor, Ubicado en Colonia Escalón, San Salvador* [Tesis de Grado]. Universidad de El Salvador.
- Arroyo, P., y Carrete, L. (2018). Intervención orientada a modificar prácticas alimentarias en adolescentes mexicanos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 13-25.
- Ávila, M., Castro, A., Núñez, G., Zambrano, A., y Martínez, A. (2022). Percepciones maternas sobre las prácticas alimentarias en escolares de Monterrey, México. *Revista chilena de nutrición*, 49(3), 368-377.
- Black, M., y Creed, H. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 373-378.

- Cabello, M. L., y Reyes, D. (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, 12(1), 1-16.
- Cabezas-Zabala, C. C., Hernández-Torres, B. C., Vargas-Zárate, M. (2016). Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 319-329.
- Candelaria, M., García, I., y Estrada, B. (2013). Adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 32-39.
- Castrillón, I., y Giraldo, O. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 57-74.
- Cigarroa, I., Sarqui, C., y Zapata-Lamana, R. (2016). Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: una revisión de la actualidad latinoamericana. *Universidad y Salud*, 18(1), 156-169. <https://doi.org/10.22267/rus.161801.27>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., y Freyre, M. (2016). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in girls with obesity. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>
- Del Valle, M. E., y De la Cruz, E. E. (2012). De la inter a la transdisciplinariedad en el abordaje del hecho alimentario. Una reflexión para compartir desde la educación. *An Venez Nutr*, 24(1), 34-40.

Domínguez, P., Olivares, S., y Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 1-7.

Economía. (2021). La obesidad le cuesta a México el 2.1% del PIB, según estudio. *Expansión*. <https://expansion.mx/economia/2021/11/05/obesidad-costo-mexico-pib#:~:text=El%20costo%20por%20este%20problema,no%20se%20toman%20medidas%20urgentes.>

Encina, C., Gallegos, D., Ulloa, A., Luman, M., González, B. P. M., Canales, T., Rojas, J., Díaz, C., y Saavedra, L. (2017). Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional de sus hijos antes y después de una intervención educativa. *Revista chilena de nutrición*. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182017000400318>

Expansión. (2021). *La obesidad le cuesta a México el 2.1% del PIB, según estudio*. *Expansión*. <https://expansion.mx/economia/2021/11/05/obesidad-costo-mexico-pib>

Fisher, J., y Birch, L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32(3), 405-419.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes*. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes#:~:text=Las%20causas%20principales%20de%20la,su%20promoci%C3%B3n%20en%20medios%20masivos.>

Galán, G. (2021). *Patrón de alimentación en México*. Alimentación y Salud. <https://alimentacionysalud.unam.mx/patron-de-alimentacion-en-mexico/>

- Gobierno de México. (2021). *Obesidad infantil: Nuestra nueva pandemia*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/promosalud/es/articulos/obesidad-infantil-nuestra-nueva-pandemia?idiom=es>
- Gómez, Y., y Velázquez, E. B. (2019). Salud y cultura alimentaria en México. *Revista digital universitaria*, 20(1), 1-12.
- Griffiths, L. J., Wolke, D., Page, A. S., y Horwood, J. P. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of disease in childhood*, 91(2), 121.
- Groffman, S. (2006). The relationship between visual perceptual problems and learning. *Optometric Management of Learning-Related Vision Problems*, 241-280.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2013). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C. V.
- Instituto Nacional de Salud (s.f.) *Mujeres de 20 a 59 años de edad [Cartilla Nacional de Salud]*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678069/Cartilla_Mujeres_2021.pdf
- Instituto Nacional de Salud (s.f.) *Niñas y Niños de 0 a 9 años [Cartilla Nacional de Salud]*.
https://www.pediatria.gob.mx/archivos/transparencia/transfocal_cartillanin.pdf
- Iraheta, B. E., y Bogantes, C. Á. (2020). Análisis del sobrepeso y obesidad, niveles de actividad física y autoestima de la niñez salvadoreña. *MHSalud*, 17(1), 1-15.
<https://doi.org/10.15359/mhs.17-1.1>
- Johannsen, D., Johannsen, N., y Specker, B. (2006). Influencia de los comportamientos alimentarios de los padres y las prácticas de alimentación infantil en el estado de peso de los niños. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(3), 431-439.
- López, G. E., Perea, A., y Loredo, A. (2008). Obesidad y maltrato infantil. un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica de México*, 29(6), 342-346.

- Lutz, B. (2017). El bien comer: Normalización de prácticas alimentarias en México. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 13(26), 72-97.
- Maldonado, E. (2018). *Percepción materna del estado nutricional y hábitos alimentarios relacionados con la obesidad en niños escolares de la UMF 91* [Especialista en medicina familiar]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.35.9.807>
- Matus, N. P. S., Álvarez, G., Nazar, D. A., y Mondragón, R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. *Estudios Sociales*, 24(47), 380-409.
- Míguez, M., De La Montaña, J., González, J., y González, M. (2011). *Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense*. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 472-479.
- Molina, E. (2013). Definición, etiología y epidemiología del sobrepeso y obesidad infantil en el Perú. *Revisión en Nutrición Pública*, 8-1, 1410-1417.
- Molina, E. (2014). Definición, etiología y epidemiología del sobrepeso y obesidad infantil en el Perú. *Revista en nutrición pública*, 8(1), 1410-1417.
- Navarro, G., y Reyes, I. (2016). Validación psicométrica de la adaptación mexicana del Child Feeding Questionnaire. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2337-2349.
- Olivares, S., Bustos, N., Moreno, X., Lera, L., y Cortez, S. (2006). Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 33(2). <https://doi.org/10.4067/s0717-75182006000200006>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]*. (2021, 9 junio). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Orrell, J., Hill, L., Brechwald, W., Dodge, K., Pettit, G., y Bates, J. (2007). «Just three more bites»: an observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*, 48(1), 37-45.
- Ortega Miranda, E. G. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Médica Herediana*, 29(2), 111-115. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>
- Ortiz, R., Flores, Y., Cárdenas, V., Moral, J., Ruvalcaba, M., y Hernández, R. (2015). Predictores maternos del índice de masa corporal del hijo pre-escolar y escolar. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(3), 158-165.
- Pajuelo, J., Canchari, E., Carrera, J., y Leguía, D. (2013). La circunferencia de la cintura en niños con sobrepeso y obesidad. *Anales de la Facultad de medicina*, 65(3), 167. <https://doi.org/10.15381/anales.v65i3.1387>
- Pérez, A., y Cruz, M. (2017). Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 463-469.
- Rapallo, R., y Rivera, R. (2019). Nuevos patrones alimentarios, más desafíos. En *Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]* (Vol. 11). <https://www.fao.org/3/ca5449es/ca5449es.pdf>
- Restrepo, S. L., y Maya, M. (2004). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios del escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 19(36), 127-148.
- Rodríguez Torres, A., y Casas Patiño, O. D. (2018). Determinantes sociales de la obesidad en México. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(4), 281-290.

- Rojas, A. T., y García, M. (2017). Construcción de una escala de alimentación emocional. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 45(3), 85-95. <https://doi.org/10.21865/ridep45.3.07>
- Rosales, J. (2015). *Proyecto de intervención social: Reorientación de prácticas alimentarias en la familia* [Tesis Maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rozas, K., Huerta, P., Planett, J., Arancibia, M., y Araya, M. V. (2020). Alteración de la percepción materna sobre el estado nutricional de sus hijos ¿Nuevo factor de riesgo cardiovascular? *Revista chilena de cardiología*, 39(3), 216-222.
- Silva, C., Jiménez, B., y Hernández, A. (2013). Factores relacionados con las prácticas maternas de control alimentario en preescolares. *Acta de investigación psicológica*, 3(3), 1298-1310.
- Taylor, R. W., Jones, I. E., Williams, S., y Goulding, A. (2000). Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy x-ray absorptiometry, in children aged 3–19 Y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(2), 490-495. <https://doi.org/10.1093/ajcn/72.2.490>
- Trejo, P., Calderón, A., Flores, A., y Mollinedo, F. (2018). Percepción materna del peso del hijo preescolar. *Investigación Científica*, 11(2), 1-8.
- UNICEF (2021) *La alimentación de niñas y niños pequeños no ha mejorado en la última década y podría empeorar aún mucho más con la COVID-19.* . <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/unicef-la-alimentaci%C3%B3n-de-ni%C3%B1as-y-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os-no-ha-mejorado-en-la-%C3%BAltima>

Universidad de Harvard. (2023). *Added Sugar. The Nutrition Source.*

<https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/carbohydrates/added-sugar-in-the-diet/>

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.

Zonana, A., y Conde, M. E. (2010). Percepción de las madres sobre la obesidad de sus hijos.

Gac Méd Méx, 146(3), 165-168.

6. Apéndices

6.1 Apéndice 1

Cuestionario de Alimentación Infantil (Child Feeding Questionnaire, CFQ) (Adaptación de la Versión en español de Navarro y Reyes, 2016)

Marque con una X la opción o respuesta escogida. Si usted no entiende una de las preguntas o afirmaciones, por favor realice las consultas y preguntas en el momento en que se encuentre contestando este cuestionario. Muchas gracias.

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir la cantidad de comida que debe comer su hijo (a)?					
2. ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir si su hijo (a) ha comido el tipo adecuado de comida?					
	Muy bajo	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
3.. ¿Cómo definiría usted SU PROPIO PESO Actualmente?					
4. ¿Cómo definiría el peso de su HIJA actualmente?					
	No me preocupa	Me preocupa poco	Me preocupa	Me preocupa mucho	Me preocupa demasiado
5. ¿Qué tanto le preocupa que su hijo (a) coma demasiado cuando usted no está?					
6. ¿Qué tanto le preocupa que su hijo (a) tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado?					
7. ¿Qué tanto le preocupa que su hijo (a) llegue a tener sobrepeso?					

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
8. Tengo que asegurarme que mi hijo (a): No coma muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)					
9. Tengo que asegurarme que mi hijo (a) : No coma muchos alimentos grasosos					
10. Mantengo a propósito algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo (a).					
11. Ofrezco golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) a mi hijo (a) como premio por su buena conducta					
12. Ofrezco a mi hijo (a) su comida favorita a cambio de que se porte bien					
13. Mi hijo (a) debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato					
14. Le prohíbo comer a mi hijo (a) golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal					
15. Le prohíbo comer a mi hijo (a) comida chatarra (chetos, chicharrones, palomitas, papitas) cuando se porta mal					
16. Le prohíbo comer a mi hijo (a) su comida favorita cuando no me obedece					
17. Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hijo (a) coma suficiente					
18. Si mi hijo (a) me dice No tengo hambre trato de hacer que el coma de cualquier manera					
19. Si yo no guiara o regulara su alimentación, mi hijo (a) comería mucho menos de lo que debe.					
21. ¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) que come su hijo (a)					

22. ¿Qué tan pendiente está usted de la cantidad de comida chatarra (papitas, chicharrones, etc.) que come su hijo (a)?					
23. ¿Qué tan pendiente está usted de la cantidad de alimentos grasosos que come su hijo (a)?					

6.2 Apéndice 2

Cuestionario sociodemográfico

El siguiente cuestionario sirve para recabar datos generales de las personas que participan en el estudio, así como su estilo de vida alimentario. No existen respuestas correctas ni incorrectas, por lo que le pedimos conteste con la mayor honestidad posible.

1. Nombre de la madre: _____

2. Edad:

- a. 25 o menos
- b. 25 a 30 años
- c. 31 a 35 años
- d. 36 a 40 años
- e. 41 a 45 años
- f. 46 o más años

2. Estado civil:

- a. Casada
- b. Soltera
- c. Divorciada
- d. Unión libre
- e. Otro

3. Escolaridad:

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Bachillerato
- d. Posgrado

e. otra

5. Número de hijos:

a. 1

b. 2

c. 3

d. 4 o más

6. ¿Trabaja fuera de casa?

Sí _____ No _____

7. Peso (en kilogramos) de la madre

8. Estatura (en cm. Ejemplo 165) de la madre

Segunda parte

9. Si tiene más de un hijo (a) que esté en el rango de edad de 7 a 11 años, por favor conteste el cuestionario con los datos del mayor.

10. Nombre del menor (solo nombre, para mantener la confidencialidad)

11. Edad

a. 7 años

b. 8 años

c. 9 años

d. 10 años

e. 11 años

12. Grado Escolar que cursa

a. 1ro

b. 2do.

- c. 3ro.
- d. 4to.
- e. 5to.
- f. 6to.

13. Peso en Kg. Del menor: _____

14. Estatura en Cm. (ej. 107) del menor: _____

15. ¿El menor se encuentra bajo algún tratamiento médico de tiroides o nutricional?

Sí _____ No _____

16. ¿Sabe cuánto debe pesar su hijo (a) en relación a su edad y estatura?

Sí _____ No _____

17. ¿Con qué frecuencia pesa y mide a su hijo (a)?

- a. 1 vez al mes
- b. 1 vez cada 3 meses
- c. 1 vez cada 6 meses
- d. 1 vez al año
- e. No lo recuerdo

18. ¿Considera que el sobrepeso en los niños (as) es saludable?

19. ¿Cree usted que su hija tendrá sobrepeso dentro de 5 años?

Sí _____ No _____ Tal vez _____

20. En algún momento de su vida ¿ha tomado algún curso, diplomado o asesoría especializada sobre nutrición?

Sí _____ No _____

21. ¿La alimentación que actualmente llevan es similar a la que tuvo cuando usted era niña?

Sí ____ No ____ Solo en parte ____

22. Si la pregunta anterior contestó "solo en parte" indique en qué se parece.

23. ¿Tienen horarios establecidos para la ingesta de los alimentos?

Sí ____ No ____ A veces ____ Sólo entre semana ____ Sólo los fines de semana

24. Cuando no alcanzo a tener hecha la comida...

- a. Compro comida semi congelada
- b. Compro Pizza, hamburguesas, pollo frito
- c. Compro tacos o antojitos
- d. Vamos a una fonda o restaurante

25. ¿Cuántas veces al día le da alimentos a su hijo (a)?

- a. 2 a 3
- b. 4 a 5
- c. 6 o más

26. ¿Con qué frecuencia cocina?

- a. 5 o más veces a la semana
- b. 3 veces a la semana
- c. 1 vez a la semana
- d. Cocino un día lo de toda la semana y congelo

27. Frecuencia con la que compra comida rápida

- a. Diario

- b. 5-4 veces
- c. 3-2 veces a la semana
- d. 1 vez a la semana
- e. Rara vez

28. Tiempo que dedica a cocinar

- a. 1 a 2 hrs
- b. 2 a 3 hrs
- c. Más de 3 horas

29. De los siguientes alimentos, marca la frecuencia con la que los consume tu hijo (a)

Alimento	No se consume	1 vez al día	2 o más veces al día	1 a 3 veces a la semana	1 vez al mes
Refresco					
Jugo de caja (Boing, del valle)					
Nuggets					
Hamburguesas					
Cereal (zucaritas, choco Crispís etc)					
Embutidos (jamón, Salchicas etc)					
Pan dulce					
Galletas					

Dulces o chocolates					
Pizza					
Pastelitos (gansitos, chocorroles, etc.)					
Gelatinas o flanes					
Arroz con leche					
Frituras (papas, chetos, doritos, etc.)					
Helados o paletas heladas					

30. ¿Tú y tu hijo (a) desayunan, comen y cenan lo mismo?

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Siempre

31. Del 1 al 5 (donde 1 es nada importante y 5 muy importante) ¿Qué tan importante es para ti que tu hijo (a) disfrute la comida que preparas?

32. ¿Con qué frecuencia cambias el menú del día porque a tu hijo (a) no le gusta lo que se preparó?

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. A veces
- d. Casi siempre

- e. Siempre
33. Menciona el alimento que más le da a tu hijo (a) cuando la comida que se preparó no le gusta.
34. ¿Alguna vez has estado bajo algún régimen estricto de alimentación, ya sea por salud o estética?
- a. Sí _____ No _____
35. Si contestaste que sí, ¿Tu hijo (a) comía lo mismo que tú, o le preparabas algo distinto?
36. ¿Por qué lo hacías o por qué no lo hacías?
37. ¿Con qué frecuencia utilizas la comida como gratificación?
- a. Nunca
- b. A veces
- c. Siempre
38. ¿Con qué frecuencia utilizas la comida como castigo?
- a. Nunca
- b. A veces
- c. Siempre
39. Preparar la comida para tu hijo (a) lo consideras:
- a. Mi responsabilidad
- b. Un desafío
- c. Una obligación
- d. Un gusto
40. Cuando no quieres que tu hijo (a) coma comida chatarra, ¿cuál es la estrategia que utilizas para restringirlo?

41. ¿Existe algún alimento que restrinjas a tu hijo (a) por considerarlo no saludable? Indica cuál o cuáles.
42. ¿Cómo planeas los menús de la semana?
- Les pregunto a todos qué van a querer de comer
 - Prepara lo que se me ocurre en el momento
 - Pienso los menús para toda la semana y decido lo que se va a comer

Tercera parte

Cuestionario de alimentación Infantil (Child Feeding Questionnaire, CFQ) (Adaptación)

- ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir la cantidad de comida que debe comer su hijo (a)?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
- ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir si su hijo (a) ha comido el tipo adecuado de comida?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
- ¿Cómo definiría usted SU PROPIO PESO actualmente?
 - Muy bajo

- b. Bajo
 - c. Normal
 - d. Sobrepeso
 - e. Obesidad
4. ¿Cómo definiría el PESO DE SU HIJO (A) actualmente?
- a. Muy bajo
 - b. Bajo
 - c. Normal
 - d. Sobrepeso
 - e. Obesidad
5. ¿Qué tanto le preocupa que su hijo (a) coma demasiado cuando usted no está?
- a. No me preocupa
 - b. Me preocupa poco
 - c. Me preocupa
 - d. Me preocupa mucho
 - e. Me preocupa demasiado
6. ¿Qué tanto le preocupa que su hijo (a) tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado?
- a. No me preocupa
 - b. Me preocupa poco
 - c. Me preocupa
 - d. Me preocupa mucho
 - e. Me preocupa demasiado

7. ¿Qué tanto le preocupa que su hijo (a) llegue a tener sobrepeso?
- a. No me preocupa
 - b. Me preocupa poco
 - c. Me preocupa
 - d. Me preocupa mucho
 - e. Me preocupa demasiado
8. Tengo que asegurarme que mi hijo (a) no como muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galleta)
- a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. Algunas veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre
9. Tengo que asegurarme que mi hijo (a) no coma muchos alimentos grasosos
- a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. Algunas veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre
10. Mantengo a propósito algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo (a)
- a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. Algunas veces

d. Casi siempre

e. Siempre

11. Le prohíbo comer a mi hijo (a) golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal

a. Nunca

b. Casi nunca

c. Algunas veces

d. Casi siempre

e. Siempre

12. Le prohíbo comer a mi hijo (a) su comida favorita cuando no me obedece

a. Nunca

b. Casi nunca

c. Algunas veces

d. Casi siempre

e. Siempre

13. Le prohíbo comer a mi hijo (a) comida chatarra (chetos, papas, chicharrones, palomitas etc.) cuando se porta mal

a. Nunca

b. Casi nunca

c. Algunas veces

d. Casi siempre

e. Siempre

14. Ofrezco golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas, etc.) a mi hijo (a) como premio por su buena conducta.

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Casi siempre
- e. Siempre

15. Ofrezco a mi hijo (a) su comida favorita a cambio de que se porte bien

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Casi siempre
- e. Siempre

16. Mi hijo (a) debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Casi siempre
- e. Siempre

17. Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hijo (a) coma suficiente

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Casi siempre

e. Siempre

18. Si mi hijo (a) me dice “no tengo hambre”, trato de hacer que ella coma de cualquier manera

a. Nunca

b. Casi nunca

c. Algunas veces

d. Casi siempre

e. Siempre

19. Si yo no guiara o regulara su alimentación, mi hijo (a) comería mucho menos de lo que debe

a. Nunca

b. Casi nunca

c. Algunas veces

d. Casi siempre

e. Siempre

20. Si yo no guiara o regulara su alimentación, mi hijo (a) comería mucho más de lo que debe

a. Nunca

b. Casi nunca

c. Algunas veces

d. Casi siempre

e. Siempre

21. Estoy al pendiente de la cantidad de golosinas (dulces, helados, pastelitos, galletas) que come mi hijo (a)

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Casi siempre
- e. Siempre

22. Estoy al pendiente de la cantidad de comida, chatarra (papitas, chicharrones, etc.) que come mi hijo (a)

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Casi siempre
- e. Siempre

23. Estoy al pendiente de la cantidad de alimentos grasosos que come mi hijo (a)

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Casi siempre
- e. Siempre

Final cuestionario/Infografía informativa

EL SOBREPESO Y OBESIDAD

NO SON UN JUEGO

Infografía elaborada por Laura Isabel Rojas Rodríguez y Martha Raquel Villa

¿Sabías que?...

1. En México 1 de cada 3 niños tiene sobrepeso y obesidad.
2. Se calcula que para el año 2050 el 88% de la población tendrá obesidad.

EDAD	Niñas			
	RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	<12.7	15.2	>16.9	>19.0
6 años 6 meses	<12.7	15.3	>17.0	>19.2
7 años 6 meses	<12.7	15.3	>17.1	>19.5
8 años 6 meses	<12.7	15.4	>17.3	>19.8
9 años 6 meses	<12.8	15.5	>17.5	>20.1
10 años 6 meses	<12.9	15.7	>17.7	>20.6
11 años 6 meses	<13.0	15.9	>18.0	>21.0
12 años 6 meses	<13.1	16.1	>18.3	>21.5
13 años 6 meses	<13.3	16.3	>18.7	>22.0

EDAD	Niños			
	RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	<13.0	15.3	>16.7	>18.4
6 años 6 meses	<13.0	15.3	>16.8	>18.5
7 años 6 meses	<13.1	15.4	>16.9	>18.7
8 años 6 meses	<13.1	15.5	>17.0	>19.0
9 años 6 meses	<13.2	15.6	>17.2	>19.3
10 años 6 meses	<13.3	15.7	>17.4	>19.7
11 años 6 meses	<13.4	15.9	>17.7	>20.1
12 años 6 meses	<13.5	16.0	>17.9	>20.5
13 años 6 meses	<13.6	16.2	>18.2	>20.9

En nuestra sociedad han habido cambios importantes que han mejorado el nivel de vida, al disminuir enfermedades infecciosas, sin embargo se han presentado cambios en el consumo de alimentos y en el estilo de vida de las personas, dando como resultado una tendencia al "aíza de la obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus", entre otras. Hemos cambiado la dieta basada en alimentos naturales por alimentos baratos, ricos en grasas y azúcares que satisfacen el apetito pero no nutren.

¿Qué es el IMC?

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una manera rápida y sencilla para determinar si una persona tiene problemas de peso. El cálculo es sencillo: divide el peso de la persona mayor o del niño (a) entre la altura en metros cuadrados.

$$IMC = \frac{\text{Peso}}{(\text{altura})^2}$$

Calcula el peso de tu hijo (a) y compáralo con la tabla de arriba.

La detección temprana de sobrepeso y obesidad aunado a un cambio de hábitos alimenticios y actividad física reduce el costo de tratamientos médicos en 21 veces, ya que una persona con obesidad gasta hasta un 25% del ingreso en servicios de salud.

Tesimonio:
Link: [¿De qué murió Poncho?](#)

Fuentes:

- Academia Nacional de Medicina. (2015). *Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana.* Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes.* UNICEF
- Alonso, R. (2011). *Índice de Masa Corporal.* *epiaper.com*. Recuperado 21 de noviembre de 2022

¡ATENCIÓN!

¿Qué nos engorda?

Las principales razones detrás de la obesidad infantil se derivan principalmente del consumo de alimentos altamente procesados, los cuales contienen niveles elevados de azúcar, grasas trans y sal. Además, las bebidas azucaradas también contribuyen significativamente a este problema, ya que son fácilmente accesibles debido a su amplia disponibilidad, su precio asequible y su constante promoción en los medios de comunicación. La obesidad infantil ya es considerada un problema global que aumenta el riesgo de los niños de sufrir problemas cardiovasculares, diabetes, y problemas de salud mental.

El excesivo consumo de azúcares añadidos está vinculado a diversas disfunciones fisiológicas y metabólicas, y se ha planteado la posibilidad de que éstos puedan estar relacionados con la aparición de problemas psicológicos, hiperactividad, e incluso trastornos mentales (Cabezas et al., 2016).

¿A moverse!

¿Qué puedo hacer?

Recomendaciones

1. Que huyan del sedentarismo promoviendo la actividad física: jugar fútbol, caminar, subir las escaleras, etc.
2. Procura establecer horarios para el consumo de alimentos, evitando comer entre comidas.
3. Consuman agua natural en lugar de bebidas azucaradas.
4. Aumenta el consumo de ensaladas y verduras cocidas, come fruta moderadamente, de preferencia que sean manzanas, frutos rojos y cítricos con la fibra, no en jugos, también come proteína como huevo, carne, pollo y pescado. Reduce el consumo de dulces, panes, pastelerías.

Aquí te dejamos un link con varias opciones de recetas

Link: [20 días de recetas \(NS\)](#)

Ojo con esta tabla

Ejemplo de bebidas y alimentos con altos contenidos en azúcares

Producto	Marca	Cantidad	Gramos de azúcar
Refrescos	Coca-Cola	1 lata (330ml)	37 gr
	Sabot Mandor	Botella 200 ml	20 gr
	Lipton Ice Tea	Botella de 600 ml	10 gr
	Fruiteo Naranja	Envase de 155 ml	32 gr
Aguas saborizadas	Melchor de Naranja (Limon)	Envase de 250 ml	20 gr
	Limon & Naranja (Del Valle)	Envase de 200ml	19 gr
Galletas	Oreo	3 galletas	24 gr
	Oreo con cobertura de chocolate blanco	2 galletas	20.7 gr
	Mariitos (Bimbo)	1	23.19 gr
Cereales	Zucarito	Cajita de 30 gr	12 gr
	Choco-Kings	Cajita de 30 gr	11 gr
	Froot Loops	Cajita de 30 gr	12 gr

Fuente: PROCECO y Fundación México

La Asociación Americana del Corazón (AHA por sus siglas en inglés) recomienda solo 6 CUCHARADITAS de azúcar añadida al día lo que equivale a 25 gr para los niños (as) de 2 a 18 años.

¡Cuidado!

OJO: En la tabla se observa que si el niño (a) se come 3 galletas Oreo ya se consumió el requerimiento diario del día, y son productos con poco o nada valor nutricional.

¿De qué se compone

Una comida saludable debería ser:

- 30% vegetales
- 20% granos enteros
- 50% proteína

6.3 Apéndice C

Formato digital del cuestionario y consentimiento informado

<https://forms.gle/DvMkVXePKdgkfDJY6>

6.4 Apéndice D

Consentimiento Informado

Lugar y fecha _____

Consentimiento Informado

Por este medio doy mi consentimiento libre, consciente e informado para participar en la investigación que llevan a cabo sobre Prácticas Alimentarias, las alumnas del 7° semestre de la carrera de Psicología del Sistema de Educación a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI) UNAM, Martha Rangel Villa y Laura Isabel Rojo Rodríguez, que corresponde a la práctica del Módulo 702 de la materia Psicología aplicada III, Diagnóstico y evaluación de los problemas de salud en individuos.

Autorizo que la información recabada sea solamente utilizada para fines de investigación y educativos, y solo las estudiantes involucradas, bajo la supervisión de la Mtra. Laura Edith Pérez Laborde, tengan acceso a ella, guardando en todo momento máxima confidencialidad de la información aquí recabada.

Nombre y firma