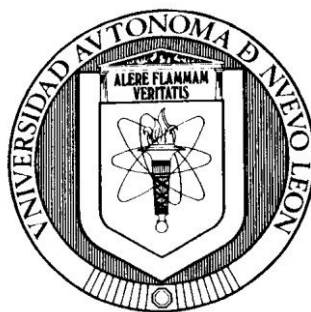


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA MATERNA Y PROBLEMAS CONDUCTUALES DEL HIJO
RELACIONADOS AL PESO

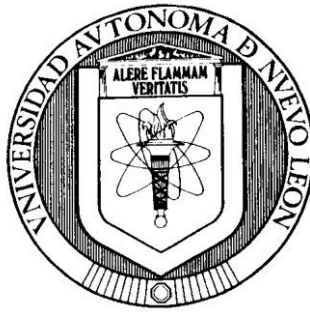
Por

LIC. LOURDES LIZBETH ROCHA AGUIRRE

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

DICIEMBRE, 2012

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



AUTOEFICACIA MATERNA Y PROBLEMAS CONDUCTUALES DEL HIJO
RELACIONADOS AL PESO

Por

LIC. LOURDES LIZBETH ROCHA AGUIRRE

Director de Tesis

DRA. YOLANDA FLORES PEÑA

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

DICIEMBRE, 2012

RESUMEN

Lourdes Lizbeth Rocha Aguirre
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación:

Título del Estudio: AUTOEFICACIA MATERNA Y PROBLEMAS
CONDUCTUALES DEL HIJO RELACIONADOS AL PESO

Número de Páginas: Candidato para obtener el Grado de Maestría en
Ciencias de Enfermería

Propósito y Método del Estudio: Objetivos: Identificar la asociación entre la autoeficacia materna (AM) y los problemas conductuales (PC) del hijo relacionados al peso, examinar si la AM es diferente de acuerdo a la categoría de peso del hijo, examinar si los PC son diferentes de acuerdo a la categoría de peso del hijo e identificar la conducta del hijo que representa el mayor problema para su manejo de acuerdo a la categoría de peso del hijo. Participaron 367 diadas (madre-hijo) de 6 escuelas públicas del área metropolitana de Monterrey, N. L. La muestra se calculó mediante el paquete estadístico n´Query Advisor ® Versión 4.0, correlación de .50, prueba bilateral con un nivel de confianza de .05 y un límite de error de estimación de .05. Las madres contestaron el Cuestionario Lista de Verificación de Conductas (West & Sanders, 2009) y se realizó medición de peso y talla a las diadas. Para el análisis los participantes se agruparon en dos grupos: Sin y Con obesidad (OB), Se obtuvieron estadísticas descriptivas y se aplicó estadística inferencial correlación de Spearman y prueba U de Mann-Whitney.

Resultados y Conclusiones: El promedio de edad materno fue 34.75 años (DE = 7.43), escolaridad 11.68 años (DE = 3.40) e ingreso económico familiar mensual de 9,801.83 MN (DE = 7,600.16). El 76% estaba casada, el 56.40% se dedicaba al hogar. El 31.18% presentó algún grado de OB. La edad promedio de los hijos fue 6.96 años (DE = 2.37), 39.70% del sexo masculino presento SP-OB mientras que el 30.90% del sexo femenino. La escala Problema mostró consistencia interna de .86 y la escala de AM .94. Se encontró asociación negativa y significativa entre la AM y los PC de los hijos relacionados al peso ($r_s = -.568$, $p = .001$). La AM fue mayor en la subescala de alimentación ($\bar{X} = 131.95$, DE = 17.26). La AM para manejar los PC de acuerdo a la categoría de peso del hijo fue diferente, sin OB 230.50 vs con OB 221.00, $U = 11.676$, $p = .001$. Las madres de hijos con OB tienen más PC con sus hijos respecto a las madres de hijos sin OB, 209.51 vs 170.17, $U = 12060.00$, $p = .001$. La conducta que representa mayor problema para las madres del grupo de niños con OB es el que su hijo come demasiado (238.54, $U = 8315.50$, $p = .000$). Como hallazgo adicional el 8.4% de la varianza explica que la influencia del rol modelador de los padres en la alimentación y la escolaridad materna predice la AM para manejar los problemas conductuales del hijo relacionados al peso. Se concluye que a mayores PC del hijo relacionados al peso menor AM para su manejo

Firma del Director de Tesis: _____

Agradecimientos

A Dios por darme la oportunidad de llegar a éste momento en mi formación profesional y guiarme a lo largo del proceso, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible.

A la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas por darme las bases en mi formación profesional, especialmente a las maestras L. E. María Luisa Martínez Macías y L.E. Luz Ma. Delgadillo Legaspi por su confianza, consejos y apoyo brindados durante este proceso.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y autoridades por brindarme la oportunidad de realizar y concluir mis estudios de maestría.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada para la realización de mis estudios.

A la Dra. Yolanda Flores Peña Directora de tesis y amiga por su tiempo, paciencia y disposición para guiarme en el proceso, brindarme su apoyo y amistad, por compartir sus conocimientos y experiencias los cuales me han enseñado a trabajar con mayor disciplina y responsabilidad, así como por su apoyo y comprensión en situaciones personales. Definitivamente mi más sincero agradecimiento.

A la MCE Santiago Enriqueta Esparza Almanza por su comprensión y apoyo en situaciones académicas y personales durante mi estancia en la maestría.

A los maestros por sus conocimientos y experiencias brindados que contribuyeron en mi formación académica y personal.

A las pasantes de Licenciatura Rocío y Karla por su colaboración durante el desarrollo de la maestría, por su amistad y paciencia en escucharme y darme un consejo cuando lo necesitaba.

Al personal académico y administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por las facilidades otorgadas durante la maestría.

A mis compañeros de grupo con los cuales compartí grandes momentos y el camino durante el proceso: Viridiana, Ingrid, Cassandra, María Elena, Luz, Linda, Perla y Ezequiel.

Dedicatoria

A Dios por su infinita bondad y amor y por estar conmigo en todo momento.

A mis padres por darme la vida y apoyo incondicional. A mi padre que siempre me brindo sus consejos y palabras de aliento para continuar adelante.

A mi madre por sus valores y consejos que me han permitido ser una persona de bien, por su motivación y ejemplo de lucha para seguir adelante a pesar de las adversidades, por apoyarme en todo momento y confiar nuevamente en mí, por cuidar y educar a mi hijo durante este tiempo. Te quiero mamá y estaré eternamente agradecida contigo.

A ti mi hijo Carlitos por ser el pilar fundamental en mi vida, mi mayor motivación y mi razón de ser, que a pesar de tu corta edad has sabido ser paciente y esperar. Por sacrificar tu tiempo conmigo para poder cumplir con ésta meta. Porque con una sonrisa tuya me das las fuerzas para continuar adelante sencillamente gracias por llegar a mi vida y ser mi fiel compañero en el camino. Te amo hijo.

A mis hermanos y toda mi familia por brindarme su apoyo, escucharme y darme consejos en mis momentos de debilidad y animarme a continuar adelante en todas las circunstancias de mi vida.

A la familia Escamilla Guzmán por su preocupación en todas las circunstancias presentes durante éste proceso, así como por su apoyo y amistad brindados.

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Autoeficacia	4
Conductas de los Hijos Relacionadas al Peso	6
Conductas Alimentación	6
Conductas de Actividad Física	8
Estudios Relacionados	10
Autoeficacia Materna y Conductas de Alimentación y Actividad Física de los Hijos	10
Autoeficacia Materna y Conductas de Alimentación de los Hijos	12
Autoeficacia Materna y Conductas de Actividad Física de los Hijos	13
Definición de Términos	14
Objetivos	14
Capítulo II	
Metodología	15
Diseño del Estudio	15
Población, Muestreo y Muestra	15
Criterios de Inclusión	16
Mediciones	16
De Lápiz y Papel	16
Mediciones Antropométricas	17

Procedimiento de Recolección de Datos	17
Contenido	Página
Consideraciones Éticas	19
Análisis de Datos	20
Capítulo III	
Resultados	23
Consistencia Interna, Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad del Cuestionario LVC	23
Estadística Descriptiva de los Datos Sociodemográficos Y Antropométricos	24
Procedimientos Estadísticos para Verificar los Objetivos del Estudio	26
Hallazgos Adicionales	31
Capítulo IV	
Discusión	39
Recomendaciones	42
Referencias	43
Apéndices	
A. Población de Estudio	50
B. Selección de la muestra por estratos y sujetos participantes	54
C. Lista de Evaluación de Conductas del Hijo	55
D. Cédula de Datos Personales y Sociodemográficos	58
E. Formato de Registro de Medidas Antropométricas	59
F. Consentimiento Informado	60
G. Procedimiento de Mediciones	63

Contenido	Página
H. Estadística Descriptiva de la AM para Manejar los Problemas Conductuales de los Hijos Relacionados el Peso de Acuerdo a la Presencia/Ausencia de OB	64
I. Estadística Descriptiva de los Problemas Conductuales de los Hijos Relacionados al Peso de Acuerdo a la Presencia/Ausencia de OB	65
J. Estadística Descriptiva e Intervalos de Confianza de las Escalas del Cuestionario LVC por Grupo Sin/Con OB	66

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia Interna de las Subescalas y de la Escala LVC	23
2. Estadística Descriptiva de las Características Sociodemográficas Y Antropométricas Maternas	24
3. Estadística Descriptiva de la Categoría de Peso Materno	25
4. Estadística Descriptiva de la Categoría de Peso del Hijo de Acuerdo al Sexo	26
5. Correlación de Spearman entre la Autoeficacia Materna y los Problemas Conductuales de los Hijos Relacionados al Peso	27
6. Estadística Descriptiva de Subescalas del Cuestionario LVC y Prueba de Normalidad	27
7. Prueba U de Mann-Whitney de AM para Manejar los Problemas Conductuales de los Hijos Relacionadas al Peso de Acuerdo a La Presencia/Ausencia de OB	29
8. Prueba U de Mann-Whitney de los Problemas Conductuales de los Hijos Relacionadas al Peso de Acuerdo a la Presencia/Ausencia de OB	30
9. Diferencia de los Problemas Conductuales por Grupo Sin y Con OB	33
10. Diferencia de la Autoeficacia Materna por Grupo Sin y Con OB	36

Lista de Figuras

Figura 1	Página
1. Estructura Conceptual de las Variables de Estudio	10

Capítulo I

Introducción

El exceso de peso corporal se reconoce actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población, debido a que aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (Secretaría de Salud [SS], 2010).

La obesidad (OB) en la población infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, afecta progresivamente a países de bajos y medianos ingresos sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante, se calcula que cerca de 42 millones de niños presentan sobrepeso (SP) u OB de los cuales 35 millones viven en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) la prevalencia combinada de SP-OB en menores de cinco años es de 9.7%, mostrando un ligero ascenso entre los años de 1988 y 2012 donde el principal aumento se registra en los estados del norte del país con una prevalencia de 12%. Para la población de 5 a 11 años la prevalencia combinada de SP-OB es de 34.4% para ambos sexos, lo que representa alrededor de 5 664 870 niños con SP-OB en el ámbito nacional.

La OB es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia y se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (Fernández, 2005). En su origen se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según sexo, talla y edad (Azcona, Romero, Bastero, & Santamaría, 2005).

Los padres y cuidadores de los niños juegan un papel importante en el desarrollo de los hábitos alimenticios. Las preferencias alimentarias de los padres y de actividad

física trabajan en conjunto para un medio ambiente en el que la OB puede desarrollarse. 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 familia (Kolopaking, Bardosono, & Fahmida, 2011).

Durante la etapa infantil, la forma de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar, en el cual se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias (Domínguez-Vásquez & Santos, 2008). La conducta alimentaria infantil se configura a partir de las estrategias empleadas por los padres para controlar lo que el niño come, a las que éste responde usando diferentes mecanismos de adaptación que finalmente se reflejarán en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad (Orrell et al., 2007; Kral & Faith, 2007; Spruijt-Metz, Lindquist, Birch, Fisher, & Goran, 2002).

Las estrategias de los padres como el control sobre el alimento o su restricción podrían contribuir al balance energético positivo y al incremento del índice de masa corporal (IMC), dado que interfieren en las habilidades de autorregulación en la ingesta de los alimentos del niño (Gregory, Paxton, & Brozovic, 2010; Birch & Davison, 2001). Los padres pueden ayudar a la formación de actitudes y conductas de alimentación de los hijos sintiéndose responsables de optimizar aspectos positivos y detener el desarrollo de aspectos negativos, sin embargo al mismo tiempo se enfrentan a problemas para controlarlos (Golan & Crow, 2004).

A este respecto es posible señalar que un elemento cognitivo central de las competencias de crianza es la autoeficacia parental, la cual puede definirse como las estimaciones de competencias en el rol parental o la percepción que poseen los padres de su habilidad para influenciar positivamente las conductas o el desarrollo de su hijo, de forma general es posible señalar que los padres con fuertes creencias respecto a su

propia eficacia parental podrían comprometerse en conductas positivas de crianza (Coleman & Karraker, 2000).

La Autoeficacia Materna (AM) se ha asociado con la capacidad de proveer adaptación, estimulación y mantenimiento del entorno de crianza de los hijos; así mismo mejorar la AM se asocia con un incremento de la calidad en la interacción madre-hijo en diversos aspectos del desarrollo del niño, entre ellos los relacionados con la alimentación (Coleman & Karraker, 2003; Sanders & Wolley, 2005).

De acuerdo a Sanders y Wolley (2005) la autoeficacia puede valorarse en tres niveles: nivel global o nivel general es decir sin referirse a tareas o condiciones específicas, en nivel intermedio que valora el desempeño en un dominio particular (como la autoeficacia de crianza) y el nivel de medición específico o autoeficacia para una tarea particular bajo condiciones específicas. Por otra parte Bandura (1982) señala que la autoeficacia para una tarea particular es el mejor predictor para su desempeño, como la creencia de auto-eficacia específica que guía la conducta de una persona y determina las actividades a desarrollar.

Al respecto es posible señalar que hasta el momento de la revisión de la literatura solo se localizaron seis estudios que documentan la AM, tres de éstos documentan la AM para la alimentación y la actividad física, otro de los estudios solo describe la AM para conductas de alimentación, un estudio relaciona la AM a la actividad física y al tiempo de ver televisión y uno más se realizó empleando metodología cualitativa con grupos focales. Estos estudios han utilizado diferentes mediciones y en algunos solo se evalúa la autoeficacia para una conducta particular, éstos estudios se han realizado principalmente en los Estados Unidos de Norte América.

Dada la importancia de conocer la AM para manejar los problemas conductuales del hijo relacionados al peso y éstos problemas en madres mexicanas surgió el interés de plantear el presente estudio de investigación con la pregunta de ¿Existe asociación de la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso y la AM

y los problemas conductuales de los hijos son diferentes de acuerdo a la categoría de peso del hijo?.

Se considera que los resultados del presente estudio permitirán identificar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso y la AM para manejar éstos problemas, para en un futuro diseñar e implementar intervenciones de enfermería efectivas enfocadas en los diferentes factores que inciden en el incremento del SP-OB infantil, esto dado a que enfermería se encuentra en una posición crucial en la promoción de la salud, recuperación y prevención de las enfermedades, además de que la etapa infantil es la edad óptima para la formación de los hábitos y conductas que se mantendrán a lo largo de la vida.

Marco de referencia

En este apartado se presentan los conceptos que guiaron el presente estudio, en primer lugar se describe el concepto de autoeficacia y posteriormente las conductas de alimentación y de actividad física.

Autoeficacia.

El constructo de autoeficacia fue introducido por Albert Bandura en 1977 el cual representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982). De acuerdo a esta teoría la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento y estarían involucrados tres tipos de expectativas: (a) expectativas de la situación en las cuales las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, (b) expectativas de resultado que se refieren a la creencia de que una conducta producirá determinados resultados y (c) expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y

actuar de las personas. Gran parte de la conducta humana que persigue una finalidad se regula mediante el pensamiento anticipador que incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos personales está influido por las auto-estimaciones de las capacidades. Cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida más retadores serán los objetivos que se establezcan las personas y más firme su compromiso por alcanzarlos (Bandura, 1999). Las personas con un alto sentido de autoeficacia aumentan su sentido sociocognitivo en diferentes dominios y afrontan las tareas difíciles percibiéndolas como modificables (Carrasco & Del Barrio, 2002).

La percepción de autoeficacia determinará la cantidad de esfuerzo que una persona invertirá en una tarea y en la perseverancia frente a las dificultades, además de ser un determinante importante en la conducta que fomenta la salud. Las personas no encuentran sentido al esfuerzo si creen que no disponen de lo necesario para lograr el éxito, además de abandonar sus esfuerzos rápidamente en ausencia de resultados inmediatos, por lo que el mantenimiento del cambio de hábitos reside sobre todo en las capacidades auto reguladoras y en el valor funcional de la conducta (Bandura, 1999).

Por otra parte, el rol de parentesco plantea demandas duras y continuas sobre la eficacia de manejo. Los progenitores no siempre han de superar los retos cambiantes a medida que crecen sus hijos, también deben manejar relaciones interdependientes dentro del sistema familiar y vínculos sociales con sistemas extra familiares como el educativo, recreativo y médico. La autoeficacia parental constituye un aspecto de los sistemas de creencias parentales en relación a sus capacidades para manejar las conductas de alimentación y de actividad física del hijo (Sanders & Wolley, 2005).

Los padres que tienen un sentido firme de su autoeficacia en las tareas parentales suelen disponer de bastantes recursos para potenciar las competencias de sus hijos, sin embargo cuando los padres perciben problemas de peso en su hijo, suelen tener menos confianza en tratarlos y provocar intentos fallidos en la modificación de las conductas del estilo de vida en los niños, desgastando su autoeficacia y contribuyendo

inefectivamente en la crianza de los hijos (West, Morawska, & Joughin, 2010).

Las madres que creen que pueden influir sobre las acciones de sus hijos en tareas evolutivas específicas, se implican más y les estimulan más cuando interactúan con ellos (Nsiah, Ariza, Mikhail, Feinglass, & Binss, 2009). La AM se ha visto asociada con la capacidad de proveer adaptación, estimulación y alimentar el entorno de crianza de los hijos. Se define como la estimación auto referida por las madres sobre su competencia en el rol de crianza de los hijos, además de la auto percepción sobre su habilidad para influir de forma positiva en la conducta y desarrollo de su hijo (Coleman & Karraker, 2003; Kolopaking et al., 2011; Horodynski, Stommel, Brophy-Herb, Xie, & Weatherspoon, 2010).

Conductas de los hijos relacionadas al peso

Se consideran en este apartado las conductas de alimentación y de actividad física del hijo documentadas en la literatura que los padres tienen que manejar.

Conductas de alimentación.

La conducta de alimentación, se define como el comportamiento relacionado con los hábitos alimentarios, la selección, preparación y cantidad de alimentos ingeridos (Osorno, Weisstaun, & Castillo, 2002). El medio ambiente de la alimentación construido por los padres influye en las preferencias y desarrollo de la conducta de alimentación de los hijos, no solo a través de la disposición de los alimentos, sino también a través de sus propias conductas de alimentación, tiempo para comer y prácticas de alimentación infantil. Cuando los alimentos se consumen en un ambiente positivo la preferencia por alimentos nutritivos tiende a aumentar mientras que la preferencia disminuye cuando el ambiente es negativo (Birch & Fisher, 2000; Brown & Ogden, 2004).

Los padres pueden manipular la disponibilidad de los alimentos ya que son los encargados de hacer las compras y seleccionar los alimentos disponibles en casa además de utilizarlos como recompensa o castigo. El ofrecer un alimento como recompensa por

el consumo de otro es una estrategia común en la que los alimentos se combinan con la atención de los padres. Si a los niños se les ofrece el alimento como recompensa por un comportamiento adecuado la preferencia por este será mayor (Benton, 2004).

Las prácticas alimentarias de los padres influyen en la formación de las conductas alimentarias de los hijos. El control excesivo ejercido por los padres sobre las preferencias y cantidad de alimentos ingeridos en el hijo contribuyen al desarrollo de OB en los hijos, dado que pueden promover problemas en la autorregulación de la alimentación, fomentar la ingesta de alimentos ricos en grasas, limitar la aceptación de ciertos alimentos y alterar la regulación del consumo de energía, y colocar a los hijos en situación de riesgo para presentar problemas de balance de energía y exceso de peso (Brown & Ogden, 2004; Golan & Crow, 2004; Faith, Scanlon, Birch, Francis, & Sherry, 2004; Birch & Davison, 2001).

Asimismo, los padres restringen el acceso a bocados apetecibles o alimentos "chatarra", práctica que parece ser una estrategia de enseñanza a moderar la ingesta de comida rápida, alta en azúcar y grasa, pero pobre en nutrientes. Se ha señalado que la restricción podría tener un efecto contraproducente al incrementar la preferencia del hijo por alimentos no saludables, así mismo se ha asociado a la conducta de comer en ausencia de hambre y la ganancia de peso del hijo (Jansen et al., 2012; Joyce, Zimmer-Gembeck, 2009).

El uso de estrategias de alimentación y su impacto sobre el consumo de alimentos en los niños depende en gran medida de factores demográficos y antropométricos de las madres e hijos, entre ellos la educación e ingreso económico familiar. Se ha señalado que existe mayor control sobre el consumo de alimentos en los niños de hogares con mayor nivel socioeconómico. Así mismo el peso de la madre se asocia con el control de la alimentación del hijo, donde las madres que presentan peso elevado tienen menor control sobre la ingesta alimentaria de su hijo (Francis, Hofer, & Birch, 2001; Ogden, Reynolds, & Smith, 2006; Orrell-Valente et al., 2007).

Por lo tanto, las actitudes de los padres relacionadas con la alimentación influyen en las conductas alimentarias de los hijos, por lo que es necesario que desde etapas tempranas de la vida se aprendan patrones alimenticios saludables, dado que podría ser más fácil prevenir hábitos perjudiciales de la salud que tratar de modificarlos posteriormente una vez que se han instaurado como parte de un estilo de vida (Robinson, Yardy, & Carter, 2012; Gardner et al., 2009).

Ejemplos de conductas de alimentación relacionadas al peso del hijo que los padres tienen que manejar son: come muy rápido, come demasiado, come refrigerios no saludables y rechaza comer ciertos alimentos.

Conductas de actividad física.

Actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por la contracción músculo esquelética que incrementa el gasto de energía por encima del estado basal. La actividad física en la infancia genera múltiples beneficios físicos y fisiológicos, permite el desarrollo de interacciones sociales, sentimientos de satisfacción personal y bienestar mental, además disminuye el riesgo de desarrollar SP-OB (Cauwenberghe, Jones, Hinkley, Crawford, & Okley, 2012).

En contraste la inactividad física se produce cuando el movimiento corporal es mínimo y puede ser definida como la cantidad de tiempo dedicado a conductas sedentarias. Entre los determinantes de la inactividad física en la infancia y adolescencia se encuentran factores de desarrollo y fisiológicos, factores del medio ambiente y factores psicológicos, sociales y demográficos. La inactividad física puede ser un antecedente y consecuencia de la OB, los niños con SP podrían tener nivel de actividad física menor como consecuencia de su condición de peso (Must & Tybor, 2005; Elgar, Roberts, Moore, & Tudor, 2005).

La etapa infantil representa uno de los períodos críticos en donde los comportamientos de salud, como la actividad física y el comportamiento sedentario son

establecidos. El tiempo dedicado a ver televisión y jugar video juegos representa una fuente importante de inactividad en la infancia y adolescencia, donde la proporción de tiempo que las personas se centran en la pantalla es muy variable lo que genera un mayor período de exposición a programas de televisión y publicidad de alimentos (Dennison, Erb, & Jenkins, 2002).

Las actitudes y creencias de los padres influyen en la actividad física y hábitos sedentarios en los hijos. Se ha señalado que las creencias de la actividad física como conducta saludable incluyen beneficios y riesgos percibidos para realizarla, así como las barreras percibidas que pueden impedirla, tales como: falta de tiempo, falta de interés, clima desfavorable o facilidades de acceso a equipo, los cuales pueden ser determinantes potenciales de conductas de actividad física en niños y adolescentes (Welk, Wood, & Morss, 2003; Zecevic, Tremblay, Lovsin & Michel, 2010). Así mismo, estudios de investigación señalan que los padres con autoeficacia baja para influir en la actividad física de sus hijos y controlar el tiempo de ver televisión reportan altos niveles de inactividad física en sus hijos (Pearson, Salmon, Crawford, Campbell, & Timperio, 2011).

Existen mecanismos que determinan las conductas de actividad física en la infancia, en las que los padres parecen ser una influencia fuerte sobre la conducta de actividad física en los hijos. Los mecanismos pueden ser directos (proporcionando un ambiente de apoyo y nutrición), indirectos (a través del rol modelador) o como una interacción de ambos. Los hijos de padres que son activos físicamente han reportado tener mayor interés en realizar actividad física que los niños de padres inactivos físicamente (Golan & Crow, 2004). Adicionalmente las influencias parentales, podrían contribuir sobre la conducta de actividad física en los niños y adolescentes, incluidos la presión de los compañeros y otros modelos a imitar en los hijos por ejemplo atletas profesionales (Kristiansen, Júlíusson, Eide, Roelants, & Bjercknes, 2012).

Ejemplos de conductas actividad física relacionadas al peso del hijo que los

padres tienen que manejar son: ve demasiada televisión, pasa mucho tiempo jugando videojuegos y se queja sobre hacer actividad física. En la figura 1 se presenta la estructura conceptual de las variables de estudio.

Teórica	Autoeficacia (Teoría Social Cognitiva) (Bandura, 1982)	
Conceptual	Autoeficacia Materna para manejar los problemas conductuales de alimentación, actividad física y peso del hijo	Conductas de alimentación, actividad física y peso del hijo que la madre tiene que manejar
Indicador empírico	Escala de Autoeficacia de la Lista de Verificación de Conductas (LVC) (West & Sanders, 2009)	Escala Problemas de la Lista de Verificación de Conductas (LVC) (West & Sanders, 2009)

Figura 1. Estructura conceptual de las variables de estudio

Estudios relacionados

En este apartado se presentan los estudios relacionados a la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso; así mismo se presenta un estudio que aborda la AM para manejar las conductas de los hijos.

AM y conductas de alimentación y actividad física de los hijos.

Campbell, Hesketh, Silverii y Abbott (2010) realizaron un estudio en Australia con el propósito de verificar si a mayor edad de los hijos, las madres presentan menor autoeficacia para manejar las conductas de alimentación y de actividad física de éstos. Los autores señalan que dado que no existen instrumentos para medir la AE en estos

dominios desarrollaron las mediciones basados en datos cualitativos que ellos mismos habían colectado. La muestra se conformó por 60 madres de niños de un año de edad y 80 madres de niños de cinco años de edad. Las madres de niños de un año de edad reportaron niveles mayores de AM para limitar el consumo de alimentos no saludables ($\bar{X} = 4.30$ vs $\bar{X} = 3.84$; $p < 0.005$) y limitar el tiempo de ver televisión en comparación con las madres de niños de 5 años de edad ($\bar{X} = 3.69$ vs $\bar{X} = 2.85$; $p < 0.005$).

Se encontró asociación entre la AM para promover conductas de alimentación saludables y limitar el consumo de alimentos no saludables en el grupo de niños de un año de edad ($r = -0.26$; $p < 0.05$). La AM para promover la actividad física y reducir el tiempo de ver televisión se asoció de forma inversa con el tiempo de ver televisión de los niños en ambos grupos ($r = -0.28$, $p < 0.05$) y ($r = -0.27$, $p < 0.05$).

Nsiah et al. (2009) con el objetivo de examinar la percepción parental de riesgos a la salud de niños con SP y la autoeficacia parental para influir en las conductas de alimentación y actividad física de los hijos y su relación con la historia familiar de diabetes y enfermedad cardiovascular realizaron un estudio en Estados Unidos de Norte América en el que participaron 386 sujetos, 88% fueron madres ($n = 340$), padres 10% ($n = 38$) y otro familiar 2% ($n = 8$). El 18% de los niños presentó OB y 17% SP. El 82% de los padres considero tener autoeficacia para influir en la elección de alimentos del hijo y el 85% tener autoeficacia para influir sobre la cantidad de actividad física que su hijo realiza.

Se considero alta autoeficacia cuando los padres mencionaron estar de acuerdo o fuertemente de acuerdo en poder influir en la elección de alimentos de su hijo y en la cantidad de actividad física de su hijo. El 74% de los padres presentó autoeficacia alta para influir en las conductas de salud del hijo. Además se determinó la influencia de factores asociados a la autoeficacia alta mediante regresión logística y se identificaron como factores: creencia en el modelado de los padres (OR = 4.5, IC 95% [2.6, 7.6], $p < .001$), historia familiar de enfermedad cardiovascular o diabetes (OR = 1.7, IC 95%

[1.0, 2.8], $p = 0.041$), edad del hijo entre 5 y 11 años (OR = 4.3, IC 95% [2.6, 7.3], $p < .001$) y escolaridad profesional del cuidador (OR = 2.0, IC 95% [1.3, 3.0], $p < 0.001$).

West y Sanders (2009) realizaron un estudio en Australia con el objetivo de evaluar la percepción de los padres sobre los problemas conductuales de los hijos de alimentación y actividad física y la autoeficacia parental para manejarlos. La muestra se conformó por 182 padres y sus hijos. Los hijos se distribuyeron en dos grupos de acuerdo a la categoría de peso: SP-OB (55%) y peso normal (45%). Mediante análisis de ANOVA se encontró que los padres de niños con SP-OB perciben mayores problemas conductuales de alimentación y actividad física en sus hijos, ($\bar{X} = 78.13$, DE = 20.15) en comparación a los padres de niños con peso normal ($\bar{X} = 40.10$, DE = 10.69) y menor autoeficacia para manejarlos ($\bar{X} = 171.84$, DE = 41.30 vs $\bar{X} = 237.84$, DE = 25.63).

AM y conductas de alimentación de los hijos.

Horodyski et al. (2010) realizaron un estudio en 12 ciudades en el Norte de los Estados Unidos de Norte América con el objetivo de examinar la relación entre el consumo de frutas y verduras de los niños con el consumo de frutas y verduras de la madre, percepción materna del niño como exigente con la comida, eficacia materna y características sociodemográficas de la familia. La muestra se conformó por 199 madres de raza afro-americana y 200 madres de raza blanca con un hijo de 12 a 36 meses de edad.

Se encontró que la percepción materna de los hijos como exigente con la comida se asoció con el nivel educativo de las madres ($r^2 = -.225$, $F = .089$; $p = .012$) y con el tiempo de trabajo de las madres fuera de casa ($r^2 = .111$, $F = .084$, $p = .187$). Las madres de raza afro-americana que demostraron tener baja autoeficacia reportaron que su hijo es exigente para comer ($r^2 = -.502$, $F = .046$, $p = .001$).

AM y conductas de actividad física de los hijos.

Smith et al. (2010) realizaron un estudio en Australia con el propósito de determinar la asociación entre la autoeficacia parental y barreras percibidas con la actividad física de los hijos. La muestra se conformó por 4006 niños y sus padres, 764 niños de edad preescolar, 1557 de edad escolar y 1685 adolescentes. El 33.2% de los padres reportó autoeficacia baja para influir en la actividad física de su hijo, mientras que el 35.6% mencionó tener autoeficacia alta. El nivel de autoeficacia de los padres para influir en la actividad física de los hijos fue significativamente diferente de acuerdo a la edad del hijo; los padres de adolescentes reportaron autoeficacia baja vs los padres de niños de edad pre-escolar ($X^2 = 35.4$ vs $X^2 = 26.9$; $p < .01$).

Las circunstancias en las que los padres reportaron tener baja autoeficacia fueron: cuando el niño no está interesado en realizar actividad física (51.9%), mostrando diferencias de acuerdo a la edad del hijo: adolescentes ($X^2 = 54.2$, $p < .01$), niños en edad escolar ($X^2 = 47.8$, $p < .01$) y niños de edad pre-escolar ($X^2 = 44.4$, $p < .01$) y cuando el hijo ve televisión (27.3%), observando una diferencia significativa en los padres de adolescentes vs padres de niños de edad escolar ($X^2 = 31.7$, $p < .01$ vs $X^2 = 14.0$, $p < .01$).

En síntesis, en la literatura revisada se constató que los cuestionarios para identificar las conductas de los hijos relacionadas al peso son escasos, solo 1 estudio aplicó un cuestionario diseñado para tal fin, el resto de los estudios evalúa la AM con cuestionamientos tales como: puedo influir en la elección de alimentos y tiempo de actividad física de mi hijo, así mismo solo este estudio evaluó la diferencia de la AM de acuerdo a la categoría de peso del hijo y encontró que la AM es diferente; las madres de hijos con SP-OB señalan mayores problemas y menor autoeficacia en comparación a madres de niños con peso normal. Solo un estudio documentó predictores de la autoeficacia parental para manejar conductas de alimentación y de actividad física.

Definición de Términos

Autoeficacia materna (AM) para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso; es la capacidad percibida por la madre para manejar las conductas de alimentación y actividad física de su hijo. Se midió a través de la Escala Autoeficacia del Cuestionario Lista de Verificación de Conductas (LVC, West & Sanders, 2009).

Problemas conductuales del hijo relacionados al peso; son situaciones relacionadas con alimentación, actividad física y peso del hijo que la madre debe manejar para promover conductas saludables en el hijo, tales como: comer rápido, comer alimentos no saludables, discutir sobre jugar demasiado tiempo en la computadora, discutir sobre el peso, discutir sobre no tener amigos. Los cuales se midieron con la Escala Problemas Conductuales del cuestionario LVC (West & Sanders, 2009).

Objetivos

- 1) Identificar la asociación entre la AM y los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso.
- 2) Describir la AM para manejar los problemas conductuales del hijo relacionados al peso.
- 3) Describir los problemas conductuales del hijo relacionados al peso.
- 4) Examinar si la AM para manejar los problemas conductuales del hijo relacionados al peso es diferente de acuerdo a la categoría de peso del hijo.
- 5) Examinar si los problemas conductuales del hijo relacionados al peso son diferentes de acuerdo a la categoría de peso del hijo
- 6) Identificar la conducta del hijo que representa el mayor problema para su manejo en el grupo de madres de hijos con OB
- 7) Identificar para cual de los problemas relacionados al peso la madre de hijos con OB se percibe con menor autoeficacia

Capítulo II

Metodología

En el siguiente capítulo se describe la metodología que se empleó para el desarrollo de la presente investigación como diseño, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, mediciones, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y estrategias para el análisis de los datos.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2009). Se describió la AM y los problemas conductuales del hijo relacionados al peso, así como la relación entre éstas variables.

Población, muestreo y muestra

La población de estudio fueron 916 diadas, madre-hijo en edad pre escolar y escolar (481 hijos de sexo masculino y 475 de sexo femenino), los cuales 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. (Apéndice A).

La muestra se calculó mediante el paquete estadístico n´Query Advisor ® Versión 4.0, para una correlación con tamaño de efecto de 0.17, de acuerdo a Cohen (1988) se considera efecto entre pequeño (0.10) y mediano (0.30), prueba bilateral con un nivel de confianza de .05 y potencia de prueba de 90% (.01), resultando en una muestra de 360 diadas madre-hijo. Se considero una tasa de no respuesta de 5% por lo que se incluyeron 378 diadas.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo estratificado por conglomerados, en donde las instituciones fueron el estrato y los grupos los conglomerados. Se seleccionaron aleatoriamente 23 grupos de las seis instituciones educativas (Apéndice B). Se invitó por medio de una reunión informativa a 378 madres

de hijos pertenecientes a los grupos seleccionados a participar en la investigación, de las cuales asistió el 69.50 % (n = 263), cuando la madre no acudió a la reunión informativa se programó visita domiciliaria (n = 84) para la recolección de los datos. Las madres que no fueron localizadas se descartaron de la investigación al considerar la tasa de no respuesta.

Criterios de inclusión

Mujeres que se identificaron como madre del menor.

Mediciones

Se realizaron mediciones de lápiz y papel a las madres, además de mediciones antropométricas a la diada madre-hijo.

De lápiz y papel.

Para la obtención de los datos se aplicó el Cuestionario Lista de Verificación de Conductas (LVC) de West y Sanders (2009) y una Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS). El cuestionario LVC se integra por dos escalas, la escala de Problemas Conductuales Relacionados al Peso y la escala de AM para manejar éstos problemas conductuales, cada escala consta de 25 reactivos.

La escala problemas tiene opciones de respuesta tipo Likert que van de 1) Nada, 2 y 3) Poco, 4) Algo, 5 y 6) Mucho y 7) Muchísimo. Ejemplos de reactivos son: “Exige porciones extra de comida”, “Ve demasiada televisión” y “Se queja porque no le queda la ropa” la suma del puntaje mínimo obtenido es de 25 y el máximo de 175. La escala de AM para manejar éstos problemas conductuales tiene opción de respuesta que va de 1 a 10, donde el puntaje obtenido oscila entre 25 y 250; en ambas escalas una puntuación mayor representa mayor problema o mayor autoeficacia para manejarlo.

El cuestionario LVC fue diseñado para aplicarse a padre/madre de niños con

edad entre 4 y 11 años, ha reportado una consistencia interna de .97 para la escala problemas y .92 para la escala AM. Para su aplicación en el presente estudio se solicitó el cuestionario al autor y su autorización para traducirlo al idioma español. Se realizaron tres traducciones del idioma inglés al español por traductores certificados, posteriormente se revisaron y se conjuntaron para formar un solo cuestionario (Apéndice C).

En la cédula de datos sociodemográficos se solicitó información como escolaridad, edad, estado civil materno e ingreso económico familiar mensual, así como edad y sexo del hijo (Apéndice E).

Mediciones antropométricas.

Se midió peso y talla a la diada madre-hijo de acuerdo a la técnica establecida. Para la medición del peso se utilizó una báscula marca Seca robusta modelo 813 con capacidad para 200 kilogramos, precisión de 0.1 gr. La talla se midió con un estadímetro marca Seca 214, posteriormente se calculó el IMC de la madre e hijo. El IMC del hijo se clasificó en percentiles de acuerdo a lo establecido por la OMS (2006) en: Desnutrición (< percentil 3), Bajo peso (>3 y <15), Peso normal (>15 y <85), SP (>85 pero < 97) y OB (>97). El IMC materno se clasificó de acuerdo a lo establecido por la OMS (2010). Las medidas se registraron en el formato de medidas antropométricas (Apéndice F).

Procedimiento de recolección de datos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), posteriormente se acudió a las instituciones educativas seleccionadas y se estableció contacto con el Director correspondiente a quien se le solicitó autorización, así como los listados por grupo de los alumnos inscritos en la institución educativa.

Posterior a la selección aleatoria de los grupos (conglomerados) se extendió una

invitación a las madres de los niños seleccionados ($n = 378$), para asistir a la reunión informativa, en la que acudió el 69.50% ($n = 263$) de las madres invitadas; En la reunión informativa se dieron a conocer los objetivos del estudio y la metodología a seguir, se conversó con las madres respecto a las dudas en cuanto al procedimiento y se solicitó su autorización para participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (Apéndice G). Al término de la reunión informativa se pidió a las madres que estuvieron de acuerdo en participar contestar la cédula de datos sociodemográficos y el cuestionario LVC, al finalizar el llenado se solicitó a la madre pasar a otro sitio donde se realizaron las mediciones de peso y talla.

A las madres que no aceptaron participar en el estudio se les agradeció su atención y se les indicó que esto no perjudicaría la situación de su hijo en la institución educativa ($n = 14$). Posteriormente se tomaron las mediciones de los hijos, procedimiento que se apegó al horario y área dispuesta por las autoridades del plantel educativo en la que únicamente se encontraba presente el equipo de investigación. Se explicó a los niños que bajo su asentimiento se realizarían las mediciones y en caso de que no deseen participar no provocaría ninguna represalia en su contra. Los niños fueron dispuestos por grado y sección escolar en grupos de 5, se tomó distancia entre el sitio de medición y el resto del grupo de niños. Al finalizar las mediciones se pidió a los niños pasar a su salón, acompañados de un miembro del equipo de investigación.

Se solicitó al director de la institución educativa el número telefónico y dirección de las madres que no acudieron a la reunión informativa para localizarlas mediante visitas domiciliarias (hasta dos visitas) acordando fecha y hora. Durante la visita se dieron a conocer a la madre los aspectos tratados en la reunión informativa y se solicitó su autorización para participar en la investigación ($n = 83$). En caso de aprobar su participación se le solicitó contestar la cédula de datos sociodemográficos y el cuestionario LVC, posteriormente se tomaron medidas de peso y talla en el mismo domicilio.

Al finalizar las mediciones se proporcionó a los directivos del plantel educativo un reporte general de la categoría de peso de los escolares y se entregó un reporte individual a los padres de familia con la categoría de peso de su hijo y se agradeció a los directivos del plantel educativo y madres de familia su participación en la investigación.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud (1987). De acuerdo a lo establecido en el Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I. Artículo 13, prevaleció el respeto a la dignidad de las madres e hijos, se protegieron sus derechos y bienestar; la participación fue de forma voluntaria y podrían retirarse en el momento si así lo decidían. La toma de mediciones fue en un espacio físico aislado y se evitó emitir juicios y expresiones que puedan perturbar el estado emocional de los participantes, por lo que los resultados de las mediciones de los hijos se dieron a conocer personalmente por escrito. El bienestar de los participantes permaneció al colocar tapetes antiderrapantes para evitar caídas.

Conforme al Artículo 14, Fracciones I, V, VI, VII Y VIII se contó con el consentimiento informado por escrito de las madres para participar, además se solicitó la firma de dos testigos que avalaron la participación voluntaria de la madre en el estudio. El desarrollo de la investigación fue realizado por personal profesional de la salud capacitado que garantizó el bienestar e integridad de las madres e hijos y se llevo a cabo posterior a la aprobación de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, así como de las autoridades de las instituciones educativas.

Acorde al Artículo 16 se protegió la privacidad de las madres e hijos. La información recabada fue resguardada en una oficina en la que solo el equipo de investigación cuenta con acceso. De acuerdo al Artículo 17, Fracción II, la investigación se consideró de riesgo mínimo puesto que se realizaron mediciones de peso y talla y

como medida de precaución se colocaron tapetes antiderrapantes para evitar caídas. De acuerdo al Artículo 18 se suspendió la investigación cuando la madre percibió algún daño a la salud de su hijo provocado por la investigación, asimismo fue suspendida de inmediato si la madre así lo refería.

Referente al Artículo 21, Fracciones I, II, VI, VII y VIII, se proporcionó a las madres una explicación precisa de los objetivos de la investigación, además se aclaró cualquier duda que existió durante la recolección de la información. Se garantizó la confidencialidad de la información y la libertad de retirarse de la investigación si lo decidía. Los resultados obtenidos de las mediciones realizadas a su hijo fueron informados por escrito al finalizar la recolección de la información. De acuerdo al artículo 22, Fracciones I, II, IV y V, el consentimiento informado se presentó ante las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL para su aprobación, posteriormente se dio a conocer por escrito a las madres e indicó la información mencionada en el artículo anterior, se solicitó la firma de dos testigos.

De acuerdo al Capítulo III, Artículo 36 referente a la investigación en menores de edad o incapaces, se obtuvo por escrito el consentimiento informado de la madre para la participación del menor en el estudio. Referente al Capítulo V, Artículo 58, Fracciones I y II sobre la investigación en grupos subordinados, el proceso de recolección de datos se apegó al tiempo y espacio dispuesto por las autoridades de la institución educativa con el fin de no afectar la situación académica de los estudiantes. Se garantizó a la madre retirar su consentimiento de participación en caso afectar la situación escolar del menor además de informarle que los resultados no serán utilizados en perjuicio de los escolares

Análisis de datos

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 17.0. Se determinó la confiabilidad del cuestionario LVC mediante el alpha de Cronbach. Se obtuvieron estadísticas

descriptivas para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Se calculó la distribución de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables y dado que los datos no presentaron distribución normal se aplicó estadística no paramétrica para verificar los objetivos de estudio.

Para el análisis de los datos y cumplimiento de los objetivos los reactivos de cada una de las escalas (escala Problemas y escala de Autoeficacia), se agruparon en tres subescalas: (a) alimentación, (b) actividad física y (c) peso.

De acuerdo al objetivo 1 identificar la asociación entre la AM y los problemas conductuales del hijo relacionados al peso se aplicó la prueba coeficiente de correlación de Spearman. Para verificar el objetivo 2, describir la AM para manejar los problemas conductuales del hijo relacionados al peso se obtuvieron estadísticas descriptivas para las puntuaciones de autoeficacia y posteriormente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar diferencias en los rangos promedios de la autoeficacia materna en las problemas conductuales de alimentación, actividad física y peso.

Para dar respuesta al objetivo 3, describir los problemas conductuales del hijo relacionados al peso se obtuvieron estadísticas descriptivas para las puntuaciones de los problemas conductuales y posteriormente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar diferencias en los rangos promedio problemas conductuales de alimentación, actividad física y peso.

Para verificar el objetivo 4, examinar si la AM para manejar los problemas conductuales del hijo relacionados al peso es diferente de acuerdo a la categoría de peso del hijo, se aplicó estadística descriptiva y se obtuvieron medias e IC por categoría de peso del hijo, posteriormente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar diferencias en los rangos promedio de la AM de acuerdo a la categoría de peso del hijo.

Respecto al objetivo 5 examinar si los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso son diferentes de acuerdo a la categoría de peso del hijo, se

obtuvieron medias e IC por categoría de peso del hijo y posteriormente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar diferencias en los rangos promedio de los problemas conductuales de alimentación, actividad física y peso de acuerdo a la categoría de peso del hijo.

De acuerdo al objetivo 6, identificar el problema conductual del hijo que representa la mayor dificultad para las madres, se obtuvieron medias e IC para cada una de los problemas conductuales por categoría de peso del hijo. Posteriormente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar los rangos medios de cada problema conductual de acuerdo a la categoría de peso del hijo.

Finalmente para verificar el objetivo 7, se obtuvieron medias e IC para la AM para manejar cada una de los problemas conductuales por categoría de peso del hijo. Posteriormente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar los rangos medios de la AM para cada problema conductual de acuerdo a la categoría de peso del hijo.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio, la consistencia interna del cuestionario LVC, estadística descriptiva y prueba de normalidad.

Posteriormente se muestra la estadística descriptiva de los datos socio-demográficos y de las variables de estudio y finalmente la estadística inferencial para verificar los objetivos de investigación.

Consistencia interna, estadística descriptiva y prueba de normalidad del cuestionario LVC

Se determinó la consistencia interna del cuestionario LVC por subescalas y para la escala total mediante el coeficiente alpha de Cronbach, mostrando ambas escalas una confiabilidad aceptable. Al determinar la confiabilidad por subescalas se observó que la subescala de alimentación en ambas escalas presentó el valor más alto .83 y .94, respectivamente.

Tabla 1

Consistencia interna de las subescalas y de la Escala LVC

Escala	Reactivos	alpha de Cronbach
Problema	1-25	.86
Alimentación	1-15	.83
Actividad física	16-19	.66
Peso	20-25	.77
Autoeficacia	1-25	.96
Alimentación	1-15	.94
Actividad física	16-19	.83

Continúa (Tabla 1)

Peso	20-25	.94
Escala Total	1-25	.85

Fuente: Escala LVC

n = 367

Estadística descriptiva de los datos sociodemográficos y antropométricos

Participaron 367 díadas (madre-hijo). La mayoría de las madres 76% (n = 279) estaban casadas y el 24 % (n = 88) refirió estar soltera, divorciada, separada, viuda o vivir en unión libre. El 56.4% (n = 207) señaló dedicarse al hogar y el 43.6% (n = 160) desarrollar labores fuera del hogar, de las cuales 31.19% (n = 50) se desempeñaban como obreras, empleadas domésticas, empleadas industriales y comerciantes, el 66.28% (n = 106) se desempeñaban como maestras, secretarias, empleadas administrativas y profesionistas y el 2.52% (n = 4) refirió ser estudiante.

El promedio de edad materno fue 34.75 años (DE = 7.43), escolaridad 11.68 años (DE = 3.4), peso 70.63 kg (DE = 16.27), talla 1.58 cm (DE = .06) e IMC 28.10 (DE = 5.84). Así mismo las madres reportaron un ingreso familiar mensual promedio de \$9801.83 (DE = 7600.16), los datos se muestran en la tabla 2.

Tabla 2

Estadística descriptiva de las características sociodemográficas y antropométricas maternas

Variable	\bar{X}	DE	Valor		K-S	p
			Mínimo	Máximo		
Edad (años)	34.75	7.43	19.00	65.00	1.26	.081
Escolaridad (años)	11.68	3.45	0.00	25.00	2.49	.001
Peso (Kg)	70.63	16.27	33.50	134.60	1.68	.008

Continúa (Tabla 2)

Talla (cm)	1.58	.06	1.34	1.78	.83	.487
IMC	28.10	5.84	16.65	56.02	1.84	.002
Ingreso económico mensual (pesos)	9801.83	7600.16	400.00	50000.00	3.75	.001

Fuente: CDS

n = 367

El IMC materno se clasificó de acuerdo a los parámetros establecidos por la OMS (2010). En la tabla 3 muestra que el 34.30% (n = 126) de las madres presentó pre-obesidad y el 31.18% (n = 117) presentó algún grado de OB.

Tabla 3

Estadística descriptiva de la categoría de peso materno

Categoría de peso materno	f	%
Bajo	1	.30
Normal	123	33.50
Pre-obesidad	126	34.30
Obesidad I	72	19.60
Obesidad II	32	8.70
Obesidad III	13	3.50

Fuente: FMA

n = 367

Respecto a los hijos, la edad promedio fue de 6.96 años (DE = 2.37). El 34.10% (n = 125) pertenecían a nivel preescolar y el 65% (n = 242) a nivel escolar. El 48% (n = 176) pertenecía al sexo masculino y el 52% (n = 191) al sexo femenino. La talla promedio fue de 123.27 cm (DE = 15.96) y peso de 28.25 kg (DE = 12.37). En relación

a la categoría de peso, se encontró que el 35.10% (n = 129) de los hijos presento SP-OB; la prevalencia de SP fue mayor en el sexo femenino con 17.30% (n = 33), mientras que la OB se presento con mayor prevalencia en el sexo masculino (24.4% [n = 43]), los datos se muestran en la tabla 4.

Tabla 4

Estadística descriptiva de la categoría de peso del hijo de acuerdo al sexo

Categoría de peso	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	f	%	f	%	f	%
Desnutrición	2	1.00	3	1.70	5	1.40
Bajo	23	12.00	9	5.10	32	8.70
Normal	107	56.00	94	53.40	201	54.80
SP	33	17.30	27	15.30	60	16.30
OB	26	13.60	43	24.40	69	18.80
Total	191	100.00	176	100.00	367	100.00

Fuente: FMA

n = 367

Procedimientos estadísticos para verificar los objetivos de estudio

Al aplicar la prueba de normalidad los datos no presentaron distribución normal por lo que para dar respuesta a los objetivos planteados se aplicó estadística no paramétrica. Respecto al objetivo 1 identificar la asociación entre la AM y los problemas conductuales del hijo relacionados al peso se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman y se encontró una asociación negativa y significativa entre la AM total y por subescalas para manejar los problemas conductuales y los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso total y por subescalas ($r_s = -.568$, $p = .001$) (Ver tabla 5).

Tabla 5

Correlación de Spearman entre la AM y los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso

Autoeficacia Materna	Problemas Conductuales							
	Alimentación		Actividad física		Peso		Total	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Alimentación	-.524	(.001)						
Actividad física			-.568	(.001)				
Peso					-.545	(0.001)		
Total							-.568	(.001)
Fuente: LVC								n = 367

En la tabla 6 se muestra la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso, se aplicó estadística descriptiva. La media más alta se encontró en la subescala de alimentación ($\bar{X} = 131.95$, $DE = 17.26$) lo que permite responder el objetivo 2. Por otra parte se encontró que las madres presentan mayor problema con las conductas de actividad física de su hijo ($\bar{X} = 90.50$, $DE = 3.98$) con lo que se responde el objetivo 3.

Tabla 6

Estadística descriptiva de las subescalas del cuestionario LVC y prueba de normalidad

Escala	\bar{X}	DE	Valor		K-S	p
			Mínimo	Máximo		
Autoeficacia	222.02	27.21	58.00	250.00	2.91	.001
Alimentación	131.95	17.26	35.00	150.00	2.83	.001
Actividad física	34.92	4.87	15.00	40.00	2.85	.001

Continúa (tabla 6)

Peso	55.14	7.20	6.00	60.00	4.79	.001
Problema	51.16	15.46	28.00	122.00	2.01	.001
Alimentación	32.01	10.46	16.00	76.00	2.06	.001
Actividad física	90.50	3.98	3.00	25.00	2.40	.001
Peso	9.65	4.49	7.00	32.00	5.13	.001

Fuente: LVC

n = 367

De acuerdo al objetivo 4 que señala examinar si la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso es diferente de acuerdo a la categoría de peso del hijo, se agrupó a los participantes en dos categorías: (a) sin OB, participantes con un percentil menor a 85 y (b) con OB, participantes con un percentil mayor o igual a 85, por tanto el grupo sin OB se integró por 238 hijos (64.9%) y el grupo con OB por 129 (35.1%). Se obtuvieron valores promedio e intervalos de confianza de acuerdo a la categoría de peso del hijo, éstos datos se pueden observar en el Apéndice H (tabla 12).

Posteriormente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los rangos promedios de la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso por categoría sin y con OB. En la tabla 7 se muestran diferencias significativas en las subescalas y en la escala total, donde se observa que las madres de hijos sin OB presentaron medias de autoeficacia mayores en comparación a las madres de hijos con OB.

Tabla 7

Prueba U de Mann-Whitney de AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionadas al peso de acuerdo a la presencia/ausencia de OB

Autoeficacia	Grupo	n	\bar{X}	Mdn	Rango promedio	Suma de rangos	U	p
Alimentación	Sin OB	238	134.19	137.00	197.25	46946.00	12197.00	.001
	Con OB	129	127.82	134.00	159.55	20582.00		
Actividad física	Sin OB	238	35.65	36.00	198.78	47309.50	11833.50	.001
	Con OB	129	33.58	35.00	156.73	20218.50		
Peso	Sin OB	238	56.44	59.00	202.63	48226.50	10916.50	.001
	Con OB	129	52.73	54.00	149.62	19301.50		
Total	Sin OB	238	226.29	230.50	199.44	47467.00	11676.00	.001
	Con OB	129	214.14	221.00	155.51	20061.00		

Fuente: LVE

n = 367

Para examinar si los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso son diferentes de acuerdo a la categoría de peso del hijo (objetivo 5), se obtuvieron valores promedio e intervalos de confianza de acuerdo a la categoría de peso del hijo, esta información se presenta en el Apéndice I (tabla 13). Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar los rangos promedio de los problemas conductuales por grupo con y sin OB, se encontró que las madres de niños con OB señalaron mayores problemas conductuales de sus hijos relacionados al peso en la escala total y por subescalas, los datos se señalan en la tabla 8.

Tabla 8

Prueba U de Mann-Whitney de los problemas conductuales de los hijos relacionadas al peso de acuerdo a la presencia/ausencia de OB

Problemas	Grupo	n	\bar{X}	Mdn	Rango promedio	Suma de rangos	U	p
Alimentación	Sin OB	238	30.82	29.00	173.08	41192.50	12751.50	.007
	Con OB	129	34.20	32.00	204.15	26335.50		
Actividad física	Sin OB	238	9.19	8.00	176.20	41935.00	13494.00	.055
	Con OB	129	10.08	9.00	198.40	25593.00		
Peso	Sin OB	238	8.86	7.00	170.16	40498.00	12057	.001
	Con OB	129	11.10	8.00	209.53	27030.00		
Total	Sin OB	238	48.87	46.00	170.17	40501.00	12060.00	.001
	Con OB	129	55.39	52.00	209.51	27027.00		

Fuente: LVC

n = 367

Para identificar la conducta del hijo que representa el mayor problema para su manejo y la puntuación menor de AM en el grupo de madres de hijos con OB (Objetivos 6 y 7) se obtuvieron estadísticas descriptivas e intervalos de confianza para cada uno de los reactivos, ver esta información en el Apéndice J (tabla 14).

Posteriormente al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar los rangos promedio de los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso de acuerdo al grupo sin y con OB, se encontró que la conducta que representa mayor problema para las madres del grupo de niños con OB es el que su hijo coma demasiado (reactivo 2). Los datos se muestran en la tabla 9. De igual manera al comparar los rangos promedio de la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso de acuerdo al grupo sin y con OB se encontró que las madres del grupo de niños con OB presentaron puntuación menor para manejar la conducta de su hijo cuando se

queja de tener SP. La diferencia entre ambos grupos fue significativa (tabla 10).

Se encontró que las madres del grupo de niños con OB tuvieron puntuaciones mayores en 20 de las 25 conductas enlistadas respecto a las madres de niños sin OB, ejemplos son: come muy rápido, come demasiado, exige porciones extra, pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora y se queja de tener SP. Respecto a la AM en el grupo de niños con obesidad, las madres mostraron menores puntuaciones en las 25 conductas.

Hallazgos adicionales

Dado que solo un estudio documentó los predictores de la AM se consideró de interés realizar análisis de regresión lineal para identificar los predictores en el grupo de madres de hijos con OB. La variable dependiente fue la AM para manejar los problemas conductuales del hijo relacionados al peso, como variables independientes se incluyeron: Maternas: (1) IMC, (2) Escolaridad en años, (3) Ingreso económico familiar mensual, (4) Ocupación, (5) Influencia del rol modelador en la conducta de alimentación, (6) Influencia del rol modelador en la conducta de actividad física, (7) Antecedente familiar de diabetes mellitus tipo 2, (8) Antecedente familiar de derrame cerebral, (9) Antecedente familiar de ataque al corazón, (10) Antecedente familiar de hipertensión arterial; Del hijo (11) IMC, (12) Edad y (13) Sexo.

Al aplicar el procedimiento de eliminación de variables hacia atrás, se encontró que las variables que contribuyeron al modelo fueron: (1) Influencia del rol modelador de los padres en la alimentación y (2) escolaridad materna con una varianza explicada del 8.4%. Los datos se muestran en la tabla 11.

Del mismo modo se realizó análisis de regresión lineal para el grupo de madres de niños sin OB y no se encontraron contribuciones significativas de las variables que se introdujeron al modelo.

Tabla 9

Diferencia de los problemas conductuales por grupo sin y con OB

Conducta	Grupo						U	p
	Sin obesidad			Con obesidad				
	n	Rango promedio	Suma de rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos		
1. Come muy rápido	238	165.09	39288.00	129	218.91	28240.00	10847.00	.000
2. Come demasiado	238	154.44	36756.50	129	238.54	30771.50	8315.50	.000
3. Come refrigerios no saludables	238	176.76	42069.50	129	197.35	25458.50	13628.50	.066
4. Se queja o lloriquea por la comida	238	187.02	44510.00	129	178.43	23018.00	14633.00	.427
5. Grita por la comida	238	185.83	44226.50	129	180.63	23301.50	14916.50	.567
6. Hace berrinches por la comida	238	189.37	45070.00	129	174.09	22458.00	14073.00	.134
7. Rechaza comer ciertos alimentos (es remilgoso con la comida)	238	189.22	45035.50	129	174.36	22492.50	14107.50	.190
8. Discute por la comida	238	162.77	38739.50	129	223.17	28788.50	10298.50	.000
9. Exige porciones extras de comida	238	170.86	40663.50	129	208.25	26864.50	12222.50	.001

Conducta	Grupo							
	Sin OB			Con OB			U	p
	n	Rango promedio	Suma de rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos		
10. Continuamente pide algo de comer entre comidas	238	181.15	43114.50	129	189.25	24413.50	14673.50	.472
11. Exige alimento cuando van de compras o de paseo	238	187.49	44621.50	129	177.57	22906.50	14521.50	.380
12. Come a escondidas	238	176.57	42023.50	129	197.71	25504.50	13582.50	.006
13. Esconde los alimentos	238	180.50	42959.50	129	190.45	24568.50	14518.50	.045
14. Les quita los alimentos a otros niños	238	183.40	43650.00	129	185.10	23878.00	15209.00	.635
15. Come para consolarse cuando se siente triste o deprimido	238	177.19	42171.50	129	196.56	25356.50	13730.50	.001
16. Ve mucho la televisión	238	181.22	43131.00	129	189.12	24397.00	14690.00	.482
17. Pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora	222	163.36	36265.00	124	191.66	23766.00	11512.00	.009
18. Se queja sobre hacer actividad física	238	179.39	42695.50	129	192.50	24832.50	14254.50	.189

Conducta	Grupo						U	p
	Sin OB			Con OB				
	n	Rango promedio	Suma de rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos		
19. No quiere hacer actividad física	238	181.71	43247.50	129	188.22	24280.50	14806.50	.470
20. Se queja de no estar bien o sentirse bajo de energía	238	177.95	42353.00	129	195.16	25175.00	13912.00	.043
21. Se queja de tener sobrepeso	238	162.82	38750.00	129	223.09	28778.00	10309.00	.000
22. Se queja de que se burlan de él o ella	238	170.58	40597.50	129	208.76	26930.50	12156.50	.000
23. Se queja de no tener suficientes amigos	238	181.56	43212.00	129	188.50	24316.00	14771.00	.391
24. Se queja de no ser atractivo	238	177.74	42302.00	129	195.55	25226.00	13861.00	.002
25. Se queja porque no le queda la ropa	238	171.50	40816.00	129	207.07	26712.00	12375.00	.000

Fuente: LVC

n = 367

Tabla 10

Diferencia de la autoeficacia materna por grupo sin y con OB

Conducta	Grupo						U	p
	Sin obesidad			Con obesidad				
	n	Rango promedio	Suma de rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos		
1. Come muy rápido	238	193.47	46046.50	129	166.52	21481.50	13096.50	.016
2. Come demasiado	238	195.90	46624.00	129	162.05	20904.00	12519.00	.003
3. Come refrigerios no saludables	238	198.30	47194.50	129	157.62	20333.50	11948.50	.000
4. Se queja o lloriquea por la comida	238	190.57	45354.50	129	171.89	22173.50	13788.50	.092
5. Grita por la comida	238	190.90	45435.00	129	171.26	22093.00	13708.00	.070
6. Hace berrinches por la comida	238	191.86	45663.50	129	169.49	21864.00	13479.50	.042
7. Rechaza comer ciertos alimentos	238	187.66	44664.00	129	177.24	22854.00	14479.00	.355
8. Discute por la comida	238	198.87	47330.50	129	156.57	20197.50	11812.50	.000
9. Exige porciones extras de comida	238	200.24	47656.00	129	154.05	19872.00	11487.00	.000
10. Continuamente pide algo de comer entre comidas	238	191.57	45593.50	129	170.03	21934.50	13549.50	.055
11. Exige alimento cuando van de compras o de paseo	238	195.77	46593.50	129	162.28	20934.50	12549.50	.003

Conducta	Grupo						U	p
	Sin OB			Con OB				
	n	Rango promedio	Suma de rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos		
12. Come a escondidas a pesar de que sabe que no debería hacerlo	238	196.41	46774.50	129	161.11	20783.50	12398.50	.001
13. Esconde los alimentos	238	196.94	46871.50	129	160.13	20656.50	12271.50	.000
14. Les quita los alimentos a otros niños	238	194.89	46383.50	129	163.91	21144.50	12759.50	.001
15. Come para consolarse cuando se siente triste o deprimido	238	199.38	47451.50	129	155.63	20076.50	11691.50	.000
16. Ve mucho la televisión	238	197.41	46983.50	129	159.26	20544.50	12159.50	.001
17. Pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora	222	196.48	46762.00	124	160.98	20766.00	12381.00	.001
18. Se queja sobre hacer actividad física	238	196.63	46797.50	129	160.70	20730.50	12345.50	.001
19. No quiere hacer actividad física	238	192.64	45847.50	129	168.07	21680.50	13295.50	.022
20. Se queja de no estar bien o sentirse bajo de energía	238	195.21	46460.00	129	163.22	21068.00	12683.00	.003
21. Se queja de tener sobrepeso	238	204.55	48682.00	129	146.09	18846.00	10461.00	.000

Conducta	Grupo						U	p
	Sin OB			Con OB				
	n	Rango promedio	Suma de rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos		
22. Se queja de que se burlan de él o ella	238	202.87	48282.00	129	149.19	19245.50	10860.50	.000
23. Se queja de no tener suficientes amigos	238	200.28	47667.50	129	153.96	19860.50	11475.50	.000
24. Se queja de no ser atractivo	238	200.79	47787.00	129	153.03	19741.00	11356.00	.000
25. Se queja porque no le queda la ropa	238	202.59	48216.50	129	149.70	19311.50	10926.50	.000

Fuente: LVC

n = 367

Tabla 11

Regresión lineal múltiple de la AM para el manejar los problemas conductuales del hijo relacionados al peso en madres de hijos con OB

Fuente de variación	SC	g.l	CM	F	p
Modelo corregido	15064.04	5	3012.80	3.33	.007
Intersección	496393.52	1	495393.52	548.07	.000
Modelado de los padres en la alimentación	11718.58	4	2929.64	3.24	.014
Escolaridad materna	5586.35	1	5586.35	6.18	.014
Total corregida	126242.20	128			
Fuente: LVC			$R^2 = 8.4\%$		n = 129

Capítulo IV

Discusión

Describir las conductas del hijo relacionadas al peso y la autoeficacia percibida por las madres para su manejo es de interés para ayudarles mediante consejería e intervenciones. A este respecto es posible señalar que para identificar los problemas conductuales relacionados al peso del hijo que las madres enfrentan se han utilizado inventarios genéricos de conductas como la Lista de Verificación de Conductas Infantiles o el Cuestionario para Identificar Desordenes de Alimentación. Otros estudios han diseñado sus propios instrumentos o han evaluado la autoeficacia mediante cuestionamientos tales como ¿Qué tan confiando (a) se siente para decir no cuando su hijo pide dulces, comida chatarra o nieve?.

West y Sanders (2009) desarrollaron un cuestionario para evaluar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso y la AM para manejarlos, el cual fue desarrollado en idioma inglés y solo ha sido aplicado a padres y madres residentes en Australia, este cuestionario se denomina Lista de Verificación de Conductas (LVC), mismo que fue proporcionado por sus autores en idioma inglés y traducido al español para ser aplicado por primera vez a madres residentes en el Noreste de México, al calcular su confiabilidad mediante el coeficiente alpha de Cronbach, se encontró aceptable y mostró valores semejantes a lo reportado por sus autores originales.

El hecho de que solo un estudio haya aplicado el Cuestionario LVC limita la comparación y discusión de los hallazgos encontrados en el presente estudio, sin embargo se realizará la discusión con la información disponible. En primer lugar es posible señalar que se encontró asociación negativa y significativa entre la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso y éstos problemas. Campbell et al. (2010) también documentaron asociación entre la autoeficacia materna para la alimentación saludable con el consumo de pasteles y una relación positiva con el consumo de frutas y agua en los niños a los 5 años de edad.

Al describir la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso, se encontró que las madres perciben tener mayor autoeficacia para manejar las conductas de alimentación de los hijos. Hasta el momento de la revisión de la literatura solo se localizaron tres estudios que han evaluado la AM para manejar las conductas de alimentación y actividad física, sin embargo no se establece una comparación, solamente es posible hacer referencia a los hallazgos del estudio de Campbell et al. (2010) quienes estudiaron la AM en madres con hijos de 1 y 5 años de edad y documentan diferencias en la AM para manejar las conductas de alimentación en los hijos de 1 año y 5 años de edad, sugiriendo que la AM puede disminuir con la edad del hijo, sin embargo encontraron que la AE para limitar el tiempo que el hijo ve televisión presentó asociación inversa y significativa en las madres de ambos grupos.

Por otra parte se encontró que los problemas conductuales relacionados con la actividad física representan para las madres el mayor problema para su manejo. A este respecto se ha documentado que la cantidad de tiempo que se ve televisión es un predictor de la OB infantil, lo que además puede incrementar la ingesta y correlacionarse positivamente con los requerimientos del hijo respecto a ciertos alimentos influenciados por la misma televisión, adicionalmente el tiempo que se dedica a ver televisión reduce la oportunidad de que el hijo realice actividades al aire libre (Kristiansen et al., 2012).

De acuerdo a los objetivos de identificar si la AM y los problemas del hijo relacionados al peso son diferentes de acuerdo a la categoría de peso del hijo, así como identificar la conducta del hijo que representa el mayor problema para su manejo en las madres de hijos con OB, los hallazgos se discutirán en base al estudio de West & Sanders (2009) dado que es el único estudio disponible que ha trabajado con madres de hijos con y sin OB. A este respecto es posible señalar que los resultados coinciden con lo reportado por los autores que señalan que las madres de hijos con OB tienen menor AE y enfrentan mayores problemas conductuales de los hijos relacionados al peso.

Respecto a la conducta que representa el mayor problema para su manejo en

madres de hijos con OB se identificó el hecho de que el hijo come demasiado, lo que mostró coincidencia con West & Sanders (2009). Por otra parte el que el hijo se queje de tener SP fue la conducta para la cual las madres refirieron tener menor autoeficacia lo cual fue diferente a lo reportado por éstos autores.

Al respecto la OMS (2012) señala que el SP-OB infantiles resultan del desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico, que puede ser atribuible 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 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 una atención especial en la lucha contra la epidemia de OB.

Respecto al hecho de que el hijo se queja de tener SP como el problema para el cual las madres tienen menor autoeficacia, se considera que este aspecto contribuye a que la madre perciba de forma adecuada el peso de su hijo y una vez que reconoce de forma adecuada esta situación es probable que a su vez reconozca que no tiene las habilidades para manejar esta situación, lo cual se constituye como un área de oportunidad para los trabajadores de salud.

Finalmente se identificó que el rol modelador materno y la escolaridad materna son predictores de la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso en las madres de hijos con OB, lo que coincide con lo reportado por Nsiah et al. (2009) quienes reportaron que si las madres se perciben como modeladoras de conductas de los hijos es más probable que participen en éstas, además se ha señalado que la escolaridad materna es un predictor positivo en la formación de conductas saludables de los hijos, a este respecto se ha reportado que las madres con escolaridad mayor a 12 años perciben los riesgos asociados al SP-OB en los hijos, poseen mayor

control en la elección y distribución de los alimentos y consecuentemente los hijos presentan menor riesgo de desarrollar problemas de SP-OB (Adnan & Muniandi, 2012; Moreira et al., 2010).

Los hallazgos del presente estudio permiten concluir que a medida que se incrementan los problemas del hijo relacionados al peso la AM para manejarlos disminuye, que los problemas son mayores y la AM menor en el grupo de madres de hijos con OB. Que para las madres de hijos con OB el hecho de que el hijo coma demasiado es el principal problema y que el rol modelador de alimentación de los padres y la escolaridad materna predicen la AM.

Recomendaciones

- Continuar realizando investigaciones centradas en los diferentes factores psicosociales que influyen en el desarrollo del SP-OB infantil.
- Emplear el cuestionario LVC en futuras investigaciones dado que muestra ser una herramienta útil para evaluar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso y la AM.
- En un futuro diseñar programas para fortalecer la autoeficacia de madres de niños con SP-OB para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso.
- Diseño de estrategias enfocadas a la actividad física de los hijos y reducción del tiempo frente al televisor, considerando los diversos factores o barreras que impiden que su desarrollo.

Referencias

- Adnan, N. & Muniandy, N. D. (2012) the relationship between mother's educational level and feeding practices among children in selected kindergartens in Selangor Malaysia: A cross-sectional study. *Asian Journal of Clinical Nutrition*, 4(2), 39-52. <http://dx.doi.10.3923/ajcn.2012.39.52>
- Azcona, S., Romero, A., Bastero, P., & Santamaría, E. (2005). *Obesidad infantil*. *Revista Española de Obesidad*, 3 (1), 26-39.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. [http://dx.doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122](http://dx.doi:10.1037/0003-066X.37.2.122)
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. *En Self-Efficacy in changing societies*. New York. Cambridge University Press.
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 28(7), 858-869. <http://dx.doi:doi:10.1038/sj.ijo.0802532>
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48 (4):893-907. [http://dx.doi:10.1016/S0031-3955\(05\)70347-3](http://dx.doi:10.1016/S0031-3955(05)70347-3)
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(5), 1054-1061.
- Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modeling and control theories of parental influence. *Health Education Research*, 19 (3): 261–271. [http://dx.doi: 10.1093/her/cyg040](http://dx.doi:10.1093/her/cyg040)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (6a. Ed.) Missouri. Elsevier.

- Campbell, K., Hesketh, K., Silverii, A., & Abbott, G. (2010). Maternal self-efficacy regarding children's eating and sedentary behaviours in the early years: Associations with children's food intake and sedentary behaviours. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(6), 501-508. <http://dx.doi:10.3109/17477161003777425>.
- Carrasco, M. A., & Del Barrio, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 323-332.
- Cauwenberghe, E. V., Jones, R. A., Hinkley, T., Crawford, D., & D Okely, A. (2012). Patterns of physical activity and sedentary behavior in preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9:138
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddler's behavior and developmental status. *Infant Mental Health*, 24, 126-148. <http://dx.doi: 10.1002/imhj.10048>
- Dennison, B. A., Erb, T. A., & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*, 109(6), 1028-1035. <http://dx.doi: 10.1542/peds.109.6.1028>
- Domínguez-Vásquez, P., & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.
- Elgar, F. J., Roberts, C., Moore, L., & Tudor-Smith, C. (2005). Sedentary behaviour, physical activity and weight problems in adolescents in Wales. *Public Health*, 119(6), 518-524. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2004.10.011>
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004) Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research*, 12(11), 1711-1722. <http://dx.doi: 10.1038/oby.2004.212>
- Fernández, S. (2005). Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. *Revista Foro Pediátrico*, 2(1), 61-69.

- Francis, L. A., Hofer, S. M., & Birch, L. L. (2001). Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite*, 37(3), 231-243.
<http://dx.doi:10.1006/appe.2001.0427>.
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents are key players in a prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Grand Rounds*, 62 (1):39-50. <http://dx.doi:10.1111/j.1753-4887.2004.tb00005.x>
- Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M: (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: A prospective analysis. *International Journal of Physical Activity*. 7:55–65.
- Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M: (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: A prospective analysis. *International Journal of Physical Activity*. 7:55–65.
- Horodynski, M. A., Stommel, M., Brophy-Herb, H., Xie, Y., & Weatherspoon, L. (2010). Low-income African American and non-hispanic with mothers' self-efficacy, "picky eater" perception, and toddler fruit and vegetable consumption. *Public health nursing*, 27(5), 408-417. <http://dx.doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00873.x>
<http://dx.doi:10.1186/1479-5868-9-138>.
- Jansen, P. W., Roza, S. J., Jaddoe, v. W., Mackenbach, J. D., Raat, H., Hofman, A., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: Results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9:138 <http://dx.doi:10.1186/1479-5868-9-130>
- Joyce, J. L., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009). Parent feeding restriction and child weight. The mediating role of child disinhibited eating and the moderating role of the parenting context. *Appetite*, 52(3):726-34.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2009.03.015>

- Kolopaking, R., Bardosono, S., & Fahmida, U. (2011). 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. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(3), 180-188.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2009.10.010>
- Kral, T., & Faith, M. (2007). Child eating patterns and weight regulation: A developmental behaviour genetics framework. *Acta Paediatrica*; 96(454): 29-34.
[http://dx.doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00167.x](http://dx.doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00167.x)
- Kristiansen, H., Júlíusson, P. B., Eide, G. E., Roelants, M., & Bjerknes, R. (2012). TV viewing and obesity among Norwegian children: the importance of parental education. *Acta paediatrica*. Publicación anticipada en línea. [http://dx.doi: 10.1111/apa.12066](http://dx.doi:10.1111/apa.12066).
- Moreira, P., Santos, S., Padrao, P., Cordeiro, T., Bessa, M., Valente, H..., & Moreira, A. (2010). Food patterns according to sociodemographics, physical activity, sleeping and Obesity in Portuguese children. *International journal of environmental research and public health*, 7, 1121-1138.
<http://dx.doi:10.3390/ijerph7031121>
- Nsiah, K. P., Ariza, A. J., Mikhail, L. M., Feinglass, J., & Binns, H. J. (2009). Family history and parents' beliefs about consequences of childhood overweight and their influence on children's health behaviors. *Academic Pediatrics*, 9(1), 53-59.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.001>,
- Ogden, J., Reynolds, R., & Smith, A. (2006). Expanding the concept of parental control: A role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite*, 47(1), 100-106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2006.03.330>
- Organización Mundial de la Salud (2010). Recuperado 10 de Febrero de 2011, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.
- Orrell-Valente, J. K., Hill, L. G., Brechwald, W. A., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates,

- J. E. (2007). "Just three more bites": An observational analysis of parents socialization of children's eating and mealtime. *Appetite*, 48(1), 37-45.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2006.06.006>
- Pearson, N., Salmon, J., Crawford, D., Campbell, K., & Timperio, A. (2011). Are parental concerns for child tv viewing associated with child tv viewing and the home sedentary environment? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 102-109. <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-8-102>
- Reynolds, K. D., Killen, J. D., Bryson, S. W., Maron, D. J, Taylor, C. B., Maccoby, N., & Farquhar, J. W. (1990). Psychosocial predictors of physical activity in adolescents. *Preventive Medicine*, 19(5), 541-551.
[http://dx.doi.org/10.1016/0091-7435\(90\)90052-L](http://dx.doi.org/10.1016/0091-7435(90)90052-L)
- Robinson, S., Yardy, K., & Carter, V. (2012). A narrative literature review of the development of obesity in infancy and childhood. *Journal of Child Health Care*.
Publicación anticipada en línea. <http://dx.doi.org/10.1177/1367493512443908>
- Sanders, M. R. & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health & Development*, 31(1):65-73. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x>
- Secretaría de Salud & Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición. Recuperado de <http://www.insp.mx/ensanut/>.
- Secretaría de Salud (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado de <http://portal.salud.gob.mx/>
- Smith, B. J., Grunseit, A., Hardy, L. L., King, L., Wolfenden, L., & Milat, A. (2010). Parental influences on child physical activity and screen viewing time: a population based study. *Public Health*, 10, 593-602. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-593>
- Spruijt-Metz, D., Lindquist, C. H., Birch, L.L., Fisher, J. O. & Goran, M. I. (2002).

Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity.
American Journal of Clinical Nutrition, 75(3):581-586.

West, F. & Sanders, M. (2009). The lifestyle behaviour checklist: a measure of weight-related problem behaviour in obese children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 36(4),266-273. <http://dx.doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01074.x>

West, F., Morawska, A., & Joughin, K. (2010). The lifestyle behaviour checklist: evaluation of the factor structure. *Child: care, health and development*, 36(4), 508-515. . <http://dx.doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01074.x>

Zecevic, C. A., Tremblay, L., Lovsin, T., & Michel, L. (2010). Parental influence on young children's physical activity. *International Journal of Pediatrics*.
Publicación anticipada en línea. <http://dx.doi.10.1155/2010/468526>.

Apéndices

Apéndice A
Población de estudio

Institución	Masculino	Femenino	Total
JN Sebastián Lerdo de Tejada	46	39	85
JN Isaac Garza	43	53	96
JN Xóchitl Palomino Contreras	92	78	170
Esc. Primaria 13 de Septiembre	51	48	99
Esc. Primaria Abraham Lincoln Turno Vespertino	48	33	81
Esc. Primaria Abraham Lincoln Turno Matutino	207	178	385
Total	487	429	916

Nivel pre-escolar

Jardín de niños Sebastián Lerdo de Tejada

Grupo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
1°	8	11	19
2°	11	20	31
3°	20	15	35
Total	39	46	85

Jardín de niños Isaac Garza

Grupo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
2 A	12	11	22
2 B	15	7	24
3 A	13	13	26
3 B	13	12	25
Total	53	43	96

Jardín de niños Xóchitl Palomino Contreras

Grupo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
2° A	10	15	25
2° B	14	9	23
2° C	18	10	28
3° A	9	15	24
3° B	14	8	22
3° C	12	12	24
3° D	15	9	24
Total	92	78	170

Nivel primaria

Escuela primaria 13 de Septiembre

Grupo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
1°	4	10	14
2°	4	6	10
3°	5	9	14
4°	11	6	17
5°	17	8	25
6°	10	9	19
Total	51	48	99

Escuela primaria Abraham Lincoln turno vespertino

Grupo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
1°	2	6	8
2°	5	4	9
3°	6	5	11
4°	9	4	13
5°	8	11	19
6°	18	3	21
Total	48	33	81

Escuela primaria Abraham Lincoln turno matutino

Grupo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
1° A	14	12	26
1° B	13	12	25
2° A	19	14	33
2° B	19	11	30
3° A	19	12	31
3° B	17	17	34
4° A	10	18	28
4° B	12	18	30
5° A	16	12	28
5° B	16	13	29
5° C	15	13	28
6° A	18	14	32
6° B	19	12	31
Total	207	178	385

Apéndice B

Selección de la muestra por estratos y sujetos participantes

Estrato	Escuela	Alumnos	Grupos	Grupos seleccionados	Participantes	
					M	F
1. Jardín de Niños Sebastián Lerdo de Tejada		85	3	2	31	35
2. Jardín de Niños Isaac Garza		96	4	2	26	25
3. Jardín de Niños Xóchitl Palomino Contreras		170	7	4	48	48
4. Escuela Primaria 13 de Septiembre		99	6	3	13	25
5. Escuela Primaria Abraham Lincoln Turno Vespertino		81	6	3	25	13
6. Escuela Primaria Abraham Lincoln Turno Matutino		385	14	9	145	130
Total		916	40	23	288	276

Apéndice C

Lista de Evaluación de Conductas

Instrucciones: Lea cuidadosamente la siguiente lista y marque el número que representa que tanto esta conducta de su hijo es para usted un problema. Posteriormente señale del 1 al 10 cuanta confianza percibe tener usted para manejar cada una de las conductas, donde 1 representa no tener confianza en manejarla y 10 sentirse totalmente confiada.

En caso de que esta conducta no ocurriera en su hijo señale que tan confiada se siente para poder manejarlo con éxito si llegará a suceder.

	Conducta	Nada	Poco		Algo	Mucho	Muchísimo		Cuanta confianza del 1 al 10 siente tener para manejarlo
1.	Come muy rápido	1	2	3	4	5	6	7	
2.	Come demasiado	1	2	3	4	5	6	7	
3.	Come snack o botanas no saludables	1	2	3	4	5	6	7	
4.	Se queja o lloriquea por la comida	1	2	3	4	5	6	7	
5.	Grita por la comida	1	2	3	4	5	6	7	
6.	Hace berrinches por la comida	1	2	3	4	5	6	7	
7.	Rechaza comer ciertos alimentos (es remilgoso)	1	2	3	4	5	6	7	
8.	Discute por la comida (por ejemplo, cuando usted le dice que ya no coma más)	1	2	3	4	5	6	7	
9.	Exige porciones extras de comida	1	2	3	4	5	6	7	

10.	Continuamente pide algo de comer entre comidas	1	2	3	4	5	6	7	
11.	Exige alimento cuando van de compras o de paseo	1	2	3	4	5	6	7	
12.	Come a escondidas a pesar de que sabe que no debería hacerlo	1	2	3	4	5	6	7	
13.	Esconde los alimentos	1	2	3	4	5	6	7	
14.	Les quita los alimentos a otros niños (por ejemplo toma alimentos de las mochilas de otros niños)	1	2	3	4	5	6	7	
15.	Come para consolarse cuando se siente triste o deprimido	1	2	3	4	5	6	7	
16.	Ve demasiada televisión	1	2	3	4	5	6	7	
17.	Pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora () No cuento con videojuegos/comp utadora	1	2	3	4	5	6	7	
18.	Se queja acerca de hacer actividad física (por ejemplo, es aburrido, estoy muy cansado, me duele la pierna)	1	2	3	4	5	6	7	
19.	Se niega a hacer actividad física	1	2	3	4	5	6	7	
20.	Se queja de no tener buena condición física	1	2	3	4	5	6	7	

21.	Se queja acerca de tener sobrepeso	1	2	3	4	5	6	7	
22.	Se queja de que le hacen burla	1	2	3	4	5	6	7	
23.	Se queja de no tener suficientes amigos	1	2	3	4	5	6	7	
24.	Se queja de no ser atractivo	1	2	3	4	5	6	7	
25.	Se queja de que su ropa no le queda	1	2	3	4	5	6	7	

Apéndice E

Formato de Registro de Medidas Antropométricas

No. de Cuestionario _____

De la madre

Peso (kg) _____

Talla (m) _____

IMC _____

Del hijo

Peso (kg) _____

Talla (cm) _____

IMC _____

Categoría de peso (OMS) _____

Apéndice F

Consentimiento Informado

Título del estudio

Autoeficacia materna y problemas conductuales de los hijos relacionados al peso

Introducción y propósito

La Lic. Lourdes Lizbeth Rocha Aguirre, estudiante de Maestría en Ciencias de Enfermería me ha invitado a participar junto con mi hijo en un estudio de investigación, con el propósito de conocer la relación que existe entre la autoeficacia materna y los problemas conductuales relacionados de los hijos relacionados al peso.

Procedimiento

Si usted acepta participar, se le solicitará su colaboración para contestar una cédula de datos personales y un cuestionario sobre los problemas a los que usted se enfrenta respecto a la alimentación y actividad física de su hijo, y la confianza que usted percibe tener para manejarlos. Esto le tomará 20 minutos aproximadamente. Así mismo se solicitará su autorización para tomar sus medidas de peso y estatura y las de su hijo(a).

Riesgos

No existen daños o riesgos para la salud de usted o la de su hijo, sin embargo pudiera presentarse que su hijo resbalara al momento de subir a la báscula, por lo cual se utilizará un tapete antiderrapante para disminuir el riesgo de caer, así mismo personal del equipo de investigación permanecerá a su lado y al de su hijo para mayor seguridad.

Beneficios

Usted podrá beneficiarse con su participación al conocer el estado nutricional de su hijo(a).

Participación Voluntaria/Abandono

Su participación y la de su hijo (a) es voluntaria. Se respetara su decisión de no participar o retirarse en cualquier momento si usted así los decide.

Preguntas

Si usted tiene alguna pregunta sobre su participación en la investigación, puede comunicarse al teléfono 83 48 18 47 extensión 112, con Raquel Benavides Torres PhD, presidenta de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL, Subdirección de Posgrado e Investigación, en horario de 9:00 a 17:00 horas.

Confidencialidad

Comprendo que la información que les proporcionaré quedará guardada en privado, a la que únicamente el equipo de investigación tiene acceso. Las mediciones de peso y estatura míos y de mi hijo no serán informadas a personas ajenas al proyecto de investigación. Se respetará el anonimato de mi información en el momento de dar a conocer los resultados finales de la investigación. Una vez concluido el estudio los cuestionarios serán guardados por un tiempo para posteriormente ser destruidos.

Consentimiento

La Lic. Lourdes Lizbeth Rocha Aguirre me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma primer testigo

Fecha

Firma segundo testigo

Fecha

Firma, nombre y datos del autor del estudio

Fecha

Apéndice G

Procedimiento de mediciones

Talla

Se instalará el estadímetro en una superficie plana y segura para el participante. Se colocará un tapete antiderrapante a un costado del estadímetro para evitar cualquier situación de riesgo para el participante. Se explicará al participante el procedimiento a realizar y se le solicitará retirar calcetines y zapatos de ambos pies, además de despojar la cabeza de cualquier accesorio que interfiera con la medición (gorras, diademas, broches, lentes).

Solicitar al participante colocarse sobre la base del estadímetro con los talones juntos y las puntas de los pies separados formando un ángulo de 90 grados. La espalda y glúteos del participante deben permanecer pegados sobre la regla del estadímetro, los brazos deben estar junto a los costados y la cabeza en posición recta con la mandíbula hiperextendida. Una vez que el participante está en la posición correcta se procede a bajar la aguja del estadímetro hasta que toque la cabeza, se toma la lectura de la talla en centímetros y se registra en el formato apropiado.

Peso

Se instalará la báscula en una superficie plana y en contacto directo con el piso, se colocará un tapete antiderrapante a un costado de la báscula para evitar cualquier situación de riesgo para el participante. Deberá asegurarse que la báscula se encuentre calibrada y el registro marque cero. Se explicará al participante el procedimiento a realizar y se le solicitará retirar calcetines y zapatos de ambos pies. Posteriormente se le pedirá subir a la plataforma de la báscula y mantener posición recta con los pies en el centro y el peso distribuido en ambos pies, la cabeza deberá permanecer elevada y con la vista hacia el frente. El investigador realizará la lectura del peso cuando los dígitos de la pantalla dejen de reportar cambios y será registrada en kilogramos.

Apéndice H

Tabla 12

Estadística descriptiva de la AM para manejar los problemas conductuales de los hijos relacionados el peso de acuerdo a la presencia/ausencia de OB

Autoeficacia	Grupo							
	Sin obesidad				Con obesidad			
	\bar{X}	DE	95% IC		\bar{X}	DE	95% IC	
LI			LS	LI			LS	
Alimentación	134.19	15.56	132.20	136.18	127.82	19.41	124.43	131.20
Actividad física	35.65	4.35	35.09	36.20	33.58	5.46	32.63	34.54
Peso	56.44	5.91	55.69	57.20	52.73	8.63	51.23	54.24
Total	226.29	23.64	223.27	229.31	214.14	31.40	208.67	219.61

Fuente: LVE

n = 367

Apéndice I

Tabla 13

Estadística descriptiva de los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso de acuerdo a la presencia/ausencia de OB

Problemas	Grupo							
	Sin obesidad				Con obesidad			
	\bar{X}	DE	95% IC		\bar{X}	DE	95% IC	
		LI	LS			LI	LS	
Alimentación	30.82	9.75	29.57	32.06	34.20	11.39	32.21	36.18
Actividad física	9.19	3.82	8.70	9.68	10.08	4.22	9.34	10.82
Peso	8.86	3.43	8.42	9.29	11.10	5.70	10.11	12.10
Total	48.87	13.58	47.14	50.61	55.39	17.72	52.30	58.48

Fuente: LVE

n = 367

Apéndice J

Tabla 14

Estadística descriptiva e intervalos de confianza de las escalas del cuestionario LVC por grupo Sin/Con OB

	Escala problema								Escala AE							
	Sin obesidad				Con obesidad				Sin obesidad				Con obesidad			
			95% IC				95 % IC				95 % IC				95 % IC	
	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS
1. Come muy rápido	2.43	1.40	2.24	2.61	3.21	1.48	2.95	3.47	8.61	1.58	8.40	8.81	8.26	1.56	7.99	8.54
2. Come demasiado	2.60	1.31	2.43	2.78	3.71	1.48	3.51	3.91	8.58	1.66	8.37	8.79	8.06	1.80	7.75	8.38
3. Come refrigerios no saludables	3.10	1.25	2.43	2.78	3.33	1.24	3.11	3.55	8.60	1.43	8.42	8.78	7.90	1.82	7.58	8.22
4. Se queja o lloriquea por la comida	2.27	1.54	2.07	2.47	2.15	1.48	1.88	2.41	8.84	1.35	8.67	9.01	8.44	1.86	8.12	8.77
5. Grita por la comida	1.66	1.33	1.48	1.83	1.55	1.10	1.35	1.75	9.07	1.30	8.90	9.24	8.72	1.74	8.42	9.02
6. Hace berrinches por la comida	1.93	1.40	1.75	2.12	1.69	1.13	1.49	1.90	8.92	1.43	8.74	9.11	8.62	1.67	8.33	8.91
7. Rechaza comer ciertos alimentos	3.09	1.66	2.86	3.31	2.81	1.65	2.52	3.11	8.32	1.78	8.10	8.55	8.24	1.62	7.96	8.52

Continúa (tabla 14)

	Escala problema								Escala AE							
	Sin obesidad				Con obesidad				Sin obesidad				Con obesidad			
			95% IC				95 % IC				95 % IC				95 % IC	
	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS
8. Discute por la comida	1.59	1.08	1.45	1.74	2.45	1.53	2.18	2.72	9.07	1.34	8.90	9.24	8.50	1.70	8.20	8.79
9. Exige porciones extras de comida	2.01	1.21	1.85	2.17	2.55	1.48	2.28	2.81	9.00	1.40	8.82	9.18	8.37	1.76	8.06	8.68
10. Continuamente pide algo de comer entre comidas	2.92	1.34	2.74	3.10	3.07	1.47	2.81	3.34	8.62	1.54	8.42	8.81	8.32	1.66	8.03	8.61
11. Exige alimento cuando van de compras o de paseo	2.79	1.52	2.59	2.99	2.70	1.54	2.43	2.98	8.81	1.47	8.62	9.00	8.22	1.87	7.90	8.55
12. Come a escondidas	1.26	.78	1.16	1.37	1.53	1.13	1.33	1.73	9.25	1.34	9.08	9.42	8.88	1.42	8.63	9.12
13. Esconde los alimentos	1.10	.51	1.04	1.17	1.19	.71	1.06	1.31	9.45	1.05	9.31	9.58	8.98	1.50	8.71	9.24
14. Les quita los alimentos a otros niños	1.05	.31	1.01	1.09	1.06	.32	1.00	1.11	9.53	1.08	9.39	9.66	9.26	1.23	9.05	9.48

Continúa (tabla 14)

	Escala problema								Escala AE							
	Sin obesidad				Con obesidad				Sin obesidad				Con obesidad			
	95% IC				95 % IC				95 % IC				95 % IC			
	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS
15. Come para consolarse cuando se siente triste	1.14	.62	1.06	1.23	1.32	.87	1.17	1.48	9.53	.95	9.41	9.66	9.05	1.29	8.82	9.27
16. Ve mucho TV	3.76	1.61	3.54	3.97	3.88	1.56	3.60	4.16	8.49	1.48	8.30	8.68	7.83	1.81	7.51	8.15
17. Pasa mucho tiempo jugando video juegos o en la computadora	2.37	1.49	2.17	2.57	2.88	1.74	2.57	3.19	8.93	1.31	8.76	9.10	8.29	1.83	7.97	8.61
18. Se queja sobre hacer actividad física	1.73	1.24	1.56	1.89	1.94	1.38	1.70	2.19	9.11	1.25	8.95	9.27	8.66	1.48	8.40	8.92
19. No quiere hacer actividad física	1.46	.98	1.33	1.59	1.53	.97	1.36	1.71	9.12	1.35	8.95	9.29	8.81	1.47	8.55	9.06
20. Se queja de no estar bien o sentirse bajo de energía	1.33	.81	1.23	1.44	1.52	.94	1.35	1.68	9.22	1.29	9.05	9.38	8.78	1.63	8.50	9.07

Continúa (tabla 14)

	Escala problema								Escala AE							
	Sin obesidad				Con obesidad				Sin obesidad				Con obesidad			
	95% IC				95 % IC				95 % IC				95 % IC			
	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS	\bar{X}	DE	LI	LS
21. Se queja de tener sobrepeso	1.19	.82	1.08	1.30	1.88	1.32	1.64	2.11	9.46	1.13	9.31	9.60	8.65	1.70	8.35	8.95
22. Se queja de que se burlan de él o ella	1.24	.73	1.15	1.34	1.72	1.38	1.47	1.96	9.41	1.10	9.27	9.55	8.64	1.76	8.34	8.95
23. Se queja de no tener suficientes amigos	1.36	.92	1.24	1.48	1.41	.92	1.25	1.57	9.39	1.22	9.24	9.53	8.81	1.60	8.53	9.09
24. Se queja de no ser atractivo	1.10	.45	1.04	1.16	1.26	.73	1.13	1.39	9.53	.99	9.40	9.66	9.05	1.31	8.82	9.28
25. Se queja porque no le queda la ropa	1.26	.72	1.17	1.36	1.73	1.22	1.51	1.94	9.45	1.11	9.31	9.59	8.80	1.54	8.53	9.07

Fuente: LVC

n = 367