

Percepción materna del peso del hijo, problemas del estilo de vida y autoeficacia para manejarlos

Tema: promoción y prevención.

Aporte a la disciplina: la enfermería puede participar en promover una adecuada percepción materna del peso del hijo e incrementar la autoeficacia en madres de hijos con sobrepeso-obesidad quienes perciben más problemas conductuales del estilo de vida y menor autoeficacia para manejarlos.

RESUMEN

Objetivos: asociar la percepción materna del peso del hijo (PMPH) y estado nutricional del hijo. Describir problemas conductuales del estilo de vida del hijo (PCEV) y autoeficacia materna (AE) para manejarlos, verificar diferencias conforme a *con* y *sin* sobrepeso-obesidad (SP-OB) del hijo y PMPH. **Material y métodos:** participaron 274 diadas (madre-hijo preescolar). La PMPH se evaluó por palabras e imágenes. Las madres contestaron la Lista de Verificación de Conductas del Estilo de Vida. Se midió peso y talla del hijo. **Resultados:** 18.8 % ($n = 13$) madres de hijos con SP-OB y 78.8 % ($n = 160$) madres de hijos sin SP-OB tuvieron PMPH adecuada por palabras ($\chi^2 = 77.759$, $gI = 1$, $p < .001$). Las madres de hijos con SP-OB tuvieron que manejar más baja AE y más PCEV. Cuando las madres perciben el SP-OB del hijo por palabras, tienen menor AE ($U = 1118$, $p = .015$) y más PCEV ($F = 17.041$, $p = .001$). **Conclusiones:** Predominó PMPH no adecuada en madres de hijos con SP-OB. Cuando se percibe el SP-OB, más PCEV y menor AE. Se recomienda promover PMPH adecuada particularmente en madres de hijos con SP-OB. Las imágenes ayudan a reconocer el SP-OB del hijo más que a clasificarlo en una categoría.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Percepción del peso; autoeficacia; problema de conducta; obesidad; preescolar.

DOI: 10.5294/aqui.2021.21.1.8

To reference this article / Para citar este artículo / Para citar este artigo

Flores-Peña Y, Ávila-Alpírez H. Maternal Perception of the Child's Weight, Lifestyle Problems and Self-Efficacy to Deal with Them. *Aquichan*. 2021;21(2):e2128. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.8>

1 <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. yolanda.florespe@uanl.edu.mx

2 <https://orcid.org/0000-0001-5286-5944>. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. havila@docentes.uat.edu.mx

Recibido: 26/08/2020
Enviado a pares: 22/10/2020
Aceptado por pares: 29/04/2021
Aprobado: 07/05/2021

Maternal Perception of the Child's Weight, Lifestyle Problems and Self-Efficacy to Deal with Them

ABSTRACT

Objectives: To associate the maternal perception of the child's weight (MPCW) and the child's nutritional status. To describe child's lifestyle behavior problems (CLBPs) and maternal self-efficacy (SE) to deal with them, as well as to verify differences according to children *with* and *without* overweight-obesity (OW-OB) and MPCW. **Material and methods:** There was participation of 274 dyads (mother-preschool child). MPCW was assessed through words and images. The mothers answered the Lifestyle Behaviour Checklist. The child's weight and height were measured. **Results:** 18.8 % ($n = 13$) of the mothers of children with OW-OB and 78.8 % ($n = 160$) of the mothers of children without OW-OB obtained adequate MPCW values through words ($\chi^2 = 77.759$; $DoF = 1$; $p < .001$). It was identified that the mothers of children with OW-OB reported more CLBPs and less SE. When the child's OW-OB is perceived through words, there are more CLBPs ($F = 17.041$; $p = .001$) and less SE ($U = 1,118$; $p = .015$). **Conclusions:** Inadequate MPCW was predominant in mothers of children with OW-OB. When OW-OB is perceived, there are more CLBPs and fewer SE. It is recommended to promote adequate MPCW, particularly in mothers of children with OW-OB. Images assist in the identification of the child's OW-OB more than to classify it into a category.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Weight perception; self-efficacy; problem behavior; obesity; preschool child.

Percepção materna do peso do filho, problemas do estilo de vida e autoeficácia para lidar com eles

RESUMO

Objetivos: associar a percepção materna do peso do filho (PMPF) e o estado nutricional dele. Descrever problemas comportamentais do estilo de vida do filho (PCEV) e autoeficácia materna (AE) para lidar com eles, verificar diferenças entre *com* e *sem* excesso de peso-obesidade (EP-OB) do filho e PMPF. **Materiais e métodos:** participaram 274 díades (mãe-filho em idade pré-escolar). A PMPF foi avaliada por meio de palavras e imagens. As mães responderam à Lista de Verificação de Comportamentos do Estilo de Vida. Peso e altura do filho foram medidos. **Resultados:** 18,8 % ($n = 13$) mães de filhos com EP-OB e 78,8 % ($n = 160$) mães de filhos sem EP-OB tiveram PMPF adequada por palavras ($\chi^2 = 77,759$; $gl = 1$; $p < ,001$). Foi identificado que as mães de filhos com EP-OB referiram mais PCEV e menos AE. As mães de filhos com EP-OB tiveram que lidar com mais baixa AE e mais PCEV. Quando as mães percebem o EP-OB do filho por palavras, têm menos AE ($U = 1118$, $p = ,015$) e mais PCEV ($F = 17,041$, $p = ,001$). **Conclusões:** PMPF não adequada predominou em mães de filhos com EP-OB. Quando o EP-OB é percebido, mais PCEV e menos AE. Promover PMPF adequada particularmente em mães de filhos com EP-OB é recomendado. As imagens ajudam a reconhecer o EP-OB do filho mais do que a classificá-lo numa categoria.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Percepção de peso; autoeficácia; comportamento problema; obesidade; pré-escolar.

Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. En 2016 más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos (1). Múltiples factores contribuyen al exceso de peso durante la infancia, tales como el alto consumo de grasa y azúcar, actividad física reducida (2), así como creencias tradicionales falsas respecto a la salud y nutrición (3).

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 de cinco años que presenta sobrepeso tiene cuatro veces más probabilidad de presentar obesidad a los nueve años en comparación con un niño que tenía peso normal a la misma edad (4).

Durante la infancia, de acuerdo con el rol tradicional de género, la madre es el cuidador principal (5), por lo que está en una posición única para influir en las conductas del estilo de vida del hijo. Sin embargo, la literatura ha documentado que las madres de niños con sobrepeso-obesidad tienen una percepción no adecuada del peso del hijo, lo subestiman (6-10). Por lo cual podrían tener menor disposición para motivarlos a participar en conductas saludables y menor probabilidad de acudir a servicios de salud (6). Así mismo se ha documentado que las madres de niños con edades entre 2 y 6 años tienen mayor probabilidad de subestimar el sobrepeso y obesidad de sus hijos (9).

Evaluar cómo la madre percibe el peso corporal de su hijo es un paso previo a involucrarla en programas para prevenir y tratar el exceso de peso durante la infancia. La percepción materna del peso del hijo (PMPH) es el juicio materno del peso corporal del hijo formulado a partir del reconocimiento del tamaño corporal, normas relacionadas al peso corporal, salud y creencias asociadas a la crianza (11).

Además, se ha documentado que madres de niños con sobrepeso-obesidad tienen que manejar problemas conductuales del estilo de vida del hijo (PCEV) relacionados a la obesidad infantil, tales como: el que pida porciones extra de comida o vea demasiada televisión y refieren menor autoeficacia (AE) para manejarlos en comparación a las madres de niños con peso normal (12-14). La autoeficacia le permite al cuidador, en este caso la madre, percibir su capacidad y competencia para influir de forma positiva en

la conducta, crianza y el desarrollo de los hijos. El concepto de autoeficacia fue propuesto por Bandura en 1977 como elemento cognitivo central para poder explicar la adquisición, mantenimiento y cambios de la conducta humana junto con otras variables de la Teoría Cognitiva Social (15).

Como ya se señaló, la mayoría de las madres de niños con sobrepeso-obesidad tienen una PMPH no adecuada, además tienen menor probabilidad de participar en programas para perder peso (6), menor motivación para ayudar a los niños a reducir su peso corporal y fomentar comportamientos saludables (16). Por otra parte, estudios realizados en adolescentes y adultos han encontrado que la percepción adecuada del sobrepeso-obesidad se asocia con depresión y conductas no saludables que podrían favorecer la ganancia de peso (17). Sin embargo, hasta el momento no se ha explorado si los PCEV del hijo y la AE para manejarlos son diferentes de acuerdo con la percepción materna adecuada del sobrepeso-obesidad del hijo preescolar.

Según lo anterior se realizó el presente estudio de investigación con los siguientes objetivos: 1) asociar la PMPH con el estado nutricional del hijo, 2) describir los PCEV y verificar si son diferentes conforme a *con* y *sin* sobrepeso-obesidad del hijo, 3) describir la AE y verificar si es diferente conforme a *con* y *sin* sobrepeso-obesidad del hijo y 4) evaluar si los PCEV y la AE son diferentes de acuerdo con la PMPH.

Dado que enfermería es el primer contacto del usuario con los servicios de salud, se considera que el conocimiento que se genere podría fundamentar acciones de enfermería dirigidas a prevenir y tratar el sobrepeso-obesidad infantil, promover una PMPH adecuada, implementar acciones dirigidas a disminuir los PCEV del hijo que se identifiquen y brindar estrategias para fortalecer la AM para manejarlos.

Material y métodos

Diseño

Estudio transversal correlacional.

Criterios de inclusión

Mujer que se identificó como madre del preescolar inscrito en las instituciones educativas seleccionadas.

Mujer que supiera leer y escribir para contestar los cuestionarios.

Criterios de exclusión

Cuestionarios en los cuales la madre refirió que el preescolar padecía alguna enfermedad que afectara el crecimiento del hijo, tales como enfermedad endócrina y asma.

Participantes y Muestra

Participaron madres y sus hijos preescolares, las madres se reclutaron a partir de su hijo inscrito en 4 instituciones educativas públicas a las cuales asistían 524 preescolares. El reclutamiento se realizó en el año 2016, las instituciones pertenecían a la zona escolar N° 1 del área metropolitana de Monterrey Nuevo León, México. La zona fue seleccionada al azar a partir del listado proporcionado por la Secretaría de Educación Pública.

Para calcular la muestra se utilizó el paquete nQuery Advisor versión 4.0 para una comparación de medias de la AE de acuerdo con la PMPH como *con* y *sin* SP-OB, nivel de significancia bilateral de .05 poder de 95 con lo cual resultaron 270 participantes. Posteriormente, mediante muestreo estratificado por conglomerados, en donde las escuelas fueron los estratos y los grupos los conglomerados, se seleccionaron aleatoriamente los grupos y se invitó a participar a 300 madres. Para el análisis se consideraron 274 diadas (madre-hijo preescolar), se excluyeron aquellos cuestionarios en los que las madres refirieron que el hijo padecía alguna enfermedad ($n = 8$), así como cuestionarios incompletos ($n = 12$) o aquellos con respuestas duplicadas ($n = 6$).

Variables de Estudio y Mediciones

La PMPH fue el juicio materno respecto al peso del hijo preescolar, el cual se evaluó por dos métodos. El primero denominado *percepción por palabras*, las madres contestaron la pregunta: Creo que mi hijo(a) esta, con opciones de respuesta: a) bajo de peso, b) un poquito bajo de peso, c) más o menos con el peso correcto, d) con un poco de sobrepeso y e) con sobrepeso. Este cuestionamiento corresponde al Cuestionario Percepciones sobre la Apariencia Física y Salud (18), se consideró *adecuada* cuando lo referido por la madre mostró coincidencia con el estado nutricional medido del hijo (19). Cabe señalar que en las madres de hijos con sobrepeso-obesidad cuando se presenta PMPH no adecuada, esta corresponde a subestimación, respecto a las madres de hijos con bajo peso o normal se puede presentar subestimación o sobreestimación.

Además, la PMPH se evaluó *por imágenes* con un panel de 7 imágenes de acuerdo con el sexo y la edad del hijo (18). Se consideró adecuada cuando las madres de niños con bajo peso seleccionan las imágenes de la derecha 1 y 2, cuando las madres de niños con peso normal seleccionan las imágenes centrales 3, 4 o 5 y cuando las madres de niños con sobrepeso-obesidad seleccionaron la imagen 6 o 7 del margen izquierdo.

Las madres también contestaron el cuestionario Lifestyle Behaviour Checklist (12) que presenta 25 diferentes *conductas del estilo de vida del hijo* relacionadas a la obesidad infantil. Se solicita marcar que tanto cada una de estas conductas representa un problema, ejemplo: exige porciones extras de comida, con opciones de respuesta tipo Likert, 1) nada, 2 y 3) poco, 5 y 6) mucho y 7) muchísimo, puntuación mínima de 25 y máxima de 175, una puntuación mayor indica que la conducta se percibe como un problema.

Posteriormente, se solicita señalar del 1 al 10 cuánta confianza se percibe para manejar cada una de las conductas, donde 1 representa no tener confianza en manejarla y 10 sentirse totalmente confiada. En caso de que la conducta no ocurra se solicita señalar qué tan confiada se siente para poder manejarla con éxito, si llegara a suceder, el puntaje mínimo es 25 y máximo 250, una puntuación mayor representa mayor autoeficacia. Este cuestionario ha reportado un valor alpha de Cronbach de 0.97 para la subescala PC y 0.92 para la escala AE.

Estado nutricional del preescolar fue el índice de masa corporal del preescolar clasificado en percentiles de acuerdo con lo establecido por la OMS (19) en: desnutrición ($<$ percentil 3), bajo peso (≥ 3 y < 15), peso normal (≥ 15 y < 85), sobrepeso (≥ 85 pero < 97) y obesidad (≥ 97). El peso se midió en kilogramos con la báscula Seca 804, equipo con una precisión de 0.1 kg y se dividió entre el cuadrado de la estatura en metros, la cual se midió con el estadiómetro Seca 214. Además, se solicitó información sociodemográfica como edad, escolaridad y ocupación materna, así como edad y sexo del hijo mediante una cédula de información sociodemográfica.

Análisis de datos

Los datos se capturaron y analizaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para Windows. Se determinó la confiabilidad del cuestionario Lifestyle Behaviour Checklist (12) mediante el coeficiente alpha de Cronbach y se obtuvieron estadísticas descriptivas de la información sociodemográfica.

Para el objetivo 1 (asociar la PMPH con el estado nutricional del hijo) se construyó una tabla de contingencia de 2x2 con la PMPH adecuada y no adecuada, el estado nutricional del hijo conforme a *con* y *sin* sobrepeso-obesidad y se aplicó la prueba de Chi-cuadrada. Para los objetivos 2 (describir los PCEV y verificar si son diferentes conforme a *con* y *sin* sobrepeso-obesidad del hijo), 3 (describir la AE y verificar si es diferente conforme a *con* y *sin* sobrepeso-obesidad del hijo) y 4 (evaluar si los PCEV y la AE son diferentes de acuerdo con la PMPH) se verificó la distribución de las variables PCEV y AE con la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y de acuerdo con esto se aplicó estadística paramétrica y no paramétrica.

Para el objetivo 2 se aplicó la prueba de ANOVA de un factor. De acuerdo con el objetivo 3 se aplicó la prueba U de Mann Whitney y acorde al objetivo 4 se consideró la sumatoria de PCEV y AE, además se aplicó ANOVA de un factor y prueba U de Mann Whitney respectivamente.

Consideraciones éticas

La presente investigación fue revisada y aprobada por un Comité de Ética registrado ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios No. 12CEI19039007 y se ajustó a las *Normas Éticas de la Declaración de Helsinki* de 1973.

Se explicaron a las madres participantes los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar, así como los riesgos y beneficios de participar en el estudio. Se garantizó la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio sin que esto representara consecuencias negativas para ella o para su hijo. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información, además de que esta solo se analizaría y manejaría de forma conjunta, posteriormente las madres firmaron el consentimiento informado. También se obtuvo el asentimiento por parte del preescolar para realizar las mediciones antropométricas, las cuales fueron efectuadas por personal de salud capacitado y estandarizado que cuidó la integridad y privacidad del preescolar. La colecta de los datos se realizó en las instituciones educativas.

Resultados

Se determinó la consistencia interna de las dos subescalas del Cuestionario Lifestyle Behaviour Checklist (12) mediante el coeficiente de alpha de Cronbach, ambas subescalas presentaron confiabilidad aceptable, subescala PCEV $\alpha = 0.78$ y AE $\alpha = 0.94$.

Participaron 274 diadas (madre-hijo), edad materna promedio 30.79 años ($DE = 5.9$ años), escolaridad promedio 11.19 años ($DE = 3.01$), el 82.5 % ($n = 226$) vivía con pareja y el 62.4 % ($n = 171$) se dedicaba al hogar. Respecto al hijo, la edad promedio fue 4.38 años ($DE = 0.69$), el 54.4 % ($n = 149$) de sexo femenino, peso promedio 18.90 kg ($DE = 3.66$), estatura 108.83 cm ($DE = 6.80$) y el 25.2 % ($n = 69$) presentó sobrepeso-obesidad, la información se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de características sociodemográficas y antropométricas de las diadas participantes

Características maternas (n = 274)	
Edad promedio (desviación estándar)	30.79 (5.9)
Escolaridad promedio en años (desviación estándar)	11.19 (3.01)
Ingreso económico familiar promedio M.N (desviación estándar)	9,726.10 (7,343.75).
Estado marital (n, %)	
Casada o vive con pareja	226 (82.5 %)
Ocupación (n, %)	
Ama de casa	171 (62.4)
Características del hijo (n = 274)	
Edad promedio (desviación estándar)	4.38 (0.69)
Sexo	
Femenino (n, %)	149 (54.4)
Masculino (n, %)	125 (45.6)
Medidas antropométricas	
Peso promedio (desviación estándar)	18.9 (3.66)
Estatura promedio (desviación estándar)	108.83 (6.80)
Estado nutricional	
Con sobrepeso-obesidad (n, %)	69 (25.18)
Sin sobrepeso-obesidad (n, %)	205 (74.82)

Fuente: elaboración propia

Estadística para verificar los objetivos del estudio

De acuerdo con el objetivo 1 se encontró PMPH adecuada por palabras en el 18.8 % ($n = 13$) de madres de hijos con sobrepeso-obesidad y en 78.8 % ($n = 160$) de madres de hijos sin sobrepeso-obesidad ($\chi^2 = 77.759$, $gl = 1$, $p < .001$). Por imágenes, la PMPH adecuada fue 2.9 % ($n = 2$) en madres de hijos con sobrepeso-obesidad y 44.4 % ($n = 91$) en madres de hijos sin

sobrepeso-obesidad ($\chi^2 = 39.638$, $gl = 1$, $p < .001$), la información se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. PMPH por palabras y por imágenes de acuerdo con el estado nutricional del hijo

Estado nutricional del hijo		
PMPH por palabras	Con sobrepeso-obesidad	Sin sobrepeso-obesidad
Adecuada	13 (18.8 %)	160 (78.0 %)
No adecuada	56 (81.2 %)	45 (22.0 %)
$\chi^2 = 77.759$, $gl = 1$, $p < .001$		
PMPH por imágenes	Con sobrepeso-obesidad	Sin sobrepeso-obesidad
Adecuada	2 (2.9 %)	91 (44.4 %)
No adecuada	67 (97.1 %)	114 (55.6 %)
$\chi^2 = 39.638$, $gl = 1$, $p < .001$		

Fuente: elaboración propia

Se encontró que 10 problemas conductuales se presentan con mayor frecuencia en los preescolares con sobrepeso-obesidad, la información se presenta en la tabla 3.

De acuerdo con el objetivo 3 se encontró que las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tuvieron menor autoeficacia en comparación a las madres de hijos sin sobrepeso-obesidad para manejar 15 de los 25 problemas conductuales, la información se presenta en la tabla 4.

Finalmente, sobre el objetivo 4, la tabla 5 muestra que cuando la PMPH por palabras es adecuada la media de PCEV es mayor ($\bar{X} = 63.14$, $DE = 18.14$). En comparación a la media de la PMPH no adecuada ($\bar{X} = 49.67$, $DE = 11.49$) la diferencia fue significativa. En la PMPH por imágenes no se encontró diferencia significativa.

Tabla 3. ANOVA de un factor de problemas conductuales del estilo de vida del hijo conforme a *con* y *sin* sobrepeso-obesidad del hijo

Problema conductual	Con SP-OB		Sin SP-OB		p
	Media	DE	Media	DE	
1. Come muy rápido	2.94	1.34	2.60	1.21	.050
2. Come mucho	3.26	1.37	2.99	1.27	.137
3. Come snack/botanas no saludables	3.30	1.34	3.16	1.28	.413
4. Se queja o lloriquea por la comida	2.39	1.46	2.32	1.50	.721
5. Grita por la comida	1.97	1.43	1.66	1.20	.077
6. Hace berrinches por la comida	2.33	1.56	2.00	1.33	.084
7. Rechaza comer ciertos alimentos	3.22	1.93	3.01	1.71	.411
8. Discute por la comida	2.39	1.62	1.66	1.15	.001
9. Exige porciones extras de comida	2.67	1.51	2.22	1.24	.017
10. Continuamente pide algo de comer entre comidas	3.29	1.33	3.24	1.47	.800
11. Exige alimento cuando van de compras o de paseo	3.32	1.65	3.09	1.62	.321
12. Come a escondidas a pesar de que sabe que no debería hacerlo	1.90	1.43	1.29	.78	.001
13. Esconde los alimentos	1.55	1.32	1.08	.02	.001
14. Quita los alimentos a otros niños	1.28	1.13	1.14	.80	.680
15. Come para consolarse cuando se siente triste o deprimido	1.74	1.55	1.24	.90	.001
16. Ve demasiada televisión	3.70	1.87	3.17	1.46	.018
17. Pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora	3.12	1.77	2.36	1.46	.001
18. Se queja de hacer actividad física	1.94	1.27	1.65	1.13	0.78
19. Se niega a hacer actividad física	1.71	1.17	1.48	1.50	.183
20. Se queja de no tener buena condición física	1.26	.67	1.20	.65	.473
21. Se queja acerca de tener sobrepeso	1.14	0.55	1.04	.24	.039
22. Se queja de que le hacen burla	1.41	1.07	1.26	.90	.281

Problema conductual	Con SP-OB		Sin SP-OB		p
	Media	DE	Media	DE	
23. Se queja de no tener suficientes amigos	1.67	1.29	1.36	.83	.022
24. Se queja de no ser atractivo	1.10	.54	1.04	.22	.221
25. Se queja de que su ropa no le queda	1.46	1.23	1.24	.75	.074

*Nota: SP-OB= Sobrepeso-obesidad; DE= Desviación Estándar; F= Varianza; p= significancia

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Prueba de U de Mann-Whitney de autoeficacia para manejar los problemas conductuales del estilo de vida del hijo conforme a *con* y *sin* sobrepeso-obesidad del hijo

Problema conductual	Autoeficacia				p
	Con SP-OB		Sin SP-OB		
	RP	SR	RP	SR	
1. Come muy rápido	107	7449	147	30226	.001
2. Come mucho	113	7862	145	29813	.004
3. Come snack/botanas no saludables	109	7586	146	30089	.001
4. Se queja o lloriquea por la comida	122	8473	142	29202	.065
5. Grita por la comida	122	8470	142	29205	.058
6. Hace berrinches por la comida	116	8059	144	29615	.009
7. Rechaza comer ciertos alimentos	112	7793	145	20882	.002
8. Discute por la comida	107	7385	147	30289	.001
9. Exige porciones extras de comida	103	7163	148	30511	.001
10. Continuamente pide algo de comer entre comidas	110	7654	146	30020	.001
11. Exige alimento cuando van de compras o de paseo	107	7431	147	30244	.001
12. Come a escondidas a pesar de que sabe que no debería hacerlo	113	7827	145	30244	.001
13. Esconde los alimentos	113	7797	145	29878	.001
14. Quita los alimentos a otros niños	123	8555	142	29120	.050
15. Come para consolarse cuando se siente triste o deprimido	113	7844	145	29831	.001
16. Ve demasiada televisión	109	7557	146	30118	.001
17. Pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora	106	7355	147	30319	.001
18. Se queja de hacer actividad física	117	8090	144	29585	.008
19. Se niega a hacer actividad física	127	8801	140	28874	.182
20. Se queja de no tener buena condición física	130	8993	139	28682	.322
21. Se queja acerca de tener sobrepeso	134	9246	138	28428	.611
22. Se queja de que le hacen burla	134	9312	138	28363	.719
23. Se queja de no tener suficientes amigos	125	8650	141	29025	.091
24. Se queja de no ser atractivo	136	9395	137	28180	.844
25. Se queja de que su ropa no le queda	130	8997	139	28678	.308

*Nota: SP-OB = Sobrepeso-obesidad; RP = Rango Promedio; SR = Suma de Rangos; U = Mann-Whitney; p = significancia

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. ANOVA de un factor de problemas conductuales del estilo de vida del hijo de acuerdo con la PMPH

Problema conductual	<i>n</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
PMPH por palabras					
Adecuada	14	63.14	18.14	17.041	.001
No adecuada	260	49.67	11.49		
PMPH por imágenes					
Adecuada	2	58.50	3.530	.891	.346
No adecuada	272	50.30	12.261		

*Nota: \bar{X} = media; *DE* = Desviación Estándar; *F* = Varianza; *p* = significancia

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la AE se encontró que cuando la PMPH es adecuada la AE de las madres es menor ($RP = 87.36$) en comparación a las madres con PMPH no adecuada ($RP = 140.20$), la diferencia

fue significativa ($U = 1118, p = .015$). En la PMPH por imágenes no se encontró diferencia significativa, la información se presenta en la tabla 6.

Tabla 6. Prueba U de Mann-Whitney de autoeficacia de acuerdo con la PMPH por palabras y por imágenes del sobrepeso-obesidad del hijo

Autoeficacia	<i>n</i>	<i>RP</i>	<i>SR</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
PMPH por palabras					
Adecuada	14	87.36	1223	1118	.015
No adecuada	260	140.20	36452		
PMPH por imágenes					
Adecuada	2	128.75	257	254	.875
No adecuada	272	137.56	34417		

*Nota: *U* = de Mann-Whitney; *p* = significancia

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En el presente estudio se evaluó la PMPH, así como los PCEV y la AE para manejarlos, y se verificó si son diferentes según la PMPH. Se encontró que la mayoría de las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tienen PMPH no adecuada, perciben más PCEV y menor AE. Cuando la percepción del sobrepeso-obesidad del hijo es adecuada se presenta puntuación mayor de PCEV y menor AE.

Como ya se mencionó, la PMPH no adecuada se presentó en la mayoría de las madres de niños con sobrepeso-obesidad, lo que indica que subestiman el peso de su hijo. Este hallazgo es consistente con lo reportado en otros estudios y revisiones sistemáticas de estudios realizados en países tales como: Australia, Alemania, Italia, Estados Unidos, Brasil, Reino Unido y Singapur, entre otros (7-10). Por lo tanto, los resultados del presente estudio confirman la evidencia existente.

Las variables PCEV y AE fueron evaluadas con el cuestionario Lifestyle Behaviour Checklist (12) el cual presentó consistencia interna aceptable, similar a lo publicado en la literatura en población residente en Australia (13), Holanda (14) y México (20). Cabe señalar que hasta lo investigado este cuestionario es el único que evalúa la AE para manejar PCEV, así mismo, los autores han señalado que evaluar la autoeficacia para una conducta específica es el mejor indicador de AE, lo cual permitiría trabajar en reforzarla (15).

Se encontró que madres de hijos con sobrepeso-obesidad refirieron más PCEV y menor AE en comparación a las madres de hijos sin sobrepeso-obesidad, lo cual es similar a un estudio en el cual participaron madres de hijos de 4 a 11 años de edad residentes en Australia (21). Sin embargo, un estudio realizado en Holanda en el cual participaron madres y padres de niños de 3 a 13 años (14) y, otro estudio que se realizó en Suecia con padres y madres de hijos preescolares y escolares (22) encontraron que las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tuvieron puntuación más alta en la subescala PCEV, en la subescala AE no se identificó diferencia significativa de acuerdo con el grupo *con* y *sin* sobrepeso-obesidad

Respecto al análisis individual por ítems, las madres de hijos con sobrepeso-obesidad presentaron mayor puntuación en 10 de los 25 PCEV. Cabe señalar que el estudio realizado en Suecia (22) identificó diferencia significativa en 20 de 25 PCEV y el estudio realizado en Australia (21) en 24 de 28 PCEV. En los ítems de AE se identificó puntuación menor en 15 de los 25 en madres de hijos con sobrepeso-obesidad. El estudio en madres de Suecia (22) identificó diferencia significativa en 7 de 25 ítems y en Australia (21) diferencia significativa en 26 de 28 ítems.

En las madres mexicanas de hijos con sobrepeso-obesidad el PCEV con la puntuación mayor fue *ve demasiada televisión*, seguido por *come muy rápido*. Para las madres de Australia (21) y para las madres de Suecia fue *come mucho* y *ve demasiada televisión* (22). Respecto a la AE, la puntuación menor en las madres mexicanas se presentó en el ítem *exige porciones extra de comida* y para las madres de Australia (21) y Suecia fue *come mucho* (22). Estos hallazgos tienen implicaciones importantes, dado que uno de los principales factores relacionados al exceso de peso es el incremento en el consumo de calorías, factor que no fue señalado por las madres mexicanas, quienes además tienen menor AE cuando el hijo exige porciones extras de comida.

Así mismo, se encontró que cuando la percepción del sobrepeso-obesidad del hijo es adecuada se presenta una puntuación mayor de PCEV y menor AE, lo anterior cuando la PMPH es evaluada por palabras. Una posible explicación del porqué no se encontró diferencia en las variables PCEV y AE con la PMPH por imágenes es que esta se evaluó con un panel integrado por 7 imágenes, las cuales no representan categorías definidas de peso corporal. Además, las madres de niños con sobrepeso-obesidad podían seleccionar 2 opciones posibles para que la PMPH sea adecuada (18).

Otros autores señalan que hasta el momento no se ha establecido el mejor método para evaluar la PMPH y agregan que las imágenes son útiles para ayudar a sensibilizar a los padres respecto al exceso de peso infantil (23). Sin embargo, dado que estas no se muestran a los padres con categorías de peso, no permiten que los padres reconozcan el peso del hijo en una categoría, tal como lo hace la PMPH por palabras.

El hallazgo es significativo y se recomienda seguir explorándolo, ya que los estudios realizados en adolescentes y adultos han encontrado que cuando se tiene una percepción adecuada del sobrepeso-obesidad se puede presentar depresión y menor calidad de vida (17). Así mismo, a pesar de que la recomendación es promover la PMPH adecuada en madres de hijos con sobrepeso-obesidad, es necesario estudiar si cuando perciben más PCEV del hijo y menor AE para manejarlos, se podría presentar depresión y estrés, variables relacionadas a prácticas de crianza no saludables y a obesidad infantil (24).

Además, la literatura señala que las madres que no sienten la confianza de lograr los resultados esperados podrían no realizar acciones o no involucrarse en programas dirigidos a prevenir y tratar el exceso de peso de su hijo (25). También se ha documentado una relación negativa y significativa entre la AE, las prácticas de alimentación restrictivas y la presión para comer (26), lo que podría incrementar el peso del hijo.

Entre las fortalezas del presente estudio podemos señalar que el estado nutricional de los hijos se obtuvo a partir del índice de masa corporal medido y que el cuestionario Lifestyle Behaviour Checklist (12) demostró consistencia interna aceptable. Una limitante es que solo participaron madres, por tanto, buscar la contribución de los padres es una área de oportunidad (27). Además, el presente estudio no identificó factores determinantes de la PMPH adecuada de las madres de hijos con sobrepeso-obesidad y no ana-

lizó si algunas características sociodemográficas maternas y del hijo estaban relacionadas con los PCEV y la AE para manejarlos.

Conclusiones y Recomendaciones

Se concluye que las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tienen una PMPH no adecuada, subestiman el peso de su hijo, refieren más PCEV del hijo y menor AE para manejarlos. De la misma forma, cuando se perciben el sobrepeso-obesidad del hijo se presentan más PCEV y menor AE para manejarlos.

Se recomienda replicar este estudio en otras poblaciones con hijos en un rango de edad más amplio, así como explorar la re-

lación entre la percepción del sobrepeso-obesidad del hijo con variables como depresión, estrés, prácticas de alimentación y actividad física. También se sugiere estudiar la relación entre la autoeficacia y la promoción de hábitos saludables en la familia, situación que no fue evaluada en el presente estudio. Por último, se recomienda diseñar intervenciones para promover la PMPH adecuada y el reconocimiento materno de *comer en exceso* como factor relacionado a la obesidad infantil, principalmente en madres de hijos con sobrepeso-obesidad, además de fortalecer la AE para realizar acciones dirigidas a prevenir y tratar en exceso de peso infantil.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad infantiles [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 2021 may 21]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
2. Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 2017; 92(2):251-265. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.017>
3. Chatham RE, Mixer SJ. Cultural Influences on Childhood Obesity in Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. *J Transcult Nurs.* 2020; 31(1):87-99. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659619869428>
4. Lee EY, Yoon KH. Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med.* 2018; 12(6):658-666. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
5. Martinez SM, Rhee KE, Blanco E, Boutelle K. Latino mothers' beliefs about child weight and family health. *Public Health Nutr.* 2017; 20(6):1099-106. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980016002962>
6. Gregori D, Hochdorn A, Azzolina D, Berchiolla P, Lorenzoni G, OBEY-AD Study Consortium. Does love really make mothers blind? A large transcontinental study on mothers' awareness about their children's weight. *Obes Silver Spring Md.* 2018; 26(7):1211-24. DOI: <https://doi.org/10.1002/oby.22214>
7. Blanchet R, Kengneson C-C, Bodnaruc AM, Gunter A, Giroux I. Factors Influencing Parents' and Children's Misperception of Children's Weight Status: a Systematic Review of Current Research. *Curr Obes Rep.* 2019; 8(4):373-412. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00361-1>
8. Cheng TS, Loy SL, Cheung YB, Chan JKY, Tint MT, Godfrey KM, et al. Singaporean Mothers' Perception of Their Three-year-old Child's Weight Status: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE.* 2016; 11(1):e0147563. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147563>
9. Queally M, Doherty E, Matvienko-Sikar K, Toomey E, Cullinan J, Harrington JM, et al. Do mothers accurately identify their child's overweight/obesity status during early childhood? Evidence from a nationally representative cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018; 15(1):56. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0688-y>
10. Hidalgo-Mendez J, Power TG, Fisher JO, O'Connor TM, Hughes SO. Child weight status and accuracy of perceived child weight status as predictors of Latina mothers' feeding practices and styles. *Appetite.* 2019; 142:104387. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104387>
11. Gauthier KI, Gance-Cleveland B. Hispanic parents' perceptions of their preschool children's weight status. *J Spec Pediatr Nurs.* 2016; 21(2):84-93. DOI: <https://doi.org/10.1111/jspn.12143>

12. West F, Sanders MR. (2015). *Lifestyle Behaviour Checklist*. Brisbane: Parenting and Family Support Centre. The University of Queensland.
13. West F, Morawska A, Joughin K. The Lifestyle Behaviour Checklist: evaluation of the factor structure. *Child Care Health Dev.* 2010; 36(4):508-15. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01074.x>
14. Gerards SMPL, Hummel K, Dagnelie PC, de Vries NK, Kremers SPJ. Parental self-efficacy in childhood overweight: validation of the Lifestyle Behavior Checklist in the Netherlands. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013; 10:7. DOI: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-7>
15. Cook DA, Artino AR Jr. Motivation to learn: an overview of contemporary theories. *Med Educ.* 2016; 50(10):997-1014. DOI: <https://doi.org/10.1111/medu.13074>
16. Hong SA, Peltzer K, Jalayondeja C. Parental misperception of child's weight and related factors within family norms. *Eat Weight Disord.* 2019; 24(3):557-564. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0399-4>
17. Robinson E. Overweight but unseen: a review of the underestimation of weight status and a visual normalization theory. *Obes Rev.* 2017; 18(10):1200-1209. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.12570>
18. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ, et al. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics.* 2006; 117(3):681-90. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0910>
19. World Health Organization. Anthro Survey Analyser and other tools [Internet]. World Health Organization; 2020 [citado 2021 may 21]. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>
20. Flores-Peña Y, Rocha-Aguirre LL, Cárdenas-Villarreal VM, Haslam D, Mejia A, Sanders M. Conductas del estilo de vida del hijo relacionadas con el peso y autoeficacia materna para manejarlas. *Nutr Hosp.* 2015; 32(1):144-150. DOI: <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.8855>
21. 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. DOI: <https://doi.org/10.3109/17477160902811199>
22. Ek A, Sorjonen K, Nyman J, Marcus C, Nowicka P. Child behaviors associated with childhood obesity and parents' self-efficacy to handle them: Confirmatory factor analysis of the Lifestyle Behavior Checklist. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015; 12(1):36. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0194-4>
23. Garcia ML, Crespo NC, Behar AI, Talavera GA, Campbell N, Shadron LM, Elder JP. Examining Mexican-Heritage Mothers' Perceptions of Their Children's Weight: Comparison of Silhouette and Categorical Survey Methods. *Child Obes.* 2020; 16(1):44-52. DOI: <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0015>
24. Jang M, Owen B, Lauver DR. Different types of parental stress and childhood obesity: A systematic review of observational studies. *Obes Rev.* 2019; 20(12):1740-1758. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.12930>
25. Chen J-L, Guo J, Esquivel JH, Chesla CA. Like mother, like child: the influences of maternal attitudes and behaviors on weight-related health behaviors in their children. *J Transcult Nurs.* 2018; 29(6):523-31. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659617736883>
26. Camfferman R, Van der Veek SMC, Rippe RCA, Mesman J. Maternal feeding practices, health cognitions, and children's eating styles and weight status. *J Dev Behav Pediatr.* 2019; 40(2):122-30. DOI: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000640>
27. Penilla C, Tschann JM, Deardorff J, Flores E, Pasch LA, Butte NF, et al. Fathers' feeding practices and children's weight status in Mexican American families. *Appetite.* 2017; 117:109-16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.06.016>