



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Ciencias Naturales

Tesis

Evaluación de los estilos de alimentación materno infantil y los factores asociados en madres de menores de 2 años del estado de Querétaro.

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestro en Ciencias de la Nutrición Humana

Presenta
Montserrat López Chávez

Dirigido por:
Dra. Olga Patricia García Obregón

Querétaro, Qro. a 27 de enero del 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de
Información



Evaluación de los estilos de alimentación materno
infantil y los factores asociados en madres de menores
de 2 años del estado de Querétaro

por

Montserrat López Chávez

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](#).

Clave RI: CNMAC-300592-0123-123



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana

Evaluación de los estilos de alimentación materno infantil y los factores asociados
en madres de menores de 2 años del estado de Querétaro.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestro en Ciencias de la Nutrición Humana

Presenta

Montserrat López Chávez

Dirigido por:

Dra. Olga Patricia García Obregón

Dra. Olga Patricia García Obregón
Presidente

Dra. María del Carmen Caamaño Pérez
Secretario

Mtra. Dolores Ronquillo González
Vocal

Dra. Juana Elizabeth Elton Puente
Suplente

Dr. Daniel López de Romaña
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario
México

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico a mis padres Silvia y Arturo que me han apoyado en todo desde que era niña, me han impulsado y han creído en mi siempre. Papá , gracias por tu trabajo para sacarnos adelante, mamá, gracias por todo tu amor y fortaleza. Gracias hermanos, Arturo y Silvia por acompañarme y apoyarme a lo largo de la vida.

A mi niña Athena, hija mía, esto es especialmente para ti, desde que supe de tu llegada a mi vida, has sido y serás mi motor, mi mayor inspiración, mi amor chiquito, por ti nunca me rendiré. Mi niña, me has acompañado en este proceso desde que estabas en mi vientre y has sido partícipe del esfuerzo y la superación para llegar hasta aquí, te amo por siempre mi bebé hermosa.

A Dios, por todo lo que soy y tengo.

AGRADECIMIENTOS

El principal agradecimiento es a Dios quién me ha guiado y dado fortaleza y a mis padres por confiar en mí.

Le agradezco a la Dra. Olga, una excelente persona y profesora que me apoyó en todo momento, por su paciencia, dedicación y compromiso con este proyecto.

A mis sinodales por su disposición y guía para mejorar. Gracias Dra. Maricarmen por su gran apoyo con el análisis estadístico.

A CONACYT y a la UAQ por el apoyo financiero y las herramientas que me otorgaron para la realización de este proyecto

A todas las personas que me ofrecieron su ayuda y pusieron de su parte para poder llevar a cabo este proyecto.

INDICE

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	13
II. ANTECEDENTES	14
Estilos de alimentación materno infantil.....	14
Prácticas de alimentación infantil.....	16
Factores clínicos y antropométricos y los Estilos de alimentación materno infantil	18
2.2.1 Estado nutricio del bebé	18
2.2.2 Edad del bebé	21
2.2.3 Sexo del bebé	22
2.2.4 Edad de la madre	22
2.2.5 Estado nutricio de la madre.....	23
2.2.6 Síntomas de depresión.....	24
2.2.7 Lactancia materna.....	25
2.2.8 Ser madre primeriza.....	25
Factores socioeconómicos y los Estilos de alimentación materno infantil	26
2.3.1 Nivel socioeconómico.....	26
2.3.2 Nivel educativo	28
2.3.3 Inseguridad alimentaria	29
2.3.4 Inseguridad alimentaria de la madre en la infancia	31
2.4 Factores relacionados a la pandemia por COVID-19 y los Estilos de alimentación materno infantil	32
III. HIPÓTESIS	33

IV. OBJETIVOS	34
4.1 General	34
4.2 Específicos	34
V. MATERIALES Y MÉTODOS	34
5.1 Sujetos y población de estudio	34
5.1.2 Criterios de inclusión	34
5.1.3 Criterios de exclusión	35
5.1.4 Criterios de eliminación	35
5.2 Tamaño de la muestra	35
5.3 Diseño del estudio	35
5.4 Método.....	36
5.4.1 Estilos de alimentación materno infantil	36
5.4.2 Variables antropométricas y nutricionales	37
5.4.3 Variables socioeconómicas	38
5.5 Análisis estadístico	41
VI. RESULTADOS.....	41
6.1 Características generales de la población	41
6.2 EAMI en madres de niños menores de 2 años de Querétaro	44
6.3 Relación de los EAMI con las variables clínicas y antropométricas maternas e infantiles	45
6.4 Relación de los EAMI con las variables socioeconómicas maternas.....	50
6.5 Relación de los EAMI con las variables relacionadas a la pandemia por COVID-19	53
VII. DISCUSIÓN	56
7.1 Variables clínicas y antropométricas maternas e infantiles	56

7.2 Variables socioeconómicas y de inseguridad alimentaria.....	61
7.3 Variables relacionadas a la pandemia por COVID-19	64
7.4 Limitaciones y fortalezas	65
VIII. CONCLUSIONES	66
8.1 Recomendaciones	66
IX. BIBLIOGRAFÍA	67
X. ANEXOS	85
Anexo 1. Historia clínica	85
Anexo 2. Cuestionario de experiencia durante la pandemia COVID-19	90
Anexo 3. Cuestionario de nivel socioeconómico	97
Anexo 4. Escala de experiencia de seguridad alimentaria (FIES) del hogar	101
Anexo 5. Cuestionario de seguridad alimentaria en la infancia de la madre	105
Anexo 6. Cuestionario de estilos de alimentación infantil (IFSQ)	108

ÍNDICE DE TABLAS

1. Características descriptivas de la madre y el bebé **Error! Bookmark not defined.**
2. Variables clínicas y antropométricas maternas e infantiles de acuerdo a los Estilos de alimentación materno infantil **Error! Bookmark not defined.**
3. Variables socioeconómicas maternas de acuerdo a los Estilos de alimentación materno infantil **Error! Bookmark not defined.**
4. Variables relacionadas con la pandemia por Covid-19 de acuerdo a los Estilos de alimentación materno infantil **Error! Bookmark not defined.**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de Seguridad alimentaria y nivel de Inseguridad alimentaria del hogar	43
Figura 2. Distribución porcentual de Seguridad alimentaria y nivel de Inseguridad alimentaria de la madre en la infancia	44
Figura 3. Distribución porcentual de los Estilos de alimentación materno infantil ..	45
Figura 4. Estilo restrictivo de acuerdo a la edad del niño.....	47
Figura 5. Estilo responsivo de acuerdo a la edad del niño.....	48
Figura 6. Estilo indulgente de acuerdo a la edad del niño	49
Figura 7. Estilos de alimentación materno infantil de acuerdo a la Seguridad alimentaria y nivel de Inseguridad alimentaria del hogar	52
Figura 8. Estilos de alimentación materno infantil de acuerdo a la Seguridad alimentaria y el nivel de Inseguridad alimentaria de la madre en la infancia.....	53

ÍNDICE DE IMÁGENES

Ilustración 1. Proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria a nivel nacional. México, 2020.....	30
---	----

RESUMEN

Los Estilos de Alimentación Materno Infantil (EAMI), pueden determinar el comportamiento alimentario de los niños, así como su estado nutricional y de salud, y estos pueden estar relacionados a diversos factores. Por lo que el propósito de este estudio transversal fue el de examinar la relación entre los EAMI y factores clínicos y antropométricos, factores socioeconómicos y de inseguridad alimentaria (IA), y otros asociados a la pandemia por COVID-19 de madres de Querétaro. Las participantes fueron 104 madres de niños de 2 meses a 2 años de edad del municipio de Querétaro, a las que se les realizó una entrevista individual por vía telefónica. Se realizaron análisis de covarianza para comparar las medias de cada EAMI con los diferentes factores. Los EAMI predominantes en las madres fueron el restrictivo (25%), responsivo (23.1%), y laissez-faire (22.1%). Aquellas madres que tenían sobrepeso, que no dieron lactancia al momento de la encuesta y que eran madres de hijos varones tuvieron puntajes más altos en los estilos laissez-faire e indulgente. Los EAMI también fueron diferentes de acuerdo con el estado nutricio pregestacional de la madre. Aquellas madres con un hijo con peso normal tuvieron puntajes más altos en laissez-faire que madres de hijos con malnutrición y obesidad. Los estilos restrictivo, responsivo e indulgente permanecieron constantes conforme el niño crecía. Madres de hogares con inseguridad alimentaria leve, moderada y severa tuvieron puntajes más altos en el estilo de presión que aquellas que tenían seguridad alimentaria. Madres de hogares dónde hubo diagnóstico de COVID-19 en algún miembro de la familia tuvieron puntajes altos en el estilo restrictivo y aquellas que informaron tener un manejo financiero del hogar difícil y con complicaciones tuvieron puntajes más altos en el estilo de presión. Como conclusión, varios factores clínicos, antropométricos, socioeconómicos y de IA maternos e infantiles, se asociaron con los EAMI de las madres de niños menores de 2 años de Querétaro.

Palabras clave: estilos de alimentación infantil, inseguridad alimentaria, sobrepeso y obesidad infantil.

ABSTRACT

Maternal and Child Feeding Styles (EAMI) can determine the eating behavior of children, as well as their nutritional and health status, and these can be related to several factors. Thus, the purpose of this cross-sectional study was to examine the relationship between EAMI and clinical and anthropometric factors, food insecurity (FI) and socioeconomic factors, and those associated with the COVID-19 pandemic in mothers from Querétaro. The participants were 104 mothers of children from 2 months to 2 years of age from the municipality of Querétaro, that were interviewed individually by phone. Covariance analyzes were performed to compare the means of each EAMI with the different factors. The predominant EAMI in mothers were restrictive (25%), responsive (23.1%), and laissez-faire (22.1%). Those mothers who were overweight, who were not breastfeeding at the time of the survey, and who were mothers of sons had higher scores in the laissez-faire and indulgent styles. The EAMI were also different according to the pre-pregnancy nutritional status of the mother. Those mothers with a normal-weight child had higher laissez-faire scores than mothers of children with malnutrition and obesity. The restrictive, responsive, and indulgent styles remained constant as the child grew older. Mothers from households with mild, moderate and severe food insecurity had higher scores in the pressure style than those who were food insecure. Mothers of households where there was a diagnosis of COVID-19 in a family member had high scores in the restrictive style and those who reported having difficult and complicated financial management of the household had higher scores in the pressure style. In conclusion, several clinical, anthropometric, socioeconomic, and maternal and infant IA factors were associated with EAMI of mothers of children under 2 years of age in Querétaro.

Keywords: child feeding styles, food insecurity, childhood overweight and obesity.

I. INTRODUCCIÓN

Los estilos y prácticas de alimentación que se desarrollan en el entorno familiar y doméstico, pueden determinar el consumo y las preferencias de alimentos en los niños, así como su estado nutricional y de salud. Los estilos de alimentación materno infantil (EAMI) son las creencias y prácticas de las madres que regulan la alimentación infantil. Son 5 estilos: laissez-faire, presión, restrictivo, responsivo e indulgente. Se ha reportado que los EAMI en donde hay más control, como el restrictivo y el de presión, los estilos indulgentes y permisivos, en donde no se presta atención a las señales de hambre y saciedad, podrían ser perjudiciales, ya que están asociados a llevar una alimentación inadecuada y mayor riesgo de sobrepeso y obesidad infantil, y es probable que los bebés con sobrepeso se conviertan en adultos con sobrepeso. Los hogares con inseguridad alimentaria (IA) podrían estar en riesgo de estilos no responsivos, ya que dependiendo del estado de seguridad alimentaria en que se encuentren, puede llevar al estilo de presión, para aprovechar cuando hay alimentos, a la restricción para disminuir los gastos. En México, la mayoría de las prácticas de alimentación en infantes (lactancia materna, alimentación complementaria) no se consideran adecuadas, y existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, así como también de IA en los hogares. Sin embargo, existen pocos estudios que hayan examinado los EAMI en el país, así como las características maternas e infantiles que podrían estar asociadas. Resulta importante conocer todos los factores y mecanismos que puedan afectar la alimentación en niños menores de 2 años, ya que en esta edad es donde se sientan las bases para el desarrollo, crecimiento y hábitos alimenticios en la edad adulta. Este proyecto permitirá conocer si existen asociaciones entre los EAMI y factores clínicos y antropométricos maternos e infantiles, factores socioeconómicos y de IA, así como factores asociados a la pandemia por COVID-19 en madres de niños menores de 2 años de Querétaro.

II. ANTECEDENTES

Estilos de alimentación materno infantil

Los estilos de alimentación materno infantil (EAMI) se refieren a las creencias y prácticas de las madres que regulan la alimentación infantil, las formas de interactuar con los niños en torno a la comida y las prácticas de crianza asociadas con la comida, que emplean los padres para alcanzar los objetivos de alimentación (Gross et al., 2018; Thompson et al., 2021).

De acuerdo con Thompson et al, son cinco estilos de alimentación de las madres, evaluados de acuerdo a sus creencias y prácticas: 1) Laissez-faire, en donde la madre no limitan la calidad o cantidad de la dieta de su hijo y muestra poca interacción con él durante su alimentación; 2) Presión, la madre se preocupa por aumentar la cantidad de comida que su hijo consume y usa los alimentos para calmarlo; 3) Restrictivo, en la que la madre limita al bebé a alimentos saludables y limita la cantidad de comida consumida; 4) Responsivo, la madre está atenta a las señales de hambre y saciedad de su hijo y monitorea la cantidad y calidad de la dieta del infante y por último 5) Indulgente, en la que la madre percibe las señales de alimentación de su hijo pero no establece límites en la cantidad o calidad de los alimentos consumidos (Thompson et al., 2009; Wood et al., 2016).

Los EAMI están integrados desde un marco general dado por los estilos de crianza parentales. Los estilos de crianza que se han descrito son el autoritativo, autoritario y permisivo, en ocasiones también se describe en la literatura el estilo negligente o no involucrado. Los estilos de crianza parentales abarcan desde las creencias, actitudes y comportamiento de los padres y se consideran como una medida del control sobre el comportamiento de los hijos. Se pueden determinar mediante la exigencia o la receptividad. El estilo de crianza autoritativo se caracteriza por el control y alta exigencia de los padres en combinación con una alta disponibilidad. En el autoritario los padres tienen una alta exigencia, pero poca disposición y poca promoción de la autonomía de su hijo. El permisivo se caracteriza por la indulgencia, hay muy poco control y alta disponibilidad de los padres y el negligente o no

involucrado se caracteriza por una baja respuesta y baja exigencia (Baumrind, 1971; Van Der Horst & Sleddens, 2017; Vollmer & Mobley, 2013).

Los estilos parentales autoritarios, permisivos y autoritativos influyen las prácticas y estilos de alimentación infantil. Los estilos de crianza están relacionados con modelos de alimentación y reglas alimentarias en el hogar (Lopez et al., 2018). Langer encontró en niños de 6 años, una asociación positiva del estilo de alimentación restrictivo con el seguimiento y estilos parentales permisivo y autoritario. Los estilos parentales de autoridad y permisividad se asociaron negativamente con la ingesta de frutas y verduras. Cuando se analizaron en conjunto el estilo autoritario (asociado a prácticas contraproducentes) y la restricción se encontró un efecto beneficioso (hubo un menor consumo de bebidas azucaradas), este resultado concuerda con otro estudio donde se menciona que los padres autoritarios monitorean la ingesta de alimentos de sus hijos y promueven el consumo de alimentos más saludables, además informa sobre otro estilo parental, el sobreprotector que se asocia a poner a monitorear la alimentación y poner a disposición alimentos saludables pero también con mayor estilo de presión y restricción para el control de peso (Langer et al., 2017; Van Der Horst & Sleddens, 2017).

Los EAMI en donde hay más control y no responden a las señales de saciedad y la crianza indulgente o permisiva se han identificado como perjudiciales, en cambio los estilos de crianza caracterizados por una alta respuesta y exigencia (estilo responsivo), se asocian con una dieta más saludable (mayor consumo de frutas y verduras) y previenen el sobrepeso infantil (Leann Lipps Birch & Davison, 2001).

El estilo responsivo descrito anteriormente, pertenece a la alimentación receptiva, que se basa en lo siguiente: 1. El niño señala hambre y saciedad a través de acciones motoras, expresiones faciales y vocalizaciones; 2 El cuidador reconoce pronto las señales y responde de una forma apropiada para el desarrollo; 3. El niño experimenta una respuesta a las señales (Pérez-Escamilla et al., 2019).

Prácticas de alimentación infantil

Las prácticas de alimentación se definen como “técnicas o comportamientos específicos que generalmente se utilizan para facilitar o limitar la ingestión de alimentos” (Jackie Blissett, 2011).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lactancia materna debe ser exclusiva al menos los primeros 6 meses de edad del niño y continuarla junto con alimentos complementarios hasta los 2 años de edad o más. Debe iniciarse en la primera hora de vida y debe ser a libre demanda. El lactante no debe recibir ningún otro líquido o alimento que no sea la leche materna en los primeros seis meses de vida (OMS, 2013; World Health Organization & UNICEF, 2003). La lactancia materna otorga múltiples beneficios para el niño y la madre (World Health Organization & UNICEF, 2003). En niños reduce la mortalidad (Sankar et al., 2015); disminuye riesgo de enfermedades infecciosas y hospitalizaciones por estas enfermedades (Horta & Victora, 2013); previene la desnutrición (Scherbaum & Srour, 2016). En las madres promueve la pérdida de peso, disminuye el estrés, el riesgo de cáncer de mama, ovario, diabetes tipo 2 hipertensión arterial y osteoporosis (Chowdhury et al., 2015; del Ciampo & del Ciampo, 2018).

La OMS describe la alimentación complementaria (AC) como el periodo durante el cual se proporcionan otros alimentos o líquidos junto con la leche materna, se inicia cuando la leche materna ya no puede satisfacer las necesidades nutricionales del lactante y deben introducirse alimentos complementarios. Se recomienda iniciar en promedio a los 5,7 meses de edad, retrasar la AC está asociada a riesgo de retraso en el crecimiento, desnutrición, anemia y déficit de zinc (Agostoni et al., 2008; Ortega-Cisneros et al., 2019). Antes de los 2 años no se recomienda la ingesta de bebidas azucaradas, como refrescos, jugos y agua aromatizada, o edulcorantes, ya que favorecen el gusto por los sabores dulces, construyendo malos hábitos alimenticios desde temprana edad y aumentando la riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta (Deming et al., 2015; Fewtrell et al., 2017).

En México las prácticas de lactancia materna siguen por debajo de las recomendaciones y se consideran deficientes, de acuerdo a la ENSANUT 2018 sólo el 28.6% de los menores de 2 años de edad recibieron LME hasta los 6 meses de edad (Secretaría de Salud et al., 2018a). Respecto a la alimentación complementaria según la ENSANUT 2012-2018, en el 63% de los bebés de 12 meses consumían bebidas azucaradas, el 78% de los bebés a los 24 meses y el 46% de las madres habían ofrecido bebidas azucaradas antes del año de edad (Deming et al., 2015). Y en la ENSANUT 2018 se identifica que los niños de 1 a 4 años tienen un alto porcentaje de consumo de alimentos no recomendados como bebidas no lácteas endulzadas (83.3%), botanas, dulces y postres (63.6%), cereales dulces (48.6%), bebidas lácteas endulzadas (35.6%) y carnes procesadas (8.5%) (Secretaría de Salud et al., 2018b).

Se sabe que prácticas como el abandono de la lactancia materna, la alimentación con fórmula vs leche, la introducción temprana de sólidos, el bajo consumo de frutas y verduras y el consumo de alimentos de bajo aporte nutrimental son factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil y en edad adulta (Banna et al., 2017; L. L. Birch & Ventura, 2009; Drewnowski & Specter, 2004; Pearce et al., 2013; Sandoval Jurado et al., 2016).

Los estilos y prácticas de alimentación que se producen en el entorno familiar y doméstico, pueden determinar el consumo y las preferencias de alimentos en los niños, así como su estado nutricional y de salud, (Loth et al., 2022; Tovar et al., 2012). Además se ha reportado que es probable que los bebés con sobrepeso se conviertan en adultos con sobrepeso y tengan mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer (Bushaw et al., 2020; Netalie Shloim et al., 2015). Por esto es que la infancia se considera un periodo de desarrollo crucial para realizar intervenciones durante una etapa temprana para prevenir obesidad infantil y comorbilidades asociadas (Lindsay et al., 2018). Resulta importante entonces conocer los EAMI y los factores que se asocian a estos.

Factores clínicos y antropométricos y los Estilos de alimentación materno infantil

2.2.1 Estado nutricio del bebé

Actualmente en México, de acuerdo a la ENSANUT 2020 sobre Covid-19, en niños de 0 a 4 años de edad, la prevalencia de bajo peso fue de 4.4%, la de baja talla fue de 13.9% y emaciación 1.5%. Respecto al sobrepeso y obesidad la prevalencia fue de 8.4%. La región del centro tuvo una prevalencia de bajo peso del 6% y de sobrepeso y obesidad del 11.5%. Los niños de 0 a 23.9 meses tuvieron 8.7% de sobrepeso más obesidad a nivel nacional (Secretaría de Salud et al., 2020).

Los EAMI se han asociado con diversos factores maternos e infantiles. Principalmente se han relacionado con el estado nutricio de los niños (Farrow & Blissett, 2006; Flores-Peña et al., 2017; Francis et al., 2001; Ra et al., 2020; Rhee et al., 2015; Tovar et al., 2012).

Se ha estudiado, que los niños que comen más allá de la saciedad tienen mayor riesgo de sobrepeso y obesidad, esto se encuentra relacionado con la menor atención de los padres durante la alimentación de sus hijos o la renuncia del control. En un estudio realizado en 718 díadas padre e hijo de niños de 3 a 5 años de edad, de Estados Unidos, reportaron que el estilo de alimentación indulgente se asoció con un mayor IMC del niño (Hughes et al., 2008). Hughes et al., en 231 padres de preescolares, encontraron que en los niños hispanos fueron más indulgentes a comparación de niños afroamericanos y asociaron la indulgencia con sobrepeso y afectación de la autorregulación de la alimentación en los niños (Hughes et al., 2005). De igual manera Worobey et al., asociaron en 80 díadas madre-hijo, el estilo indulgente con un mayor IMC en niños de 3 a 4 años de edad y también las madres que fueron más autoritarias y controladoras promovieron el aumento de peso de sus hijos durante un año (Worobey & Trytko, 2014). Y en una revisión sistemática concluyeron que estilos no involucrados, indulgentes y sobreprotectores se asociaron con un IMC mayor y riesgo de obesidad (Netalie Shloim et al., 2015).

La alimentación indulgente también se relaciona con padres que tienden a ser demasiado amables y permisivos con la alimentación de sus hijos, tal como se reportó en un estudio realizado en 383 díadas madre-hijo, haitianas, latinas brasileñas residentes de EEUU, que tenían un hijo entre 3 y 12 años de edad. Ellos encontraron una asociación de estilos de alimentación poco exigentes/muy receptivos, con mayor peso en los niños y bajo consumo de frutas y verduras (Tovar et al., 2012). De igual manera, en un estudio realizado en madres de niños de origen mexicano adaptados a la cultura estadounidense, los estilos permisivos estaban asociados con un mayor IMC y alimentación menos favorable comparados con niños mexicanos no adaptados a la cultura (Soto et al., 2018). En México, un estudio encontró predominantes estilos autoritario e indulgente (Flores-Peña et al., 2017) y en el país, mayor IMC se ha asociado con un estilo indulgente (Flores-Peña et al., 2017; Souto-Gallardo et al., 2020).

El estilo restrictivo está asociado en niños de edad preescolar a una mayor ingesta y sobrepeso infantil. Este estilo se caracteriza por la restricción de alimentos en específico y no la cantidad de la dieta en general. Puede generar efectos adversos si el alimento restringido es sabroso, por lo que ocasionaría mayor curiosidad y deseo por el niño de obtenerlo y así preferir el alimento restringido (Feinberg et al., 2008; J. O. Fisher & Birch, 1999; Jennifer Orlet Fisher & Birch, 1999; Ventura & Worobey, 2013).

Tener un excesivo control en la alimentación o la privación de alimentos, puede afectar en la autorregulación de la alimentación de los niños y aumentar la preferencia por alimentos prohibidos. El estilo restrictivo se ha asociado con una mayor ingesta de alimentos e incremento de peso (Faith et al., 2004). En niños con peso normal el estilo restrictivo se ha asociado con un exceso consumo de refrigerios y en niños con sobrepeso y obesidad la restricción se asoció con hambre emocional (Rhee et al., 2015). En familias del caribe, también se asoció con un mayor IMC en niños de 2 a 12 años de edad (J. Blissett & Bennett, 2013).

En 69 mamás de lactantes de 6 meses de edad del Reino Unido, se hicieron mediciones a los 6 y luego a los 12 meses y se reportó que cuando las madres fueron más controladoras a los 6 meses, los bebés mantuvieron su aumento de peso. Las mamás que vieron que sus hijos no aumentaban de peso, usaron el estilo de presión de la alimentación para que subieran y aquellas que vieron un alto aumento de peso, disminuyeron el control (restricción) para que sus bebés bajaran (Farrow & Blissett, 2006; Netalie Shloim et al., 2015).

El peso del niño puede influir en la elección de los padres a utilizar más el estilo de presión para que coman. Un estudio realizado en 715 madres de noruega, con niños de 5 meses de edad y posteriores mediciones a los 12 y 24 meses de edad, descubrieron que madres de bebés con IMC bajo a los 5 meses de edad, estaban más preocupadas por el bajo peso de sus hijos y a los 24 meses de edad usaron más el estilo de presión, y eran menos consientes de las señales de hambre y saciedad de sus hijos (Helle et al., 2022). El estilo de presión también puede suceder cuando los padres tratan de moldear las preferencias de alimentación de sus hijos ofreciéndoles alimentos como recompensa, o presionando para que coman, pero esto puede enviar un mensaje involuntario al niño sobre no preferir el alimento destino (Feinberg et al., 2008; Ventura & Worobey, 2013).

En una revisión sistemática reciente, se confirma lo reportado en anteriores investigaciones. La mayoría de los estudios sobre el estilo de restricción, lo encontraron asociado a mayor IMC en los niños. Y 5 estudios de los 6 analizados, encontraron una asociación del estilo de presión con menor peso del niño en estudios transversales. El estilo Indulgente se asoció con mayor IMC en estudios transversales y longitudinales, tanto en niños como en niñas (Pérez et al., 2022).

La alimentación receptiva tiene un efecto benéfico contra el riesgo tanto de bajo peso, como de sobrepeso y obesidad en los niños (Pérez-Escamilla et al., 2019). Además, un estudio que se llevó a cabo en una zona rural de Etiopía, con 100 díadas cuidador- niño (12 a 23 meses de edad), encontraron una asociación de menor uso del estilo receptivo en niños con retraso en el crecimiento, así como

también menos aceptación de bocados. Las madres de los niños con retraso en el crecimiento tenían prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria deficientes. Y respondían menos a las señales de hambre y saciedad. Las madres permitían una baja autoalimentación de sus hijos, debido a la carga de tareas materna, preferían alimentar ellas al niño y recurrir a la alimentación a la fuerza porque terminaban más rápido (Abebe et al., 2017).

Cabe resaltar que en niños pequeños se encuentra una asociación del estilo a presión con el aumento en el consumo de alimentos no saludables y en niños mayores el estilo restrictivo se asoció con un menor consumo de alimentos saludables (Yee et al., 2017). Además la evidencia sugiere que estilos de crianza permisivos y autoritarios pueden estar relacionados con estilos restrictivos y de presión que propicien una menor ingesta de frutas y verduras (Jackie Blissett, 2011).

2.2.2 Edad del bebé

La edad del bebé es un importante factor a considerar en los EAMI. Sacco 2007. Mas estilo de presión a mayor edad. En una investigación, se hicieron entrevistas grabadas en 20 madres de bajos ingresos, con hijos de 3 a 20 meses de edad en EU. Reportaron que en bebés con edades más altas, las madres usaron más el estilo de presión (Sacco et al., 2007).

Un estudio realizado en 23 mujeres de Israel y 15 del Reino Unido, con bebés de 2 a 6 meses de edad y se siguieron hasta los 24 meses de edad. Encontraron que la comunicación de señales de hambre (balbucear, llevarse la mano al estómago) y saciedad, aumentaban conforme los bebés crecían, esto ayuda a que las madres tengan una alimentación receptiva (N. Shloim et al., 2018). De igual manera, otro estudio realizado en 217 madres negras no hispanas con bebés de 3 a 18 meses de edad de EU. Encontraron que las señales de saciedad son más comunicadas a partir de los 6 meses de edad (Hodges et al., 2016). Un autor explica que mayor aumento de peso entre los 6 y 12 meses de edad puede deberse a la menor comunicación de señales de hambre y saciedad en bebés menores (Worobey et al., 2009).

2.2.3 Sexo del bebé

El sexo de los niños ha mostrado variaciones en los EAMI. En una investigación el estilo restrictivo fue más utilizado en niñas que en niños, a su vez el consumo de bocadillos y alimentos restringidos por parte de las niñas aumentó a mayor restricción materna (J. O. Fisher & Birch, 1999). Sacco et al., encontraron la misma asociación, en donde el estilo restrictivo fue menos utilizado en los niños varones (Sacco et al., 2007). La preocupación por el peso, la cantidad de tejido graso en las niñas, la percepción materna del peso de sus hijas y la preocupación por el sobrepeso pueden explicar el mayor uso de restricción en las niñas que en los niños (Francis et al., 2001).

En el Reino Unido, un estudio realizado en 214 madres y padres de niños de 18 a 59 meses de edad, encontraron asociaciones de EAMI en padres con trastornos alimenticios. Reportaron que puntuaciones altas de bulimia materna tenían correlación con una mayor restricción de la ingesta de alimentos a sus hijas y los padres con síntomas de bulimia tuvieron menos restricción con sus hijos varones. Las madres con poco control sobre su propia alimentación, como conducta compensatoria controlaron la alimentación de sus hijas y los padres, al contrario se sintieron con menor capacidad de controlar la alimentación de sus hijos (E. Haycraft & Blissett, 2008).

2.2.4 Edad de la madre

La edad de la madre puede influir en la elección de EAMI. Un estudio fue realizado en 1273 díadas madre-hijo en Singapur. Se analizaron datos de bebés desde las 26-28 semanas de gestación y posnatal desde el nacimiento hasta los 15 meses de edad. Los resultados que obtuvieron fueron que las mamás primerizas estaban más preocupadas de que sus bebés no estuvieran bien alimentados y bajaran de peso (Quah et al., 2016).

Otro estudio realizado en 405 díadas madre-hijo de clínicas en Santa Lucía, Antigua y Jamaica, se hicieron mediciones a las 6-8 semanas y al año de edad de los niños

y reportaron en este estudio, que madres que tenían 25 años o más, tenían menos probabilidades de usar el estilo de alimentación indulgente (Wright et al., 2021).

2.2.5 Estado nutricio de la madre

Las madres que tienen problemas para regular su alimentación y su peso pueden preocuparse más por que sus hijos engorden o consuman alimentos poco saludables (J. O. Fisher & Birch, 1999). Esto indica que el IMC de los padres y los EAMI pueden estar relacionados.

Un estudio demostró que el IMC de los padres está asociado con estilos de alimentación controladores. Fue realizado en 23 madres, padres e hijos de entre 18 y 67 meses de edad de Inglaterra y encontraron que madres con mayor IMC usaron más el estilo de restricción y tanto madres como padres con mayor IMC usaron más el estilo de presión (E. L. Haycraft & Blissett, 2008).

Se han encontrado otras relaciones respecto a los EAMI y el estado nutricio de los padres. En el estudio realizado por Gross et al., en 368 madres latinas que viven en EU. y que tienen bebés menores a 5 meses de edad, encontraron que las mamás obesas tuvieron menos probabilidad de percibir cuando su hijo estaba lleno, es posible que esto cause una sobrealimentación del bebé y utilizar estilos de presión (Gross et al., 2010). Por otro lado, Helle et al., reportaron de un estudio en 715 madres de noruega, con niños de 5 meses de edad y posteriores mediciones a los 12 y 24 meses de edad, que las madres con mayor IMC tenían más preocupación por el sobrepeso de sus hijos (Helle et al., 2022).

El estado nutricio pregestacional también puede ser un factor interesante de analizar. Un estudio realizado en 134 madres de bebés de 6 meses o menos de EU, encontraron que aquellas mamás que tenían sobrepeso/obesidad antes del embarazo tenían menos probabilidad de usar los alimentos para calmar en comparación con madres sin sobrepeso y obesidad (Hupp et al., 2022). Faltan más investigaciones que ayuden a comprender los mecanismos y asociaciones entre el peso pregestacional y los EAMI.

2.2.6 Síntomas de depresión

Las investigaciones realizadas para analizar la depresión y su influencia en las prácticas y EAMI han reportado diversas asociaciones. Los trastornos como el estrés y la ansiedad pueden afectar la interacción entre madre e hijo y disminuir la atención de las madres durante la alimentación de sus hijos. En una investigación reciente en 715 madres de niños de 5 meses de edad en Noruega, encontraron que las mamás que tenían síntomas de depresión y ansiedad usaron más el estilo de presión en sus hijos cuando tenían 5 meses de edad (Helle et al., 2022). Otro estudio en 112 madres de bebés de 5 meses que fueron prematuros, de EU. Reportaron una correlación de los síntomas de depresión con una mayor preocupación materna por el hambre de su hijo, debido a que las mujeres estudiadas eran madres primerizas y tenían mayores niveles de estrés (Bushaw et al., 2020).

El estrés y la depresión son más prevalentes en poblaciones de bajos ingresos, por factores estresantes como el desempleo e ingresos y vivienda inadecuados. Estudio con 138 madres afroamericanas e hispanas de bajos ingresos y sus hijos de entre 3-5 años de edad en EU, ellos reportaron una correlación positiva de los síntomas depresivos con la presión para comer y el desánimo de la independencia del niño y correlación negativa con intentar que el niño coma un alimento diferente e implementar los modales en la mesa (Elias et al., 2016). Los síntomas depresivos leves y moderados en las madres también se han asociado con estilos de alimentación sin límites, alimentación poco saludable, ofrecer alimentos como recompensa, esto puede ocasionar un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en los niños (Gross et al., 2013).

En una revisión sistemática, 2 de 3 estudios informaron asociaciones entre madres con síntomas depresivos elevados, y EAMI no receptivos (no involucrados, permisivos e indulgentes), y 3 de los 3 estudios analizados asociaron la alimentación como recompensa y la presión para comer con los síntomas depresivos y un estudio con la restricción de alimentos (Lindsay et al., 2017).

2.2.7 Lactancia materna

La lactancia materna puede estar asociada con un menor uso del estilo de presión. La percepción de señales de hambre y saciedad por parte de las mamás pueden variar de acuerdo a si están amamantando o no. Gross et al., reportaron que las mamás que amamantaban fueron propensas a identificar como una señal de hambre, el que los bebés se chuparan las manos (Gross et al., 2010).

En un estudio de lactantes de 6 meses de edad del Reino Unido, las mamás que amamantaron a sus hijos fueron menos controladoras que aquellas que no lo hicieron (Farrow & Blissett, 2006). De igual manera, en otra investigación encontraron que las madres que daban lactancia materna, usaban menos el estilo de presión (Helle et al., 2022). Y Ra J, en 163 madres de bebés de 2 a 12 meses de edad de Corea, que dieron lactancia con biberón, reportaron que cuando mayor era la preocupación por el peso del bebé, las madres alimentaron en exceso; además, se incrementaba la sobre alimentación en bebés con temperamento exigente ya que las mamás pensaban que la mejor forma de calmarlos era con la alimentación (Ra et al., 2020). Quah et al., también coinciden, ellos encontraron que mamás de bebés alimentados con fórmula o que amamantaron parcialmente estaban más preocupadas por el hambre de sus hijos (Quah et al., 2016), de igual manera Bushaw et al., asociaron no amamantar, con mayor preocupación materna sobre el hambre de su hijo (Bushaw et al., 2020) esto podría incentivar en las madres el uso del estilo de presión.

2.2.8 Ser madre primeriza

Ser madre primeriza puede influir en la elección de EAMI. El estudio fue realizado en 1273 díadas madre-hijo en Singapur. Se analizaron datos de bebés desde las 26-28 semanas de gestación y posnatal desde el nacimiento hasta los 15 meses de edad. Los resultados que obtuvieron fueron que las mamás primerizas estaban más preocupadas de que sus bebés no estuvieran bien alimentados y bajaran de peso (Quah et al., 2016).

Factores socioeconómicos y los Estilos de alimentación materno infantil

2.3.1 Nivel socioeconómico

En México las personas que se encuentran en pobreza han aumentado. En el 2018 el 41.9% de la población se encontraba en pobreza, y para 2020 la cifra llegó al 43.9%, esto se traduce a 2.4 millones de personas que viven con pobreza. De las cuales, en 2020 el 8.5% está en pobreza extrema, 23.7% tienen vulnerabilidades por carencias sociales, 8.9% están vulnerables por ingresos y solo el 23.5% no es pobre ni vulnerable. Dentro de las carencias sociales, el acceso a la alimentación nutritiva y de calidad aumentó para el 2020 a un 22.5% (2.7 millones de personas) (CONEVAL, 2020a).

En Querétaro en el 2018, el 27.6% de la población vivía en situación de pobreza, es decir 579,200 personas. De las cuales, el 25.6% (cerca de 538,000 personas) estaba en situación de pobreza moderada y el 2.0% estaba en pobreza extrema (alrededor de 41,200 personas). El 71.9% de la población en Querétaro, estaba en situación de pobreza o vulnerabilidad por carencias sociales o ingresos (CONEVAL, 2020b).

Considerando estos datos podemos darnos cuenta de la importancia que tiene realizar estudios que consideren las poblaciones de acuerdo con su nivel socioeconómico, enfocándonos en las personas de bajos recursos que son las más vulnerables.

Para fines de este estudio, también resulta importante mencionar que uno de cada tres niños no logra realizar plenamente su potencial físico, cognitivo, psicológico y/o socioemocional debido a la pobreza, mala salud, nutrición deficiente, cuidados y estimulación insuficientes. (FAO et al., 2020; ONU, 2016).

Los grupos de bajos recursos se consideran una población en riesgo de estilos no responsivos (controladores, indulgentes) y prácticas de alimentación infantil no saludables debidos a estrés, ansiedad y depresión maternos (Gross et al., 2012; Hurley et al., 2008).

Estilos como la presión y restricción en los que no hay atención a las señales de alimentación infantil o no se establecen límites saludables están asociados a riesgo de sobrepeso y obesidad y los estilos complacientes y no involucrados se relacionan a una ingesta no nutritiva en niños de bajos ingresos (Gross et al., 2018; Wood et al., 2016). En un estudio se hicieron entrevistas grabadas en 20 madres de bajos ingresos, con hijos de 3 a 20 meses de edad en EU. La mayoría de las madres utilizaron EAMI restrictivos y presionantes (Sacco et al., 2007).

Un estudio realizado en hogares de bajos ingresos encontró que niños en edad preescolar criados con estilos permisivos (indulgentes y no involucrados) tenían menores ingestas nocturnas de frutas, verduras y lácteos en comparación con los que tenían padres autoritativos (Hoerr et al., 2009). Las presiones económicas por las que pasan las familias con bajos recursos pueden propiciar que los padres utilicen el estilo indulgente, al ofrecer los alimentos como regalo y demostración de afecto. Otro estudio en preescolares asoció el estilo indulgente con mayor IMC. (Hughes et al., 2008), además de relacionarse con mayor peso, este estilo también se ha asociado con una dieta de mala calidad (Hennessy et al., 2012). De igual manera, una investigación realizada en 405 díadas madre- hijo de clínicas en Santa Lucia, Antigua y Jamaica con bebés de 1 año, encontraron que un nivel socioeconómico medio y alto estaba asociado a menores puntajes de estilo indulgente (Wright et al., 2021).

En población de madres inmigrantes, se encontró que al sentirse en un contexto de mayores recursos económicos, pueden pasar a un entorno alimentario obesogénico, siendo permisivas y ofreciendo alimentos densos en energía a sus hijos (Tovar et al., 2012). En un grupo de bebés hispanos con 2 semanas a 6 meses de edad de hogares de bajos ingresos también se observaron estilos de alimentación restrictivos y presionantes y una menor atención a las señales de hambre y saciedad por parte de las madres (Gross et al., 2014). Además un ingreso mensual bajo está asociado con mayor uso en el estilo de presión (Netalie Shloim et al., 2015).

Por otro lado, en bebés afroamericanos de entre 3 y 18 meses de edad de bajos ingreso, el estilo a presión se asoció con mayor ingesta energética, menor probabilidad de ser amamantado, mayor probabilidad de alimentación inadecuada, menor peso para la talla y mayor suma de pliegues cutáneos, en cambio la restricción se asoció con menor ingesta de energía, menor probabilidad de alimentación inadecuada, mayor peso para la talla y suma de pliegues cutáneos. El estilo de presión a largo plazo puede resultar en niños con menor capacidad de regular su ingesta (Thompson et al., 2013).

2.3.2 Nivel educativo

Se ha reportado que tener un nivel educativo mayor está asociado con diversas conductas y prácticas de alimentación infantil positivas (Hendricks et al., 2006). Un estudio realizado en 97 madres y padres estadounidenses y 122 madres y padres franceses, encontraron que un mayor nivel educativo se asoció con menor uso de alimentos como recompensa por parte de las madres (Musher-Eizenman et al., 2009).

En investigaciones han encontrado que las madres con un nivel educativo más bajo podrían tener menos conciencia en las señales de hambre y saciedad de sus hijos, y más preocupación por el sobrepeso y obesidad infantil, lo que puede traducirse a mayor riesgo de uso de EAMI no responsivos (Helle et al., 2022). Gross en 368 madres de bebés menores a 5 meses encontraron que aquellas con nivel educativo inferior a la secundaria, estaban más propensas a creer que el llanto infantil significaba hambre (Gross et al., 2010). De igual manera, un estudio realizado en 1237 díadas madre-hijo en China encontró que las mamás con nivel educativo bajo estaban más preocupadas por el hambre de sus hijos y tenían menos interacción con ellos durante la alimentación respecto a madres con mayor nivel educativo (Quah et al., 2016). Un nivel menor a la secundaria se asoció con ofrecer menos de 3 veces un alimento cuando al niño no le gustó, esto es contrario a seguir una alimentación receptiva (Hendricks et al., 2006).

2.3.3 Inseguridad alimentaria

La Inseguridad alimentaria (IA) se ha definido como "disponibilidad limitada o incierta de alimentos inocuos y nutricionalmente adecuados y también como capacidad limitada e incierta para adquirir alimentos adecuados de formas socialmente aceptables" para desarrollar una vida activa y saludable; estos conceptos se aplican a individuos y a hogares (Comité Científico de la ELCSA, 2012; Shamah-Levy et al., 2017). La IA se debe a una desigualdad de recursos como el empleo, la alimentación, vivienda, educación y atención médica, así como un sistema alimentario ineficiente. Poblaciones de negros, hispanos, mujeres, hogares con niños menores de 6 años, personas de bajos ingresos, entre otros, son más vulnerables a vivir con IA y, en cualquier nivel, la IA está asociada a diversos problemas de salud, nutricionales, fisiológicos, psicológicos y sociales en adultos y niños (Fafard St-Germain & Siddiqi, 2019; Leung et al., 2015; Lu et al., 2019; Mangini et al., 2015; Najibi et al., 2019; Schroeder & Smaldone, 2015; Vilar-Compte et al., 2016). De acuerdo a la Escala de experiencia de Inseguridad alimentaria (FIES), la IA puede clasificarse en SA e IA leve, IA moderada e IA grave. (FAO, 2020a).

En 2019, cerca de 750 millones de personas se vieron expuestas a niveles graves de inseguridad alimentaria. Unos 2 000 millones de personas en el mundo experimentaron IA moderada y severa. Actualmente 2,370 millones de personas padecen algún grado de IA en el mundo (FAO, 2021).

En México, debido al impacto de la pandemia COVID-19, el número de hogares que viven con algún grado de IA aumentó. Según la ENSANUT sobre Covid-19 2020, el 40.9% de los hogares tiene SA y el 59.1% se encuentra con algún grado de IA (Figura1). La IA leve en hogares con niños en mayo fue de 45.8% y la IA moderada de 20.3% en junio (Gaitán-Rossi et al., 2020). En Querétaro según la ENSANUT 2018 el 44.4% de los hogares tenían IA, 29.3% IA leve, 9.8% IA moderada y 5.3% IA severa (Secretaría de Salud et al., 2018a).

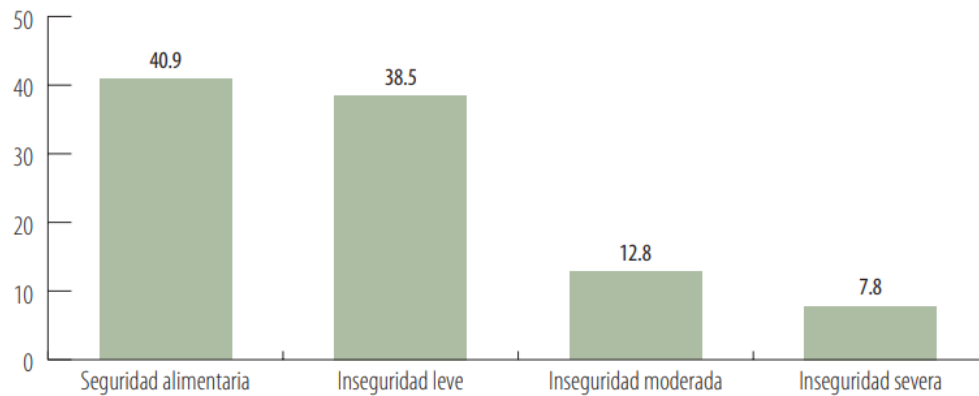


Ilustración 1. Proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria a nivel nacional. México, 2020.

(Secretaría de Salud et al., 2020)

En los hogares con IA, los que tienen niños se encuentran especialmente vulnerables y afectados (Secretaría de Salud et al., 2018a; Shamah-Levy et al., 2017). En estos hogares se ha encontrado mayor prevalencia de estilos de alimentación restrictivos y presionantes y la relación estaba mediada por la preocupación de las madres sobre el desarrollo de sobrepeso de sus hijos en etapas futuras (Gross et al., 2012). Feinberg et al., encontraron esta asociación, en 278 madres con niños de 2 a 13 años de EU. reportaron que madres con IA del hogar fueron más propensas a utilizar el estilo de presión y restricción de ciertos alimentos (Feinberg et al., 2008).

Los padres también creen que la mejor forma de calmar a su bebé es alimentándolo por lo que recurren a estilos presionantes, varios estudios lo reportaron. Gross et al., 201 en díadas madre-hijo. de E.U con bebés de 2 semanas a 6 meses de edad, encontraron que la IA se correlacionó con los estilos de alimentación restrictivo y de presión (Gross et al., 2012). Un estudio de Irán, en 423 madres de niños menores de 2 años de edad, informaron que la IA se relacionó de manera indirecta negativamente con estilos receptivos e involucrados y positivamente con el estilo presionante (Salarkia et al., 2016) y Orr et al., en 842 díadas madre e hijo, con niños

de 2 meses de edad, encontraron que los hogares con IA tuvieron mayor uso de presión y menor uso del estilo responsivo (Orr et al., 2019a).

Otra investigación realizada en 277 madres de niños de 12 a 32 meses de edad de EU, encontraron que el aumento en la IA del hogar estaba asociado indirectamente con la alimentación restringida (Armstrong et al., 2020).

En un estudio longitudinal, demostraron que experimentar IA en el embarazo y en la infancia se asociaba con mayores probabilidades de estilos de presión, indulgente y laissez-faire, relacionados probablemente a la preocupación de las madres de no tener suficiente comida, también reportaron una disminución de autoalimentación, estos estilos no corresponden a lactantes de 10 meses ya que esta etapa debe caracterizarse por un estilo de autoalimentación infantil y de introducción de alimentos sólidos (Gross et al., 2018).

2.3.4 Inseguridad alimentaria de la madre en la infancia

La privación de alimentos en el pasado de las personas, puede influenciar los comportamientos y elecciones alimentarias actuales (Kuyper et al., 2006). En las mujeres, un estudio realizado en 321 mujeres de entre 18 y 55 años de edad, encontró que las experiencias de IA del pasado, pueden aumentar el valor de la comida y la saciedad y esto influir en el comportamiento alimentario actual, una dieta alta en azúcares y almidones y como consecuencia, aumentar el riesgo de obesidad y otras enfermedades crónicas (Caamaño et al., 2019).

Un estudio cualitativo en 32 mamás de bebés de 36 a 66 meses de edad estadounidenses, encontraron asociaciones de experiencias maternas durante la infancia y EAMI. Ellos informaron que las madres que describían tener una infancia con privaciones y experiencias negativas, tenían dificultad para negar a sus hijos los alimentos, entonces las mamás no establecían límites en la alimentación (estilos indulgentes y permisivos) (Herman et al., 2012).

2.4 Factores relacionados a la pandemia por COVID-19 y los Estilos de alimentación materno infantil

El impacto de la pandemia de COVID-19 trajo como consecuencia el cierre de servicios de alimentación, desperdicio de alimentos, pérdida de empleo, aumento de los gastos médicos por enfermedad que a su vez incrementaron la vulnerabilidad económica y exacerbaron enfermedades y problemáticas como el estrés, la ansiedad, depresión, la violencia de pareja, diabetes, hipertensión, VIH, hiperlipidemia, así como también el consumo de alimentos baratos y densos en energía (Leddy et al., 2020).

Describiremos un breve panorama de la situación en México por la pandemia COVID-19. En 2020, aproximadamente el 32% de los hogares reportaron cambios en el consumo de grupos de alimentos. En la región centro, la tercera parte de los hogares disminuyeron el consumo de dulces, botanas, pan dulce, bebidas azucaradas. Respecto a acciones familiares durante la pandemia, el 38.5% de los niños tomaron clases en línea y 17.7% de personas trabajaron en casa. En 2020 el 13.3% de las personas fueron diagnosticadas con COVID-19, en la región centro el 16.1% fueron diagnosticados. Respecto a la situación económica, el 63.3% de la población redujo sus gastos en general y el 47% lo hicieron en alimentos. En 33.9% de los hogares al menos un miembro dejó de recibir ingresos; en 30% al menos a un miembro le redujeron el sueldo y en 21.3% al menos una persona del hogar perdió su empleo (Secretaría de Salud et al., 2020).

Debido a la pandemia por COVID-19, los padres al sufrir mayor estrés y depresión, pueden tener afectaciones en la salud mental y cambios de comportamiento que perjudiquen en la crianza de sus hijos y esto a su vez repercute negativamente en la salud infantil (Pérez-Escamilla et al., 2020).

Respecto a las prácticas y estilos de alimentación, los padres y niños durante la pandemia han sufrido modificaciones en su comportamiento alimentario. En un estudio cualitativo con 20 padres de niños en edad preescolar, británicos,

encontraron que hubo un aumento en comportamientos problemáticos a la hora de comer, los niños no querían comer o tardaban en comer y también hubo un aumento en el consumo de bocadillos, vinculado a las restricciones alimentarias (Clarke et al., 2020).

Otro estudio en 584 hogares en EU, reportó que actualmente debido a la pandemia por COVID-19, la IA se asoció con el estilo de presión y en hogares que ya tenían baja SA y muy baja SA, aumentó aún más el estilo de presión durante la pandemia (Adams et al., 2020).

En un ensayo piloto con 11 madres de niños de 4 a 8 años de edad, durante abril a mayo de 2020, en el Reino Unido, se reportó que los padres durante la pandemia por COVID-19 usaron alimentos densos en energía como recompensa, para relajarse de las restricciones habituales y disminuir las emociones negativas, también usaron los alimentos para calmar a sus hijos y aliviar el exceso de trabajo. Además, hubo mayor compra de alimentos no perecederos por la incertidumbre de la adquisición de alimentos. Todo esto a pesar de que los padres querían una alimentación saludable para sus hijos. La mayor presencia de alimentos calóricos generó un ambiente obesogénico en el hogar (más antojos y consumo de refrigerios) (Porter et al., 2022).

Es importante realizar más investigaciones para conocer los mecanismos que participan en los estilos y prácticas de alimentación de los niños desde la primera infancia, ya que es en esta etapa dónde se forman los hábitos que permanecerán hasta la edad adulta (Ventura & Worobey, 2013). Son pocos los estudios realizados en México sobre los EAMI y los factores que se encuentran asociados a estos.

III. HIPÓTESIS

Los EAMI no responsivos están relacionados a madres con sobrepeso y obesidad, que presenten síntomas de depresión en el momento de la evaluación, que dan alimentación con fórmula, bebés que no se encuentran

en un estado nutricio normal, madres con un nivel socioeconómico y educativo bajo e IA y de la madre en la infancia.

IV. OBJETIVOS

4.1 General

Determinar la relación entre los EAMI y factores clínicos, antropométricos, socioeconómicos y de IA en madres de niños menores 2 años del estado de Querétaro.

4.2 Específicos

- Determinar la asociación entre los EAMI y los factores clínicos y antropométricos en madres de niños menores de 2 años del estado de Querétaro.
- Determinar la asociación entre los EAMI y los factores socioeconómicos y de IA en madres de niños menores de 2 años del estado de Querétaro.
- Determinar la asociación entre los EAMI y los factores relacionados a la pandemia por COVID-19 en madres de niños menores de 2 años del estado de Querétaro.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Sujetos y población de estudio

En este estudio participaron madres de niños de 2 semanas a 2 años de edad de Querétaro. Se contemplaron niños menores de 2 años debido a que se encuentran en periodo de lactancia materna y alimentación complementaria

5.1.2 Criterios de inclusión

- 1) Mujeres
- 2) Con una edad entre 18 y 45 años
- 3) Madres que hayan tenido un embarazo singular sin complicaciones
- 4) Madres de niños de 2 semanas a 2 años de edad
- 5) Haber firmado el consentimiento informado
- 6) Contar con teléfono celular.

5.1.3 Criterios de exclusión

- 1) Que padezcan enfermedades graves que impidan la lactancia materna y/o alimentación del infante (cáncer terminal, enfermedad renal, insuficiencia cardiaca).
- 2) Con enfermedades psiquiátricas graves (esquizofrenia, bipolaridad)
- 3) Que tengan bebés con enfermedades que influyen en la alimentación, como enfermedades neurológicas o cardíacas congénitas.
- 4) Que no estén a cargo de la alimentación de su bebé.

5.1.4 Criterios de eliminación

- 1) Madres que no tengan el expediente completo

Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Autónoma de Querétaro (17FCN 2021). Este proyecto se apegó a la Ley General de Salud promulgada en 1986 y a las normas éticas del Protocolo de Helsinki de 1964 y última fecha de modificación en 2013.

5.2 Tamaño de la muestra

Se calculó en el programa Power and Sample Size Versión 3.0 (Dupont & Plummer, 1990) estimando la diferencia detectable. La diferencia en las poblaciones se detectó con una potencia de 0.8, la probabilidad de error tipo I ó α de 0.5, una desviación estándar σ de cada estilo, una razón de 3 (relación entre los que tienen SA e IA) y el tamaño de muestra que se especifique en el programa. El tamaño de muestra final fue de 104 mujeres (Gross et al., 2012, 2018).

5.3 Diseño del estudio

El presente estudio observacional de tipo transversal, se realizó en el Estado de Querétaro con madres de niños de 2 semanas a 2 años de edad. Se realizó una prueba piloto para evaluar cada cuestionario, previo a su aplicación. El reclutamiento se realizó por medio de redes sociales y método bola de nieve. También se reclutó en clínicas pediátricas y centros de salud, con ayuda de propaganda del proyecto, siguiendo las medidas establecidas debido a la pandemia

por COVID-19. A las mujeres interesadas en participar se les envió el consentimiento informado en formato de formulario de Google a su número telefónico o correo electrónico. A las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado se les realizó la entrevista con una duración de 35 minutos aproximadamente, que incluyó los siguientes cuestionarios:

1) Historia clínica y el Cuestionario de Salud del Paciente-2 validez de un evaluador de depresión de dos ítems (PHQ2, por sus siglas en inglés). (Anexo 1).

2) Cuestionario de experiencia durante la pandemia COVID-19. (Anexo 2).

3) Cuestionario de nivel Socioeconómico (AMAI). (Anexo 3).

4) Escala de experiencia de Inseguridad alimentaria en el hogar (FIES) para monitorear el impacto de la pandemia COVID-19. (Anexo 4).

5) Cuestionario de seguridad alimentaria en la infancia de la madre. (Anexo 5).

6) Cuestionario de estilos de alimentación infantil (IFSQ). (Anexo 6).

5.4 Método

5.4.1 Estilos de alimentación materno infantil

Cuestionario de Estilos de alimentación infantil (IFSQ por sus siglas en inglés), desarrollado por Thompson y colaboradores (2009) está basado en las creencias y prácticas de los padres y se ha validado en muestra hispana. Evalúa cinco dominios de estilos de alimentación infantil:

(1) *Laissez-faire*: la madre no limita la cantidad o la calidad de la dieta de su hijo() y muestra poca interacción con él durante su alimentación.

(2) *Presión/Control*: la madre insiste en incrementar la ingesta y usa los alimentos para calmar al bebé.

(3) *Restrictivo/Controlador*: la madre limita al bebé a alimentos saludables y limita la cantidad de comida consumida.

(4) *Receptivo*: la madre está atenta a las señales de hambre y saciedad y monitorea la cantidad y calidad de la dieta de su hijo(a).

(5) *Indulgente*: la madre percibe las señales de alimentación de su hijo(a) pero no establece límites en la cantidad o calidad de los alimentos consumidos por él/ella. Los dominios tienen 13 subescalas, que evalúan la cantidad de la dieta, calidad de la dieta, saciedad y calidad de atención o interacciones. *Laissez-faire* incluye dos subescalas: atención y calidad de la dieta. *Presionar/Controlar* incluye 3 subescalas: presionar para terminar, presionar con cereal y presionar para calmar. *Restrictiva/Controladora* incluye dos subescalas: cantidad consumida y calidad de la dieta. *Receptiva* incluye dos subescalas: atención y saciedad. *Indulgente* incluye cuatro subescalas: permisivo, persuasivo, calmante y mimos. El total de las subescalas son 39 preguntas sobre creencias maternas, 24 sobre comportamientos y 20 sobre comportamientos relacionados con alimentación sólida para lactantes mayores de 6 meses. Las escalas van de puntuaciones de 1 a 5, donde las puntuaciones más altas son las más representativas del constructo analizado. Las creencias se codifican de 1 a 5 puntos (en desacuerdo, levemente en desacuerdo, neutral, levemente de acuerdo, de acuerdo) y los comportamientos se codifican de 1 a 5 puntos (nunca, pocas veces, la mitad del tiempo, la mayor parte del tiempo, siempre) (Thompson et al., 2009; Wood et al., 2016).

5.4.2 Variables antropométricas y nutricionales

b Historia clínica

La historia clínica contiene 25 ítems, un apartado inicial de datos antropométricos y uno final de depresión del paciente. El cuestionario incluye datos de la madre como edad, estado civil, información del embarazo y lactancia, enfermedades actuales y durante el embarazo, antecedentes de enfermedades familiares, así como peso y altura reportados de la madre. Del hijo(a) se solicitaron la fecha de nacimiento, edad, sexo, peso y talla al nacer, peso y talla actuales reportados por la madre, así como enfermedades diagnosticadas, alergias e intolerancias, consumo de medicamentos y suplementos y hospitalizaciones. El índice de masa corporal

(relación del peso entre la estatura al cuadrado, se calculó utilizando el peso y la altura reportados en la historia clínica, dónde se clasificó a las madres de acuerdo a los criterios de la OMS, con los valores corte, como bajo peso (<18.5), peso normal (18.5-24.9), sobrepeso (25-29.9), obesidad tipo I (30-39.4), obesidad tipo II (35-39.9) y obesidad tipo III (<40) (WHO, 2000). Se estimaron las puntuaciones Z del índice peso para la talla en los infantes por medio del programa AnthroPlus de la OMS, dónde se clasificaron como malnutrición severa (< -3 DE), malnutrición (< -2 DE a -3 DE), peso normal (< +1 DE a > -2 DE), riesgo de sobrepeso (> +1 DE a +2 DE), sobrepeso (> +2 DE a +3 DE) y obesidad (> +3 DE) (WHO, 2011).

La depresión materna se midió con el Cuestionario de Salud del Paciente-2 validez de un evaluador de depresión de dos ítems (PHQ2, por sus siglas en inglés), incluido en la historia clínica, el cual se ha demostrado funciona mejor en mujeres de bajos ingresos. El PHQ2 pregunta sobre la frecuencia de estado de ánimo deprimido y anhedonia en las últimas dos semanas, puntuando cada una como 0 (no en todos) a 3 (casi todos los días). Un puntaje de 3 es el punto de corte para la detección de depresión (Gross et al., 2012; Kroenke et al., 2003).

5.4.3 Variables socioeconómicas

c. Nivel socioeconómico AMAI

Se recabó información sobre el nivel educativo, situación laboral de la madre y otros miembros de la familia y las condiciones de vivienda.

Para obtener los datos socioeconómicos se utilizó el modelo de nivel socioeconómico AMAI Inteligencia Aplicada a Decisiones 2018 que está basado en un marco conceptual considerando seis dimensiones de bienestar dentro del hogar: capital humano, infraestructura práctica, conectividad y entretenimiento, infraestructura sanitaria, planeación y futuro e infraestructura básica y espacio. El nivel considera 6 variables para categorizar los hogares: 1) Nivel educativo del jefe de hogar; 2) Número de baños completos en la vivienda; 3) Número de autos en el hogar; 4) Tenencia de conexión a internet en el hogar; 5) Número de integrantes en el hogar de 14 años o más que trabajan y 5) Número de dormitorios en la vivienda.

El nivel socioeconómico se determina a partir de puntajes, dónde el máximo es de 300 puntos. Se utilizan diferentes puntos de corte de acuerdo a 7 niveles socioeconómicos: A/B (205+), C+ (166 a 204), C (136 a 165), C- (112 a 135), D+ (90 a 111), D (48 a 89) y E (0 a 47). El A/B está conformado en su mayoría por hogares en los que el jefe de la familia tiene estudios profesionales o de posgrado (82%). El 98% de los hogares de este nivel cuenta con internet fijo en la vivienda. Es el nivel que más invierte en educación (10% del gasto) y el que menos dedica al gasto en alimentos (28%). En el nivel C+ el 87% de los hogares cuentan con al menos un vehículo de transporte y el 93% tiene acceso a internet fijo en la vivienda. En relación con el gasto, menos de la tercera parte (32%) lo dedica a la compra de alimentos y el 28% a transporte y comunicación. El nivel C, es aquel en donde, el 83% están encabezados por un jefe de hogar con estudios mayores primaria y un 77% cuentan con conexión a internet fijo en la vivienda. Del total del gasto en estos hogares el 35% se dedica a la alimentación y un 7% a educación. En el nivel C-, el 74% de los hogares tienen un jefe de hogar con estudios mayores a primaria y el 52% tienen conexión a internet fijo en la vivienda. En relación con el gasto, un 38% se dedica a la alimentación y el gasto en transporte y comunicación alcanza el 24%. En el nivel D+, el 62% de hogares en este nivel, el jefe del hogar tiene estudios mayores a primaria. Solamente el 22% de los hogares cuenta con conexión fija a internet en la vivienda. El gasto en alimentación se incrementa a 42% y el gasto en educación es del 7%. En el nivel D, en el 56% de los hogares de este nivel el jefe del hogar tiene estudios hasta primaria. El acceso a internet en la vivienda en estos hogares es muy bajo, de solamente 4%. Cerca de la mitad del gasto (46%) se dedica a la alimentación y solamente el 16% al transporte y comunicación. En el nivel E, la mayoría de los hogares (95%) están dirigidos por un jefe de familia con estudios de hasta primaria. La tenencia de internet fijo en la vivienda es de 0.2%. Poco más de la mitad del gasto del hogar (52%) se destina a alimentación y solamente el 11% se utiliza para transporte y comunicación, porcentaje similar al que se destina a vivienda (AMAI, 2016, 2018).

d. Inseguridad Alimentaria

La IA se midió utilizando la (FIES) elaborada por la Organización de las Naciones Unidas (FAO por sus siglas en inglés). La FIES es una medición de la gravedad de la IA que toma aspectos como restricción y disponibilidad monetaria, así como la calidad y cantidad alimentaria, y puede ser medida a nivel individual o por hogar. Consta de 8 preguntas dicotómicas directas (si/no) sobre el acceso a alimentos de calidad y cantidad durante sus últimos 12 meses. La FIES se creó a partir de Módulo de Encuesta de Seguridad Alimentaria de los Hogares de Estados Unidos (HFSSM por sus siglas en inglés) y de la Escala, Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Dada la pandemia actual por COVID-19, la FAO implementó en la escala subpreguntas con referencia a los últimos 30 días para evaluar la inseguridad alimentaria reciente. Con las últimas tres preguntas de la escala también se recopila información sobre la frecuencia de las experiencias (FAO, 2017, 2020b).

e. Inseguridad alimentaria en la infancia de la madre

Para evaluar la inseguridad de la madre en la infancia se utilizó el cuestionario desarrollado por Kuyper que determina la experiencia de IA en el pasado, validado en mujeres latinas de bajos ingresos. Consiste en 7 preguntas dicotómicas directas (si/no) sobre la IA durante la infancia (Kuyper et al., 2006). Este cuestionario fue utilizado anteriormente en mujeres mexicanas (Caamaño et al., 2019).

f. Cuestionario de experiencia durante la pandemia COVID-19

Se aplicó un cuestionario de 20 ítems que recopila datos sobre el confinamiento y COVID-19, actividad física materna durante el confinamiento, factores estresores relacionados al COVID-19 y cambios económicos y en actividades familiares debido a la cuarentena domiciliaria por la contingencia sanitaria COVID-19.

5.5 Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se presentarán los datos de las variables categóricas con número de casos y porcentajes. Las variables continuas se presentan con medias y desviaciones estándar.

Los datos se codificaron en la base de datos en Excel y los análisis se realizaron en el programa SPSS versión 21.0. Los valores de $p < 0.05$ se consideraron significativos. Los datos se representaron con medias y error estándar (EE). Para el análisis, en primer lugar, se analizó si la variable dependiente tenía una distribución normal por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov. Después se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias de cada estilo de alimentación con los factores clínicos y antropométricos, socioeconómicos y de inseguridad alimentaria y relacionados a la pandemia por COVID-19. Las categorías de IA moderada y severa se unieron debido a la poca muestra que había de ambas. Se hicieron pruebas post-hoc Tukey para asociaciones que resultaron significativas. Para analizar las asociaciones de edad materna y edad del bebé con los EAMI se realizaron correlaciones de Pearson. Para conocer la distribución porcentual de los EAMI se estandarizó la variable dependiente en valores Z, se categorizaron de acuerdo a si se encontraban por arriba de la media como estilos predominantes o debajo de la media como no predominantes. Algunas variables categóricas se recodificaron en variables dicotómicas para su análisis. Por último, se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA), considerando las variables categóricas como factores fijos y la edad del niño que resultó tener asociaciones con varios EAMI, como una covariable.

VI. RESULTADOS

6.1 Características generales de la población

Este estudio incluyó una muestra de 104 mujeres y las características generales se encuentran en la **tabla 1**. La edad promedio de las madres fue de 29 años, y más de la mitad de las mamás tenían un IMC normal pregestacional y también en la actualidad. La mayoría de las mujeres informaron tener licenciatura

completa/posgrado y aproximadamente el 50% estaban casadas. Más de la mitad de las mamás son madres primerizas y querían embarazarse. Casi el 70% refirieron estar dando lactancia materna en el momento de la encuesta. En cuanto a las características de los bebés, la edad promedio fue de casi 12 meses y más de la mitad fueron niños varones. De acuerdo al estado nutricional según z-score peso/longitud, casi el 60% de los niños se encontraban en peso normal y el 21% tenían riesgo de sobrepeso.

Tabla 1. Características descriptivas de la madre y el bebé (n= 104)

Variables	Media (DE) o n (%)
Variables de la madre	
Edad en años (media, DE)	28.8 (4.5)
IMC kg/m² (media, DE)	37.1 (3.5)
Estado nutricional (%)	
Bajo peso	1.9
normal	57.7
Sobrepeso	34.6
Obesidad (I, II y III)	5.8
IMC pregestacional kg/m² (media, DE)	23.6 (3.3)
Estado nutricional pregestacional (%)	
Bajo peso	5.9
normal	67.3
Sobrepeso	23.8
Obesidad (I, II y III)	3
Nivel educativo (%)	
Primaria y secundaria completa	9.6
Preparatoria completa	36.5
Licenciatura incompleta	7.7
Licenciatura completa y posgrado	46.2
Estado civil (%)	
Soltera y divorciada	17.3
Casada y en unión libre	82.7
Nivel socioeconómico (%)	
Alto	28.8
Medio	62.5
Bajo	8.7
Lactancia en el momento de la encuesta (%)	67.3
Número de hijos (media, DE)	1.6 (1.0)
Madre primeriza (%)	58.7
Síntomas de depresión (%)	11.5
Estado laboral, trabajo remunerado (%)	55.3
Recibió orientación en nutrición (%)	58.7
Quería embarazarse (%)	59.6
Variables del bebé	
Edad, meses (media, DE)	11.7 (6.3)
Sexo (%)	
Mujer	45.2
Peso/longitud z-score (OMS) (media, DE)	1.07 (2.2)
Estado nutricional según z-score peso/longitud (%)	
Malnutrición severa (< -3 DE) y malnutrición (-3 DE a -2 DE)	1.9
Peso normal (-2 DE a 1 DE)	57.7
Riesgo de sobrepeso (1 DE a 2 DE)	21.2
	7.7

Sobrepeso (2 DE a 3 DE)	11.5
Obesidad (>3 DE)	
IMC = Índice de masa corporal, DE desviación estándar, OMS = Organización mundial de la salud	

Respecto al estado de seguridad alimentaria del hogar, en la **figura 1** se observa que casi el 70% tienen seguridad alimentaria y más del 30% de los hogares tuvieron inseguridad leve o moderada. No hubo IA severa en la población estudiada. En la **figura 2** se observa que más de la mitad de las madres reportaron haber tenido algún grado de IA durante la infancia.

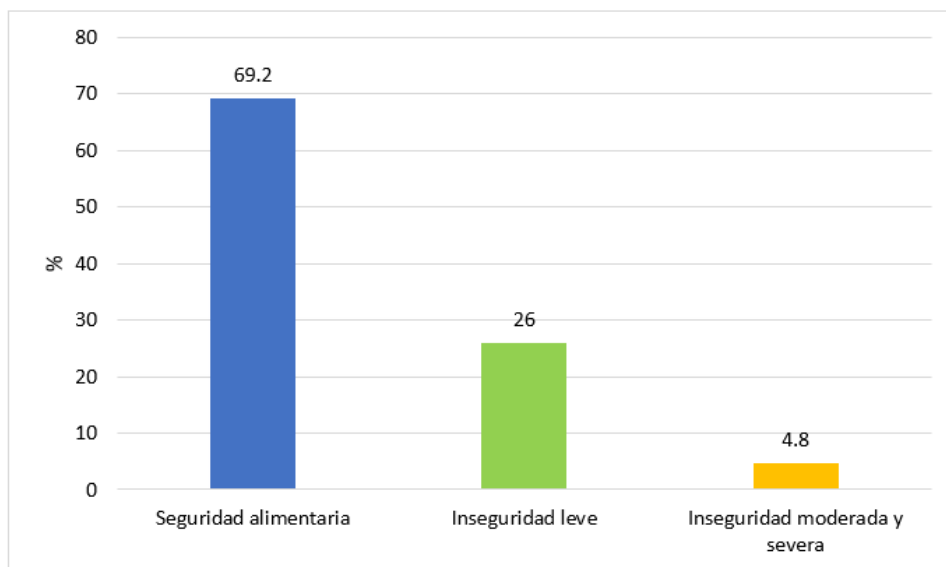


Figura 1. Distribución porcentual de seguridad alimentaria y nivel de inseguridad alimentaria del hogar de madres de niños menores de 2 años de Querétaro (n=104)

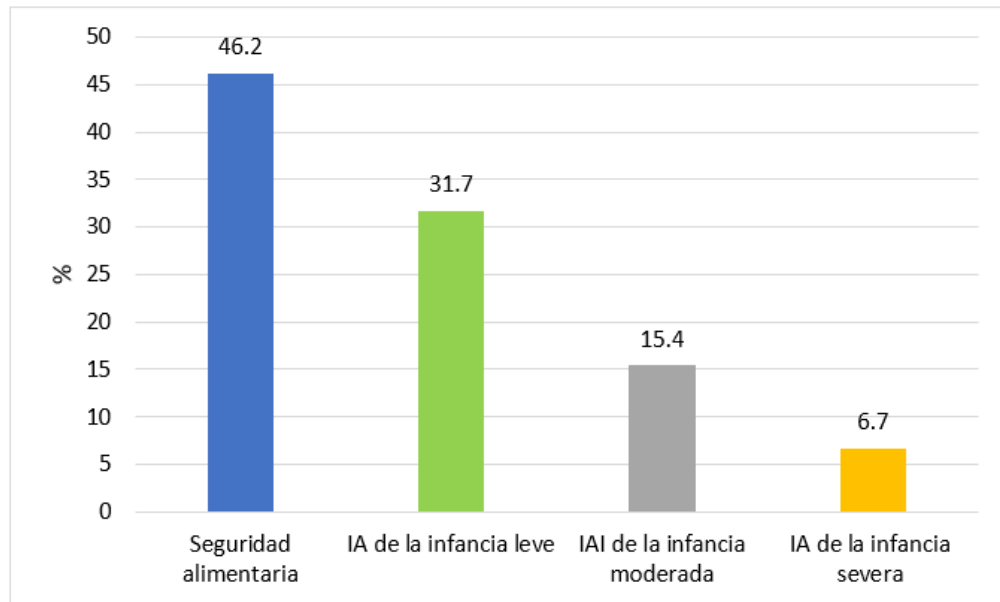


Figura 2. Distribución porcentual de seguridad alimentaria y nivel de inseguridad alimentaria de la madre en la infancia, de madres de niños menores de 2 años de Querétaro (n=104)

6.2 EAMI en madres de niños menores de 2 años de Querétaro

En general, los EAMI con puntaje más elevado fueron el restrictivo, responsivo y laissez-faire, y los que tuvieron menor puntaje fueron el de presión y el indulgente.

figura 3.

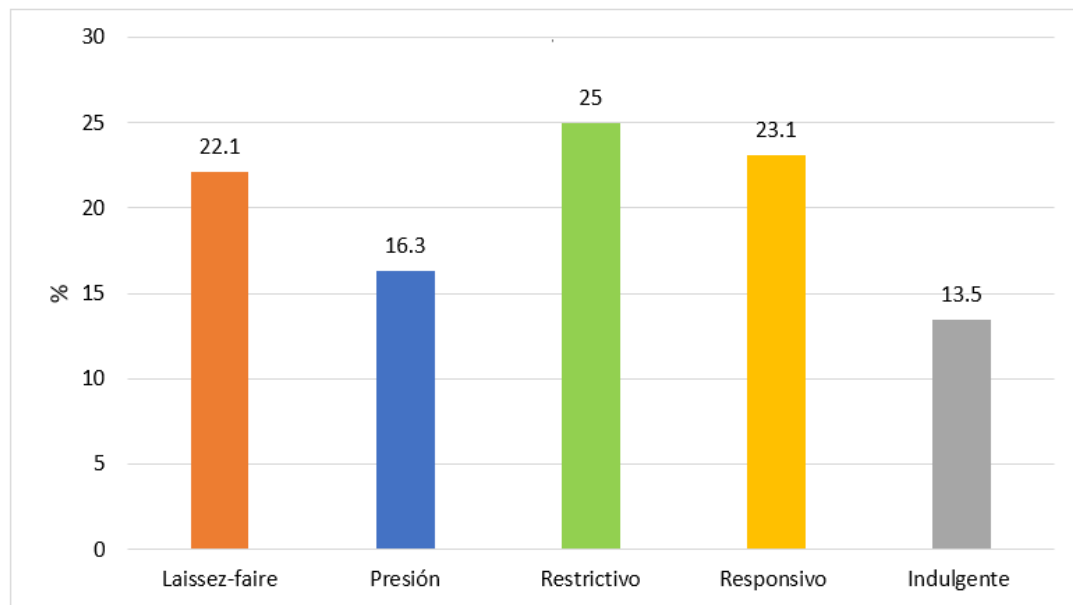


Figura 3. Distribución porcentual de los estilos de alimentación materno infantil de madres de niños menores de 2 años de Querétaro (n=104)

6.3 Relación de los EAMI con las variables clínicas y antropométricas maternas e infantiles

Las variables clínicas y antropométricas relacionadas con los EAMI se describen en la **tabla 2**. En el modelo no ajustado el estado nutricional de la madre, se relacionó con el estilo laissez-faire y el indulgente. En el modelo ajustado, las relaciones permanecieron significativas. Las madres que tenían sobrepeso, presentaron más el estilo laissez-faire ($p=0.014$) y estilo indulgente ($p=0.003$) que aquellas que tenían peso normal. De acuerdo al estado nutricional pregestacional de la madre, en el modelo sin ajustar y en el ajustado, las madres con bajo peso pregestacional utilizaron menos el estilo indulgente ($p=0.021$), que las madres con peso normal y sobrepeso. Madres con obesidad pregestacional usaron menos el estilo indulgente ($p=0.021$), que aquellas con sobrepeso.

Tabla 2. Variables clínicas y antropométricas maternas e infantiles de acuerdo a los Estilos de alimentación materno infantil

Variables clínicas y antropométricas	Estilos de alimentación materno infantil									
	Responsivo (media, EE)	P	Laissez-faire (media, EE)	P	Presión (media, EE)	P	Restrictivo (media, EE)	P	Indulgente (media, EE)	P
Estado nutricional de la madre										
Bajo peso	35.9 (4.6)	0.167	22.4 (3.6)	0.014	24.4 (6.9)	0.094	35.4 (5.5)	0.438	35.3 (9.5)	0.003
normal	42.9 (.84)		20.5 (.65) ^a		39.9 (1.2)		37.9 (1.0)		45.0 (1.7) ^a	
Sobrepeso	44.9 (1.0)		24.1 (.85) ^b		41.9 (1.6)		39.7 (1.3)		54.4 (2.2) ^b	
Obesidad (I, II y III)	41.9 (2.6)		21.8 (2.0)		38.2 (3.9)		31.9 (3.1)		40.5 (5.5)	
Estado nutricional Pg de la madre										
Bajo peso	39.1 (2.7)	0.414	19.4 (2.1)	0.185	38.0 (4.1)	0.845	37.0 (3.2)	0.821	34.6 (5.6) ^a	0.021
Normal	43.6 (.80)		21.4 (.63)		40.0 (1.2)		38.4 (.97)		47.8 (1.6) ^b	
Sobrepeso	43.8 (1.3)		23.6 (1.0)		41.3 (2.0)		38.3 (1.6)		51.5 (2.8) ^{bc}	
Obesidad (I, II y III)	41.5 (3.8)		20.4 (3.0)		37.5 (5.8)		34.3 (4.6)		33.7 (8.0) ^{ab}	
No daba lactancia al momento de la encuesta	44.1 (1.1)	0.494	*23.3 (1.0)	0.011	43.0 (1.7)	0.065	38.6 (1.4)	0.796	*51.4 (1.0)	0.010
Madre primeriza	44.1 (.84)	0.187	*21.3 (1.0)	0.824	40.3 (1.2)	0.962	39.1 (.99)	0.212	47.2 (1.8)	0.593
Síntomas de depresión	43.0 (1.9)	0.859	*21.7 (1.0)	0.668	44.3 (2.8)	0.132	37.1 (2.2)	0.580	49.7 (4.1)	0.638
Embarazo deseado	43.9 (.83)	0.275	*20.9 (1.0)	0.283	39.0 (1.2)	0.128	38.1 (.99)	0.758	47.2 (1.8)	0.569
Padecer alguna enfermedad										
Diabetes	48.2 (3.8)	0.710	25.5 (5.1)	0.952	46.4 (10.2)	0.866	34.0 (5.6)	0.694	49.5 (12.8)	0.968
Hipertensión	42.4 (4.6)		23.7 (6.1)		37.4 (11.9)		33.9 (6.6)		53.6 (15.2)	
Sexo del bebé										
Mujer	43.4 (.97)	0.967	*19.4 (1.0)	0.001	38.5 (1.4)	0.118	39.3 (1.1)	0.234	*42.5 (1.0)	0.038
Hombre	43.3 (.88)		*22.8 (1.0)		41.6 (1.3)		37.4 (1.0)		*47.9 (1.0)	
Estado nutricional del bebé según z-score peso/longitud	39.4 (4.7)	0.817	*16.2 (1.1) ^a	0.016	32.7 (7.1)	0.486	33.5 (5.6)	0.680	35.9 (9.9)	0.071
Malnutrición severa (< -3 DE) y malnutrición (-3 DE a -2 DE)	43.2 (.86)		*22.4 (1.0) ^{bc}		41.1 (1.2)		38.7 (1.0)		49.3 (1.8)	
Peso normal (-2 DE a 1 DE)	44.4 (1.4)		*21.5 (1.0) ^{abc}		40.5 (2.1)		37.4 (1.6)		51.5 (2.9)	
Riesgo de sobrepeso (1 DE a 2 DE)	42.0 (2.3)		*19.2 (1.0)		40.5 (3.5)		35.9 (2.8)		39.9 (4.9)	
Sobrepeso (2 DE a 3 DE)	43.8 (1.9)		*18.1 (1.0) ^{ad}		36.3 (2.9)		39.8 (2.3)		41.2 (4.0)	
Obesidad (>3 DE)										

EE error estándar. Pg pregestacional. Ln logaritmo natural

* Se presentan medias geométricas y significancia de ANOVA utilizando valores transformados a su Ln para cumplir con los supuestos de normalidad.

Se presentan medias marginales estimadas ajustadas por edad del bebé

Los grupos con superíndices diferentes representan diferencias significativas $p < 0.05$ en análisis ANOVA de efectos principales

En el modelo ajustado, las madres que no dieron lactancia al momento de la encuesta utilizaron más los estilos laissez-faire ($p=0.011$) e indulgente ($p=0.010$) respecto a madres que si dieron lactancia al momento de la encuesta. La edad del niño tuvo una correlación significativa en los estilos restrictivo ($p=0.002$) **figura 4**, responsivo ($p=0.003$) **figura 5**, e indulgente ($p=0.009$) **figura 6**.

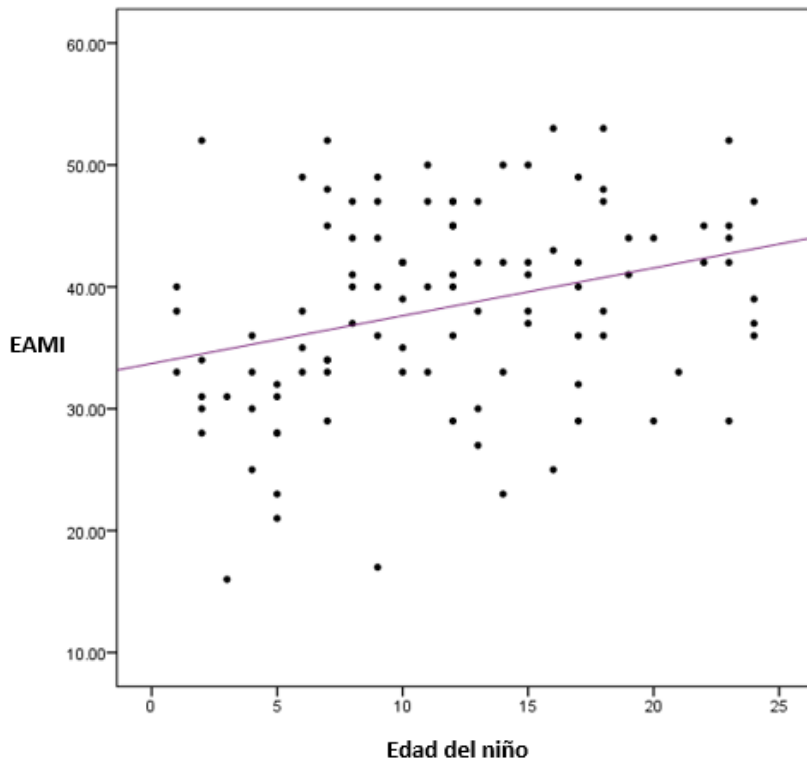


Figura 4. Estilo restrictivo de acuerdo a la edad del niño ($n=104$). Diferencia significativa de acuerdo a Correlación de Pearson $p=0.002$. EAMI: Estilos de alimentación materno infantil.

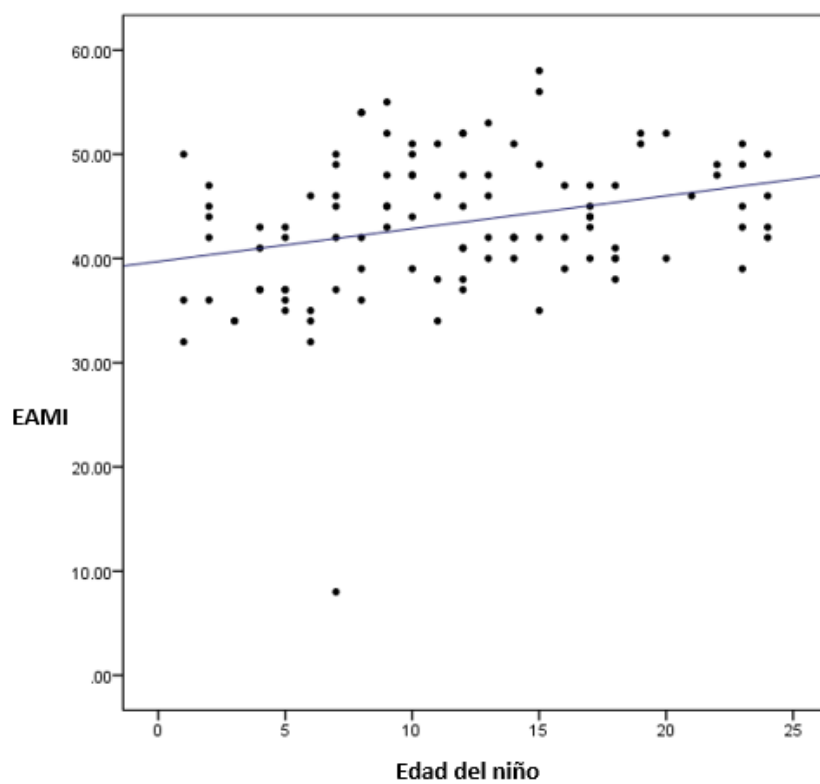


Figura 5. Estilo responsivo de acuerdo a la edad del niño (n=104). Diferencia significativa de acuerdo a Correlación de Pearson $p=0.003$. EAMI Estilos de alimentación materno infantil

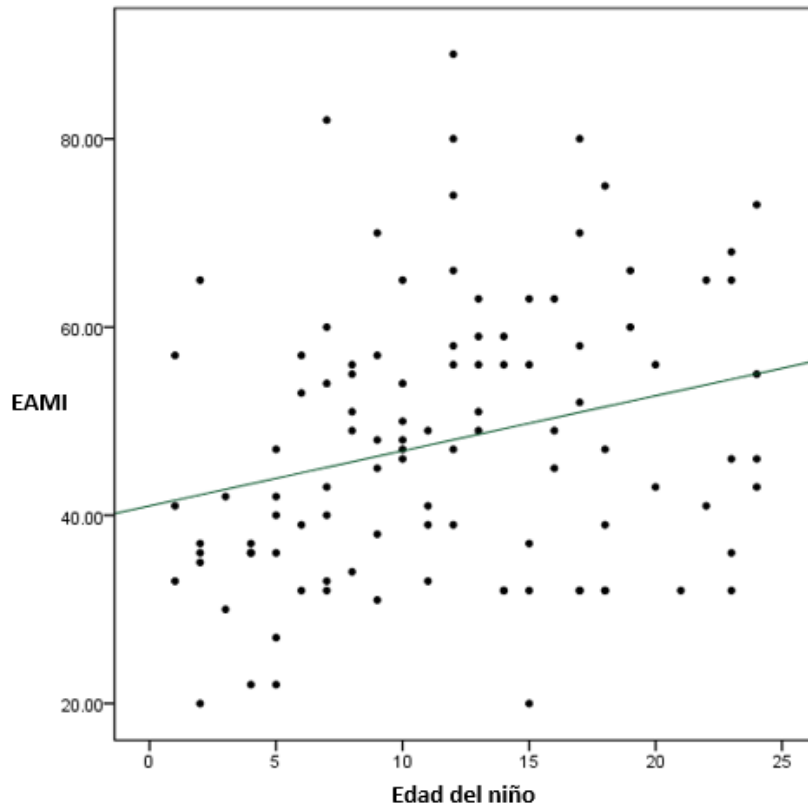


Figura 6. Estilo indulgente de acuerdo a la edad del niño (n=104). Diferencia significativa de acuerdo a Correlación de Pearson $p=0.009$. EAMI Estilos de alimentación materno infantil

El sexo del bebé y el estado nutricional del bebé, también mostraron diferencias en los EAMI. Madres de hijos varones utilizaron más los estilos laissez-faire ($p=0.001$), e indulgente ($p=0.038$), que las madres de niñas. En cuanto al estado nutricional del bebé según z-score peso/longitud, en análisis no ajustados y ajustados, las madres de bebés con peso normal utilizaron más el estilo laissez-faire ($p=0.016$), que las que tenían hijos con malnutrición severa y malnutrición. Madres de hijos con peso normal y riesgo de sobrepeso, utilizaron más el estilo laissez-faire que madres de hijos con obesidad ($p=0.016$). Ser madre primeriza, tener síntomas de depresión durante la encuesta, haber tenido un embarazo deseado y padecer alguna enfermedad no mostraron diferencias significativas en los EAMI **tabla 2**.

6.4 Relación de los EAMI con las variables socioeconómicas maternas

En la **tabla 3** se resumen las diferencias en los EAMI de acuerdo a las variables socioeconómicas. En modelos no ajustados, respecto al nivel educativo se encontraron diferencias en los estilos de presión e indulgente, ya en el modelo ajustado las diferencias no fueron significativas. El estado civil, nivel socioeconómico, tener un trabajo remunerado y contar con otro aportador económico en el hogar no mostraron diferencias en los EAMI.

Tabla 3. Variables socioeconómicas maternas de acuerdo a los Estilos de alimentación materno infantil

Variables socioeconómicas	Estilos de alimentación materno infantil									
	Responsivo (media, EE)	P	Laissez- faire (media, EE)	P	Presión (media, EE)	P	Restrictivo (media, EE)	P	Indulgente (media, EE)	P
Nivel educativo										
Primaria y secundaria completa	45.0 (2.1)	0.757	23.3 (1.6)	0.145	41.5 (3.0)	0.050	39.7 (2.5)	0.948	52.2 (4.4)	0.060
Preparatoria completa	42.8 (1.0)		23.2 (.84)		43.3 (1.5)		38.0 (1.2)		51.8 (2.2)	
Licenciatura incompleta	44.7 (2.4)		20.9 (1.9)		34.7 (3.5)		38.3 (2.8)		42.7 (5.0)	
Licenciatura completa y posgrado	43.2 (.96)		20.8 (.75)		38.4 (1.4)		38.1 (1.1)		44.6 (2.0)	
Estado civil										
Soltera	43.6 (1.5)	0.959	*20.6 (1.0)	0.758	42.9 (2.3)	0.367	39.4 (1.8)	0.799	47.0 (3.3)	0.876
Casada	43.5 (.92)		*21.1 (1.0)		40.2 (1.3)		38.1 (1.0)		48.5 (1.9)	
Unión libre y divorciada	43.1 (1.1)		*21.7 (1.0)		38.8 (1.7)		37.9 (1.3)		47.2 (2.4)	
Nivel socioeconómico										
Alto	42.6 (1.2)	0.673	*20.2 (1.0)	0.468	37.1 (1.7)	0.068	36.3 (1.4)	0.095	46.4 (2.6)	0.697
Medio	43.8 (.82)		*21.7 (1.0)		41.0 (1.2)		39.5 (.95)		48.1 (1.7)	
Bajo	42.8 (2.2)		*21.3 (1.0)		44.9 (3.2)		35.7 (2.5)		50.8 (4.7)	
Trabajo remunerado	43.8 (1.0)	0.554	*20.6 (1.0)	0.355	38.8 (1.4)	0.803	38.7 (1.2)	0.487	46.4 (1.9)	0.560
Otro aportador económico	43.1 (.66)	0.111	*21.3 (1.0)	0.904	39.9 (1.0)	0.263	38.1 (.78)	0.371	47.8 (1.4)	0.892
Estado de seguridad alimentaria del hogar										
Seguridad alimentaria	43.7 (.81)	0.754	*20.6 (1.0)	0.217	38.1 (1.1) ^a	0.004	37.7 (.92)	0.487	45.7 (1.6)	0.069
IA leve	42.5 (1.3)		*22.6 (1.0)		44.5 (1.8) ^b		39.3 (1.5)		53.1 (2.6)	
IA moderada y severa	43.3 (3.1)		*22.4 (1.1)		47.5 (4.2) ^b		40.9 (3.5)		49.3 (6.2)	
Estado de seguridad alimentaria de la madre en la infancia										
Seguridad alimentaria	43.6 (.95)	0.321	*20.9 (1.0)	0.052	38.0 (1.4)	0.074	38.6 (1.1)	0.523	47.1 (2.0)	0.480
IA leve	44.5 (1.1)		*20.0 (1.0)		40.5 (1.7)		38.7 (1.3)		46.2 (2.5)	
IA moderada	41.8 (1.6)		*23.5 (1.0)		45.4 (2.4)		38.3 (1.9)		52.5 (3.5)	
IA severa	40.2 (2.4)		*24.2 (1.0)		42.2 (3.6)		34.0 (2.9)		50.4 (5.4)	

EE error estándar. Pg pregestacional. Ln logaritmo natural

* Se presentan medias geométricas y significancia de ANOVA utilizando valores transformados a su Ln para cumplir con los supuestos de normalidad

Se presentan medias marginales estimadas ajustadas por edad del bebé

Los grupos con superíndices diferentes representan diferencias significativas $p < 0.05$ en análisis ANOVA de efectos principales

De acuerdo con la categoría de IA del hogar, las madres de hogares con IA moderada y severa utilizaron más el estilo de presión ($p=0.004$) respecto de aquellas que tenían SA **figura 7**. El estado de seguridad alimentaria de la madre en la infancia no mostró diferencias significativas **figura 8**.

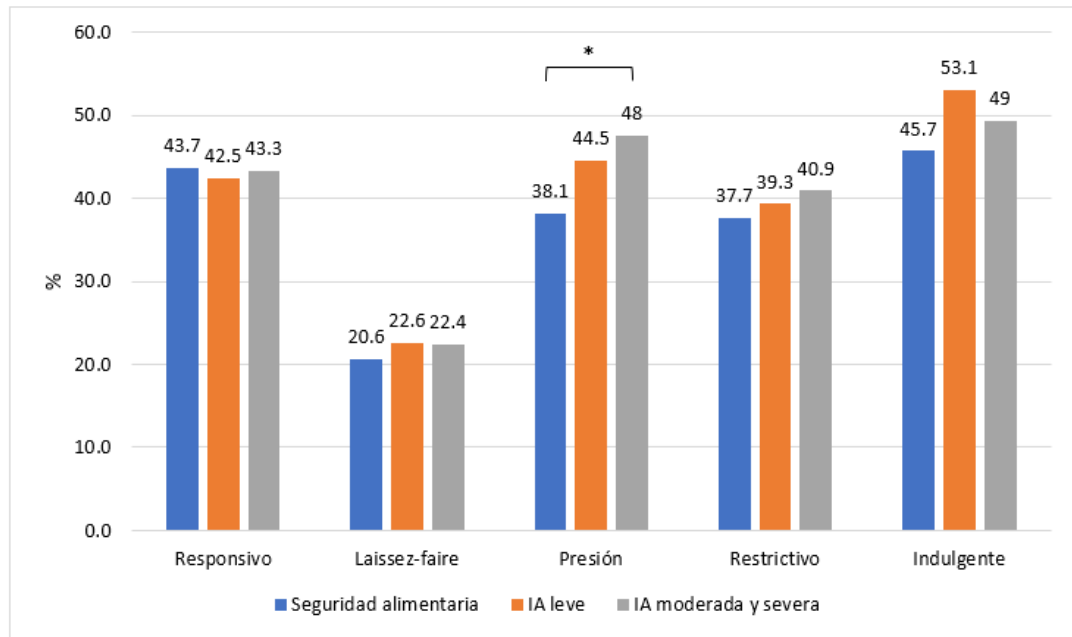


Figura 7. Estilos de alimentación materno infantil de acuerdo a la seguridad alimentaria y nivel de inseguridad alimentaria del hogar (n=104). *Diferencia significativa de acuerdo a la prueba ANOVA, $p=0.004$

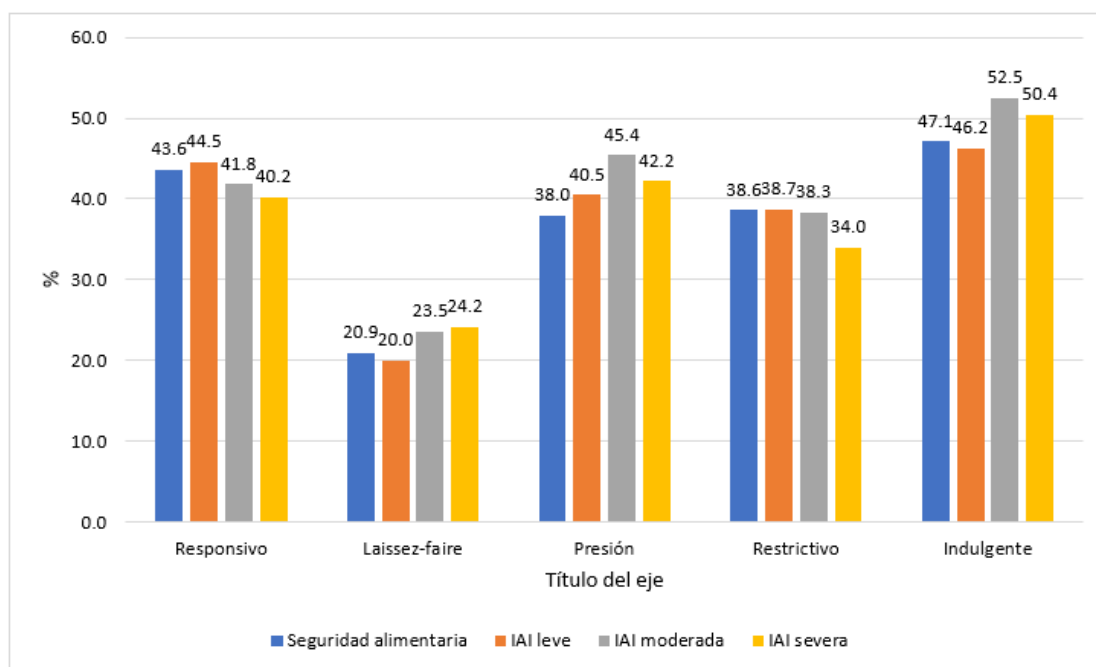


Figura 8. Estilos de alimentación materno infantil de acuerdo a la seguridad alimentaria y el nivel de inseguridad alimentaria de la madre en la infancia (n=104). *Prueba ANOVA

6.5 Relación de los EAMI con las variables relacionadas a la pandemia por COVID-19

En la **tabla 4** se resumen las variables relacionadas a la pandemia por COVID-19 y su asociación con los EAMI. Se encontró que madres de hogares donde a ellas o a un familiar se les diagnosticó COVID-19, reportaron mayor estilo restrictivo ($p=0.032$), que aquellas donde no hubo un diagnóstico de la enfermedad. En cuanto a la descripción del manejo financiero del hogar al momento de la encuesta, aquellas que percibieron un manejo difícil y con complicaciones, utilizaron más el estilo de presión ($p=0.031$), respecto a madres que mencionaron vivir cómodamente y estar saliendo adelante. La pérdida de empleo durante la contingencia, el desempleo actual de un integrante de la familia, reducción de salario durante la contingencia y la percepción de situación de encierro durante el confinamiento, no tuvieron relación significativa con los EAMI.

Tabla 4. Variables relacionadas con la pandemia por COVID-19 de acuerdo a los Estilos de alimentación materno infantil

Variables relacionadas a la pandemia por COVID-19	Estilos de alimentación materno infantil									
	Responsivo (media, EE)	P	Laissez-faire (media, EE)	P	Presión (media, EE)	P	Restrictivo (media, EE)	P	Indulgente (media, EE)	P
Diagnóstico de COVID-19	43.4 (.82)	0.889	*21.5 (1.0)	0.533	40.8 (1.2)	0.490	39.6 (.95)	0.032	49.1 (1.7)	0.247
Frecuencia sale de casa										
1 vez por semana	40.9 (1.6)	0.260	*20.0 (1.0)	0.520	37.7 (2.4)	0.298	39.1 (1.9)	0.190	41.2 (3.5)	0.104
2-3 veces por semana	44.3 (1.4)		*21.9 (1.0)		38.6 (2.1)		35.5 (1.7)		47.1 (3.0)	
Casi todos los días	43.7 (.80)		*21.3 (1.0)		41.3 (1.2)		38.9 (.94)		49.6 (1.7)	
Pérdida de empleo durante la contingencia	41.2 (1.3)	0.061	*20.6 (1.0)	0.464	43.3 (1.9)	0.081	39.8 (1.5)	0.257	47.0 (2.8)	0.747
Desempleo actual de un integrante de la familia	41.0 (1.3)	0.063	*22.4 (1.0)	0.266	38.5 (2.1)	0.372	38.2 (1.6)	0.979	46.4 (3.0)	0.593
Reducción de salario durante la contingencia	43.2 (1.0)	0.870	20.6 (.84)	0.066	40.8 (1.6)	0.656	38.6 (1.2)	0.758	44.4 (2.2)	0.061
Manejo financiero del hogar										
Vivimos cómodamente	43.6 (1.1)	0.670	*22.1 (1.0)	0.483	38.7 (1.6) ^a	0.031	38.3 (1.3)	0.953	48.1 (2.3)	0.870
Estamos saliendo adelante	43.6 (.90)		*20.9 (1.0)		39.6 (1.3) ^a		38.4 (1.0)		47.2 (1.9)	
Difícil y con complicaciones	41.9 (1.7)		*20.9 (1.0)		46.6 (2.5) ^b		37.7 (2.1)		49.5 (3.8)	
Percepción de situación de encierro durante el confinamiento										
Muy frustrante	*43.3 (1.0)	0.722	21.6 (1.3)	0.977	43.3 (2.4)	0.406	41.0 (1.8)	0.367	47.3 (3.4)	0.671
A veces frustrante	*43.3 (1.0)		22.1 (.86)		40.4 (1.5)		37.5 (1.2)		46.1 (2.2)	
Ha aceptado la situación	*41.2 (1.0)		22.0 (.84)		38.5 (1.5)		38.3 (1.2)		50.0 (2.2)	
Estoy disfrutando el encierro	*42.5 (1.0)		21.3 (1.8)		41.1 (3.5)		36.0 (2.7)		46.4 (5.0)	

EE error estándar. Pg pregestacional. Ln logaritmo natural

* Se presentan medias geométricas y significancia de ANOVA utilizando valores transformados a su Ln para cumplir con los supuestos de normalidad

Se presentan medias marginales estimadas ajustadas por edad del bebé

Los grupos con superíndices diferentes representan diferencias significativas $p < 0.05$ en análisis ANOVA de efectos principales

VII. DISCUSIÓN

Nuestro estudio demostró que los estilos de alimentación materno infantil se relacionaron con variables clínicas y antropométricas maternas e infantiles tales como el estado nutricional actual y pregestacional de la madre, dar lactancia materna, sexo y estado nutricional del bebé. De igual forma, se relacionaron, también con variables socioeconómicas como el estado de seguridad alimentaria del hogar y variables relacionadas con la pandemia por COVID-19 como el diagnóstico de COVID-19 y manejo financiero del hogar. A continuación, se discuten los resultados de acuerdo a la asociación de los EAMI con las variables clínicas y antropométricas maternas e infantiles, las variables de nivel socioeconómico e inseguridad alimentaria, y, por último, con las variables relacionadas con la pandemia por COVID-19.

7.1 Variables clínicas y antropométricas maternas e infantiles

En nuestro estudio, madres que tenían sobrepeso de acuerdo al IMC presentaron más el estilo *laissez-faire* y el indulgente que aquellas que tenían peso normal. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en 368 madres latinas que viven en Estados Unidos (EU), de bebés menores a 5 meses de edad, donde se reporta que las madres con obesidad tenían menos probabilidades de creer que sus hijos son capaces de reconocer sus propias señales de saciedad, pero si reconocían las señales de hambre (Gross et al., 2010). Sin embargo, otros estudios han encontrado resultados diferentes. Por ejemplo, un estudio realizado en 23 madres, padres e hijos de entre 18 y 67 meses de edad de Inglaterra encontró que tanto madres como padres con un IMC mayor usaban más el estilo de presión con sus hijos y madres el estilo restrictivo (E. L. Haycraft & Blissett, 2008). Por el contrario, en otro estudio, en 405 díadas madre-hijo de clínicas en Santa Lucía, Antigua y Jamaica, se hicieron mediciones a las 6-8 semanas y al año de edad de los niños, no se encontraron asociaciones de los EAMI con el IMC materno (Wright et al., 2021). El que las madres tengan sobrepeso y obesidad puede influenciar en la captación de señales

de hambre y saciedad de sus hijos, podría ser otro mecanismo obesogénico familiar, y además se sabe que el peso materno puede ser un fuerte predictor de obesidad infantil (Helle et al., 2022). Se requieren más estudios en diferentes poblaciones para conocer mejor el mecanismo de la influencia del peso materno en los estilos y prácticas de alimentación infantil.

El estado nutricional pregestacional de la madre se asoció con el estilo indulgente. Adicionalmente, en el presente estudio, las madres que reportaron bajo peso pregestacional usaron menos el estilo indulgente que aquellas que tenían peso normal y sobrepeso, y madres con obesidad usaron menos el estilo indulgente que aquellas con sobrepeso. Una investigación realizada en EU, en 134 madres de bebés de 6 meses o menos, reportó que las madres que tenían sobrepeso y obesidad antes del embarazo tenían menos probabilidad de informar el uso de la alimentación para calmar (característica del estilo de presión) que aquellas sin sobrepeso y obesidad (Hupp et al., 2022). Por el contrario, en otro estudio en 486 madres australianas, seguidas desde el embarazo, hasta los 4 meses de edad del bebé, no encontraron asociación entre el estado nutricional pregestacional y los EAMI (Rametta et al., 2015). La relación que encontramos puede deberse quizá a que aquellas madres con peso normal y sobrepeso pregestacional al considerarse en un estado nutricional saludable, fueron más permisivas en la alimentación de sus hijos, en cambio aquellas con obesidad pregestacional, al ser más conscientes de su estado nutricional, se involucraron más en la alimentación de sus hijos para prevenir una obesidad futura, esto necesita confirmarse en estudios posteriores, ya que son pocos los que exploran la influencia del estado nutricional pregestacional en EAMI, por lo que se requieren más investigaciones para poder concluir sobre estas asociaciones.

En este estudio encontramos que las madres que no dieron lactancia al momento de la encuesta utilizaron más los estilos *laissez-faire* e indulgente. Los resultados concuerdan con otros estudios, donde se han asociado estilos no responsivos con no dar lactancia materna. Una investigación realizada en 1012 díadas madre-hijo

de EU, con mediciones desde el embarazo hasta los 3 años de edad de los bebés, encontraron que dar lactancia materna previene del estilo restrictivo (Taveras et al., 2006). En otro estudio en 1160 díadas madre-hijo de EU, aquellas que amamantan exclusivamente hasta los 6 meses de edad tienen menor probabilidad de restringir la ingesta de alimentos al año de edad (Taveras et al., 2004). De igual forma, la lactancia prolongada se asoció con menor uso de los alimentos como incentivo y menor restricción por parte de 23 madres y padres de niños de entre 18 y 67 meses de edad en Reino Unido (E. L. Haycraft & Blissett, 2008). Madres que han dado lactancia materna anteriormente mostraron menos preocupación por el hambre de su hijo, lo que protege de la sobrealimentación, contrario a ser alimentado por fórmula que aumenta la preocupación (Bushaw et al., 2020; Quah et al., 2016). Varios estudios han encontrado un estilo de presión en madres que no amamantan o alimentan con fórmula (Helle et al., 2022; Ra et al., 2020). El aumento en el estilo de presión puede estar mediado por la percepción de peso bajo de un niño, ejerciendo mayor control si la madre desea que su hijo aumente de peso (Farrow & Blissett, 2006). Sólo un estudio encontró mayor presión en madres que dieron lactancia materna (Wright et al., 2021).

Los estilos *laissez-faire* e indulgente se caracterizan por la poca atención y respuesta, contrario al estilo responsivo, donde hay atención a las señales y reciprocidad entre el niño y el cuidador. Madres que usan este último estilo podrían estar menos propensas al abandono de la lactancia, así como a la introducción temprana de alimentos sólidos en sus hijos (Silva et al., 2016).

La edad de la madre no mostró asociación con algún estilo de alimentación, lo que concuerda con investigaciones previas (Helle et al., 2022; McMeekin et al., 2013). Contrario a esto, un estudio realizado en 405 díadas madre e hijo de tres islas del Caribe, donde se hicieron mediciones a las 6-8 semanas y al año de edad de los niños, encontró que las madres más jóvenes tenían mayor probabilidad de practicar la alimentación indulgente. El que madres jóvenes sean más indulgentes se puede deber a que pueden ser más fáciles de influenciar por recomendaciones y consejos

de otros familiares (Wright et al., 2021). También se encontró en 112 mujeres canadienses a los 5 meses posparto, que las madres jóvenes podrían estar más preocupadas por el hambre de su bebé y necesiten de más orientación sobre las señales de hambre y saciedad (Bushaw et al., 2020). Los diversos resultados que se han obtenido pueden deberse a que las características, sociales, demográficas y culturales de cada población pueden tener más peso en la elección de estilo de alimentación que la edad materna.

En nuestro estudio, la edad del bebé se asoció con los EAMI, restrictivo, responsivo e indulgente. Los resultados coinciden con otras investigaciones realizadas, debido a que madres y padres pueden utilizar diferentes estilos dependiendo de la edad de su hijo. Un estudio realizado en 20 madres de bajos ingresos en Reino Unido, con niños de 3 a 20 meses de edad, reportó que las madres utilizaban más el estilo de presión, conforme el niño era más grande de edad (Sacco et al., 2007). La autoalimentación comienza a partir de cierta edad en los niños y se ha encontrado que se ve afectada por el uso de estilos apremiantes como el de presión y donde no se respetan las señales de hambre y saciedad (Gross et al., 2010). A medida que los bebés crecen, se vuelven más capaces de comunicar señales de apetito y saciedad, lo que facilita la alimentación receptiva (N. Shloim et al., 2018). Algunos autores mencionan que desde los 6 o hasta los 12 meses de edad, los bebés comunican mejor las señales de hambre y saciedad (Hodges et al., 2016; Worobey et al., 2009). Un estudio menciona que los niños pequeños podrían beneficiarse con el estilo restrictivo, al tener efectos protectores de aumento de peso, pero a medida que crece el niño, puede dejar de ser beneficioso porque el niño aumenta su autonomía (Netalie Shloim et al., 2015). Otros estudios por el contrario no han considerado la edad del bebé como un factor determinante en los estilos de alimentación (Helle et al., 2022; Wright et al., 2021).

Encontramos que las mamás de niños varones utilizaron más los estilos laissez-faire e indulgente. Esto concuerda con lo reportado en otros estudios realizados en diferentes poblaciones, como Reino Unido y EU, que reportan mayor uso de la

restricción en niñas que en niños. (J. O. Fisher & Birch, 1999; E. L. Haycraft & Blissett, 2008; Sacco et al., 2007). Las madres podrían recurrir al control y restricción de alimentos en sus hijas para prevenir el sobrepeso (Farrow & Blissett, 2006; Francis et al., 2001), así como también por la presión social de la delgadez en las mujeres (E. Haycraft & Blissett, 2008). Por lo tanto, altos puntajes en estilos permisivos en los varones, se puede deber a que hay menos restricción y mayor promoción para que coman más y se tiene menor preocupación por el aumento de peso que en las niñas (Tiggemann & Lowes, 2002).

Nuestro estudio encontró que madres de bebés con peso normal utilizaron más el estilo *laissez-faire* que aquellas que tenían bebés con malnutrición severa y malnutrición, y las que tenían hijos con obesidad utilizaron menos el estilo *laissez-faire* que aquellas con hijos con peso normal y riesgo de sobrepeso. Los resultados respecto al IMC de los niños y los EAMI son variados. Otros estudios en diferentes poblaciones y una revisión sistemática han reportado que el estilo indulgente está asociado a mayor IMC en los niños (Netalie Shloim et al., 2015; Worobey & Trytko, 2014), debido a que este estilo se caracteriza por dejar que los niños coman lo que quieran, incluso cuando sobrepasen la saciedad. Además, este estilo de alimentación está asociado con una alimentación menos saludable, dónde hay menor consumo de frutas y verduras (Hughes et al., 2008; Tovar et al., 2012). En México, estilos no involucrados e indulgentes se asociaron con mayor IMC en los niños (Flores-Peña et al., 2017; Souto-Gallardo et al., 2020).

La baja conciencia de las señales de hambre y saciedad y la preocupación por un peso bajo puede promover estilos no receptivos (Helle et al., 2022). Se ha asociado el uso de estilos controladores como el de presión, cuando las mamás perciben que sus hijos tienen un peso bajo y desean que suba, o cuando tienen un peso alto y desean que baje usan la restricción (Farrow & Blissett, 2006; Francis et al., 2001; Ra et al., 2020; Netalie Shloim et al., 2015).

En madres latinas hay una baja sensibilidad a las señales de saciedad de los bebés, que está relacionado con un mayor riesgo de aumento de peso progresivo en niños

pequeños (Cartagena et al., 2014). El estado nutricional del niño podría influenciar a estilos controladores o permisivos dependiendo de la percepción materna sobre el peso de su hijo, explicando así que en nuestro estudio las madres tuvieron un estilo permisivo como el *laissez-faire* porque percibieron un peso normal en sus hijos.

En nuestro estudio no encontramos asociaciones en ser madre primeriza con algún EAMI. En otra investigación por el contrario, encontraron que las mamás primerizas mostraron más preocupación por el bajo peso y la falta de alimentación del bebé, (alimentación a presión) (Quah et al., 2016). Faltan más investigaciones que analicen la asociación entre los EAMI y ser madre primeriza, para concluir si existe una influencia significativa.

En el presente estudio, tener síntomas de depresión no se asoció con los EAMI. Por el contrario, en otras investigaciones se ha encontrado correlación de EAMI no receptivos con síntomas de depresión maternos (Bushaw et al., 2020; Elias et al., 2016; Gross et al., 2013; E. Haycraft et al., 2013; Wright et al., 2021). Una revisión sistemática, reportó la asociación de estilos permisivos, y el estilo de presión con los síntomas depresivos maternos, debido a que los problemas de salud mental pueden reducir la respuesta de la madre hacia la alimentación de su hijo y la interacción entre ambos (Lindsay et al., 2017). Los estudios han sido realizados con madres y niños de diferentes edades y poblaciones y se sabe que aquellos hogares de bajos recursos tienen más altas prevalencias de depresión (Elias et al., 2016). Por lo tanto, la baja prevalencia de síntomas depresivos y de participantes con nivel socioeconómico bajo en nuestro estudio, podría explicar que no se haya encontrado una relación entre los síntomas de depresión y los EAMI.

7.2 Variables socioeconómicas y de inseguridad alimentaria

Los factores socioeconómicos tienen un gran impacto en las prácticas de alimentación materno infantiles (Helle et al., 2022). Debido a esto la importancia de analizarlos y buscar asociaciones con los EAMI.

En nuestro estudio, las madres de hogares con IA moderada y severa utilizaron más el estilo de presión con sus hijos. Estos resultados concuerdan con otras investigaciones donde asociaron mayor prevalencia de estilos restrictivo y de presión con la IA (Gross et al., 2012). Las madres creen que la mejor forma de hacer que su hijo se calme es con la alimentación, por lo que recurren a estilos presionantes (Orr et al., 2019b; Salarkia et al., 2016). También se ha reportado que cuando la IA en el hogar aumenta, las madres recurren a la alimentación restrictiva, por la percepción de escasez de alimentos (Armstrong et al., 2020). Un estudio longitudinal demostró que experimentar IA en el embarazo y en la actualidad estaba asociado con mayor probabilidad de estilos de presión, indulgente y laissez-faire, debido a la preocupación de las madres por no tener suficiente comida (Gross et al., 2018). La IA puede afectar la forma de alimentación de los niños. Dependiendo del estado de seguridad alimentaria en que se encuentren, puede llevar al estilo de presión, para aprovechar cuando hay alimentos, a la restricción para disminuir los gastos (K. R. Arlinghaus et al., 2019; R. Arlinghaus & Laska, 2021) y a otros estilos desinteresados debido a los estresores que son característicos de hogares que tienen preocupación y escasez por alimentos.

El estado de seguridad alimentaria de la madre en la infancia no mostró asociación con los EAMI. Un estudio cualitativo realizado en 32 mujeres estadounidenses de bajos recursos con niños de 36 a 66 meses de edad, reportó que las madres experimentaron mayor dificultad con la privación de alimentos y decir "no" a sus hijos, porque quieren darles lo que ellas no pudieron tener en la infancia, por ejemplo dulces y bocadillos (Herman et al., 2012). Faltan estudios que analicen los EAMI en específico con la IA de la madre en la infancia.

En este estudio los EAMI no se asociaron con el nivel educativo de la madre. Estos resultados concuerdan con lo reportado por estudios recientes donde no encontraron asociaciones del nivel educativo materno con los estilos de presión y restricción (Helle et al., 2022; Wright et al., 2021). Por el contrario, otros autores encontraron que tener un nivel educativo inferior está asociado con estilos no

receptivos, menor conciencia en señales de hambre y saciedad, mayor preocupación por el hambre y menor interacción durante la alimentación (Bushaw et al., 2020; Gross et al., 2010; Helle et al., 2022; Quah et al., 2016). En EU, un estudio realizado en 2515 madres afroamericanas e hispanas de niños de entre 4 y 24 meses de edad, que tenían menos de la educación secundaria, demostró que las madres hispanas fueron más indulgentes respecto a madres con educación universitaria completa, las cuales tenían más probabilidad de alimentación complementaria adecuada y estilos de alimentación benéficos (Hendricks et al., 2006). En el presente estudio, tuvimos una población mayor de madres con nivel medio superior reportado respecto a las que tenían un nivel educativo bajo, razón por la cual quizá no se pudo observar una asociación clara del nivel educativo con los EAMI.

No encontramos asociación del estado civil con los EAMI, lo que coincide con otro estudio en madres hispanas, en dónde no encontraron asociación del estado civil con el estilo de presión (Gross et al., 2010). Respecto al análisis con otros estilos de alimentación faltan más investigaciones para poder descartar que no existen asociaciones.

El nivel socioeconómico, tener un trabajo remunerado y que exista otro aportador económico en el hogar no mostraron asociaciones significativas con los EAMI en este estudio, probablemente debido a que, en la población de madres estudiadas, había poca representación del nivel socioeconómico bajo. El hecho de que haya más personas del hogar que generen ingresos, podría mejorar el nivel socioeconómico, lo que también explica no haber encontrado asociaciones de los estilos con la situación laboral materna y la existencia de otro aportador económico. Estudios en madres de bajos recursos han encontrado que prestan menos atención a las señales de hambre y saciedad (Gross et al., 2014); hay mayor uso de presión, restricción (Netalie Shloim et al., 2015; Thompson et al., 2013) y de estilo indulgente (Tovar et al., 2012; Wright et al., 2021). El estilo indulgente se caracteriza por la poca exigencia de los padres, no se establecen límites y reglas, por lo que mayor

uso de este estilo podría deberse a las presiones económicas por las que pasan las familias de bajos ingresos (Hughes et al., 2008). Respecto a la situación laboral materna, un estudio reportó que aquellas madres que trabajaban reportaron menos puntaje en el estilo de presión que aquellas que no lo hicieron (Sacco et al., 2007).

7.3 Variables relacionadas a la pandemia por COVID-19

En hogares dónde hubo diagnóstico de enfermedad por COVID-19 en algún miembro de la familia, hubo mayor estilo restrictivo. Nuestros resultados concuerdan con otros estudios, que han reportado mayor uso de estilos restrictivo y de presión durante la pandemia por COVID-19. Esto debido a que durante la pandemia, los niveles de estrés, depresión, ansiedad e IA aumentaron (Adams et al., 2020; Clarke et al., 2020). Una situación estresante como es la enfermedad de un miembro del hogar, aunado la situación económica incierta que algunos hogares experimentaron, pudo contribuir a que los padres quisieran tener más control y aseguraran los alimentos por la incertidumbre de la escasez o disponibilidad de los mismos y aumentarían el estilo restrictivo (Adams et al., 2020).

Las madres que percibieron un manejo financiero difícil y con complicaciones, utilizaron más el estilo de presión, respecto a mamás que mencionaron vivir cómodamente y estar saliendo adelante. Los resultados obtenidos podrían ser un reflejo de la preocupación por la situación económica del hogar. Lo anterior concuerda con el estudio de Adams y col. (2020), dónde reportan un aumento en los estilos restrictivo y de presión, debido al aumento del estrés y preocupaciones generados por la pandemia por COVID.19 (Adams et al., 2020). Percibir una mala situación financiera puede generar presión para comer cuando hay disponibilidad de alimentos y restricción cuando hay incertidumbre en la adquisición de los mismos (R. Arlinghaus & Laska, 2021).

No encontramos asociación de los EAMI con la pérdida de empleo, reducción de salario durante la contingencia por COVID-19, y la percepción de situación de encierro durante el confinamiento (muy frustrante, a veces frustrante, disfrutar la situación o aceptarla). Es posible que no se llegaron a observar asociaciones debido

a que la muestra que se incluyó en el estudio se caracterizó por familias de medianos y altos ingresos, y hubo bajos reportes de pérdida de empleo y reducción de salario durante la contingencia. Sin embargo, se ha observado que la pandemia ha traído múltiples consecuencias, entre ellas un aumento en la IA del hogar y pérdidas de empleos que han afectado el nivel socioeconómico de las familias. Y cómo ya se mencionó anteriormente, tanto la IA como el nivel socioeconómico bajos se han asociado con los EAMI restrictivos (Armstrong et al., 2020; Gross et al., 2012, 2018; Hennessy et al., 2010; Orr et al., 2019c; Pérez-Escamilla et al., 2020; Salarkia et al., 2016; Thompson et al., 2013; Tovar et al., 2012; Wright et al., 2021). Además una investigación reportó que durante la pandemia, los padres utilizaron más los alimentos como premio o para entretener a sus hijos (Clarke et al., 2020).

Los resultados de esta investigación concuerdan con otros estudios y son importantes, ya que encontramos asociación de diversos factores clínicos, antropométricos, socioeconómicos y de IA así como relacionados a la pandemia COVID-19 con los EAMI, que deberían ser comprendidos para poder intervenir adecuadamente y así mejorar los EAMI de madres de niños menores de 2 años de edad.

7.4 Limitaciones y fortalezas

Hubo limitaciones en el presente estudio. El diseño del estudio de tipo transversal no permite determinar causalidad entre las variables estudiadas. Hubo baja variabilidad en el nivel socioeconómico y en el nivel educativo de las madres participantes, lo que pudo resultar en la subestimación de los factores socioeconómicos. Lo mismo con el nivel de IA de la población que en lo general fue bajo y por lo tanto sólo encontramos asociación con el estilo de presión. El tipo de muestreo no fue aleatorio y las madres se ofrecieron como voluntarias, lo que pudo producir un sesgo. Los estilos de alimentación materno infantil se determinaron por informe materno y las madres podrían haber querido retratarse así mismas de manera positiva. El cuestionario estaba dirigido a las madres que, aunque son las principales cuidadoras en este entorno cultural, no se debe ignorar la influencia del

padre y otros cuidadores. Las variables antropométricas fueron reportadas por las madres y los cuestionarios se aplicaron por entrevista telefónica, por lo que el uso de estos datos puede subestimar los hallazgos encontrados. La generalización de los resultados es limitada, no son representativos en México y del estado de Querétaro, pero sí para la población estudiada.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio tuvo varias fortalezas que contribuyen en la literatura del área. En primer lugar, nuestro estudio es de los primeros realizados en México sobre los EAMI. Analizamos varios factores maternos e infantiles, incluyendo factores clínicos, antropométricos, socioeconómicos, de IA y relacionados a la pandemia por COVID-19 y su relación con los EAMI. Hasta el momento, nuestros resultados son de los primeros en demostrar la asociación de los factores relacionados con la pandemia por COVID-19 con los EAMI en población vulnerable (hogares con mujeres y niños).

VIII. CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos confirman que los EAMI están asociados a factores clínicos, antropométricos, socioeconómicos y de IA de madres y niños. Los resultados que obtuvimos indican que varios estilos de alimentación pueden traer consecuencias en la salud de los niños, como sobrepeso y obesidad. Se necesitan estudios con muestra más amplia y mayor variabilidad socioeconómica y diseños longitudinales para explorar más a fondo estas asociaciones.

8.1 Recomendaciones

Es importante conocer los comportamientos alimentarios que se pueden modificar de manera oportuna en las madres, ya que puede ayudar a mejorar las intervenciones sobre las prácticas y estilos de alimentación materno infantil, así como también realizar intervenciones en el sistema de salud pública, donde se brinde información a las madres sobre la alimentación receptiva y evitar las consecuencias del uso de estilos perjudiciales.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Abebe, Z., Haki, G. D., & Baye, K. (2017). Child feeding style is associated with food intake and linear growth in rural Ethiopia. *Appetite*, 116, 132–138. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2017.04.033>
- Adams, E. L., Caccavale, L. J., Smith, D., & Bean, M. K. (2020). Food Insecurity, the Home Food Environment, and Parent Feeding Practices in the Era of COVID-19. *Obesity*, 28(11), 2056–2063. <https://doi.org/10.1002/oby.22996>
- Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., Moreno, L., Puntis, J., Rigo, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., & Van Goudoever, J. (2008). Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. In *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* (Vol. 46, Issue 1, pp. 99–110). J Pediatr Gastroenterol Nutr. <https://doi.org/10.1097/01.mpg.0000304464.60788.bd>
- AMAI. (2016). *Nivel Socioeconómico AMAI. Nota metodológica*. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/tradicional/2014/default.html>
- AMAI. (2018). *Niveles Socio Económicos AMAI*. AMAI. <http://nse.amai.org/niveles-socio-economicos/>
- Arlinghaus, K. R., Hernandez, D. C., Eagleton, S. G., Chen, T. A., Power, T. G., & Hughes, S. O. (2019). Exploratory factor analysis of The Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) in a low-income hispanic sample of preschool aged children. *Appetite*, 140, 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.04.029>
- Arlinghaus, R., & Laska, M. N. (2021). Parent Feeding Practices in the Context of Food Insecurity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–12. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18020366>
- Armstrong, B., Hepworth, A. D., & Black, M. M. (2020). Hunger in the household:

- Food insecurity and associations with maternal eating and toddler feeding. *Pediatric Obesity*, 15(10). <https://doi.org/10.1111/IJPO.12637>
- Banna, J., Campos, M., Gibby, C., Graulau, R. E., Meléndez, M., Reyes, A., Lee, J. E., & Palacios, C. (2017). Multi-site trial using short mobile messages (SMS) to improve infant weight in low-income minorities: Development, implementation, lessons learned and future applications. *Contemporary Clinical Trials*, 62, 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.08.011>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1 PART 2), 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Birch, L. L., & Ventura, A. K. (2009). Preventing childhood obesity: What works? *International Journal of Obesity*, 33, S74–S81. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.22>
- Birch, Leann Lipps, & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 893–907. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70347-3](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70347-3)
- Blissett, J., & Bennett, C. (2013). Cultural differences in parental feeding practices and children's eating behaviours and their relationships with child BMI: a comparison of Black Afro-Caribbean, White British and White German samples. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(2), 180–184. <https://doi.org/10.1038/EJCN.2012.198>
- Blissett, Jackie. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite*, 57(3), 826–831. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.318>
- Bushaw, A., Lutenbacher, M., Karp, S., Dietrich, M., & Graf, M. (2020). Infant feeding beliefs and practices: Effects of maternal personal characteristics. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 25(3), e12294.

<https://doi.org/10.1111/JSPN.12294>

- Caamaño, M. C., García, O. P., Parás, P., Palacios, J. R., & Rosado, J. L. (2019). Overvaluation of Eating and Satiation Explains the Association of Food Insecurity and Food Intake With Obesity and Cardiometabolic Diseases. *Food and Nutrition Bulletin*, 40(4), 432–443. <https://doi.org/10.1177/0379572119863558>
- Cartagena, D. C., Ameringer, S. W., Mcgrath, J., Jallo, N., Masho, S. W., & Myers, B. J. (2014). Factors Contributing to Infant Overfeeding with Hispanic Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(2), 139–159. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12279>
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R., & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 104, Issue Suppl 467, pp. 96–113). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- Clarke, J., Kipping, R., Chambers, S., Willis, K., Taylor, H., Brophy, R., Hannam, K., Simpson, S., & Langford, R. (2020). Impact of COVID-19 restrictions on pre-school children's eating, activity and sleep behaviours: a qualitative study. *MedRxiv*, 2020.12.01.20241612. <https://doi.org/10.1101/2020.12.01.20241612>
- Comité Científico de la ELCSA. (2012). *Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de usos y aplicaciones*. Food and Agriculture Organization of the United Nations. <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>
- CONEVAL. (2020a). *Pobreza en México*. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezalInicio.aspx>
- CONEVAL, C. N. de E. de la P. de D. S. (2020b). *Informe de pobreza y evaluación, Querétaro 2018*. 117. <https://bit.ly/2QexnU2>
- del Ciampo, L. A., & del Ciampo, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the benefits of

lactation for women's health. In *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* (Vol. 40, Issue 6, pp. 354–359). Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>

Deming, D. M., Afeiche, M. C., Reidy, K. C., Eldridge, A. L., & Villalpando-Carrión, S. (2015). Early feeding patterns among Mexican babies: Findings from the 2012 National Health and Nutrition Survey and implications for health and obesity prevention. *BMC Nutrition*, 1(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s40795-015-0035-5>

Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: The role of energy density and energy costs. In *American Journal of Clinical Nutrition* (Vol. 79, Issue 1, pp. 6–16). American Society for Nutrition. <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6>

Dupont, W. D., & Plummer, W. D. (1990). *Power and Sample Size Calculations for Studies Involving Linear Regression* (pp. 11:116-28.).

Elias, C. V., Power, T. G., Beck, A. E., Goodell, L. S., Johnson, S. L., Papaioannou, M. A., & Hughes, S. O. (2016). Depressive Symptoms and Perceptions of Child Difficulty Are Associated with Less Responsive Feeding Behaviors in an Observational Study of Low-Income Mothers. *https://Home.Liebertpub.Com/Chi*, 12(6), 418–425. <https://doi.org/10.1089/CHI.2016.0125>

Fafard St-Germain, A. A., & Siddiqi, A. (2019). The Relation between Household Food Insecurity and Children's Height in Canada and the United States: A Scoping Review. In *Advances in Nutrition* (Vol. 10, Issue 6, pp. 1126–1137). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/advances/nmz034>

Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. In *Obesity Research* (Vol. 12, Issue 11, pp. 1711–1722). North American Assoc. for the Study of Obesity. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.212>

- FAO. (2017). *The Food Insecurity Experience Scale: Measuring food insecurity through people's experiences*.
- FAO. (2020a). *The Food Insecurity Experience Scale*.
- FAO. (2020b). *Using the Food Insecurity Experience Scale (FIES) to monitor the impact of COVID-19*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0263224117307005>
- FAO. (2021). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021. *El Estado de La Seguridad Alimentaria y La Nutrición En El Mundo 2021*.
<https://doi.org/10.4060/CB4474ES>
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP, & WHO. (2020). The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. *Food and Agriculture Organization of the United Nations*.
<https://doi.org/10.4060/ca9692en>
- Farrow, C., & Blissett, J. (2006). Does Maternal Control During Feeding Moderate Early Infant Weight Gain? *Pediatrics*, 118(2), e293–e298.
<https://doi.org/10.1542/PEDS.2005-2919>
- Feinberg, E., Kavanagh, P. L., Young, R. L., & Prudent, N. (2008). Food insecurity and compensatory feeding practices among urban black families. *Pediatrics*, 122(4), e854. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0831>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N. F., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119–132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32(3), 405–419. <https://doi.org/10.1006/APPE.1999.0231>

- Fisher, Jennifer Orlet, & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69(6), 1264–1272. <https://doi.org/10.1093/ajcn/69.6.1264>
- Flores-Peña, Y., Acuña-Blanco, A., Cárdenas-Villarreal, V. M., Amaro-Hinojosa, M. D., Pérez-Campa, M. E., & Elenes-Rodríguez, J. R. (2017). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutricion Hospitalaria*, 34(1), 51–58. <https://doi.org/10.20960/nh.975>
- Francis, L. A., Hofer, S. M., & Birch, L. L. (2001). Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite*, 37(3), 231–243. <https://doi.org/10.1006/APPE.2001.0427>
- Gaitán-Rossi, P., Vilar-Compte, M., Teruel, G., & Pérez-Escamilla, R. (2020). Food insecurity measurement and prevalence estimates during the COVID-19 pandemic in a repeated cross-sectional survey in Mexico. *Public Health Nutrition*, 24(3), 412–421. <https://doi.org/10.1017/S1368980020004000>
- Gross, R. S., Fierman, A. H., Mendelsohn, A. L., Chiasson, M. A., Rosenberg, T. J., Scheinmann, R., & Messito, M. J. (2010). Maternal Perceptions of Infant Hunger, Satiety, and Pressuring Feeding Styles in an Urban Latina WIC Population. *Academic Pediatrics*, 10(1), 29–35. <https://doi.org/10.1016/J.ACAP.2009.08.001>
- Gross, R. S., Mendelsohn, A. L., Fierman, A. H., Hauser, N. R., & Messito, M. J. (2014). Maternal infant feeding behaviors and disparities in early child obesity. *Childhood Obesity*, 10(2), 145–152. <https://doi.org/10.1089/chi.2013.0140>
- Gross, R. S., Mendelsohn, A. L., Fierman, A. H., Racine, A. D., & Messito, M. J. (2012). Food insecurity and obesogenic maternal infant feeding styles and practices in low-income families. *Pediatrics*, 130(2), 254–261. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3588>

- Gross, R. S., Mendelsohn, A. L., & Messito, M. J. (2018). Additive effects of household food insecurity during pregnancy and infancy on maternal infant feeding styles and practices. *Appetite*, *130*, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.016>
- Gross, R. S., Velazco, N. K., Briggs, R. D., & Racine, A. D. (2013). Maternal Depressive Symptoms and Child Obesity in Low-Income Urban Families. *Academic Pediatrics*, *13*(4), 356–363. <https://doi.org/10.1016/J.ACAP.2013.04.002>
- Haycraft, E., & Blissett, J. (2008). Controlling feeding practices and psychopathology in a non-clinical sample of mothers and fathers. *Eating Behaviors*, *9*(4), 484–492. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2008.07.007>
- Haycraft, E., Farrow, C., & Blissett, J. (2013). Maternal symptoms of depression are related to observations of controlling feeding practices in mothers of young children. *Journal of Family Psychology*, *27*(1), 159–164. <https://doi.org/10.1037/A0031110>
- Haycraft, E. L., & Blissett, J. M. (2008). Maternal and Paternal Controlling Feeding Practices: Reliability and Relationships With BMI. *Obesity*, *16*(7), 1552–1558. <https://doi.org/10.1038/OBY.2008.238>
- Helle, C., Hillesund, E. R., & Øverby, N. C. (2022). Associations between infant and maternal characteristics measured at child age 5 months and maternal feeding styles and practices up to child age two years. *PLOS ONE*, *17*(1), e0261222. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0261222>
- Hendricks, K., Briefel, R., Novak, T., & Ziegler, P. (2006). Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. *Journal of the American Dietetic Association*, *106*(1 Suppl 1), 135–148. <https://doi.org/10.1016/J.JADA.2005.09.035>
- Hennessy, E., Hughes, S. O., Goldberg, J. P., Hyatt, R. R., & Economos, C. D.

- (2010). Parent behavior and child weight status among a diverse group of underserved rural families. *Appetite*, 54(2), 369–377. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2010.01.004>
- Hennessy, E., Hughes, S. O., Goldberg, J. P., Hyatt, R. R., & Economos, C. D. (2012). Permissive parental feeding behavior is associated with an increase in intake of low-nutrient-dense foods among American children living in rural communities. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(1), 142–148. <https://doi.org/10.1016/J.JADA.2011.08.030>
- Herman, A. N., Malhotra, K., Wright, G., Fisher, J. O., & Whitaker, R. C. (2012). A qualitative study of the aspirations and challenges of low-income mothers in feeding their preschool-aged children. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 132. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-132>
- Hodges, E. A., Wasser, H. M., Colgan, B. K., & Bentley, M. E. (2016). Development of Feeding Cues during Infancy and Toddlerhood. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(4), 244. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000251>
- Hoerr, S. L., Hughes, S. O., Fisher, J. O., Nicklas, T. A., Liu, Y., & Shewchuk, R. M. (2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 55. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-55>
- Horta, B. L., & Victora, C. G. (2013). *Short-term effects of breastfeeding. A Systematic Review on the Benefits on diarrhoea and pneumonia mortality.* www.who.int
- Hughes, S. O., Power, T. G., Orlet Fisher, J., Mueller, S., & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44(1), 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.08.007>
- Hughes, S. O., Shewchuk, R. M., Baskin, M. L., Nicklas, T. A., & Qu, H. (2008).

Indulgent Feeding Style and Children's Weight Status in Preschool. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 29(5), 403. <https://doi.org/10.1097/DBP.0B013E318182A976>

Hupp, M. K., Papathakis, P. C., Phelan, S., & Ventura, A. K. (2022). Associations between mothers' use of food to soothe, feeding mode, and infant weight during early infancy. *Appetite*, 168, 105736. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2021.105736>

Hurley, K. M., Black, M. M., Papas, M. A., & Caufield, L. E. (2008). Maternal symptoms of stress, depression, and anxiety are related to nonresponsive feeding styles in a statewide sample of WIC participants. *Journal of Nutrition*, 138(4), 799–805. <https://doi.org/10.1093/jn/138.4.799>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The patient health questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>

Kuyper, E. M., Espinosa-Hall, G., Lamp, C. L., Martin, A. C., Metz, D. L., Smith, D., Townsend, M. S., & Kaiser, L. L. (2006). Development of a Tool to Assess Past Food Insecurity of Immigrant Latino Mothers{A figure is presented}. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38(6), 378–382. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.05.019>

Langer, S. L., Seburg, E., JaKa, M. M., Sherwood, N. E., & Levy, R. L. (2017). Predicting dietary intake among children classified as overweight or at risk for overweight: Independent and interactive effects of parenting practices and styles. *Appetite*, 110, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.011>

Leddy, A. M., Weiser, S. D., Palar, K., & Seligman, H. (2020). A conceptual model for understanding the rapid COVID-19–related increase in food insecurity and its impact on health and healthcare. *The American Journal of Clinical Nutrition*. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa226>

- Leung, C. W., Epel, E. S., Willett, W. C., Rimm, E. B., & Laraia, B. A. (2015). Household Food Insecurity Is Positively Associated with Depression among Low-Income Supplemental Nutrition Assistance Program Participants and Income-Eligible Nonparticipants. *The Journal of Nutrition*, *145*(3), 622–627. <https://doi.org/10.3945/jn.114.199414>
- Lindsay, A. C., Le, Q., & Greaney, M. L. (2018). Infant Feeding Beliefs, Attitudes, Knowledge and Practices of Chinese Immigrant Mothers: An Integrative Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(1), 21. <https://doi.org/10.3390/IJERPH15010021>
- Lindsay, A. C., Mesa, T., Greaney, M. L., Wallington, S. F., & Wright, J. A. (2017). Associations Between Maternal Depressive Symptoms and Nonresponsive Feeding Styles and Practices in Mothers of Young Children: A Systematic Review. *JMIR Public Health and Surveillance*, *3*(2). <https://doi.org/10.2196/PUBLICHEALTH.6492>
- Lopez, N. V., Schembre, S., Belcher, B. R., O'Connor, S., Maher, J. P., Arbel, R., Margolin, G., & Dunton, G. F. (2018). Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A meditation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite*, *128*, 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.021>
- Loth, K. A., Ji, Z., Wolfson, J., Neumark-Sztainer, D., Berge, J. M., & Fisher, J. O. (2022). A descriptive assessment of a broad range of food-related parenting practices in a diverse cohort of parents of preschoolers using the novel Real-Time Parent Feeding Practices Survey. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *19*(1), 22. <https://doi.org/10.1186/S12966-022-01250-Y>
- Lu, S., Perez, L., Leslein, A., & Hatsu, I. (2019). The relationship between food insecurity and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in children: A summary of the literature. *Nutrients*, *11*(3). <https://doi.org/10.3390/nu11030659>

- Mangini, L. D., Hayward, M. D., Dong, Y. Q., & Forman, M. R. (2015). Household Food Insecurity Is Associated with Childhood Asthma. *The Journal of Nutrition*, *145*(12), 2756–2764. <https://doi.org/10.3945/jn.115.215939>
- McMeekin, S., Jansen, E., Mallan, K., Nicholson, J., Magarey, A., & Daniels, L. (2013). Associations between infant temperament and early feeding practices. A cross-sectional study of Australian mother-infant dyads from the NOURISH randomised controlled trial. *Appetite*, *60*(1), 239–245. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2012.10.005>
- Musher-Eizenman, D. R., de Lauzon-Guillain, B., Holub, S. C., Leporc, E., & Charles, M. A. (2009). Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France. *Appetite*, *52*(1), 89–95. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2008.08.007>
- Najibi, N., Firoozi, R., Shahrezaee, S., Eshraghian, M., Daneshi-Maskooni, M., & Dorosty-Motlagh, A. (2019). Food insecurity is an important risk factor for type 2 diabetes: A case-control study of new referrals to the University clinics, Shiraz, Southern Iran. *BMC Public Health*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7236-9>
- OMS. (2013). Lactancia materna exclusiva. OMS.
- ONU. (2016). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*.
- Orr, C. J., Ben-Davies, M., Ravanbakht, S. N., Yin, H. S., Sanders, L. M., Rothman, R. L., Delamater, A. M., Wood, C. T., & Perrin, E. M. (2019a). Parental Feeding Beliefs and Practices and Household Food Insecurity in Infancy. *Academic Pediatrics*, *19*(1), 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.09.007>
- Orr, C. J., Ben-Davies, M., Ravanbakht, S. N., Yin, H. S., Sanders, L. M., Rothman, R. L., Delamater, A. M., Wood, C. T., & Perrin, E. M. (2019b). Parental Feeding Beliefs and Practices and Household Food Insecurity in Infancy. *Academic*

Pediatrics, 19(1), 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.09.007>

Orr, C. J., Ben-Davies, M., Ravanbakht, S. N., Yin, H. S., Sanders, L. M., Rothman, R. L., Delamater, A. M., Wood, C. T., & Perrin, E. M. (2019c). Parental Feeding Beliefs and Practices and Household Food Insecurity in Infancy. *Academic Pediatrics*, 19(1), 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.09.007>

Ortega-Cisneros, C. M., Vidaña-Pérez, D., Basto-Abreu, A., Iglesias-Leboreiro, J., Venegas-Andrade, A., Rodriguez-Santaolaya, P., López-Arzate, L. V., & Blanco-Montero, A. (2019). Complementary feeding practices in Mexican healthy infants: How close are they to the current guidelines? *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 76(6), 265–272. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.19000064>

Pearce, J., Taylor, M. A., & Langley-Evans, S. C. (2013). Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: A systematic review. In *International Journal of Obesity* (Vol. 37, Issue 10, pp. 1295–1306). Int J Obes (Lond). <https://doi.org/10.1038/ijo.2013.99>

Pérez-Escamilla, R., Cunningham, K., & Moran, V. H. (2020). COVID-19 and maternal and child food and nutrition insecurity: a complex syndemic. In *Maternal and Child Nutrition* (Vol. 16, Issue 3). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/mcn.13036>

Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S., & Hall Moran, V. (2019). Dietary guidelines for children under 2 years of age in the context of nurturing care. *Maternal & Child Nutrition*, 15(3). <https://doi.org/10.1111/MCN.12855>

Pérez, L., Vizcarra, M., Hughes, S. O., & Papaioannou, M. A. (2022). Food Parenting Practices and Feeding Styles and Their Relations with Weight Status in Children in Latin America and The Caribbean. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19042027/S1>

- Porter, L., Cox, J. S., Wright, K. A., Lawrence, N. S., & Gillison, F. B. (2022). The impact of COVID-19 on the eating habits of families engaged in a healthy eating pilot trial: a thematic analysis. *Health Psychology and Behavioral Medicine, 10*(1), 241. <https://doi.org/10.1080/21642850.2022.2043750>
- Quah, P. L., Cheng, T. S., Cheung, Y. B., Yap, F., Saw, S. M., Godfrey, K. M., Gluckman, P. D., Chong, Y. S., Chong, M. F. F., Agarwal, P., Biswas, A., Bong, C. L., Broekman, B. F. P., Cai, S., Chan, J. K. Y., Chan, Y. H., Chee, C. Y. I., Chen, H. Y. H., Chia, A., ... Yeo, G. S. H. (2016). Maternal and infant correlates of maternal feeding beliefs and practices in a multi-ethnic Asian population: the GUSTO (Growing Up in Singapore Towards healthy Outcomes) study. *Public Health Nutrition, 19*(15), 2789–2798. <https://doi.org/10.1017/S1368980016000744>
- Ra, J. S., Jeong, Y. H., & Kim, S. O. (2020). [Factors Associated with Pressure to Eat as a Feeding Practice among Mothers with Infants]. *Child Health Nursing Research, 26*(2), 277–285. <https://doi.org/10.4094/CHNR.2020.26.2.277>
- Rametta, E., Mallan, K. M., Daniels, L., & De Jersey, S. J. (2015). Relationships between maternal overweight prior to pregnancy, feeding mode and infant feeding beliefs and practices. *Journal of Paediatrics and Child Health, 51*(9), 913–919. <https://doi.org/10.1111/JPC.12878>
- Rhee, K. E., Boutelle, K. N., Jelalian, E., Barnes, R., Dickstein, S., & Wing, R. R. (2015). Firm maternal parenting associated with decreased risk of excessive snacking in overweight children. *Eating and Weight Disorders, 20*(2), 195–203. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0164-x>
- Sacco, L. M., Bentley, M. E., Carby-Shields, K., Borja, J. B., & Goldman, B. D. (2007). Assessment of infant feeding styles among low-income African-American mothers: Comparing reported and observed behaviors. *Appetite, 49*(1), 131–140. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.004>
- Salarkia, N., Omidvar, N., Zaeri, F., Zeinab, H. E., & Neyestani, T. R. (2016).

Mother's Self-Efficacy Mediates the Relationship Between Household Food Insecurity and Maternal Infant Feeding Styles. *Maternal and Child Health Journal*, 20(3), 602–612. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1859-y>

Sandoval Jurado, L., Jiménez Báez, M. V., Olivares Juárez, S., & de la Cruz Olvera, T. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Atencion Primaria*, 48(9), 572–578. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.004>

Sankar, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J., & Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 104, Issue 467, pp. 3–13). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/apa.13147>

Scherbaum, V., & Srour, M. L. (2016). The role of breastfeeding in the prevention of childhood malnutrition. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 115, 82–97. <https://doi.org/10.1159/000442075>

Schroeder, K., & Smaldone, A. (2015). Food Insecurity: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(4), 274–284. <https://doi.org/10.1111/nuf.12118>

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, & INEGI. (2018a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. ENSANUT. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/index.php>

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, & INEGI. (2018b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. ENSANUT. <https://ensanut.insp.mx/>

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, & INEGI. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 Resultados nacionales*.

Shamah-Levy, T., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruan, C., Cuevas-Nasu, L., Méndez-Gómez-Humarán, I., & Pérez-Escamilla, R. (2017). Food insecurity and maternal-child nutritional status in Mexico: Cross-sectional analysis of the

National Health and Nutrition Survey 2012. *BMJ Open*, 7(7).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014371>

Shloim, N., Shafiq, I., Blundell-Birtill, P., & Hetherington, M. M. (2018). Infant hunger and satiety cues during the first two years of life: Developmental changes of within meal signalling. *Appetite*, 128, 303–310.
<https://doi.org/10.1016/J.APPET.2018.05.144>

Shloim, Netalie, Edelson, L. R., Martin, N., & Hetherington, M. M. (2015). Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4–12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychology*, 6(DEC), 1849. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2015.01849>

Silva, G. A. P., Costa, K. A. O., & Giugliani, E. R. J. (2016). Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *Jornal de Pediatria*, 92(3 Suppl 1), S2–S7.
<https://doi.org/10.1016/J.JPED.2016.02.006>

Soto, S., Arredondo, E. M., Ayala, G. X., Marcus, B. H., & Shakya, H. B. (2018). Exploring how bicultural and assimilated children of Mexican origin influence their Latina mothers' diet: Perspectives from mothers and children. *Appetite*, 129, 217–227. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.040>

Souto-Gallardo, M. C., Bacardí-Gascón, M., Benjamin-Neelon, S., Jiménez-Cruz, A., & Pineda-García, G. (2020). Association of Food Parenting Practices on Child BMI z Score and Waist Circumference in Mexican Preschool Children After 1 Year of Follow-Up. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 52(1), 73–79.
<https://doi.org/10.1016/J.JNEB.2019.09.014>

Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Scanlon, K. S., Grummer-Strawn, L. M., Sherry, B., & Gillman, M. W. (2006). To What Extent Is the Protective Effect of Breastfeeding on Future Overweight Explained by Decreased Maternal Feeding Restriction? *Pediatrics*, 118(6), 2341. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2006-1814>

Taveras, E. M., Scanlon, K. S., Birch, L., Rifas-Shiman, S. L., Rich-Edwards, J. W.,

- & Gillman, M. W. (2004). Association of Breastfeeding With Maternal Control of Infant Feeding at Age 1 Year. *Pediatrics*, *114*(5), e577. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2004-0801>
- Thompson, A. L., Adair, L. S., & Bentley, M. E. (2013). Pressuring and restrictive feeding styles influence infant feeding and size among a low-income African-American sample. *Obesity*, *21*(3), 562–571. <https://doi.org/10.1002/oby.20091>
- Thompson, A. L., Mendez, M. A., Borja, J. B., Adair, L. S., Zimmer, C. R., & Bentley, M. E. (2009). Development and validation of the Infant Feeding Style Questionnaire. *Appetite*, *53*(2), 210–221. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.06.010>
- Thompson, A. L., Wasser, H., Nulty, A., & Bentley, M. E. (2021). Feeding style profiles are associated with maternal and infant characteristics and infant feeding practices and weight outcomes in African American mothers and infants. *Appetite*, *160*, 105084. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2020.105084>
- Tiggemann, M., & Lowes, J. (2002). Predictors of maternal control over children's eating behaviour. *Appetite*, *39*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1006/APPE.2002.0487>
- Tovar, A., Hennessy, E., Pirie, A., Must, A., Gute, D. M., Hyatt, R. R., Kamins, C. L., Hughes, S. O., Boulos, R., Sliwa, S., Galvão, H., & Economos, C. D. (2012). Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *9*, 62. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-62>
- Van Der Horst, K., & Sleddens, E. F. C. (2017). Parenting styles, feeding styles and food-related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. *PLoS ONE*, *12*(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178149>
- Ventura, A. K., & Worobey, J. (2013). Early influences on the development of food

- preferences. In *Current Biology* (Vol. 23, Issue 9, pp. R401–R408). Cell Press.
<https://doi.org/10.1016/j.cub.2013.02.037>
- Vilar-Compte, M., Martínez-Martínez, O., Orta-Alemán, D., & Perez-Escamilla, R. (2016). Functional limitations, depression, and cash assistance are associated with food insecurity among older urban adults in Mexico city. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(3), 1537–1554.
<https://doi.org/10.1353/HPU.2016.0130>
- Vollmer, R. L., & Mobley, A. R. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*, 71, 232–241. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2013.08.015>
- WHO. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic, report of a WHO consultation on Obesity. In *Ginebra: OMS*. World Health Organization.
- WHO. (2011). *WHO Anthro for personal computers, version 3.2.2, 2011. Software for assessing growth and development of the world's children*. Ginegra: WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>
- Wood, C. T., Perreira, K. M., Perrin, E. M., Yin, H. S., Rothman, R. L., Sanders, L. M., Delamater, A. M., Bentley, M. E., Bronaugh, A. B., & Thompson, A. L. (2016). Confirmatory factor analysis of the Infant Feeding Styles Questionnaire in Latino families. *Appetite*, 100, 118–125.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.018>
- World Health Organization, & UNICEF. (2003). WHO. Global strategy for infant and young child feeding. In *WHO*. World Health Organization.
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>
- Worobey, J., Islas Lopez, M., & Hoffman, D. J. (2009). Maternal Behavior and Infant Weight Gain in the First Year. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(3), 169. <https://doi.org/10.1016/J.JNEB.2008.06.005>
- Worobey, J., & Trytko, U. (2014). Associations Between Maternal Feeding Style and

Child Overweight: [Http://Dx.Doi.Org/10.1177/1941406414541292](http://dx.doi.org/10.1177/1941406414541292), 6(4), 216–220. <https://doi.org/10.1177/1941406414541292>

Wright, A. S., Tulloch-Reid, M. K., Chang, S. M., & Walker, S. P. (2021). Maternal characteristics influence infant feeding styles in Caribbean women. *Public Health Nutrition*, 24(18), 6034–6045. <https://doi.org/10.1017/S1368980021002391>

Yee, A. Z. H., Lwin, M. O., & Ho, S. S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. In *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3>

X. ANEXOS

Anexo 1. Historia clínica

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Llénese solo con tinta azul

Código de identificación del sujeto

No. ID			

Iniciales		

Día		Mes		Año			
Fecha de evaluación							

Nombre de la participante:

Peso en kg	
Peso Pg en kg	

Estatura en m		Edad en años	
IMC			

Fecha de nacimiento del bebé			Edad del bebé	
Día	Mes	Año	Años	Meses

Sexo del bebé	
M	F

Peso del bebé al nacer
Kg

Talla del bebé al nacer
cm

Peso actual del bebé
Kg

Talla actual del bebé
cm

IMC al nacer
P

P/T al nacer
P

IMC actual
P

P/T actual
P

1. Estado civil 1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre 4) Divorciada

2. ¿Ha recibido orientación en nutrición? 1) SI (conteste 2a y 2b) 2) NO 3) NO SABE

2a. ¿Quién le dio la orientación? _____

2b. ¿Cuándo fue la última vez? _____

DATOS DE EMBARAZO Y PARTO

3. ¿Usted quería embarazarse? 1) SI 2) NO

4. ¿Cuántos embarazos ha tenido incluyendo el del bebé?

(Contar embarazos no terminados, abortos)

6. ¿Existieron problemas durante el desarrollo fetal del niño? 1) SI 2) NO

(Ej. amenaza de aborto)

6 (a). Si es el caso, mencione ¿Cuál? o ¿Cuáles? _____

7. ¿La madre consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo? 1) SI 2) NO

8. ¿La madre fumó durante el embarazo? 1) SI 2) NO

9. ¿Edad gestacional? 1) Prematuro (meses) _____ 2) Término (9 meses)

(Tiempo de embarazo)

10. ¿El niño es amamantado? 1) SI 2) NO

Si fue amamantado ¿Por cuánto tiempo? (meses)

11. Durante el embarazo, padeció alguna de las siguientes enfermedades:

ENFERMEDAD	1) SI	2) NO	ENFERMEDAD	1) SI	2) NO
a) Diabetes			d) Anemia		
b) Preeclampsia			e) Otra		
c) Eclampsia			¿Cuál?		

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

12. Padece actualmente alguna de las siguientes enfermedades.

ENFERMEDAD	1) SI	2) NO	ENFERMEDAD	1) SI	2) NO
a) Diabetes			g) Problemas cardiacos		
b) Problemas neurológicos			h) Violencia (física o verbal)		
c) Problemas respiratorios			i) Tabaquismo		
d) Cáncer			j) Hipertensión arterial		
e) Epilepsia			k) Otra		
f) Alteraciones mentales			¿Cuál?		

13. De las siguientes enfermedades mencione cuáles existen o existieron en su familia

(abuelos, tíos, hermanos, suegros, cuñados, etc.)

ENFERMEDAD	1) SI	2) NO	ENFERMEDAD	1) SI	2) NO
a) Diabetes			g) Problemas cardíacos		
b) Alcoholismo			h) Violencia (física o verbal)		
c) Drogadicción			i) Asma		
d) Cáncer			j) Hipertensión arterial		
e) Epilepsia			k) Otra		
f) Alteraciones mentales			¿Cuál?		

DATOS DE HERMANOS

14. ¿Cuántos hermanos tiene el niño en total? (no incluya al niño)

15. Lugar que ocupa el niño dentro del orden de nacimiento

(1º. 2º. etc.)

DESARROLLO GENERAL DEL NIÑO

16. ¿Qué enfermedades ha tenido el niño?

ENFERMEDAD	1) SI	2) NO	ENFERMEDAD	1) SI	2) NO
a) Sarampión			j) Problemas digestivos		
c) Paperas			k) Varicela		
e) Anemia			l) Crisis convulsivas		
f) Problemas visuales			m) Problemas dermatológicos		
g) Problemas auditivos			n) Discapacidad física		
h) Alergias e intolerancias**			o) Otros		
l) Infecciones respiratorias			¿Cuáles?		

17. ¿A que es alérgico y/o intolerante el niño?

	1) SI	2) NO	Especifique cuáles	Síntomas
a) Alimentos				
b) Medicamentos				
c) Otro				

18. ¿Se ha enfermado en las dos últimas semanas? 1) SI 2) NO

- 18 (a). Especifique de qué
-
19. ¿El niño come bien? Poco/mucho 1) SI 2) NO (conteste 19 (a))
- 19 (a) ¿Especifique por qué no?
-
20. ¿Dio al niño algún medicamento en las 2 últimas semanas? 1) SI 2) NO
- 20 (a). Especifique cuál
-
21. ¿El niño está tomando algún suplemento de vitaminas y/o minerales? 1) SI 2) NO
- 21 (a). Especifique cuál
-
- 21 (b). ¿Desde cuándo? _____
- 21 (c). ¿Quién lo recetó?
-
23. ¿El niño ha requerido hospitalizaciones? 1) SI 2) NO
24. ¿Por cuánto tiempo estuvo hospitalizado? _____
25. ¿Cuál fue la causa de la hospitalización? _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-2: VALIDEZ DE UN EVALUADOR DE DEPRESIÓN DE 2 ÍTEMS

Durante las últimas 2 semanas, ¿ha presentado alguno de los siguientes problemas? ¿Con qué frecuencia?"

1) Poco interés o placer en hacer las cosas

- a) Varios días b) Más de la mitad de los días c) Casi todos los días

2) Sentirse triste, deprimido o desesperado

- a) Varios días b) Más de la mitad de los días c) Casi todos los días

OBSERVACIONES

Aplicó

--	--	--

Verificó _____

Fecha de Verificado

Día	Mes		Año		

Anexo 2. Cuestionario de experiencia durante la pandemia COVID-19

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Lénesese solo con tinta azul

Código de identificación del sujeto

No. ID			

Iniciales			

Día		Mes		Año			
Fecha de evaluación							

CONFINAMIENTO Y COVID-19

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido diagnosticado (por un profesional de la salud, como un médico) con coronavirus? 1) Si 2) No

Si la respuesta es NO, pasar a la pregunta 2

1.a ¿Usted o algún miembro de su hogar ha recibido tratamiento para el coronavirus?

1) Si 2) No

1.b ¿Qué tratamiento recibieron?

a) Admisión no hospitalaria (en casa)

b) Admisión hospitalaria

c) Unidad de terapia intensiva

d) Ventilación

e) Otro

1.e.1 ¿Qué otro tratamiento? (Responde solo si seleccionó en INCISO E)



2. ¿Durante la contingencia sanitaria, usted ha cumplido con todas las medidas de distanciamiento social, incluyendo resguardarse en casa?

1) Si 2) No

(Si responde SI, pasar a la pregunta 3)

2.a ¿Cuál fue el principal motivo?

a) Salir a trabajar

b) Buscar trabajo

c) Actividades recreativas

d) No me interesa/no creo en el COVID-19

e) Otro

2.a.1 ¿Cuál otro motivo? (Responde solo si seleccionó en INCISO E)

3. ¿Con que frecuencia usted o algún miembro de su familia sale de casa?

a) Nunca

b) Menos de una vez a la semana

c) Una vez por semana

d) 2-3 veces por semana

e) Casi todos los días

4. ¿Cuál es la principal razón por la cual usted o algún miembro de su familia salen de casa?

a) Recreación o juego

b) Compra de alimentos/medicamentos

4.a ¿Cuál otra?



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
Querétaro.





ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL CONFINAMIENTO

5. ¿Con qué frecuencia hace ejercicio en este confinamiento? (Como caminar o correr)

a) Todos los días

b) La mayoría de los días

c) 1 o 2 días a la semana

d) Ningún día

6. ¿Esto, es más, menos o casi lo mismo que hacía antes del confinamiento?

a) Más

b) Menos

c) Casi lo mismo

7. ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio en un lugar público?

a) Todos los días

b) La mayoría de los días

c) 1 o 2 días a la semana

d) Ningún día

8. ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio en su propia casa?

a) Todos los días

b) La mayoría de los días

c) 1 o 2 días a la semana

d) Ningún día

9. En un día normal, ¿aproximadamente cuánto tiempo realiza de ejercicio en total?

10. ¿Cómo se mantienen en contacto con familiares y amigos fuera de su hogar? (Selecciona las 2 formas mantenerse en contacto más frecuente)

a) Teléfono (Llamadas telefónicas)

b) Correo electrónico



c) No me mantengo en contacto

d) Mensajes de texto

e) Aplicaciones de mensajería instantánea (WhatsApp, Messenger, WeChat, Instagram)

f) Visita personal

g) Otro

11.a ¿Cuál otra? (Responde solo si seleccionó en INCISO G)

FACTORES ESTRESORES RELACIONADOS AL COVID-19

12. Durante la contingencia sanitaria, ¿Usted o algún integrante del hogar perdió su empleo? (Si respondió SI, continuar en la pregunta 12a)

1) Si 2) No

12.a ¿Cuántos integrantes perdieron su empleo?

Indique número



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
Proyecto: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
Querétaro.



13. Durante la contingencia sanitaria, ¿Usted o algún miembro del hogar tuvo recortes en el ingreso mensual? (Reducción de salarios) 1) Si 2) No

14. En este momento, ¿Usted o algún integrante de la familia se encuentra desempleado? 1) Si 2) No

14.a ¿Cuántas integrantes? *Indique número*

15. ¿Usted y su familia cuentan con los recursos económicos necesarios para cumplir con las medidas de distanciamiento social y resguardo en el hogar? (gastos de gel antibacterial, tapabocas, etc) 1) Si 2) No

16. ¿Cómo se está manejando financieramente su hogar en este momento? a) Vivimos cómodamente
b) Estamos saliendo adelante
c) Difícil y con complicaciones
d) No lo sé

17. En comparación con su situación antes de la pandemia, ¿cómo diría usted y su familia que están financieramente ahora? a) Mucho mejor
b) En peor situación
c) Igual que antes
d) No lo sé

18. ¿Recibe actualmente algún tipo de ayuda social por la pandemia? 1) Si 2) No
(Si respondió no, continuar en la pregunta 18.a)

18.a Mencione cual. _____



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

Facultad de Ciencias Naturales

Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana

Proyecto: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de Querétaro.



19. De las siguientes situaciones que mencionaré, señale cuales le generan preocupación a usted y su familia:

ACTIVIDADES	1) SI	2) NO	ACTIVIDADES	1) SI	2) NO
a) Ingresos económicos			e) Exposición excesiva a noticias de COVID-19 en redes sociales y medios de comunicación (muertes, complicaciones)		
b) Miedo a infectarse por coronavirus			f) Muerte de algún miembro de la familia		
c) Suministro de alimentos inadecuados			g) No tengo ninguna preocupación		
d) Desempleo			19.a Otra: _____		

20. De acuerdo a su percepción, ¿cómo siente la situación de encierro durante el confinamiento?

a) Muy frustrante

b) A veces frustrante

c) Ha aceptado la situación

d) Estoy disfrutando el encierro

OBSERVACIONES

Aplicó

Verificó _____

Fecha de Verificado

Día	Mes	Año	



Anexo 3. Cuestionario de nivel socioeconómico

CUESTIONARIO DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

No. ID			

Iniciales		

Día		Mes		Año			
Fecha de evaluación							

1. ¿Cuántas personas viven y duermen en la casa? (incluya si es el caso, tíos, primos, abuelos etc).

2. Número total de habitaciones

Baños con regadera	_____	Comedor	_____
Baños sin regadera	_____	Dormitorios	_____
Cocina	_____	Otros cuartos	_____
Sala	_____		

3. ¿Cuántas personas duermen por habitación?

D1_____ D2_____ D3_____ D4_____ D5_____ D6_____ D7_____ D8_____ D9 o más_____

4. ¿En dónde se encuentra la cocina?

- 1) Dentro de la vivienda, sólo hay 1 habitación para todo.
- 2) Fuera de la vivienda (hay un techo, no es un cuarto terminado es provisional)
- 3) Dentro de la vivienda, independiente de los dormitorios.
(cocina equipada____, integral____, semiequipada____)

5. Número de familias que viven en el terreno y comparten algunas habitaciones (la cocina, baño)

5.a ¿Quiénes? 1) Padres____ 2) Hermanos____ 3) Primos____ 4) Tíos____ 5) Abuelos____ 6) Amigos____ 7) Otros_____

6. ¿Cómo obtiene agua para la vivienda?

- 1) Obtiene el agua de una llave pública.
- 2) Existe tubería fuera de la vivienda, pero dentro del terreno.
- 3) Existe tubería dentro de la vivienda (lavabo, tarja, fregadero).
- 4) Otras (se las regalan en otra casa, de pipa, de un pozo): _____

7. ¿Cómo está construido el baño?

- 1) Al aire libre (no tiene baño)
- 2) Fosa (letrina)



3) Drenaje

8. El material de las paredes de la casa es de:

- 1) Lámina.
- 2) Adobe o piedra (bloques de lodo)
- 3) Tabique o similares (bloc)
- 4) Otros (madera, estructura prefabricada), especificar _____

9. El material de los pisos es de:

- 1) Tierra
- 2) Cemento firme
- 3) Loseta, duela o mármol
- 4) Otros, especificar: _____

10. El material del techo de la casa es de:

- 1) Tierra
- 2) Cemento firme
- 3) Loseta, duela o mármol
- 4) Otros, especificar: _____

11. La vivienda es:

- 1) Prestada 2) Rentada 3) Es casa propia (Contestar 11.a)

11.a La casa fue: a) Heredada b) Comprada c) Compartida con hermanos, etc. d) Exclusiva de la familia



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
 Facultad de Ciencias Naturales
 Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
 Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
 materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
 Querétaro.



12. ¿Cuál es el medio de transporte que utiliza con mayor frecuencia?

1) Motocicleta
 2) Automóvil(es) o Camioneta(s) pick up
 2.a ¿Cuántos? _____
 3) Transporte público
 4) Otros, especificar: _____

13. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

1) SI 2) NO

DATOS DE JEFES DE FAMILIA O APORTADORES ECONOMICOS

	Jefe de familia o padre	Jefe de familia o madre	Aportador (abuelo, hijo, etc.)	También aporta
Edad (en años)				
Ocupación				
Escolaridad (<i>años cursados en el último grado de estudios</i>)	()	()	()	()
Discapacidad física o enfermedad crónica				

OBSERVACIONES



Anexo 4. Escala de experiencia de seguridad alimentaria (FIES) del hogar

ESCALA DE EXPERIENCIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (FIES) DEL HOGAR

Llénese solo con tinta azul

Código de identificación del sujeto

No. ID			

Iniciales		

Día		Mes		Año			
Fecha de evaluación							

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la alimentación:

P1. Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que usted u otras personas en su hogar estuvieron preocupados de no tener suficientes alimentos para comer debido a la falta de dinero u otros recursos? (Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta P1a; de lo contrario, vaya a la pregunta P2)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P1a. ¿Fue esto específicamente debido a la crisis del COVID-19?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P1b. ¿Sucedió esto en las últimas 4 semanas (30 días)?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P2. Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que usted u otras personas en su hogar no pudieron comer alimentos saludables y nutritivos debido a la falta de dinero u otros recursos? (Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta P2a; de lo contrario, vaya a la pregunta P3)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P2a. ¿Fue esto específicamente debido a la crisis del COVID-19? (pase a la pregunta P2b)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P2b. ¿Sucedió esto en las últimas 4 semanas (30 días)? (luego pase a la pregunta P3)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
Querétaro.



P3. Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que usted u otras personas en su hogar comieron solo unos pocos tipos de alimentos debido a la falta de dinero u otros recursos? (Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta P3a; de lo contrario, vaya a la pregunta P4)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P3a. ¿Fue esto específicamente debido a la crisis del COVID-19? (pase a la pregunta P3b)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P3b. ¿Sucedió esto en las últimas 4 semanas (30 días)? (pase a la pregunta P4)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P4. Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que usted u otras personas en su hogar tuvieron que saltarse una comida porque no había suficiente dinero u otros recursos para conseguir alimentos? (Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta P4a; de lo contrario, vaya a la pregunta P5)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P4a. ¿Fue esto específicamente debido a la crisis del COVID-19? (pase a la pregunta P4b)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P4b. ¿Sucedió esto en las últimas 4 semanas (30 días)? (pase a la pregunta P5)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P5. Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que usted u otras personas en su hogar comieron menos de lo que pensaba que deberían debido a la falta de dinero u otros recursos? (Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta P5a; de lo contrario, vaya a la pregunta P6)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P5a. ¿Fue esto específicamente debido a la crisis del COVID-19? (pase a la pregunta P5b)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P5b. ¿Sucedió esto en las últimas 4 semanas (30 días)? (pase a la pregunta P6)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P6. Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que su hogar se quedó sin alimentos debido a la falta de dinero u otros recursos? (Si la respuesta es "Sí", pase a la pregunta P6a; de lo contrario, pase a la pregunta P7)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
Querétaro.



SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P6a. ¿Fue esto específicamente debido a la crisis del COVID-19? (ir pregunta P6b)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P6b. ¿Sucedió esto en las últimas 4 semanas (30 días)? (en caso afirmativo", pase a la pregunta P6c; de lo contrario, pase a la pregunta P7)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P6c. ¿Qué tan seguido sucede esto? (ir a la pregunta P7)

Rara vez (1 o 2 veces)	A veces (3-10 veces)	A menudo (más de 10 veces)	No sé	Rechazado
------------------------	----------------------	----------------------------	-------	-----------

P7. Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que usted u otras personas en su hogar tuvieron hambre, pero no comieron porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos? (Si la respuesta es "Sí", pase a la pregunta P7a; de lo contrario, pase a la pregunta P8)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P7a. ¿Fue esto específicamente debido a la crisis del COVID-19? (ir pregunta P7b)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P7b. ¿Sucedió esto en las últimas 4 semanas (30 días)? (en caso afirmativo", pase a la pregunta P7c, de lo contrario pase a la pregunta P8)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P7c. ¿Qué tan seguido sucede esto? (ir a la pregunta P8)

Rara vez (1 o 2 veces)	A veces (3-10 veces)	A menudo (más de 10 veces)	No sé	Rechazado
------------------------	----------------------	----------------------------	-------	-----------

P8. Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que usted u otras personas en su hogar pasaron un día entero sin comer por falta de dinero u otros recursos? (Si la respuesta es "Sí", pase a la pregunta P8a; de lo contrario, FIN)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P8a. ¿Fue esto específicamente debido a la crisis del COVID-19? (pase a la pregunta P8b)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
Querétaro.



P8b. ¿Sucedio esto en las últimas 4 semanas (30 días)? (Si la respuesta es "Sí", pase a la pregunta P8c; de lo contrario, FIN)

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
----	----	---------	-------------

P8c. ¿Qué tan seguido sucede esto? (FIN)

Rara vez (1 o 2 veces)	A veces (3-10 veces)	A menudo (más de 10 veces)	No sé	Rechazado
------------------------	----------------------	----------------------------	-------	-----------

OBSERVACIONES

Aplicó

--	--	--

Verificó _____

Fecha de Verificado

Día	Mes	Año		



Anexo 5. Cuestionario de seguridad alimentaria en la infancia de la madre

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA INFANCIA DE LA MADRE

Llénese solo con tinta azul

Código de identificación del sujeto

No. ID			

Iniciales		

Día		Mes		Año			
Fecha de evaluación							

1. ¿Usted tiene la necesidad de dar a su hijo ciertos alimentos que usted no tuvo cuando era niña?

SI	NO	NS/NR*
----	----	--------

2. ¿Su familia comía los mismos alimentos diariamente porque no había suficiente dinero o recursos para otros alimentos?

SI	NO	NS/NR*
----	----	--------

3. ¿Había ocasiones en el mes o el año cuando su familia daba poco alimento? (porciones pequeñas)

SI	NO	NS/NR*
----	----	--------

4. ¿Usted tuvo que dividir en pequeñas cantidades la ración de carne para todos los miembros de la familia, porque no tenía suficiente para cada uno? (compartía su ración)

SI	NO	NS/NR*
----	----	--------

5. ¿Usted, cuando era niña trabajó para ayudar a su familia a comprar alimentos?

SI	NO	NS/NR*
----	----	--------

6. ¿Cuándo usted era niña, había ocasiones en que sus padres no tenían suficiente para comer?

SI	NO	NS/NR*
----	----	--------

7. ¿Cuándo usted era niña, había ocasiones en que usted no tenía suficiente para comer?



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
Querétaro.



SI	NO	NS/NR*
----	----	--------



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
Querétaro.



OBSERVACIONES

Aplicó

--	--	--

Verificó _____

Fecha de Verificado

--	--	--	--	--

Día Mes Año



Anexo 6. Cuestionario de estilos de alimentación infantil (IFSQ)

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL (IFSQ)

Llénese solo con tinta azul

Código de identificación del sujeto

No. ID			

Iniciales		

Día		Mes		Año			
Fecha de evaluación							

LAISSEZ-FAIRE

* Atención

Elementos de comportamiento

LF1. Cuando (nombre del niño/a) tiene/tenía un biberón, yo lo sostengo/sostenía

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

LF2. (Nombre del niño/a) mira la televisión mientras come

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

LF3. Yo miro televisión mientras le doy de comer a (nombre del niño/a)

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

LF4. Pienso que está bien apoyar el biberón de un bebé

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

LF5. Está bien que un niño pequeño camine mientras come siempre y cuando coma

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

* Calidad de la dieta



Elementos de comportamiento

LF6. Yo me doy cuenta de cuánto come (nombre del niño/a)

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

5. Nunca	4. Casi nunca	3. La mitad del tiempo	2. la mayoría del tiempo	1. Siempre
----------	---------------	------------------------	--------------------------	------------

LF7. Yo me doy cuenta de los alimentos que (nombre del niño/a) come

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

5. Nunca	4. Casi nunca	3. La mitad del tiempo	2. la mayoría del tiempo	1. Siempre
----------	---------------	------------------------	--------------------------	------------

LF8. Me aseguro de que (nombre del niño/a) no coma alimentos azucarados como dulces, helados, pasteles o galletas

**Modelo: niño > 6 meses*

5. Nunca	4. Casi nunca	3. La mitad del tiempo	2. la mayoría del tiempo	1. Siempre
----------	---------------	------------------------	--------------------------	------------

LF9. Me aseguro de que (nombre del niño/a) no coma comida chatarra como papas fritas, doritos y bollos de queso

**Modelo: niño > 6 meses*

5. Nunca	4. Casi nunca	3. La mitad del tiempo	2. la mayoría del tiempo	1. Siempre
----------	---------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

L10. Un niño pequeño puede comer lo que desea para sus meriendas

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

L11. Un niño pequeño debe ser capaz de comer lo que quiere cuando la familia sale a comer en un restaurante

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

PRESIONANTE

*** Terminando**

Elementos de comportamiento

PR1. Trato de que (nombre del niño/a) termine su comida

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------



PR2. Si (nombre del niño/a) parece lleno/a, le animo para que termine su comida de todos modos

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

PR3. Trato de que (nombre del niño/a) termine de tomar la leche de pecho o la fórmula infantil

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

PR4. Trato de hacer que (nombre del niño/a) coma, aún si parece que no tiene hambre

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

PR5. Si (nombre del niño/a) no quiere probar un alimento nuevo que le doy, yo trato bastante para que él/ella lo pruebe durante la comida

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

PR6. Animo a (nombre del niño/a) después de cada bocado para que termine su comida

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

PR7. Es importante que un niño pequeño termine toda la comida que está en su plato

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

PR8. Es importante que un bebé tome toda la leche en su biberón

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

*** Cereal**

Elementos de comportamiento

PR9. Yo le doy a (nombre del niño/a) cereales en su biberón

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*



1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

PR10. Agregar cereales en el biberón del bebé lo ayudará a dormir toda la noche

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

PR11. Agregar cereales en el biberón del bebé es bueno porque ayuda al bebé a sentirse lleno

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

PR12. Un bebé que tiene menos de 6 meses necesita más que la fórmula infantil o leche de pecho para sentirse lleno

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

PR13. Un bebé que tiene menos de 6 meses necesita más que la fórmula infantil o leche de pecho para dormir toda la noche

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

*** Calmante**

Elementos de comportamiento

PR14. Cuando (nombre del niño/a) llora, yo le doy comida inmediatamente

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de Creencia

PR15. La mejor manera de hacer que deje de llorar un bebé es alimentarlo

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

PR16. La mejor manera de hacer que un niño pequeño deje de llorar es alimentándolo

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------



PR17. Cuando un bebé llora, usualmente significa que necesita ser alimentado

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

RESTRICTIVO

*** Cantidad**

Elementos de comportamiento

RS1. Yo controlo cuidadosamente cuánto (nombre del niño/a) come

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

RS2. Tengo cuidado de no alimentar a (nombre del niño/a) demasiado

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

RS3. Es importante que los padres tengan reglas sobre cuánto come un niño pequeño

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

RS4. Es importante que los padres decidan cuánto debe comer un bebé

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

*** Calidad de la dieta**

Elementos de comportamiento

RS5. Dejo que a (nombre del niño/a) comer comida rápida

**Modelo: niño > 6 meses*

5. Nunca	4. Casi nunca	3. La mitad del tiempo	2. la mayoría del tiempo	1. Siempre
----------	---------------	------------------------	--------------------------	------------

RS6. Dejo a (nombre del niño/a) comer comida chatarra

**Modelo: niño > 6 meses*

5. Nunca	4. Casi nunca	3. La mitad del tiempo	2. la mayoría del tiempo	1. Siempre
----------	---------------	------------------------	--------------------------	------------



Elementos de creencias

RS7. Un niño pequeño nunca debe comer comida rápida

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

RS8. Un bebé no debe comer nunca comida rápida

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

RS9. Un niño pequeño nunca debe comer comidas con azúcar tales como galletas

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

RS10. Un niño pequeño nunca debe comer comida chatarra como las papas fritas

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

RS11. Un niño pequeño debe comer sólo comidas sanas

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

RESPONSIVO

*** Saciedad**

Elementos de comportamiento

R1. (Nombre del niño/a) sabe cuando está lleno/a

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

R2. (Nombre del niño/a) sabe cuando tiene hambre

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

R3. Yo dejo que (nombre del niño/a) decida cuánto comer



*Modelo: Todo niño y > 6 meses

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

R4. Me doy cuenta cuando (nombre del niño/a) me parece estar diciendo a mí que está lleno/a o que tiene hambre

*Modelo: Todo niño y > 6 meses

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

R5. Dejo que (nombre del niño/a) comer cuando tiene hambre

*Modelo: Todo niño y > 6 meses

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

R6. A (nombre del niño/a), le faltan ganas de comer

*Modelo: Todo niño y > 6 meses

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

R7. (Nombre del niño/a) sabe cuando tiene hambre y necesita comer

*Modelo: Todo niño y > 6 meses

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

*** Atención**

Elementos de comportamiento

R8. Yo le hablo a (nombre del niño/a) para animarle a tomar su leche de pecho o fórmula

*Modelo: Todo niño y > 6 meses

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

R9. Yo le hablo a (nombre del niño/a) para animarle a comer

*Modelo: Todo niño y > 6 meses

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

R10. Yo le muestro a (nombre del niño/a) la forma de comer tomando un bocado yo misma, o pretendiendo tomar un bocado

*Modelo: niño > 6 meses

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------



R11. Si (nombre del niño/a) no quiere probar un nuevo alimento que le doy, vuelvo a intentar dárselo más tarde

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

R12. Es importante ayudar o animar a un niño pequeño a comer

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

INDULGENTE

*** Permisivo**

Elementos de comportamiento

ID1. Dejo a (nombre del niño/a) comer frente al televisor si quiere hacerlo

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID2. Dejo a (nombre del niño/a) comer comida rápida si quiere hacerlo

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID3. Dejo a (nombre del niño/a) tomar refrescos o bebidas azucaradas si quiere hacerlo

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID4. Dejo a (nombre del niño/a) comer alimentos azucarados, como dulces, helados, pasteles o galletas

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

ID5. Si un niño pequeño quiere comer frente a la televisión, se le debe permitir hacerlo

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID6. Si un niño pequeño quiere comer comida rápida, se le debe permitir hacerlo

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
Querétaro.



1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID7. Si un niño pequeño quiere beber refrescos o bebidas azucaradas, se le debe permitir hacerlo

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID8. Se le debe permitir a un niño pequeño comer dulces o postres si así lo desea

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

*** Persuasivo**

Elementos de comportamiento

ID9. Dejo a (nombre del niño/a) comer frente a la televisión para que él o ella coma

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID10. Dejo a (nombre del niño/a) comer comida rápida para asegurarme de que come lo suficiente

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID11. Dejo a (nombre del niño/a) tomar refrescos o bebidas azucaradas para asegurarme que tome lo suficiente

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID12. Dejo a (nombre del niño/a) comer dulces o postres para asegurarme de que coma lo suficiente

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de Creencia

ID13. Para que un niño pequeño coma, se le debe permitir comer frente a la televisión

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID14. Un niño pequeño debe comer comida rápida para así asegurar que come lo suficiente

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
 Facultad de Ciencias Naturales
 Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
 Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
 materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
 Querétaro.



1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID15. Se le debe permitir a un niño beber refrescos o bebidas azucaradas para asegurar que él o ella beba lo suficiente

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID16. Un niño pequeño debe poder comer dulces o postres para asegurar que come lo suficiente

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

*** Calmante**

Elementos de comportamiento

ID17. Dejo a (nombre del niño/a) comer frente a la televisión para que deje de llorar o deje de estar irritable

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID18. Dejo a (nombre del niño/a) comer comida rápida para que él/ella deje de llorar o deje de estar irritable

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID19. Dejo a (nombre del niño/a) tomar refrescos o bebidas azucaradas para que él/ella deje de llorar o deje de estar irritable

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID20. Dejo a (nombre del niño/a) comer dulces o postres para que deje de llorar o deje de estar irritable

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

ID21. Se le debe permitir a un niño pequeño comer frente a la televisión para que deje de llorar o deje de estar irritable

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------



ID22. Se le debe permitir a un niño pequeño comer comida rápida para que deje de llorar o deje de estar irritable

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID23. Se le debe permitir a un niño pequeño beber refrescos o bebidas azucaradas para que deje de llorar o deje de ser quisquilloso

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID24. Para que un niño pequeño deje de llorar o deje de ser quisquilloso, se le debe de dar de comer dulces o postres

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

*** Mimos**

Elementos de comportamiento

ID25. Dejo a (nombre del niño/a) comer frente a la televisión para que se mantenga feliz

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID26. Dejo a (nombre del niño/a) comer comida rápida para que se mantenga feliz

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID27. Dejo a (nombre del niño/a) tomar refrescos o bebidas azucaradas para que se mantenga feliz

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

ID28. Dejo a (nombre del niño/a) comer dulces o postres para que se mantenga feliz

**Modelo: niño > 6 meses*

1. Nunca	2. Rara vez	3. La mitad del tiempo	4. La mayoría del tiempo	5. Siempre
----------	-------------	------------------------	--------------------------	------------

Elementos de creencias

ID29. Se le debe de permitir a un niño pequeño comer frente a la televisión para que se mantenga feliz

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
 Facultad de Ciencias Naturales
 Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana
 Investigación: Asociación de la inseguridad alimentaria y los estilos de alimentación
 materno infantil en madres de niños menores de 2 años de edad de la ciudad de
 Querétaro.



1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID30. Se le debe permitir comida rápida a un niño pequeño para que se mantenga feliz

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID31. Se le debe permitir a un niño pequeño beber refrescos o bebidas azucaradas para que se mantenga feliz

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

ID32. Un niño pequeño debe poder comer postres o dulces para que se mantenga feliz

**Modelo: Todo niño y > 6 meses*

1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
----------------------	------------------	------------	---------------	-------------------

OBSERVACIONES

Aplicó

--	--	--

Verificó _____

Fecha de Verificado

Día	Mes	Año		