

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



UANL

AUTOEFICACIA PARENTAL Y ALIMENTARIA, PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA E IMCz DE LACTANTES: ESTUDIO
LONGITUDINAL

Por

LIC. GERARDO JAHIR CAPETILLO DELGADO

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

SEPTIEMBRE, 2025

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



UANL

AUTOEFICACIA PARENTAL Y ALIMENTARIA, PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA E IMC_z DE LACTANTES: ESTUDIO
LONGITUDINAL

Por

LIC. GERARDO JAHIR CAPETILLO DELGADO

Director de Tesis

DRA. VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL

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

SEPTIEMBRE, 2025

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



UANL

AUTOEFICACIA PARENTAL Y ALIMENTARIA, PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA E IMCz DE LACTANTES: ESTUDIO
LONGITUDINAL

Por

LIC. GERARDO JAHIR CAPETILLO DELGADO

Asesor Estadístico

DR. GERÓNIMO ESEQUIEL LUNA SALAZAR

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

SEPTIEMBRE, 2025



UANL

AUTOEFICACIA PARENTAL Y ALIMENTARIA, PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA E IMCz DE LACTANTES: ESTUDIO
LONGITUDINAL
POR

Lic. Gerardo Jahir Capetillo Delgado

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Director de Tesis

Dra. Maria de los Ángeles Paz Morales

Presidente

Dra. Norma Edith Cruz Chavez

Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación



UANL

AUTOEFICACIA PARENTAL Y ALIMENTARIA, PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA E IMCz DE LACTANTES: ESTUDIO
LONGITUDINAL

Este trabajo fue realizado en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal.

Director

Agradecimientos

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su apoyo brindado.

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

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la nueva Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) antes Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) por el apoyo que se me brindó para la realización y conclusión en mi estudio de posgrado en el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, mi directora de Tesis, por su paciencia, su dedicación, enseñanza y orientación, tanto en lo académico, profesional y personal, por su confianza y su humanismo. Gracias por el tiempo invertido en mi formación y por compartir sus conocimientos.

A los miembros de la línea de investigación, en especial a mi comité, la Dra. Norma Edith Cruz Chávez y a la Dra. María de los Ángeles Paz Morales por su contribución académica y asesoría al presente estudio de tesis.

A la Dra. Mariana Vargas Beltrán y la Dra. Yadira Mejía Mejía por la aceptación de mi estancia nacional de investigación en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, por aportar sus conocimientos y recomendaciones para guiar mi tesis.

A mis compañeros y a los profesores del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que me apoyaron, que estuvieron involucrados en mi formación académica, gracias por su transferencia de conocimientos, sus enseñanzas y ser un ejemplo a seguir, comprometidos siempre con los demás, la educación y la profesión de enfermer

Dedicatoria

A mis padres, por ser la raíz de todo lo que soy. Gracias por su amor incondicional, por su ejemplo de esfuerzo y por enseñarme que los sueños se alcanzan con trabajo y humildad. Esta meta es también suya.

A mis abuelos, que ya no están físicamente, pero cuya presencia ha sido constante en mi corazón. Sus valores, su sabiduría y su cariño siguen guiando mis pasos. Este logro lleva su memoria grabada con gratitud y amor eterno.

A mi novia, aunque no estuviste en el proceso completo de este proyecto, también es parte de mi crecimiento para que te sientas orgullosa de mí. Espero que me acompañes en el siguiente paso, donde tu apoyo, tus palabras y tu presencia serán parte fundamental del camino. Estar contigo en esa etapa será, sin duda, el mayor logro de mi carrera como enfermero.

Contenido	Índice	Página
Aprobación de Tesis		i
Declaración del Lugar donde se realizó el Estudio		ii
Agradecimientos		iii
Dedicatoria		iv
Lista de Abreviaturas		v
Lista de Tablas		vi
Resumen		vii
Abstract		viii
Introducción		1
Antecedentes		3
Estudios Relacionados		4
Marco de Referencia		18
Definición de Términos		21
Justificación de Estudio		23
Objetivos		24
Material y Métodos		25
Población, Muestra y Muestreo		25
Criterios de Inclusión y Exclusión		25
Instrumentos de Medición		25
Procedimiento de Recolección de Datos		28
Consideraciones Ética y Bioseguridad		29
Estrategia de Análisis de Datos		31
Resultados		32
Referencias Bibliográficas		55

	Índice	
Contenido		Página
Anexos		59
1. Cédula de Datos Demográficos		60
2. Datos del Nivel Socioeconómico del jefe (NSE) (AMAI, 2024)		61
3. Escala de Confianza Parental de Karitane		62
4. Escala de Autoeficacia de Prácticas Alimentarias		64
5. Cuestionario sobre Prácticas y Estructura de la Alimentación en Niños menores de 6 meses		65
6. Consentimiento informado		67

Lista de Abreviaturas

AMAI	Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión
ANOVA	Análisis de la Varianza
β	Beta
CM	Centímetros
DE	Desviación Estándar
DOF	Diario Oficial de la Federación
EAPA	Escala de Autoeficacia de Prácticas de Alimentación
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FPSQ	Cuestionario de Prácticas y Estructura de Alimentación
H	Prueba de Kruskal Wallis
IMC	Índice de Masa Corporal
IMCz	Puntuación Z del Índice de Masa Corporal
KG	Kilogramo
KPCS	Cuestionario de Autoeficacia Parental
MDN	Mediana
NSE	Nivel Socioeconómico
OI	Obesidad Infantil
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSE	Autoeficacia Parental SPSS Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (del inglés Statistical Package for Social Sciences)
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Z	Prueba de Wilcoxon

Lista de Tablas

Número	Título	Página
1	Análisis de fiabilidad con Alpha de Cronbach	32
2	Características sociodemográficas y antropométricas de la madre y el lactante	34
3	Entorno social y nutricio a los tres meses de edad del lactante a los tres meses de edad del lactante	36
4	Prueba de Kolmogórov-Smirnov para las variables de estudio	37
5	Estadística descriptiva de variables de interés	38
6	Prueba H de Kruskal Wallis para estado civil con variables de interés	40
7	Prueba H de Kruskal Wallis para ocupación y variables de interés	41
8	Prueba H de Kruskal Wallis para el ingreso familiar y variables de interés	42
9	Prueba de Wilcoxon para autoeficacia parental y alimentaria, prácticas de alimentación e IMCz del lactante al nacer y tres meses	44
10	Correlaciones de Spearman entre las principales variables de estudio en la primera medición al nacer del lactante.	47
11	Correlaciones de Spearman entre las principales variables de estudio a los tres meses de edad del lactante.	49

Resumen

Lic. Gerardo Jahir Capetillo Delgado

Título del Estudio: AUTOEFICACIA PARENTAL Y ALIMENTARIA, PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA E IMCz DE LACTANTES: ESTUDIO LONGITUDINAL

Introducción: La obesidad infantil es un problema de salud pública global en aumento, con consecuencias a largo plazo como el desarrollo de enfermedades metabólicas, cardiovasculares y psicológicas. Las prácticas de alimentación perceptiva, que responden adecuadamente a las señales de hambre y saciedad del lactante, son protectoras para un desarrollo nutricional adecuado. A pesar de los avances científicos en alimentación infantil, aún faltan estudios sobre cómo la autoeficacia parental y nutricional influye en la adopción de estas prácticas en la infancia temprana. **Objetivo:** Evaluar los cambios en la autoeficacia parental y alimentaria, así como en las prácticas de alimentación perceptiva de la madre, desde el nacimiento hasta los tres meses de vida del hijo, y analizar su relación con el IMCz del lactante. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, longitudinal y correlacional, con dos mediciones aplicadas al nacimiento y a los tres meses. Se utilizó el cuestionario Karitane Parenting Confidence Scale, Escala de Autoeficacia en Alimentación y Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura. Se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y correlación de Spearman para explorar diferencias y asociaciones de las variables de interés.

Resultados: La autoeficacia parental y alimentaria de las madres fueron moderadamente altas y se mantuvieron estables durante los primeros tres meses. Las prácticas de alimentación a demanda y dirigida por los padres fueron moderadamente altas, la alimentación para calmar y las persuasivas obtuvieron puntajes mas bajos. El IMCz del lactante aumentó significativamente a los tres meses de edad del lactante ($p < .001$). Al nacer se correlacionó la autoeficacia parental y la alimentaria, pero no con las prácticas de alimentación. A los tres meses tanto la autoeficacia parental como alimentaria se correlacionaron con las paracticas de alimentación. La multiparidad, el estado civil casada y el nivel socioeconómico bajo se asociaron positivamente con la autoeficacia parental y alimentaria al nacer mientras que la edad de la madre se correlaciono con la autoeficacia parental y la alimentación a demanda No se encontraron relaciones estadísticamente significativas del IMCz del lactante con las variables de interés.

Conclusiones: Aunque el promedio de las variables de autoeficacia y prácticas de alimentación fueron adecuadas, los puntajes mínimos de estas revelan que existe un subgrupo vulnerable de madres que requieren atención . Así mismo se identifico una aceleración preocupante en el crecimiento ponderal del lactante que amerita vigilancia y, posiblemente, ajustes en la asesoría nutricional de las madres . La experiencia previa, el apoyo conyugal y condiciones socioeconómicas favorables fortalecen la autoeficacia, mientras que las exigencias laborales podrían limitarla. Promover entornos de apoyo desde el nacimiento es clave para una crianza nutritiva y emocionalmente positiva.

Abstract

Lic. Gerardo Jahir Capetillo Delgado.

Study Title: PARENTAL AND FOOD SELF-EFFICACY, PERCEPTIVE FEEDING PRACTICES, AND BMIz OF INFANTS: A LONGITUDINAL STUDY

Introduction: Childhood obesity is a growing global public health problem, with long-term consequences such as the development of metabolic, cardiovascular, and psychological diseases. Perceptive feeding practices, which respond appropriately to infants' hunger and satiety cues, are protective for adequate nutritional development. Despite scientific advances in infant feeding, there is still a lack of studies on how parental and nutritional self-efficacy influences the adoption of these practices in early childhood. **Objective:** To evaluate changes in parental and feeding self-efficacy, as well as in the mother's mindful feeding practices, from birth to three months of age, and to analyze their relationship with the infant's BMI. **Materials and methods:** Quantitative, longitudinal, and correlational study, with two measurements taken at birth and at three months. The Karitane Parenting Confidence Scale, Feeding Self-Efficacy Scale, and Feeding Practices and Structure Questionnaire were used. The Wilcoxon signed-rank test and Spearman's correlation were used to explore differences and associations between the variables of interest. **Results:** Mothers' parental and feeding self-efficacy were moderately high and remained stable during the first three months. On-demand and parent-directed feeding practices were moderately high, while feeding to soothe and persuasive feeding practices scored lower. The infant's BMIz increased significantly at three months of age ($p < .001$). At birth, parental and feeding self-efficacy were correlated, but not with feeding practices. At three months, both parental and feeding self-efficacy were correlated with feeding practices. Multiparity, married marital status, and low socioeconomic status were positively associated with parental and feeding self-efficacy at birth, while maternal age was correlated with parental self-efficacy and feeding on demand. No statistically significant relationships were found between the infant's BMIz and the variables of interest. **Conclusions:** Although the average scores for self-efficacy and feeding practices were adequate, the minimum scores reveal that there is a vulnerable subgroup of mothers who require attention. Likewise, a worrying acceleration in infant weight gain was identified, which warrants monitoring and, possibly, adjustments in nutritional advice for mothers. Previous experience, spousal support, and favorable socioeconomic conditions strengthen self-efficacy, while work demands may limit it. Promoting supportive environments from birth is key to nurturing and emotionally positive parenting.

Introducción

La obesidad infantil (OI) es un problema de salud pública que ha adquirido una magnitud alarmante a nivel mundial, con un aumento sostenido en su prevalencia incluso en los primeros años de vida. Esta condición no solo compromete el bienestar inmediato de los niños, sino que también incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas, cardiovasculares y psicológicas a lo largo de su vida, además de estar asociada con una mayor mortalidad prematura y discapacidad en la adultez (OMS, 2021). En países como Estados Unidos y México, los estudios han evidenciado cifras preocupantes de sobrepeso y obesidad en lactantes, lo que subraya la necesidad de desarrollar estrategias de prevención eficaces desde las primeras etapas del desarrollo infantil. El desarrollo de la obesidad en la infancia es un proceso multifactorial que involucra tanto determinantes biológicos como ambientales (Cárdenas y cols, 2023).

Se ha identificado que el periodo que abarca los primeros 1,000 días de vida es una etapa crítica en la configuración de patrones alimentarios y en la regulación metabólica del niño, debido a la elevada plasticidad cerebral que caracteriza esta etapa. En este contexto, las prácticas de alimentación implementadas por los cuidadores juegan un papel esencial en la prevención del exceso de peso (Alarcón, 2019).

En particular, las prácticas de alimentación perceptiva, que consisten en responder de manera adecuada a las señales de hambre y saciedad del lactante, han sido reconocidas como factores protectores que favorecen un adecuado desarrollo nutricional (Jansen y cols, 2022). No obstante, la implementación de estas prácticas puede verse influenciada por una serie de variables, como el entorno sociocultural y la autoeficacia parental en la alimentación. La autoeficacia parental en la alimentación se refiere a la confianza de los cuidadores en su capacidad para proporcionar una alimentación adecuada al niño. Diversos estudios han señalado que una mayor autoeficacia parental se asocia con una mejor selección de alimentos y la promoción de hábitos alimentarios saludables (Hu y cols, 2023; Rajan y cols, 2020; Walsh y cols, 2019; De Rozza y cols, 2019; Li y Guo, 2018). Sin embargo, aún existen lagunas en el conocimiento sobre cómo esta percepción de autoeficacia influye en la capacidad de los cuidadores para aplicar prácticas de alimentación perceptiva en la primera infancia.

Aunque existe un creciente interés en la prevención de esta problemática, los estudios específicos sobre los factores de riesgo en esta población son limitados. En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo evaluar los cambios de la autoeficacia parental y alimentaria, las prácticas de alimentación perceptiva materna y analizar su relación con el Índice de Masa Corporal Z (IMCz) en lactantes durante sus primeros tres meses de vida. A través de la evaluación de estas variables desde el nacimiento hasta los tres meses, se busca aportar evidencia que contribuya a la generación de programas de prevención y promoción de la salud infantil basados en el fortalecimiento de la autoeficacia parental.

Antecedentes

La Obesidad Infantil (OI) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, con una creciente prevalencia en edades cada vez más tempranas. Se ha identificado que esta condición se asocia con múltiples consecuencias adversas para la salud, incluyendo enfermedades metabólicas, cardiovasculares y psicológicas, así como un mayor riesgo de mortalidad prematura y discapacidad en la adultez (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En países como Estados Unidos, se ha reportado que el 8.1% de los menores de dos años presentan sobrepeso u obesidad. En México, los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) indican que la prevalencia de obesidad en niños menores de 12 meses es del 10.3%, mientras que en aquellos de 12 a 23 meses el riesgo de sobrepeso asciende al 26.1% (Cárdenas y cols, 2023). Esta tendencia al alza subraya la necesidad de implementar estrategias de prevención desde las primeras etapas de la vida.

La OI se define como una acumulación excesiva de grasa que afecta negativamente la salud del niño, con una alta probabilidad de persistir en la edad adulta (OMS, 2021). Existen múltiples factores de riesgo que pueden contribuir a su desarrollo desde el periodo prenatal y la primera infancia. Durante los primeros 1,000 días de vida, la plasticidad cerebral es más alta, lo que permite la adquisición de hábitos alimentarios que impactan en la composición corporal y en la regulación metabólica futura del niño (Alarcón, 2019).

En este contexto, las prácticas de alimentación de los cuidadores desempeñan un papel clave en la prevención de la obesidad infantil (Black y cols, 2020). Las prácticas de alimentación perceptiva, definidas como aquellas en las que el cuidador responde de manera adecuada a las señales de hambre y saciedad del niño, junto con la estructuración de rutinas y límites de apoyo, han sido identificadas como factores protectores para el mantenimiento de un peso saludable en la infancia (Pérez-Escamilla y cols, 2017; Jansen y cols, 2021). Sin embargo, el ejercicio de estas prácticas puede estar influenciado por diversas variables, como el temperamento del niño, el contexto sociocultural y la autoeficacia parental (Russell & Russell, 2018; Rajan y cols, 2019).

La autoeficacia parental en la alimentación hace referencia a la confianza que tienen los cuidadores en su capacidad para tomar decisiones adecuadas en la alimentación del niño. Se ha observado que una mayor autoeficacia parental se asocia con prácticas de alimentación más saludables, lo que incluye la selección de alimentos nutritivos y la promoción de hábitos

alimentarios adecuados (De Rozza y cols, 2019; Hu y cols, 2023). No obstante, aún hay aspectos por explorar sobre cómo la autoeficacia parental y alimentaria influye en la capacidad de los cuidadores para aplicar prácticas perceptivas en la alimentación del lactante (Barret & Thompson, 2021).

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los resultados de la búsqueda de literatura de las variables de estudio. Si bien no se encontró información específica sobre la población objetivo de la presente investigación, sin embargo, los estudios encontrados ofrecen aportes relevantes que contribuyen al abordaje de los objetivos planteados.

Autoeficacia Parental

Hu y cols, 2023, llevaron a cabo una investigación en la ciudad de Wenzhou, China, con el objetivo de examinar las características de la conducta de alimentación materna y la relación entre la edad de las madres, los ingresos personales mensuales y la autoeficacia de los padres. El estudio se centró en un muestreo aleatorio de 134 participantes, todas ellas madres mayores de 18 años con bebés obesos de entre 6 y 12 meses de edad y sin afecciones crónicas.

Los resultados mostraron que la autoeficacia parental (rango 0-480) promedio fue de 356.04 ($DE=48.77$), mientras que los comportamientos alimentarios (rango 38-190) promedio fueron de 145.19 ($DE=21.78$) alto nivel, con una puntuación específica de 64.54 ($DE=9.81$) en la capacidad para proporcionar alimentos saludables. El análisis de regresión lineal mostró que los ingresos personales mensuales, el PSE y el apoyo social juntos explicaron el 28% de la varianza en los comportamientos alimentarios [$F(6, 127) = 9,613, p < 0,001$]. El PSE ($\beta = 0,309, p < 0,05$) y el apoyo social ($\beta = 0,224, p < 0,05$) tuvieron influencias significativamente positivas en los comportamientos alimentarios. El ingreso personal mensual de las madres ($\beta = -0,196, p < 0,05$) tuvo una influencia significativamente negativa en los comportamientos alimentarios entre las madres con bebés obesos.

En un estudio realizado por Abuhammad, 2020 en Irbid, Jordania, se investigaron los predictores de la autoeficacia parental en madres de niños menores de tres años. Este estudio descriptivo transversal se llevó a cabo en centros de salud públicos de la ciudad, con una muestra de 213 madres que cumplían criterios como ser mayores de 18 años, tener un hijo menor de 3 años y poder leer y escribir en árabe. Las participantes fueron seleccionadas por conveniencia durante el alta hospitalaria.

Para medir la autoeficacia parental, se utilizó la herramienta PMP S-E, que evalúa las actitudes de las madres hacia el cuidado de sus bebés en cuatro subescalas: procedimientos de cuidado, lectura de expresiones, conductas de señales y suposiciones de circunstancias (puntuación total 20 a 80; mayor puntuación mayor grado de autoeficacia parental). Los resultados estadísticos descriptivos mostraron que la edad promedio de las madres era de 30,2 años. La mayoría de ellas (78%) había completado al menos una licenciatura, y el 56,3% estaba desempleada. El ingreso familiar medio fue de 887.2 dinares jordanos. La edad promedio de los niños fue de 17 meses, con una distribución de género equilibrada.

El análisis de regresión múltiple reveló que la autoeficacia parental estaba significativamente asociada con varios factores, entre ellos la calidad del matrimonio ($\beta = 3.56$, $p=0.001$), los ingresos familiares ($\beta= 1.97$, $p=0.05$), el nivel educativo de la madre ($\beta = 0.214$, $p=0.004$) y la convivencia con familiares extensos ($\beta = 5.28$, $p=0.02$).

Autoeficacia Parental con Peso

Rajan y cols, 2019 en Estados Unidos, exploraron la interacción entre el temperamento infantil, la autoeficacia parental y el Índice de Masa Corporal (IMC) del hijo y de la madre en una muestra de 204 diadas de madres jóvenes de origen mexicano con hijos de entre 0 y 5 años. Los datos fueron recolectados longitudinalmente. Las tasas de obesidad infantil en esta muestra (6.2% en niños y 7.7% en niñas a los cinco años) fueron bajas en comparación con la prevalencia nacional de obesidad en la primera infancia entre niños latinos de 2 a 5 años (18.0% en niños y 15.2% en niñas). Por el contrario, la tasa de obesidad en las madres adolescentes (25.6%) fue mayor que la prevalencia nacional de obesidad en adolescentes latinas (21.3%) y en adolescentes en general (21.0%).

Los análisis revelaron diferencias significativas de género en las asociaciones entre el temperamento negativo de los niños y el IMC tanto de los niños como de sus madres adolescentes. Específicamente, se encontró que el temperamento negativo de las niñas a los cuatro años estaba positivamente asociado con el IMC de sus madres cuando las niñas tenían cinco años ($\beta= .23$, $DE= .10$, $p=.02$), mientras que esta asociación no fue significativa en los niños ($\beta= .06$, $DE= .21$, $p=.78$). Además, el IMC de las madres adolescentes estaba positivamente asociado con el IMC de sus hijas ($\beta=.31$, $p< .001$), pero no con el de sus hijos varones ($\beta=.18$, $p=.11$)

Al evaluar si la autoeficacia parental modera la relación entre el temperamento negativo del niño y su IMC, y si existen diferencias en esta moderación según el género del niño. Aunque no se encontraron diferencias significativas de género en la moderación de la autoeficacia parental, se identificó que la interacción entre la autoeficacia parental y el temperamento negativo del niño fue un predictor significativo del IMC infantil ($\beta = -.39, p < .001$). El análisis de pendientes simples mostró que existía una asociación negativa significativa entre el temperamento negativo de los niños y su IMC entre aquellos cuyas madres reportaron altos niveles de autoeficacia parental ($\beta = -.65, p = .02$), mientras que la asociación fue positiva y significativa entre los niños cuyas madres reportaron bajos niveles de autoeficacia parental ($\beta = .95, p < .001$). Estos resultados sugieren la importancia de considerar tanto el temperamento infantil como la autoeficacia parental en la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil.

Síntesis de Autoeficacia Parental

En el estudio de Hu y cols, 2023 en Wenzhou, China, encontró una correlación significativa entre la autoeficacia parental y los comportamientos alimentarios, se sugiere que la autoeficacia puede influir en las decisiones alimentarias. Por otro lado, el estudio de Rajan y cols, 2019 en Estados Unidos exploró la interacción entre el temperamento infantil, la autoeficacia parental y el IMC en madres jóvenes de origen mexicano. Se observó que el temperamento infantil negativo se asociaba con un IMC más alto en niños cuyas madres eran adolescentes y tenían baja autoeficacia parental, mientras que la alta autoeficacia parental actuaba como un factor protector.

Autoeficacia Alimentaria

Walsh y cols, 2019 indagaron sobre la autoeficacia parental en el desarrollo de conductas alimentarias en padres para fomentar la dieta en niños de 4 a 36 meses. La población objeto de estudio estuvo compuesta por 195 padres en Australia. El primer objetivo del estudio fue examinar el seguimiento de la autoeficacia paterna para promover ingestas dietéticas protectoras contra la obesidad en niños de entre cuatro y 36 meses. Los resultados indicaron una disminución significativa en la autoeficacia paterna promedio entre los 4 y 36 meses de edad del niño, pasando de 3.2 (DE = 0.40) a 2.9 (DE = 0.50) puntos en la escala de autoeficacia ($p = 0.02$). Además, se observó que la mayoría de los padres se encontraban en las categorías de autoeficacia persistentemente alta (44%) o autoeficacia decreciente (35%).

Se buscó identificar qué características demográficas influían en cambios de autoeficacia parental para promover dietas saludables en hijos menores de 36 meses. Los padres con educación superior tenían menos probabilidad de mostrar baja o variable autoeficacia. Edad e IMC no mostraron efecto significativo

El tercer objetivo fue examinar las asociaciones entre la autoeficacia parental para promover ingestas dietéticas protectoras contra la obesidad en sus hijos pequeños y la ingesta dietética de los niños a los 36 meses de edad. Los resultados mostraron que una autoeficacia paterna persistentemente alta se asoció con un mayor consumo de agua y un menor consumo de bebidas no esenciales por parte de los niños. Asimismo, un aumento en la autoeficacia paterna se asoció con una mayor ingesta de frutas y vegetales, y un menor consumo de bebidas no esenciales. Por el contrario, una disminución en la autoeficacia paterna se asoció con un menor consumo de frutas, vegetales y agua, y un mayor consumo de bebidas no esenciales. La autoeficacia paterna explicó el 36% de la varianza en la ingesta dietética infantil a los 36 meses de edad.

En un estudio descriptivo-correlacional realizado por Kiyaeimolasaraei y cols, 2022, exploró la relación entre la autoeficacia paterna en la lactancia materna y las prácticas de alimentación de los lactantes y niños pequeños tres meses después del parto. La investigación se llevó a cabo en un hospital de Karaj con una muestra inicial de 220 parejas, de las cuales 206 completaron el estudio. De los 206 participantes finales, el 50,5% (104) de los recién nacidos fueron niñas y el 49,5% (102) niños. En cuanto al tipo de parto, el 50% de los nacimientos fueron por parto vaginal (103), mientras que el otro 50% fueron cesáreas (103). Además, el 85,9% de las madres informaron haber recibido un apoyo paterno adecuado para la lactancia materna tres meses después del parto, mientras que el 2,4% de los padres se opusieron a la lactancia materna.

Aunque no se encontró una correlación significativa entre las puntuaciones de autoeficacia de los padres y la práctica de alimentación de los lactantes, sí se observó una relación significativa entre la autoeficacia paterna y la asistencia a clases prenatales ($p=0.003$), así como la cooperación en la atención prenatal ($p=0.001$). No se halló una relación significativa entre la autoeficacia paterna y variables como la edad ($p=0.949$), nivel educativo ($p=0.731$), ocupación ($p=0.822$) o ingresos ($p=0.634$). La autoeficacia paterna no se correlacionó directamente con las prácticas de alimentación infantil tres meses después del parto. Sin embargo, el apoyo paterno a la lactancia materna sí tuvo una asociación significativa con las prácticas de alimentación infantil ($p=0.006$), lo

que sugiere que la participación del padre en el cuidado prenatal y el apoyo a la lactancia materna son factores importantes en la alimentación infantil durante los primeros meses posparto

Autoeficacia Alimentaria en Lactancia Materna

De Rozza y cols, 2019 exploraron en 258 madres en Singapur la contribución de factores sociodemográficos, la autoeficacia alimentaria y la percepción del suministro de leche insuficiente en niños de 3 a 6 meses de edad. Todas las madres reportaban una educación formal, y de ellas el 85% había completado educación en bachillerato. La puntuación media inicial en el BSES-SF fue de 52 (IQR 44-59), indicando un nivel alto según los parámetros de la escala. Se observaron puntuaciones significativamente más elevadas en madres que continuaron con la lactancia materna exclusiva a los 3 y 6 meses ($p < 0.001$) en comparación con aquellas que la suspendieron.

Li y cols, 2018, llevaron a cabo un estudio sobre la autoeficacia alimentaria en la lactancia materna, donde uno de los objetivos principales fue identificar los factores sociodemográficos asociados con la autoeficacia materna en la lactancia materna, en China. La muestra consistió en 801 mujeres trabajadoras seleccionadas por conveniencia. En el ámbito de la lactancia, se encontró que el 52,2% ($n=418$) de las participantes experimentaron problemas en la lactancia. Además, el 37,1% ($n = 297$) percibió un suministro insuficiente de leche, a pesar de que el 82,4% ($n = 660$) había participado en clases de lactancia. Sin embargo, solo el 37,1% ($n = 297$) optó por la lactancia exclusiva.

En un estudio longitudinal de Assunção y cols, 2023, se evaluó la autoeficacia en la lactancia materna de madres de recién nacidos prematuros y a término durante 180 días, con el objetivo de identificar los factores que afectan la práctica de la lactancia materna exclusiva. Se incluyeron madres en el posparto inmediato que cumplían ciertos criterios, como ser mayores de 18 años, no tener antecedentes de ansiedad o depresión y contar con acceso telefónico para el seguimiento. Se empleó un cuestionario que abarcaba factores socioeconómicos, obstétricos y neonatales, y la autoeficacia se midió a través de la Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna (BSES), que clasifica la autoeficacia en baja, media o alta, según una escala de puntuaciones de 33 a 165. La continuidad de la lactancia materna fue monitoreada mediante llamadas telefónicas en los días 30, 120 y 180, siguiendo los criterios de lactancia materna exclusiva de la OMS.

Se encontró que el 69,2% de las madres de bebés prematuros con alta autoeficacia mantenían la lactancia materna exclusiva en los días 30, 120 y 180. Sin embargo, no hubo resultados concluyentes para las madres con baja o media autoeficacia en esos mismos períodos.

Los resultados sugieren que, aunque la alta autoeficacia está relacionada con una mayor práctica de lactancia materna exclusiva en madres de bebés prematuros, en general, la autoeficacia materna no parece ser un factor clave en la duración y exclusividad de la lactancia.

Autoeficacia Alimentaria con Autoeficacia Parental

Gessulat y cols, 2023 llevaron a cabo una investigación en Alemania con el objetivo de determinar si la autoeficacia parental y la autoeficacia específica en nutrición pueden ser evaluadas de manera independiente y la posible influencia de variables como el nivel educativo de los padres y los ingresos familiares en la autoeficacia parental. Este estudio se basó en los datos del estudio AquaFam, que realizó un seguimiento de familias participantes y no participantes en el programa de apoyo familiar "Chancenreich", implementado en la ciudad de Herford, Alemania. El programa está dirigido a familias con recién nacidos, y su objetivo es promover las habilidades parentales y el desarrollo infantil. La muestra incluyó a todas las familias del estudio, independientemente de su participación en el programa.

Los resultados la autoeficacia parental general fue de ($M=3.14$, $DE=0.60$) y la autoeficacia en nutrición ($M=4.14$, $DE=0.65$) ($p<0.01$). Se observó que los participantes con título universitario mostraron una mayor autoeficacia en la gestión responsable de los medios ($\beta=0.15$, $DE=0.06$, $p=0.007$), pero menor autoeficacia en el cuidado de un niño enfermo ($\beta=-0.14$, $DE=0.07$, $p=0.040$) en comparación con aquellos sin título universitario ($\beta=-0.45$, $p<0.01$; $DE=0.88$). En conclusión, los hallazgos respaldan la distinción empírica entre la autoeficacia general y la autoeficacia específica. Se sugiere que la evaluación de la autoeficacia parental debe considerar tanto aspectos generales como tareas específicas, lo cual es crucial para comprender y abordar adecuadamente los desafíos relacionados con la crianza y la alimentación infantil.

Chen y Chien, 2022, llevaron a cabo una investigación en China con el objetivo de examinar los síntomas depresivos maternos en el postparto, la alimentación receptiva y explorar el posible papel mediador de la autoeficacia alimentaria en relación con las expectativas de resultados y se centró en una muestra de 487 mujeres. Se identificó el nivel educativo de las madres como un aspecto de interés, incluido en el estudio durante el embarazo como parte de la muestra. Durante los tres períodos evaluados (durante el embarazo, al mes siguiente al parto y a los tres meses de vida del bebé), se obtuvieron puntuaciones medias significativas. Las puntuaciones para alimentación receptiva, autoeficacia alimentaria y expectativas de resultados alimentarios fueron 28,8 ($DE=5,80$), 16,5 ($DE=3,00$) y 11,4 ($DE=4,40$), respectivamente.

Se encontró una correlación significativa entre la alimentación receptiva y la autoeficacia alimentaria ($r=0,26$, $p= 0,001$), destacando la relación entre estos dos elementos clave. La asociación entre los síntomas depresivos maternos y una alimentación receptiva fue identificada y se observó que esta relación estaba mediada por la autoeficacia alimentaria. En otras palabras, la autoeficacia alimentaria demostró ser un factor clave que influye en diversas variables de estudio, como la depresión postparto y la práctica de la lactancia materna exclusiva. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la autoeficacia como un elemento relevante en la salud materna y en las prácticas relacionadas con la alimentación infantil.

Síntesis de Autoeficacia Alimentaria

En diversos estudios, como el de Walsh y cols, 2019 sobre la autoeficacia parental en el desarrollo de conductas alimentarias y De Rozza y cols, 2019 en Singapur sobre lactancia materna, se destaca la influencia del nivel educativo en la promoción de prácticas alimentarias saludables. Además, Li y cols, 2018 enfatizan la necesidad de educación específica en lactancia, especialmente para primíparas. Gessulat y cols, 2023 exploraron la correlación entre la autoeficacia parental y la específica en nutrición en Alemania, subrayando la importancia de evaluar ambas dimensiones. Chen y Chien, 2022, en China, resaltaron la relevancia de la autoeficacia alimentaria como mediadora en la relación entre síntomas depresivos maternos y la alimentación receptiva, subrayando la importancia de abordar la autoeficacia en la salud materna y en las prácticas alimentarias infantiles. En conjunto, estos estudios subrayan la compleja interacción entre la autoeficacia, la educación y la dinámica familiar para fomentar hábitos alimentarios saludables en niños.

Prácticas de Alimentación Perceptiva

Barrett y Thompson en 2021 abordaron la pregunta: ¿Existen asociaciones entre las percepciones de los padres sobre las conductas alimentarias y el tamaño corporal mediados por las prácticas de alimentación infantil? El estudio analizó percepciones parentales sobre conductas alimentarias y tamaño corporal, centrándose en un aspecto crítico: el apetito general en relación con el peso del lactante, donde se observó una significativa asociación ($\beta= 0.15$, $p= <0.05$, $DE=0.06$). Además, se examinaron respuestas a los alimentos, vinculadas al peso del lactante ($\beta=0.05$, $DE=0.06$), y la irritabilidad por la comida, revelando una conexión con el peso del lactante ($\beta=-0.02$, $DE=0.06$). Estos hallazgos sugieren una relación temprana entre el tamaño corporal y las conductas alimentarias, influidas por las percepciones parentales, destacando la

importancia de los entornos de desarrollo durante estas etapas iniciales. Se identificó una asociación significativa entre el apetito general y el peso del lactante ($\beta = 0.15$, $p < 0.05$, $DE = 0.06$), así como entre las respuestas a los alimentos y el peso del lactante ($\beta = 0.05$, $DE = 0.06$). Por otro lado, se encontró una relación inversa entre la irritabilidad por la comida y el peso del lactante ($\beta = 0.02$, $DE = 0.06$). Estos resultados destacan la influencia que las percepciones parentales ejercen sobre las conductas alimentarias y el tamaño corporal desde edades tempranas.

El estudio no encontró asociación con la percepción de los padres sobre las conductas alimentarias, lo que sugiere la necesidad de considerar el tamaño de la muestra y abogar por análisis más específicos, especialmente en poblaciones más reducidas. Se destaca la importancia de futuras investigaciones que profundicen en prácticas de alimentación específicas para enriquecer la comprensión de las relaciones entre las percepciones parentales, las conductas alimentarias y el tamaño corporal en las etapas iniciales del desarrollo infantil.

Ardic y cols, 2019 se plantearon el objetivo de determinar el efecto de la alimentación (horarios de lactancia materna, de lactancia materna exclusiva, de alimentación nocturna con biberón) y las características maternas (aumento de peso durante el embarazo, IMC, nivel socioeconómico) sobre el sobrepeso y la obesidad infantil en niños de hasta a 36 meses. Se incluyeron a 294 niños sanos. El peso medio de los bebés a los 36 meses fue de 14,6 kilogramos, 6 bebés (2 %) tenían sobrepeso, 20 bebés (7 %) eran obesos. El IMC promedio de las madres que participaron en el estudio fue de 26,7 kg/m². Además, 107 madres (36 %) tenían sobrepeso y 55 madres (19 %) eran obesas. Las variables relacionadas con los hábitos alimentarios de los bebés son especialmente importantes en la primera infancia, y que el tiempo de lactancia exclusiva, el momento de introducción de alimentos sólidos y los valores del IMC de las madres tienen efecto sobre el sobrepeso y la obesidad en la primera infancia.

Se identificaron que variables asociadas con los hábitos alimentarios de los bebés, como el tiempo de lactancia exclusiva y el momento de introducción de alimentos sólidos, junto con los valores del IMC de las madres, ejercen efecto sobre el sobrepeso y la obesidad en la primera infancia. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar factores específicos relacionados con la alimentación y las características maternas en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad infantil. Los resultados sugieren que los hábitos alimentarios en la primera infancia, incluido el tiempo de lactancia exclusiva y la introducción de alimentos sólidos, así como los valores del IMC materno, son elementos críticos en la determinación del sobrepeso y la obesidad en niños de hasta

36 meses. La comprensión de estos factores puede proporcionar un enfoque más preciso en la prevención y manejo de la obesidad infantil.

Naja y cols, 2023 llevaron a cabo una evaluación de las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños en el Líbano, con el objetivo de investigar las asociaciones con factores sociodemográficos y de estilo de vida. La población estudiada consistió en 469 madres con sus hijos. La distribución por edades fue la siguiente: 21,7% menores de seis meses ($M \pm DE$: $2,8 \pm 1,8$ meses), 31,6% entre 6 y 11 meses ($M \pm DE$: $9,0 \pm 1,7$ meses) y 46,7% entre 12 y 23 meses ($M \pm DE$: $18,4 \pm 3,6$ meses). La introducción de alimentos sólidos o blandos desde los seis a los ocho meses de edad fue cumplida por el 96,2% de los participantes. El estudio reveló que el 48,9% de los niños de edades entre 6 y 23 meses consumían alimentos no saludables, y casi el 37% había consumido una bebida dulce el día anterior a la entrevista.

Asimismo, se observó que la edad materna avanzada se asoció con menores probabilidades de cumplir con una dieta adecuada, mientras que la edad del niño y el apoyo de la pareja a la lactancia materna se vincularon con mayores probabilidades de cumplir con una dieta apropiada. El estudio subraya la importancia de las prácticas de alimentación en lactantes y niños pequeños, destacando que la introducción oportuna de alimentos sólidos es alta, pero la presencia de alimentos no saludables en la dieta es preocupante. Además, la investigación resalta que la edad materna avanzada se asocia con menores posibilidades de cumplir con una dieta adecuada, mientras que la edad del niño y el apoyo de la pareja a la lactancia materna se asocian con mayores probabilidades de cumplir con una dieta apropiada.

Rodríguez-Cano y cols, 2020 llevaron a cabo una evaluación en México con el objetivo de analizar la asociación de prácticas de alimentación infantil, incluyendo amamantamiento, momento de introducción de la alimentación complementaria e inicio de la alimentación complementaria con azúcares, en una población de 166 mujeres embarazadas que completaron el estudio. En relación con las prácticas de alimentación, el 28,3% ($n = 30$) de los niños recibieron lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses, y a los 12 meses, solo el 33,3% ($n = 35$) continuó recibiendo leche materna.

La media de edad inicio de la alimentación complementaria fue de $4,2 \pm 1,2$ meses; sin embargo, se registró un inicio más temprano al mes de vida. Se identificaron prácticas inadecuadas de alimentación infantil en este grupo de bebés mexicanos, como un bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva, inicio temprano de la alimentación complementaria e introducción prematura

de azúcares. Estas prácticas podrían estar asociadas con un aumento de la adiposidad. Se observó que el inicio de alimentos sólidos antes de los 4 meses de edad se asoció con un aumento de la grasa abdominal a los 12 meses. El estudio resalta prácticas preocupantes de alimentación infantil en la población mexicana, incluyendo un bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva y prácticas inapropiadas en la introducción de alimentos complementarios y azúcares.

Estas prácticas se asocian con un aumento de la adiposidad, especialmente cuando se inician alimentos sólidos antes de los 4 meses de edad, subrayando la importancia de intervenciones y educación temprana para promover prácticas de alimentación saludables desde la infancia.

En el estudio de Burnett y cols, 2022, el objetivo fue analizar las asociaciones bidireccionales entre las prácticas de alimentación parental, los rasgos apetitivos de los lactantes y el índice de masa corporal estandarizado (IMCz) del lactante, así como las trayectorias autorregresivas de estas variables a lo largo del tiempo. La investigación se llevó a cabo en Australia y se centró en padres de lactantes menores de seis meses. Se excluyó a aquellos cuyos bebés no cumplían con ciertos criterios, como tener más de 6 meses al inicio del estudio, haber nacido prematuramente, pesar menos de 2,500 g al nacer, vivir fuera de Australia o tener problemas de salud que afectaran su alimentación. Los datos se recolectaron utilizando el Cuestionario de Prácticas y Estructura Alimentarias (FPSQ) y el Cuestionario sobre la Conducta Alimentaria del Lactante (BEBQ), mientras que las medidas de peso y longitud del bebé fueron registradas por profesionales de la salud.

En términos de estadística descriptiva, los resultados mostraron lo siguiente: Alimentación a demanda: la media de esta práctica aumentó significativamente a lo largo del estudio, pasando de 2.02 ($DE=0.84$) en el primer momento (T1) a 3.49 ($DE=0.70$) en el tercer momento (T3). La desviación estándar (DE) indica la variabilidad en las respuestas, siendo menor en T3, lo que sugiere una tendencia más uniforme hacia la alimentación a demanda con el tiempo. Uso de la comida para calmar: esta práctica disminuyó durante el estudio, con medias que bajaron de 2.54 ($DE=0.83$) en T1 a 1.83 ($DE=0.54$) en T3. La reducción en la desviación estándar en T3 indica una menor variabilidad en la práctica de usar la comida para calmar, sugiriendo una disminución más consistente entre los participantes. Alimentación persuasiva: Mostró un ligero incremento a lo largo del estudio, con medias que aumentaron de 1.94 ($DE=0.75$) en T1 a 2.44 ($DE=0.65$) en T3.

La reducción en la desviación estándar en T3 sugiere una mayor uniformidad en el uso de la alimentación persuasiva a medida que avanzaba el tiempo.

El IMCz mostró un incremento constante, con medias que subieron de 0.28 ($DE=1.31$) en T1 a 0.47 ($DE=1.35$) en T3. La desviación estándar muestra una ligera variabilidad en las mediciones del IMCz, indicando diferencias en el aumento del IMCz entre los lactantes a lo largo del estudio. Los resultados sugirieron que las asociaciones entre las prácticas de alimentación, los rasgos apetitivos y el IMC del lactante presentan una continuidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, muchas de las asociaciones esperadas no fueron estadísticamente significativas, lo que indica la necesidad de investigaciones adicionales para entender mejor cómo los bebés y los padres se influyen mutuamente en términos de alimentación y desarrollo del IMC.

En el estudio de Bushaw y cols, 2020, el objetivo fue comprender los factores maternos asociados con las creencias y prácticas de alimentación infantil en madres multíparas que habían tenido un parto prematuro previo. El estudio también buscó identificar qué factores estaban asociados con la preocupación por el hambre del bebé, la preocupación por comer en exceso o tener sobrepeso, y la conciencia de las señales de hambre y saciedad del bebé. Además, se exploró si las madres con baja autoestima tenían creencias y prácticas alimentarias diferentes en comparación con las madres con alta autoestima. El diseño del estudio fue un ensayo clínico aleatorizado (ECA) prospectivo, que evaluó la eficacia de una intervención de visitas domiciliarias para mejorar los resultados de salud materna e infantil. La muestra estuvo compuesta por 112 mujeres embarazadas que eran multíparas con un historial de parto prematuro.

Las puntuaciones para la subescala “Conciencia de las señales de hambre y saciedad del bebé” tendieron a estar en el rango alto de la escala posible de 0 a 4, con una mediana de 4.0 y un rango intercuartílico (IQR) de 3.5 a 4.0, indicando que la mayoría de las madres se mostraron muy conscientes de las señales de hambre y saciedad del bebé. En contraste, las puntuaciones para las subescalas de “Preocupación por el hambre del bebé” y “Preocupación por comer en exceso o tener sobrepeso” tendieron a estar en el rango bajo de la escala, con medianas menores a 1, lo que sugiere una menor preocupación en estos aspectos. La lactancia del último bebé, el 68% de las mujeres informaron haber amamantado a su último bebé. La lactancia mostró una correlación positiva, aunque no significativa, con la conciencia de las señales de hambre y saciedad del bebé ($r=0.12$, $p=0.220$). Esto indica una ligera tendencia a que las madres que amamantaron a su último bebé podrían estar un poco más atentas a las señales de hambre y saciedad, pero esta asociación no

fue estadísticamente significativa. Sin embargo, la edad de la madre mostró una correlación negativa significativa con la preocupación por el hambre del bebé ($r=-0.40$, $p<0.001$), sugiriendo que a medida que aumenta la edad de la madre, su preocupación por el hambre del bebé tiende a disminuir. Esto indica que las madres más jóvenes tienden a estar más preocupadas por el hambre de sus bebés en comparación con las madres mayores.

Por último, los niveles educativos también estaban negativos significativamente, asociados con la preocupación por el hambre del bebé ($r=-0.33$, $p<0.001$). Esto sugiere que las madres con niveles educativos más altos tienden a estar menos preocupadas por el hambre del bebé en comparación con aquellas con niveles educativos más bajos. La lactancia materna previa muestra una tendencia positiva hacia una mayor conciencia de las señales de hambre y saciedad, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística. La edad y el nivel educativo de la madre influyen significativamente en la preocupación por el hambre del bebé, con madres más jóvenes y con menor nivel educativo mostrando mayor preocupación.

El estudio de Lipsky y cols, 2023, se llevó a cabo en un estudio de cohorte observacional con el objetivo de examinar cómo las prácticas alimentarias de los padres y las exposiciones alimentarias tempranas se asocian prospectivamente con los rasgos apetitivos de los niños a los 3.5 años. La muestra incluyó 160 días madre-hijo, donde un tercio de la muestra no era blanca, y la mayoría de las madres tenía al menos un título universitario (80%). La edad materna promedio al inicio del embarazo fue de 30.5 años. Entre los instrumentos utilizados, las madres informaron sobre la alimentación de sus bebés (leche materna o fórmula), lo que permitió calcular la duración de la lactancia materna. Además, se empleó el Cuestionario Alimentos para calmar a los 6 semanas, 6 meses y 12 meses, evaluando la frecuencia con la que las madres usaban alimentos para calmar a sus bebés angustiados, con respuestas medidas en una escala de 5 puntos.

Los resultados descriptivos muestran que la duración media de la lactancia materna fue de aproximadamente nueve meses, con un 25% de la muestra amamantando durante 4.5 meses y el 50% durante casi un año. Además, la alimentación para calmar en diferentes etapas se correlacionó positivamente con la alimentación permisiva a los dos años. A los 12 meses, la alimentación para calmar se correlacionó inversamente con la frecuencia de alimentación con frutas ($r=-0.20$, $p=0.03$) y positivamente con la alimentación con dulces ($r=0.25$, $p=0.04$). Asimismo, la alimentación permisiva a los dos años se correlacionó positivamente con la frecuencia de alimentación discrecional de alimentos salados ($r=0.25$, $p=0.01$) y dulces ($r=0.22$, $p=0.09$).

Las correlaciones significativas observadas sugieren patrones en la relación entre las prácticas alimentarias de los padres y los comportamientos alimenticios posteriores de los niños. Las correlaciones positivas indican una asociación directa, mientras que las negativas sugieren una relación inversa entre las variables.

En conclusión, el estudio sugiere que las prácticas alimentarias de los padres, como la alimentación para calmar y la alimentación permisiva, pueden influir en la ingesta de alimentos y los rasgos apetitivos de los niños a los tres años y medio. Esto destaca la posibilidad de que las intervenciones en las primeras etapas de la vida tengan un impacto duradero en los hábitos alimenticios y la calidad de la dieta infantil.

Síntesis de prácticas de alimentación perceptiva

Los estudios revisados destacan importantes hallazgos sobre la relación entre las prácticas de alimentación infantil y el crecimiento físico en los primeros años de vida, pero también revelan áreas que requieren mayor investigación. Barrett y Thompson, 2021 encontraron que las percepciones parentales sobre el apetito del bebé y su peso estaban significativamente asociadas, lo que sugiere que las prácticas de alimentación influenciadas por estas percepciones podrían impactar el tamaño corporal del niño. Sin embargo, no se encontró asociación con otras conductas alimentarias percibidas por los padres, lo que subraya la necesidad de estudios más específicos, especialmente en poblaciones más reducidas, para comprender mejor estas relaciones. Ardic y cols, 2019 identificaron que la duración de la lactancia materna exclusiva y el momento de la introducción de alimentos sólidos, junto con el IMC materno, influyen en el riesgo de sobrepeso y obesidad en la primera infancia. Aunque el estudio resalta la importancia de estos factores, se requiere más investigación para detallar cómo estos y otros hábitos alimentarios en la primera infancia pueden ser modificados para prevenir la obesidad infantil de manera más efectiva.

Naja y cols, 2023 destacaron que, aunque la mayoría de los niños libaneses incluidos en el estudio introdujeron alimentos sólidos de manera oportuna, un porcentaje considerable de ellos consumía alimentos no saludables, como bebidas azucaradas.

Además, la edad materna avanzada se relacionó con menores probabilidades de seguir una dieta adecuada para el niño, mientras que el apoyo de la pareja a la lactancia materna se asoció con una mejor dieta. Futuros estudios deberían explorar cómo mejorar las prácticas alimentarias en contextos donde la introducción de alimentos saludables es limitada. Así como Rodríguez-Cano y

cols, 2020 encontraron en México un bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva y un inicio temprano de la alimentación complementaria, lo que se asoció con un aumento de la adiposidad infantil.

Aunque se identificaron prácticas de alimentación negativas, se necesita más investigación para desarrollar intervenciones educativas efectivas que promuevan una mejor nutrición desde la infancia. Burnett y cols, 2022 exploraron las asociaciones bidireccionales entre las prácticas de alimentación parental y los rasgos apetitivos de los lactantes en Australia. Aunque se observaron patrones consistentes a lo largo del tiempo, muchas de las asociaciones esperadas no fueron significativas, lo que indica la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor cómo las prácticas parentales y las características del bebé influyen mutuamente en el desarrollo del IMC.

Bushaw y cols, 2020 destacaron que las madres jóvenes y con menor nivel educativo estaban más preocupadas por el hambre de sus bebés, mientras que las madres con más experiencia y educación mostraban menos preocupación. Aunque se identificaron tendencias en las creencias y prácticas de alimentación en madres multíparas con antecedentes de parto prematuro, aún es necesario estudiar más profundamente cómo factores como la autoestima materna afectan estas prácticas y su impacto en el desarrollo infantil. Finalmente, Lipsky y cols, 2023 sugieren que las conductas alimentarias de los padres, como la alimentación permisiva y el uso de alimentos para calmar, pueden influir en los hábitos alimenticios de los niños a los 3.5 años. En conjunto, estos estudios subrayan la importancia de las prácticas de alimentación en los lactantes y cómo las percepciones y conductas parentales pueden influir en el desarrollo físico y comportamental de los niños. Sin embargo, aún queda por investigar más sobre las estrategias específicas que pueden mejorar estas prácticas y reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil en diferentes contextos socioculturales.

Marco de Referencia

En el siguiente apartado se describen los conceptos a estudiar.

Autoeficacia

La autoeficacia, según la teoría de Bandura (1986), se define como la creencia en la capacidad personal para ejecutar una tarea o actividad específica para alcanzar un resultado deseado. Esta creencia es una parte fundamental del proceso de autorregulación y determina en gran medida el nivel de esfuerzo y perseverancia que una persona está dispuesta a invertir en una actividad. Bandura enfatiza que la autoeficacia no es una medida de las habilidades reales de una persona, sino más bien una evaluación subjetiva de su capacidad para utilizar esas habilidades con éxito en una situación dada. La autoeficacia puede ser de dos tipos:

La autoeficacia general, es la creencia de la propia capacidad para enfrentar una- amplia gama de situaciones y desafíos en la vida. Esta forma de autoeficacia influye en la disposición de una persona para asumir nuevos retos y persistir en la búsqueda de metas a largo plazo. La autoeficacia específica, se refiere a la creencia en la capacidad de una persona para realizar una tarea o actividad particular en un contexto específico. Esta forma de autoeficacia varía según las diferentes áreas de la vida y las situaciones específicas. Para este estudio la autoeficacia general se abordará como autoeficacia parental y la autoeficacia específica será estudiada como autoeficacia de alimentación.

Autoeficacia Parental (AP), se define como las creencias, percepciones o evaluaciones que un padre posee acerca de su habilidad para planificar y llevar a cabo una serie de responsabilidades asociadas con el cuidado y la educación de su hijo (De Montigny y Lacharité, 2005), aplicando este concepto para padres con hijos menores de 12 meses. Črnčec, 2008, define la autoeficacia parental como la confianza que los padres tienen en su capacidad para cuidar, educar y criar a sus hijos de manera efectiva. Las dimensiones abordadas por este autor son consideradas para capturar diferentes aspectos de la confianza de los padres en su capacidad para manejar situaciones cotidianas relacionadas con el cuidado de los niños son las siguientes:

Percepciones de la Capacidad de Crianza: Se refiere a las creencias y percepciones de los padres sobre su habilidad para criar efectivamente a sus hijos. Evalúa la confianza de los padres en satisfacer las necesidades físicas, emocionales y sociales de sus hijos, así como enfrentar desafíos en la crianza.

Apoyo Disponible para la Crianza: Se centra en la percepción de los padres sobre el nivel de apoyo y recursos disponibles en el proceso de crianza. Incluye aspectos como el apoyo emocional de familia y amigos, acceso a servicios de salud, y disponibilidad de información sobre crianza.

Percepciones Sobre el Desarrollo Infantil: Aborda creencias y conocimientos de los padres sobre el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de sus hijos. Evalúa la comprensión de los padres sobre las etapas del desarrollo infantil, habilidades y necesidades típicas, así como su confianza en apoyar el desarrollo saludable de sus hijos.

Se ha demostrado que la autoeficacia parental afecta las emociones, la motivación, la cognición y las respuestas de los padres a la conducta del bebé, y puede desempeñar un papel en las prácticas de alimentación del bebé que eligen los padres (Koh y cols, 2014).

Además, la autoeficacia parental está asociada con el crecimiento del bebé debido a varias razones: si los padres tienen una alta autoeficacia, podrán transitar eficazmente a la paternidad con mejores habilidades de toma de decisiones y una buena adaptación psicológica (Amin y cols, 2018). Es decir, los padres se adhieren a prácticas alimentarias saludables, conductas de crianza adaptativas y un estilo de alimentación positivo que previenen la obesidad infantil (Bahorski y cols, 2020).

Autoeficacia Alimentaria: Esta se define como la confianza en la capacidad para amamantar o preparar biberones de forma adecuada, la seguridad en la identificación de señales de hambre y saciedad del bebé, la habilidad para introducir alimentos sólidos de manera apropiada según la etapa de desarrollo del lactante, entre otras (Jannsen y cols, 2020). Estas dimensiones pueden variar dependiendo de la cultura, el contexto socioeconómico y las prácticas de crianza de cada familia, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2016). Este enfoque establece las bases para hábitos alimentarios saludables a lo largo de la vida y mejora las interacciones madre-hijo (UNICEF, 2016; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

Prácticas de Alimentación Perceptiva de la Madre

Las prácticas de alimentación perceptiva de la madre juegan un papel fundamental en el desarrollo de hábitos alimentarios saludables y en la regulación del peso de los niños desde edades tempranas. Los niños nacen con la capacidad de reconocer el hambre y la saciedad y la capacidad de autorregular su ingesta de alimentos (Birch y cols, 1991). Esta capacidad de autorregular la ingesta de energía se ve reforzada cuando se les indica verbalmente a los niños que atiendan su

hambre y saciedad. Sin embargo, los padres pueden anular involuntariamente las señales internas de hambre y saciedad de los niños pequeños al controlar la ingesta de alimentos, restringirlos o utilizarlos para recompensar y fomentar el comportamiento (Bante y cols, 2008).

Las prácticas de alimentación perceptiva en la alimentación en los lactantes (0-24 meses) y su influencia con el peso corporal ha sido objeto de investigación por Janssen, 2021, los cuales han definido a las prácticas parentales de alimentación infantil como comportamientos específicos utilizados por los padres durante la alimentación del lactante y los clasifican en dos dimensiones principales: *estructura* y *no respuesta*. Estas dimensiones se relacionan estrechamente con la capacidad de los padres para ofrecer una alimentación saludable y al mismo tiempo permitir que el niño desarrolle habilidades de autorregulación en su ingesta de alimentos.

Estructura. Se refiere a la capacidad de los padres para proporcionar un entorno de alimentación que sea consistente y saludable. Esto implica no solo ofrecer alimentos nutritivos, sino también estar atentos a las señales de hambre y saciedad del niño, fomentando así su autonomía y autorregulación en la ingesta de energía. Dentro de esta dimensión, se destacan dos subescalas importantes:

Alimentación a Libre Demanda. En esta práctica, el niño tiene la libertad de decidir cuándo y cuánto desea alimentarse, lo que promueve una relación saludable con la comida y su propio cuerpo. Sin embargo, es importante considerar si esta estrategia es beneficiosa en todas las etapas del desarrollo infantil.

Ambiente Familiar en las Comidas. El contexto en el que se llevan a cabo las comidas familiares también es crucial. La presencia de otros miembros de la familia durante las comidas y compartir la misma comida puede influir en los hábitos alimentarios del niño y en su relación con la comida.

No Respuesta. Aborda las prácticas de alimentación que pueden interferir con la capacidad del niño para regular su ingesta de alimentos y responder a las señales internas de saciedad. Esta dimensión incluye cuatro subescalas significativas:

Alimentación Dirigida por los Padres. En este caso, son los padres quienes toman todas las decisiones relacionadas con la alimentación del niño, incluyendo cuándo y cuánto debe comer, lo que puede limitar la autonomía y autorregulación del niño en la ingesta de alimentos

Alimentación Persuasiva. Esta práctica implica que los padres presionen al niño para que coma más, incluso cuando esta muestra signos de saciedad, lo que puede interferir con su capacidad para reconocer sus propias señales internas de hambre y saciedad.

Uso de Alimentos para Calmar. En ocasiones, los padres pueden recurrir a ofrecer alimentos como una forma de calmar las emociones del niño, lo que puede establecer conexiones problemáticas entre la alimentación y las emociones.

Uso (o no) de Comida como Recompensa. Finalmente, el uso de alimentos como recompensa por buen comportamiento o como incentivo para que el niño coma alimentos no deseados. Este comportamiento puede tener repercusiones negativas en la relación del niño con la comida y en su desarrollo de hábitos alimentarios saludables.

Índice de Masa Corporal Z (IMCz)

La OMS, 2006, ha desarrollado curvas de crecimiento infantil que son utilizadas en todo el mundo para monitorear el crecimiento de niños desde el nacimiento hasta los 5 años. Estas curvas se basan en datos de poblaciones saludables y representan patrones de crecimiento óptimo en niños amamantados y no amamantados. Además de las curvas de crecimiento, la OMS utiliza indicadores antropométricos como puntuaciones z. Las puntuaciones z son el número de desviaciones estándar que un dato se separa de la media de referencia conforme las tablas de desarrollo y crecimiento de la OMS para la edad.

Cuatro indicadores se utilizan para valorar el estado nutricional del lactante según el puntaje Z son: peso para la edad, la longitud/altura para la edad, el peso para la longitud/altura, y el índice de masa corporal (IMC) para la edad. El más recomendado de estos índices son las puntuaciones Z del IMC para la edad según el sexo y se clasifica de la siguiente manera: Emaciación (≤ 2 Desviación Estándar [DE]), peso adecuado (-1.99 a $.99$ DE), riesgo de sobrepeso (≥ 1 DE), sobrepeso (≥ 2 DE) y obesidad (≥ 3 DE) respectivamente obtenido del peso, longitud y la edad del lactante (Khadilkar y Khadilkar, 2011; OMS, 2006).

Definición de términos

Características de la Madre e Hijo:

Edad de la Madre: Años vividos desde el nacimiento hasta el momento actual.

Nivel Socioeconómico: Segmentación social que clasifica objetivamente a los hogares de los padres de acuerdo con a su nivel socioeconómico.

Educación: Años de escolaridad formal cursados de la madre del lactante.

Ocupación: Actividades que la madre realiza diariamente y pueden ser de tipo remunerado o no remunerado.

Estado Civil: Estado legal o jurídico en el que se encuentra una persona en relación con su situación marital o conyugal.

IMCz del Lactante: Cálculo y clasificación de las puntuaciones z, obtenido del peso (kg) y longitud (cm) y del IMC referido por la madre al nacimiento a los tres meses del lactante. Y clasificado según criterios de la OMS, 2006.

Sexo del Lactante: Será representado por hombre o mujer

Edad del Lactante: Meses desde el nacimiento hasta los tres meses de vida.

Prácticas de Alimentación Perceptivas de la Madre: Son las acciones que realizan las madres al momento de alimentar a su hijo en lo referente a la respuesta (alimentación a demanda y usar comida para calmar) y estructura (alimentación persuasiva y alimentación dirigida por los padres) medido por medio del cuestionario llamado Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ) (Jansen y cols, 2021).

Autoeficacia Parental: se refiere a la autoconfianza que reporta la madre para satisfacer las tareas de crianza medido a través del cuestionario Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS) (Črnčec, 2008)

Autoeficacia Alimentaria: se refiere a la confianza que tiene la madre para alimentar a su hijo menor de 6 meses medido con la Escala de Autoeficacia de Prácticas Alimentarias (EAPA) (Chen y Chien, 2022).

Justificación

La autoeficacia parental en la alimentación hace referencia a la confianza que tienen los cuidadores en su capacidad para tomar decisiones en la alimentación del niño. Se ha observado que una mayor autoeficacia parental se asocia con prácticas de alimentación más saludables, lo que incluye la selección de alimentos nutritivos y la promoción de hábitos alimentarios adecuados (De Rozza y cols, 2019; Hu y cols, 2023). No obstante, aún hay aspectos por explorar sobre cómo la autoeficacia en la alimentación influye en la capacidad de los cuidadores para aplicar prácticas perceptivas en la alimentación del lactante (Barret & Thompson, 2021).

En México, la obesidad en lactantes es ya un problema de salud (Cárdenas y cols, 2023). A pesar del interés político en prevenir esta condición, los estudios sobre los factores de riesgo específicos en esta población son escasos. Por lo tanto, es crucial ampliar la investigación en esta área para diseñar intervenciones más efectivas. El objetivo del presente estudio es evaluar los cambios en la autoeficacia parental y alimentaria, las prácticas de alimentación perceptiva de la madre, desde el nacimiento a los tres meses de vida del lactante, y analizar su relación con el IMCz del lactante.

Los estudios longitudinales permiten seguir una cohorte de niños o familias a lo largo del tiempo, lo que permite identificar factores de riesgo o protectores que podrían no ser evidentes en estudios transversales (De Rozza y cols, 2019; Hu y cols, 2023; Rajan y cols, 2019). Por lo tanto, los estudios longitudinales pueden ayudar a establecer relaciones causales entre la autoeficacia parental, las prácticas de alimentación perceptiva y los resultados de salud infantil como el IMC. El conocimiento y la comprensión de estas variables no solo pueden enriquecer la base teórica en el campo de la nutrición infantil y de la enfermería sino también informar y justificar futuras investigaciones y prácticas intervencionistas destinadas a mejorar los resultados de salud infantil (Barret y Thompson, 2021).

Objetivos

Objetivo General

Evaluar los cambios en la autoeficacia parental, la autoeficacia en alimentación y las prácticas de alimentación perceptiva de las madres desde el nacimiento hasta los tres meses de vida del hijo, y analizar su relación con el Índice de Masa Corporal Z (IMCz) de los lactantes.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la madre (edad, ocupación, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico) y del lactante (sexo).
2. Describir la autoeficacia parental y de alimentación, prácticas de alimentación perceptiva de la madre y el IMCz del lactante al nacer y en los primeros tres meses de vida.
3. Comparar la autoeficacia parental y de alimentación, las prácticas de alimentación perceptiva de la madre y el IMCz del lactante según características de la madre (estado civil, nivel socioeconómico y ocupación) y al nacer y en los primeros tres meses de vida del lactante.

Material y Métodos

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue longitudinal ya que se recolectaron los datos al momento del nacimiento del niño, posteriormente a los tres meses, con el objetivo de evaluar los cambios de la autoeficacia parental y prácticas de alimentación perceptiva de la madre en los primeros tres meses de edad del lactante y analizar la relación con el puntaje IMCz del lactante (Grove y Gray, 2019).

Población, Muestra y Muestreo

La población estudiada estuvo conformada por diadas madre-hijo internadas en el departamento de obstetricia de un hospital de salud pública en Monterrey, Nuevo León, México. Se incluyeron únicamente madres mexicanas mayores de 18 años, capaces de leer y escribir en español, sin complicaciones posparto, con acceso a un teléfono inteligente e internet, y que aceptaron ser contactadas nuevamente a los tres meses posteriores a la medición basal. Se excluyeron aquellas que tuvieron un hijo con menos de 35 semanas de gestación, peso al nacer menor a 2500 g, condiciones que afectaran la alimentación (como mastitis o pezón invertido) o alguna discapacidad física. Se eliminaron las participantes que no respondieron la segunda medición.

El sitio de muestreo fue un hospital público ubicado en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. Se utilizó un muestreo por conveniencia, seleccionando madres disponibles que cumplieran los criterios de inclusión. El tamaño de muestra se calculó mediante la prueba de análisis de varianza (ANOVA) para mediciones repetidas, usando el software G*Power versión 3.1.9.7, con un tamaño de efecto de 0.3, error alfa de 0.05 y una potencia del 80%, resultando en 109 diadas. Considerando una tasa de atrición del 30%, la muestra final fue de 142 diadas madre-hijo. Las mediciones se realizaron en dos momentos: al nacimiento y a los tres meses de edad del lactante.

Instrumentos de Medición

La medición de las variables del estudio se realizó mediante instrumentos desarrollados y validados, para las variables de la autoeficacia parental, autoeficacia alimentaria y prácticas de alimentación y nivel socioeconómico.

Datos Sociodemográficos

Para recolectar los datos de la madre y el hijo se diseñó una cédula de datos demográficos (Anexo 1) que contiene preguntas abiertas y de opción múltiple, que incluyó los siguientes datos

de la madre: edad medida en años vividos, el sexo medido en escala nominal (1) Hombre (2) Mujer, la escolaridad medida con escala ordinal (1) Primaria, (2) Secundaria, (3) Preparatoria, (4) Licenciatura, (5) Posgrado.

Para medir el nivel socioeconómico se utilizó el cuestionario Nivel Socioeconómico (NSE) obtenido de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), (Anexo 2) el cual es utilizado para la clasificación social de los hogares a través de 6 preguntas relacionada con los siguientes aspectos: *escolaridad del jefe del hogar, número de dormitorios, número de baños completos, número de autos, cuantas personas trabajaron en el último mes y, por último, si cuentan con internet inalámbrico.*

En cada una de las categorías de respuesta se presenta el total de puntos que aporta al modelo para calcular el Nivel Socioeconómico al que pertenece el hogar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles de acuerdo con el puntaje que obtengan: A/B: 202 y más; C+ 168 a 201; C 141 a 167; C- 116 a 140; D+ 95 a 115; D 48 a 94; E 0 a 47. Siendo el A/B el nivel más alto y el E el más bajo (AMAI, 2024), estos mismos se han clasificado en nivel bajo, medio y alto. La operacionalización consiste en la agrupación de las categorías E y D para el nivel bajo, D+, C- y C para el nivel medio, finalmente para el nivel alto es la sumatoria de los niveles C+ y A/B.

IMCz

Para medir el peso del lactante, éste fue auto informado de la madre, al nacer y a los tres meses. Se le preguntó el peso en kilogramos (kg) y la talla en centímetros (cm). Con estos datos se analizó el estado nutricional del lactante mediante los indicadores de peso/longitud e IMC/edad el programa computacional de acceso libre Anthro®, se emplearon los patrones de crecimiento infantil en menores de dos años clasificado por las puntuaciones z: desnutrición ($\leq -2 DE$); normal (≥ -1 y $\leq 1 DE$); SP (> 1 y $\leq 2 DE$) y OB ($\geq 2 DE$). (OMS, 2006)

Autoeficacia Parental

Para evaluar la autoeficacia parental se utilizó la Karitane Scale Parenting Scale (Čmčec, 2008) (Anexo 3), que busca evaluar las percepciones sobre la capacidad que tienen los padres sobre su crianza con hijos menores de 12 meses, esta escala consta de 15 ítems. Cada uno de estos ítems tienen una escala de respuesta de 0 a 3 lo que indica: (0) No, casi nunca no, (1) No muy a menudo, (2) sí, algunas veces y (3) sí, casi siempre. Dos ítems de la KPCS pueden ser calificados como no aplicables, por ejemplo, cuando el bebé es alimentado exclusivamente por la pareja (ítem 1), o cuando el encuestado no tiene pareja (ítem 9); Estos ítems reciben una puntuación de 2. El

rango de puntuaciones posibles en la KPCS es de 0 a 45. Las puntuaciones más altas indican mayor autoeficacia. El alfa de Cronbach reportado del KPCS es de 0.81. Para la presente investigación el cuestionario fue traducido al español por un experto al idioma español usando la metodología de Ramada y cols, 2013, asimismo para determinar su confiabilidad se realizó un análisis de consistencia interna con Alfa de Cronbach .

Autoeficacia Alimentaria

Para evaluar la autoeficacia alimentaria se utilizó el instrumento desarrollado por Chen, y Chien., 2022 (Anexo 4), tiene como objetivo medir la autoconfianza materna en su capacidad para satisfacer las demandas de alimentación y realizar con éxito el comportamiento de alimentación. Está integrada por cinco ítems calificados en una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1-4), y las puntuaciones más altas indicaban una mayor autoeficacia alimentaria (rango de puntuación de 4 a 20). La consistencia interna, evaluada por el Alfa de Cronbach, fue de 0,78 para la autoeficacia alimentaria. Para la presente investigación el cuestionario fue traducido por un experto al idioma español usando la metodología de Ramada y cols, 2023, asimismo para determinar su confiabilidad se realizó un análisis de consistencia interna con Alfa de Cronbach.

Prácticas de Alimentación Perceptiva de la Madre

Para medir la práctica de alimentación perceptiva en la diada madre/hijo se utilizó el Cuestionario Sobre Prácticas y Estructura de la Alimentación (Anexo 5) en niños menores de 6 meses [Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ)] se trata de un cuestionario en idioma original inglés diseñado por Jansen y cols, (2021), replicado en el contexto mexicano, tiene como objetivo medir la capacidad de respuesta de los padres en niños menores de 6 meses, alimentados principalmente por lactancia materna o biberón a lo largo de la infancia.

Se constituye por 18 ítems divididos en 4 dimensiones: 1) *alimentación a demanda* que se refiere al hecho de que los padres tomen la decisión de cuándo debe alimentarse el niño (4 ítems: 1, 2, 3, 4); 2) *uso de la comida para calmar* conceptualizado como el hecho de que los padres utilicen la comida para calmar o controlar las emociones (3 ítems: 5, 6, 7); 3) *alimentación persuasiva* es el hecho de que los padres animen (presionen) al niño a comer más, incluso cuando muestran signos de saciedad (5 ítems: 8, 9, 10, 11, 12); y 4) *alimentación dirigida* por los padres referente al hecho de que los padres tomen la decisión (o tenga una regla) sobre cuánto tiempo/cuánto se alimenta el niño (6 ítems: 13, 14, 15, 16, 17, 18). La estructura para responder cada una de las preguntas es a través de una escala tipo Likert, donde se presentan 5 opciones posibles: 1=nunca, 2= rara vez, 3=

a veces, 4= a menudo y 5=siempre. Las puntuaciones de la alimentación a demanda y dirigida por los padres se promedian para obtener una única puntuación continua donde a mayor puntaje más prácticas de alimentación perceptiva; en cuanto a las dimensiones de alimentación persuasiva y comida para calmar se realiza el mismo procedimiento sin embargo a mayor puntaje refiere menos prácticas de alimentación perceptiva.

La confiabilidad del instrumento ha reportado un coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo valores aceptables para cada una de las dimensiones: alimentación a demanda: 0.86; uso de la comida para calmar: 0.87; alimentación persuasiva: 0.71; alimentación dirigida por los padres: 0.78 (Pérez, 2023).

Procedimiento de Recolección de Datos

Para iniciar la presente investigación se envió al Comité de Investigación y a el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para su aprobación. Una vez aprobada, se solicitó un permiso al Instituto de Salud donde se realizó la recolección de datos. Asimismo, se realizó un entrenamiento previo a los que realizaron la recolección, estos fueron profesionales de enfermería con grado de licenciatura. Para localizar a las participantes primero se revisó el listado de pacientes internadas en el departamento de obstetricia. Conociendo su ubicación en salas o cuartos se acudió con cada una de ellas para invitarlas a participar en el estudio, se les brindó información acerca de la investigación, mencionándoles que es importante su colaboración para la prevención de obesidad infantil, y que su participación es voluntaria.

Se dio énfasis de estar en su libertad de no aceptar sin afectar su estancia hospitalaria, y si en caso de que aceptase puede abandonarla sin consecuencias. Cabe mencionar que se realizó al momento que la participante estuviera cómoda en su cama hospitalaria y sin interrumpir su cuidado de salud con el fin de no afectar su atención médica. Se le explicó el consentimiento informado de forma que la participante lo entienda correctamente, comentándole que puede realizar alguna pregunta o comentario, que es totalmente confidencial para posteriormente explicarle que el instrumento de medición también se le aplicarían después por medio de dos llamadas telefónicas a los tres meses después de la primera recolección, al momento de aceptar se solicitó que firme el consentimiento informado (Anexo 6). Posteriormente se inició la recolección de datos.

Primero se le aplicó la cedula de datos, posteriormente, el cuestionario del NSE, que mide el nivel socioeconómico de la madre por medio de 6 ítems, después el cuestionario de autoeficacia parental (KPCS) el cual contiene ítems valorando la creencia o confianza que tienen los padres sobre la crianza de su hijo, es decir, sabe qué hacer cuando llora, sabe qué hacer para calmarlo, y que tan seguros se sienten al cuidar a su hijo. El cuestionario sobre autoeficacia alimentaria (EAPA) abarca 5 ítems, los cuales se enfocan en la crianza de los padres al momento de alimentar a su hijo, y finalmente el cuestionario sobre prácticas de alimentación (FPSQ) contiene 18 ítems, separadas en dimensiones, enfocándose en la alimentación a demanda, si usa comida para calmar al bebé y que tipo de persuasión tienen los padres al momento de brindar los alimentos a su hijo. Todas a través de entrevista en el cuarto de la paciente de forma anónima, en su respectiva cama asignada, en momentos donde se encuentre la madre tranquila, sin dolor, sin preocupación y con su hijo recién nacido en calma.

Para finalizar se revisó que las encuestas estén contestadas completamente, de no ser así, pedirle a la participante de forma educada y amable si puede corroborar el dato y contestarlo o si existe algún inconveniente. Se agradecerá por su tiempo y se le recordará que a los tres meses realizarán las llamadas telefónicas en el número proporcionado por la madre y verificando con ella su disponibilidad de tiempo. Para el seguimiento se aplicaron solo los instrumentos KPCS, EAPA y FPSQ y los datos antropométricos del lactante por medio de llamadas y mensajes, cabe mencionar que no todas estaban dispuestas a contestar, sin embargo, se ofreció compensación económica para motivación de las madres obteniendo buenas respuestas.

Consideraciones Éticas y de Bioseguridad

La investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) (Secretaría de Salud, 2014), con el fin de garantizar el bienestar y la dignidad de los participantes que forman parte del estudio. Se tomó en cuenta lo estipulado en el Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo I, Artículo 13, donde se “declara que en la investigación con seres humanos debe prevalecer el respeto a su dignidad, protección a sus derechos y bienestar. No se afectó su estadía hospitalaria por participar en este estudio, los datos obtenidos son confidenciales y se respaldó la decisión de la madre de participar en el estudio o abandonar la investigación si así lo deseaba, además de otorgar un trato respetuoso y profesional al participante. Así como el Artículo 14 “La Investigación que se realice

en seres humanos” Fracciones V, VI, VII, VIII, IX, se aseguró la obtención del consentimiento informado del sujeto de investigación o de su representante legal en caso de que el sujeto no tenga la capacidad legal necesaria, siguiendo las disposiciones establecidas en este Reglamento y otras normativas legales aplicables. La investigación se llevó a cabo por un profesional de enfermería, entrenado sobre recolección de datos conforme a lo establecido en el artículo 114 de este Reglamento, quien posee el conocimiento y la experiencia necesaria para proteger la integridad humana.

Se obtuvo el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería UANL, de acuerdo con lo dispuesto en el presente reglamento. Para este estudio se identificó a la madre a través de un número de folio y solo el investigador responsable tendrá acceso para identificar a la madre. Este estuvo resguardado en una carpeta especial.

Artículo 17, la investigación fue considerada categoría I sin riesgo, ya que es un estudio en el que se emplearon métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Se emplearon solo cuestionarios y entrevistas por teléfono. Conforme al Artículo 20, el consentimiento informado (Anexo 6) se considera un acuerdo por escrito en el cual la participante o su representante legal otorgan autorización para participar en la investigación. Este acuerdo es realizado con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos a los que se somete, con la capacidad de elección libre y sin ser objeto de coerción.

Así mismo, en base al Artículo 21, antes de la firma del consentimiento informado, la participante del estudio o su representante legal recibieron una explicación clara y completa de los aspectos relacionados con la investigación para que el sujeto pueda comprenderla y tomar la decisión de aceptar o rechazar su participación. Según el Artículo 21 Fracciones I, II, III, IV, VII y VIII, se cuidó que el responsable de recolectar la información proporcione información clara y completa sobre los diversos aspectos del estudio a los sujetos de investigación o a sus representantes legales. Esto incluye la justificación y objetivos de la investigación, los procedimientos realizados y su propósito. Además, se les mencionó que su participación no está considerada para presentar molestias o riesgos esperados, los beneficios potenciales, la garantía de

respuestas a preguntas y aclaraciones de dudas, la libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento sin prejuicios en el cuidado.

En cuanto al Capítulo IV, Artículo 43 y 49, para realizar la investigación en mujeres durante el puerperio y la lactancia, en nacimientos vivos se obtuvo la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o representante legal, de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 21, 22 y 43 de este reglamento, antes de que se inicie y debiendo señalar expresamente que el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento del trabajo de parto. Por último, el Artículo 50 establece que se cuide la recolección de los datos por parte del investigador considere, ante todo, no interferir en los procedimientos relacionados con la salud o atención de la madre y del recién nacido.

Estrategia para el Análisis de Datos

Para realizar los análisis de datos se utilizó el paquete de software *Statistical Package for Social Sciences versión 22 (SPSS)*. Para determinar la normalidad de los datos de las variables se realizó la prueba de Kolmogórov-Smimov con corrección Lilliefors. Para revisar la consistencia interna de los instrumentos se utilizó el alfa de Cronbach.

Para responder los objetivos específicos uno y dos se utilizó la estadística descriptiva considerando, frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central (media, mediana), las medidas de posicionamiento, y medidas de dispersión. Para el objetivo tres se llevó a cabo un análisis estadístico ANOVA o de Kruskal Wallis dependiendo su normalidad. Para el objetivo general se utilizó la prueba estadística t de Student o prueba de Wilcoxon y la prueba de r de Pearson o r_s de Spearman.

Resultados

En el siguiente apartado se muestran los resultados del presente estudio de investigación. A continuación, se presentan, la confiabilidad de los instrumentos y los resultados de la estadística descriptiva para responder los objetivos específicos uno y dos, asimismo, los resultados de diferencias y correlaciones de los objetivos específicos tres y cuatro, respectivamente. Asimismo, se empleó la prueba de Wilcoxon para comparar los resultados de la primera y segunda medición.

Confiabilidad de los instrumentos

Como resultado de la confiabilidad de los instrumentos de la primera medición, el Alfa de Cronbach (α) analizados dieron como resultado al instrumento Escala de Confianza Parental reporta .700, la escala de autoeficacia alimentaria con α de .811 y el instrumento de prácticas de alimentación una fiabilidad de .822. En relación con la segunda medición se obtuvieron los parámetros que se muestran en la siguiente tabla, las cuales fueron significativos (Tabla 1). Para la segunda medición se resalta la baja confiabilidad en la dimensión “Alimentación a demanda”, se sospecha la baja confiabilidad por bajo número de muestra.

Tabla 1.
Análisis de fiabilidad con Alpha de Cronbach

Instrumentos	Alpha de Cronbach Al nacer	Alpha de Cronbach 3 meses
Escala de Confianza Parental	.700	.795
Escala de Autoeficacia Alimentaria	.795	.820
Cuestionario de Prácticas de Alimentación Perceptiva		
Alimentación a demanda	.207	.627
Alimentación para calmar	.862	.837
Alimentación persuasiva	.732	.723
Alimentación dirigida por los padres	.819	.812

Nota: N: 71

Estadística Descriptiva

Se inició la recolección de los datos a partir de octubre a diciembre del año 2024, para el reclutamiento se invitaron a 146 madres, 136 aceptaron participar. Para el seguimiento, se contactaron a las participantes por medio de la aplicación WhatsApp®, se mandó mensaje y se realizaron llamadas a las 136 participantes, de cuales 71 decidieron participar en la segunda medición, por lo que se compararon las mismas diadas ($N=71$) al nacer y a los tres meses.

Para dar respuesta al objetivo específico uno el cual señala describir las características sociodemográficas de la madre y el lactante, se empleó estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central y de dispersión, así como frecuencias y porcentajes.

En la tabla 2, se muestra la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos de las diadas de las variables continuas, se obtuvo una edad media de 24.84 años ($DE=5.42$), con un promedio de años de escolaridad de 9.86 ($DE=2.60$) y, por último, el nivel socioeconómico reportado según por la AMAI, 2024, arrojó un resultado de una media de 143.57, ($DE= 40.76$) el cual es clasificado como categoría C, es decir, un nivel medio. En relación con los datos antropométricos, el peso referido por las madres antes del embarazo tuvo una media de 65.82 ($DE=15.22$), mientras que en la última consulta prenatal reportan una media de 76.43 ($DE=15.56$). El peso al nacer del hijo obtuvo un promedio de 3.200 kg, ($DE= .43$) y una estatura con 49.48 ($DE= .02$).

Para lugar de residencia el municipio más frecuente de la madre fue Monterrey con un 36.6%, el estado civil más prevalente fue unión libre con un porcentaje de 63.4%. En el bebé el sexo más predominante fue el género femenino con un 54.9%. La ocupación más predominante fue ama de casa con un 78.9%, seguidos de madres que ocupaban un empleo con solo un 12.7%. Las intenciones de alimentación de las madres predominaron la lactancia materna exclusiva con 52.1%), seguidos de la alimentación mixta con un 46.5%.

Tabla 2.
Características sociodemográficas y antropométricas de la madre y el lactante

	<i>Me</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Datos de la madre				
Edad	24.84	5.421		
Años de estudio	9.86	2.609		
Peso antes del embarazo (kg)	65.82	15.221		
Peso última consulta prenatal(kg)	76.43	15.563		
Nivel socioeconómico de la AMAI	143.57 (C)	40.766		
Municipio de Residencia				
Monterrey			26	36.6
General Escobedo			13	18.3
San Nicolás de los Garza			5	7.0
Otros			27	38.1
Estado Civil				
Soltera			15	21.1
Casada			11	15.5
Unión Libre			45	63.4
Ocupación				
Ama de Casa			56	78.9
Estudia			1	1.4
Empleada			9	12.7
Desempleada			4	5.6
Independiente			1	1.4
Datos del lactante				
Sexo				
Masculino			32	45.1
Femenina			39	54.9
Datos antropométricos				

(Continúa)

(Continuación)

Peso al nacer (kg)	3.20	.438
Estatura al nacer (cm)	49.48	.023
Semanas de gestación	38.73	1.46
<i>Intenciones de alimentación</i>		
Solo LME	37	52.1
Solo fórmula	1	1.4
Mixta	33	46.5

Nota: N=71, Me= Media, DE= Desviación Estándar, f= frecuencia, %= Porcentaje

En la Tabla 3, se presentan los resultados correspondientes a las variables categóricas que describen el entorno social y nutricional del bebé a los tres meses. En cuanto a la alimentación proporcionada, la mayoría de los bebés recibe alimentación mixta, con un 45.1% de los casos. Un 42.3% de los bebés está siendo alimentado exclusivamente con lactancia materna, mientras que un 12.7% recibe fórmula como única fuente de alimentación. Respecto a la introducción de alimentos o líquidos, se observa que un 84.5% de los bebés aún no ha recibido alimentos complementarios, lo que es consistente con las recomendaciones sobre la introducción de alimentos antes de los seis meses. Solo un 15.5% ha iniciado la introducción de algún tipo de alimento o líquido. En cuanto al apoyo familiar para el cuidado del lactante, la mayor parte del apoyo recae en la madre, quien es responsable del cuidado en un 33.8% de los casos. Le sigue el otro miembro de la familia (como abuelos o familiares cercanos) con un 23.9%. Un 19.7% de los lactantes recibe apoyo de la pareja de la madre, mientras que un 22.5% no cuenta con apoyo de ninguna persona adicional para el cuidado del lactante.

Tabla 3.**Entorno social y nutricio del bebé a los tres meses de edad del lactante.**

Variables categóricas	n	%
Alimentación proporcionada		
Lactancia Materna Exclusiva	30	42.3
Fórmula	9	12.7
Mixta	32	45.1
Introducción de alimentos/líquidos		
Sí	11	15.5
No	60	84.5
Apoyo familiar para el cuidado del lactante		
Madre	24	33.8
Pareja	14	19.7
Otro	17	23.9
Ninguno	16	22.5

Nota: N=71; n= frecuencias, %=porcentaje

En la tabla 4, se muestran los resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, de la primera y segunda medición, el cual determinó que, las variables autoeficacia parental y alimentaria, las dimensiones del cuestionario de prácticas de alimentación perceptiva “alimentación para calmar” y “alimentación persuasiva” siguen una distribución normal ya que no rechazaron la hipótesis nula, mientras que, las dimensiones “alimentación a demanda” y “alimentación dirigida por los padres” y el IMCz del lactante rechazan al hipótesis nula, por lo que se concluye distribución no normal, por tal motivo, las pruebas que se utilizaron fueron no paramétricas.

Tabla 4.
Prueba de Kolmogórov-Smirnov para las variables de estudio

	Valor <i>p</i> al nacer	Valor <i>p</i> a los tres meses
Autoeficacia parental	.021	.000
Autoeficacia alimentaria	.000	.000
Prácticas de alimentación perceptiva		
<i>Alimentación a demanda</i>	.200	.000
<i>Alimentación para calmar</i>	.020	.066
<i>Alimentación persuasiva</i>	.020	.000
<i>Alimentación dirigida por los padres</i>	.200	.001
IMCz del lactante	.200	.200

Nota: N=71, *p*= significancia, *p*<.05 = existe normalidad; *p*>.05 = no existe normalidad

Para dar respuesta al objetivo específico dos que consta describir la autoeficacia parental y de alimentación, prácticas de alimentación perceptiva de la madre y el IMCz del hijo al nacer y en los primeros tres meses de vida, se utilizaron estadísticas descriptivas. Se identificó que la autoeficacia parental reportó una media de 35.63 (*DE*=4.35) el cual es clasificada como medianamente alta. La autoeficacia alimentaria se reporta alta con una media de 17.50 (*DE*=2.75).

Para las prácticas de alimentación perceptiva se evaluaron por medio de cuatro dimensiones. La alimentación a demanda con una media de 15.64 (*DE*= 2.71) es moderada-alta, mientras que la alimentación para calmar con media de 12.39 (*DE*= 4.58) varía más, reflejando su uso ocasional como estrategia de consuelo. La alimentación persuasiva reporta una media de 6.95 (*DE*= 3.07) es menos frecuente, sugiriendo baja intervención para incentivar la ingesta. La alimentación dirigida por los padres con la media de 14.43 (*DE*= 5.83) muestra una tendencia más alta a la regulación parental de la alimentación. En cuanto a la segunda medición (tres meses) hubo resultados similares mostraron una autoeficacia parental con media de 36.56 (*DE*=4.83), la autoeficacia alimentaria tuvo una media de 16.32 (*DE*=4.83), las cuatro dimensiones de las

prácticas de alimentación, en la primera dimensión alimentación a demanda hubo una media de 14.94(*DE*= 3.77), alimentación para calmar media de 10.50 (*DE*=4.36), alimentación persuasiva con una media de 6.39 (*DE*=2.66) y la última dimensión con media de 14.08 (*DE*=5.82) (Tabla 5).

Para responder el objetivo específico número tres, que señala comparar la variables y el IMCz del niño según características de la madre en los primeros tres meses de vida del lactante.

Tabla 5
Estadística descriptiva de las variables de interés

	<i>Rango</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Autoeficacia parental	0-45				
Al nacer		35.63	4.35	22.00	45.00
Tres meses		35.56	4.83	21.00	44.00
Autoeficacia alimentaria	5-20				
Al nacer		17.00	2.75	9.00	20.00
Tres meses		16.32	3.09	10.00	20.00
Prácticas de alimentación perceptiva					
Alimentación a demanda	4-20				
Al nacer		15.64	2.71	4.00	20.00
Tres meses		14.94	3.77	6.00	20.00
Alimentación para calmar	4-20				
Al nacer		12.39	4.58	4.00	20.00
Tres meses		10.50	4.36	4.00	20.00
Alimentación persuasiva	3-15				
Al nacer		6.95	3.07	3.00	14.00
Tres meses		6.39	2.66	5.00	12.00
Alimentación dirigida por los padres	5-25				
Al nacer		14.43	5.83	5.00	25.00
Tres meses		14.08	5.82	5.00	25.00
Puntuación Z del IMC del lactante					
Al nacer		-.29	1.14	-2.95	1.64
Tres meses		.79	1.60	-2.65	6.75

Nota: *Me*= *Media*, *DE*= *Desviación Estándar*, *f*= *frecuencia*, % = *Porcentaje*, *Mín*= *Mínimo*, *Máx*= *Máximo*

El análisis de Kruskal-Wallis (H) reveló que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables autoeficacia parental, autoeficacia alimentaria, las dimensiones de las prácticas de alimentación perceptiva alimentación a demanda, alimentación para calmar, alimentación persuasiva y alimentación dirigida por padres) entre los subgrupos de estado civil (soltera, unión libre, casada). El IMCz del lactante demuestra una diferencia significativa entre el estado civil de la madre. Las estadísticas de la prueba muestran valores de H bajos y valores de significancia mayores a .05, lo que sugiere que el estado civil no tiene un impacto significativo en los comportamientos relacionados con las variables estudiadas al nacer de los hijos. Sin embargo, en la segunda medición a los tres meses de edad se encontró que en la autoeficacia parental si existe una diferencia significativa con el estado civil de la madre (Tabla 6).

Tabla 6.
Prueba H de Kruskal Wallis para estado civil con variables de interés

<i>Variable</i>	<i>Rango promedio según estado civil</i>			<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
	<i>C</i>	<i>S</i>	<i>U</i>			
Autoeficacia Parental						
Al nacer	40.14	22.47	39.50	1.10	2	.577
Tres meses	46.95	37.80	32.72	8.51	2	.014*
Autoeficacia Alimentaria						
Al nacer	38.50	29.10	37.69	1.65	2	.437
Tres meses	40.73	42.10	32.81	1.28	2	.527
Prácticas de alimentación perceptiva de la madre						
Alimentación a Demanda						
Al nacer	37.27	33.97	36.37	.156	2	.925
Tres meses	43.18	30.37	36.12	.683	2	.711
Alimentación para Calmar						
Al nacer	34.36	36.13	36.36	.736	2	.692
Tres meses	27.36	32.60	39.24	2.86	2	.238
Alimentación Persuasiva						
Al nacer	28.91	37.93	37.09	.276	2	.871
Tres meses	36.09	29.93	38.00	2.38	2	.304
Alimentación Dirigida por Padres						
Al nacer	29.55	32.93	38.60	2.31	2	.315
Tres meses	28.86	43.67	35.19	1.42	2	.490
Puntuación Z del IMC del lactante						
Al nacer	42.00	25.53	38.02	6.76	2	.034*
Tres meses	30.77	44.10	34.58	2.30	2	.317

Nota: *Mdn*= Mediana, *H*= Valor de Kruskal Wallis, *gl*= grados de libertad, *p*= significancia <0.5; *C*: Casada; *S*: Soltera; *U*: Unión Libre

Tabla 7. Prueba H de Kruskal Wallis para ocupación y variables de interés

<i>Variable</i>	<i>Rango promedio según ocupación</i>					<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
	<i>E</i>	<i>AC</i>	<i>I</i>	<i>D</i>	<i>E</i>			
Autoeficacia Parental								
Al nacer	42.61	37.20	10.00	12.13	31.00	2.42	4	.242
Tres meses	41.67	36.45	13.00	24.88	27.50	2.56	4	.617
Autoeficacia Alimentaria								
Al nacer	42.50	37.24	27.00	14.38	3.50	6.88	4	.142
Tres meses	43.72	35.19	56.60	27.38	26.00	3.09	4	.542
Prácticas de alimentación perceptiva de la madre								
Alimentación a Demanda								
Al nacer	23.50	38.21	39.50	35.00	25.50	3.58	4	.465
Tres meses	37.00	36.98	58.00	14.63	35.50	5.04	4	.283
Alimentación para Calmar								
Al nacer	23.94	37.41	35.50	40.88	46.50	4.44	4	.349
Tres meses	35.83	35.52	44.00	40.63	38.00	2.14	4	.709
Alimentación Persuasiva								
Al nacer	30.11	36.22	23.50	46.63	45.50	2.49	4	.645
Tres meses	29.39	36.91	44.00	38.25	27.50	2.87	4	.578
Alimentación Dirigida por Padres								
Al nacer	35.72	36.68	31.00	36.63	3.00	1.98	4	.738
Tres meses	37.17	35.28	59.00	41.25	22.00	2.09	4	.718
Puntuación Z del IMC del lactante								
Al nacer	47.72	34.87	30.00	23.25	51.00	4.05	4	.398
Tres meses	30.39	36.79	5.00	38.00	65.00	3.05	4	.548

Nota: *Mdn*= Mediana, *H*= Valor de Kruskal Wallis, *gl*= grados de libertad, *p*= significancia

Se realizaron pruebas de Kruskal-Wallis para comparar las variables de autoeficacia parental, autoeficacia alimentaria, prácticas de alimentación perceptiva y puntuación Z del IMC del lactante según el estado civil de la madre (soltera, casada, unión libre, divorciada y en duelo).

El análisis de H reveló diferencias significativas en la autoeficacia parental en función del ingreso familiar mensual ($H=11.67$, $p=.009$) al nacimiento del lactante lo que sugiere que el nivel de ingreso influye en cómo las madres perciben su capacidad para gestionar aspectos parentales. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas en las demás dimensiones estudiadas, al igual que en la segunda medición a los tres meses de edad del lactante. Sin embargo, se observa que la diferencia entre el ingreso familiar y la autoeficacia parental no se mantuvieron en la segunda medición, esto sugiere que con el paso del tiempo las madres, independientemente de su nivel socioeconómico, tienden a adaptarse de manera similar a las demandas de la maternidad en los primeros meses (Tabla 8).

Tabla 8.

Prueba H de Kruskal Wallis para el ingreso familiar y variables de interés

<i>Variable</i>	<i>Rango promedio según ingreso familiar</i>				<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>Valor p</i>
	B	MB	MA	A			
Autoeficacia Parental							
Al nacer	26.45	45.07	33.95	36.50	11.67	3	.009*
Tres meses	29.79	39.94	37.48	27.50	3.81	3	.282
Autoeficacia Alimentaria							
Al nacer	31.19	40.76	35.59	17.50	4.14	3	.247
Tres meses	38.26	37.48	31.57	46.00	4.02	3	.258
Prácticas de alimentación perceptiva de la madre							
Alimentación a Demanda							
Al nacer	33.57	39.52	35.05	13.00	1.74	3	.628
Tres meses	34.43	39.96	31.64	58.00	3.75	3	.289
Alimentación para Calmar							
Al nacer	34.83	37.41	36.98	1.00	9.19	3	.821
Tres meses	37.64	31.41	40.20	33.00	3.13	3	.371

Continúa

(Continuación)

Alimentación Persuasiva								
Al nacer	38.50	35.26	35.91	5.50	1.02	3	.795	
Tres meses	41.02	29.13	40.02	27.50	1.25	3	.740	
Alimentación Dirigida por Padres								
Al nacer	35.62	33.69	38.20	58.00	1.76	3	.623	
Tres meses	35.31	39.06	32.80	38.50	4.86	3	.182	
Puntuación Z del IMC del lactante								
Al nacer	29.36	40.67	36.30	43.00	5.31	3	.150	
Tres meses	37.29	33.91	36.48	55.00	1.07	3	.784	

*Existe diferencia significativa $p < 0.05$

Nota: Mdn= Mediana, H= Valor de Kruskal Wallis, gl= grados de libertad, p= significancia B: Nivel bajo; MB: Nivel Medio-Bajo; MA: Nivel Medio-Alto; A: Alto

Prueba de Wilcoxon

En la Tabla 9, se observan los resultados de la prueba Wilcoxon para dar respuesta al objetivo general que establece determinar la diferencias de la autoeficacia parental y alimentaria, así como las prácticas de alimentación perceptiva de la madre, al nacer y a los tres meses de vida del hijo.

No se observaron cambios estadísticamente significativos en la autoeficacia parental entre la primera y segunda medición ya que las puntuaciones de la medición uno ($Mdn=36$; Rango=23) fue menor que la segunda medición ($Mdn=38$; Rango=23) ($Z=-1.488$, $p=.137$). A pesar que hubo un aumento en la mediana, no fue estadísticamente significativo, esto sugiere que la percepción de competencia de las madres en su rol parental se mantuvo relativamente estable durante los primeros tres meses tras el nacimiento del lactante. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la autoeficacia alimentaria entre ambos momentos ($Mdn=17$; Rango=11) ($Mdn=17$; Rango=10) respectivamente ($Z=-1.280$, $p=.201$). Es decir, la autoeficacia de las madres respecto a sus decisiones alimentarias no cambió de manera notable en este periodo. En cuanto a la alimentación a demanda mostró una ligera tendencia estadísticamente significativa a incrementarse ($Z=-1.396$, $p=.163$), lo que indica que las madres mantuvieron prácticas relativamente estables basadas en las señales del lactante. En cuanto al uso de la alimentación para calmar al lactante, se

observó una disminución estadísticamente significativa entre la primera y segunda medición, se encontró que ($Mdn=12$; Rango=16) fue mayor que la segunda medición ($Mdn=11$; Rango=16) ($Z=-2.713$, $p=.007$). Las puntuaciones medianas disminuyeron, lo que sugiere que las madres utilizaron esta estrategia con menor frecuencia a los tres meses de nacido del lactante en comparación con el momento del nacimiento.

Se observó un cambio estadísticamente significativo en los puntajes IMCz de los lactantes entre el nacimiento ($Mdn = -0.18$; Rango = 4.59) y los tres meses de edad ($Mdn = 0.84$; Rango = 9.40, ($Z = -4.561$, $p < .001$). Este resultado indica una mejora sustancial en el estado nutricional durante el período evaluado, de acuerdo con los estándares de crecimiento esperados.

Por otro lado, las variables de prácticas de alimentación “Alimentación de demanda” ($p=0.163$) y la autoeficacia parental ($p= 0.137$) no alcanzaron significancia estadística, pero mostraron valores que podrían considerarse resultados con una posible tendencia estadística significativa $p < .10$.

Tabla 9.

Prueba de Wilcoxon para autoeficacia parental y alimentaria, prácticas de alimentación e IMCz del lactante al nacer y tres meses

	<i>Al nacer</i>	<i>Tres meses</i>	<i>Z</i>	<i>Valor p</i>	<i>G Hedges</i>
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)			
Autoeficacia Parental	36 (23)	38 (23)	-1.48	.137	0.20
Prácticas de Alimentación					
Perceptiva					
Autoeficacia Alimentaria	17 (11)	17 (10)	-1.28	.201	0.00
Alimentación a demanda	16 (11)	16 (14)	-1.39	.163	0.21
Alimentación para calmar	12 (16)	11 (16)	-2.71	.007*	0.40
Alimentación persuasiva	7 (11)	6 (9)	-1.16	.245	0.19
Alimentación dirigida por los padres	15 (20)	12 (20)	-.505	.614	0.06
IMCz del lactante	-.18 (4.59)	.84 (9.40)	-4.56	.001*	0.78

Nota: N= 71; Z= Wilcoxon; Sig= $p < 0.5$; Mdn= Mediana; AP= Autoeficacia parental; Alim= Alimentación; IMCz= Puntuación Z del IMC

Correlación de Spearman en la primera medición

En la tabla 10 se muestra los resultados del objetivo general analizar la relación entre la autoeficacia parental y alimentaria, las prácticas de alimentación perceptiva y el IMCz del lactante. Además, se integraron las características sociodemográficas de la madre y del hijo para explorar relaciones con estas variables.

El IMCz no se correlacionó con ninguna de las variables de interés. Solo con el NSE ($r_s=0.22$, $p<.001$). Lo que sugiere una relación moderada. La edad de la madre mostró una relación negativa y significativa con la ocupación materna ($r_s=-0.305$, $p<0.01$), lo cual sugiere que las madres más jóvenes tienden a estar más activas en el ámbito laboral. No obstante, la edad no presentó relaciones significativas con las variables de estudio, aunque se observan correlaciones leves y no significativas que podrían indicar una tendencia a mayor autoeficacia con el aumento de la edad. Por otro lado, el NSE mostró una correlación positiva con la puntuación IMCz del lactante al nacer ($r_s=0.239$, $p<0.05$), lo que indica que mejores condiciones socioeconómicas pueden favorecer el estado nutricional neonatal. Sin embargo, el NSE también se asoció negativamente con la práctica de alimentación para calmar ($r_s=-0.245$, $p<0.05$), lo que sugiere que en contextos de menor NSE se recurre más frecuentemente a esta práctica no responsiva.

La multiparidad se correlacionó positivamente tanto con la autoeficacia parental ($r_s=0.327$, $p<0.01$) como con la autoeficacia alimentaria ($r_s=0.277$, $p<0.05$), lo que podría interpretarse como un efecto acumulativo de la experiencia en la crianza.

En cuanto a la ocupación materna, se observaron correlaciones negativas con diversas variables autoeficacia parental ($r_s=-0.274$, $p<0.05$), autoeficacia alimentaria ($r_s=-0.283$, $p<0.05$), edad ($r_s=-0.305$, $p<0.01$), lo que indica que aquellas madres que trabajan podrían percibir menor autoeficacia en su rol de crianza general y alimentaria y enfrentan condiciones laborales que no necesariamente se traducen en un mayor bienestar familiar. Por último, el estado civil se relacionó significativamente con la autoeficacia parental ($r_s=0.277$, $p<0.05$), lo que sugiere que contar con una pareja podría aportar apoyo emocional que fortalezca la confianza materna en sus capacidades de crianza.

La autoeficacia parental mostró una correlación positiva moderada con la autoeficacia alimentaria ($r_s=0.571$, $p<0.01$), lo que respalda la idea de que la percepción de

competencia materna se comprende también a la alimentación infantil. Además, la autoeficacia alimentaria, por su parte, presentó correlaciones significativas con varias dimensiones relevantes. Mostró una correlación positiva con la alimentación a demanda ($r_s=0.339$, $p<0.01$), lo cual sugiere que las madres que se sienten más eficaces tienden a utilizar estrategias más centradas en las señales del lactante.

Las prácticas de alimentación evidenciaron patrones consistentes. La alimentación a demanda, considerada una estrategia responsiva centrada en las señales del lactante, se asoció positivamente tanto con la autoeficacia alimentaria como, en menor medida, con la parental. Este hallazgo refuerza la relación entre percepciones de competencia materna y la adopción de prácticas sensibles a las necesidades del infante. En cambio, las prácticas no responsivas mostraron fuertes correlaciones. La alimentación para calmar se correlacionó con la alimentación persuasiva ($r_s=0.641$, $p<0.01$) y la alimentación dirigida por los padres ($r_s=0.266$, $p<0.05$), lo que sugiere una tendencia a utilizar estilos de control alimentario de manera conjunta.

La alimentación persuasiva también se correlacionó significativamente con la alimentación dirigida ($r_s=0.438$, $p<0.01$), indicando una convergencia entre estilos controladores. Sin embargo, ninguna de estas dos prácticas mostró relaciones significativas con variables sociodemográficas ni con la autoeficacia, lo que podría indicar que su uso es más transversal y menos influido por las madres al nacimiento de su lactante.

Tabla 10. Correlación de Spearman entre las principales variables de estudio en la primera medición al nacer del lactante

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.- Edad en años.	1											
2.- Nivel socioeconómico	.068	1										
3.- Número de hijos	.188	.090	1									
4.- Ocupación de la madre	-.305**	-.113	-.116	1								
5.- Estado civil	-.199	.145	.181	-.062	1							
6.- Autoeficacia Parental	.205	.186	.327**	.274*	.277*	1						
7.- Autoeficacia Alimentaria	.110	.182	.277*	.283*	.138	.571**	1					
Prácticas de alimentación perceptivas												
8.- Alimentación a demanda	-.053	-.080	.010	.156	.034	.182	.339**	1				
9.- Alimentación para calmar	-.136	-.245*	.072	.211	.017	.041	-.016	.279*	1			
10.- Alimentación persuasiva	-.216	-.112	.102	.144	.039	-.025	-.136	.145	.641**	1		
11.- Alimentación dirigida por los padres	.491	.034	-.056	-.051	.152	.136	.066	.212	.266*	.438**	1	
12.- IMCz del lactante	.206	.239*	.161	-.220	.180	.172	.119	-.194	-.141	-.116	-.135	1

Nota: N= 71; * = p < 0.5; ** = p < 0.1

Correlación de Spearman en la segunda medición a los tres meses de edad

En la tabla 11 se muestra las correlaciones de Spearman de las principales variables de estudio en la segunda medición. La relación significativa entre el nivel socioeconómico e IMCz, al nacer, desapareció a los tres meses de edad del lactante.

La autoeficacia parental mantuvo una correlación positiva y significativa con la autoeficacia alimentaria ($r_s=0.570$, $p<0.01$), afirmando la relación entre la percepción general de crianza como madre y la autoeficacia en la toma de decisiones alimentarias. La edad de la madre emergió como una nueva variable relacionada con la autoeficacia parental ($r_s=0.292$, $p<0.14$), no observada en la primera medición.

La autoeficacia parental mostró una correlación positiva significativa con la alimentación a demanda ($r_s=0.488$, $p<0.01$), indicando que las madres que se sienten más competentes en su rol parental tienden a responder más a las señales del lactante durante la alimentación. De forma opuesta, esta autoeficacia se asoció negativamente con prácticas no responsivas como la alimentación para calmar ($r_s=-0.429$, $p<0.01$) y la alimentación persuasiva ($r_s=-0.361$, $p<0.01$), sugiriendo que una mayor confianza parental reduce la probabilidad de emplear estrategias alimentarias controladoras. Además, también se encontró una correlación positiva con la alimentación dirigida por los padres ($r_s=0.314$, $p<0.01$), lo que podría reflejar un balance entre control y estructura por parte de madres seguras en sus habilidades.

La autoeficacia alimentaria, por su parte, se relacionó de manera positiva y significativa con la alimentación a demanda ($r_s=0.566$, $p<0.01$), confirmando que las madres que se sienten capaces en la tarea de alimentar a sus hijos tienden a seguir sus señales internas. En contraste, se observaron correlaciones negativas significativas con la alimentación para calmar ($r_s=-0.431$, $p<0.01$) y la alimentación persuasiva ($r_s=-0.479$, $p<0.01$), lo que sugiere que una mayor percepción de eficacia alimentaria se asocia con menor uso de estrategias controladoras. También se halló una relación positiva con la alimentación dirigida por los padres ($r_s=0.297$, $p<0.05$), similar a lo observado con la autoeficacia parental.

Tabla 11. Correlaciones de Spearman entre las principales variables de estudio a los tres meses del del lactante

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.- Edad madre (años)	1											
2.- Nivel socioeconómico	.068	1										
3.- Número de hijos	.188	.090	1									
4.- Ocupación de la madre	-.305**	-.113	-.116	1								
5.- Estado civil	.199	.145	.181	-.062	1							
6.- Autoeficacia Parental	.292*	-.025	.018	-.188	-.176	1						
7.- Autoeficacia Alimentaria	.210	-.093	-.052	-.146	-.206	.570**	1					
Prácticas de alimentación perceptivas												
8.- Alimentación a demanda	.263*	-.052	.024	-.111	.049	.488**	.566**	1				
9.- Alimentación para calmar	-.138	.003	.113	.043	.187	.429**	.431**	-.263*	1			
10.- Alimentación persuasiva	-.116	.002	.052	.102	.146	-.361**	.479**	-.264*	.423**	1		
11.- Alimentación dirigida por los padres	.010	.081	-.011	.023	-.099	.314**	.297*	.251*	-.221	-.092	1	
12.- Puntuación Z del IMC	-.040	-.061	.121	.093	-.132	-.215	-.102	-.100	.134	.155	-.120	1

Nota: N= 71; * = $p < 0.5$; ** = $p < 0.1$

Discusión

El presente estudio se identificó que la autoeficacia parental y alimentaria, así como las prácticas de alimentación perceptiva de la madre se mantienen relativamente estables en los primeros tres meses del hijo. Así mismo las madres tienden a ajustar sus prácticas alimentarias hacia un estilo más responsivo. No se identificó relación entre estas variables de interés con el IMCz del hijo, lo que posiblemente pudiera indicar que el IMCz a los 3 meses no es sensible a estos factores, y se requiere un seguimiento más prolongado desde los seis a 12 meses.

El estudio encontró niveles medianamente altos de autoeficacia parental y de autoeficacia alimentaria desde el nacimiento a los tres meses, lo cual indica que las madres perciben tener una buena capacidad para cuidar y alimentar a sus hijos en esta etapa inicial. Estos resultados coinciden con lo reportado por Hu y cols, 2023, quienes relacionan la autoeficacia con conductas alimentarias saludables, aunque señalan diferencias culturales en su medición. Asimismo, Abuhammad, 2020, destaca el papel de factores sociodemográficos como el nivel educativo y el apoyo social de la madre, aspectos que también mostraron variabilidad en este estudio, especialmente en relación con el tipo de estado civil y el acompañamiento recibido.

En cuanto a las prácticas alimentarias perceptivas, los hallazgos se alinean con Walsh y cols, 2019, quienes demuestran que una autoeficacia elevada favorece una mejor alimentación infantil. De Rozza y cols, 2019 y Chen y Chien, 2022, también subrayan que madres con mayor autoeficacia emplean estrategias más adecuadas y menos coercitivas, lo cual se refleja en las puntuaciones moderadas obtenidas en prácticas como “alimentación persuasiva” y “alimentación para calmar”. Sin embargo, la baja confiabilidad en la dimensión “alimentación a demanda” podría deberse a factores contextuales y culturales, como sugieren Kiyaeimolasaraei y cols, 2022.

Además, el 22.5% de las madres reportó no contar con apoyo adicional en el cuidado del lactante, lo que coincide con Assunção y cols, 2023, quienes identifican una relación entre falta de apoyo y menor calidad en las prácticas de alimentación.

Los resultados del presente estudio indican que no hubo diferencias significativas en la autoeficacia parental, alimentaria ni en las prácticas de alimentación perceptiva según el estado civil, aunque sí se observaron diferencias según el ingreso familiar al nacimiento, lo cual coincide con Abuhammad, 2020, quien destacó la influencia del nivel educativo, los ingresos y el entorno familiar en la percepción de competencia parental. De forma similar, Hu y cols, 2023 encontraron una relación entre el ingreso familiar y conductas alimentarias, sugiriendo que el apoyo económico

refuerza la autoeficacia en las madres. No obstante, en este estudio el efecto del ingreso desapareció a los tres meses, lo que puede interpretarse como una adaptación progresiva de las madres a las demandas de la crianza, tal como plantearon Rajan y cols, 2019, quienes señalaron que la experiencia podría estabilizar la autoeficacia con el tiempo.

Este estudio confirma que la autoeficacia alimentaria está significativamente relacionada con prácticas alimentarias responsivas y comportamientos nutricionales saludables en la primera infancia, en línea con lo reportado por Walsh y cols, 2019, quienes señalaron que una autoeficacia alta o mantenida en los padres se asocia con mejores hábitos alimentarios infantiles, incluso cuando esta disminuye con el tiempo. Además, el presente estudio refuerza la relevancia del apoyo paterno y social en la consolidación de la autoeficacia alimentaria. Tal como mostraron Kiyaeimolasaraei y cols, 2022, aunque la autoeficacia paterna no se relaciona directamente con las prácticas alimentarias, su participación influye positivamente en los resultados alimentarios del niño a través del refuerzo del rol materno.

Este hallazgo también refleja cómo el entorno familiar contribuye al desarrollo de una alimentación más adecuada en la infancia. Desde una perspectiva sociodemográfica, tanto Walsh y cols, 2019 como Assunção y cols, 2023 y Li y cols, 2018 destacan que un mayor nivel educativo y la participación en programas de educación alimentaria fortalecen la autoeficacia de los padres. Esta tendencia también se confirmó en el presente estudio, donde el nivel educativo y los ingresos familiares se asociaron positivamente con una mayor autoeficacia alimentaria. Finalmente, aunque la autoeficacia alimentaria no se relaciona directamente con el IMC infantil, sí influye indirectamente mediante prácticas alimentarias adecuadas. Tal como lo sugirió Rajan y cols, 2019, este estudio muestra que las madres con mayor autoeficacia alimentaria lograron mejorar el estado nutricional de sus hijos durante los primeros meses, lo que subraya su papel protector frente a riesgos como la obesidad infantil.

Los resultados del presente estudio revelan una serie de correlaciones relevantes entre la autoeficacia materna y las prácticas de alimentación perceptiva, particularmente en la alimentación a demanda, y en menor medida, en la alimentación dirigida por los padres. Estas observaciones coinciden con lo reportado por Barrett y Thompson, 2021, quienes subrayaron la importancia de las percepciones parentales en la formación de hábitos alimenticios y su impacto directo en el tamaño corporal infantil. Aunque no se observaron correlaciones directas entre las prácticas alimentarias y el IMC del lactante, sí se identificaron relaciones significativas entre la autoeficacia

parental y alimentaria, y la elección de estrategias alimentarias, lo cual refuerza la idea de que una mayor percepción de competencia promueve conductas responsivas y no coercitivas.

La correlación positiva entre la autoeficacia parental y la alimentación a demanda en ambas mediciones coincide con lo encontrado por Naja y cols, 2023, quienes señalaron que madres con mayor seguridad en sus habilidades responden mejor a las señales del bebé. Además, los resultados muestran que tanto la autoeficacia parental como la alimentaria se asocian negativamente con la alimentación para calmar y la alimentación persuasiva, lo cual es coherente con los hallazgos de Lipsky y cols, 2023, que vincularon estas prácticas no responsivas con una mayor preferencia infantil por alimentos no saludables. Por otro lado, el descenso significativo en el uso de la alimentación para calmar a los tres meses, como revelan las pruebas estadísticas sugiere una evolución positiva en las estrategias maternas. Esto se alinea con el planteamiento de Bushaw y cols, 2020, quienes identificaron cómo las preocupaciones iniciales de las madres (especialmente jóvenes o con menor educación) pueden llevar a un uso más frecuente de estrategias de control, las cuales tienden a disminuir con el tiempo y la experiencia.

En relación con los factores sociodemográficos, se evidenció una correlación negativa entre el nivel socioeconómico y el uso de la alimentación para calmar, lo que sugiere que en contextos de menores ingresos es más común recurrir a estrategias menos sensibles, como también lo señalan estudios previos (Rodríguez-Cano et al., 2020; Ardic et al., 2019) sobre la introducción temprana de alimentos y el control del apetito.

Asimismo, la alta correlación entre la alimentación persuasiva y la dirigida, sin que se relacione con variables sociodemográficas ni con la autoeficacia parental, indica que estas prácticas tienden a ser más consistentes y menos influenciadas por el contexto, como lo plantean Burnett et al. (2022), quienes destacan la necesidad de abordajes específicos para modificarlas. Finalmente, los datos muestran que la multiparidad y una mayor edad materna se asocian con niveles más altos de autoeficacia parental y en la alimentación, lo cual puede atribuirse a la experiencia acumulada, respaldando hallazgos previos que señalan que las madres con mayor trayectoria tienden a adoptar prácticas alimentarias más sensibles (Lipsky et al., 2023).

Conclusiones

Los resultados reflejan que, la autoeficacia materna parental y alimentaria se mantienen relativamente estables en los primeros tres meses del lactante, las madres tienden a ajustar sus prácticas alimentarias hacia un estilo responsivo, pero con una aceleración preocupante en el crecimiento ponderal que amerita vigilancia y, posiblemente, ajustes en la asesoría nutricional. Factores como la experiencia previa (multiparidad) y el apoyo conyugal parecen fortalecer la percepción de competencia materna, mientras que condiciones laborales desfavorables podrían dificultarla.

Los primeros meses de vida del lactante representan una etapa importante para formar hábitos de alimentación para el hijo. Promover entornos de apoyo y reforzar la confianza materna desde el nacimiento del hijo puede ser clave para favorecer tanto la salud emocional de la madre como el desarrollo nutricional del lactante.

Recomendaciones

Algunas de las recomendaciones que se sugieren de acuerdo con lo encontrado en este presente estudio son, que a pesar de que se identificó que el promedio de las madres obtuvo puntuaciones moderadas en la cohorte, pero, también se reportaron puntajes mínimos en las variables de estudio lo que revelan que existe un subgrupo vulnerable. Se recomienda Cuantificar esta proporción con cortes validos de las puntuaciones de las variables, lo que de un panorama más completo y accionable de las necesidades educativas.

Diseñar programas de educación dirigidos a conservar las fortalezas (autoeficacia alta) y corregir prácticas de alimentación (para calmar y persuasiva) que, de no atenderse, pueden sostener la aceleración del peso observada en el primer trimestre de vida.

Mitigar la atrición de la muestra a través de incentivos no monetarios (material educativo) y calcular tamaño muestra con ≥ 50 % de pérdida esperada en estudios similares para mantener potencia ≥ 80 %.

Limitaciones

Una de las limitaciones del presente estudio fue la disminución del tamaño muestral a causa de ser un estudio longitudinal. Aunque los análisis ofrecieron resultados relevantes, el tamaño de la muestra puede limitar la validez de los hallazgos a poblaciones más amplias o diversas.

La recolección del peso del hijo se realizó por auto-reporte de la madre, para estudios futuros se sugiere aplicar registros observacionales y/o sensores de alimentación/biberón.

Asimismo, el seguimiento se limitó a los primeros tres meses postnatales, lo cual no permite conocer la evolución de las percepciones y prácticas maternas a mediano o largo plazo, se sugiere un seguimiento a los 6 y 12 meses para evaluar sostenibilidad de cambios y trayectoria ponderal.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón, O. T. (2019). Neurodesarrollo en los primeros 1.000 días de vida. Rol de los pediatras. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(1), 11-16. doi:10.32641/rchped.v90i1.1035
- Abuhammad, S. (2020). Predictors of maternal parenting self-efficacy for infants and toddlers: A Jordanian study. *PLoS ONE*, 15(11), e0241585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241585>
- Ardic, C., Usta, O., Omar, E., Yildiz, C., et al. (2019). Effects of infant feeding practices and maternal characteristics on early childhood obesity. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 117(1), 26-33.
- AMAI. (2024). Regla AMAI NSE 8x7 - Nivel Socioeconómico 2024. Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. <https://amai.org/niveles-socioeconomicos/>
- Assunção, D., Cruz, M., Holanda, N., Fagundes, R., Carvalho, A., Azevedo, I., y Pereira, S. (2023). Self-efficacy and breastfeeding outcomes in mothers of premature and term infants: A longitudinal study. *Codas*, 35(5), e20220123. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232022123pt>
- Bahorski, J. S., Childs, G. D., Loan, L. A., Azuero, A., Rice, M. H., Chandler-Laney, P. C., Hodges, E. A., Wasser, H. M., Thompson, A. L., & Bentley, M. E. (2020). Parental self-efficacy in new mothers predicts infant growth trajectories. *Western Journal of Nursing Research*, 42(<https://doi.org/10.1177/019394591985446>)
- Bante, H., Elliott, M., Harrod, A., & Haire-Joshu, D. (2008). El uso de prácticas de alimentación inapropiadas por parte de los padres rurales y su efecto en las preferencias y el consumo de frutas y verduras de los niños en edad preescolar. *Resumen de Investigación*, 40(1), 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.02.007>
- Barrett, K. J., & Thompson, A. (2021). Las conductas alimentarias infantiles y la alimentación con leche predicen de forma independiente el tamaño del bebé. *Revista Americana de Biología Humana*. doi:10.1002/ajhb.23678
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.
- Birch, L. L., & Doub, A. E. (2014). Learning to eat: birth to age 2 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 723S-728S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.069047>
- Burnett, A. J., Jansen, E., Appleton, J., et al. (2022). Bidirectional associations between parental feeding practices, infant appetitive traits and infant BMIz: A longitudinal cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(153). <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01392-z>
- 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>.
- Black, MM, Hager, ER, Wang, Y., Hurley, KM, Latta, LW, Candelaria, M. y Caulfield, LE (2020). Toddler obesity prevention: A two-generation randomized attention-controlled trial. *Nutrición materna e infantil*. <https://doi.org/10.1111/mcn.13075>

- Cárdenas-Villarreal, V. M., Hernandez-Barrera, L., Castro-Sifuentes, D., Guevara-Valtier, M. C., & Trejo-Valdivia, B. (2023). Trends in overweight and obesity in children under 24 months of age in Mexico (2012-2020): analysis of four national health surveys. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00046123.
- Chen, T., & Chien, L. (2022). Feeding self-efficacy and feeding outcome expectancy mediate the association between maternal depressive symptoms and responsive feeding. *Acta Psychologica*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103755>.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Comité de Nivel Socioeconómico AMAI. (2024). NSE. <https://www.amai.org/NSE/index.php?queVeo=NSE2020>
- Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría. (2014). *Pediatric Nutrition*. *Pediatrics*, 134(1), e364-e373.
- Črnčec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). Desarrollo de un instrumento para evaluar la autoeficacia percibida en padres de bebés. *Investigación en Enfermería y Salud*, 31(5), 442-453.
- De Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387–396. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x>
- De Rozza, J. G., Fong, M. K., Ang, B. L., Sadon, R. B., Koh, E. Y. L., & Teo, S. S. H. (2019). Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery*, 79, 102532. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102532
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). The State of the World's Children 2019: Children, food and nutrition - UNICEF DATA. <https://data.unicef.org/resources/state-of-the-worlds-children-2019>
- Gessulat, J., Opperman, E., Cohen, F., & Anders, Y. (2023). Parental self-efficacy in relation to family characteristics. *Journal of Early Childhood Research*, 21(2), 224–240. doi: 10.1177/1476718X231164133.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (7.a ed.). *Elsevier Health Sciences*.
- Hu, S., Wacharasin, C., & Sangin, S. (2023). Factors associated with feeding behaviors among mothers of obese infants: a cross-sectional study. *Translational Pediatrics*, 12(5), 1004-1016. doi: <https://dx.doi.org/10.2103>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (MX). (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.. Recuperado de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (MX). (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2020_presentacion_resultados.pdf
- Jansen, E., Russell, C. G., Appleton, J., Byrne, R., Daniels, L. A., Fowler, C., Rossiter, C., & Mallan, K. M. (2021). The Feeding Practices and Structure Questionnaire: development and validation of age-appropriate versions for infants and toddlers. *The International*

- Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01079-x>.
- Khadilkar, V., & Khadilkar, A. (2011). Growth charts: A diagnostic tool. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15(S3), 166-171. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.84854>.
- Kiyaeimolasaraei, S., Torkzahrani, S., Janati, P., y Nasiri, M. (2022). Paternal Breastfeeding Self-efficacy and Infant and Young Child Feeding Practice Three Months Postpartum. *Journal of Comprehensive Pediatrics*. <https://doi.org/10.5812/compreped-126395>
- Koh, G. A., Scott, J. A., Woodman, R. J., Kim, S. W., Daniels, L. A., & Magarey, A. M. (2014). Maternal feeding self-efficacy and fruit and vegetable intakes in infants: Results from the SAIDI study. *Appetite*, 81, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.008>
- Li, T., Guo, N., Jiang, H., & Eldadah, M. (2018). Breastfeeding Self-Efficacy Among Parturient Women in Shanghai: A Cross-Sectional Study. *International Lactation Consultant Association* 10.1177/0890334418812044.
- Lipsky, L. M., Burger, K., Cummings, J. R., Faith, M. S., & Nansel, T. R. (2023). Associations of parent feeding behaviors and early life food exposures with early childhood appetitive traits in an observational cohort study. *Physiology & Behavior*, 265, 114175. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2023.114175>
- Liyana Amin, NA, Tam, WWS y Shorey, S. (2018). Mejorar la autoeficacia de los padres primerizos: una revisión sistemática y un metaanálisis de intervenciones universales de educación para padres. *Revista internacional de estudios de enfermería*, 82, 149-162. <https://doi.org/10.1016>
- Mayo Abarca, J. A., Martínez Figueroa, G. I., Cárdenas Villarreal, V. M., & Cruz Chávez, N. E. (2023). Estrategias de prevención de la obesidad durante los primeros mil días de vida: revisión de alcance. *Región y sociedad*, 35.
- Naja, F., Hwalla, N., Chokor, F. A. Z., Zgheib, R., & Nasreddine, L. (2023). Prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños en el Líbano: un estudio nacional transversal. *Nutrición de Salud Pública*, 26(1), 143-159. doi:10.1017/S1368980022000842.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Patrones de crecimiento infantil de la OMS: longitud/talla para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la talla e índice de masa corporal para la edad: métodos y desarrollo. <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
- Organización Mundial de la Salud (2009). Manual WHO Anthro para computadoras personales. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Manual-Who-Anthrocompu.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2017). Prevención de la obesidad. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Alimentación del lactante y del niño pequeño. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Prevención de la obesidad. Recuperado en <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- Pérez-Herrera, A., Cruz-López, M., Cruz Xoxocotlán, S., Cruz Xoxocotlán Oaxaca, S., y Situación, C. M. (2019). Nutrición Hospitalaria Revisión Situación actual de la obesidad

- infantil en México Childhood obesity: current situation in Mexico. *Nutr Hosp*, 36(2), 463-469.
<https://doi.org/10.20960/nh.2116>.
- Pérez-Escamilla, R., Lutter, C. K., Rabadan-Diehl, C., Rubinstein, A., Calvillo, A., Corvalán, C. & Rivera, J. A. (2017). Prevention of childhood obesity and food policies in Latin America: from research to practice. *Obesity Reviews*, 18(Suppl 2), 28-38.
<https://doi.org/10.1111/obr.12574>.
- Rajan, S., Jahromi, L., Bravo, D., Taylor, A., & Updegraff, K. (2019). Maternal Self-Efficacy is Protective for Child BMI (but not Mother) BMI among Mexican-Origin Children with Negative Temperament. *J Dev Behav Pediatr*, 40(8), 633–641.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000696>.
- Russell, C. G., & Russell, A. (2018). Biological and psychosocial processes in the development of children's appetitive traits: insights from developmental theory and research. *Nutrients*, 10(6), 692.
- Rodríguez-Cano, A. M., Mier-Cabrera, J., Rodríguez-Hernández, C., Allegre-Dávalos, A. L., Muñoz-Manrique, C., & Perichart-Perera, O. (2020). Prácticas de alimentación complementaria y su asociación con indicadores de adiposidad a los 12 meses de edad. *Revista sobre los Orígenes del Desarrollo de la Salud y la Enfermedad*, 12(5), 780-787.
<https://doi.org/10.1017/S2040174420001038>.
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Suárez-Carmona, W., Sánchez-Oliver, AJ, & González-Jurado, JA (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista Chilena de Nutrición*
[,http://dx.doi.org/10.4067/s0717-751820170003](http://dx.doi.org/10.4067/s0717-751820170003)
- Thompson, A. L., & Bentley, M. E. (2013). The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. *Social Science & Medicine*, 97, 288-296.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.12.007>
- Walsh, A. D., Hesketh, K. D., Hnatiuk, J. A., & Campbell, K. J. (2019). Paternal self-efficacy for promoting children's obesity protective diets and associations with children's dietary intakes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, 53.
<https://doi.org/10.1186/s12966-019-0796-3>

Anexos

Anexo 1



Cédula de Datos Demográficos

AUTOEFICACIA PARENTAL Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Folio: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

dd/mm/aa

24 horas

Lugar de nacimiento:

Municipio Estado País

Hora inicio:

Hora de término:

**Número
telefono:**

Código de encuestador:

- 1.- **Edad de la madre:** _____ 2.- **Sexo:** (2) Mujer 3.- **Escolaridad:** (1) Primaria
4.- **Peso actual** _____ **Talla** _____ (2) Secundaria
5.- **Estado civil:** (1) Con pareja (2) Sin pareja 6.- **Sexo del hijo/a:** (3) Preparatoria
7.- **Ocupación** _____ (1) Hombre (2) Mujer (4) Licenciatura
8.- **Número de hijos** (1) Un hijo (2) Más de 2 hijos (5) Posgrado
9.- **Peso del hijo/a al nacer:** _____ 3 meses: _____ 6 meses: _____
10.- **Ingreso económico mensual familiar** (1) Menor de \$3,000 (2) \$3,001 – \$5,000 (3)
Mayor a \$5,000
(4) Prefiero no contestar
11.- **¿Alguien le ayuda a alimentar a su hijo?** (1) Sí (2) No **¿Quién?** _____
12.- Tipo de alimentación brindada: (1) Biberón (2) Lactancia exclusiva (3) Mixto (4) Otros
(especifique) _____ **Número de celular:** _____

- 1.- ¿Su hijo/a presento alguna complicación durante el embarazo? (1) Si (2) No
2.- ¿Su hijo/a nació prematuro? (1) Si (2) No
3.- ¿Tiene alguna condición que le impida alimentar a su hijo/a? ¿Cuál? _____
4.- ¿Padece algunas de las siguientes enfermedades?
(1) Diabetes (2) Hipertensión (3) Obesidad (4) Ninguna (5) Otra _____

Anexo 2

Datos del Nivel Socioeconomico del Jefe (NSE) (AMAI, 2024)

1.- Pensando en el jefe o jefa del hogar, ¿Cuál fue el ultimo año de estudios que aprobó en la escuela?

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1) No estudió | 8) Preparatoria Incompleta |
| 2) Primaria Incompleta | 9) Preparatoria Completa |
| 3) Primaria Completa | 10) Licenciatura Incompleta |
| 4) Secundaria Incompleta | 11) Licenciatura Completa |
| 5) Secundaria Completa | 12) Diplomado o Maestría |
| 6) Carrera Tecnica | 13) Doctorado |
| 7) Carrera Comercial | |

2.- ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su vivienda?

- | | | |
|---------|--------|--------------|
| 0) Cero | 1) Uno | 2) Dos o más |
|---------|--------|--------------|

3.- ¿Cuántos automoviles o camionetas tiene en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

- | | | |
|---------|--------|--------------|
| 0) Cero | 1) Uno | 2) Dos o más |
|---------|--------|--------------|

4.- Sin tomar en cuenta la conexión movil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

- | | |
|-------------|-------------|
| 1) Si tiene | 2) No tiene |
|-------------|-------------|

5.- De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿Cuántas trabajaron en el ultimo mes?

- | | | | | |
|---------|--------|--------|---------|-----------------|
| 1) Cero | 2) Uno | 3) Dos | 4) Tres | 5) Cuatro o más |
|---------|--------|--------|---------|-----------------|

6.- En su vivienda, ¿Cuántos cuartos se usan para dormir se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

- | | | | | |
|---------|--------|--------|---------|-----------------|
| 1) Cero | 2) Uno | 3) Dos | 4) Tres | 5) Cuatro o más |
|---------|--------|--------|---------|-----------------|

Anexo 3
Escala de Confianza Parental de Karitane

Esta escala tiene 15 ítems. Por favor subraye la respuesta que más se acerque a cómo se siente

1) Tengo confianza en alimentar a mi bebé.

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

2) Puedo calmar a mi bebé

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

3) Tengo confianza en poder ayudar a mi bebé a establecer una buena rutina de sueño

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

4) Sé qué hacer cuando mi bebé llora

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

5) Entiendo lo que mi bebé intenta decirme

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

6) Puedo calmar a mi bebé cuando está angustiado

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

7) Tengo confianza al jugar con mi bebé.

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

8) Si mi bebé tiene un resfriado o una fiebre leve, puedo manejarlo con confianza

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

9) Me siento seguro de que mi pareja estará ahí para ayudarme cuando necesite apoyo (no aplica si no tengo pareja).

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

10) Estoy seguro de que mi bebé está bien

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

11) Puedo tomar decisiones sobre el cuidado de mi bebé

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

12) Ser madre/padre es muy estresante para mí.

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

13) Siento que estoy haciendo un buen trabajo como madre/padre.

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

14) Otras personas piensan que estoy haciendo un buen trabajo como madre/padre.

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

15) Estoy seguro de que la gente estará ahí para ayudarme cuando necesite apoyo.

a) No, casi nunca b) No, no muy a menudo c) Si, algunas veces d) Si, la mayoría del tiempo

Anexo 4
Escala de Autoeficacia de Prácticas Alimentarias

Esta escala tiene 5 ítems. Por favor subraye la respuesta que más se acerque a cómo se siente usted en general.

1. Puedo saber cuándo mi bebé está lleno.

1)No, casi nunca 2)No, no muy a menudo 3)Si, algunas veces 4)Si, la mayoría del tiempo

2. Puedo saber cuándo mi bebé ha comido lo suficiente.

1)No, casi nunca 2)No, no muy a menudo 3)Si, algunas veces 4)Si, la mayoría del tiempo

3. Puedo saber cuándo mi bebé tiene hambre.

1)No, casi nunca 2)No, no muy a menudo 3)Si, algunas veces 4)Si, la mayoría del tiempo

4. El bebé sabe cuándo tiene hambre.

1)No, casi nunca 2)No, no muy a menudo 3)Si, algunas veces 4)Si, la mayoría del tiempo

5) El bebé sabe cuándo está lleno.

1)No, casi nunca 2)No, no muy a menudo 3)Si, algunas veces 4)Si, la mayoría del tiempo

Anexo 5
Cuestionario Sobre Prácticas Y Estructura de la Alimentación en Niños Menores de 6 Meses

Esta cuestionario contiene 18 ítems. Por favor subraye la respuesta que más crea adecuada.

Alimentación a demanda

- 1) Le doy de comer a mi bebé cuando quiere
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre
- 2) Le doy de comer a mi bebé en horarios establecidos
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre
- 3) Yo decido cuando es el momento de alimentar a mi bebé
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre
- 4) Dejo que mi bebé decida cuando le gustaría alimentarse
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

Comida para calmar

- 5) Le doy de comer a mi bebé para calmarlo, incluso si no tiene hambre
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre
- 6) Le ofrezco comida a mi bebé cuando esta inquieto o tiene hambre
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre
- 7) Le ofrezco comida a mi bebé cuando está lastimado
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre
- 8) Cuando mi bebé está inquieto o llora, darle de comer es una de las primeras cosas que hago'
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre
- 9) Le doy de comer a mi bebé para asegurarme de que no se inquiete ni llore.
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

Alimentación persuasiva

- 10) Le doy leche extra a mi bebé, sólo para estar segura de que come lo suficiente
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre
- 11) Si mi bebé indica que no tiene hambre, intento hacer que coma de todos modos
1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

12) Le doy a mi bebé un poco más de leche para que duerma más tiempo

1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

Alimentación dirigida por los padres

13) Al decidir cuanto alimentar a mi bebé me baso en el hambre que tiene

1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

14) Alimento a mi bebé durante un tiempo establecido

1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

15) Controlo cuidadosamente cuánto come mi bebé

1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

16) Sigo una regla sobre cuánto mi bebé deber de comer

1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

17) Dejo que mi bebé decida cuánto come

1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

18) Decido cuánto come mi bebé

1=nunca 2= rara vez 3= a veces 4= a menudo 5=siempre

Anexo 6
Carta de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Autoeficacia parental y alimentaria, prácticas de alimentación perceptiva e IMCz de lactantes
Autores/Estudiante: Lic. Gerardo Jahir Capetillo Delgado
Director de Tesis/Asesor: Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Introducción/Objetivo del estudio:

Estimada participante: Estamos realizando un estudio para valorar las prácticas de alimentación, la capacidad para cuidar a su bebe y el manejo del peso del niño desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad. Por lo que estamos invitando a madres que hayan tenido un hijo/a en este hospital, los requisitos para ser incluida son tener más de 18 años estar a menos de 24 horas de haber tenido un bebé y que no haya tenido ninguna complicación durante el parto. Su participación y los resultados de este estudio se realizarán con fines científicos y obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería, además dar a conocer nuevos datos de importancia sobre la Obesidad Infantil en México. Los resultados se mostrarán de forma general es decir ni su nombre ni su registro serán expuestos. Por lo que le invitamos a participar en este estudio contestando cinco cuestionarios, que a continuación se le explica en qué consisten, esta información le ayudará a resolver las posibles dudas que surjan y si desea participar o no en este estudio.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

Los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería autorizaron la realización de este estudio en esta institución. La información que usted proporcione será de forma anónima, para identificar a las participantes se asignará un número de folio y así llevar el seguimiento de su participación sin comprometer su identidad.

Se invitó a 136 madres las cuales se le dió cinco encuestas, la primera sobre su edad, nivel educativo y ocupación, la segunda es sobre su economía, las tres restantes serán sobre la creencia o confianza que usted tiene sobre la crianza de su hijo, la alimentaria se enfocan en la confianza al momento de alimentar a su hijo, y finalmente el cuestionario sobre sus prácticas de alimentación hacia su hijo en las que tendrán una duración aproximada de 20 minutos en contestarlas, se le dará privacidad garantizando un lugar tranquilo y en silencio para su mayor comodidad y posteriormente se resguardarán para garantiza la privacidad de su información. Posteriormente a los tres meses se le realizará nuevamente las últimas tres encuestas aplicadas por medio de llamada telefónica, que puede tardar aproximadamente 10-15 minutos en contestarlos. Aun firmando este consentimiento usted podrá suspender su participación en este estudio en el momento que lo considere necesario.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.

No existe ningún riesgo en su participación, solo se utilizará su información para documentar la información registrada de sus encuestas. Si en algún momento se siente incomoda o con alguna pregunta sobre el cuestionario puede mencionarlo y no contestarla.

Beneficios esperados:

El estudio no tendrá beneficios económicos, sin embargo, su participación voluntaria puede ayudar a futuras investigaciones para crear intervenciones enfocadas en la prevención de enfermedades derivadas de la obesidad infantil.

Compromisos del Investigador:

En caso de que desee contactar al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al teléfono 81 8347 8096, ubicados en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigacion.fae@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Firma: _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Dirección

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Resumen Autobiográfico

Lic. Gerardo Jahir Capetillo Delgado

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: AUTOEFICACIA PARENTAL Y ALIMENTARIA, PRACTICAS DE ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA DE LA MADRE E IMCZ DE LACTANTES: ESTUDIO LONGITUDINAL

LGAC: Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad: a) riesgo de desarrollar estados crónicos y b) en grupos vulnerables.

Biografía: Nacido en Monterrey, Nuevo León el día 24 de mayo de 1998, hijo de Gerardo Noé Capetillo Hernández y Myrna Aracely Delgado Encinas.

Educación: Licenciatura en Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Becario de la nueva Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2023-2025.

Experiencia profesional: Prestador de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería en Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en área de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Postquirúrgicos, Nefrología, Medicina Interna I y II, y Pensionistas en el periodo 2019-2020. Durante la pandemia ejercí como Personal por Tiempo Determinado en Áreas Médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social en campaña de vacunación COVID-19, así como campañas de Sarampión y Rubeola durante ocho meses.

Coordinador del área de hospitalización en la Secretaría de Salud de Nuevo León en el Hospital General Tierra y Libertad desde el año 2021 donde fui desarrollando mis habilidades y competencias en las áreas administrativas y de atención del paciente. Actualmente laborando en el área de Unidad en Diabetes, Obesidad y Riesgo Metabólico en el Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario realizando estudios de diagnóstico específicos para protocolos clínicos de investigación.

Investigación: Estancia de Investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua donde realicé una ponencia del presente estudio de investigación en un simposio dentro de la facultad. Realicé una ponencia de una revisión sistemática en el Jornadas de Enfermería del Hospital Metropolitano del presente estudio, asimismo la prueba piloto en el I Congreso Internacional para el Cuidado de la Salud: “Transformando el cuidado hacia una visión humanista de calidad basada en la Ciencia, Tecnología e Investigación”.

Correo: gerardo.capetillode@uanl.edu.mx