

UNIVERSIDAD DE SONORA

División de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación

Programa Docente de Psicología

**“COMPARACIÓN DE RECURSOS, PRÁCTICAS DE SALUD
FAMILIAR, ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN
MADRES SONORENSES”**



TESIS

Que Para obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

Ulises Reyes López

Asesor Director:

Dra. María Martha Montiel Carbajal

Asesores:

Dra. Blanca Silvia Fraijo Sing

M.C. Macrina Pineda León

Dra. Marcela Sotomayor Peterson

HERMOSILLO, SONORA.

ENERO 2012

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



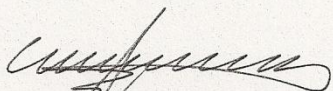
Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Hermosillo, Sonora, a 13 de diciembre de 2011

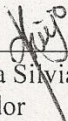
M.A. Abelardo Domínguez Mejía
Jefe de Departamento de Psicología
Y Ciencias de la Comunicación
Presente.-

Por medio de la presente los abajo firmantes integrantes de la Comisión Dictaminadora del trabajo de tesis titulado “Comparación de recursos, prácticas de salud familiares, estado de salud y bienestar psicológico en madres sonorenses” con expediente 206200047, realizado por el alumno Ulises Reyes López. Después de revisar el escrito manifestamos nuestro acuerdo sobre el mismo, por considerar que cumple con los requisitos teóricos y metodológicos para un trabajo de tesis, por lo que extendemos nuestra aprobación para que se realicen los trámites correspondientes para el examen profesional.

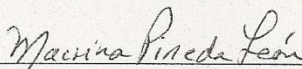
ATENTAMENTE



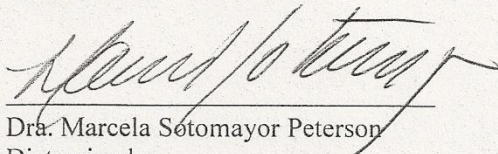
Dra. María Martha Montiel Carbajal
Directora de tesis



Dra. Blanca Silvia Fraijo Sing
Dictaminador



M.C. Macrina Pineda León
Dictaminador



Dra. Marcela Sotomayor Peterson
Dictaminador

Dedicatoria

A la Dra. María del Carmen Reyes López

Agradecimientos

Agradezco a mi Madre por ser la persona que fue y quien ha sido un ejemplo de vida. Conforme pasa el tiempo, me doy cuenta que continúa dándome enseñanzas y al mismo tiempo hace que crezca cada día más. Por esto y por muchos otros motivos, la admiro y agradezco.

Gracias Maestra Martha Montiel, por ser un excelente ejemplo académico y profesional. Por ser una amiga y excelente consejera. Su apoyo constante durante estos años, han permitido mi crecimiento académico y el deseo de superación.

Agradezco a mi Familia por creer y confiar en mí. Por el apoyo y reconocimiento que siempre me han brindado y que ha sido un motivo para seguir adelante.

A Lourdes por acompañarme y estar conmigo en muchos momentos difíciles. Por demostrarme cariño y amor incondicional y dejarme claro un aspecto importante de mi vida que ella complementa.

A mis mejores amigos, quienes me han hecho pasar momentos muy gratos, provocando esa risa oportuna que se tradujo en apoyo. Les agradezco también que sigan estando ahí a pesar de las distancias.

A las Maestras Blanca Fraijo, Macrina Pineda y Marcela Sotomayor por los aportes que he recibido de ellas y por el apoyo que permite concluir este ciclo. Gracias

Con cariño y absoluta sinceridad, Ulises

Índice	i
Índice de tablas	iii
Resumen	v
I. Antecedentes y Justificación	1
I.1 La función social de la madre como cuidadora de la salud familiar	1
I.2 La inserción de la mujer en el campo laboral y sus efectos sobre las prácticas de salud familiar	4
I.3 Importancia del estudio de las prácticas de salud familiar	7
I.3.1 Prácticas maternas de salud: orientación positiva y negativa	10
I.4 El rol de la pareja y otros factores que impactan las prácticas maternas de salud	11
I.4.1 Algunos factores actuales que impactan la salud de las madres	14
I.5 Bienestar psicológico y su relación con la salud	18
I.5.1 Hallazgos de la investigación del Bienestar Psicológico	21
II. Objetivo	23
III. Hipótesis	23
IV. Método	24
IV.1 Participantes	24
IV.2 Muestreo	24
IV.3 Instrumentos	25
IV.4 Tipo de estudio	32
IV.5 Procedimiento	32

IV.6 Consideraciones éticas	33
IV.7 Análisis de datos	33
V. Resultados	34
V.1 Descripción de la población y familias	35
V.2 Análisis descriptivo de las variables evaluadas	37
V.3 Comparación de medias	50
VI. Discusión y Conclusiones	57
VI.1 Sugerencias y Limitaciones	67
VII. Referencias	69
VIII. Anexos	73

Índice de Tablas

Tabla 1. Confiabilidad de las sub-escalas seleccionadas.	26
Tabla 2. Datos socio demográficos de las participantes.	36
Tabla 3. Datos socio demográficos de la familia.	37
Tabla 4. Porcentajes de Alimentación saludable, consumo de comida rápida y consumo de comida chatarra por grupo.	38
Tabla 5. Porcentajes de actividad física por grupo.	39
Tabla 6. Porcentajes de vigilancia de la socialización por grupo.	39
Tabla 7. Porcentajes correspondientes a la realización de cuidados médicos por grupo.	40
Tabla 8. Porcentajes del uso de snacks por grupo.	40
Tabla 9. Porcentaje de Ajuste a gustos familiares por grupo.	41
Tabla 10. Porcentajes de recursos con los que cuenta la madre.	42
Tabla 11. La salud como prioridad familiar.	43
Tabla 12. Porcentaje de necesidades y expectativas de cambio por grupo.	44
Tabla 13. Porcentajes de correspondientes al concepto de salud por grupo.	45
Tabla 14. Razones por las que cuida su salud.	45
Tabla 15. Porcentajes correspondientes al desarrollo de la disciplina por grupo.	46
Tabla 16. Porcentaje de la percepción de imagen corporal por grupo.	47
Tabla 17. Porcentaje de la percepción del estado general de salud por grupo.	48
Tabla 18. Porcentajes de Bienestar psicológico y sus dimensiones por grupo.	49
Tabla 19. Comparación de medias de alimentación saludable, consumo de comida rápida y consumo de comida chatarra.	50
Tabla 20. Comparación de medias de actividad física.	51

Tabla 21. Comparación de medias de vigilancia de la socialización.	52
Tabla 22. Comparación de medias correspondientes al uso de snacks.	52
Tabla 23. Comparación de medias de Ajuste a gustos familiares.	53
Tabla 24. Comparación de medias de los recursos con los que cuenta la madre.	54
Tabla 25. Comparación de medias del concepto de salud.	54
Tabla 26. Comparación de medias correspondientes al desarrollo de la disciplina.	55
Tabla 27. Comparación de medias de la percepción del estado general de salud.	56
Tabla 28. Comparación de medias de Bienestar psicológico y sus dimensiones.	56

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo identificar diferencias respecto a los recursos, prácticas de salud familiares, estado de salud y bienestar psicológico en dos grupos de madres, madres que solo se dedican al hogar y madres que además tienen un trabajo fuera de casa. La muestra total se constituyó por 147 madres que tenían por lo menos 5 años viviendo en el estado de Sonora. Es un estudio transversal, en la cual se utilizaron: el Inventario de Prácticas de cuidado de la salud (Montiel, 2009) y la Escala de Bienestar Psicológico adaptada al español por Van Dierendonck (Díaz et al, 2006). Se estimaron medidas de tendencia central y dispersión, así como comparación de medias (t de Student). Solo se encontraron diferencias significativas en el uso de snacks como estrategia de alimentación cuando las madres disponen de poco tiempo para preparar alimentos, en los recursos que proporciona el esposo o pareja, así como también en la toma de decisiones que involucran cuestiones familiares. Si bien la muestra resultó ser homogénea respecto al nivel socioeconómico, los resultados obtenidos permiten ampliar el entendimiento de la condición de vida de las madres y ejemplifican como ellas buscan maneras de adaptar sus prácticas para cumplir con la norma que implican el rol de madre y lograr un nivel adecuado de bienestar psicológico.

I. Antecedentes y Justificación

I.1 La función social de la madre como cuidadora de la salud familiar

En la actualidad, se sigue considerando a la familia como el centro fundamental de la sociedad (Hernández, 2006) y un lugar favorecido para la expresión de afectos y desarrollo de las emociones. La familia puede definirse como el conjunto de personas, quienes mantienen entre sí relaciones personales directas, adquiriendo a su vez características psicológicas y físicas como resultado de la interrelación social (Leñero Otero, 1996, citado en Hernandez, 2006). Dentro del hogar y la familia, el primero también considerado como el principal territorio sociocultural del individuo, se manifiestan y transmiten prácticas socioculturales como la lengua, la alimentación, el vestido y diversos aspectos subjetivos incluyendo valores, creencias y actitudes (García, Pardío, Arroyo & Fernández, 2008).

Entre las creencias que son transmitidas se incluyen los estereotipos de género. Estos tienen una función prescriptiva, ya que dictan como deben ser y lo que deben hacer, hombres y mujeres en la sociedad. Es decir, los estereotipos de género modelan el comportamiento, delimitando nuestra conducta a seguir (Barberá, 2004). Según Sau (2004) entre las creencias y estereotipos de género, se encuentran los roles de género. Ejemplo de estos en el área familiar son el ser padre, madre o hijo. Representan la expectativa de los demás de la función que tienen las personas. A su vez, la persona puede estar conforme con todos los roles que mantiene o solo con algunos y el resto de ellos realizarlos porque son asignados y el rechazarlos no es aceptado socialmente.

En la sociedad mexicana y en las familias, la madre mantiene el rol esperado de cuidadora y en general de la atención de la familia, responsabilidades que se le han asignado de manera tradicional.

En el estudio de Hernández (2006) acerca de representaciones de género en adolescentes, se recalca la permanencia de los valores socioculturales que tradicionalmente designan las tareas entre hombres y mujeres, en particular la obligación del padre como el proveedor de la familia, mientras que la madre tiene como deber los quehaceres domésticos. Lo anterior, ilustra nuevamente la visión dicotómica de las responsabilidades de los padres respecto a la familia. Por su parte, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE 2010, INEGI 2010) cuando hace referencia a la población no económicamente activa (PNEA, personas que no tuvieron ni realizaron una actividad económica, ni buscan desempeñar una en el último mes previo al levantamiento de los datos), de un total de 8.4 millones de hombres solo 2.6 millones realizan quehaceres domésticos mientras que en el caso de las mujeres, de 24 millones aproximadamente 18.6 millones realizan estas tareas. Por otra parte, un aspecto que resalta en el estudio de Hernández (2006), es acerca de quién representa la autoridad familiar, encontrándose que para muchos adolescentes la autoridad familiar reside en ambos padres y en menor medida, en el padre o en la madre por separado. Lo anterior nos habla de cambios sociales que se están presentando, permitiendo una autoridad compartida en la familia, sin embargo aún persiste la autoridad patriarcal donde las mujeres permanecen al margen de las decisiones familiares.

En el estudio de García, Pardió, Arroyo y Fernández (2008) se identifica como aunque la madre trabaje y participe como proveedora de los ingresos, sigue arraigado en ella la obligación de cumplir con las actividades domésticas ya que tampoco se puede desligar de ellas. También se observo que muchas madres que trabajan, buscan alternativas de empleos que les permitan mantener su rol de ama de casa y madre. En México, las mujeres que se dedican solamente a trabajar y que pertenecen a la población económicamente activa (PEA) son alrededor de 600 mil de un total de 41 millones, mientras que en el caso de los hombres, 12 millones tienen como

única actividad trabajar de un total de 37 millones de hombres que de igual manera pertenecen a la PEA (INEGI, 2011).

En general, la función social que desempeñan las madres, consiste en desarrollar una serie de actividades y roles particulares en sus vidas: 1) las labores incluidas en el trabajo doméstico, 2) la crianza y educación de los hijos, 3) ser fuente de apoyo y afecto, 4) el trabajo de esposa o compañera, 5) cuidar la salud de otros y de ellas mismas y 6) el trabajo no remunerado o remunerado dirigido hacia el mercado laboral. Dichas actividades se verán afectadas por un sinnúmero de factores que incrementarán la carga de trabajo, ejemplo de estos son la cantidad de labores domésticas, el número de hijos, el nivel socioeconómico de la familia, las exigencias propias del trabajo e incluso las dificultades representadas por las relaciones de género (Rubin, Denman & Grijalba, 2006). También es importante mencionar que los estereotipos de género, llegarán también a determinar las estrategias de afrontamiento, las cuales a su vez, influyen en los modos de enfermar (Martínez, 2004).

Como hemos comentado, el trabajo de la madre exclusivamente dentro del hogar, implica una gran gama de actividades y es importante resaltar que estas llegan a representar una proporción sustancial de su actividad a la que de manera adicional en un número creciente de casos, las madres se incorporan al campo laboral. Entre dicha gama de actividades podemos encontrar desde preparar los alimentos, realizar las tareas con los hijos, realizar el aseo o limpieza y hasta hacer reparaciones menores de la casa, solo por mencionar algunas de ellas. Rosenfield (1992, citado en Blanco & Feldman, 2000) menciona que más del 50% de todas las tareas en el hogar, están relacionadas con el cuidado de los hijos. Todo lo anterior, forma un conjunto de exigencias sociales que si bien tienen la finalidad de satisfacer el bienestar de la familia, también puede

llegar a representar una doble o triple jornada laboral, lo cual a su vez tiene un impacto en el estado de salud físico y mental de la madre (Blanco & Feldman, 2000).

I.2 La inserción de la mujer en el campo laboral y sus efectos sobre las prácticas de salud familiar.

Actualmente en México, las actividades que realizan las mujeres van más allá de las labores domésticas, integrándose en gran medida la realización del trabajo remunerado, observándose también su participación en organizaciones sociales e inclusive políticas.

De acuerdo a los datos presentados en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo ENOE 2010 (INEGI, 2010) la población total de mujeres en el país es de 55 millones de un total de 108 millones de habitantes. 41 millones son mujeres mayores de 14 años y de ellas, solo 16 millones se consideran población económicamente activa (PEA) ocupada, las cuales además se dedican a los quehaceres domésticos. Por otra parte, como se mencionó anteriormente, 24 millones de mujeres integran a la población no económicamente activa, y cabe mencionar que dentro de este rubro, se considera a las mujeres que se dedican exclusivamente a los quehaceres domésticos (18.6 millones).

Las razones por las cuales las madres se incorporan al campo laboral son variadas, pero principalmente es porque enfrentan una situación económica difícil y se encuentran en la necesidad de trabajar, ya sea como complemento al ingreso económico de la pareja o de otros miembros de la familia. En otros casos, ellas trabajan por ser madres solteras y por lo tanto, el principal sostén económico o bien, como parte de su desarrollo personal y profesional.

Los principales sectores en los cuales laboran las mujeres consideradas dentro de la PEA ocupada, son el comercio y el de servicios, donde laboran alrededor de 4.5 millones y 8.9

millones de mujeres respectivamente. Respecto a las prestaciones, alrededor de 10.6 millones de mujeres no tienen acceso a instituciones de salud.

El realizar un trabajo, aporta a la persona una serie de beneficios. Mujeres y hombres reconocen en el trabajo fuera de casa, una vía de satisfacción y realización personal. En particular para las mujeres, el mantener un empleo fuera de casa lo consideran interesante, así como también una oportunidad de asumir mayores responsabilidades, y por lo tanto, el trabajo funciona como una fuente alterna de autoestima favoreciendo el sentido de control y toma de decisiones. Además, de manera implícita, el obtener un salario procura una mayor seguridad a futuro, generando la posibilidad de planear a corto y largo plazo con la finalidad de progresar (Whitbourne, 1986 citado en Craig & Baucum, 2009). Uno de los beneficios que sobresale es la oportunidad de nuevas relaciones interpersonales que llegan a proporcionar amistad, consejo y apoyo psicológico. Lo anterior consigue traducirse en apoyo social el cual podrá actuar como amortiguador de las tensiones generadas en casa.

En general para la mujer que se integra al campo laboral, se encuentra también con la dificultad de encontrar un buen empleo. Además de enfrentarse a la situación de competencia laboral, lidia con los estereotipos de género que como hemos comentado, siguen anclados en la sociedad y no han sido afectados en gran medida por los cambios sociales. Estos estereotipos que se relacionan con la cultura patriarcal, la cual ha impuesto relaciones de poder asimétricas favoreciendo en mucha mayor medida al hombre. Detrás de esta cultura patriarcal encontramos una serie de valores masculinos o androcéntricos que han generado estructuras, normas, valores y creencias que obstaculizan el desarrollo personal y profesional de la mujer (Sarrió, Ramos & Candela, 2004).

En el caso de las organizaciones laborales (Marshall, 1993 citado en Sarrió, Ramos & Candela, 2004) se comenta que en ellas predominan valores y características reconocidas generalmente en el estereotipo masculino como lo es la independencia, el control, la competición, la racionalidad y objetividad. Dichas características los hombres las identifican como exclusivas. Lo anterior influye en la segregación laboral, dando como resultado una desigualdad de oportunidades en la promoción profesional de la mujer. Además en estas circunstancias muchas mujeres presentan mayores índices de autocrítica y exigencia, se sienten constantemente evaluadas y con mayores niveles de estrés, todo esto se debe en gran medida a las políticas organizacionales y los conflictos de identidad y rol de género. Como parte de esta segregación, la mujer se ha limitado a realizar trabajos considerados como “femeninos” o comúnmente delegados a ellas, los cuales además son de bajo ingreso como por ejemplo la enfermería, la enseñanza en primaria y secundaria, labores secretariales y administrativas y otras más que pueden ser consideradas extensiones de su labor en el hogar.

Las creencias sobre el estereotipo de género indiscutiblemente también se encuentran en casa, por ejemplo, es muy común que se crea que la mujer no se comprometerá ni dedicará plenamente a su trabajo o que incluso lo abandonará debido a sus responsabilidades con la familia, ya que la mujer “debe” solo dedicarse a su familia y al hogar (Sarrió, Ramos & Candela, 2004). Esto se hace más evidente cuando hay desaprobación del hombre a que su pareja tenga un trabajo de tiempo completo cuando tienen hijos pequeños. Además puede llegar a haber reacciones negativas de sus familiares y amigos. Por lo anterior, las mujeres generan sentimientos de ambivalencia ante las tareas que realizan.

Como alternativas para combinar los roles que implican el hogar y el trabajo, muchas mujeres posponen el nacimiento de los hijos, algunas renuncian a su trabajo siempre y cuando continúen

realizando actividades que sean intelectualmente estimulantes como podría ser un trabajo dentro de la comunidad, otras buscan horarios de trabajo más flexibles y algunas desisten y suponen que la carrera y el hogar son incompatibles. (Levinson, 1978, 1986 citados en Craig & Baucum, 2009).

Definitivamente a pesar de las barreras, la mujer continúa incorporándose al ámbito laboral, lo cual tendrá implicaciones para la dinámica familiar y social. Al mismo tiempo existirán consecuencias positivas y negativas, ya que se dice que al mantener varios roles (madre, trabajadora, esposa) la mujer amplía sus recursos, mejora su autoestima, aumenta el sentido de autonomía, se vuelve independiente económicamente y además se desarrolla personal y profesionalmente. Por otra parte, el mantener esta serie de roles, aumenta la demanda de tiempo y esfuerzo que tiene que dedicar, llegando en algunos casos a sobrepasar sus capacidades y esto convertirse en situaciones generadoras de estrés, con el probable impacto a la salud (Benavides, Moreno, Garrosa & González, 2002).

Debido a los cambios que se están presentando en la sociedad, se vuelve necesario realizar diferentes análisis de la situación y conocer el impacto de la actividad laboral en la mujer y en las familias, explorando los beneficios y las desventajas de esta condición.

I.3 Importancia del estudio de las prácticas de salud familiar

Se ha aceptado que gran parte de las prácticas de salud que realizamos, las aprendimos en la familia, las cuales generalmente se han convertido en hábitos a lo largo del tiempo. Dichas prácticas se verán también afectadas por factores como el contexto social (García, Pardío, Arroyo & Fernández, 2008) pero prevalece el impacto de la gama de características de la familia, la cual como hemos dicho, continúa siendo un espacio gobernado por la madre.

Según refiere Navarro y Reyes-Lagunes (2008) resulta importante conocer acerca de las prácticas maternas de salud, en particular las relacionadas con la alimentación, ya que se ha encontrado que dichas prácticas afectan la preferencia de los hijos por cierto tipo de alimentos, la regulación del consumo de energía e incluso la adiposidad. En relación a lo anterior, los autores mencionan también que para modificar los hábitos de alimentación desde la niñez, es necesario primeramente trabajar con los padres, resultando clave algunas características maternas como la escolaridad y la ocupación.

El reconocer que las prácticas del cuidado de la salud se aprenden en casa, se vuelve importante ya que las personas las continuarán ejerciendo a lo largo de su vida y volverán a reproducirlas con los hijos. Esto a su vez, tiene relación con el desarrollo de diversas enfermedades crónicas (Obesidad, Diabetes mellitus, hipertensión, algunos tipos de cáncer, etc.) que se conoce están determinadas en gran medida por los estilos de vida, incluyendo primordialmente los hábitos alimenticios, de actividad física y otras prácticas de salud como podrían ser las revisiones médicas periódicas. Es por esto que se destaca la trascendencia de identificar la concepción que tiene la madre acerca de la salud y sus cuidados, las orientaciones que guían dichas prácticas y los recursos y fortalezas con los que cuenta para implementarlas. De ello se desprenderá eventualmente el entendimiento acerca de cómo las madres promueven la salud de la familia lo cual impactará de manera decisiva la salud actual y futura de sus miembros.

Una de las principales prácticas dentro de la labor como madre en el hogar es la alimentación. Vista como una práctica social y cultural, se verá afectada por múltiples factores como el número de comidas y horarios acostumbrados, el tipo de alimentos que se consumirán, las técnicas y tipos de preparación y presentación, los alimentos adecuados para las festividades e inclusive el

proceso de compra y almacenamiento. Lo anterior nos señala el complejo proceso que representa la alimentación y que es aprendido en la familia.

En un estudio anterior acerca de las prácticas de promoción de la salud en madres sonorenses (Montiel, 2006), se encontró que dentro de la forma en que las madres conciben la salud, se incluye su capacidad para hacerse cargo de las tareas de cuidado de la familia y la satisfacción que se deriva de cumplir con dicho cuidado. De ello se concluye que el ejercicio del cuidado de la salud familiar es una fuente de satisfacción y bienestar, por lo tanto, si las madres perciben que están siendo efectivas como cuidadoras/promotoras de la salud, esto se refleja positivamente en su propio estatus de salud y bienestar psicológico.

En la actualidad se piensa en la promoción de la salud como una aproximación constructiva dentro de la cual se vuelve de suma importancia la educación para la salud y el fortalecimiento comunitario para lograr que las familias tomen decisiones informadas respecto al cuidado de su salud. Como resultado se espera que las familias adopten estilos de vida saludables, donde prevalezca una orientación positiva que involucra prácticas que promuevan y preserven la salud en lugar de evitar la enfermedad (Montiel, 2006). Lo anterior corresponde a lo que argumenta Roden (2003), quien menciona que entre las prácticas de promoción de la salud, existen dos tipos de orientaciones: la negativa que basa la prevención en la idea de evitar la enfermedad y la orientación positiva la cual supone que la prevención se da a través de estrategias de educación para la adquisición de habilidades que generen decisiones adecuadas y responsables en torno del cuidado de la salud. En su estudio, Montiel (2006) encontró que la orientación negativa incluye no enfermar, evitar envejecer, prolongar la vida y evitar dolor y sufrimiento, mientras que la orientación positiva incluye prácticas como la asignación de responsabilidades del cuidado personal y promover la reflexión acerca de las consecuencias del comportamiento.

La línea de trabajo inicial, en la cual se inserta el trabajo reportado en este documento, ha pretendido rescatar, desde la propia perspectiva de la madre, la forma en que ejerce sus prácticas de cuidado de la salud familiar día a día. Cabe aclarar, que dicha línea de trabajo comenzó con una base cualitativa, la cual se ha desarrollado, dando pie a otras investigaciones relacionadas principalmente con las prácticas maternas. El conocer las prácticas y por tanto su orientación a la salud, permitirá formular estrategias de intervención culturalmente efectivas, que fortalezcan aquellas prácticas de cuidado de la salud que las propias madres identifican como prioritarias.

I.3.1 Prácticas maternas de salud: orientación positiva y negativa

Entre las prácticas que las madres consideran de mayor relevancia se encuentra la supervisión de los hijos. Supervisar se refiere a saber dónde están los hijos, conocer que hacen y que sus actividades no interfieran con sus obligaciones escolares o alguna otra (Craig & Baucum, 2009).

Por otra parte, se dice que una de las metas de la crianza es incrementar la conducta autorregulada, donde los hijos tengan la capacidad para controlar y dirigir su comportamiento, sin dejar de lado las exigencias de los padres y las normas sociales. Para lograr lo anterior, se vuelve importante como estrategia, utilizar el razonamiento y las sugerencias verbales (Lamb et al, 1992 citados en Craig & Baucum, 2009). Así mismo, utilizar el razonamiento se relaciona con la conducta prosocial y con observar las reglas sociales. Por lo mismo, se ha señalado que es mejor que los padres les recuerden a sus hijos los efectos que sus acciones tienen sobre otros y de esta manera, ellos logran interiorizar mejor las normas. Sucede lo contrario cuando los padres solamente imponen su poder (Craig & Baucum, 2009).

Lo anterior corresponde al denominado estilo de crianza autoritativo (o con autoridad) el cual se caracteriza por desarrollar en los hijos, acciones responsables e independientes, así como una

buena autoaceptación y autocontrol. Se dice que los padres autoritativos combinan un control moderado con afecto, aceptando y fomentando la autonomía. Cuando fijan límites, estos son razonables, ofreciendo explicaciones adecuadas al nivel de comprensión del hijo y escuchando también lo que los hijos tenga que decir. Ya que las acciones de los padres autoritativos no son injustas, los hijos se encuentran mucho más dispuestos a aceptar las restricciones (Craig & Baucum, 2009).

En resumen, hemos hablado de prácticas de supervisión o vigilancia y desarrollo de la disciplina, las cuales además de incluirse en un estilo de crianza autoritativo, también corresponden con una orientación positiva del cuidado de la salud. Es decir, la madre está al pendiente de sus hijos pero al mismo tiempo les enseña cómo hacerse responsables de ellos mismos, enseñándoles diversos cuidados que deben tener. Estas prácticas son culturalmente importantes en madres sonorenses (Montiel, 2006).

I.4 El rol de la pareja y otros factores que impactan las prácticas maternas de salud

La alimentación familiar, se ajusta en gran medida por los recursos económicos y por la disponibilidad de alimentos. Las madres por su parte combinan la cantidad, calidad y sabor de los alimentos para satisfacer las necesidades, preferencias y gustos de los miembros de la familia. Adicionalmente, el tiempo también es un factor importante, ya que la alimentación es en realidad un proceso complejo que va desde la compra, almacenamiento, preparación y presentación de los alimentos (García, Pardío, Arroyo & Fernández, 2008).

Lo anterior es solo un ejemplo de cómo las prácticas maternas no son sencillas y como son afectadas por múltiples factores. Dicha situación se complica aún más cuando la mujer entra al mercado de trabajo y como se ha mencionado, esto no ha significado una redistribución del

trabajo doméstico en la familia. Por ejemplo, simplemente la distancia entre la casa y los centros de trabajo, altera la dieta familiar al modificar los horarios de consumo y el número de integrantes que pueden comer juntos (García, Pardío, Arroyo & Fernández, 2008).

Una práctica más que sirve como ejemplo es la del cuidado de los hijos. Esta se complicará por factores tales como la edad y número de hijos, actividades de la madre incluyendo principalmente el trabajo pero más que nada, se verá afecta por el apoyo que ella reciba para realizarla. Ella hará arreglos satisfactorios para lograrlo, como el uso de guarderías, medios tiempos o bien recurrirá a la familia, sin embargo el apoyo más cercano y que tiene más impacto es el que proporciona la pareja.

En un estudio donde participaron parejas con una situación profesional similar, se encontró que las mujeres contribuían en mayor grado, en relación al cuidado de los hijos así como también en el resto de las actividades de la casa, dando como resultado tensiones en el rol familiar y en el de pareja (Biernat & Wortman, 1991 citado en Blanco & Feldman, 2000). Además se ha observado que aunque ambos padres trabajen fuera de casa, la mujer terminará realizando dos veces más trabajo doméstico, en especial cuando hay niños en la familia y sobre todo si estos son pequeños (Baxter, 2000 citado en Pampliega, Rivero & Merino 2011). Adicionalmente autores como Antill y Cottin (1988) y Smith y Reid (1986) han referido que la participación de los hombres en las tareas domésticas disminuye conforme aumentan sus ingresos (Craig & Baucum, 2009).

La satisfacción marital se relaciona con aspectos como la intimidad, cuidado, pasión y apoyo, entendiéndose este último, como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro a través del sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor

(Solares, Benavides, Peña, Rangel & Ortiz, 2011). Relacionado a lo anterior, Fricker (2006) reconoce que algunas de las causas de divorcio más frecuentes son la infidelidad, el factor económico, la falta de comunicación o deseo y el sentimiento de soledad ante la falta de comprensión de la pareja (Solares, Benavides, Peña, Rangel & Ortiz, 2011). Es por ello que se considera de suma importancia la percepción que tiene la persona acerca del apoyo que recibe de su pareja.

Según los datos presentados en el Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos (INEGI, 2011), en México, se ha incrementado el número de divorcios durante los últimos años. En el año 2000 hubo alrededor de 52 mil divorcios registrados, cifra que llegó a los 70 mil durante el 2005 y 81 mil en el 2008. En el año 2003, por cada 100 matrimonios había 11 divorcios, mismos que aumentaron a 12 en el 2005. Esto puede indicar que ha aumentado la insatisfacción con el matrimonio y será importante reconocer el rol que tiene el apoyo de la pareja en la insatisfacción.

El apoyo otorgado por la pareja, también tiene un impacto sobre el resto de la familia. Durante el embarazo e infancia temprana, se vuelve valioso el apoyo del padre para el establecimiento de relaciones positivas con los hijos. También es sabido que los padres que interactúan constantemente con sus hijos, se vuelven más sensibles a sus señales y se convierten en figuras importantes y agentes eficaces de socialización. Por el contrario, cuando los padres son inaccesibles para sus hijos, más tarde les resulta difícil establecer fuertes lazos emocionales (Craig & Baucum, 2009).

Siguiendo esta misma línea, se vuelve a hacer evidente que la incorporación del varón al espacio doméstico continúa siendo poco frecuente y cuando ocurre, generalmente se percibe

como una pérdida o cesión como resultado de un conflicto. Comúnmente no se vive como una ganancia personal o un logro, contrario a lo que ha sucedido con los cambios de posición de las mujeres (Barberá, 2004). Esta falta de apoyo de la pareja, merma los recursos y fortalezas con los que cuenta la madre, mismos que también representan circunstancias desiguales para hombres y mujeres ante las diversas demandas familiares y sociales.

I.4.1 Algunos factores actuales que impactan la salud de las madres

Al hablar de desarrollo psicológico, gran parte de la literatura coincide en que el éxito durante la adultez, depende en gran medida del desarrollo profesional, la familia y una relación de pareja. Feist y Feist (2007) mencionan a autores como Maslow, quien hace referencia a la autorrealización definiéndola como el uso y desarrollo pleno de nuestros talentos y capacidades, y a Erikson quien habla de la etapa de generatividad versus estancamiento, argumentando que muchas personas se consideran miembros productivos y valiosos de la sociedad, en mayor parte debido a su oficio o profesión. Con lo anterior, podemos recalcar la importancia que le damos a desempeñar con éxito los roles que cumplimos en la vida diaria.

Particularmente el trabajo que desempeñemos, si bien es un medio de supervivencia para la persona y en muchos casos para la familia, ayuda también a definir nuestro estatus, el ingreso percibido y por lo tanto cierto prestigio. Además brinda la oportunidad de ser creativo, es fuente de autoestima e incentivo para el crecimiento de la persona.

Dichos beneficios materiales y psicológicos los comparten mujeres y hombres que trabajan, pero llegan a contraponerse con la carga que representa el hogar y la familia, ya que como hemos dicho, la carga familiar no ha cambiado en lo que respecta a responsabilidades, manejo, administración y ejecución de las tareas domésticas. Estas últimas, de manera gradual llegan a

volverse rutinarias, aburridas y en general realizadas en un aislamiento social, sin mencionar que en muchos casos no se percibe el apoyo de la pareja. Esta situación terminará en agotamiento y tensión (Blanco & Feldman, 2000).

Los apoyos recibidos en casa, la carga percibida, el apoyo social, las presiones dadas en el trabajo, las discriminaciones sociales y laborales e incluso la violencia que viven las mujeres en diversos ámbitos son las condiciones en las que se desempeñan muchas mujeres y que por tanto, representan sus condiciones de vida. Debido a lo anterior, se observarán patrones de enfermedad diferentes entre mujeres y hombres.

Se ha llegado a afirmar que el hecho de que el esposo participe en las tareas del hogar, es un predictor de ausencia de depresión y de una mejor percepción de la salud en las esposas (Blanco & Feldman, 2000). Por su parte, investigaciones han reportado que cuando las esposas perciben una distribución equitativa de las responsabilidades del hogar de sus esposos, refieren sentirse satisfechas con su pareja y un estado de bienestar general (Piña & Bengtson, 1993 citado en Blanco & Feldman, 2000).

La relación entre condiciones de vida justas y equitativas y la salud es totalmente reconocida. La falta de desarrollo subjetivo genera malestares que se manifiestan como síntomas, en concreto, la relación entre biografía personal y enfermedad. En estudios se ha observado como las mujeres tienen condiciones de vida más difíciles y deficientes en comparación con los varones y por lo general, son sometidas a estresores mucho más graves y persistentes. Por lo anterior, es razonable pensar que los indicadores epidemiológicos muestren una mayor prevalencia de malestares en mujeres, como por ejemplo los psíquicos (Martínez, 2004).

Un factor más que se añade como estresor y que forma parte de las condiciones de vida de las mujeres son los estereotipos de género. En el caso de las mujeres amas de casa, el “mandato de género” indica un ideal maternal donde la maternidad y el cuidado de los otros solo debe expresarse de manera positiva, llevando a las mujeres a ser un refugio de angustias y malestares de la familia, a ser una madre abnegada que vive prácticamente para el bienestar de la familia y no del propio. Esto puede terminar en angustia y depresión. Por otro lado, las madres crean expectativas, esperando recibir el mismo cariño, comprensión y solidaridad. Además, hay una falta de reconocimiento de sus capacidades personales, emociones e intereses. Todo esto generará frustración e influirá en el estado de ánimo y en la satisfacción personal (Martínez, 2004).

El efecto de los estereotipos de género afecta en mayor medida entre más rígida y uniforme sea la identidad del sujeto, ya que desempeñará con mayor consistencia y estabilidad sus roles, haciendo más probable la aparición de mayores tensiones y estrés por alcanzar los modelos ideales. Es importante señalar que los mensajes de los estereotipos de género se asumen de tal manera que en el caso de las mujeres, quieren ser madres e hijas perfectas, buenas esposas, buenas profesionistas y amas de casa. Al final, las mujeres terminan enganchadas en sus responsabilidades familiares, lo cual interviene sobre su autonomía. Un ejemplo es el Síndrome de “Nido Vacío” donde al prácticamente terminar la función materna, se producen sentimientos de pérdida del sentido de la vida.

Como parte importante de las condiciones de vida está el estrés producido. Actualmente se acepta que los problemas de la vida diaria predicen en mayor medida la salud física y mental de una persona, en comparación con los grandes acontecimientos (Orlandini, 1999). Esto lo señaló Lazarus (1981) durante un estudio en el cual observó que las personas que se abrumaban con

pequeños problemas, presentaban más problemas de salud física y mental, en comparación con personas quienes tenían una vida relativamente calmada. Los pequeños problemas referidos durante el estudio incluyeron: preocupación por el peso y por el aspecto físico, la salud de un miembro de la familia, incremento en el precio de los artículos de consumo, mantenimiento de la casa, realizar un gran número de actividades, extravío o pérdida de cosas, propiedades, inversión o impuestos y el delito. La mayoría de estos acontecimientos, son vividos diariamente por las mujeres amas de casa.

Una situación más que llegan a vivir muchas amas de casa y que lleva a un desgaste emocional, es el cuidado de un familiar mayor. Durán en 1999 reportó que en dicha actividad había una gran cantidad de costos emocionales implícitos, resaltando primeramente la exclusión social, la reducción del tiempo de ocio, dificultades para visitar a los amigos, conflictos con la pareja, sentirse deprimido y cansado e inclusive dificultades con el trabajo y problemas económicos (Martínez, 2004).

Por último, no podemos dejar de lado la situación de muchas amas de casa que además trabajan fuera del hogar. En algunos casos se ha observado que llegan a tener una mejor salud física y mental, en comparación con las mujeres que no trabajan. Esto en muchos casos se atribuye a las relaciones sociales que se fomentan con la interacción diaria que ofrece el trabajo y que son una fuente de apoyo emocional (Craig & Baucum, 2009). Sin embargo, dicho estado de salud no es una constante.

De todo lo anterior se concluye que la condición de ser madre y las diferencias de género que esto conlleva, genera una serie de condiciones de vida, mismas que probablemente generarán problemas de salud. Para conocer mejor cómo afectan estas diferencias de género, se vuelve

necesario estudiar con detenimiento las condiciones de vida y hacer la distinción entre los factores psicológicos y sociales que afectan desigualmente a mujeres y hombres, como lo es en este caso, en el hogar.

I.7 Bienestar psicológico y su relación con la salud

El Bienestar Psicológico propuesto por Ryff (1989), tiene como principio el Eudemonismo formulado por Aristóteles. Este fue desarrollado en los textos titulados *Ética a Nicómaco* donde el autor proponía el término Eudemonía como el bien más alto que el hombre puede alcanzar a través del desarrollo pleno de sus capacidades. De esta manera se obtiene como fin último, la felicidad.

Dentro del concepto de Eudemonía, se hace hincapié en la necesidad de esforzarse para alcanzar la felicidad y dicho esfuerzo según Aristóteles, incluye a la virtud, la cual implica encontrar el nivel medio entre el exceso y la deficiencia.

Los dos puntos anteriores sirvieron como base para el constructo de Bienestar Psicológico y reforzar la idea implícita de desarrollo y auto realización, contemplando que esta última se dará según la disposición y talento de cada individuo, es decir, dependiendo del potencial de cada persona.

Continuando con el proceso de desarrollo del concepto de Bienestar psicológico, Ryff incluyó a diversos autores y filosofías, sin perder de vista la idea del desarrollo y auto realización.

Retomo ideas de filósofos existencialistas y utilitaristas como John Stuart Mill y Bertrand Russell. Posturas y propuestas de la psicología del desarrollo como las de Erikson, Neugarten, Massarik y Bühler para referirse a las tareas y retos que enfrentan las personas a lo largo de su vida. De la psicología existencial y humanista se considero a Allport, Frankl y Lasch, Maslow y

Rogers quienes hablaron de un significado y propósito en la vida inclusive frente a la adversidad. Finalmente se incluyeron propuestas de la psicología clínica de Jahoda y Jung quienes al referirse a la salud mental lo hicieron desde una perspectiva positiva (Ryff & Singer, 2008). Esto último es un punto que tienen en común las posturas teóricas y filosóficas que retomo Ryff, ya que todas parten de una perspectiva que privilegia el funcionamiento positivo de la persona.

De la integración de las posturas mencionadas y utilizadas como bases conceptuales, surge el constructo de Bienestar Psicológico así como las seis dimensiones que lo componen: Auto Aceptación, Propósito en la Vida, Dominio del Entorno, Relaciones Positivas, Crecimiento Personal y Autonomía. Cada una retoma la perspectiva del funcionamiento positivo, ya que representan aspectos que se considera posee una persona que se ha desarrollado y funciona de manera plena, lo que también incluye la salud física.

A continuación se describirán brevemente cada una de las dimensiones.

La Auto Aceptación se refiere a la capacidad de poder evaluarse a uno mismo, reconociendo y aceptando nuestras fortalezas y debilidades.

La dimensión Relaciones Positivas, involucra formar fuertes lazos de amor, empatía y afecto, mediante la experiencia de relaciones cercanas y de confianza con otros. Diversos autores concuerdan que este aspecto de la esfera interpersonal es parte esencial de la vida e incluso un componente de la salud mental.

El Crecimiento Personal implica el proceso de auto realización del individuo, es decir, el sentimiento que tiene la persona de que su potencial se está desarrollando. Esto a su vez tiene relación con la psicología del desarrollo, ya que los diferentes retos que se presentan en cada una de las etapas de la vida demandan un crecimiento continuo.

La dimensión de Propósito en la Vida, hace referencia a tener metas y objetivos que den significado y propósito a la vida, lo que también incluye un sentido de dirección de la misma. Esta dimensión considera las creencias positivas que tiene la persona sobre las metas y objetivos que ha logrado cumplir y los que planea para el futuro.

Por Dominio del Entorno se entiende la capacidad de actuar y modificar el medio que nos rodea, con la finalidad de encontrar o ajustar el contexto a nuestras necesidades y capacidades personales. Involucra la capacidad de manejar las demandas de la vida diaria.

Por último, la dimensión de Autonomía se concibe como la capacidad de auto evaluación del individuo pero solo bajo sus propios estándares, dejando de lado la aprobación de los demás, así como también lo que la sociedad acepta o impone como norma.

De esta forma, el Bienestar Psicológico podemos definirlo como la evaluación global, personal y subjetiva que realiza la persona sobre su vida, retomando principalmente logros obtenidos, condiciones actuales de vida y metas por alcanzar.

Ryff inició con el proceso de construcción de un instrumento de medición. Como primer paso, Ryff describe cómo se espera que las dimensiones de bienestar psicológico se comporten en la persona según tenga un nivel de bienestar psicológico alto o bajo. El segundo paso consistió en la redacción de ítems por varios redactores independientes ajustándose a las definiciones ya elaboradas (Anexo 1). Posteriormente se estimó la validez aparente de los reactivos depurándose el banco de ítems para configurar la primera versión del instrumento para su aplicación. También se llevó a cabo la validación de constructo y análisis de confiabilidad test-retest y consistencia interna.

A partir de lo anterior, diversos autores han evaluado la estructura factorial del modelo (a través del análisis factorial confirmatorio), llegando a la conclusión de que el modelo propuesto por Ryff de seis dimensiones es el adecuado. Una de las propuestas retomada que además se ha aplicado y traducido al español, es la Van Dierendonck (Díaz et al, 2006).

I.7.1 Hallazgos de la investigación del Bienestar Psicológico.

A través del desarrollo de diversos instrumentos y la medición del Bienestar Psicológico en distintas poblaciones, se han encontrado resultados que muestran su relación con otras variables incluyendo constructos psicológicos e incluso variables asociadas a la salud física.

Respecto a las relaciones encontradas con variables de carácter socio demográfico, en específico la edad, se ha documentado la variación que presenta el bienestar psicológico en principalmente tres grupos de edad: adultos jóvenes (25-39 años), adultos de mediana edad (40-59 años) y adultos de edad avanzada (60-74 años). En general se ha observado que los puntajes de algunas dimensiones del Bienestar Psicológico se incrementan con la edad, especialmente durante la edad avanzada, como es el caso de la Autonomía y del Dominio del Entorno (Ryff & Singer, 2008). Los puntajes de Propósito en la Vida y Crecimiento Personal, disminuyen conforme avanza la edad, mostrando puntajes altos en los adultos jóvenes pero un marcado decremento durante la edad avanzada (Heidrich & Ryff, 1995). Cabe mencionar que los puntajes de las dimensiones Auto Aceptación y Relaciones Positivas se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo. Por último, se ha observado que en comparación con los hombres, las mujeres presentan puntuaciones más altas en las dimensiones de Relaciones Positivas y Crecimiento Personal (Ryff, 1989).

Algunas investigaciones han señalado la relación que existe entre Bienestar Psicológico y variables de carácter biológico (Ryff & Singer, 2008). Las hipótesis señalan que conforme se experimenta un mayor sentimiento de Auto realización, es mucho más probable que la persona realice comportamientos que cuiden su salud. Además, también se consideran relevantes los beneficios psicológicos que subyacen al crecimiento y desarrollo personal implícito en las dimensiones que conforman el Bienestar Psicológico. Lo anterior contribuirá a que la gente se mantenga saludable.

En el estudio de Ryff, Singer y Love (2004) realizado en mujeres de edad avanzada (entre 61 y 90 años y en su mayoría con un nivel educativo de secundaria), se encontraron varias relaciones con diversas variables de carácter biológico: a) Las mujeres que presentaron niveles altos en Crecimiento Personal y Propósito en la Vida, presentaron menores niveles de cortisol en saliva y mayores concentraciones de colesterol HDL. El cortisol es una hormona liberada en respuesta al estrés, la cual contribuye a suprimir el sistema inmunológico, mientras que el colesterol HDL se considera como un factor de protección contra enfermedades cardiovasculares. b) Se observó que mujeres con altos niveles de Propósito en la vida, mostraban un menor número de marcadores de la inflamación como el sIL-6r el cual es el receptor soluble de la interleucina-6. c) Altos niveles de Dominio del Entorno, Relaciones Positivas y Auto Aceptación se asoció con bajos niveles de hemoglobina glicosilada, el cual es un marcador para la resistencia a la insulina. d) Por último, las mujeres que tuvieron mayores niveles de Dominio del Entorno, presentaron también mayores periodos de sueño MOR (Movimientos oculares rápidos).

Como se ha comentado, el que una persona presente un adecuado nivel de Bienestar Psicológico, significa que es una persona plena y ha logrado desarrollarse. Esto a su vez tendrá

un impacto positivo en diversos ámbitos de su vida, tanto a nivel físico como psicológico, entre ellos, el desarrollo de su rol de cuidadora de la salud familiar. Lo anterior refuerza la importancia de estudiar dicho constructo en otras poblaciones y entender cómo propiciarlo para de esta manera generar beneficios a la salud.

Con base en lo anterior, se formula el siguiente:

II. Objetivo

El objetivo del estudio es describir las prácticas de salud familiar que las madres llevan a cabo, las orientaciones de dichos cuidados, los recursos y fortalezas con que cuentan, y el bienestar psicológico y estatus de salud percibido, contrastando madres que trabajan fuera de casa (Madres Trabajadoras) y madres que permanecen en el hogar (Madres no trabajadoras).

III. Hipótesis

H0: No hay diferencias significativas en las prácticas de salud familiar que las madres llevan a cabo, las orientaciones de dichos cuidados, los recursos y fortalezas con que cuentan, y el bienestar psicológico y estatus de salud percibido entre madres que trabajan fuera de casa (Madres Trabajadoras) y madres que permanecen en el hogar (Madres no trabajadoras).

H1: Existen diferencias significativas en las prácticas de salud familiar que las madres llevan a cabo, las orientaciones de dichos cuidados, los recursos y fortalezas con que cuentan, y el bienestar psicológico y estatus de salud percibido entre madres que trabajan fuera de casa (Madres Trabajadoras) y madres que permanecen en el hogar (Madres no trabajadoras).

IV. Método

IV.1 Participantes

Para llevar a cabo el levantamiento de datos, se seleccionó una muestra intencional constituida por madres que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Tener al menos un hijo en edad escolar, es decir que alguno de sus hijos tuviera una edad comprendida entre los 8 y 14 años. Este criterio es de suma importancia ya que durante este lapso la madre tiene gran influencia y control sobre la mayoría de las actividades de sus hijos, como en la alimentación y socialización.
- 2) Ser residente de la zona urbana de Sonora. Se consideró que las madres tuvieran viviendo en el estado al menos 5 años, garantizando el proceso de aculturación. Este último se considera un factor importante para el desarrollo de diversas prácticas de salud dentro de la familia.
- 3) Contar con ingresos económicos medios. Esto se determinó tomando en consideración el número de habitaciones de la vivienda, no pudiendo ser mayor a 6 habitaciones incluyendo la cocina.

Se incluyeron madres con o sin pareja con el propósito de estimar el papel del esposo o pareja actual respecto al apoyo que brinda a la participante. Además se hizo hincapié en incluir tanto madres dedicadas exclusivamente al hogar como madres que cuentan además con un trabajo asalariado.

IV.2 Muestreo

Para el levantamiento de datos de este estudio se seleccionaron por conveniencia diversos municipios del estado de Sonora, con la finalidad de obtener una muestra que incluyera los

municipios con mayor población urbana. Los municipios fueron: Hermosillo, Nogales, Ciudad Obregón, Agua Prieta y Magdalena. La muestra obtenida se conformó de 147 madres participantes. Se obtuvieron proporciones similares en relación a la ocupación de las entrevistadas, resultando un total de 71 (48.3%) Madres no trabajadoras y 76 (51.7%) Madres trabajadoras.

IV.3 Instrumentos

Para recabar los datos de interés se hizo uso del Inventario de Prácticas de cuidado de la salud (Montiel, 2009). El inventario tiene como finalidad explorar diversos aspectos relativos a la madre y a su familia, los cuales tienen una relación con el desarrollo de prácticas de promoción de la salud. Adicionalmente explora la percepción del estado de salud donde además se evalúa la percepción de la imagen corporal. Consta de 7 apartados, los cuales a su vez se dividen en sub-escalas. Prácticamente en todas las sub-escalas se utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos en un continuo de frecuencia (1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = La mitad de las veces o regular, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre), además las participantes respondían tomando en consideración los últimos 30 días. En dos sub-escalas más se utilizan reactivos de ordenamiento, en donde se ofrecen estímulos visuales acompañados por frases los cuales son ordenados según la prioridad o importancia que le asigna la participante. Otras dos sub-escalas utilizan escalas de respuesta dicotómicas (Si/No y Falso/Verdadero).

Martínez (2010) realizó un estudio en el cual utilizó el inventario antes mencionado. Para dicha investigación llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, mismo que sirvió como base para seleccionar las sub-escalas de interés para la presente investigación. Respecto a la confiabilidad de las sub-escalas, en la Tabla 1 se encuentran los valores obtenidos de la muestra

utilizada en el presente trabajo. Adicionalmente se muestra el valor de alpha para el constructo de Bienestar psicológico.

Tabla 1. Confiabilidad de las sub-escalas seleccionadas.

Sub-escala	alpha
Alimentación saludable	.733
Actividad física no estructurada	.744
Actividad física estructurada	.678
Vigilancia de la socialización	.593
Uso de snacks	.611
Ajuste a gustos familiares	.578
Empleo y redes de apoyo	.644
Salud y Estado de ánimo	.839
Salud y Relaciones	.675
Desarrollo de la disciplina	.727
Bienestar psicológico	.892

n = 147

A continuación se hará una breve descripción de lo evaluado a través de cada una de las sub-escalas:

Alimentación saludable

Esta sub-escala evalúa prácticas de alimentación en las cuales se incluyan frutas y verduras en la alimentación diaria. De igual forma pregunta que tan frecuente la madre incluye pollo y pescado durante las comidas de la semana. La sub-escala se compone de cuatro reactivos como por ejemplo: “He procurado incluir frutas y verduras frescas en la alimentación diaria” y “He incluido pescado/mariscos en la comida de la semana”.

Actividad física no estructurada

La sub-escala evalúa si la participante realiza actividades con sus hijos, las cuales impliquen actividad física, como puede ser caminar o jugar con ellos. Está compuesta de tres reactivos como por ejemplo: “He caminado cuando salgo a pasear con mis hijos los fines de semana” y “He participado en juegos con mis hijos que requieren esfuerzo físico”.

Actividad física estructurada

Esta sub-escala constituida por tres reactivos, pregunta acerca de prácticas de actividad física que incluyan utilizar aparatos como la caminadora, acudir al gimnasio o incluso participar en un equipo deportivo. Contiene reactivos como los siguientes: “He utilizado aparatos de ejercicio, bicicleta, caminadora, pesas, etc., en el gimnasio” y “He acudido a clases de baile o aerobics”.

Vigilancia de la socialización

Dicha sub-escala se compone de cuatro reactivos los cuales preguntan acerca de la vigilancia que tienen las madres sobre sus hijos, principalmente sobre sus amistades. Incluye reactivos como: “He vigilado a mis hijos cuando juegan afuera de la casa” y “He conocido a los amigos de mis hijos”.

Uso de snacks

La sub-escala evalúa prácticas que las madres utilizan como estrategias de alimentación cuando disponen de poco tiempo para preparar alimentos. Se compone de tres reactivos como por ejemplo: “Les he puesto galletas, dulces o frituras en el lonche” y “He elegido carnes frías para que mi familia botanee”.

Ajuste a gustos familiares

Esta sub-escala pregunta acerca de las prácticas que utiliza la madre para lograr que sus hijos se alimenten bien, es decir, el uso de estrategias que favorezcan el consumo de una mejor alimentación, considerando las preferencias o gustos de sus hijos. Se compone de tres reactivos como por ejemplo: “Les he presentado la comida de manera que se les antoje” y “Les he preparado los alimentos que ellos prefieren”

Empleo y redes de apoyo

Evalúa los recursos con los que cuenta la madre, mismos que pueden representar un apoyo para el desarrollo de las prácticas relacionadas con el cuidado de la familia. Cuenta con tres reactivos que exploran la estabilidad en el empleo y la existencia de buenas relaciones con personas cercanas como la familia y vecinos. Utiliza reactivos como: “Mi pareja y/o yo hemos contado con empleo estable” y “He tenido una buena relación con mi familia”.

Salud y Estado de ánimo

Esta sub-escala hace referencia a la relación entre estado de salud y estado de ánimo, es decir, como un buen estado de salud permite estar bien anímicamente y sentirse capaz de realizar las actividades diarias. La sub-escala se compone de cuatro reactivos como por ejemplo: “Cuando estoy bien de salud me siento alegre” y “Cuando estoy bien de salud puedo hacer mis actividades cotidianas”.

Salud y Relaciones

La sub-escala evalúa como un buen estado de salud permite mantener mejores relaciones con quienes se convive, como la familia, compañeros de trabajo y vecinos. Cuenta con cuatro

reactivos como por ejemplo: “Cuando estoy bien de salud tengo ganas de ver gente” y “Cuando estoy bien de salud puedo estar mejor con mis hijos”.

Estas dos últimas sub-escalas, Salud y Estado de ánimo y Salud y Relaciones, pretenden evaluar el concepto de salud y las dimensiones que lo componen. Dichas dimensiones fueron propuestas por Mendelson (2002) y son cuatro: la dimensión física, social, emocional y espiritual. Las tres primeras se agruparon de manera combinada en las dos sub-escalas antes mencionadas. En el caso de la dimensión espiritual, representada en el inventario por el reactivo “Cuando estoy bien de salud me siento bien con Dios” tuvo que ser eliminada según lo obtenido durante el análisis de consistencia interna, ya que al eliminar dicho reactivo, el valor de alpha aumentaba de manera importante.

Desarrollo de la disciplina

Por último, la sub-escala Desarrollo de la disciplina evalúa la frecuencia con la que la madre realiza prácticas que promueven el desarrollo de la disciplina en los hijos, las cuales cabe mencionar, también forman parte de una orientación positiva del cuidado de la salud. Se conforma de cinco reactivos como por ejemplo: “Les explico a mis hijos el por qué de las cosas que yo les pido” y “He procurado que mis hijos aprendan a decidir qué hacer cuando no estoy presente”.

Además de las sub-escalas, también se seleccionaron algunos reactivos que se utilizaron como indicadores. Esto se hizo ya que se consideraron importantes para el análisis de la muestra y para cumplir los objetivos del presente estudio. Muchos de estos reactivos complementan la información recabada por las sub-escalas antes mencionadas, los cuales utilizaron la misma escala de respuesta (1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = La mitad de las veces o regular, 4 = Casi

siempre y 5 = Siempre). Los reactivos que complementan la sub-escala Alimentación saludable son: “He evitado el consumo de comida rápida (pizzas, hamburguesas, hot dogs, taquitos)” y “He procurado que mi familia no consuma comida chatarra”. Por otra parte, dentro de la evaluación de los recursos con los que cuenta la madre, además de la sub-escala Empleo y redes de apoyo, se utilizaron los reactivos “He recibido apoyo económico del padre de mis hijos”, “He contado con el apoyo de mi pareja para criar y educar a mis hijos” y “Soy yo quien ha tomado las decisiones en cuanto a lo que es mejor para la familia”. Por último, se utilizaron dos reactivos que sirvieron como indicadores para evaluar la percepción del estado general de salud. El primero preguntaba acerca de cómo considera la participante, su estado de salud actual (“¿Diría usted que su salud es...”) utilizando una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = Muy mala, 2 = Mala, 3 = Regular, 4 = Buena y 5 = Muy buena). El segundo indicador, hace una comparación con el estado actual de salud y la del último año (“Comparando su salud actual con los últimos 12 meses ¿diría usted que su salud ahora está...”). De manera similar, utiliza una escala de respuesta tipo Likert (1 = Mucho peor, 2 = Algo peor, 3 = Mas o menos igual, 4 = Algo mejor y 5 = Mucho mejor). Estos indicadores ofrecen una evaluación subjetiva del estado de salud, aunque cabe aclarar, que la importancia de estos reactivos se justifica por estudios como el de Mendelson (2002), donde se demuestra una estrecha correspondencia entre la percepción del estado de salud y el estado de salud físico.

Otros grupos de reactivos utilizados, fueron las dos sub-escalas que incluyen reactivos de ordenamiento. En la primera, “La salud como prioridad familiar” la participante organiza una serie de once estímulos visuales acompañados por frases, los cuales deberán ser ordenados de acuerdo a la importancia que ella les asigne. Las imágenes describen actividades importantes para mantener la salud de la familia. En la segunda, “Razones por las que cuida su salud”, la

participante ordena una serie de ocho estímulos visuales que hacen referencia a razones por las cuales es importante cuidar del estado de salud.

Además de los reactivos de ordenamiento, se hizo uso de dos series más de reactivos que utilizan una escala de respuesta dicotómica. La primera (Cuidados médicos) pregunta acerca de la ocurrencia de cuidados de salud que la participante y sus hijos hayan realizado durante el último año (Por ejemplo: “Durante el último año, he acudido al médico a revisión general”), a la que la participante responde mediante Si o No. En la otra (Necesidades y expectativas de cambio), la participante contesta a una serie de afirmaciones que hacen referencia a necesidades de diversa naturaleza para mejorar la condición de salud de su familia, por ejemplo: “Para mejorar la condición de salud de mi familia, yo necesito contar con más tiempo para atender a mis hijos”, donde de igual forma se responde mediante una escala dicotómica (Falso/Verdadero).

Por último, cabe señalar que un apartado del inventario, evalúa aspectos socio demográficos, el cual pregunta sobre el estado civil de la participante y tiempo del mismo, tiempo de residencia en la colonia y en el municipio, escolaridad, ocupación y si la participante trabaja fuera de casa, pregunta acerca del tiempo que le dedica semanalmente a dicha actividad. Indaga además si la participante cuenta con un ingreso adicional así como también datos generales acerca de los miembros de la familia que habitan regularmente en casa. De la misma manera, pregunta si la participante y su familia tienen acceso a un servicio médico prestado por alguna institución como IMSS o ISSSTE. En caso contrario, se pregunta acerca de las medidas tomadas cuando algún miembro de la familia enferma.

Adicionalmente se evaluó el constructo de Bienestar psicológico, propuesto por Ryff (1989), mediante la Escala de Bienestar Psicológico adaptada al español por Van Dierendonck (Díaz et

al, 2006), la cual evalúa las seis dimensiones propuestas por la autora: auto aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. De acuerdo con un análisis factorial aplicado a los datos obtenidos para un estudio anterior en población sonoreense, se configuró una versión de 26 reactivos, misma que fue utilizada para el presente estudio, conservando la utilización de una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos en un continuo de frecuencia (1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = La mitad de las veces o regular, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre).

IV.4 Tipo de estudio

El tipo de investigación que se realizó es de tipo descriptivo con una sola medición (transversal). Primero se describieron las variables evaluadas en torno a las prácticas de promoción de la salud familiar. Además se exploraron diferencias de acuerdo a la ocupación de las participantes, es decir, se investigaron diferencias entre madres no trabajadoras y madres trabajadoras.

IV.5 Procedimiento (levantamiento de datos)

Se solicitó y entrenó a un grupo de estudiantes de la Licenciatura en Psicología, buscando preferentemente que fueran alumnos de semestres avanzados y algunos de ellos foráneos, esto último con la finalidad de llevar a cabo el levantamiento de datos en diversos municipios del estado. Se les explicó cómo se conformaba el Inventario de prácticas de cuidado de la salud y el Cuestionario de Bienestar Psicológico así como lo que busca evaluar cada uno. Fue conveniente realizar un modelamiento de la aplicación y se les solicitó a los estudiantes que realizaran un piloteo para que de esta manera, pudieran resolver dudas respecto a la aplicación. Así mismo, se explicaron detalladamente los criterios de inclusión para la conformación de la muestra.

Los datos se recabaron en su mayoría en el domicilio de las participantes o en su lugar de trabajo ya que las participantes fueron seleccionadas en gran medida de acuerdo a su disponibilidad. Cabe recalcar que antes de comenzar la aplicación de los instrumentos, se solicitaba la participación voluntaria utilizando el consentimiento informado.

IV.6 Consideraciones éticas

A cada participante, previo al levantamiento de datos, se le entregó un consentimiento informado donde se incluía el propósito del estudio, el procedimiento, duración, beneficios, el derecho de abandonar el estudio en el momento que lo deseara y donde además se aseguró la confidencialidad de los datos recabados. Se entregó una copia a la participante con la firma del encuestador (Anexo 2).

IV.7 Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante estadística univariada y medidas de comparación (análisis de comparación de medias). Primero se realizaron estadísticos descriptivos resaltando los más relevantes. En segundo término, se examinaron las posibles diferencias entre el grupo de madres trabajadoras y no trabajadoras mediante comparación de medias (*t* de Student).

Se hizo uso del software SPSS versión 18 para Windows para la captura y análisis de datos.

Para analizar los reactivos de ordenamiento (“La salud como prioridad familiar” y “Razones por las que cuida su salud”) se utilizó la fórmula descrita por Serrano (2002). El procedimiento indica que como primer paso se estiman la suma de rangos (SR) o de puntuaciones (rango es el número de orden asignado) de cada concepto. La suma de rangos, a través de la fórmula propuesta se traduce en un valor (“V”) que fue el que se interpretó.

La fórmula del valor “V” calculada a partir de la suma de rangos (SR) es la siguiente:

$$V = 100 - (\text{sumR} - N / Nk - N) 100$$

Donde:

sumR = cada suma de rangos

N = número de sujetos

k = número de elementos que se ordenan

V = nuevo valor (redondeando los decimales)

El valor “V” obtenido, oscila entre 0 y 100. Si todos los participantes ponen en primer lugar al mismo concepto, este obtendrá un 100, de manera contraria, si todos los participantes lo ponen en el último lugar, obtendrá un 0. Esto es independiente del número de participantes y del número de elementos que se ordenen. Cabe aclarar que en las listas de ordenamiento, se están manifestando preferencias relativas, por ejemplo, el elemento que se asignó en último lugar, solo es preferido en menor medida en comparación del resto de los estímulos, no significa que este elemento no tenga importancia alguna.

V. Resultados

Los resultados se presentarán de acuerdo al orden de los instrumentos aplicados. Primero se presenta la información socio demográfica de la muestra, para después continuar con el análisis de frecuencia de las variables y finalmente los resultados correspondientes al análisis de comparación de medias.

V.1 Descripción de la población y familias

La muestra estuvo conformada por 147 participantes cuya edad promedio fue de 34 años ($M = 34.32$, $DS = 7.5$). La gran mayoría de ellas, al momento de la entrevista tenía una pareja con quien llevaba viviendo en promedio 11 años. Respecto a la escolaridad, el promedio de años de estudio fue de 11, siendo importante aclarar que el 30% de la muestra terminó el nivel secundaria y el 23.8% la preparatoria. En cuanto a la ocupación, el 48.3% (71 madres) de la muestra se dedica exclusivamente al trabajo del hogar y el resto, el 51.7% (76 madres) cuenta además con un trabajo asalariado, trabajando en promedio 5 días a la semana fuera de casa y alrededor de 6 horas diarias. Cabe mencionar que solo el 24.5% cuenta con algún tipo de ingreso adicional como la venta de productos por catalogo, cosméticos, zapatos o alimentos (Tabla 2).

Las familias de las participantes, en promedio estaban integradas por 4 miembros, siendo este el valor que se presentaba con mayor frecuencia. La mayoría de las familias tiene 1 o 2 hijos y en el 49% de las familias solo una persona contribuye al gasto. Respecto a si las participantes y sus familias cuentan con servicio médico, la mayoría tienen acceso a uno, siendo principalmente el IMSS la institución que lo otorga (Tabla 3). Es importante mencionar que se observaron un número considerable de padecimientos (alrededor de 42) en las participantes y familiares, entre los cuales figuraban casos de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes mellitus.

Tabla 2. Datos socio demográficos de las participantes.

	Porcentajes	Media	D.S	MO	Min-Max
Edad		34.32	7.5		20-52
Edo. Civil					
Con pareja (Casada o viviendo en pareja)	83%				
Sin pareja (Soltera, separada, divorciada o viuda)	17%				
Tiempo Edo. Civil					
Con pareja		11		13	
Sin pareja		12.53		2	
Escolaridad		11	3.2	9	3-19
Ocupación					
Comerciante, empleado, obrero, por cuenta propia o profesionista – Madres trabajadoras	51.7%				
Ama de casa – Madres no trabajadoras	48.3%				
Horario de trabajo de las Madres trabajadoras					
Días que trabaja fuera de casa		4.65			
Horas al día que trabaja		6.39			
Ingreso adicional					
Si, productos por catálogo, alimentos, etc.	24.5%				
No	75.5%				

n = 147

Tabla 3. Datos socio demográficos de la familia.

	Porcentajes	Media	D.S	MO
# Integrantes por familia		4.26		
3 personas	25%			
4 personas	33%			
5 personas	24%			
Integrantes que contribuyen al gasto		1.58		
1 persona	49%			
2 personas	41%			
Número de hijos		2.16		2
1 hijo	28.6%			
2 hijos	36%			
3 hijos	27%			
4 a 5 hijos	8.2%			
Edad de los hijos		9.28	5.6	
Servicio médico - Participante				
Si	78.2%			
No	21.8%			
Servicio médico - Familia				
Si	82.3%			
No	17.7%			

n = 147

V.2 Análisis descriptivo de las variables evaluadas

Según los datos obtenidos en la Tabla 4, la frecuencia con la que se incluyen frutas, verduras, pollo y pescado en las comidas y que implica una alimentación saludable, es ligeramente mayor en las madres trabajadoras (35.4%), aunque también son estas madres quienes contradictoriamente no llevan a cabo estas prácticas con mayor frecuencia (11.8%). Por otra parte, son las Madres trabajadoras quienes evitan con mayor frecuencia (30.3%) el consumo de comida rápida. Por último, respecto a la práctica de evitar que la familia no consuma comida chatarra como podrían ser dulces, papas fritas, entre otros, son

las madres trabajadoras quienes evitan en mayor frecuencia (39.5%) el consumo de este tipo de alimentos. Sin embargo, en ambos grupos de madres los porcentajes refieren que prácticamente el 50% de las madres (49.3% de madres no trabajadoras y 52.6% de madres trabajadoras), evitan “Nunca” y “A veces” el consumo de comida chatarra.

Tabla 4. Porcentajes de Alimentación saludable, consumo de comida rápida y consumo de comida chatarra por grupo.

Alimentación saludable		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	5.6%	11.8%
Casi siempre y Siempre	32.3%	35.4%
He evitado el consumo de comida rápida (pizzas, hamburguesas, hot dogs, taquitos)		
Nunca y A veces	62.0%	53.9%
Casi siempre y Siempre	25.3%	30.3%
He procurado que mi familia no consuma comida chatarra		
Nunca y A veces	49.3%	52.6%
Casi siempre y Siempre	37.7%	39.5%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre

**No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

Según los datos mostrados en la Tabla 5, son las Madres no trabajadoras en quienes se observa un porcentaje ligeramente mayor de actividad física no estructurada (11.2%), la cual incluye caminar por lo menos 30 minutos diarios, caminar cuando pasea con los hijos, así como también participar en juegos que requieran esfuerzo físico. Sin embargo, los porcentajes, muestran que es baja la frecuencia con la que se lleva a cabo (“Nunca” y “A veces”) dicha actividad en ambos grupos. En el caso de la actividad física estructurada, los porcentajes de madres que respondieron “Nunca” y “A veces”, apuntan a que igualmente, esta actividad todavía se realiza con mucha menor frecuencia en ambos grupos. Este tipo de

actividad incluye acudir al gimnasio, utilizar caminadora, bicicleta, clases de baile, aerobics o incluso formar parte de algún equipo deportivo.

Tabla 5. Porcentajes de actividad física por grupo.

Actividad Física No Estructurada		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	53.5%	60.5%
Casi siempre y Siempre	11.2%	10.5%
Actividad Física Estructurada		
Nunca y A veces	93.0%	85.5%
Casi siempre y Siempre	1.4%	1.3%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre.

**No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

Como podemos observar en la Tabla 6, las prácticas de vigilancia de la socialización de los hijos, son llevadas a cabo frecuentemente por ambos grupos (“Casi siempre” y “Siempre”), sin embargo, son las madres no trabajadoras quienes presentan un porcentaje mayor (71.5%). Estas prácticas se refieren a la vigilancia de los hijos cuando juegan fuera de casa y conocer tanto a los amigos de los hijos, como también a los padres de los mismos.

Tabla 6. Porcentajes de vigilancia de la socialización por grupo.

Vigilancia de la socialización		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	2.9%	4.0%
Casi siempre y Siempre	71.5%	66.6%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre

**No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

Concerniente a Cuidados médicos (Tabla 7), son las madres no trabajadoras quienes señalaron haber realizado en mayor medida las prácticas que se evaluaron, excepto haber acudido al laboratorio a realizarse análisis de orina y sangre. Esta última práctica es la

menos realizada en ambos grupos. Además, cabe señalar que los porcentajes prácticamente coinciden en relación a las prácticas de acudir ellas o sus hijos a revisión general. Por último, el llevar a los hijos a vacunar, es la práctica de salud que en ambos grupos de madres mostró un mayor porcentaje de ocurrencia durante el último año.

Tabla 7. Porcentajes correspondientes a la realización de cuidados médicos por grupo.

Cuidados médicos. Durante el último año:		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
He acudido al médico a revisión general	70.4%	64.5%
Me he hecho la prueba del Papanicolaou	66.2%	64.5%
Me he hecho la autoexploración de senos	71.8%	69.7%
He acudido al laboratorio a hacerme análisis de orina y sangre de rutina	45.1%	48.7%
He llevado a mis hijos al médico para revisión general	71.8%	64.5%
He llevado a mis hijos a vacunar	90.1%	84.2%

n = 147

Referente a la sub-escala Uso de snacks (Tabla 8), se observó que es mayor el porcentaje (9.3%) de madres trabajadoras que hacen uso de estas prácticas con mayor frecuencia. Complementando lo anterior, a través de los porcentajes se hace evidente que es mucho mayor el porcentaje de madres no trabajadoras que evitan estas prácticas, ya que la mayoría (56.5%) refiere utilizar “nunca y a veces” dicha estrategia.

Tabla 8. Porcentajes del uso de snacks por grupo.

Uso de snacks		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	56.5%	38.7%
Casi siempre y Siempre	5.7%	9.3%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre.

**No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

En relación a la sub-escala Ajuste a gustos familiares (Tabla 9), que incluyen el preparar los alimentos de acuerdo a la preferencia, gusto y modo de presentación para favorecer su consumo, se observan pocas diferencias entre los porcentajes de ambos grupos. Según lo presentado, el porcentaje de madres trabajadoras que dicen utilizar estas prácticas “Casi siempre” y “Siempre”, es ligeramente mayor al porcentaje que refieren las madres no trabajadoras. Sin embargo, también es mayor el porcentaje de madres trabajadoras quienes dicen prácticamente no utilizar estas prácticas, ya que el 13.2% respondió “Nunca” y “A veces”.

Tabla 9. Porcentaje de Ajuste a gustos familiares por grupo.

Ajuste a gustos familiares		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	8.5%	13.2%
Casi siempre y Siempre	33.7%	35.5%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre.

**No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

La Tabla 10 presenta los recursos con los que cuentan las madres. En relación a la sub-escala Empleo y redes de apoyo que engloba el contar (ya sea la pareja o la madre) con un empleo estable, así como también tener redes de apoyo integradas por amigos y familiares, son las madres trabajadoras quienes en porcentaje (82.9%), refieren en mayor medida contar con este tipo de recursos, aunque es mínima la diferencia en comparación con el otro grupo (80%). De manera contraria, es mucho mayor el porcentaje de madres no trabajadoras quienes mencionan recibir (“Casi siempre” y “Siempre”) el apoyo del padre de los hijos, tanto en lo económico como en la crianza y educación. En relación a la toma de

decisiones, son las madres trabajadoras quienes mencionan tomar decisiones respecto a la familia, con mucha mayor frecuencia, ya que el 71% refiere hacerlo “Casi siempre” y “Siempre”.

Tabla 10. Porcentajes de recursos con los que cuenta la madre.

Empleo y Redes de Apoyo		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	2.9%	0%
Casi siempre y Siempre	80.0%	82.9%
He recibido apoyo económico del padre de mis hijos.		
Nunca y A veces	5.6%	21.4%
Casi siempre y Siempre	91.5%	74.3%
He contado con el apoyo de mi pareja para criar y educar a mis hijos.		
Nunca y A veces	5.8%	17.1%
Casi siempre y Siempre	92.8%	77.1%
Yo soy quien ha tomado las decisiones en cuanto a lo que es mejor para la familia		
Nunca y A veces	18.3%	11.8%
Casi siempre y Siempre	52.1%	71.0%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre.

**No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

En la Tabla 11 se muestra el orden de importancia que dieron ambos grupos de madres, a la serie de actividades relacionadas con la salud (Reactivos de ordenamiento “La salud como prioridad familiar”). Al realizar el acomodo según los valores "V" reportados, observamos que existen pocas variaciones en cuanto a la prioridad asignada. En ambos grupos, las primeras actividades hacen referencia a los cuidados hacia la familia y posteriormente se hace presente el "Cuidar de mi salud". Si bien, en el acomodo, el "Mantener un trabajo estable" no difiere en gran medida, son las madres trabajadoras quienes obtuvieron un valor “V” más alto. Por último, ambos grupos de madres, dan una

menor prioridad a que los hijos realicen actividades deportivas, artísticas y que ellas realicen algún tipo de ejercicio.

Tabla 11. La salud como prioridad familiar.

Valor V/ orden de preferencia	Madres no trabajadoras	Valor V	Madres trabajadoras
82	Cuidar de la salud de mi familia	80	Cuidar de la salud de mi familia
77	Cuidar la alimentación de mi familia	71	Cuidar de mis hijos cuando están enfermos
71	Cuidar de mis hijos cuando están enfermos	66	Cuidar la alimentación de mi familia
63	Proporcionar educación a mis hijos	64	Cuidar de mi salud
62	Cuidar de mi salud	64	Proporcionar educación a mis hijos
57	Inculcar hábitos y valores a mis hijos	59	Inculcar hábitos y valores a mis hijos
35	Promover la independencia en mis hijos	58	Mantener un trabajo estable
30	Mantener un trabajo estable	35	Promover la independencia en mis hijos
28	Procurar que mis hijos participen en actividades deportivas	22	Procurar que mis hijos participen en actividades deportivas
23	Procurar que mis hijos participen en actividades artísticas	16	Procurar que mis hijos participen en actividades artísticas
22	Procurar realizar algún tipo de ejercicio	16	Procurar realizar algún tipo de ejercicio

Los resultados de las necesidades que las madres consideran para mejorar la condición de salud de su familia se presentan en la Tabla 12, donde resalta el tiempo extra que solicitan el 75% de las madres trabajadoras para atender a sus hijos y a sí mismas. De manera similar, el 60.5% de las madres trabajadoras consideran que necesitan "Dejar de hacer alguna otra actividad para dedicar el tiempo al cuidado de mi salud y de mis hijos". El reactivo "Tener aparatos para hacer ejercicio en mi casa" muestra también una diferencia considerable respecto al porcentaje de madres trabajadoras que consideran necesario este tipo aparatos en casa. Por último, en ambos grupos se muestran porcentajes altos respecto al

acceso y promoción de la comida chatarra, así como también al ejercicio como medio para cuidar de su salud.

Tabla 12. Porcentaje de necesidades y expectativas de cambio por grupo.

Para mejorar la condición de salud de mi familia, yo necesito:		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Contar con más tiempo para atender a mis hijos	35.2%	76.3%
Contar con más tiempo para mi	36.6%	75%
Contar con instalaciones o áreas para hacer ejercicio en mi colonia	43.7%	50%
Tener aparatos para hacer ejercicio en mi casa	28.2%	44.7%
Dejar de hacer alguna otra actividad para dedicar el tiempo al cuidado de mi salud y de mis hijos	31%	60.5%
Que la colonia cuente con calles pavimentadas	57.7%	57.9%
Que la colonia cuente con más áreas verdes	71.8%	75%
Que la colonia cuente con servicio de agua potable y drenaje	56.3%	64.5%
Que en las escuelas se controle el acceso a comida chatarra	88.7%	82.9%
Que no se promocióne tanto la comida chatarra	88.7%	92.1%
Que mis hijos hagan ejercicio para cuidar de su salud	85.9%	89.5%

n = 147

Como se mencionó en la descripción del inventario, en el apartado de Método, el concepto de salud se evaluó mediante dos sub-escalas, Salud y Estado de ánimo y Salud y Relaciones. En la Tabla 13 se observan diferencias en los porcentajes de madres no trabajadoras que refieren que ante un buen estado de salud (93%) "Casi siempre" y "Siempre" sienten ganas de hacer las cosas, realizar las actividades cotidianas, así como también sentirse alegres y tranquilas. En el caso de la sub-escala Salud y Relaciones, de igual forma las madres no trabajadoras presentan un porcentaje más alto (97%), es decir, el estar saludables les permite "Casi siempre" y "Siempre" tener mejores relaciones con sus hijos, compañeros y vecinos.

Tabla 13. Porcentajes de correspondientes al concepto de salud por grupo.

Salud y Estado de ánimo		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	1.4%	0%
Casi siempre y Siempre	93.0%	90.8%
Salud y Relaciones		
Nunca y A veces	1.4%	0%
Casi siempre y Siempre	97.2%	89.5%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre.

** No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

Las razones por las cuales las madres cuidan de su salud se presentan en la Tabla 14. Al ordenarlas respecto al valor "V", observamos que solamente difieren en el orden de las primeras dos razones, "Quiero vivir lo suficiente para ver a mi familia crecer" como primera razón en el grupo de madres no trabajadoras y "Tengo que cuidar a mi familia" en el grupo de madres trabajadoras. Como se señala, estas dos razones, nuevamente hacen hincapié en el bienestar de la familia como prioridad. Por otra parte, el resto de las razones no difieren en orden y se observan valores "V" parecidos en ambos grupos.

Tabla 14. Razones por las que cuida su salud.

Valor V/ orden de preferencia	Madres no trabajadoras	Valor V	Madres trabajadoras
75	Quiero vivir lo suficiente para ver a mi familia crecer	73	Tengo que cuidar a mi familia
69	Tengo que cuidar a mi familia	72	Quiero vivir lo suficiente para ver a mi familia crecer

Comparación de prácticas de salud familiares en madres

56	Quiero mantenerme saludable	58	Quiero mantenerme saludable
55	No me quiero enfermar	56	No me quiero enfermar
45	Tengo responsabilidades que cumplir	46	Tengo responsabilidades que cumplir
44	No quiero sentirme mal	36	No quiero sentirme mal
34	Me gusta sentirme con energía	35	Me gusta sentirme con energía
21	Quiero verme bien	24	Quiero verme bien

Respecto a la sub-escala Desarrollo de la disciplina, podemos ver en la Tabla 15 que el 71.6% de las madres no trabajadoras utilizan "Casi siempre" y "Siempre" estas estrategias en comparación con el 59.4% de las madres trabajadoras. Estas prácticas incluyen el explicarle a los hijos sobre las cosas que se les pide, promover que razonen y se vuelvan responsables de su cuidado personal, así como también que aprendan a tomar decisiones.

Tabla 15. Porcentajes correspondientes al desarrollo de la disciplina por grupo.

	Desarrollo de la disciplina	
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	5%	2.9%
Casi siempre y Siempre	71.6%	59.4%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre

**No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

Dentro de la evaluación del estado de salud, se incluyeron dos ítems que tuvieron como objetivo evaluar la percepción de la imagen corporal. Para ello la persona elegía la figura que mejor representara su estado físico actual. Cabe aclarar que las figuras utilizadas guardan relación con valores correspondientes a un determinado Índice de Masa Corporal (IMC). Las figuras 1, 2 y 3 equivalen a un $IMC < 25$, es decir, a un IMC considerado normal. Las figuras 4, 5 y 6 corresponden a un IMC entre 25 y 30 lo cual la clasificación considera sobrepeso. Por último, las figuras 7, 8 y 9 indican un IMC superior a 30,

considerado como obesidad (Osuna-Ramírez, Hernández-Prado, Campuzano & Salmerón, 2006)

De acuerdo a la Tabla 16 las madres trabajadoras son las que refieren en mayor medida tener un IMC normal (44.7%), así como también un IMC que corresponde a obesidad (23.7%). De forma contraria, es mayor el porcentaje de madres no trabajadoras que se evalúan con sobrepeso (36.7%). Por último, en relación a la percepción de peso (“¿Considera usted que...?”), es mayor el porcentaje de madres trabajadoras que consideran tener sobrepeso u obesidad en comparación con las madres no trabajadoras. Por su parte, estas últimas consideran en mayor medida estar bien de peso. Es importante señalar que la mayoría de los porcentajes de la tabla difieren ligeramente.

Tabla 16. Porcentaje de la percepción de imagen corporal por grupo.

¿Qué figura siente más que se parece a usted en este momento?		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Figura 1, 2, 3	42.2%	44.7%
Figura 4, 5, 6	36.7%	31.6%
Figura 7, 8, 9	21.1%	23.7%
¿Considera usted que...?		
Está bajo de peso	2.8%	4%
Está bien de peso	39.4%	32.4%
Tiene sobrepeso	50.7%	54.1%

Tiene obesidad 7% 9.5%

n = 147

Respecto a la percepción del estado general de salud (Tabla 17) al comparar los resultados de ambos grupos, se observa que es mayor el porcentaje de madres trabajadoras (71%) que refiere que su salud actual es "Buena" o "Muy buena". En cambio, al comparar su salud actual con la de los últimos 12 meses, es ligeramente mayor el porcentaje de madres no trabajadoras, que evalúan su salud actual como "Algo mejor" o "Mucho mejor". Resalta además que en el primer indicador, los porcentajes en ambos grupos que indican una salud "Muy mala" y "Mala", son considerablemente bajos.

Tabla 17. Porcentaje de la percepción del estado general de salud por grupo.

*¿Diría usted que su salud es...		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Muy Mala y Mala	0%	1.3%
Buena y Muy buena	56.4%	71%
**Comparando su salud actual con los últimos 12 meses, ¿Diría usted que su salud ahora está...		
Mucho peor y Algo peor	5.6%	7.9%
Algo mejor y Mucho mejor	35.2%	32.9%

*Escala de respuesta: 1 – Muy mala, 2 – Mala, 3 – Regular, 4 – Buena, 5 – Muy buena.

**Escala de respuesta: 1 – Mucho peor, 2 – Algo peor, 3 – Mas o menos igual, 4 – Algo mejor, 5 – Mucho mejor.

La Tabla 18 presenta los resultados correspondientes al constructo de bienestar psicológico. La primera parte muestra la sumatoria de las seis dimensiones que conforman el bienestar, donde se observa una diferencia que favorece en casi 5% más a las madres trabajadoras (69.2% vs 64.4%).

En el caso de Auto Aceptación, es mayor el porcentaje de madres no trabajadoras (60.6%) quienes refirieron sentirse auto aceptadas "Casi siempre" y "Siempre". Sucede algo similar en la dimensión de Dominio del entorno.

En el caso de las dimensiones Propósito en la vida, Autonomía y Relaciones positivas, al comparar los porcentajes de respuesta “Casi siempre” y “Siempre”, son las madres trabajadoras quienes tienen porcentajes superiores. Las diferencias van del 3 al 6%. Por último, la dimensión de Crecimiento personal prácticamente no presenta diferencias al comparar los porcentajes de ambos grupos.

Tabla 18. Porcentajes de Bienestar psicológico y sus dimensiones por grupo.

Sumatoria Bienestar Psicológico		
	Madres no trabajadoras	Madres trabajadoras
Nunca y A veces	2.8%	2.6%
Casi siempre y Siempre	64.4	69.2%
Auto Aceptación		
Nunca y A veces	4.2%	3.9%
Casi siempre y Siempre	60.6%	56.6%
Relaciones Positivas		
Nunca y A veces	7%	6.5%
Casi siempre y Siempre	60.6%	65.8%
Autonomía		
Nunca y A veces	1.4%	1.3%
Casi siempre y Siempre	55%	61.8%
Dominio del entorno		
Nunca y A veces	0%	1.3%
Casi siempre y Siempre	76.1%	75%
Crecimiento personal		
Nunca y A veces	1.4%	1.3%
Casi siempre y Siempre	90.2%	90.7%
Propósito en la vida		
Nunca y A veces	2.8%	2.6%
Casi siempre y Siempre	73.3%	76.3%

*Escala de respuesta: 1 – Nunca, 2 – A veces, 3 – La mitad de las veces (regular), 4 – Casi siempre, 5 – Siempre.

**No se reportan los valores correspondientes al valor 3 – La mitad de las veces, con la finalidad de resaltar las diferencias.

V.3 Comparación de medias

Se estimaron diferencias de medias de las puntuaciones obtenidas de las sub-escalas e indicadores correspondientes a alimentación, actividad física, vigilancia de la socialización, uso de snacks, ajuste a gustos familiares, recursos, concepto de salud, desarrollo de la disciplina, percepción del estado general de salud y bienestar psicológico. Para lo anterior se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes. Los resultados se presentan a continuación.

Como se muestra en la Tabla 19, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a Alimentación saludable ($t_{(145)} = -.019$, $p = .985$). Ambos grupos de madres refieren realizar prácticas de alimentación saludable (incluir frutas, verduras, pollo y pescado en las comidas) de manera “Regular”. Tampoco se encontraron diferencias significativas respecto al consumo de comida rápida y comida chatarra entre ambos grupos de madres. Lo anterior implica que sin importar que las madres tengan alguna ocupación laboral, ellas procuran de igual manera evitar “A veces” que su familia consuma comida rápida ($t_{(140.9)} = .144$, $p = .886$) y comida chatarra ($t_{(145)} = .411$, $p = .681$).

Tabla 19. Comparación de medias de alimentación saludable, consumo de comida rápida y consumo de comida chatarra.

Grupo	N	Media	<i>t</i>	gl	Sig. (bilateral)
Alimentación saludable					
1	71	3.48	-.019	145	.985
2	76	3.49			
He evitado el consumo de comida rápida					
1	71	2.62	.144	140.91	.886
2	76	2.59			

He procurado que mi familia no consuma comida chatarra					
1	71	2.86	.411	145	.681
2	76	2.78			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

Referente a la práctica de actividad física (Tabla 20), no se encontraron diferencias significativas en la Actividad física no estructurada ($t_{(145)} = .886, p = .377$) y tampoco en la Actividad física estructurada ($t_{(142.2)} = -1.410, p = .161$). Esto quiere decir que aunque se mantenga una actividad laboral, en general las madres realizan “A veces” actividades como caminar por lo menos 30 minutos diarios, caminar con los hijos, así como participar en juegos que requieran esfuerzo físico. Al hablar de Actividad física estructurada, las madres refieren prácticamente “Nunca” acudir al gimnasio, utilizar caminadora, bicicleta o realizar alguna actividad similar.

Tabla 20. Comparación de medias de de actividad física.

Grupo	N	Media	t	gl	Sig. (bilateral)
Actividad Física No Estructurada					
1	71	2.31	.886	145	.377
2	76	2.16			
Actividad Física Estructurada					
1	71	1.30	-1.410	142.2	.161
2	76	1.46			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

En la Tabla 21 se observa que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la Vigilancia de la socialización ($t_{(143)} = .816, p = .416$). Esto señala que ambos grupos de

madres, sin importar su situación laboral, “Casi siempre” vigilan a sus hijos cuando juegan fuera de casa, conocen a los amigos de los hijos y a los padres de los mismos.

Tabla 21. Comparación de medias de vigilancia de la socialización.

Grupo	N	Media	<i>t</i>	gl	Sig. (bilateral)
Vigilancia de la socialización					
1	70	4.20	.816	143	.416
2	75	4.09			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

En relación al Uso de snacks como práctica de ajuste que las madres utilizan cuando hay poco tiempo para preparar alimentos, se encontraron diferencias significativas ($t_{(142)} = -2.409$, $p = .416$). Dicha diferencia favorece al grupo de madres trabajadoras ($M = 2.60$ vs $M = 2.25$), quienes reportan realizar dicha práctica “A veces” (Tabla 22).

Tabla 22. Comparación de medias correspondientes al uso de snacks.

Grupo	N	Media	<i>t</i>	gl	Sig. (bilateral)
Uso de snacks					
1	69	2.25	-2.409	142	.017
2	75	2.60			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

Por otra parte, respecto al Ajuste a gustos familiares (Tabla 23), no se encontraron diferencias significativas ($t_{(145)} = .321$, $p = .749$). Lo anterior señala que de igual manera sin importar la ocupación, ambos grupos de madres preparan los alimentos de acuerdo a la

preferencia, gusto y modo de presentación de la familia de manera “Regular” (La mitad de las veces) con el fin de favorecer su consumo en la familia.

Tabla 23. Comparación de medias de Ajuste a gustos familiares.

Grupo	N	Media	t	gl	Sig. (bilateral)
Ajuste a gustos familiares					
1	71	3.37	.321	145	.749
2	76	3.32			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

La Tabla 24 muestra los resultados de la sub-escala e indicadores que corresponden a los recursos con los que cuenta la madre. Respecto a la sub-escala Empleo y redes de apoyo, no se observaron diferencias significativas ($t_{(138)} = -.730$, $p = .467$), es decir, la condición de tener un trabajo, no involucra diferencias respecto a contar con buenas relaciones con las amistades y los familiares (redes de apoyo) y tampoco con la percepción de que la madre o la pareja cuenten con un empleo estable. De manera contraria se encontraron diferencias significativas en los indicadores correspondientes al apoyo económico por parte del padre de los hijos ($t_{(112.1)} = 2.940$, $p = .004$), así como también en cuanto al apoyo de la pareja para criar y educar a los hijos ($t_{(111.5)} = 2.994$, $p = .003$). En ambos casos, según los valores de la media, son el grupo de madres no trabajadoras quienes resultan favorecidas, refiriendo que cuentan con estos apoyos “Casi siempre”. Por último, respecto al reactivo “Yo soy quien ha tomado las decisiones en cuanto a lo que es mejor para mi familia”, se observan diferencias significativas ($t_{(145)} = -2.642$, $p = .009$) favoreciendo al grupo de madres trabajadoras quienes indicaron tomar dichas decisiones “Casi siempre”.

Tabla 24. Comparación de medias de los recursos con los que cuenta la madre.

Grupo	N	Media	t	gl	Sig. (bilateral)
Empleo y redes de apoyo					
1	70	4.34	-.730	138	.467
2	70	4.43			
He recibido apoyo económico del padre de mis hijos.					
1	71	4.72	2.940	112.17	.004
2	70	4.11			
He contado con el apoyo de mi pareja para criar y educar a mis hijos.					
1	69	4.77	2.994	111.54	.003
2	70	4.16			
Yo soy quien ha tomado las decisiones en cuanto a lo que es mejor para la familia					
1	71	3.56	-2.642	145	.009
2	76	4.03			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

En relación al concepto de salud (Tabla 25), en ninguna de las dos sub-escalas que lo evaluaron, Salud y Estado de ánimo ($t_{(145)} = .003$, $p = .998$) y Salud y Relaciones ($t_{(145)} = 1.127$, $p = .262$), se encontraron diferencias significativas, es decir, ambos grupos de madres consideran que un buen estado de salud “Casi siempre” permite un mejor estado de ánimo y favorece las relaciones con las personas a su alrededor.

Tabla 25. Comparación de medias del concepto de salud.

Grupo	N	Media	t	gl	Sig. (bilateral)
Factor 1 - Edo de ánimo/energía					
1	71	4.70	.003	145	.998
2	76	4.70			

Factor 2 – Relacional					
1	71	4.69	1.127	145	.262
2	76	4.60			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

Respecto al desarrollo de la disciplina de los hijos, en la Tabla 26 se muestra que no se presentaron diferencias significativas ($t_{(127)} = 1.394$, $p = .166$). Dado el valor de la media, ambos grupos de madres utilizan “Casi siempre” prácticas de disciplina que consisten en darle explicaciones a los hijos, promover que razonen sobre sus acciones, se vuelvan responsables de su cuidado personal y que también aprendan a tomar decisiones. Cabe mencionar que en el análisis de esta sub-escala, el tamaño de los grupos disminuyó. Las madres respondieron a estos reactivos tomando en cuenta la edad de los hijos, y si eran muy pequeños no respondieron.

Tabla 26. Comparación de medias correspondientes al desarrollo de la disciplina.

Grupo	N	Media	t	gl	Sig. (bilateral)
Desarrollo de la disciplina					
1	60	4.26	1.394	127	.166
2	69	4.08			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

En la Tabla 27 se muestran los resultados de la comparación de la percepción del estado general de salud, donde se observa que no se presentaron diferencias en el indicador correspondiente a la evaluación de salud actual ($t_{(127)} = 1.394$, $p = .166$) ni en la comparación de su salud con los últimos 12 meses ($t_{(127)} = 1.394$, $p = .166$). Según lo anterior, ambos grupos de madres consideran su salud como “Regular” a “Buena” ($M =$

3.68 y M = 3.82) y al compararla con los últimos 12 meses, la consideran “Mas o menos igual” (M = 3.42 y M = 3.43).

Tabla 27. Comparación de medias de la percepción del estado general de salud.

Grupo	N	Media	t	gl	Sig. (bilateral)
¿Diría usted que su salud es...					
1	71	3.68	-1.285	145	.201
2	76	3.82			
Comparando su salud actual con los últimos 12 meses, ¿Diría usted que su salud ahora está...					
1	71	3.42	-.084	145	.933
2	76	3.43			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

Por último, en la Tabla 28 se muestra que tanto en el constructo de bienestar psicológico ($t_{(145)} = .229$, $p = .819$) como en las seis dimensiones que lo conforman, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. Es importante señalar que las medias obtenidas en ambos grupos, tanto en las dimensiones como en la sumatoria de bienestar psicológico, indican que las madres se perciben “Casi siempre” con bienestar psicológico alto.

Tabla 28. Comparación de medias de Bienestar psicológico y sus dimensiones.

Grupo	N	Media	t	gl	Sig. (bilateral)
Sumatoria Bienestar Psicológico					
1	71	4.19	.229	145	.819
2	76	4.17			
Auto Aceptación					
1	71	3.94	.605	145	.546
2	76	3.85			

Relaciones Positivas					
1	71	3.92	-.699	145	.485
2	76	4.04			
Autonomía					
1	71	4.09	.173	145	.863
2	76	4.07			
Dominio del entorno					
1	71	4.40	1.809	145	.073
2	76	4.21			
Crecimiento personal					
1	71	4.64	.124	145	.901
2	76	4.63			
Propósito en la vida					
1	71	4.26	-.440	145	.661
2	76	4.31			

1 = Madres no trabajadoras

2 = Madres trabajadoras

Por último, es pertinente comentar respecto de los resultados anteriormente presentados, que en muchos casos se observa la presencia de un sesgo negativo en ambos grupos.

Ejemplo de dicha situación son los resultados de bienestar psicológico, concepto de salud y fortalezas y recursos. Lo anterior se hace evidente al considerar los valores de la media, el cual tiende a ser alto, así como también la propia distribución de los datos, donde generalmente la mayoría de las participantes se situaron en opciones de respuesta “Casi siempre” y “Siempre”.

VI. Discusión y Conclusiones

El objetivo de este estudio consistió en describir las prácticas de salud familiar que las madres realizan. Lo anterior permitirá sugerir estrategias que complementen dicho cuidado de la salud, las cuales lograrán ser efectivas al considerar principalmente el punto de vista de la madre. Como parte de este análisis se vuelve primordial describir las orientaciones

que tienen estas prácticas y los recursos y fortalezas disponibles con los que se cuenta para poder llevarlas a cabo, es decir, conocer el contexto en el cual se realizan. Siguiendo esta línea, de la misma manera es importante conocer el bienestar psicológico y el estatus de salud percibido de las madres, mismos que podrían ser consecuencia de las propias prácticas maternas. Además de la descripción, el estudio incluyó la comparación de las variables mencionadas, entre madres no trabajadoras y trabajadoras, ya que la literatura sugiere que el trabajo es un factor que implica diversos efectos en el contexto y salud de las personas. Dado lo anterior se formularon el objetivo y las preguntas de investigación, mismos que se discutirán a continuación. Primero se comentarán cada uno de los apartados para después hacer una conclusión general.

Comenzando con los resultados obtenidos de las prácticas maternas de salud familiar, en primer término se encuentran las prácticas de alimentación. Si bien no se encontraron diferencias significativas, los resultados apuntan a que las madres refirieron evitar “A veces”, el consumo de comida rápida y comida chatarra. De igual manera, ambos grupos indicaron que las prácticas de alimentación saludables las realizan de forma “Regular”. Al respecto, cabe señalar que las recomendaciones nutricionales sugieren evitar en mayor medida alimentos de alto contenido calórico como sería la comida rápida y la comida chatarra y también aumentar en la dieta, alimentos como el pollo, pescado, frutas y verduras, lo cual forma parte de una alimentación saludable. En el caso de las prácticas de actividad física tampoco se encontraron diferencias significativas, pero en ambos grupos es baja la frecuencia que las madres reportan realizar tanto la actividad física estructurada (“Nunca”) como la no estructurada (“A veces”). Lo anterior señala la necesidad de seguir fortaleciendo las estrategias que tienen como finalidad que las personas mantengan un

estilo de vida saludable donde se incluye el desarrollo de hábitos de ejercicio principalmente, así como también una alimentación balanceada, los cuales por definición deben presentar una frecuencia prácticamente diaria.

Complementando las prácticas de alimentación, se encuentra las sub-escalas, Uso de snacks y Ajuste a gustos familiares. Solo en el uso de snacks se observaron diferencias significativas que favorecieron al grupo de madres trabajadoras, aunque en general estas estrategias parecen usarse de manera muy poco frecuente (“A veces”) en ambos grupos. Este resultado es favorable y complementario a lo ya observado en las prácticas de alimentación, ya que el uso de snacks implica comer frituras, carnes frías, galletas y dulces, alimentos que por su alto contenido calórico no son recomendables y probablemente sea la razón por la cual las madres no los utilizan a pesar de las facilidades que representan. Por otro lado, las prácticas de ajuste a los gustos familiares se realizan de forma “Regular” en los dos grupos, al respecto resultaría interesante conocer los motivos ya que esto podría ser una estrategia importante para lograr una alimentación saludable en los hijos. Los reactivos que representaban dicha sub-escala se referían a considerar los alimentos que la familia prefiere, presentarlos de manera que se les antoje y usar los alimentos como reforzador. Estas estrategias resultarían eficientes cuando además tengan como fundamento el factor nutricional.

Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la Vigilancia de la socialización, la cual hace referencia a la vigilancia que las madres prestan a sus hijos cuando juegan fuera de casa, así como también a los amigos que tienen. Cabe señalar que los porcentajes y las medias de estas prácticas indican que son llevadas a cabo de manera

frecuente (“Casi siempre”), por lo anterior podemos suponer que estas prácticas tienen una mayor relevancia para las madres, al menos para las de esta muestra.

Finalmente, como parte de las prácticas evaluadas, se incluyeron diversos cuidados médicos. De lo anterior resalta el alto porcentaje en ambos grupos de madres (90.1% de madres no trabajadoras y 84.2% de madres trabajadoras), que llevan a sus hijos al servicio de vacunación. Se distinguen también los porcentajes de madres que acuden al médico a revisión general, los cuales prácticamente coinciden con llevar a los hijos al médico para revisión. De forma contraria son menores los porcentajes concernientes a la realización de la prueba del Papanicolaou, autoexploración de senos y exámenes de laboratorio de rutina. Lo anterior sugiere que las madres anteponen los cuidados de salud de sus hijos a los propios, probablemente ellas se atiendan y se hagan exámenes de rutina cuando acuden a los servicios de salud por motivo de sus hijos.

Los resultados de los recursos con los que cuenta la madre, mostraron un panorama más favorable ya que casi en cada una de las variables evaluadas se observaron frecuencias altas (“Casi siempre”) indicando que efectivamente ambos grupos de madres, cuentan con dichos recursos. En relación a Empleo y redes de apoyo, suponemos se vio ampliamente favorecido en ambos grupos de madres (ya que no se encontraron significativas), por el hecho de que invariablemente existía una persona por familia con trabajo, ya fuera la participante o la pareja o inclusive ambos. Según los datos concernientes a la descripción de las familias, en el 41% de ellas existen dos personas que contribuyen al gasto, lo cual ya de antemano supone una situación económica favorable. Además, la misma situación de empleo llega a implicar el contar con servicio médico. En la población estudiada, alrededor del 80% cuenta con algún tipo de servicio médico el cual también significa un apoyo extra

para las madres. Lo anterior se complementa con las redes de apoyo que también refirieron tener en gran medida ambos grupos, apoyo que proviene probablemente en primer lugar de la familia extensa, y en segundo término, de las amistades y vecinos, lo cual también resalta la importancia de la habilidad de crear estas redes.

Por otra parte, se encontraron diferencias significativas en cuanto al apoyo económico recibido por parte del padre de los hijos así como también respecto al apoyo de la pareja para criar y educar a los hijos. Las diferencias encontradas favorecieron al grupo de madres no trabajadoras. El hecho de que las madres trabajadoras resultaran menos apoyadas, puede ser explicado a la misma condición del trabajo, ya que si bien la madre puede trabajar por motivos ajenos a los económicos, en muchos casos lo hace como complemento o como único apoyo al ingreso familiar y por esta razón, ella puede considerar que no recibe de manera satisfactoria el apoyo del padre de los hijos. Cabe aclarar que este reactivo evaluó si existía dicho apoyo, independientemente de si la madre vivía o no con el padre de sus hijos. Continuando con el apoyo de la pareja en la crianza (en este caso la pareja podía ser o no, el padre de los hijos), podemos suponer que la diferencia se debe a que la madre trabajadora, probablemente tiene una mayor carga por el hecho de trabajar (situación contraria en las madres no trabajadoras) y aparte cumplir con las labores del hogar, que implica también la crianza y educación de los hijos. Además de la carga extra, en muchos casos influyen los estereotipos de género, lo cual probabiliza que el esposo o la pareja, delegue prácticamente por completo las tareas de la crianza y educación a la madre.

Por último, las diferencias significativas en la toma de decisiones en cuanto a lo que es mejor para la familia, favorecieron al grupo de madres trabajadoras. Esto se puede relacionar con el hecho de que este reactivo señala lo que es mejor para “la familia”, lo que

incluye tareas y decisiones que por definición cultural corresponde que sea principalmente la madre quien las haga, además, en el caso de las madres trabajadoras, el trabajo puede funcionar como una fuente alterna de autoestima que promueve la toma de decisiones y un mejor sentido de control.

Referente a “La salud como prioridad familiar”, el cual cabe recordar se evaluó a través de reactivos de ordenamiento, se observó que prevalece la importancia de los cuidados de la familia en primer término: “Cuidar la salud de mi familia”, “Cuidar la alimentación de mi familia” y “Cuidar de mis hijos cuando están enfermos”, para después “Cuidar de mi salud”. Esto complementa la observación hecha en los reactivos de Cuidados médicos. Se distinguen también las opciones que fueron consideradas como las menos importantes (y que también obtuvieron valores “V” mucho menores), mismas que se referían a que los hijos realizaran algún tipo de actividad deportiva y artística e incluso en último término, que ellas procuraran realizar algún tipo de ejercicio. Lo anterior evidencia que si bien se identifican los resultados positivos a la salud al realizar este tipo de actividades ya que más del 85% de las madres consideran que hacer ejercicio es una forma de mejorar la condición de salud de la familia (resultados observado en necesidades y expectativas de cambio), esto no se antepone a las primeras opciones. Por otra parte, las madres acomodaron en orden intermedio opciones que eran referentes a la educación de los hijos (educación, valores, hábitos) y crear independencia en ellos. Es importante recordar que las listas de ordenamiento proporcionan solamente un orden, no indica que las últimas opciones sean consideradas como irrelevantes.

En los reactivos de necesidades y expectativas también señalaron algunas situaciones interesantes. Primero, resaltó la mayor necesidad de tiempo que señalan las madres

trabajadoras, ya sea para atender a los hijos, para ellas mismas y en particular para el cuidado de la salud. Probablemente esto se debe a la misma condición de trabajo que enfrentan y que finalmente requiere también tiempo para realizarla, dificultando cumplir otras labores. Llamen la atención los porcentajes obtenidos en los reactivos correspondientes a la comida chatarra donde se ejemplifica que la mayoría de las madres sugiere que para evitar su consumo, deben intervenir en gran parte las escuelas y la promoción que se hace. Tal vez sea esta la razón por la cual las madres reportaron en las prácticas de alimentación, que evitan “A veces” el consumo de comida chatarra, ya que eventualmente no siempre pueden regular su consumo cuando sus hijos están fuera de casa.

Respecto a la evaluación del concepto de salud, si bien no se mostraron diferencias, queda claro que como parte importante del concepto de salud ambos grupos consideran relevante tanto el estado de ánimo como las relaciones que permite el mantener un buen estado de salud. Por otra parte, el que no haya diferencias entre ambos grupos, probablemente se deba a que se habla de un concepto, el cual llega a ser cultural y que por lo tanto, es compartido.

De manera complementaria al concepto de salud, se evaluaron las razones por las cuales se cuida la salud, donde nuevamente ambos grupos de madres privilegiaron a la familia, ya que las razones que se situaron como las más importantes, fueron: “Quiero vivir lo suficiente para ver a mi familia crecer” y “Tengo que cuidar a mi familia”. Otras razones que sobresalen son “Quiero mantenerme saludable” y “Me gusta sentirme con energía” (Orientación positiva del cuidado de la salud) así como “No me quiero enfermar” y “No quiero sentirme mal” (Orientación negativa del cuidado de la salud). Lo anterior señala como coexisten ambas orientaciones, ya que aunque se denominen positiva o negativa,

ambas suponen mejorar el estado de salud. Relacionado a lo anterior, dentro de las prácticas de desarrollo de la disciplina, ambos grupos de madres refieren utilizarlas “Casi siempre”. Estas prácticas corresponden a una orientación positiva del cuidado de la salud, ya que intentan promover en los hijos la responsabilidad de su cuidado personal y que aprendan a tomar decisiones cuando la madre no está presente. Estas prácticas probablemente son reconocidas por las madres, como útiles para ellas, ya que al desarrollar estas habilidades en sus hijos, si bien es parte de su labor esperada como madres, también les permite crear en ellos un sentido de independencia.

Respecto a los dos ítems que evaluaron la percepción de la imagen corporal, estos apuntan a que la mayoría de las madres (entre el 54% y 63%) se perciben con problemas de sobrepeso u obesidad. Es importante señalar que no se tomaran medidas de peso y talla que pudieran corroborar esto. Por lo anterior, se vuelve difícil emitir una valoración más precisa al respecto.

En cuanto a la percepción del estado general de salud, no se encontraron diferencias significativas, lo que implica que el estatus de salud reportado por ambos grupos de esta muestra, no varía dependiendo de la situación laboral. Sin embargo, encontramos que ellas en promedio, reconocen su salud como “Regular” y al comparar su salud con los últimos 12 meses, refieren que es “Mas o menos igual”, resultado que no es satisfactorio ya que idealmente se buscaría que refirieran un mejor estado de salud.

De manera similar a lo reportado en la percepción del estado general de salud, los resultados de bienestar psicológico no mostraron diferencias significativas. Resulta interesante que al realizar el análisis descriptivo de este apartado, fue donde se observaron

menos variaciones en cuanto a los porcentajes y medias entre ambos grupos. Al igual que en el caso del estatus de salud percibido, lo ideal sería que la gran mayoría de madres mostrara niveles altos de dicho constructo y sus dimensiones. Se comenta lo anterior ya que tanto en el caso de la sumatoria de bienestar psicológico como en las dimensiones de Auto Aceptación, Relaciones positivas y Autonomía, los porcentajes de madres que refirieron valores altos (“Casi siempre” y “Siempre”) fluctuaron entre el 55% y máximo el 69%. Los resultados anteriores nos indican que una buena parte de madres de esta muestra, probablemente se perciben poco satisfechas consigo mismas, poco seguras y positivas acerca de ellas mismas e inconformes con algunos resultados de su vida (Auto aceptación), que tienen pocas relaciones cercanas y de confianza con otros y pocas personas que quieran escucharlas (Relaciones positivas), preocupadas por la evaluación de otros, con miedo a expresar sus opiniones e influenciada por otras personas (Autonomía) entre otras características. Sin embargo, de manera contraria sobresalen los puntajes altos observados en la dimensión de Crecimiento personal, donde alrededor del 90% de las madres percibe frecuentemente una sensación de desarrollo continuo, de aprendizaje y perciben la vida como un proceso continuo de cambio y crecimiento.

Según las preguntas de investigación planteadas para el presente estudio y dado lo propuesto por la literatura, se esperaba encontrar un mayor número de diferencias significativas en las variables evaluadas contemplando la situación laboral de las participantes. Lo anterior puede deberse a una serie de factores que se comentarán a continuación y los cuales se considera pudieron tener una influencia mayor de la esperada.

Primeramente tenemos que considerar la situación laboral. Como se desarrolló en el marco teórico, el contar con un trabajo, si bien aporta una serie de beneficios también

puede condicionar una serie de desventajas. Estas desventajas están relacionadas entre otros factores con el tiempo que demanda, esfuerzo, ambiente de trabajo, si promueve el desarrollo personal y profesional, por mencionar solo algunos. Conforme aumentan estas demandas, la carga laboral aumenta y como consecuencia puede llegar a afectar la salud física y psicológica. En el caso del grupo de madres trabajadoras, el 40% trabajan 5 días, 36.8% trabaja 8 horas y 50% trabaja 7 horas o menos. Los datos anteriores corroboran que solo una parte de nuestra muestra de madres trabajadoras estaba expuesta a una situación laboral de tiempo completo. Por lo tanto, en el resto de las madres trabajadoras, la carga laboral probablemente no representa una gran demanda. Lo anterior podría explicar el porqué se presentaron pocas diferencias, ya que tal vez sobresalen los beneficios del trabajo y no las desventajas. Aunado a lo anterior, se ha observado que un horario laboral flexible que permita atender a la familia, genera menos tensión e insatisfacción. En muchos casos, son trabajos como estos los que las madres tienen que escoger para poder congeniar sus roles (Gelzow, 1991 citado en Craig & Baucum, 2009).

En el caso del bienestar psicológico, cabe recordar que este constructo hace hincapié en el crecimiento y realización de la persona. Durante este estudio se evaluó la existencia de este sentido de realización, pero no de los objetivos y orientaciones que persiguen las madres. Por ejemplo, para las mujeres orientadas a una carrera profesional, las labores del hogar resultan monótonas y aburridas, en cambio para las mujeres que tienen una orientación contraria, el trabajo del hogar puede ser significativo y un medio de realización. En un estudio realizado por Pietromonaco (1987, citado en Craig & Baucum, 2009), se encontró que las mujeres no orientadas a una carrera y que mostraban satisfacción con la vida, coincidían con enunciados como “No puedo imaginarme una vida satisfactoria sin

hijos” o “No aceptaría un empleo que me impidiera hacer lo que me gusta con mi familia”.

Ambos grupos pudieron tener orientaciones diferentes, las cuales pudieran estarse cumpliendo, y por lo tanto, en ambos grupos se generan niveles adecuados de bienestar.

En relación a las prácticas, los estereotipos de género pudieron ser un factor que influyera y por el cual no se presentaron diferencias entre ambos grupos. Como se había mencionado, estos tiene una función prescriptiva e indican un “deber ser” principalmente, marcando como debemos comportarnos (Barberá, 2004). Esto se hizo evidente en la vigilancia de la socialización, donde el cuidado y vigilancia de los hijos, en nuestra población es considerado parte importante de las labores maternas. De manera contraria, los resultados de las prácticas también pudieron verse afectados por la deseabilidad social que en este caso puede tener como marco de referencia, el propio rol de madre.

Por último, ambos grupos de madres refirieron contar con el apoyo económico y para la crianza de los hijos. En el estudio realizado por Blanco y Feldman (2000) donde se analizó la relación entre las responsabilidades concernientes al hogar y la salud física y mental en madres trabajadoras, las madres que reportaron mayores niveles de ansiedad y depresión fueron las madres sin pareja y con hijos, contrario a que fueran las madres que desempeñaban los tres roles, madre, esposa y trabajadora. En la población que se evaluó, la gran mayoría contaba con pareja, razón por la cual pudieron haberse atenuado diversos efectos negativos.

VI.1 Sugerencias y Limitaciones

Los cambios en la sociedad actual han exigido que se modifiquen los roles dentro de las familias, situación que actualmente busca la igualdad de circunstancias. Si bien apenas se

comienza a avanzar al respecto, continúa siendo relevante conocer y estudiar los efectos producidos de este cambio, incluyendo la situación de la familia en general y de sus miembros en particular, como es el caso de la madre. Además, cabe señalar que en la actualidad se enfatiza la necesidad de conciliar la vida familiar y laboral, situación que se conseguirá cuando exista una distribución equitativa de las responsabilidades familiares y sociales.

En el caso de las prácticas de alimentación y de actividad física, se sugiere conocer mejor las razones del porque a pesar de aparentemente tener los apoyos para realizar estas prácticas, no se llevan a cabo según lo recomendado. En el caso particular de la actividad física, se recomienda enfatizar las estrategias que favorecen el ejercicio que las madres realizan con sus hijos, ya que es la actividad física que reportan en mayor medida.

Para futuras investigaciones que tengan como objetivo evaluar variables similares a las de este estudio, se recomienda incluir una evaluación de las orientaciones y por otra parte, es importante mejorar el muestreo, seleccionando una muestra más grande que incluya casos extremos, permitiendo a su vez evaluar más de dos grupos de comparación y poder ejemplificar de mejor manera los efectos de estas variables, ya sea su presencia o total ausencia como por ejemplo, contar o no con una pareja u horarios de trabajo que supongan una mayor demanda.

VII. Referencias

- Barbera, E. (2004). Perspectiva Cognitiva-Social: Estereotipos y esquemas de género. En Barberá, E. & Martínez, I., (Ed.), *Psicología y género* (pp. 55-80). Madrid: Pearson Educación.
- Benavides, P., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, H. & González, G. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el “Inventario de Burnout de Psicólogos”. *Clínica y salud*, 13(3), 257-283.
- Blanco, G. & Feldman, L. (2000). Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *Revista Salud Pública de México*, 42(3), 217-225.
- Criag, J & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico* (Novena edición). México: Pearson Educación.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Feist, J & Feist, G. (2007). *Teoría de la personalidad*. España: Mc Graw Hill.
- García, M., Pardío, J., Arroyo, P. & Fernández, V. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 14(27), 9-46.
- Heindrich, S & Ryff, C. (1995). Health, Social Comparisons, and Psychological Well-Being: Their Cross-Time Relationships. *Journal of Adult Development*, 2(3), 173-186.

Hernández, O. (2006). Adolescentes y representaciones de género sobre la familia y sus miembros en Ciudad Victoria, Tamaulipas. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, Vol. XVI, 9-30.

INEGI (2010). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo ENOE 2010. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2010/ENOE_2010.pdf

INEGI (2011). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 2010*. Aguascalientes, México: INEGI

Lazarus, R. (1981). *Little hassle can be hazardous to health*. En Craig, G y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*, Novena edición (pp. 497). México: Prentice hall.

Martínez, I. (2004). Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género. En Barberá, E. y Martínez, I., (Ed.), *Psicología y género* (pp. 295-323). Madrid: Pearson Educación.

Martínez, R. (2010). Variables psicosociales asociadas a las prácticas de promoción de la salud en una muestra de madres sonorenses de zona urbana. Tesis de licenciatura. Universidad de Sonora.

Mendelson, C. (2002). Health perceptions of Mexican American women. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 210-217.

- Montiel, M. (2006). A mixed methods approach to definition of family health promotion practices for Mexican sonoran mothers. University of Michigan: ProQuest. ISBN:9780549289265
- Montiel, M. (2009). Construcción y validación de un instrumento para evaluar variables psicosociales asociadas a las prácticas de promoción de salud de la familia, desde la perspectiva de la madre. En prensa.
- Navarro, C & Reyes-Lagunes, I. (2008). Influencia de la escolaridad y ocupación de la madre en las prácticas de alimentación infantil en mujeres de Morelia y Michoacán. *La Psicología Social en México*, Vol. XII. Guanajuato: Asociación Mexicana De Psicología Social.
- Orlandini, A. (1999). *El estrés: que es y cómo evitarlo*. México: Fondo de cultura económica.
- Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J. & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud pública de México*, 48(2), 94-103.
- Roden, J. (2003). Capturing parents' understanding about the health behaviors they practice with their preschool-aged children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 23-44.
- Rubin-Kurtzman, J., Denman, C & Grijalva, G. (2006). *Cambios en el mundo del trabajo y la salud de las mujeres: una revisión desde América Latina*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6) 1069-108.
- Ryff, C., Singer, B. & Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 359(1449), 1383-1394.
- Ryff, C & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Sarrió, M., Ramos, A. & Candela, C. (2004). Género trabajo y poder. En Barberá, E. y Martínez, I., (Ed.) *Psicología y género* (pp. 193-215). Madrid: Pearson Educación.
- Sau, V. (2004). Psicología y feminismo(s). En Barberá, E. y Martínez, I., (Ed.), *Psicología y género* (pp. 107-118). Madrid: Pearson Educación.
- Serrano, M. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud* (Segunda edición). Madrid: Diaz De Santos.
- Solares, S., Benavides, J., Peña, B., Rangel, D. & Ortiz, A. (2011). Relación entre el tipo de apoyo y el estilo de amor en parejas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 41-56.

VIII. Anexos

Anexo 1

Definiciones guiadas por la teoría de las dimensiones del Bienestar Psicológico - tomado de Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6) 1069-108.

Auto-Aceptación

Puntuaciones altas: posee una actitud positiva hacia el mismo; reconoce y acepta múltiples aspectos de si mismo incluyendo cualidades buenas y malas; se siente positivo sobre la vida pasada.

Puntuaciones bajas: se siente insatisfecho con sí mismo; está decepcionado con lo ocurrido en su vida pasada; preocupado acerca de ciertas cualidades personales; desea ser diferente de lo que es.

Relaciones positivas

Puntuaciones altas: tiene relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con otros; se interesa por el bienestar de otros; capaz de una gran empatía, afecto e intimidad; entiende la necesidad de hacer concesiones en las relaciones humanas.

Puntuaciones bajas: tiene pocas relaciones cercanas y de confianza con otros; encuentra difícil ser cálido, abierto e interesado por otros; está aislado y frustrado con las relaciones interpersonales; no está dispuesto a hacer compromisos para mantener vínculos importantes con otros.

Crecimiento personal

Puntuaciones altas: Tiene un sentimiento de desarrollo continuo; se ve a sí mismo en crecimiento continuo aunque vulnerable; está abierto a nuevas experiencias; (esta consciente de su potencial); ve mejora en él y en su comportamiento a través del tiempo; está cambiando en formas que reflejan más auto-conocimiento y eficacia.

Puntuaciones bajas: Tiene un sentido de estancamiento personal; falta del sentido de mejora o expansión en el tiempo; se siente aburrido y desinteresado por la vida; se siente incapaz de desarrollar nuevas actitudes o comportamientos.

Propósito en la vida

Puntuaciones altas: tiene metas en la vida y un sentido de direccionalidad; siente que hay un significado en su vida presente y pasada; mantiene creencias que dan propósito a la vida; tiene metas y objetivos para la vida.

Puntuaciones bajas: No encuentra el significado a su vida; tiene pocas metas y objetivos; carece de un sentido de dirección; no ve un propósito en su vida pasada; no tiene perspectivas o creencias que le den significado a la vida.

Dominio del entorno

Puntuaciones altas: Tiene un sentido de dominio y capacidad de manejo del entorno; controla una serie compleja de actividades externas, hace un uso efectivo de las oportunidades a su alrededor; capaz de escoger o crear un contexto de acuerdo a sus necesidades y valores personales.

Puntuaciones bajas: Tiene dificultad manejando los asuntos cotidianos; se siente incapaz de cambiar o mejorar el contexto a su alrededor; inconsciente de las oportunidades a su

alrededor; carece de sentido de control sobre el mundo exterior.

Autonomía

Puntuaciones altas: Es auto-determinado e independiente; capaz de resistir la presión social para pensar y actuar de cierta manera; regula la presión social para pensar y actuar de cierta manera; regula su comportamiento “desde dentro”; se evalúa a si mismo bajo estándares personales.

Puntuaciones bajas: Preocupado por la expectativa o evaluación de otros; se basa en el juicio de otros para tomar decisiones importantes; cede ante la presión social para pensar y actuar de cierta manera.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Construcción y validación de un instrumento para evaluar variables psicosociales asociadas a las prácticas de promoción de salud de la familia, desde la perspectiva de la madre.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Dra. Martha Montiel Carbajal, Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación, Universidad de Sonora.

COLABORADORES DEL PROYECTO: Martín Ricardo Martínez Méndez, Cristian Martín Fuentes García, José Manuel Camargo Duarte, Elisa Díaz Urquidez, Ulises Reyes López, Yenyfer Félix Soto, Victoria Berenice Reséndiz Macho.

NOMBRE DE LA PARTICIPANTE (por favor escriba): _____

I. PROPOSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio de investigación es aprender las ideas que tienen las madres mexicanas sonorenses acerca de la salud y el bienestar, que es lo que hacen para mantenerse ellas mismas y a sus hijos saludables, y que cosas les ayudan o dificultan lograrlo.

II. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Se le solicitara que participe en un estudio acerca de salud y bienestar, que es lo que Usted hace para mantener a sus hijos y a Usted misma saludable, y que cosas le ayudan o le dificultan lograrlo. La sesión de llenado del cuestionario tomará alrededor de 50 minutos. Usted no necesita contestar cualquier pregunta que le haga sentirse incómoda. Podrá solicitar a la persona que la visite cualquier explicación que le permita aclarar dudas y responder al cuestionario con honestidad y exactitud.

III. BENEFICIOS

Usted no recibirá un beneficio directo por participar en este estudio. La información obtenida en esta investigación puede conducir al desarrollo de mejores programas de promoción y educación para la salud dirigidos a las familias del estado de Sonora.

IV. CONFIDENCIALIDAD

Sus respuestas al cuestionario se mantendrán confidenciales y solamente la investigadora principal y sus colaboradores tendrán acceso a los datos. Por esa razón no es necesario que aparezca su nombre en el cuestionario ni en algún otro

documento del estudio. En caso de que los resultados finales de este estudio sean publicados, su nombre no aparecerá en ningún material publicado.

V. ABANDONAR EL ESTUDIO

Usted puede elegir no participar en el estudio o abandonarlo (interrumpir la sesión de llenado del cuestionario) en cualquier momento sin que sea penalizada por ello, ni perder los beneficios a los que tenga derecho. Su participación (o no participación), o cualquier respuesta que Usted proporcione, no le afectarán de manera alguna.

VI. CONSENTIMIENTO

Acepto participar voluntariamente en este estudio. He tenido la oportunidad de formular todas mis preguntas sobre el estudio a los investigadores.

USTED RECIBIRA UNA COPIA DE ESTE ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SU ARCHIVO

Firma de la participante Fecha

Firma de la persona obteniendo el consentimiento Fecha