

Validación de la Escala Crianza, Nutrición y Salud Mental en un contexto latinoamericano. Escala Salud Mental y Peso

Validation of the Parenting, Nutrition, and Mental Health Scale in a Latin American context. Mental Health and Weight Scale

Felipe Agudelo-Hernández, Marcela Guapacha-Montoya,
Javier G. Díaz-Amaya y María C. Pinzón-Segura

Recibido 20 agosto 2022 / Enviado para modificación 13 diciembre 2022 / Aceptado 28 diciembre 2022

RESUMEN

Objetivos Presentar el proceso de creación y validación de un instrumento para detectar problemas en la salud mental, incluida la experiencia parental, el uso excesivo de pantallas y la baja actividad física, en niños con exceso de peso.

Métodos Se hizo un estudio de corte transversal y se realizó validación por jueces. Posteriormente, se aplicó el instrumento, se realizó un análisis factorial y se exploró la validez concurrente. La muestra estuvo conformada por 131 familias de niños, niñas y adolescentes con una media de edad de 11,2 años. La población fue seleccionada de áreas urbanas, semiurbanas y rurales de Colombia.

Resultados La prueba t señala que los ítems discriminan correctamente y tienen un adecuado nivel de dificultad. La escala mostró una confiabilidad media-alta ($\text{Alfa}=0,703$), con una importante correlación entre escalas como CBCL en todos sus dominios, que determina síntomas afectivos y comportamentales pediátricos, y las escalas de Zarit, PHQ-9 y PAFAS, relacionadas con sobrecarga del cuidador, síntomas afectivos en cuidadores y ajuste parental.

Discusión El exceso de peso y las alteraciones en la salud mental son problemas de salud pública, por lo que se requieren instrumentos de detección en entornos comunitarios. Se encuentra que el instrumento Salud Mental y Peso (SMP) puede usarse en la tamización de problemas mentales y de parentalidad en niños, niñas y adolescentes.

Palabras Clave: Salud mental; conducta infantil; sobrepeso; crianza del niño; estudio de validación (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To present the creation and validation process of an instrument to detect mental health problems, including parental experience, excessive use of screens and low physical activity, in overweight children.

Methods This cross-sectional study involved a validation process by judges, application of the instrument, and a factorial analysis to explore concurrent validity. The sample included 131 families of children and adolescents with a mean age of 11.2 years, living in urban, semi-urban, and rural areas of Colombia.

Results The t-test indicates that the items correctly discriminate and have an adequate level of difficulty, the scale showed a medium-high reliability ($\text{Alpha}=0.703$), with an important correlation between scales such as CBCL in all its domains, which determines affective symptoms and pediatric behavioral; and the Zarit, PHQ-9 and PAFAS scales, related to caregiver burden, affective symptoms in caregivers and parental adjustment.

Discussion Excess weight and mental health issues are significant public health concerns, and community-based detection tools are essential for early identification and intervention. The Salud Mental y Peso (SMP) instrument has been found to be effective in detecting mental health and parenting problems in pediatric populations.

FA: MD. Psiquiatra Infanto Juvenil. Ph.D. Ciencias Sociales Niñez y Juventud. Universidad de Manizales, Facultad de Ciencias para la salud. Manizales, Colombia. afagudelo81703@umanizales.edu.co
MG: MD. Esp. Estadística aplicada. Universidad de Caldas, Departamento Maternoinfantil. Manizales, Colombia. marcela.guapacha@gmail.com
JD: MD. Pediatra. Esp. Derechos de la Niñez. Universidad Nacional, Docente, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. javiergdia@gmail.com
MP: MD. Pediatra. Ph.D.(c) Salud Pública. Esp. Epistemologías del Sur. Docencia, Universitaria y Epidemiología Clínica. Universidad de Manizales, Facultad de Ciencias para la Salud. Bogotá, Colombia. mcpinzons@unal.edu.co

Key Words: Mental Health; child behavior; overweight; child rearing; validation study (source: MeSH, NLM).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) es un problema de salud pública en el mundo, tanto en países de bajos y medianos ingresos como en aquellos de altos ingresos (1,2). En el caso de niños, niñas y adolescentes (NNA), su prevalencia es cada vez mayor, situación que es de gran preocupación puesto que, desde un enfoque de curso de vida, su presencia es un factor de riesgo acumulativo con impacto presente y futuro para la salud de la persona.

En todo el mundo, el número de niñas y niños menores de 5 años con exceso de peso aumentó de 32 millones en 1990 a 41 millones en 2016, y la prevalencia entre los preescolares superó el 30%. Según últimas estimaciones de United Nations Children's Fund (UNICEF), OMS y el Banco Mundial (BM), en el grupo de 5 a 19 años, el 33,6% están afectados por sobrepeso u obesidad (3). Incluso, se ha documentado que si se mantienen las tendencias actuales en estos países, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para el año 2025 (4). Sumado a lo anterior, en el marco del COVID-19, el exceso de peso se vio agravado por la ausencia de NNA en los entornos escolares, lugares propicios para el juego activo y la interacción (5).

Uno de los aspectos relacionados con el exceso de peso en NNA que ha sido de reciente y cada vez mayor reconocimiento por su potencial, tanto para la prevención como para la intervención integral de la obesidad y el sobrepeso, corresponde a los problemas y los trastornos afectivos y en salud mental (6-8).

Durante la pandemia del COVID-19 los problemas de ansiedad se vieron intensificados producto de la exposición a nuevos factores de riesgo como las barreras de acceso a la educación, las dificultades económicas, la pérdida de interacciones sociales con pares, la disminución de la actividad física y el ocio, así como el aumento de la violencia intrafamiliar (9). Un metaanálisis que revisó 29 estudios que incluyeron un total de 80 879 participantes encontró que la prevalencia global de trastornos ansiosos en jóvenes durante la pandemia fue del 20,5% (IC95% = 17,2%-24,4%) (10).

En Colombia, la última Encuesta de Salud Mental (ENSM), además de determinar los problemas de ansiedad como uno de los más frecuentes en niños, niñas y adolescentes, encontró (11) que el 31% de los escolares y el 13,4% de los adolescentes llevan a cabo las recomendaciones de actividad física; que el 69,9% de los escolares y el 76,6% de los adolescentes pasan exceso de tiempo frente las pantallas y que solo el 18,9% de los hombres

y el 9,2% de las mujeres dedican tiempo libre a actividades culturales, deportivas o a sus aficiones. Asimismo, se encontró que el 30% de los preescolares hombres y el 20% de las escolares mujeres tienen acceso a juego activo, lo que se aleja de las recomendaciones de La Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la OMS y el World Cancer Research Fund (12).

Los padres tienen un alto grado de influencia en el comportamiento dietético de sus hijos y se argumenta que también el estrés parental puede tener un efecto indirecto en el comportamiento de salud de sus hijos, especialmente en relación con el riesgo de obesidad (13). Los NNA al encontrarse en un proceso de desarrollo, viven y crecen en el contexto de una relación de crianza con sus padres, madres y otros familiares o cuidadores significativos. De esta forma, los estilos parentales entendidos como el conjunto de estrategias que los padres utilizan en situaciones cotidianas para criar a sus hijos (14), puede impactar el desarrollo emocional y la salud mental de NNA (15), así como las prácticas, rutinas y hábitos relacionados con la alimentación y la actividad física (16,17).

Se entiende, entonces, que los aspectos emocionales de los NNA guardan relación con su proceso de desarrollo, con la crianza y que, además, tienen un impacto de doble vía (como causa o como consecuencia) con el exceso de peso. De lo anterior se desprende que es necesario identificar e intervenir problemas afectivos y de la parentalidad en los NNA con exceso de peso. Por ejemplo, elementos que pueden ofrecer abordajes alternativos para alcanzar mejores resultados en salud para esta población (12,15,16). Para esta identificación, es necesaria la sospecha clínica, pero también, idealmente, se deben emplear instrumentos que puedan apoyar esta actividad.

Sin embargo, en la actualidad no se dispone de ningún instrumento específico que facilite la identificación de problemas afectivos y de parentalidad en NNA con exceso de peso. Por lo expuesto anteriormente, el objetivo del presente artículo consiste en presentar el proceso de creación y validación de un instrumento que pueda ser utilizado en entornos de baja complejidad de atención para detectar problemas en la salud mental, incluida la experiencia parental, en niños con exceso de peso.

MÉTODOS

Instrumento

Se empleó la escala de Salud Mental y Peso (SMP). Esto se hizo después de una revisión bibliográfica gracias a la cual se reafirmó la estrecha correlación entre problemas

de salud mental en niños, niñas y adolescentes (afecto, comportamiento, pensamiento y parentalidad) y el exceso de peso, especialmente cuando las causas son factores ecológicos y sociodemográficos (donde se encuentra la mayor prevalencia de esta entidad).

Después de una deliberación entre los autores, este instrumento fue construido con los dominios que aportó la literatura, específicamente con las preguntas más representativas de instrumentos que abordan emociones, comportamientos, síntomas somáticos y ajustes parentales. Por ejemplo, el CBCL 4-18 (18,19) y el PAFAS: ambos validados en contextos similares (20).

El instrumento presenta dos opciones de respuesta, sí o no, y todas las preguntas están formuladas para que cuando se responda de forma positiva el riesgo aumente. Además de las preguntas extraídas de dichos instrumentos, en la validación externa se incluyeron algunas preguntas sugeridas por expertos, relacionadas especialmente con la actividad física y con el tiempo de uso en pantallas.

Para realizar la validación aparente, se recogieron las opiniones de siete expertos en áreas como nutrición clínica pediátrica, gastroenterología pediátrica, endocrinología pediátrica, pediatría social, atención primaria pediátrica, enfermería con énfasis en gastropediatría y en salud mental de niños, niñas y adolescentes. Además se procuró que los expertos tuvieran experiencia en investigación y psicometría. Lo anterior, se basó en la metodología propuesta por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (21).

A través de un formulario digital, cada experto evaluó los 13 ítems del instrumento. Para la elaboración de la herramienta virtual se consideraron 10 categorías sobre los ítems: claridad, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia, adecuación, consistencia, coherencia, metodología y significatividad. A dichos ítems se les aplicó la V Aiken (Coeficiente de Validez de Contenido). A cada uno se le asignó una de las siguientes categorías: innecesario, útil o esencial. Además, se indagó si cada pregunta era comprensible.

El IVC para cada ítem se calculó con la siguiente fórmula:

$$IVC = (ne - N/2)/N/2$$

ne corresponde al número de expertos que han valorado el ítem como esencial y *N* el número total de expertos que han evaluado el ítem. El IVC oscila entre +1 y -1, y las puntuaciones positivas son las que indican una mejor validez de contenido. Se consideraron adecuados los ítems con un rango entre 0,50 y 0,99.

Propiedades psicométricas de la escala

Después de la definición del instrumento, se buscaron datos de confiabilidad del instrumento, además de

analizar algunas características psicométricas y una posible estructura factorial. De igual forma, se comparó con otros instrumentos que determinan problemas afectivos, comportamentales y en el ajuste parental y se indagó por el tipo de alimentación.

Confiabilidad test-retest y consistencia interna

Una vez dispuestos los datos en un archivo de Excel, se depuró la información mediante la eliminación de casos repetidos y el reemplazo de los datos perdidos (menos de 20%) por la mediana del ítem al cual pertenecía el dato perdido (22,23). Después, usando SPSS (versión 26), se realizaron análisis univariados para determinar medidas de tendencia central, así como análisis bivariados para analizar la validez de constructo (coeficiente de Pearson) y análisis multivariados para analizar el grado de dificultad y discriminación (prueba t), consistencia interna (Alpha de Cronbach) y validez de constructo (análisis factorial con rotación varimax) (24,25).

De igual forma, se buscó correlación con otros instrumentos como el Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18), conformado por 112 ítems que se puntúan en dos factores generales (internalización y externalización) y ocho subescalas específicas (aislamiento, quejas somáticas, ansiedad-depresión, problemas sociales, alteraciones del pensamiento, problemas atencionales, conducta delictiva y conducta agresiva) (19); el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), utilizado para detectar casos de depresión actual en cuidadores, con validación para Colombia (26); la Escala de Zarit, empleada para valorar la sobrecarga de un cuidador (que además mide las áreas financiera, social, el bienestar físico y psicológico, entre otros) (27,28) y la Escala de parentalidad y ajuste familiar (PAFAS), la cual se utiliza para establecer la consistencia parental, la parentalidad coercitiva, el estímulo positivo, la relación padre-hijo y el ajuste familiar, (ítem compuesto, a su vez, por el ajuste de los padres, las relaciones familiares y el trabajo en equipo de los padres) (20).

Población

La muestra, establecida mediante un muestreo no probabilístico incidental, estuvo conformada por 131 adolescentes con exceso de peso diagnosticado a través de un índice de Masa Corporal mayor de +1 en desviaciones estándar (DE) en el grupo de edad entre 5 y 17 años (media de 11,2 años), lo que incluye sobrepeso entre +1 y +2 y obesidad mayor a +3 en DE (29). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se entrenó, además, a personal del colegio en primeros auxilios psicológicos, en estrategia de parentalidad y en activación de rutas de salud mental para derivar a quien presentara alguna alteración en su salud mental.

La población fue seleccionada en instituciones educativas del departamento de Caldas (Manizales, zona urbana, 31,3%; Anserma, zona rural, 12,21%) y del Tolima (Villahermosa, zona semiurbana, 30,53% y rural, 25,95%). La población formaba parte de estratos entre uno (53,43%), dos (31,3%) y tres (15,26%).

Consideraciones éticas

El estudio se adecuó a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Manizales mediante el acta CBE04 de agosto del 2022. En dicho comité se enfatizó en que esta

escala fuera usada de forma libre, lo cual se ratifica en la presente investigación. Los nombres de los participantes en el estudio se mantuvieron en estricta confidencialidad.

RESULTADOS

En el primer momento de la validación, se encontró que todos los ítems cumplían con los criterios propuestos, como lo muestra la Tabla 1.

Como se enunció, se incluyeron en el instrumento definitivo dos preguntas propuestas por endocrinología pediátrica y gastropediatria relacionadas con el tiempo en pantallas y con la actividad física.

Tabla 1. Validez aparente de la escala por juicio de expertos

Criterios y definición	#Jueces	Acuerdos V	IVC	Validez *
Claridad	Lenguaje claro y apropiado	7	7	1 Válido *
Objetividad	Expresado en conductas observables	7	7	1 Válido *
Pertinencia	Está formulado de acuerdo a conceptos vigentes	7	7	1 Válido *
Organización	Hay una secuencia lógica	7	6	0,71 Válido *
Suficiencia	Comprende aspectos de cantidad y calidad	7	6	0,71 Válido *
Adecuación	Mide de forma suficiente el constructo que desea medir	7	7	1 Válido *
Consistencia	Basado en bases teóricas vigentes	7	7	1 Válido *
Coherencia	Entre las preguntas y las dimensiones	7	6	0,71 Válido *
Metodología	La estrategia responde al propósito de la medición	7	6	0,71 Válido *
Significatividad	Es útil y adecuado para abordar la necesidad	7	6	0,71 Válido *

*p<0,05.

De igual forma, se propuso que para la activación de rutas de atención en salud mental fuera necesaria una respuesta positiva en las preguntas 1,4,5,6,7,8,9,10,11,12 o 13; o dos positivas, incluyendo las preguntas 1 o 2.

Una vez definida la versión del instrumento se procedió a la aplicación y posterior análisis de los resultados. La muestra estuvo constituida por 131 adolescentes, de los cuales el 52,67% fueron mujeres y el 47,33% hombres, y

por sus cuidadores y cuidadoras (61,06% madres, 19,46% ambos padres y 19,46% otros cuidadores, especialmente, abuelas). Los adolescentes presentaron edades entre los 11 y 16 años (M=12,12 años).

Inicialmente, los resultados de la prueba t señalan que los ítems discriminan correctamente y tienen un adecuado nivel de dificultad, puesto que en todos se obtuvo significación estadística de $p \leq 0,05$ (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de dificultad y discriminación de los ítems con base en la prueba t

Pregunta	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	t	gl	Sig. (bilateral)
p1	0,12	0,33	0,029	4,255	129	0,000
p2	0,33	0,472	0,041	7,985	129	0,000
p3	0,28	0,453	0,04	7,164	129	0,000
p4	0,18	0,389	0,034	5,404	129	0,000
p5	0,44	0,498	0,044	10,036	129	0,000
p6	0,23	0,423	0,037	6,221	129	0,000
p7	0,29	0,457	0,04	7,299	129	0,000
p8	0,26	0,441	0,039	6,759	129	0,000
p9	0,45	0,5	0,044	10,354	129	0,000
p10	0,75	1,258	0,11	6,833	129	0,000
p11	0,6	0,537	0,047	12,739	129	0,000
p12	0,68	0,466	0,041	16,734	129	0,000
p13	0,52	0,501	0,044	11,895	129	0,000

La consistencia interna a nivel general, sobre la base de las respuestas obtenidas en la primera entrevista, fue estudiada utilizando correlaciones ítem-total y el Alfa de Cronbach (el cual mide cómo un conjunto de variables o preguntas miden un único constructo latente y unidimen-

sional). Es así como la escala mostró una confiabilidad adecuada (Alfa=0,703) para todos los ítems.

Posteriormente, para determinar la factibilidad de realizar un análisis factorial se halló el índice de Kaiser-Meyer-Olkin para cada una de las escalas, el cual debía ser mayor

o igual a 0,5 y la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual debía ser significativa ($p < 0,05$). Posteriormente, se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal de tipo varimax para la escala. Para la elección de los ítems que conforman cada uno de los factores, se tomaron como criterios el valor propio de cada factor mayor a 1 y saturaciones para cada ítem mínimas de 0,30, o, en su defecto, la carga factorial más alta en caso de que el ítem presentara saturaciones más bajas de lo esperado. En la Tabla 3 se aprecia cómo todas las preguntas se agrupan en un solo factor.

De igual forma, en cuanto a la validez concurrente, la escala fue aplicada simultáneamente con otros instru-

mentos y el diálogo sobre aspectos de la experiencia de crianza, como el ajuste parental, la sobrecarga en el cuidado, los síntomas afectivos en los cuidadores, además del CBCL 4-18, el cual determina síntomas afectivos y comportamentales, incluido un componente somático, en los y las adolescentes. La Tabla 4 resume estos resultados y muestra coeficientes de correlación con dominios relevantes con las tres escalas, con correlaciones significativas, lo que indica una similitud de constructos. Entre los dominios del PAFAS no muestra correlación con crianza coercitiva, con estimulación parental y con relación padre/madre e hijo.

Tabla 3. Análisis factorial de la Escala Salud Mental y Peso

Ítem	Comunalidades
1. Tiene dificultad para hacer popó	0,706
2. Manifiesta dolor abdominal de forma frecuente	0,734
3. Es nervioso, mantiene tenso, se preocupa mucho de forma frecuente.	0,781
4. Está infeliz, triste de forma frecuente.	0,556
5. Es irritable, poco tolerante, de mal genio	0,714
6. ¿Su hijo/hija aumenta el apetito cuando está preocupado o triste?	0,759
7. ¿Su hijo/hija tiene episodios con sensación de falta de control al comer, y donde se ingiere una cantidad de alimentos inusualmente grande?	0,697
8. ¿Tiene dificultades en las relaciones con otros/as niños/as a nivel escolar o comunitario?	0,666
9. Como cuidador/a, ¿siente en ocasiones dificultad para supervisar el tipo de alimentación de su niño, niña o adolescente?	0,682
10. Como cuidador, siente que le cuesta decir que no ante la petición de dulces, comida de paquete, bebidas gaseosas, etc.	0,828
11. Como cuidador/a, ¿siente en ocasiones dificultad para supervisar el tiempo en pantallas (televisión, videojuegos, celulares) de su niño, niña o adolescente?	0,61
12. ¿Su hijo/a usa pantallas (televisión, videojuegos, redes sociales) más de dos horas al día?	0,662
13. Como cuidador/a, ¿siente en ocasiones dificultad para propiciar espacios de actividad física regular (tres veces por semana, de intensidad moderada a alta) en su niño, niña o adolescente?	0,554
Kaiser-Meyer-Olkin	0,558
Aprox. Chi-cuadrado	448,586
Prueba de esfericidad de Bartlett	78
	Sig. 0,000

Tabla 4. Correlaciones con instrumentos de crianza y salud mental en adolescentes (CBCL)

	PHQ-9	PAFAS Consistencia	PAFAS adaptación	Escala de Zarit					
	0,473**	0,324**	0,298**	0,524**					
SMP	Aislamiento	Ansiedad Depresión	Quejas somáticas	Internalización	Problemas Sociales	Alteraciones del pensamiento	Problemas atencionales	Externa lización	Total
	0,267**	0,472**	0,264**	0,403**	2,87**	0,195**	0,490**	0,461**	0,472**

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral); ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN

Este estudio pretende validar la escala Salud Mental y Peso en entornos comunitarios y en bajos niveles de complejidad de atención en salud. Tanto los problemas mentales pediátricos y el exceso de peso, se han considerado problemas de salud pública y causan una importante mortalidad en la región, con consecuencias sobre la salud física y psicológica que persisten y repercuten en la juventud y adultez. Las medidas para su prevención coinciden en gran parte con las medidas para prevenir otras enfermedades crónicas no transmisibles, incluso se

propone como indicador útil para la vigilancia epidemiológica y de inequidad social en salud (1,10,30).

Pese a la indicación de la necesidad de determinar mediciones de fácil detección y bajo costo, se han usado instrumentos como K-SAD (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia). Estas mediciones han sido efectuadas por profesionales especializados de América Latina, donde se encuentra la asociación más significativa entre exceso de peso y trastornos depresivos, atracones, ansiedad por separación y trastorno por estrés posttraumático, sin determinar causalidad (31). Dicho instrumento es una herramienta de diagnóstico, más que de tamización.

Otros instrumentos usados con objetivos similares como el *SCOFF* y el *Youth Self-Report* para problemas comportamentales y emocionales, han reafirmado la correlación en adolescentes con exceso de peso y problemas mentales, aunque presentan como limitaciones lo que los expertos señalaron en la construcción de la escala, consistente en la ausencia de evaluación de actividad física o hábitos alimenticios (32). Lo anterior, sumado a un bajo nivel educativo de los padres y el uso excesivo de pantallas como televisión, teléfonos móviles, tabletas y juegos electrónicos, se asocia con exceso de peso (33).

También se ha usado la escala de Trastornos alimenticios *EAT-7* (*Eating Attitude Test*), donde se consideran factores como el control de la ingesta y la preocupación por la comida. Esta ha permitido determinar la asociación inversa entre ingesta y preocupación, sin embargo, no exactamente entre problemas emocionales y exceso de peso (34).

Otros estudios que han abordado los estilos parentales con instrumentos como *Parenting Strategies for Eating and Activity Scale* (*PEAS*) (que se basa en establecimiento de límites, monitorización y disciplina) se han propuesto (35,36) para ayudar a predecir el riesgo de sobrepeso, aunque otros estudios no encontraron dicha asociación (37). Por ende, plantean que se requieren más estudios para entender el mecanismo mediante el cual se da esta relación entre alteraciones en el ajuste parental y exceso de peso en *NNA*.

Otros estudios han medido las dificultades parentales con el Índice de Estrés Parental, la Escala de Estrés Percibido y el Inventario de Trierer para el Estrés Crónico (38). Además, se han aplicado dominios específicos, por ejemplo, tensión financiera, salud mental o estrés dentro de la familia (39). Esto concuerda con investigaciones como la de Bauer et al. (40), que informaron que el empleo y la carga de trabajo de los padres contribuyeron a la disminución del tiempo de preparación de las comidas y de comidas familiares menos frecuentes, así como a opciones de alimentos más poco saludables.

Rohde et al. (39) plantean la necesidad de realizar estudios longitudinales para comprender mejor esta asociación que múltiples estudios transversales han propuesto, y han encontrado que, en preescolares, esta asociación podría no presentarse cuando se abordan desde un seguimiento a más de un año. Señalan que no hubo asociaciones significativas entre el estrés parental y los cambios posteriores en la ingesta total de energía infantil, la ingesta de macronutrientes o la ingesta de frutas, verduras, bebidas azucaradas, pescado o almidón o la calidad de la dieta.

Como limitaciones, se encuentra que el reporte sea dado solamente por cuidadores, pues es fundamental la propia percepción sobre la salud mental de *NNA*. De igual

forma, por los hallazgos mencionados, es importante plantear estudios longitudinales, además de otros factores relacionados con la experiencia de crianza, especialmente los factores socioeconómicos.

En conclusión, se encuentra que la escala Salud Mental y Peso es confiable y posee buenas características de respuesta al ítem y una sólida estructura factorial con la población de estudio. Sin embargo, se recomienda su adaptación a diferentes tipos de poblaciones y su contraste con valoraciones clínicas especializadas ♣

Agradecimientos: Al doctor Maicol Moncaleano, a la bella municipalidad de Villahermosa, Tolima. A Guillermo Hernández Gutiérrez, de la Alcaldía de Manizales. A Natalia Becerra Uribe y María Alejandra Gutiérrez Torres, de la Universidad de los Andes.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso [Internet]. OMS. 2022 [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/eiAH7>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil [Internet]. OMS. 2016 [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/ainH4>.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El entorno: factor determinante para el sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes [Internet]. UNICEF. 2022 [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/inqslU>.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de la obesidad crónica. [Internet]. OMS. 2022 [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/inqP7>.
5. Rodríguez Torres ÁF, Rodríguez Alvear JC, Guerrero Gallardo HI, Arias Moreno, ER, Paredes Alvear AE, Chávez Vaca VA. Beneficios de la actividad física para niños y adolescentes en el contexto escolar. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2020 [citado 16 de febrero de 2022];36(2): e1535. Disponible en: <https://shorturl.at/dfDIR>.
6. Scott S. Parenting quality and children's mental health: biological mechanisms and psychological interventions. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 16 de febrero de 2022];25(4):301–306. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328354a1c5>.
7. Kiefner-Burmeister A, Hinman N. The Role of General Parenting Style in Child Diet and Obesity Risk. *Curr Nutr Rep* [Internet]. 2020 [citado 16 de febrero de 2022];9(1):14–30. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00301-9>.
8. Palacio-Ortiz JD, Londoño-Herrera JP, Nanclares-Márquez A, Robledo-Rengifo P, Quintero-Cadavid CP. Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)* [Internet]. 2020 [citado 16 de febrero de 2022];49(4):279–288. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>.
9. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 16 de febrero de 2022];175(11):1142–1150. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>.
10. Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015 [National Mental Health Survey–NMHST 2015]. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 [citado 16 de febrero de 2022];45(1):1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>.
11. Marmot M, Atinmo T, Byers T, Chen J, Hirohata T, Jackson A, et al. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Reviews Online* [Internet]. 2008 [citado 16 de febrero de 2022];45(09):5024. Disponible en: <https://shorturl.at/enxJM>.

12. Anderson S., Keim S. Parent–Child Interaction, Self-Regulation, and Obesity Prevention in Early Childhood. *Curr Obes Rep* [Internet]. 2016 [citado 16 de febrero de 2022];5(2):192-200. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0208-9>.
13. Tate E.B., Wood W., Liao Y., Dunton G.F. Do stressed mothers have heavier children? A meta-analysis on the relationship between maternal stress and child body mass index. *Obes Rev* [Internet]. 2015 [citado 16 de febrero de 2022];16:351–361. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.12262>.
14. Devine RT, Bignardi G, Hughes C. Executive Function Mediates the Relations between Parental Behaviors and Children's Early Academic Ability *Front Psychol* [Internet]. 2016 [citado 16 de febrero de 2022];7:1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01902>.
15. Pratt K., Skelton J. Family Functioning and Childhood Obesity Treatment: A Family Systems Theory-Informed Approach. *Acad Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 16 de febrero de 2022];18(6):620–627. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.04.001>.
16. Smith J., Fu E., Kobayashi M. Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2020 [citado 16 de febrero de 2022];16:351-378. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-100219-060201>.
17. Pierce M, Hope HF, Kolade A, Gellatly J, Osam CS, Perchard R, Kossidou K, Dalman C, Morgan V, Di Prinzio P, Abel KM. Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 16 de febrero de 2022]; 217(1):354-363. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.216>.
18. Agudelo Hernández F, Guapacha Montoya M, de la Portilla Maya S, Corrales Suarez M, López Zuluaga A. Síntomas depresivos en cuidadores y su relación con problemas afectivos y comportamentales en niños, niñas y adolescentes. *Andes pediatri*. 2022; 93(5): 709-717. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i5.3669>.
19. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ratings of Relations between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Burlington: University of Vermont; 2001.
20. Haslam D, Mejia A, Sanders MR, de Vries PJ. Programas de parentalidad. En: Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines; 2017.
21. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición* [Internet]. 2008 [citado 16 de febrero de 2022]; 6(1):27-36. Disponible en: <https://shorturl.at/hlMZ1>.
22. Charter RA. A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *J Gen Psychol* [Internet]. 2003 [citado 16 de febrero de 2022]; 130(3):290-304. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00221300309601160>.
23. Carracedo-Martínez Eduardo, Figueiras A. Tratamiento estadístico de la falta de respuesta en estudios epidemiológicos transversales. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2006 [citado 31 de marzo de 2022]; 48(4):341-347. Disponible en: <https://shorturl.at/jzB49>.
24. Westen D, Rosenthal R. Quantifying construct validity: two simple measures. *Journal of Personality and Social Psychology* [Internet]. 2003 [citado 31 de marzo de 2022]; 84(3):608. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.608>.
25. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* [Internet]. 2011 [citado 31 de marzo de 2022]; 2:53. Disponible en: <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>.
26. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Anibal E, Herraiz-Bustos MI, Hernández-Carrillo M. [Reliability and dimensionality of PHQ-9 in screening depression symptoms among health science students in Cartagena, 2014]. *Biomedica* [Internet]. 2017 [citado 31 de marzo de 2022]; 37(0):112-120. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>.
27. Pedraza AM, Rodríguez-Martínez CE, Acuña R. Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos [Initial validation of a scale to measure the burden for parents/caregivers of children with asthma and factors associated with this burden in a population of asthmatic children]. *Biomedica* [Internet]. 2013 [citado 31 de marzo de 2022]; 33(3):361-369. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i3.813>.
28. Regueiro AA, Pérez A, Gómara S, Ferreriro M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2007 [citado 31 de marzo de 2022]; 39(4):185-188. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13100841>.
29. Fortunato L, Kruk T, Júnior E. Relationship between obesity and musculoskeletal disorders: systematic review and meta-analysis. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2022]; 10(13):e119101320212-e119101320212. Disponible en: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20212>.
30. Towner EK, Clifford LM, McCullough MB, Stough CO, Stark LJ. Treating Obesity in Preschoolers: A Review and Recommendations for Addressing Critical Gaps. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2016 [citado 31 de marzo de 2022]; 63(3):481-510. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.02.005>.
31. Smith KE, Mason TB. Psychiatric comorbidity associated with weight status in 9 to 10 year old children. *Pediatr Obes* [Internet]. 2022 [citado 31 de marzo de 2022]; 17(5):e12883. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijpo.12883>.
32. Zeiler M, Philipp J, Truttmann S, Waldherr K, Wagner G, Karwautz A. Psychopathological Symptoms and Well-Being in Overweight and Underweight Adolescents: A Network Analysis. *Nutrients* [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2022]; 13(11):4096. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu13114096>.
33. Kumar S, Kelly A. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. 2017 [citado 31 de marzo de 2022]; 92(2):251-265. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.017>.
34. Bjornelv S, Nordahl HM, Holmen TL. Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems, and personality traits: the Young-HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2011 [citado 31 de marzo de 2022]; 46(5):353-362. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-010-0197-z>.
35. Lloyd AB, Lubans DR, Plotnikoff RC, Morgan PJ. Impact of the 'Healthy Dads, Healthy Kids' lifestyle programme on the activity- and diet-related parenting practices of fathers and mothers. *Pediatr Obes* [Internet]. 2014 [citado 31 de marzo de 2022]; 9(6):e149-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijpo.248>.
36. Matthews-Ewald MR, Posada A, Wiesner M, Olvera N. An exploratory factor analysis of the Parenting strategies for Eating and physical Activity Scale (PEAS) for use in Hispanic mothers of adolescent and preadolescent daughters with overweight. *Eat Behav* [Internet]. 2015 [citado 31 de marzo de 2022]; 19:193-199. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.10.001>.
37. Hancock KJ, Lawrence D, Zubrick SR. Higher maternal protectiveness is associated with higher odds of child overweight and obesity: a longitudinal Australian study. *PLoS One* [Internet]. 2014 [citado 31 de marzo de 2022];9(6):e100686. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100686.t001>.
38. O'Connor SG, Maher JP, Belcher BR, Leventhal AM, Margolin G, Shonkoff ET, Dunton GF. Associations of maternal stress with children's weight-related behaviours: A systematic literature review. *Obes Rev* [Internet]. 2017 [citado 31 de marzo de 2022]; 18:514–525. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.12522>.

39. Rohde JF, Larsen SC, Händel MN, Olsen NJ, Stougaard M, Heitmann BL. Associations between Parental Stress and Subsequent Changes in Dietary Intake and Quality among Preschool Children Susceptible to Obesity. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2022]; 18(7):3590. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073590>.
40. Bauer KW, Hearst MO, Escoto K, Berge JM, Neumark-Sztainer D. Parental employment and work-family stress: Associations with family food environments. *Soc. Sci. Med* [Internet]. 2012 [citado 31 de marzo de 2022]; 75:496–504. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.026>.