

Original/*Pediatría*

Conductas del estilo de vida del hijo relacionadas con el peso y autoeficacia materna para manejarlas

Yolanda Flores-Peña¹, Lourdes L. Rocha-Aguirre², Velia M. Cárdenas-Villarreal¹, Divna Haslam³, Anilena Mejía⁴ y Matt Sanders⁵

¹Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, México. ²Universidad Autónoma de Zacatecas, Área de Ciencias de la Salud, México. ³University of Queensland, Parenting and Family Support Centre, Australia. ⁴University of Manchester, School of Psychological Sciences, Reino Unido. ⁵University of Queensland, School of Psychology, Australia.

Resumen

Introducción: la crianza de los hijos representa retos. Las madres de hijos con sobrepeso (SP) - obesidad (OB) enfrentan conductas del estilo de vida del hijo (CEVH) relacionadas con el peso corporal.

Objetivos: 1) Evaluar la confiabilidad de la escala Lista de Verificación de CEVH (LVC) en Español. 2) Evaluar las CEVH que representan un problema para su manejo (PC) y la autoeficacia (AE) para manejarlos, en madres de hijos con y sin SP-OB y 3) Verificar diferencias entre los grupos.

Métodos: participaron 367 diadas (madre/hijo). Las madres contestaron la Escala LVC con dos escalas: escala problemas de conducta (EPC) y escala autoeficacia para manejarlos (EAE). Se midió peso y talla a las diadas. Se obtuvo coeficiente alpha de Cronbach, estadísticas descriptivas y se aplicó ANOVA.

Resultados: el alpha de Cronbach para la EPC fue 0,86 y para la EAE 0,96. Ver mucha televisión fue el mayor PC que las madres de hijos con y sin SP-OB tienen que manejar ($F = ,232, p = ,630$). Las madres de hijos con SP-OB tuvieron menor AE respecto a las madres de hijos sin SP-OB ($F = 14,155, p = ,001$). Las madres de hijos con SP-OB percibieron más PC (media = 55,40) y tuvieron menor AE respecto a las madres de hijos sin SP-OB ($F = 15,45, p < ,001$).

Conclusiones: la Escala LVC en Español mostró una consistencia interna aceptable. Las madres de hijos con SP-OB percibieron más PC y tuvieron menor AE. Se recomienda implementar programas para fortalecer la AE materna.

(*Nutr Hosp.* 2015;32:144-150)

DOI:10.3305/nh.2015.32.1.8855

Palabras clave: *Autoeficacia. Crianza del niño. Estilo de vida. Peso corporal. Obesidad pediátrica.*

Correspondencia: Yolanda Flores-Peña.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Av. Gonzalitos No. 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64460
E-mail: yflores_mx@yahoo.com.mx

Recibido: 16-II-2015.

Aceptado: 14-IV-2015.

CHILD'S LIFESTYLE BEHAVIOURS RELATING TO WEIGHT AND MATERNAL SELF-EFFICACY IN MANAGING THEM

Abstract

Introduction: parenting represents challenges. Mothers of overweight (OW) - obesity (OB) children face their children's lifestyle behaviors related to body weight.

Objectives: 1) To assess the reliability of The Lifestyle Behaviour Checklist (LBC) in Spanish, 2) To evaluate the children's lifestyle behaviour that represent for the mother a problem for managing (PB) and self-efficacy (SE) to manage them in mothers of children with and without OW-OB and 3) To verify the differences between groups.

Methods: participated 367 dyads (mother / child). Mothers answered the LBC with two scales, problems behaviour scale (PBS) and self-efficacy to managing them scale (SMS). The dyads' weight and size were measured. Cronbach's alpha coefficient, descriptive statistics and ANOVA were calculated.

Results: Cronbach's alpha for PBS was 0.86 and 0.96 for SMS. Watches too much television was the greatest problem in managing for mothers of children with and without OW-OB ($F = .232, p = .630$). The mothers of children with OW-OB had lower self-efficacy compared to mothers of children without OW-OB ($F = 14,155, p = .001$). The mothers of children with OW-OB perceived more PB (Mean = 55.40) and less SE compared to mothers of children without OW-OB ($F = 15.45, p < .001$).

Conclusions: LBC in Spanish had acceptable internal consistency. The mothers of children with OW-OB perceived more PB and had less SE. We recommend the implementation of programs that would strengthen the maternal SE.

(*Nutr Hosp.* 2015;32:144-150)

DOI:10.3305/nh.2015.32.1.8855

Key words: *Self efficacy. Child rearing. Life style. Body weight. Pediatric obesity.*

Abreviaturas

SP: Sobrepeso.

OB: Obesidad.

CEVH: Conductas del estilo de vida del hijo.

LVC: Escala Lista de Verificación de Conductas del Estilo de Vida.

EP: Escala problemas.

EAE: Escala autoeficacia.

Introducción

La prevalencia de sobrepeso (SP) y obesidad (OB) se ha incrementado a nivel mundial en las últimas décadas¹ y se sigue incrementando rápidamente en muchos países de América Latina². Así mismo la prevalencia en la población infantil de México, superó lo reportado para América Latina³.

El exceso de peso durante la infancia tiene repercusiones en la salud tales como hiperlipidemia, hipertensión y tolerancia anormal a la glucosa, además se ha documentado que un niño que a los 5 años presenta SP tiene 4 veces más probabilidad de presentar OB a los 9 años de edad en comparación con un niño que tenía peso normal a la misma edad⁴.

A diferencia de los adultos, los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven, ni los alimentos que consumen, además de tener una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento, por consiguiente necesitan una atención especial en la lucha contra la epidemia de OB⁵. Durante la infancia los padres pueden influir o no, en los factores de riesgo asociados a la OB, por ejemplo al comprar los alimentos que se colocan a disposición del hijo y al actuar como modeladores de conducta⁶. Por otra parte de acuerdo al rol tradicional de género la madre es el cuidador principal y en ciertas culturas tales como la cultura México-Americana este rol es aún más reforzado, por lo que las madres están en una posición única para influir en las conductas del hijo⁷.

Sin embargo, se ha señalado que las madres de hijos con SP-OB se perciben con menor autoeficacia para manejar las conductas del estilo de vida del hijo (CEVH) relacionadas al peso en comparación con las madres de hijos con peso normal⁸⁻⁹. Aunado a lo anterior, se ha documentado que cuando las madres tienen un sentido firme de su autoeficacia suelen disponer más recursos para potenciar las competencias del hijo, sin embargo, cuando perciben las CEVH relacionadas al peso como un problema, suelen tener menor autoeficacia para manejarlas, por lo que podrían realizar intentos fallidos para modificarlas desgastando con esto su autoeficacia y contribuyendo ineffectivamente a la crianza de los hijos¹⁰.

Además, es importante señalar que la autoeficacia materna se ha asociado con la capacidad de proveer adaptación, estimulación y alimentar el entorno de

crianza de los hijos. Se define como la estimación auto referida por la madre sobre su competencia en el rol de crianza del hijo, además de la auto percepción sobre su habilidad para influir de forma positiva en la conducta y desarrollo del hijo¹¹⁻¹³.

Las CEVH relacionadas al peso que los padres tienen que manejar pueden referirse a aspectos como: 1) alimentación (p. ejem. el que el hijo come mucho o come muy rápido), 2) actividad física (p.ejem. el hijo ve mucha televisión) y 3) como afecta el tener SP (p. ejemp. el hijo se queja porque no le queda la ropa), CEVH que pueden ser percibidas como un problema para su manejo particularmente por los padres de niños con OB^{8,14}.

Estudios que hayan abordado las CEVH relacionadas al peso y la autoeficacia para manejarlas son escasos, dos de éstos estudios se realizaron en Estados Unidos de Norte América^{12,15}; un estudio en Holanda⁹, cuatro estudios en Australia^{8,10,14,16} y un estudio en Indonesia con metodología cualitativa¹².

Respecto a los cuestionarios disponibles para evaluar estas variables, la escala denominada Lista de Verificación de Conductas del Estilo de Vida (LVC)⁸ permite evaluar que tanto una CEVH representa para los padres un problema de conducta, así como la autoeficacia parental para manejar esta conducta. La escala LVC ha demostrado consistencia interna alta⁸⁻¹⁰, evidencia de validez de constructo⁸ y estabilidad aceptable test-retest⁹, por lo que se consideró adecuada para aplicarse en el presente estudio en el cual participaron madres mexicanas de niños pre-escolares y escolares residentes en el Noreste de México.

Los objetivos del estudio fueron: 1) Evaluar la confiabilidad de la escala LVC en Español, 2) Evaluar las CEVH y la autoeficacia para manejarlas en madres de hijos con y sin SP-OB y 3) Verificar diferencias entre los grupos.

Metodología

La población de estudio fueron 916 diadas, madre-hijo en edad pre escolar (4 a 5 años) y escolar (6 a 11 años). Respecto a los hijos 481 pertenecían al sexo masculino y 475 al sexo femenino, asistían a seis instituciones de educación pública (tres instituciones de nivel pre-escolar y tres de educación básica) de la zona metropolitana de Monterrey, N. L.

La muestra se calculó mediante el paquete estadístico n'Query Advisor® Versión 4.0, para una correlación con tamaño de efecto de 0.17, prueba bilateral con un nivel de confianza de .05, potencia de prueba de 90% y una tasa de no respuesta de 5% resultando una muestra de 378 diadas madre-hijo.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, las instituciones fueron el estrato y los grupos los conglomerados. Se seleccionaron aleatoriamente 23 grupos de las 6 instituciones educativas. Posteriormente

por medio de una reunión informativa se invitó a participar a las madres de los hijos seleccionados. A éstas reuniones asistió el 69.50 % ($n = 263$) de las madres. Cuando la madre no acudió a la reunión informativa se programó visita domiciliaria ($n = 104$). Las madres que no fueron localizadas o no desearon participar ($n = 11$) se descartaron de la investigación al considerar la tasa de no respuesta. La muestra total final de participantes fue de 367 diadas.

Mediciones

Las madres contestaron la Escala LVC⁸, la cual enuncia 25 CEVH relacionadas al peso, los ítems del 1 a 15 evalúan CEVH relacionadas a alimentación (p. ejem. ingesta de comida no saludable y comer en grandes cantidades), los ítems 16 a 19 evalúan CEVH relacionadas a actividad física (p. ejem. ve mucha televisión y no quiere realizar actividad física), las preguntas 20 a 25 evalúan como afecta al hijo el tener SP (p. ejem. está molesto porque tiene SP).

Estas 25 CEVH están distribuidas en dos escalas, la Escala Problemas (EP) que evalúa que tanto cada una de las 25 CEVH representa para los padres un problema para su manejo, con una puntuación de 1 a 7 donde 1 es nada, 2 y 3 poco, 4 algo, 5 mucho, 6 y 7 muchísimo y la Escala Autoeficacia (EAE) que evalúa la autoeficacia de los padres para manejar las CEVH (aunque estas no se presenten) con una puntuación entre 1 y 10, donde 1 representa no podría manejarlo y 10 con seguridad podría manejarlo. La puntuación para la EP oscila entre 25 y 175 y para la EAE oscila entre 25 y 250.

La Escala LVC fue diseñada para aplicarse a padre/madre de niños con edades entre 4 y 11 años, ha reportado una consistencia interna $\alpha = .97$ para la EP y $\alpha = .92$ para EAE⁸. Se solicitó la Escala LVC a sus autores y su autorización para traducirla al idioma Español, lo cual se realizó mediante el procedimiento back-translation, para su aplicación en el presente estudio.

Se midieron peso y talla a las diadas, la talla con el estadiómetro SECA 214 y el peso con la báscula Seca 813 con capacidad para 200 kilogramos precisión de 0.1 gr, posteriormente se calculó el índice de masa corporal (IMC) mediante la fórmula peso/talla². El IMC materno se clasificó en: bajo peso (<18.5), peso normal (18.5 a 24.9), SP (25.0 a 29.9) y OB (IMC > 30.0)¹⁷ y el IMC del hijo de acuerdo al percentil en: desnutrición (percentil <3), bajo peso (≥ 3 y <15), peso normal (≥ 15 y <85), SP (≥ 85 pero < 97) y OB (≥ 97)¹⁸. Se solicitaron datos sociodemográficos maternos tales como: edad y escolaridad en años, ocupación y estado civil; y del hijo se solicitó información como edad en años y sexo.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, posteriormente se acudió a las instituciones educativas seleccionadas y

se estableció contacto con el Director correspondiente a quien se le solicitó autorización para la colecta de datos, así como los grupos de la institución educativa para proceder a la selección aleatoria.

Se extendió una invitación a las madres de los niños que pertenecían a los grupos seleccionados para asistir a una reunión informativa en la cual se expusieron los objetivos del estudio, procedimientos a realizar, se solicitó la firma del consentimiento informado y contestaron la Escala LVC en Español y se realizaron las mediciones antropométricas.

En los hijos las mediciones antropométricas se realizaron en el horario y área dispuesta por las autoridades del plantel educativo, los niños seleccionados, salían del aula en grupos de cinco. Para realizar las mediciones se solicitó al niño el asentimiento verbal y se protegió la privacidad del participante.

Análisis de datos

Se capturaron y analizaron en el paquete estadístico IBM SPSS, versión 21.0. Dado que era la primera vez que se aplicaba la Escala LVC en Español a madres mexicanas en primer lugar se determinó su confiabilidad mediante el coeficiente alpha de Cronbach.

Posteriormente para evaluar las CEVH relacionadas al peso que representan para las madres un problema de conducta y la autoeficacia para su manejo, se conformaron dos grupos: a) madres de hijos con SP-OB y madres de hijos sin SP-OB, se calcularon estadísticas descriptivas para cada uno de los 25 ítems de las dos escalas del LVC, así como estadísticas descriptivas para las sumatorias de las puntuaciones y se compararon mediante la prueba ANOVA de una vía.

Resultados

La edad promedio de las madres participantes fue 34.75 años ($DE = 7.43$), el 39.51% ($n = 145$) había concluido la preparatoria. El IMC materno promedio se ubicó en 28.1 ($DE = 5.84$). La edad promedio de los hijos fue 6.96 años ($DE = 2.37$), el 34.10% ($n = 125$) pertenecía a nivel pre-escolar y el 65% ($n = 242$) a educación básica. Respecto al sexo del hijo, el 48% ($n = 176$) fue de sexo masculino y el 52% ($n = 191$) sexo femenino. El 16.35% ($n = 60$) presentó SP y el 18.80% ($n = 69$) OB, la información se presenta en la Tabla I.

La consistencia interna de la Escala LVC evaluada mediante el coeficiente alpha de Cronbach fue 0.86 para la EP y 0.96 para la EAE, la información se muestra en la Tabla II. Posteriormente se compararon las puntuaciones de cada ítem de la EP y de la EAE entre madres de hijos con SP-OB ($n = 129$) y madres de hijos sin SP-OB ($n = 238$). En la Tabla III se observan diferencias significativas en 10 de los 25 ítems de la EP, las madres de niños con SP-OB obtuvieron medias más altas en com-

Tabla I <i>Características de los participantes</i>		
<i>Variables continuas</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Edad (años)		
Madre	34.75	7.43
Hijo	6.96	2.37
IMC		
Madre	28.1	5.84
Hijo	17.76	0.77
<i>Variables categóricas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo del hijo		
Masculino	176	47.96
Femenino	191	52.04
Educación materna		
Ninguna	5	1.36
Primaria	31	8.45
Secundaria	99	26.97
Preparatoria	145	39.51
Universidad	87	23.71
Empleo		
No	207	56.40
Si	160	43.60
Clasificación IMC materno		
Bajo peso	1	0.28
Peso normal	123	33.51
Pre-Obesidad	126	34.33
Obesidad	117	31.88
Clasificación IMC del Hijo		
Peso normal	238	64.85
Sobrepeso	60	16.35
Obesidad	69	18.80

comparación con las madres de hijos con peso normal, en items tales como: come demasiado (3.68 vs 2.57), come muy rápido (3.19 vs 1.39), pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora (2.88 vs 2.37), exige porciones extra de comida (2.53 vs 2.00) y discute por la comida (2.42 vs 1.59), entre otros.

En relación a la autoeficacia para manejar las CEVH se encontraron diferencias significativas en 22 de los 25 items. Las madres de niños con SP-OB obtuvieron medias significativamente más bajas en comparación a las madres de niños con peso normal en CEVH tales como: ve mucha televisión (7.83 vs 8.49), come refrigerios no saludables (7.90 vs 8.60), come demasiado (8.06 vs 8.58), come muy rápido (8.26 vs 8.61) y rechaza comer ciertos alimentos (8.24 vs 8.32), entre otros.

Tabla II <i>Consistencia interna de la Escala LVC</i>		
<i>Escala</i>	<i>Items</i>	<i>alpha de Cronbach</i>
Problema	1-25	.86
Alimentación	1-15	.83
Actividad física	16-19	.66
Tener SP-OB	20-25	.77
Autoeficacia	1-25	.96
Alimentación	1-15	.94
Actividad Física	16-19	.83
Tener SP-OB	20-25	.94

n = 367 diadas (madre-hijo).

El análisis ANOVA reveló diferencia significativa en las puntuaciones de la EP entre las madres de hijos con y sin SP-OB ($F = 15.45, p < 0.001$). Las madres de hijos con SP-OB tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la EP ($Media = 55.40, DE = 17.72$) en comparación con las madres de hijos sin SP – OB, ($Media = 48.88, DE = 13.58$).

Respecto a la EAE también se encontró diferencia significativa en las puntuaciones entre las madres de hijos con y sin SP – OB ($F = 17.43, p < 0.001$). Las madres de hijos con SP – OB tuvieron menor puntuación en la EAE ($Media = 214.15, DE = 31.40$) que las madres de hijos sin SP – OB ($Media = 226.30, DE = 23.64$), los resultados se muestran en la Tabla IV.

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron identificar las CEVH que representan para la madre un problema y la autoeficacia para su manejo, en madres de hijos con y sin SP-OB, además se evaluó la consistencia interna de la Escala LVC versión en Español⁸ en población mexicana. La EP mostró consistencia interna alta y la EAE consistencia interna aceptable, lo cual es consistente con los valores obtenidos en otro estudio realizado en Holanda⁹ y más bajo el valor encontrado en la EP en comparación con lo reportado en un estudio realizado en Australia¹⁰.

Se ha documentado que la Escala LVC permite identificar diferencias entre padres de hijos con y sin SP-OB; dado que en el presente estudio se identificaron diferencias significativas en los valores promedio de la mayoría de los items de la EAE entre los grupos de madres de hijos con y sin SP – OB, es posible señalar que los resultados aquí encontrados apoyan lo referido por los autores, quienes señalan que el hecho de encontrar estas diferencias, apoya la validez de contenido de la Escala LVC.

Respecto a las CEVH identificadas por las madres como problema, destacó el hecho de que el hijo ve

Tabla III
Valores promedio de acuerdo al grupo para los ítems de la escala LVC

Conducta del Estilo de Vida	Escala Problema				F	p	Escala Autoeficacia				F	p
	SP – OB		Peso normal				SP – OB		Peso normal			
	n = 129		n = 238				n = 129		n = 238			
	Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE		
1. Come muy rápido	3.19	1.47	2.41	1.39	25.52	.001	8.26	1.56	8.61	1.58	3.91	.049
2. Come demasiado	3.68	1.15	2.57	1.31	64.92	.001	8.06	1.80	8.58	1.66	7.64	.006
3. Come refrigerios no saludables	3.33	1.24	3.09	1.25	3.02	.083	7.90	1.82	8.60	1.43	16.43	.001
4. Se queja o lloriquea por la comida	2.15	1.48	2.27	1.54	.573	.450	8.44	1.86	8.84	1.35	5.52	.019
5. Grita por la comida	1.53	1.09	1.66	1.33	.776	.379	8.72	1.74	9.07	1.30	4.72	.030
6. Hace berrinches por la comida	1.69	1.13	1.94	1.41	3.018	.083	8.62	1.67	8.92	1.43	3.33	.069
7. Rechaza comer ciertos alimentos	2.82	1.67	3.03	1.65	1.259	.263	8.24	1.62	8.32	1.78	.193	.660
8. Discute por la comida	2.42	1.53	1.59	1.08	36.486	.001	8.50	1.70	9.07	1.34	12.66	.001
9. Exige porciones extras de comida	2.53	1.49	2.00	1.21	13.658	.001	8.37	1.76	9.00	1.40	13.73	.001
10. Continuamente pide algo de comer entre comidas	3.06	1.48	2.93	1.39	.737	.391	8.32	1.66	8.62	1.54	2.99	.084
11. Exige alimento cuando van de compras o de paseo	2.65	1.54	2.78	1.54	.598	.440	8.22	1.87	8.81	1.47	10.89	.001
12. Come a escondidas	1.54	1.15	1.28	.86	5.946	.015	8.88	1.42	9.25	1.34	6.13	.014
13. Esconde los alimentos	1.21	.77	1.10	.498	2.847	.092	8.98	1.50	9.45	1.05	12.28	.001
14. Les quita los alimentos a otros niños	1.05	.31	1.05	.30	.056	.813	9.26	1.23	9.53	1.08	4.42	.036
15. Come para consolarse cuando se siente triste o deprimido	1.34	.91	1.14	.61	6.117	.014	9.05	1.29	9.53	.95	16.89	.001
16. Ve mucho la televisión	3.84	1.57	3.76	1.61	.232	.630	7.83	1.81	8.49	1.48	14.155	.001
17. Pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora	2.88	1.74	2.37	1.49	8.220	.004	8.29	1.83	8.93	1.31	14.56	.001
18. Se queja sobre hacer actividad física	1.93	1.38	1.74	1.29	1.811	.179	8.66	1.48	9.11	1.25	9.43	.002
19. No quiere hacer actividad física	1.54	1.00	1.49	1.06	.233	.629	8.81	1.47	9.12	1.35	4.26	.040
20. Se queja de no estar bien o sentirse bajo de energía	1.51	.93	1.37	.92	1.947	.164	8.78	1.63	9.22	1.29	7.82	.005
21. Se queja de tener sobrepeso	1.91	1.36	1.18	.79	41.837	.001	8.65	1.70	9.46	1.13	29.21	.001
22. Se queja de que se burlan de él o ella	1.75	1.42	1.24	.73	20.697	.001	8.64	1.76	9.41	1.10	26.02	.001
23. Se queja de no tener suficientes amigos	1.42	.93	1.37	.93	.229	.633	8.81	1.60	9.39	1.12	16.41	.001
24. Se queja de no ser atractivo	1.26	.72	1.09	.44	7.913	.005	9.05	1.31	9.53	.992	15.12	.001
25. Se queja porque no le queda la ropa	1.74	1.24	1.24	.69	24.326	.001	8.8	1.54	9.45	1.11	21.589	.001

mucho la televisión, lo cual es consistente con lo reportado en otro estudio, en el cual los padres reconocen este problema, señalando el que su hijo prefiere realizar actividades sedentarias, por tanto solicitaban ideas respecto a otras alternativas para realizar actividad física, sin embargo sentían que era poco probable que las CEVH cambiaran¹⁹.

Lo anterior también mostró coincidencia con las madres de niños con SP-OB del estudio realizado en Holanda⁹, por lo que se requieren estrategias para que las madres manejen esta conducta y se perciban con

la capacidad de cambiarla, además esto es importante, dado que se ha documentado que la cantidad de tiempo dedicado a ver televisión es un predictor de la OB infantil, lo que además puede incrementar la ingesta de alimentos no saludables y correlacionarse positivamente con las preferencias del hijo por ciertos alimentos influenciados por la misma televisión¹⁹.

Otras CEVH detectadas como problema fueron: come demasiado, come refrigerios no saludables, come muy rápido y continuamente pide algo de comer entre comidas, éstas CEVH relacionadas a la alimentación.

Tabla IV
Puntuaciones promedio de las Escalas del LVC y prueba de ANOVA entre grupos

Grupo	Rango	Madres de hijos con SP-OB n = 129		Madres de hijos sin SP-OB n = 238		F	p
		Media	DE	Media	DE		
Escala Problema	25 – 175	55.40	17.72	48.88	13.58	15.45	.000
Alimentación	15 – 105	34.20	11.39	30.82	9.75	8.90	.003
Actividad física	4 – 28	10.08	4.22	9.19	3.82	4.22	.041
Tener SP-OB	6 – 42	11.10	5.70	8.86	3.43	22.16	.001
Escala Autoeficacia	25 – 250	214.15	31.40	226.30	23.64	17.43	.001
Alimentación	15 – 150	127.82	19.41	134.19	15.56	11.75	.001
Actividad Física	4 – 40	33.58	5.46	35.65	4.35	15.59	.001
Tener SP-OB	6 – 60	52.73	8.63	56.44	5.91	23.59	.001

Lo cual es consistente con lo reportado en otro estudio, en el cual las madres de niños pre-escolares señalaron como problemas el hecho de que el hijo/a llora si no se le da lo que él/ella quiere, come a escondidas y mi hijo se enoja si no le doy más comida²⁰.

Por lo que se considera que se requiere proporcionar a las madres educación respecto a estrategias para manejar las CEVH relacionadas a alimentación, dado que se ha reportado que las madres prefieren no llamarle la atención al hijo por cuestiones relacionadas a la comida, piensan que esto provocaría sentimientos de tristeza a su hijo o simplemente refieren que quieren una vida tranquila y que el vigilar constantemente la dieta de su hijo es muy estresante¹⁹.

Por otra parte, al comparar los valores promedio de los ítems de la EAE se identificó diferencia significativa en 22 de los 25 ítems, las madres de niños con SP-OB tuvieron medias más bajas respecto a las madres de hijos sin SP-OB, lo cual fue diferente a lo reportado en el estudio realizado en Holanda, en el cual solo se encontró diferencia significativa en 5 de los 25 ítems⁹.

Se sabe que las relaciones que los padres establecen con sus hijos, están dirigidas por la necesidad de cuidar, educar y promover el desarrollo óptimo de éstos, sin embargo, el rol de parentesco plantea demandas duras y continuas. Se ha encontrado que las actividades que los padres realizan dentro y fuera de casa, son vistas por ellos mismos, como una barrera para preparar comida saludable. Los ocupados estilos de vida crean una dependencia por la comida rápida para satisfacer el hambre del hijo, los padres refirieron sentirse cansados por las demandas del trabajo y del cuidado de los hijos, lo que provoca su falta de motivación y compromiso para a su vez motivar a su hijo a realizar ejercicio y para no preparar comida saludable²¹.

Dado que se identificó que las madres de hijos con SP-OB perciben mayores problemas de conducta del hijo y se perciben con menor autoeficacia para manejarlos. Es importante resaltar que cuando los padres perciben problemas de peso en su hijo, suelen tener

menor autoeficacia para manejarlos y sus intentos para modificar las CEVH relacionadas al peso suelen fallar, lo que desgasta su autoeficacia y contribuye ineffectivamente a la crianza de los hijos¹⁰.

Además se ha descrito que la autoeficacia se correlaciona de forma negativa con el control psicológico, lo que sugiere que cuando la madre se percibe con menor autoeficacia, ejerce mayor control psicológico con conductas tales como: enojo, retirar el amor, condicionar el amor, generar ansiedad e invalidación de la perspectiva del hijo, así como manipular los pensamientos y sentimientos del hijo²². De acuerdo a esto es posible considerar que las madres de hijos con SP-OB podrían responder con estrategias de control, las cuales podrían agravar aún más el problema del SP-OB en el hijo, ya que se ha identificado relación positiva y significativa entre las estrategias de control y el índice de masa corporal del hijo²³, preferencias alimentarias y conductas no saludables de alimentación y actividad física²⁴.

Los resultados del presente estudio permiten concluir que las madres de hijos con SP-OB perciben más CEVH como problema y se perciben con menor autoeficacia para manejarlos y que el hecho de ver televisión es el principal problema que las madres tienen que manejar por lo que se recomienda promover el consumo de comida saludable durante los tiempos de ver televisión, así como diseñar e implementar intervenciones dirigidas a fortalecer la autoeficacia.

Además se recomienda evaluar las propiedades psicométricas de la Escala LVC en población mexicana, considerando la participación de ambos padres u otros cuidadores y evaluar otros factores relacionados a la autoeficacia parental, tales como ocupación y/o tiempo dedicado a la crianza de los hijos.

Agradecimientos

Al Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Autónoma de Nuevo

León por el financiamiento otorgado para la realización del presente proyecto. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México por la beca otorgada a uno de los autores del presente manuscrito para realizar estudios de posgrado.

Referencias

1. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378(9793):804-14.
2. Albala C, Corvalan C. Epidemiology of obesity in children in South America. En: Moreno LA, Pigeot I, Ahrens W, ed. *Epidemiology of Obesity in Children and Adolescents, Prevalence and Etiology*. New York: Springer, 2011: 95-110.
3. Rivera JÁ, de Cossío TG, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014;2(4):321-32.
4. Cunningham SA, Kramer MR, Narayan KM. Incidence of childhood obesity in the United States. *N Engl J Med* 2014; 370(17):1660-1.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. 2015. [acceso en 12 feb 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
6. Birch LL, Ventura AK. Preventing childhood obesity: what works? *Int J Obes (Lond)*. 2009 Apr;33 Suppl 1:S74-81.
7. Sosa ET. Mexican American mothers' perceptions of childhood obesity: a theory-guided systematic literature review. *Health Educ Behav* 2012;39(4):396-404
8. West F, Sanders MR. The Lifestyle Behaviour Checklist: a measure of weight-related problem behaviour in obese children. *Int J Pediatr Obes* 2009;4(4):266-73.
9. Gerards SM, Hummel K, Dagnelie PC, de Vries NK, Kremers SP. Parental self-efficacy in childhood overweight: validation of the Lifestyle Behavior Checklist in the Netherlands. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;10:7.
10. West F, Morawska A, Joughin K. The Lifestyle Behaviour Checklist: evaluation of the factor structure. *Child Care Health Dev* 2010;36(4):508-15.
11. Kolopaking R, Bardosono S, Fahmida U. Maternal self-efficacy in the home food environment: a qualitative study among low-income mothers of nutritionally at-risk children in an urban area of Jakarta, Indonesia. *J Nutr Educ Behav* 2011;43(3):180-8.
12. Horodyski MA, Stommel M, Brophy-Herb H, Xie Y, Weatherspoon L. Low-income African American and non-Hispanic White mothers' self-efficacy, "picky eater" perception, and toddler fruit and vegetable consumption. *Public Health Nurs* 2010;27(5):408-17.
13. Montigny F, Lacharité C. Perceived parental efficacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005 Feb;49(4):387-96.
14. Campbell K, Hesketh K, Silverii A, Abbott G. Maternal self-efficacy regarding children's eating and sedentary behaviours in the early years: associations with children's food intake and sedentary behaviours. *Int J Pediatr Obes* 2010;5(6):501-8.
15. Nsiah-Kumi PA, Ariza AJ, Mikhail LM, Feinglass J, Binns HJ; Pediatric Practice Research Group. Family history and parents' beliefs about consequences of childhood overweight and their influence on children's health behaviors. *Acad Pediatr* 2009;9(1):53-9.
16. Smith BJ, Grunseit A, Hardy LL, King L, Wolfenden L, Milat A. Parental influences on child physical activity and screen viewing time: a population based study. *BMC Public Health* 2010;10:593.
17. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué son el sobrepeso y la obesidad? [Internet]. [acceso febrero 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
18. Organización Mundial de la Salud. Software for assessing growth of the world's children and adolescents [Internet]. [acceso febrero 2015.]; Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es>
19. Kristiansen H, Júlíusson PB, Eide GE, Roelants M, Bjerknes R. TV viewing and obesity among Norwegian children: the importance of parental education. *Acta Paediatr* 2013;102(2):199-205.
20. Flores-Peña Y, Cárdenas-Villarreal VM, Trejo-Ortiz PM, Ávila-Alpírez H, Ugarte-Esquivel A, Gallegos-Martínez J. Acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo a la percepción materna del peso y edad del hijo. *Nutr Hosp* 2014;29(4):822-8.
21. Hesketh K, Waters E, Green J, Salmon L, Williams J. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health Promot Int*. 2005 Mar;20(1):19-26.
22. Ogden J, Reynolds R, Smith A. Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite* 2006;47:100-6.
23. Flores-Peña Y, Ortiz-Félix RE, Cárdenas-Villarreal VM, Ávila-Alpírez H, Alba-Alba CM, Hernández-Carranco RG. Estrategias maternas de alimentación y actividad física y su relación con el estado nutricional de los hijos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2014;22(2):286-92
24. Olvera N, Power TG. Brief report: parenting styles and obesity in Mexican American children: a longitudinal study. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(3):243-9.