



Original / *Obesidad*

Acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo a la percepción materna del peso y edad del hijo

Yolanda Flores-Peña¹, Velia M. Cárdenas-Villarreal¹, Perla M. Trejo-Ortiz², Hermelinda Ávila-Alpírez³, Alicia Ugarte-Esquivel⁴ y Josefina Gallegos-Martínez⁵

¹Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. ²Universidad Autónoma de Zacatecas. Área de Ciencias de la Salud. ³Universidad Autónoma de Tamaulipas. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros. ⁴Universidad Autónoma de Coahuila. Escuela de Licenciatura en Enfermería Unidad Torreón. ⁵Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería. México.

Resumen

Introducción: Percibir de forma adecuada el peso del hijo puede influir para que la madre inicie cambios para prevenir y tratar los problemas de peso.

Objetivos: 1) Evaluar si las acciones y problemas para manejar el peso del hijo son diferentes de acuerdo al estado nutricional y percepción del peso del hijo y 2) Evaluar si las acciones y problemas son diferentes de acuerdo a edad del hijo.

Métodos: Participaron 2840 madres e hijos (2 a 17 años) del Noreste de México. Las madres contestaron: a) ¿Creo que mi hijo esta?, b) ¿Qué ha hecho para manejar el peso de su hijo? y c) ¿Cuáles son los problemas? Se midió peso y talla del hijo. Se construyeron tablas de contingencia y se aplicó la prueba de Chi-cuadrada.

Resultados: Cuando las madres de hijos con sobrepeso-obesidad perciben de forma adecuada esta situación realizan acciones relacionadas con la dieta (62,0% y 65,6%) ($\chi^2 = 307,02$, $gl = 9$, $p < ,001$) y reconocen problemas (26,2% y 43,7%) ($\chi^2 = 131,46$, $gl = 6$, $p < ,001$). Las madres de hijos de 1º a 6º grado realizan acciones en mayor proporción 51,2% ($\chi^2 = 44,78$, $gl = 9$, $p < ,001$) y señalan más problemas 21,8% ($\chi^2 = 61,74$, $gl = 6$, $p < ,001$)

Conclusiones: Cuando se perciben los problemas de peso del hijo, se realizan acciones y se reconocen problemas. Se recomiendan intervenciones para percibir de forma adecuada el sobrepeso-obesidad y proporcionar información de acciones relacionadas a la dieta.

(Nutr Hosp. 2014;29:822-828)

DOI:10.3305/nh.2014.29.4.7166

Palabras clave: *Peso corporal. Percepción del peso. Obesidad. Sobrepeso. Relaciones madre-hijo.*

Correspondencia: Yolanda Flores Peña.
Universidad Autónoma de Nuevo León.
Facultad de Enfermería.
Av. Gonzalitos, 1500 Nte.
Col. Mitras Centro.
Monterrey, Nuevo León.
64460 México.
E-mail: yflores_mx@yahoo.com.mx

Recibido: 25-XI-2013.
1.ª Revisión: 18-XII-2013.
Aceptado: 14-I-2014.

MATERNAL ACTIONS AND PROBLEMS IN MANAGING THE CHILD'S WEIGHT AND THEIR ASSOCIATION WITH THE MATERNAL PERCEPTION OF THE WEIGHT AND AGE OF HER CHILD

Abstract

Introduction: To properly perceive the child's weight may influence the mother to start up changes to prevent and manage overweight problems.

Objectives: 1) To assess whether the actions and problems to manage the child's weight are different according to the nutritional status and the perception on the child's weight; and 2) to assess whether the actions and problems are different according to the child's age.

Methods: 2840 mothers and sons/daughters (age 2-17 years) from North-eastern Mexico participated. The mothers answered: a) I feel my child is overweight? b) What have you done to manage your son's / daughter's weight? and c) What are the problems? The children's weight and height were measured. Contingency tables were constructed and the Chi squared test was applied.

Results: When the mothers of children with overweight/obesity properly perceive this situation, diet-related actions are taken (62.0% and 65.6%) ($\chi^2 = 307.02$, $gl = 9$, $p < .001$) and the problems are recognized (26.2% and 43.7%) ($\chi^2 = 131.46$, $gl = 6$, $p < .001$). The mothers of children in 1st to 6th grade are more prone to take actions (51.2%) ($\chi^2 = 44.78$, $gl = 9$, $p < .001$) and recognize more problems (21.8%) ($\chi^2 = 61.74$, $gl = 6$, $p < .001$)

Conclusions: When the problems related with the child's weight are recognized, actions are undertaken and the problems are recognized. Interventions are recommended for properly recognizing overweight/obesity and providing information on diet-related actions.

(Nutr Hosp. 2014;29:822-828)

DOI:10.3305/nh.2014.29.4.7166

Key words: *Body weight. Weight perception. Obesity. Over-weight. Mother-child relations.*

Abreviaturas

PMPH: Percepción materna del peso del hijo.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud señala que el sobrepeso-obesidad infantiles resultan del desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico que pueden ser atribuibles a varios factores, tales como el cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables, además de la disminución de la actividad física¹.

Así mismo agrega que al contrario de la mayoría de los adultos, los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen y que tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento, por lo que necesitan atención especial en la lucha contra la epidemia de obesidad¹.

Durante la infancia, el ambiente familiar es el medio dominante para el desarrollo de las preferencias por ciertos alimentos, los patrones en el consumo de las comidas y de actividad física^{2,3}. El estilo de vida tiende a favorecer o no el equilibrio entre el consumo y el gasto de energía, es así como las experiencias tempranas del niño con la comida y los estilos que las madres utilizan en el hogar tienen fundamental importancia en la formación de los hábitos que desarrollarán los hijos⁴.

La madre como primer cuidador proporciona a los hijos la estructura básica de relación con los alimentos debido a que es la encargada de ofrecerlos además de distribuirlos y determinar la cantidad de comida, por lo que los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas determinan en gran medida el estado nutricional de la familia⁵. La madre puede ayudar en la formación de actitudes y conductas de alimentación y actividad física de los hijos sintiéndose responsable de optimizar aspectos positivos y detener el desarrollo de aspectos negativos⁶.

Por otra parte se ha documentado que madres de hijos con obesidad señalan realizar acciones para manejar el peso de su hijo tales como preparar la comida, reducir el consumo de comida chatarra e incrementar las oportunidades para realizar actividad física⁷. Sin embargo al mismo tiempo que realizan acciones, se enfrentan a conductas del hijo relacionadas al peso que representan un problema. A este respecto se cuenta con una escala denominada Lista de Verificación de Conductas Relacionadas al Estilo de Vida en la cual las madres señalan los problemas conductuales del hijo relacionados al peso que tienen que enfrentar y la autoeficacia percibida para manejarlos⁸. Se han evaluado las propiedades psicométricas de ésta en países como Australia y Holanda^{9,10}. Sin embargo hasta

el momento no se han validado sus propiedades psicométricas en población mexicana.

Un estudio realizado en los Estados Unidos de Norte América identificó las acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo preescolar y se identificó el hecho de que el hijo llora si no se le da lo que quiere como el mayor problema que las madres enfrentan¹¹. En otros estudios se han identificado como problemas el hecho de que el hijo come muy rápido, grita o llora por la comida, ve demasiada televisión o se queja respecto a realizar actividad física, lo cual se presenta con mayor frecuencia en madres de hijos con obesidad⁸.

Por otra parte es posible señalar que algunos de estos cuestionamientos están contemplados en el cuestionario Nutrición y Actividad Física Familiar el cual explora conductas que se relacionan con el sobrepeso-obesidad infantil, sin embargo este cuestionario no identifica que tanto esta conducta representa un problema para la madre¹².

Como ya se mencionó en la formación de los hábitos de salud de los hijos, la madre juega un papel muy importante, pues es ella quien representa el principal agente de cuidado y crianza². Sin embargo, se ha señalado que puede ser que una madre no inicie cambios para prevenir y tratar los problemas de peso de su hijo a menos que perciba que su hijo tiene exceso de peso¹³, por lo que se considera que un primer paso en el diseño e implementación de programas de intervención para tratar el sobrepeso-obesidad es ayudar a los padres a percibir de forma adecuada ésta situación para que de esta manera puedan tener la disponibilidad de implementar cambios en los hábitos y conductas de los hijos¹³.

Un estudio realizado en Italia documentó que la prevalencia alta de obesidad infantil se asoció con la no adecuada percepción materna del peso del hijo (PMPH)¹⁴, de la misma forma la literatura es consistente respecto al hallazgo de que madres de niños con sobrepeso-obesidad no perciben de forma adecuada el peso de su hijo, sino que lo consideran como normal¹⁵ y señalan no realizar acciones refiriendo que su hijo no tiene problema con el peso¹¹. Otro estudio realizado en Turquía encontró que cuando las madres de niños con obesidad subestiman el peso de su hijo, le permiten comer libremente¹⁶.

Por tanto es posible señalar que la PMPH no siempre coincide con el peso real del hijo y que esta no adecuada PMPH pudiera determinar las acciones y problemas que las madres enfrentan para manejar el peso del hijo, por lo que se realizó el presente estudio en el cual participaron 2840 diadas (madre-hijo de 2 a 17 años de edad) que vivían en 5 Estados del Noreste de México.

Objetivos

- 1) Evaluar si las acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo son diferentes de acuerdo a la PMPH y estado nutricional del hijo.

- 2) Evaluar si las acciones y problemas maternos son diferentes de acuerdo a la edad del hijo en diadas madre-hijo de 2 a 17 años que vivían en 5 Estados del Noreste de México.

Métodos

Estudio transversal. La población se integró por 12,295 estudiantes inscritos en el período académico 2010-2011 en 40 instituciones de educación pública [pre-escolar, primaria (1° a 6° grado), secundaria (7° a 9° grado) y preparatoria (10° y 11° grado)] dos de cada tipo en cinco Estados del Noreste de la República Mexicana (Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas). Las instituciones se seleccionaron de forma aleatoria en cada uno de los Estados a partir de los listados proporcionados por la Secretaría de Educación Pública. Al final de la colecta de datos se contó con información completa de 2840 diadas madre-hijo de 2 a 17 años.

Mediciones

Para describir las acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo se aplicaron cuestionamientos basados en un estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica¹¹. Para describir las acciones se planteó la pregunta ¿Qué ha hecho para manejar el peso de su hijo? con opciones de respuesta: (a) Nada porque mi hijo no tiene sobrepeso, (b) Acciones relacionadas a la dieta como disminuir el consumo de comida basura, comida rápida y comida alta en grasa, comer frutas y verduras y preparar menos comida, (c) Ejercicio, aumentar la actividad física de mi hijo y (d) Acciones relacionadas a la dieta y ejercicio.

Para describir los problemas se planteó la pregunta ¿Qué le ha hecho difícil manejar el peso de su hijo?, con opciones de respuesta: (a) No he tenido problemas con esto, (b) Problemas diversos como otros miembros de la familia dan de comer a mi hijo sin que yo lo sepa, madre desempeña trabajo fuera del hogar y mi hijo compra comida en la escuela y (c) problemas conductuales del hijo como mi hijo/a llora si no le doy lo que él/ella quiere, come a escondidas, se enoja si no le doy más comida, no hace caso y no come verduras.

La PMPH se evaluó mediante el cuestionamiento – Creo que mi niño/a esta... con opciones de respuesta de: bajo/a de peso, un poquito bajo/a de peso, más o menos con el peso correcto, con un poco de sobrepeso y con sobrepeso. Se consideró como adecuada PMPH: a) cuando las madres de hijos con bajo peso los describieron como bajo/a de peso o como un poquito bajo/a de peso, b) madres de hijos con peso normal como más o menos con el peso correcto, c) madres de hijos con sobrepeso como con un poco de sobrepeso y d) madres de hijos con obesidad como con sobrepeso¹³. Respecto a la edad del hijo se consideró la institución educativa

en la cual estaban inscritos: preescolar, primaria, secundaria y preparatoria.

Procedimientos de recolección de los datos

Se realizaron los trámites administrativos para el acceso a las instituciones educativas y se solicitaron los listados de los alumnos inscritos a partir de los cuales se seleccionaron los participantes de forma aleatoria y proporcional al tipo de escuela, grado escolar y sexo, mediante el paquete Microsoft® Excel.

A continuación se solicitó a los directivos, información de la madre a quien se le invitó a una reunión que se realizó en la institución educativa en la cual estaba inscrito su hijo, se expusieron los objetivos de investigación y los procedimientos a realizar. Las madres firmaron el consentimiento informado y autorizaron realizar la medición de peso y talla de su hijo. Cuando la madre no asistió a la reunión programada se seleccionó al niño/a posterior que aparecía en la lista.

Se aseguró a los participantes la confidencialidad de la información y el anonimato, las madres procedieron a contestar el cuestionario y se realizaron las mediciones de peso y talla del hijo. El peso se midió en kilogramos con la báscula digital SECA 813® con capacidad para 150 kilogramos precisión de 0,1 kg, la talla se midió con un estadímetro SECA 214®, la estatura se registró en el punto más próximo a 0,1 cm. Posteriormente se calculó el IMC (peso/talla²) y el resultado se clasificó en percentiles de acuerdo a edad y sexo del hijo en desnutrición (percentil < 3), bajo peso (≥ 3 y < 15), peso normal (≥ 15 y < 85), sobrepeso (≥ 85 pero < 97) y obesidad (≥ 97)¹⁷.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se ajustó a las Normas Éticas de la Declaración de Helsinki de 1973.

Estrategias de análisis de datos

Los datos se capturaron y analizaron en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21 para Windows. Se construyeron tablas de contingencia de acuerdo al estado nutricional del hijo y de la PMPH clasificada como adecuada/no adecuada y se aplicó la prueba de Chi-cuadrada para verificar diferencias en las acciones y problemas. En segundo lugar para evaluar si las acciones y problemas eran diferentes de acuerdo a la edad del hijo también se construyeron tablas de contingencia, se consideró la institución educativa en la cual se encontraba inscrito el hijo como indicador de la edad y se aplicó la prueba de Chi-cuadrada.

Resultados

Participaron 2.840 diadas (madre-hijo). Residentes en 5 Estados del Noreste de México, 26% ($n = 734$) de

Nuevo León, 15,5% ($n = 440$) de Coahuila, 23,2% ($n = 658$) de Tamaulipas, 21,1% ($n = 600$) de Zacatecas y 14,2% ($n = 408$) de San Luis Potosí. El 52,4% ($n = 1.487$) de los hijos pertenecían al sexo femenino y 47,6% ($n = 1.353$) al sexo masculino.

La mayoría de las madres refirió estar casada (78,6%, $n = 2.235$), el 7,4% ($n = 210$) vivía en unión libre, 7,1% ($n = 201$) eran solteras y el resto 194 (6,9%) se agrupó en la categoría de divorciada, separada y viuda. Reportaron tener una escolaridad promedio de 10,31 años ($DE = 3,73$), el 65,6% ($n = 1.862$) se dedicaba al hogar, el 21,5% ($n = 612$) desempeñaba trabajo no profesional y el 12,9% ($n = 366$) trabajo profesional.

El estado nutricional de los hijos se encontró en bajo peso en 11,4% ($n = 325$), peso normal en 55,1% ($n = 1.565$), sobrepeso en 15,6% ($n = 441$) y el 17,9% ($n = 509$) presentó obesidad. El 24,1 ($n = 685$) cursaba la educación pre-escolar, el 29,3 ($n = 833$) cursaba la educación primaria, el 26,4 ($n = 748$) la educación secundaria y 20,2% ($n = 574$) la preparatoria.

Al evaluar las acciones de acuerdo al estado nutricional del hijo y de la adecuada/no adecuada PMPH, se encontró que cuando las madres de hijos con SP-OB si perciben de forma adecuada esta situación realizan en mayor proporción acciones relacionadas con la dieta a diferencia de las madres de hijos con bajo peso y peso normal quienes señalaron en mayor proporción no realizar acciones dado que su hijo no tiene sobrepeso ($\chi^2 = 307,02$, $gl = 9$, $p = ,001$). Por otra parte cuando las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tienen no adecuada PMPH, señalan no realizar acciones dado que su hijo no tiene sobrepeso, 50,2% y

21,3% respectivamente ($\chi^2 = 168,90$, $gl = 9$, $p = ,001$), la información se presenta en la tabla I.

Respecto a los problemas se identificó que cuando las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tienen una adecuada PMPH, reportan más problemas en comparación con las madres de hijos con peso normal y bajo peso. Los problemas diversos entre los que se encuentran otros miembros de la familia dan de comer a mi hijo sin que yo lo sepa, madre desempeña trabajo fuera del hogar y el hecho de que el hijo compre comida en la escuela, fueron los que se identificaron en mayor proporción ($\chi^2 = 131,46$, $gl = 6$, $p = ,001$).

Por otra parte cuando las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tienen no adecuada PMPH, la mayoría refiere no tener problemas, 86,6% y 68,2% respectivamente y de aquellas madres que identificaron algún problema también señalaron los problemas diversos como aquellos que enfrentan con mayor frecuencia, la diferencia fue significativa ($\chi^2 = 48,32$, $gl = 6$, $p = ,001$), la información se presenta en la tabla II.

Finalmente se verificó que las acciones y problemas son diferentes de acuerdo a la edad del hijo. Las madres de hijos de primaria, secundaria y preparatoria realizan en mayor proporción acciones relacionadas con la dieta en comparación con las madres de hijos preescolares ($\chi^2 = 44,78$, $gl = 9$, $p = ,001$). Respecto a los problemas, aquellos identificados como problemas diversos fueron los que las madres de hijos estudiantes de primaria, secundaria y preparatoria enfrentan con mayor frecuencia a diferencia de las madres de hijos preescolares quienes señalaron los problemas conductuales del hijo ($\chi^2 = 61,74$, $gl = 6$, $p = ,001$), la información se presenta en la tabla III.

Tabla I
Acciones maternas para manejar el peso del hijo de acuerdo a la PMPH y estado nutricional del hijo

PMPH	Acciones	Estado nutricional								χ^2	gl	p
		Bajo peso		Peso Normal		Sobrepeso		Obesidad				
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Adecuada	Nada mi hijo no tiene SP	135	75,4	800	66,0	22	15,5	9	7,0	307,02	9	,001
	Dieta	33	18,4	296	24,4	88	62,0	84	65,6			
	Ejercicio	3	1,7	29	2,4	9	6,3	3	2,3			
	Dieta y Ejercicio	8	4,5	88	7,3	23	16,2	32	25,0			
Total		179	100,0	1213	100,0	142	100,0	128	100,0			
No Adecuada	Nada mi hijo no tiene SP	103	70,5	213	60,5	150	50,2	81	21,3	168,90	9	,001
	Dieta	29	19,9	101	28,7	101	33,8	194	50,9			
	Ejercicio	2	1,4	15	4,3	12	4,0	21	5,5			
	Dieta-Ejercicio	12	8,2	23	6,5	36	12,0	85	22,3			
Total		146	100,0	352	100,0	299	100,0	381	100			

Tabla II
Problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo a la PMPH y estado nutricional del hijo

PMPH	Problemas	Categoría de peso								χ^2	gl	p
		Bajo peso		Peso Normal		Sobrepeso		Obesidad				
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Adecuada	No he tenido problemas	158	88,3	1086	89,5	104	73,8	72	56,3	131,46	6	,001
	Problemas diversos	10	5,6	59	4,9	23		35	27,3			
	Problemas conductuales	11	6,1	68	5,6	14	16,3	21	16,4			
Total		179	100,0	1213	100,0	141	100,0	128	100,0			
No Adecuada	No he tenido problemas	131	89,7	282	79,9	259	86,6	260	68,2	48,32	6	,001
	Problemas diversos	6	4,1	38	10,8	22	7,4	68	17,8			
	Problemas conductuales	9	6,2	33	9,3	18	6,0	53	13,9			
Total		146	100,0	353	100,0	299	100,0	381	100,0			

Tabla III
Acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo a edad del hijo

Acciones	Institución educativa en la cual se encuentra el hijo (edad del hijo)								χ^2	gl	p	
	Preescolar		Primaria		Secundaria		Preparatoria					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Nada mi hijo no tiene SP	427	62,3	406	48,7	371	49,6	309	53,8	44,78	9	,001	
Dieta	179	26,1	289	34,7	264	35,3	194	33,8				
Ejercicio	23	3,4	21	2,5	31	4,1	19	3,3				
Dieta y Ejercicio	56	8,2	117	14,0	82	11,0	52	9,1				
Total	685	100,0	833	100,0	748	100,0	574	100,0				
<i>Problemas</i>												
No he tenido problemas	545	79,4	650	78,2	643	85,8	514	89,5	61,74	6	,001	
Problemas diversos	57	8,3	93	11,2	68	9,1	43	7,5				
Problemas conductuales	84	12,2	88	10,6	38	5,1	17	3,0				
Total	686	100,0	831	100,0	749	100,0	574	100,0				

Discusión

La obesidad es un problema serio que se ha identificado como epidemia. En el caso de la obesidad infantil los padres son responsables del cuidado que se provee al hijo, sin embargo algunas acciones de los padres pueden contribuir al desarrollo del sobrepeso-obesidad infantil, tales como permitirle al hijo que consuma libremente comida basura y actividades sedentarias, además otras situaciones externas al medio ambiente familiar también contribuyen al desarrollo del sobrepeso-obesidad infantil, tales como la disponibilidad de alimentos no saludables en las escuelas.

Por otra parte, la literatura es consistente al reportar que las madres de niños con sobrepeso-obesidad no perciben de forma adecuada esta situación, tienden a subestimar el peso del hijo¹⁵. Además se ha identificado asociación entre la no adecuada PMPH y la prevalencia alta de obesidad infantil¹⁴ y más aún se han identificado diferencias en los estilos maternos de alimentación en función de la no adecuada PMPH¹⁶. Por tanto se ha señalado que un primer paso al implementar programas para prevenir y tratar el sobrepeso-obesidad infantil es ayudar a los padres a percibir de forma adecuada el peso de sus hijos, dado que esta no adecuada PMPH pudiera determinar las acciones y problemas para manejar el peso del hijo.

De acuerdo a lo anterior se encontró que las acciones son diferentes de acuerdo al estado nutricional del hijo y de la PMPH; cuando se tiene una adecuada PMPH las madres de hijos con sobrepeso-obesidad realizarán en mayor proporción acciones en comparación a las madres de hijos con bajo peso y normal o cuando tienen no adecuada PMPH. Dado que las acciones relacionadas a la dieta tales como disminuir el consumo de comida basura, comida rápida y comida alta en grasa, comer frutas y verduras y preparar menos comida fueron las que se señalaron en mayor proporción, se resalta el papel de los profesionales del campo de la nutrición, resultando relevante la consejería y educación nutricional para que las acciones que se implementen sean efectivas, lo cual también debe de considerarse al diseñar e implementar programas de intervención.

Sin embargo es importante resaltar que la mayoría de las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tuvieron una no adecuada PMPH, lo cual es consistente con la literatura que señala que las madres no perciben de forma adecuada esta situación y tienden a subestimar el peso del hijo^{13-15,18}.

Por tanto se requiere ayudar a las madres a tener una adecuada PMPH particularmente en aquellas madres de hijos con sobrepeso-obesidad lo cual debe realizarse desde el primer nivel de atención dado que se ha documentado que cuando el personal de salud comunica a una madre que su hijo tiene problemas de peso se incrementa la probabilidad de que se perciba de forma adecuada esta situación¹⁹.

Del mismo modo, cuando las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tienen adecuada PMPH, la proporción de madres que reconoce tener problemas es mayor. A este respecto se ha documentado que las madres de hijos con obesidad refieren tener más problemas relacionados al peso del hijo y menor autoeficacia para manejarlos⁹.

Finalmente se verificó que las acciones y problemas son diferentes de acuerdo a la edad del hijo. Las acciones relacionadas con la dieta son las que las madres realizan en mayor proporción, excepto las madres de hijos preescolares quienes refirieron no realizar acciones porque su hijo no tiene sobrepeso. A este respecto se ha señalado que las madres de los niños mayores de seis años tienen mayor probabilidad de tener una adecuada PMPH, dado que las madres de niños pequeños consideran que su hijo dejará de tener problemas de peso cuando tenga más edad, empiece a crecer y ser más activo¹⁹ sin embargo se sabe que la mayoría de estos niños seguirán presentando obesidad en la vida adulta²⁰.

Respecto a los problemas de acuerdo a la edad del hijo, las madres de hijos preescolares señalaron en mayor proporción los problemas conductuales, en comparación con las madres de hijos en otros grupos de edad para quienes el hecho de que otros dan de comer al hijo es el problema que se presenta con mayor frecuencia, dada la influencia de otros grupos sociales en el medio ambiente del hijo.

Se concluye que las acciones y problemas son diferentes de acuerdo al estado nutricional del hijo, ade-

cuada/no adecuada PMPH y edad del hijo. Que las acciones relacionadas con la dieta son las que se realizan con mayor frecuencia y que el PMPH está en función de la edad del hijo. Una de las fortalezas del presente estudio es que incluyó una muestra grande de madres residentes en el Noreste de México y que hasta donde es nuestro conocimiento es el primer estudio que explora en esta población diferencias en las acciones y problemas de acuerdo a la adecuada/no adecuada PMPH y edad del hijo. Por otra parte dado que se aplicó un cuestionario de autoinforme esto podría considerarse una debilidad del estudio, así como el hecho de que solo se haya considerado la participación de la madre.

Finalmente se recomienda diseñar e implementar intervenciones dirigidas a ayudar a las madres a tener una adecuada PMPH, proporcionar información y consejería en acciones dirigidas a una dieta saludable, así como fortalecer la autoeficacia materna para manejar los problemas del hijo relacionados al peso, además continuar explorando estas variables con cuestionarios que hayan sido evaluados en sus propiedades psicométricas en esta población.

Agradecimientos

Al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP/103.5/07/2522 a Flores-Peña Y.) por el financiamiento otorgado para el desarrollo de la presente investigación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. 2013. [acceso en 15 nov 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
2. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr* 2008; 99 (Supl. 1): S22-5.
3. Sleddens EF, Gerards SM, Thijs C, de Vries NK, Kremers SP. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6 (2-2): e12-27.
4. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5: 15.
5. 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.
6. McPhie S, Skouteris H, Daniels L, Jansen E. Maternal correlates of maternal child feeding practices: a systematic review. *Matern Child Nutr* 2014; 10 (1): 18-43.
7. Jackson D, Mannix J, Faga P, McDonald G. Overweight and obese children: mothers' strategies. *J Adv Nurs* 2005; 52 (1):6-13.
8. West F, Sanders MR. The Lifestyle Behaviour Checklist: a measure of weight-related problem behaviour in obese children. *Int J Pediatr Obe* 2009; 4 (4): 266-73.
9. West F, Morawska A, Joughin K. The Lifestyle Behaviour Checklist: evaluation of the factor structure. *Child Care Health Dev* 2010; 36 (4): 508-15.
10. 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.
11. Myers S, Vargas Z. Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatr Nurs* 2000; 26 (1): 23-30.
 12. Ihmels MA, Welk GJ, Eisenmann JC, Nusser SM. Development and preliminary validation of a Family Nutrition and Physical Activity (FNPA) screening tool. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009; 6: 14.
 13. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ; Pediatric Practice Research Group. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics* 2006; 117 (3): 681-90.
 14. Binkin N, Spinelli A, Baglio G, Lamberti A. What is common becomes normal: The effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2013; 23 (5): 410-6.
 15. Doolen J, Alpert PT, Miller SK. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21 (3):160-6.
 16. Yilmaz R, Erkorkmaz Ü, Ozcetin M, Karaaslan E. How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style? *Nutr Hosp* 2013; 28 (3): 741-6.
 17. World Health Organization. Software for assessing growth of the world's children and adolescents [online]. Available from: <http://www.who.int/growthref/tools/en/>
 18. Flores-Peña Y, Trejo-Ortiz PM, Gallegos-Cabriaes EC, Cerda-Flores RM. Validez de dos pruebas para evaluar la percepción materna del peso del hijo. *Salud Publica Mex* 2009; 51 (6):489-95.
 19. Hughes CC, Sherman SN, Whitaker RC. How low-income mothers with overweight preschool children make sense of obesity. *Qual Health Res* 2010; 20 (4): 465-78.
 20. Wardle J, Brodersen NH, Cole TJ, Jarvis MJ, Boniface DR. Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of young people in Britain. *BMJ* 2006; 332 (7550): 1130-5.