

UNIVERSIDAD DE SONORA

División de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Características y comparación de los componentes de satisfacción con la
crianza en las madres de niños con desnutrición y madres de niños con normo
peso

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta
NAYELIGRIJALVALARIOS

ASESOR DIRECTOR
DR. SP. María Martha Montiel Carbajal

Asesores
M.C. Yvette Márquez Munguía
Dra. Marcela Sotomayor Peterson
Mtra. Assol Cortés Moreno

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

Índice	i
Índice de tablas	iii
Resumen	iv
Introducción	1
1. Antecedentes y Justificación	3
1.1 Infancia y nutrición	2
1.2 La desnutrición en México y el mundo	5
1.3 Factores de la desnutrición infantil	9
1.4 Condiciones de crianza que impactan en las prácticas de alimentación	11
1.4.1 Estrés de la crianza	12
1.4.2 Estados emocionales maternos	15
1.5 Modelos explicativos del cuidado del niño	17
1.5.1 Modelo de crianza de Belsky	17
1.5.2 Modelo de crianza de Abidin	19
2. Pregunta de investigación	22
3. Hipótesis	22
4. Objetivo general	23
4.1 Objetivos específicos	23
5. Método	24
5.1 Tipo de estudio	24
5.2 Participantes	24
5.3 Diseño Muestral	28
5.4 Instrumentos	29

5.5 Escenarios	35
5.6 Procedimiento	35
5.7 Consideraciones éticas	36
5.8 Análisis de datos	37
6. Resultados.....	38
6.1 Análisis descriptivo por grupo nutricional e Índice de Estrés Parental, dimensión del niño	38
6.2 Análisis descriptivo por grupo nutricional e Índice de Estrés Parental, dimensión materna.....	40
6.3 Análisis descriptivo por grupo nutricional e Índice de Estrés Parental Total e Inventario de Ansiedad Rasgo Estado	41
6.4 Análisis de correlación entre el Índice de Estrés Parental y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado	43
6.5 Análisis comparativo entre la dimensión del niño y sus sub-escalas y grupo nutricional	44
6.6 Análisis comparativo entre la dimensión materna y sus sub-escalas y grupo nutricional	45
6.7 Análisis comparativo entre estrés total, ansiedad rasgo, ansiedad estado y grupo nutricional	45
6.8 Análisis comparativo entre características sociodemográficas y grupo nutricional	46
7. Discusión y conclusiones.....	48
8. Referencias	52

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los niños participantes por grupo nutricional	24
Tabla 2. Datos sociodemográficos de las madres participantes por grupo nutricional	25
Tabla 3. Condición de pobreza multidimensional de los participantes por grupo nutricional	27
Tabla 4. Análisis descriptivo de la dimensión del niño y sus sub-escalas.....	38
Tabla 5. Análisis porcentual de las puntuaciones de la dimensión del niño y sus sub-escalas	39
Tabla 6. Análisis descriptivo de la dimensión materna y sus sub-escalas.....	40
Tabla 7. Análisis porcentual de las puntuaciones de la dimensión materna y sus sub-escalas	41
Tabla 8. Análisis descriptivo de las puntuaciones totales del IDARE y del IEP.	42
Tabla 9. Análisis porcentual de las puntuaciones del IDARE y del IEP	43
Tabla 10. Análisis comparativo entre la dimensión del niño y sus sub-escalas y grupo nutricional	44
Tabla 11. Análisis comparativo entre la dimensión materna y sus sub-escalas y grupo nutricional	45
Tabla 12. Análisis comparativo entre estrés total, ansiedad rasgo, ansiedad estado y grupo nutricional	46
Tabla 13. Análisis comparativo entre orden de nacimiento, número de hermanos, nivel de pobreza multidimensional, presencia del padre y grupo nutricional	47

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar las características de la satisfacción con la crianza en las madres de niños con desnutrición y madres de niños con normo peso, la relación entre variables, y compararlas entre ambos grupos. Se contó con una muestra no probabilística por conveniencia conformada por 21 díadas, 8 niños con diagnóstico de desnutrición y 13 niños con normo peso y sus cuidadores. Es un estudio no experimental, transeccional con alcance descriptivo-correlacional, en el cual se tomaron las medidas antropométricas del niño y se estimó su estado nutricional; para la recolección de datos se utilizó el estadímetro para bebés SECA 232, con precisión de 100 gramos y 1 mm, para las medidas antropométricas de peso y talla; para la estimación del crecimiento y desarrollo se utilizó el Software WHO Anthro, versión 3.1.0, con el que se hicieron los cálculos de puntaje Z y se estimó el estado nutricional del niño (OMS, 2009), se recabaron datos sociodemográficos y datos para la medición de pobreza multidimensional (CONEVAL, 2009), también se aplicó el Índice de Estrés de la Crianza (Vera, 1996) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Díaz-Guerrero y Spielberger, 2007). Los resultados muestran pocas diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones evaluadas por el Índice de Estrés de la Crianza (a excepción de la sub-escala del niño *Humor*, $p=0.032$) y grupo nutricional, de igual forma no se encontraron diferencias entre estado nutricional y la ansiedad rasgo-estado. En cuanto a las características sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estado nutricional y *Presencia del Padre* ($p=0.020$), *Número de Hermanos* ($p=0.014$), y *Orden de Nacimiento del Niño* ($p=0.017$) por lo que se considera pertinente evaluar el espacio intragenésico entre hijos. Se concluye que no son las condiciones maternas las que están impactando de manera diferencial sino que son las características sociales del contexto las que tienen mayor impacto sobre el estado nutricional de los infantes.

Palabras Clave: satisfacción con la crianza, estado nutricional, características sociales.

Introducción

La salud es un concepto que se ha ido adaptando a lo largo del tiempo y que atiende principalmente a paradigmas epidemiológicos. La Organización Mundial de la Salud la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Susser y Susser en 1996 reconocen el surgimiento de un nuevo paradigma: la eco-epidemiología, que enfatiza en la interdependencia de los individuos con el contexto biológico, físico, social, económico e histórico en el que viven y, por consecuencia, plantea la necesidad de explorar múltiples niveles de organización, tanto en el individuo como fuera de él.

Se habla entonces de determinantes de la salud asociados a variables desde nivel individual hasta determinantes poblacionales, definidos por la OMS (1998) como “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”. Entre los individuales podemos encontrar las preferencias en estilos de vida, ya que la conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicarse, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen (OMS, 1998).

De esta forma, problemas de salud como la desnutrición tiene sus determinantes en los estilos de vida y las preferencias individuales, pero también cuenta con determinantes de naturaleza social y económica tales como acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información y en la equidad de la distribución del ingreso económico

(Organización Panamericana de la Salud, 2005). Es importante destacar que la nutrición juega un papel importante a lo largo de la vida, ya que es uno de los principales determinantes de la salud, del desempeño físico y mental, así como de la productividad.

En México la desnutrición sigue siendo un problema de salud pública a solucionar, el cual se extiende a lo largo de todo el territorio mexicano, y lo cierto es que a pesar de los enormes avances que se han logrado en los últimos años las cifras siguen siendo alarmantes en algunos sectores de la población (UNICEF, 2016).

En general, los programas implementados en México atacan las causas relacionadas con la disponibilidad y acceso a alimentos, servicios educativos, sanitarios y de salud en el ámbito comunitario, buscando apoyar a las familias que viven en condiciones de pobreza extrema en localidades marginadas del medio rural, y en menor proporción, atacando aquellas causas que comprenden factores y patrones de conducta individuales (UNICEF, 2008), los cuales han tenido un impacto limitado en disminuir las prevalencias de desnutrición infantil (Galván y Amigo, 2007). Igualmente, debe considerarse que el ámbito familiar contribuye al modo de alimentarse, a establecer las preferencias alimenticias, y sobre todo influye durante la infancia, ya que es la etapa en la que se instauran la mayor parte de los hábitos alimenticios. En este periodo de vida, la madre se convierte en participante fundamental en la alimentación del niño y se torna especialmente influyente en el desarrollo o mantenimiento de este problema nutricional (Álvarez, Aguaded y Ezquerro, 2014).

Por lo tanto el presente estudio se desarrolló con el objetivo de determinar las características de la satisfacción con la crianza y ansiedad rasgo-estado en las madres de niños con desnutrición en comparación con madres de niños con normo peso.

1. Antecedentes y Justificación

1.1 Infancia y nutrición

La etapa conocida como infancia temprana se extiende desde el nacimiento hasta el tercer año de vida (aproximadamente), y ha sido catalogada como determinante en la evolución del hombre. Es un periodo de cambios increíbles caracterizado por el crecimiento y desarrollo. Para que dicha etapa se supere con normalidad, es fundamental una nutrición adecuada (Ortiz, Peña, Albino, Mönckeberg y Serra, 2006).

La nutrición a lo largo del curso de la vida es una de las principales determinantes de la salud, del desempeño físico y mental y de la productividad. Se determina como la ingesta de alimentos en relación a las necesidades dietéticas del organismo. Cuando la ingesta es inadecuada en cantidad o calidad, da paso a una mala nutrición que puede ser por falta (desnutrición) o por demasía (obesidad o sobrepeso). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define a la desnutrición como “el resultado de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Habitualmente, genera una pérdida de peso corporal” (página 22). De Tejada (2004) destaca que la desnutrición es uno de los males más terribles que aquejan a una sociedad y violenta sus derechos humanos, ya que implica la limitación para satisfacer una necesidad básica fundamental. Tener acceso a una adecuada alimentación permite no solo cumplir funciones biológicas sino también funciones psicológicas y sociales.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) la desnutrición implica: a) tener una talla inferior a la que corresponde a la edad (T/E); b)

tener un peso corporal menor a lo normal para la edad (P/E) ; o c) tener un peso corporal menor a lo normal para la talla (P/T). El índice de desnutrición se estima utilizando el indicador de Puntajes Z por recomendación de la OMS, ya que es más sensible a los cambios. Se expresa en unidades de desviación estándar, que describen en qué medida y en qué dirección se desvía la medición antropométrica de un individuo del promedio con respecto a la media para el sexo, edad, peso y talla. Para los tres indicadores de desnutrición (T/E, P/E y P/T) se considera desnutrición leve cuando el puntaje Z es igual o mayor a -1 y menor a menos 2, moderada cuando es mayor o igual a -2 y menor a -3 y severa cuando es mayor o igual a -3 (OMS, 2006).

La desnutrición crónica (baja T/E) es reflejo de los efectos negativos acumulados a lo largo del tiempo, es el tipo de desnutrición infantil más relevante a largo plazo, ya que evidencia el crecimiento lineal y se asocia con un desarrollo anormal del cerebro. Por otro lado, la desnutrición global (bajo P/E) es recomendado en términos epidemiológicos como el estimador más fidedigno de la prevalencia actual de desnutrición en los niños menores de cinco años, ya que proporciona un estimado global de la desnutrición combinando la desnutrición crónica y aguda. La desnutrición aguda (bajo P/T), indica un déficit en tejidos y masa grasa, es la forma de desnutrición más grave, ya que altera todos los procesos vitales y conlleva un alto riesgo de mortalidad (OMS, 2008; UNICEF, 2011).

Algunos de los efectos de la desnutrición durante los primeros años de vida son las enfermedades diarreicas, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, infecciones, trastornos hematológicos, cardiorrespiratorios y renales, sistema inmune débil, y bajo peso, mortalidad, morbilidad y discapacidades, que aparecen a corto plazo. Tan importantes como estas, están las consecuencias a largo plazo, entre las que aparece el déficit de talla,

cambios irreversibles en el cerebro, acompañados en algunos casos de retardo mental, menor productividad económica, menor desempeño reproductivo, además de convertirse en adultos propensos a desarrollar enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Grantham, 1995; Daza, 2001; Ortiz et al., 2006; Victora et al., 2008). No hay que perder de vista que las etapas más susceptibles a la desnutrición son la edad gestacional y el primer año de vida, ya que se reduce la proliferación neuronal (Hughes y Bryan, 2003).

De otra manera, los hallazgos más notables sobre los efectos en las funciones psicológicas y comportamentales, son las repercusiones en el área del lenguaje, las conductas sociales y la resolución de problemas, cuyas deficiencias se pueden ver reflejadas en un bajo rendimiento escolar en años siguientes (De Andraca, Salas, Parra y González, 1993). Además, se ha observado que los niños desnutridos han mostrado irritabilidad, indiferencia al medio, apatía, timidez, tensión emocional, deficiente respuesta a estímulos y menor socialización (Chávez, Martínez, Guarneros, Allen y Peltó, 1998), esto coincide con lo que Cravioto (1995) señala, cuando un niño sufre de desnutrición se muestra triste, apático, irritable, desinteresado para realizar su actividad fundamental – juego- así como para solicitar y formar vínculos afectivos y sociales con las personas de su contexto inmediato. El niño con desnutrición guarda su energía para el mantenimiento de las funciones vitales básicas (respirar, eliminar), y evade usarla en actividades como explorar, conocer y aprender. Se vuelve poco demandante y en consecuencia, disminuye la interacción efectiva con su entorno, lo que desencadena en retrasos del desarrollo.

1.2 La desnutrición en México y el mundo

Es importante señalar que en el mundo se calcula que cerca de 805 millones de personas padecieron hambre crónica durante 2012 y 2014, es decir, una de cada nueve, debido a la

carencia de alimentos necesarios para llevar una vida activa y saludable, esto según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2014), y que 870 millones de personas sufren de desnutrición en el mundo, siendo ambas (hambre y desnutrición) el principal riesgo para la salud (Programa Mundial de Alimentos, 2015).

En 2014 UNICEF utilizó modelos estadísticos para estimar los promedios regionales (sin incluir China) de la prevalencia de bajo peso, baja talla y bajo peso para la talla en menores de cinco años entre 2008 y 2012 haciendo uso de los datos de la base mundial de nutrición. Los resultados obtenidos pueden observarse en la Figura 1, donde resalta que la región de Asia Meridional es la que promedia mayor prevalencia para los tres indicadores, seguida por la región de África Subsahariana, situándose ambas por encima de los promedios mundiales. La región de África septentrional y Medio Oriente promedia por debajo para los indicadores de bajo peso y baja talla, sin embargo iguala el promedio mundial de 8% en bajo peso para la talla. Por otro lado, las regiones de Asia Oriental y Pacífico, y América Latina y el Caribe, promedian por debajo en todos los indicadores, sin embargo para baja talla promedian 12% y 11% respectivamente, cifras notables, sobre todo si consideramos que es el indicador de desnutrición infantil más relevante a largo plazo.

Por último, la tercera parte de las muertes en niños menores de cinco años son atribuibles a la desnutrición, el Programa Mundial de Alimentos (2015) reporta que la nutrición deficiente es la causa de casi la mitad (45%) de las muertes en niños menores de cinco años.

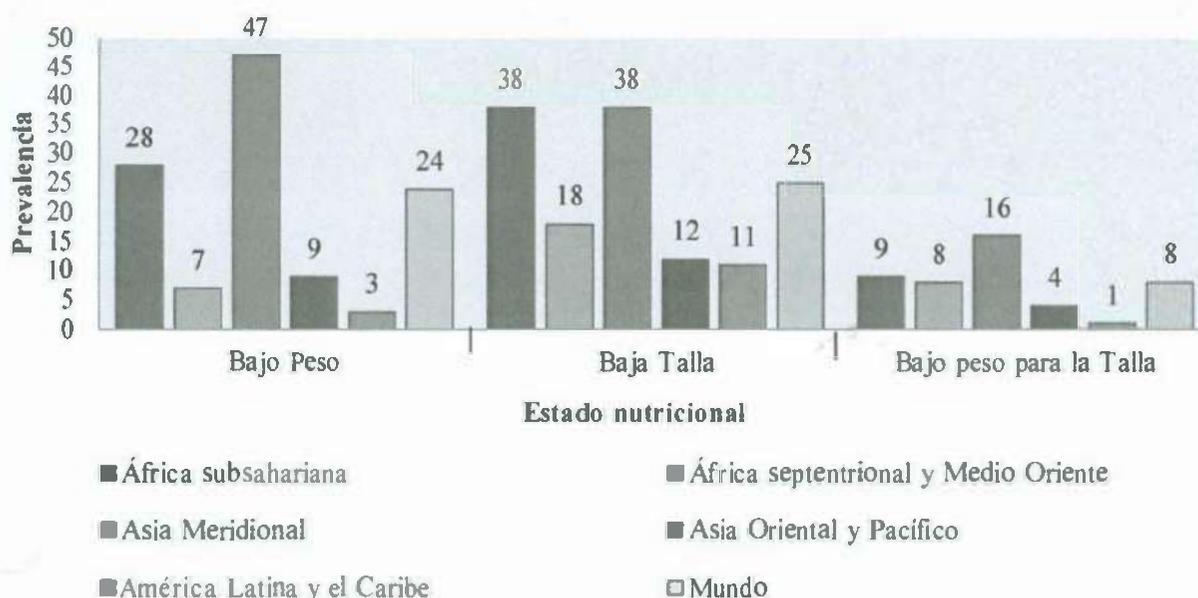


Figura 1. Promedios regionales de la prevalencia de bajo peso, baja talla y bajo peso para la talla en menores de cinco años entre 2008-2012. UNICEF 2014.

Fuente: elaboración propia.

En México, la desnutrición en niños menores de 5 años de edad ha sido considerada durante varias décadas uno de los principales problemas de salud pública asociada a una alta prevalencia de morbilidad y mortalidad, siendo en los niños de 13 y 36 meses de edad en los que se observa un mayor estancamiento (Consejo Nacional de Evaluación de la Pobreza, 2009; Almeida y Marinos, 2002).

Entre 1988 y 2012, las prevalencias de las tres formas de desnutrición en menores de cinco años han tenido disminuciones notables, lo que puede observarse en la Figura 2. En la actualidad se estima que 302 279 (2.8%) niños en este rango de edad presentan bajo peso, 14 677 57 (13.6%) baja talla, y 171 982 (1.6%) bajo peso para la talla (ENSANUT, 2012).

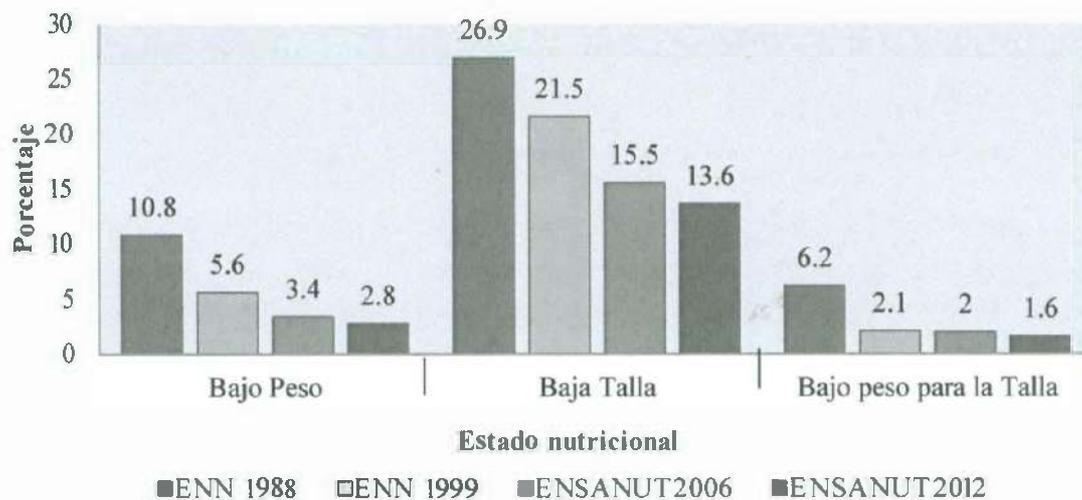


Figura 2. Comparación de la prevalencia nacional de bajo peso, baja talla y bajo peso para la talla en menores de cinco años de 1988, 1999, 2006 y 2012. ENSANUT 2012.

Fuente: Adaptado de Gutiérrez Rivera, Samah, Villalpando, Franco, Cuevas, Romero y Hernández. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales (p. 148). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

En el interior de la república, en las zonas urbanas y rurales de la región norte se observó un pequeño aumento en la prevalencia de baja talla de 2006 a 2012; en la zona urbana fue del 8.3% al 8.8% y en la zona rural del 8.3 al 9.8%.

A nivel estatal, la ENSANUT (2012), con una muestra de 286 menores de 5 años que al aplicar los factores de expansión, representaron a una población de 253 905 niños, muestra que del total de menores de cinco años evaluados 5.1% presentó baja talla, 0.3% bajo peso y 0.4% bajo peso para la talla. La prevalencia de baja talla en Sonora fue muy inferior a la encontrada para el ámbito nacional (13.6%). No se contó con suficiente poder estadístico para establecer si las diferencias entre 2006 y 2012 y entre localidades urbanas y rurales fueron estadísticamente significativas.

Sin embargo, remitiéndose a los datos en Sonora reportados en la ENSANUT (2006), se encuentra que en el grupo de niños menores de cinco años, la prevalencia de bajo peso era ligeramente superior al promedio nacional (5%) con un porcentaje de 5.2%; la prevalencia estatal de baja talla se encontraba por debajo del promedio nacional (12.7%) con un porcentaje de 10.5%, y destacaba el bajo peso para la talla (3.4%), donde Sonora representó el valor máximo en el país (media nacional es de 1.6%).

1.3 Factores de la desnutrición infantil

La desnutrición infantil tiene causas complejas que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. Se han propuesto diversos modelos para describir dichas causas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2000 propone el uso un modelo amplio para ser utilizado como instrumento analítico, refiriendo el marco conceptual multicausal descrito por UNICEF (1998), el cual contempla:

- a) Causas básicas: se refieren a la manera en la que la sociedad organiza y distribuye los recursos materiales, la riqueza y el poder político.
- b) Causas subyacentes: tienen que ver con la disponibilidad y acceso a alimentos y servicios educativos, sanitarios y de salud en el ámbito comunitario.
- c) Causas inmediatas: comprenden a factores y patrones de conducta individuales.

La pobreza, funge como eje central de este marco multicausal, ya que la carencia de recursos es un determinante de la falta de acceso a la educación, los servicios de salud y de saneamiento, que suele responder a problemas estructurales, habituales en la organización de los países latinoamericanos o aquellos con menor desarrollo. De entre estas, la educación se torna sumamente relevante, ya que un buen nivel educativo mejora los

conocimientos sobre nutrición y el estado de salud en general, debido a que provee a las personas de conocimientos, capacidades y actitudes para encaminar y controlar sus circunstancias vitales, por lo que al no tener acceso a ella impacta significativamente en la salud de las personas (Jiménez, Rodríguez y Jiménez, 2010). Se sabe también que la procedencia de regiones rurales y/o de zonas con altos índices de marginación, incluidas ciertas zonas urbanas, son un factor de riesgo para padecer desnutrición, debido a las condiciones precarias de los servicios sanitarios, de vivienda y de vida en general en dichas zonas (Cortés y Avilés, 2011).

Las causas inmediatas atienden a aspectos más proximales, tanto físicos propios de la madre (como el espacio intragenésico) como sociales, relacionados con la alimentación, entre ellas, las prácticas de crianza, que abarcan la higiene personal, presentación de los alimentos, selección de productos, preparación de la comida, lugar donde se ingiere el alimento, conductas de juego verbales para estimular el consumo, entre muchas otras. Es aquí donde resalta el papel que desempeñan las madres como promotoras de la alimentación y nutrición del infante debido a que en su interacción con el niño en el momento en que come pueden establecerse rasgos de sensibilidad y responsividad en ambos miembros de la diada que probabilizan un crecimiento óptimo del niño (Romero, López y Cortés, 2008). La interacción madre-hijo tiene un carácter protagónico para impulsar el desarrollo infantil, a partir de una base fundamental, como es proporcionar un ambiente estructurado conformado por afecto, seguridad, pertenencia, alimentación, abrigo, experiencias y oportunidades (De Tejada, 2004).

1.4 Condiciones de crianza que impactan en las prácticas de alimentación

La tarea de ser padre es sumamente compleja y en algunas ocasiones debe realizarse dentro de situaciones exigentes que demandan de grandes recursos personales y físicos, y que en algunos casos son limitados, aunado a las demandas particulares de cada hijo, esta tarea se puede tornar muy difícil de desempeñar. En nuestro país el interés por estudiar las pautas de interacción familiar ha incrementado en los últimos años de manera considerable. Las investigaciones más recientes alrededor de la familia analizan las interacciones, la organización y la forma en que funcionan las familias. Se ha dado gran relevancia al papel que desempeña la madre por la función cultural sobre la crianza de los hijos, en la que es ella, en la mayoría de los casos la responsable (Vera, Morales y Vera, 2005).

A lo largo de la vida de la mujer está presente una interrelación entre procesos biológicos y psicológicos ligados a la maternidad, las madres aparecen tradicionalmente como las responsables del cuidado y supervisión de los niños, la naturaleza de la relación madre-hijo supone un carácter simbólico compartido socialmente, se impone a través de los mitos colectivos, la comunicación y la interacción entre la díada, particularmente durante el período de infancia, implica disponibilidad permanente de 24 horas, siete días por semana, es entonces posible pensar que el hijo se convierte en una alteridad con quién compartir experiencias y transitar el día a día. Walkerdine y Lucey (1989) destacan que lo que se define como “una buena madre” donde se fija la presencia materna y se le designa la responsabilidad del hijo supone grandes demandas para la persona. Aunado a esto, se señala que la vivencia de la enfermedad de un hijo altera los vínculos que establece con el mismo y puede dañar su capacidad de “amar”, sus sentimientos podrán oscilar del amor al

rechazo, de la protección a la negación, en una lucha para hacer frente a las demandas propiamente impuestas, reales o percibidas (Sánchez, 2003).

Contribuyendo a esto se ha demostrado que algunos factores que influyen en las percepciones y conductas de los padres son: eventos negativos en la vida, discordia marital, aislamiento, ansiedad y depresión, abuso de alcohol y drogas, bajos ingresos, desempleos, problemas cotidianos y paternidad en soltería. Como elemento en común entre todos estos factores, se encuentra el estrés (Webster-Stratton, 1990).

1.4.1 Estrés de la crianza.

Desde un enfoque interaccionista, ni estresores ni respuestas estresantes existen separadamente, sino que ambos conforman la llamada experiencia del estrés, entendida como un proceso interactivo entre situaciones y características de cada individuo. Y es que, cada persona reacciona diferente ante las mismas situaciones. El alcance del estrés depende de cómo interpreta cada individuo cada experiencia negativa. Lazarus y Folkman (1986) postulan que el estrés se refiere a las relaciones particulares entre la persona y el entorno, el qué es evaluado como amenazante de sus recursos y pone en riesgo su bienestar. Podría considerarse que el estrés se encuentra ligado a la ocurrencia de eventos o situaciones a las cuáles la persona le resulta complicado adaptarse; los que conlleva a conflictos emocionales, psicológicos y sociales.

Dentro de este modelo, el estrés psicológico es tratado como un resultado de la manera en que un individuo aprecia o evalúa y construye una relación con el entorno. En dicha relación, las demandas del entorno, las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos para

afrontar el problema y las respuestas emocionales están relacionadas de manera recíproca, de forma que cada una afecta al resto (Sánchez, 2003).

El concepto de estrés de la crianza alude a una serie de evaluaciones realizadas por los padres o cuidadores del niño acerca de su nivel de compromiso para ejercer esta tarea, del grado de acceso, o en qué medida disponen de los recursos necesarios para criar a sus hijos, del ambiente en el que viven y de su relación de pareja; también se refiere a la percepción que se tenga del comportamiento de los hijos o de sus características particulares, y de las competencias propias como responsables de la crianza. (Abidin, 1990, 1992; Webster-Stratton, 1990).

Existen numerosos acontecimientos a lo largo de la vida que modifican significativamente las expectativas de una familia, y que a su vez pueden producir estrés en las personas que han de afrontarlos, la presencia de estrés en la familia durante los primeros 3 años de vida se considera crítico para el desarrollo del niño (Zarate, Montero, y Gutiérrez, 2006). Los acontecimientos de vida reconocidos como estresantes tienen efecto sobre la relación madre-hijo, inclusive, el estrés familiar se ha destacado como un factor asociado a la psicopatología infantil y a la conducta inadecuada de los padres, como el maltrato infantil (Abidin, 1990). El nivel de riesgo para el bienestar del niño, depende de la manera en la que el estrés afecte la calidad y sensibilidad de las prácticas, hay que considerar que esta relación no es lineal, en algunos casos niveles muy altos o muy bajos de estrés conducen a una práctica inefectiva y niveles moderados de estrés pueden funcionar como facilitadores de prácticas responsivas (Abidin, 1992; Crnic y Low, 2002; Webster-Stratton, 1990).

Algunos estudios señalan que el nacimiento de un bebé en familias de bajos ingresos implica una mayor vulnerabilidad de los padres frente a la crianza, se ven expuestos a estresores que pueden afectar negativamente la atención de las necesidades propias de la infancia temprana (Olhaberry, y Farkas, 2012). Además que el estrés parental impacta la calidad de las interacciones madre-hijo, influyendo negativamente en la capacidad materna de adaptarse al niño, de aceptar sus particularidades, de percibirse competente en sus funciones y de responder de manera adecuada frente a sus señales y necesidades (Pelchat, Bisson, Bois y Saucier, 2003).

Se ha encontrado que una actitud negativa de la madre hacia el niño aumenta los niveles de estrés en la madre, afectando la posibilidad de predecir adecuadamente su conducta futura hacia el niño y afectando las características de la interacción madre-hijo (Vera, Morales, y Vera, 2005). Las madres cuyo sentido de competencia y apego hacia sus hijos ha sido dañado, experimentan un mayor estrés psicológico (Kazdin, 1990; Quitner, Jackson, y Clueckauf, 1990).

Bithoney, Van Sciver, Foster, Corso y Tentindo (1995) encontraron relación en algunas subescalas del Índice de Estrés Parental, donde los padres de los niños con baja talla se consideraron menos competentes y más aislados socialmente y percibieron a sus hijos menos adaptados. En el mismo estudio se encontró que la competencia percibida de las madres era mayor cuando sus hijos eran más altos y robustos.

Algunas investigaciones en madres y padres de hijos que sufren de alguna enfermedad crónica han encontrado diferencias en los niveles de estrés y angustia en ambos progenitores (Nagy y Ungerer, 1990). Por otro lado Ramsey en 2004 encontró que el incremento de estrés generado por los primeros fracasos para lograr alimentar al niño se ve

acompañado de ansiedad y frustración, cuyas señales generan estrés en el niño, resultando en la negación a comer, convirtiéndose en un ciclo vicioso, donde la situación puede volverse aversiva para ambos y resultar en un patrón de subconsumo. De igual manera, se ha encontrado que altos estresores asociados al niño se relacionan con la percepción de una disminución en el apoyo social, lo cual a su vez se correlaciona con un incremento de síntomas de depresión, ansiedad y hostilidad en la madre.

1.4.2 Estados emocionales maternos.

Como se mencionó con anterioridad uno de los factores que influyen en las percepciones y conductas de la madre es la ansiedad.

Para comprender este fenómeno es importante resumir un poco de su estudio en el ámbito psicológico, el cual se remonta a 1908, cuando Yerkes y Dodson sugieren la existencia de una cierta relación entre el nivel de excitación de un sujeto y el nivel de ejecución que consigue de una determinada conducta. Más tarde y aceptando las aportaciones de la teoría de Hull (1921), una larga lista de autores han considerado la ansiedad como un conducto motivacional, responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. En 1936 en el libro de Sigmund Freud, *El problema de la ansiedad*, aparece como un estado emocional o condición caracterizado por una dimensión motora acompañada de una sensación de malestar percibida por el individuo. Desde el enfoque conductual, Mowrer (1939) establece que la ansiedad es una conducta aprendida por procesos de condicionamiento clásico y es una motivación para el aprendizaje de conductas por ensayo y error. A partir de los años sesenta, el tema es acogido por una nueva perspectiva de estudio, donde Raymond Cattell e Ivan Scheier (1961) hacen el primer intento sistemático de medir e identificar el constructo ansiedad,

destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad, ansiedad como estado y como rasgo. El segundo gran modelo conceptual que podemos encontrar dentro de esta línea es el de C. H. Spielberger.

Según Spielberger (1966) el estado de ansiedad es definido como un estado emocional transitorio o condición del organismo que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. La ansiedad-estado depende de la percepción del sujeto, es decir, de una variable subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar una situación, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprehensión consistentes, y la ansiedad-rasgo refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

Diversos estudios resaltan que ante la enfermedad de un hijo, las madres expresan más ansiedad, mayor rigidez y sensibilidad (Madan-Swain et al., 1994; Lahteenmäki, Salmi, y Salo, 1996). De Tejada, Meza y González (2000) estudiaron a un grupo de madres de niños desnutridos graves con la finalidad de describir su perfil psicológico en el Centro Clínico del Instituto Nacional de Nutrición, Caracas, donde encontraron características de personalidad caracterizadas por impulsividad, agresividad, inseguridad, ira, timidez y ansiedad.

En otra investigación realizada por Ochoa-de Alda, Espina y Ortego (2006) reportan que las puntuaciones en ansiedad, depresión, neurosis y psicosis en madres de hijos con trastornos alimenticios en comparación con un grupo control son superiores.

Por su parte Bilbao (1997) encontró que del total de los progenitores evaluados en su estudio la ansiedad estado fue inferior a su ansiedad rasgo, y que a su vez la puntuación de los varones fue menor a la de las mujeres. También que durante el primer año de vida del infante los padres puntúan con mayor ansiedad, las madres muestran más nivel de tensión en lo relativo a la sobrecarga psicológica y física, vinculadas al cansancio propio de la crianza y a las dificultades (reales o temidas) de las funciones (alimentación, sueño, etc.); el punto más álgido de su ansiedad-rasgo sucede en el tercer semestre de vida del niño. Cabe señalar que la tendencia que se muestra es que a medida que el nivel de ansiedad rasgo-estado, paralelamente aumenta el nivel de ansiedad rasgo-estado en cada año de la crianza, con lo que se puede deducir que el nivel de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo de los padres podría modular el nivel de ansiedad que sientan en el ejercicio de sus funciones como padres a lo largo de la crianza.

1.5 Modelos explicativos del cuidado del niño

1.5.1 Modelo de crianza de Belsky.

En 1984 Belsky introdujo un modelo que presume que la crianza está directamente influenciada por factores internos (como la personalidad de la madre y las características individuales del niño) y el contexto en el que ocurre la relación madre-hijo (tales como relaciones maritales, redes sociales y experiencias relativas al trabajo), aunque dichos elementos no tienen el mismo peso sobre el ejercicio paterno. Tanto la personalidad como la historia del desarrollo de los padres influyen en el bienestar psicológico general de cada uno y en su contexto, lo que repercute en el funcionamiento como padres, y subsecuentemente en el desarrollo del niño (véase Figura 3). El modelo asume que la relación bienestar psicológico y funcionamiento como padres puede ser observado en

retrospectiva, en cierto grado, estudiando las experiencias que los padres tuvieron mientras crecían.

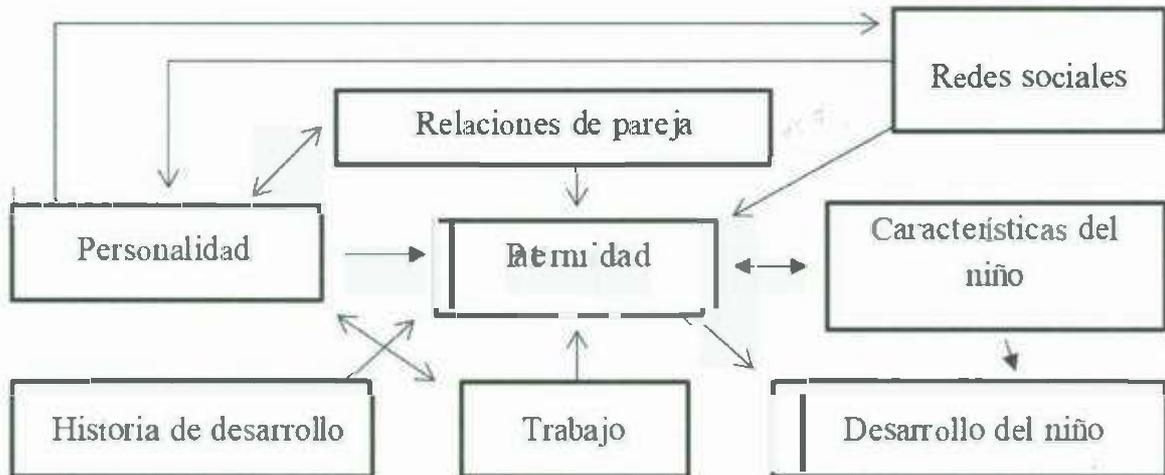


Figura 3. Elementos propuestos para la explicación de los determinantes de la crianza

Fuente: Belsky, 1984.

En la Figura 4 se puede observar una propuesta reestructurada del modelo de crianza de Belsky considerando los mismos determinantes de la crianza, pero se agrupan y se definen como tal, esta adaptación es con el fin de mostrar de forma más clara los factores por los que está influenciado el ejercicio de la paternidad.

Entre los cambios que se hacen al modelo se encuentran, agrupación de las características maternas, agrupación de las características del contexto en el que sucede la relación madre-hijo, se agregan de manera explícita los componentes físicos (relativo a la constitución corpórea) y de temperamento (disposición comportamental desde que se nace), que se entienden como las características del niño. Además se señala como estas características se relacionan e influyen entre sí y cómo a su vez impactan en el ejercicio de la paternidad lo que termina impactando en el desarrollo del infante.

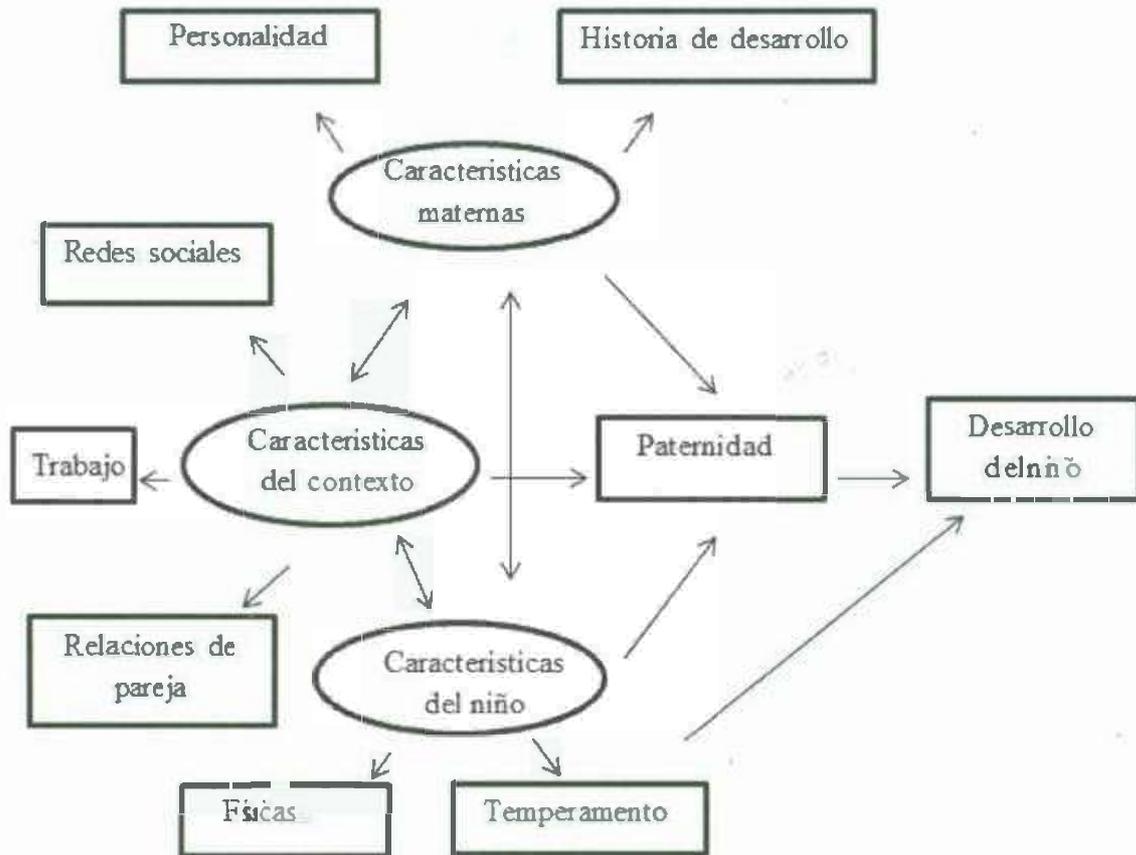


Figura 4. Propuesta reestructurada del Modelo de Crianza de Belsky
Fuente: elaboración propia.

1.5.2 Modelo de crianza de Abidin.

Modelo introducido en 1990, supone que los estresores o fuentes de estrés son aditivos y multidimensionales en origen y clase. Las fuentes de estrés van desde eventos de vida estresantes como la enfermedad grave de algún familiar cercano hasta los sentimientos subjetivos de las madres por sus responsabilidades de crianza (véase Figura 5).

Adicionalmente Abidin diseñó una herramienta que proporciona información de las características paternas y del hijo que pueden ser generadoras de insatisfacción, y al mismo tiempo evalúa las percepciones de la madre respecto a dichas características. La dimensión de las características del niño, en puntajes altos, se asocia con los niños que muestran cualidades y conductas que dificultan el rol de la crianza. En la dimensión de características

maternas, puntajes altos reflejan un sentimiento de incompetencia para las tareas de la crianza y muestra áreas de naturaleza disposicional que contribuye a los problemas de interacción. Dicha herramienta se describe a profundidad más adelante en el documento.

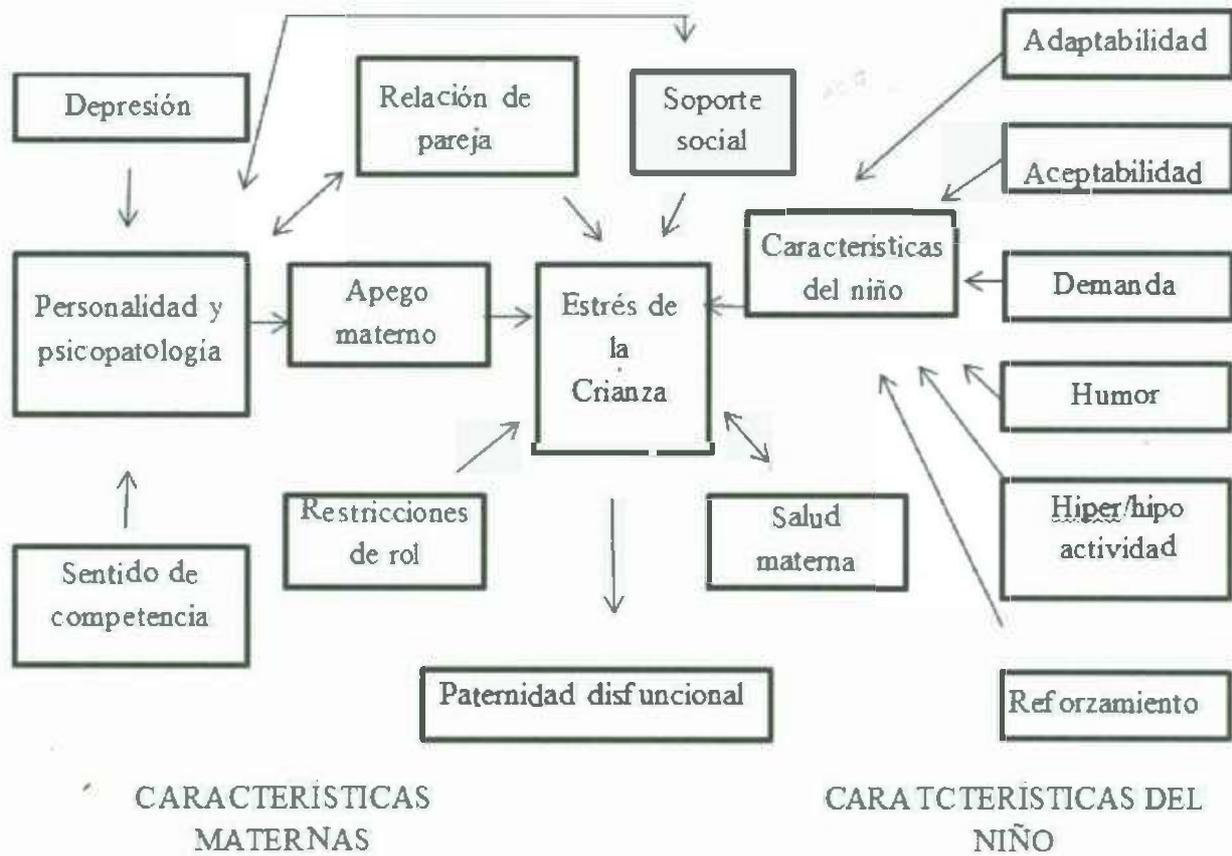


Figura 5. Modelo de Crianza de Abidin
Fuente: Abidin, 1990.

A continuación se presenta una propuesta reestructurada del Modelo de crianza de Abidin, donde se agrega ansiedad rasgo-estado a las características maternas, ya que, como se ha expuesto anteriormente también es una condición materna que impacta las prácticas de crianza. Se mantienen el resto de las características maternas y del niño sin modificaciones y se reestructura visualmente para facilitar su comprensión. Además los componentes se entienden ahora como determinantes de la satisfacción con la crianza, ya que por la forma en la que se plantea el modelo original y lo que evalúa el instrumento es

en realidad las percepciones que la madre tiene sobre el niño y las propias y qué tan satisfecho se está con el cumplimiento del rol de madre. Esta aproximación al fenómeno, si bien no difiere de lo que originalmente se conceptualiza como estrés, en su medición si lo es, por ello, a partir de este momento se entenderá como satisfacción con la crianza (véase Figura 6).

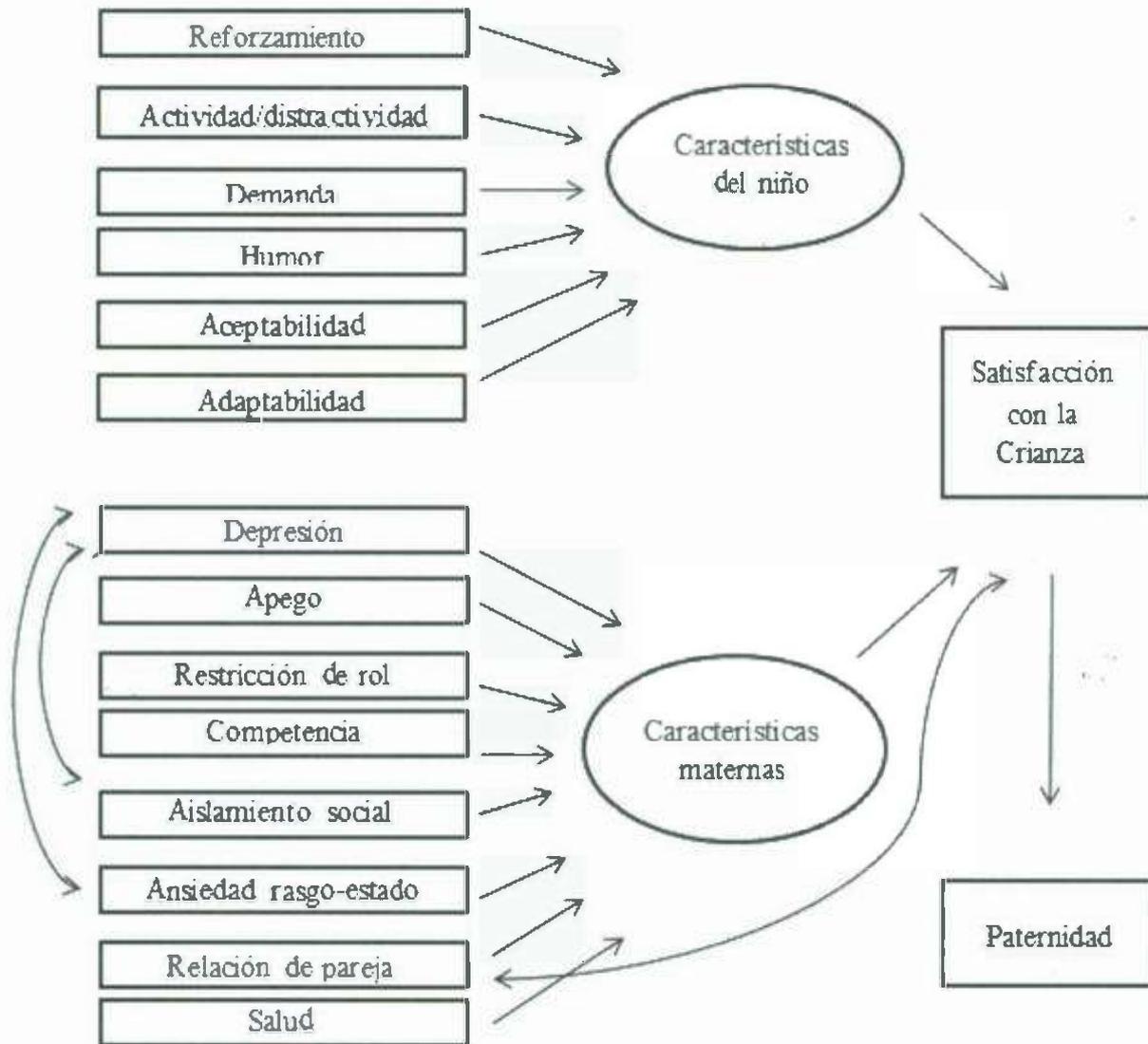


Figura 6. Propuesta reestructurada del Modelo de Crianza de Richard. R. Abidin

Fuente: elaboración propia.

Lo anterior permite contextualizar todos aquellos factores que influyen en el desarrollo de la desnutrición infantil, destacando las causas inmediatas que comprenden a

factores y patrones de conducta individuales las que se tornan de especial interés en esta investigación, ya que se ha encontrado que existen ciertas condiciones de crianza que impactan en la alimentación del niño, entre éstas se pueden nombrar la satisfacción con la crianza. Profundizar las indagaciones entre la relación de estas condiciones de crianza maternas y el estado nutricional del niño se considera necesario debido a que pueden ser factores protectores o de riesgo para la desnutrición infantil y al ser modificables constituyen un punto clave para futuras intervenciones.

Es importante entender que la desnutrición infantil es un problema de salud pública que persiste en México, asociada a una alta prevalencia de morbilidad y mortalidad y particularmente en Sonora destaca la prevalencia de bajo peso para la talla en menores de cinco años, la que es la forma de desnutrición más grave, ya que altera todos los procesos vitales y conlleva un alto riesgo de mortalidad. Por lo tanto, este estudio formula la siguiente:

2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de las dimensiones de la satisfacción con la crianza y ansiedad rasgo-estado que experimentan los cuidadores principales de niños con desnutrición y normo peso menores de 24 meses de edad?

3. Hipótesis

Existen diferencias en las puntuaciones de las dimensiones de la satisfacción con la crianza y ansiedad rasgo-estado entre madres de niños normo peso y niños con desnutrición.

4. Objetivo general

Determinar las características de la satisfacción con la crianza y ansiedad rasgo-estado en las madres de niños con desnutrición y madres de niños con normo peso, la relación entre variables, y compararlas entre ambos grupos.

4.1 Objetivos específicos

1. Determinar las características de la satisfacción con la crianza según los componentes maternos en madres de niños con desnutrición y madres de niños normo peso.
2. Determinar las características de la satisfacción con la crianza según los componentes del niño en madres de niños con desnutrición y madres de niños normo peso.
3. Determinar las características de la satisfacción con la crianza según ansiedad rasgo-estado en madres de niños con desnutrición y madres de niños normo peso.
4. Comparar las características de la satisfacción con la crianza (maternas, del niño y ansiedad rasgo-estado) en ambos grupos de madres.

5. Método

5.1 Tipo de estudio

El diseño de investigación fue no experimental, transeccional con alcance descriptivo-comparativo, en el cual se describió la relación existente entre dos o más variables en un momento determinado, en este caso, entre las variables satisfacción con la crianza (la que engloba los elementos originales del denominado estrés de la crianza y ansiedad) en casos de desnutrición infantil y en casos de normo peso.

5.2 Participantes

La muestra se conformó por aproximadamente 21 díadas madre-hijo que acudían al Hospital Infantil del Estado de Sonora y a distintos Centros de Salud correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria#1 del Estado de Sonora; la muestra se dividió en dos grupos. El primer grupo se constituyó por 8 niños con diagnóstico de desnutrición y sus cuidadores; el segundo grupo se constituyó por 13 niños con normo peso y sus cuidadores. Los niños debían estar diagnosticados con desnutrición o peso normal según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (2006). Se realizaron la toma de medidas antropométricas: medición de peso, talla y se realizó la estimación del estado nutricional en puntuaciones Z para niños. Estos datos fueron recabados por estudiantes de la licenciatura de psicología previamente capacitados para ello.

En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de los niños participantes por grupo nutricional. La edad media en meses para el grupo de desnutrición (de aquí en adelante Grupo 1) fue de 18.7 meses y de 14 meses para el grupo de peso normal (de aquí en adelante Grupo 2), destaca el orden de nacimiento donde el Grupo 1 casi dobla la cifra

(cuarto al nacer aproximadamente) del Grupo 2 (segundo al nacer) y triplica la cantidad promedio de hermanos.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los niños participantes por grupo nutricional

	Porcentaje	Media	DE	Min-Max
G1 Desnutrición (n=8)				
Edad en meses		18.7	7.1	8-24
Orden de nacimiento		3.8	1.7	1-7
Género				
Femenino	50%			
Masculino	50%			
Número de hermanos		3	1.7	0-6
G2 Normo peso (n=13)				
Edad en meses		14.0	5.3	6-22
Orden de nacimiento		2.0	1.1	1-4
Género				
Femenino	69.2%			
Masculino	30.8%			
Número de hermanos		1.0	1.1	0-3

N=21

Por otra parte en la Tabla 2 se presentan los datos sociodemográficos de las madres participantes por grupo nutricional, se puede observar que las madres del Grupo 1 promedian una edad de 31 años, mientras que las madres del Grupo 2 promedian 25 años de edad. Ambos grupos reportan una media por arriba de 9 años de estudio. Destaca que casi el 70% de las madres de niños con normo peso se dedica al hogar y que todas cuentan con la presencia de su pareja, a diferencia de las madres de niños con desnutrición donde la mitad se dedica al hogar y el 62.5% cuenta con su pareja.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de las madres participantes por grupo nutricional

	Porcentaje	Media	DE	Min-Max
G1 Desnutrición				
Edad		31.3	8.2	24-43
Años de estudio		9.5	35	6-18
Escolaridad				
Analfabeta	-			
Primaria	12.5%			
Secundaria	75%			
Preparatoria	-			
Licenciatura	12.5%			
Ocupación				
Hogar	50%			
Trabajo asalariado/independiente	50%			
Presencia del padre				
Si	62.5%			
No	37.5%			
G2 Normo peso (n=13)				
Edad		25.0	6.6	17-39
Años de estudio		9.3	3.7	0-16
Escolaridad				
Analfabeta	7.7%			
Primaria	7.7%			
Secundaria	46.2%			
Preparatoria	23.1%			
Licenciatura	7.7%			
Ocupación				
Hogar	69.2%			
Trabajo asalariado/independiente	30.8%			
Presencia del padre				
Si	100%			
No	-			
N=21				

Respecto a la condición socioeconómica, se presentan los datos respectivos para ambos grupos con las variables de nivel de pobreza multidimensional, privación social y espacio de bienestar económico. El Grupo 1 se encuentra en su mayoría (62.5%) en la clasificación de pobreza multidimensional extrema y por debajo de la línea de bienestar

mínimo, es decir, aun invirtiendo todos sus esfuerzos en ello, no les es posible adquirir lo mínimo para alimentarse adecuadamente. Por otro lado, casi el 70% de los participantes del Grupo 2 se encuentran en situación de pobreza multidimensional moderada y por encima de la línea de bienestar mínimo, en cuanto a la privación social, el 84% carece de acceso a la seguridad social. Destaca que el 100% de los participantes del Grupo 1 carece de calidad y espacios de la vivienda y también carece de acceso a la seguridad social, 62% experimenta rezago educativo y 50% carece de acceso a la alimentación (véase Tabla 3).

Tabla 3. Condición de pobreza multidimensional de los participantes por grupo nutricional

	G1 Desnutrición (n=8)	G2 Normo peso (n=13)
Nivel de Pobreza Multidimensional		
Pobreza multidimensional extrema	62.5%	7.7%
Pobreza multidimensional moderada	37.5%	69.2%
Vulnerable por carencia social	-	7.7%
Vulnerable por Ingresos	-	7.7%
No pobre multidimensional y no vulnerable	-	-
Privación Social		
Rezago educativo	62.5%	38.5%
Acceso a los servicios de salud	-	-
Acceso a la seguridad social	100%	84.6%
Calidad y espacios de la vivienda	100%	46.2%
Servicios básicos de la vivienda	12.5%	15.4%
Acceso a la alimentación	50%	30.8%
Espacio de bienestar económico		
Línea de bienestar		
Por encima	-	37.5%
Por debajo	100%	62.5%
Línea de bienestar mínimo		
Por encima	37.5%	84.6%
Por debajo	62.5%	7.7%

N=21

5.3 Diseño Muestral

Se construyó una muestra no probabilística por conveniencia de la zona urbana y conurbana del Municipio de Hermosillo, Sonora; El tamaño de muestra se determinó con base a los usuarios de consulta o participantes del programa Prospera de los Centros de Salud 1 y 2 del poblado Miguel Alemán, además del Centro de Salud Los Naranjos de la ciudad de Hermosillo, atendidos en un período de 6 meses. Adicionalmente se agregaron participantes usuarios de consulta externa del Hospital Infantil del Estado de Sonora, atendidos en un período de 3 meses. Se buscó que ambos grupos fueran similares en cantidad y en condiciones de vida.

Los criterios de inclusión y exclusión para los niños con diagnóstico de desnutrición y sus cuidadores considerados para su participación fueron:

1. Niños con seis a 24 meses de edad (± 15 días).
2. Indicadores antropométricos en los rangos de peso y talla que indiquen desnutrición de leve o moderada (entre 1.5 y 3 DE por debajo de la mediana) y de acuerdo a la referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006).
3. No padecer desnutrición como consecuencia de un problema metabólico, de absorción intestinal u otra característica anatómica o funcional, ni cursar enfermedad con fiebre durante la evaluación.
4. Que los cuidadores principales accedieran a participar en la investigación, mediante carta de consentimiento informado que especifica que deberían contestar cuestionarios, y permitir efectuar las mediciones pertinentes con el niño bajo custodia.

5. Se eliminaron aquellos casos que tuvieran datos incompletos.

Los criterios de inclusión y exclusión para los niños con diagnóstico de normo peso y sus cuidadores considerados para su participación fueron:

1. Niños con seis a 24 meses de edad(\pm 15 días).
2. Indicadores antropométricos en los rangos de peso y talla que indiquen normo peso (menor a 1 y mayor a -1 DE a partir de la mediana) y de acuerdo a la referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006).
3. Que los cuidadores principales accedieran a participar en la investigación, mediante carta de consentimiento informado que especifica que deberían contestar cuestionarios, y permitir efectuar las mediciones pertinentes con el niño bajo custodia.
4. Se eliminaron aquellos casos que tuvieran datos incompletos.

5.4 Instrumentos y mediciones

Se utilizó el estadímetro para bebés SECA 232, con precisión de 100 gramos y 1 mm, para las medidas antropométricas de peso y talla.

Software WHO Antrho, versión 3.1.0(OMS, 2009), para la estimación del crecimiento y desarrollo, el cual realiza los cálculos de puntaje Z y se estimación del estado nutricional del niño.

Para la estimación de la pobreza se elaboró un formato de evaluación apegado a la metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, la cual es el resultado de un intenso y cuidadoso proceso de investigación, análisis y consulta. Dicha

metodología tiene el propósito de aportar elementos para el diagnóstico y seguimiento de la situación de la pobreza en México, además de mejorar el estudio de la misma al complementar el método conocido de ingresos económicos con la óptica de los derechos sociales y el contexto territorial (CONEVAL, 2009). En dicha metodología se define la pobreza multidimensional como:

Una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional cuando no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades (pág. 38).

Se estipula que se debe considerar la combinación del espacio de bienestar económico y el índice de privación social. Una vez determinado esto, cualquier persona puede ser clasificada como: 1) pobre multidimensional extremo, 2) pobre multidimensional moderado, 3) vulnerable por carencia social, 4) vulnerable por ingresos, y 5) no pobre multidimensional y no vulnerable.

El espacio de bienestar económico es entendido como el ingreso del que disponen las personas para la adquisición de bienes y servicios, para ello, en México se han definido dos canastas básicas (una alimentaria y otra no alimentaria), las cuales permiten realizar estimaciones para el conjunto de las localidades rurales y urbanas. A partir de estas canastas básicas se determina a) la línea de bienestar, y b) la línea de bienestar mínimo. En cuanto al índice de privación social, se utilizan indicadores de carencia social, que son rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos de la vivienda y acceso a la alimentación.

Cabe señalar que este formato evalúa datos sociodemográficos, como condición de pareja, edad, escolaridad, y ocupación de ambos padres. Respecto al hijo, recaba datos como edad, orden de nacimiento, número de hermanos, entre otros. Indaga además datos generales sobre los miembros de la familia que habitan regularmente el hogar.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), instrumento autoevaluativo construido originalmente por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y más recientemente adaptado por Spielberger y Díaz-Guerrero (2007), diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad, la ansiedad como estado (condición emocional transitoria, o estar) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable, o ser).

Desde su aparición en 1970, el IDARE había sido traducido y adaptado a 48 idiomas y dialectos (Spielberger, 1989) y se han conducido investigaciones estableciendo normas para estudiantes de educación secundaria, estudiantes universitarios, empleados, militares, presos y pacientes de medicina general y cirugía, las cuales se utilizan ampliamente para los estudios de investigación y para la práctica clínica. Por otro lado la evidencia de validez de constructo de la sub-escala ansiedad-estado se ha reflejado en los puntajes de estudiantes universitarios cuando se someten a exámenes los cuales aumentan significativamente y son notoriamente más bajos después de un entrenamiento en relajación, en comparación a cuando estos mismos sujetos son evaluados dentro de una clase cotidiana (Spielberger y Díaz-Guerrero, 2007).

Consta de 40 aseveraciones, 10 ítems positivos de ansiedad ESTADO y 13 ítems positivos de ANSIEDAD rasgo (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad); 10 ítems

negativos de ansiedad ESTADO y 7 negativos de ANSIEDAD rasgo (a mayor puntuación, menor ansiedad). La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas, 1, 2, 3 y 4 en los ítems positivos y 4, 3, 2, 1 en los negativos. En la escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como Rasgo (Rojas-Carrasco, 2010).

Índice de estrés parental (IEP), fue elaborado por Abidin y colaboradores (Burke y Abidin, 1980; Loyd y Abidin, 1985), es una herramienta que brinda información acerca de aquellas características maternas y el hijo, las cuales pueden convertirse en una fuente de malestar o estrés. El inventario evalúa las percepciones de la madre, ya sea sobre las características del niño o de la madre misma, además incluye un listado de eventos que pudiesen constituir una fuente de malestar o estrés situacional que se suma al asociado a la crianza. El índice de estrés parental tiene diferentes funciones, entre ellas la identificación oportuna de factores estresantes y permite investigar los efectos del estrés en el ejercicio de la paternidad y otras variables psicológicas.

La utilización de este instrumento en múltiples investigaciones ha facilitado la identificación de variables (características) que se encontraban consistentemente asociadas con patrones parentales o de crianza disfuncionales. Los estudios reportan la correlación concurrente del instrumento con otras medidas del mismo constructo, entre ellas la dimensión de la madre y el IDARE, también los puntajes del IEP demostraron estar significativamente correlacionados con las escalas de Desarrollo Infantil Bayley. En cuanto a validez discriminante se han encontrado diferencias en puntajes de madres de niños normales vs. madres de niños con algún padecimiento, adicionalmente el instrumento

permite establecer un patrón de características estresantes de acuerdo al tipo de problema del niño y por tanto entender el afrontamiento con un niño “enfermo” (Abidin, 1992).

Para el presente trabajo se utilizó la versión adaptada Montiel y Vera, 1998, en la que se hicieron una serie de modificaciones, eliminando aquellos ítems que en una población del norte de México, no mostraron poder discriminativo y no contribuían a la consistencia interna de las sub-escalas, también se modificó la escala tipo Likert original de cinco puntos acuerdo-desacuerdo sustituyéndose por el continuo de siempre a nunca, dado que la respuesta de las madres comúnmente hacía referencia a la frecuencia de ocurrencia de lo que se cuestionaba, más que expresar lo aplicable que era para ellas. El instrumento consta de tres dimensiones: características del niño con 37 ítems, características de los padres que cuenta con 36 ítems, y 21 ítems de estresores relacionados con eventos vitales, con respuesta dicotómica si-no.

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

Características maternas

Depresión (6 ítems), en esta sub-escala se evalúan sentimientos de culpa, tristeza asociados frecuentemente a depresión; pueden deberse a la insatisfacción consigo mismo y las circunstancias de vida, no necesariamente con depresión clínicamente significativa. Puede asociarse a la dificultad para responder a las demandas que impone la crianza y a la inhabilidad para actuar con asertividad y autoridad ante el niño.

Apego materno (4 ítems), se refiere al grado en el que el padre se siente emocionalmente cercano al niño, facilitando u obstaculizando una interacción cálida.

Puede asociarse a la habilidad real o percibida de la madre para captar adecuadamente y entender las necesidades y sentimientos del niño.

Restricción de rol (4 ítems), evalúa el grado en que los padres interpretan su papel como una restricción de su libertad e interfiere con su necesidad de mantener su propia identidad. La madre percibe que su vida está dominada por las necesidades de los hijos.

Sentimiento de competencia (5 ítems), la sub-escala se refiere a la capacidad percibida para la crianza en la toma de decisiones, en el enfrentamiento de los problemas cotidianos.

Aislamiento social (6 ítems), la cual evalúa el grado en que la madre se encuentra aislada o ha disminuido su interacción con amigos y familiares.

Relación de pareja (7 ítems), la sub-escala evalúa el grado en que la relación con la pareja se ha visto modificada desfavorablemente a partir del ejercicio de la paternidad.

Salud materna (4 ítems), evalúa si se ha ocurrido un deterioro en el estado de salud a partir de la maternidad, pudiendo ser resultado de un alto nivel de estrés en la crianza o ser un estresor adicional para la misma.

Características del niño

Adaptabilidad / Plasticidad (11 ítems), la sub-escala se refiere a la capacidad del niño para ajustarse a los cambios en el ambiente físico y social.

Aceptabilidad por los padres (6 ítems), dicha sub-escala se refiere a las características físicas, intelectuales y emocionales del niño y en qué medida se igualan a lo que los padres esperan de ellos.

Demanda (4 ítems), sub-escala que indica cómo percibe la madre el nivel de demanda, puede provenir de diferentes fuentes como llorar, colgarse del padre, peticiones de ayuda frecuentes, frecuencia de problemas de conducta menores.

Humor (5 ítems), hace referencia al estado de ánimo del niño. En caso extremo puede reflejar depresión, tristeza, que llora frecuentemente o no muestra signos de felicidad.

Actividad/distractividad (7 ítems), en la que se evalúan comportamientos típicos del déficit de atención como sobreactividad, inquietud, distractividad, lapsos de atención cortos, impresión de que no escucha, fracaso para terminar las cosas que inicia, dificultad para sobresalir en tareas escolares.

Reforzamiento (4 ítems), refiere al grado en que los padres perciben a su hijo como una fuente de reforzamiento positivo. Evalúa la percepción de la madre acerca de la aceptación que tiene el niño de ella.

5.5 Escenarios

Las actividades se realizaron en el Hospital Infantil de Estado de Sonora, en los Centros de Salud correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria #1 del Estado de Sonora y en los hogares de los participantes.

5.6 Procedimiento

Primeramente se acudió a los Centros de Salud y al Hospital Infantil del Estado de Sonora, donde se detectaron aquellas díadas que cumplieran con los criterios de inclusión, se les invitó a participar aclarando que su participación sería de manera confidencial y voluntaria, se pactaba una cita para visitarlas en su hogar, previo consentimiento informado.

Posteriormente se acudía a los hogares de los participantes para recabar las medidas antropométricas de sus hijos y llevar a cabo la aplicación de las pruebas de papel y lápiz. Las medidas antropométricas fueron capturadas en el Software WHO Anthro para estimar el estado nutricional de los niños, una vez conformados los grupos de desnutrición infantil y normo peso, se capturaron los datos de sus madres o cuidadores en el Software SPSS versión 21.0

5.7 Consideraciones éticas

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación titulado “Salud y nutrición en el infante: programa basado en la promoción de prácticas maternas apropiadas” bajo la autoría de la MC Assol Cortés Moreno, el que se realiza en colaboración con la FES Iztacala UNAM, con el aval del Comité Técnico del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación Tecnológica (PAPIIT) con número de registro IN307914 y ante la División de Ciencias Sociales de la Universidad de Sonora con número de registro USO317000303, el cual fue sometido a revisión y aprobado por el Comité de Bioética e Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora y por la Secretaría de Salud del Estado, previo al inicio del estudio

Además, se solicitó a cada participante el consentimiento informado para su participación en la investigación. Este incluye: título del proyecto, los nombres de los investigadores y colaboradores, nombre del participante, propósito del estudio, motivos de la participación, procedimiento del estudio, beneficios y riesgos del mismo, confidencialidad de la información, a quien dirigirse en caso de algún problema o pregunta, así como el derecho del participante de abandonar el estudio en el momento en que lo decidiera, según lo establece la Guía para la elaboración del formato de Consentimiento

Informado para investigaciones con participación de sujetos humanos del Comité de Bioética e Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora. Una vez firmado el consentimiento por el investigador y el participante, se le proporcionó una copia del documento a este último.

5.8 Análisis de Resultados

Para dar respuesta a los objetivos planteados en este estudio, se llevó a cabo un análisis de frecuencias, estimación de medidas de tendencia central y dispersión para cada una de las variables de estudio. Se realizó un análisis comparativo de ambos grupos de estudio, con la prueba U de Mann-Whitney para evaluar las diferencias entre estos. Para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0

6. Resultados

6.1 Análisis descriptivo por grupo nutricional del Índice de Estrés Parental, dimensión del niño

En cuanto a la dimensión del niño y sus sub-escalas, la aplicación arrojó que, el Puntaje Total más frecuente fue de 73, con una mediana de 83.5 para el Grupo 1, puntuando más bajo que las madres del Grupo 2 donde el puntaje total que más se repitió fue de 80, con una mediana de 87. También destacan las diferencias en la sub-escala de *Humor*, donde las madres del Grupo 2 casi duplicaron su puntuación en comparación a las madres del Grupo 1 (véase Tabla 4).

Tabla 4. Análisis descriptivo de la dimensión del niño y sus sub-escalas

	Media	Mediana	Moda	DE	Min-Max
G1 Desnutrición (n=8)					
Niño Total	87.7	83.5	73.0	17.3	72-117
Distractividad	22.5	23.5	16.0	4.4	16-28
Reforzamiento	6.3	6.5	4.0	2.3	4-9
Humor	8.6	6.5	5.0	4.9	5-17
Aceptabilidad	19.5	19.0	18.0	2.0	18-24
Adaptabilidad	21.3	18.0	15.0	7.7	14-31
Demanda	9.3	10.0	10.0	1.5	7-12
G2 Normopeso (n=13)					
Niño Total	90.0	87.0	80.0	12.8	74-123
Distractividad	21.3	21.0	18.0	4.0	15-30
Reforzamiento	5.0	5.0	4.0	1.4	4-9
Humor	11.6	10.0	10.0	3.5	8-19
Aceptabilidad	19.3	19.0	19.0	1.9	16-23
Adaptabilidad	22.8	22.0	19.0	5.6	12-33
Demanda	9.6	10.0	10.0	2.1	7-14

Nota: se señalan en negritas los puntajes donde se observan los mayores contrastes.

Por otro lado en la Tabla 5 se puede observar que al convertir estas puntuaciones en niveles de satisfacción (a más alto nivel, mayor insatisfacción) existe una tendencia a niveles medios o bajos en las madres del Grupo 1, y en el caso de las madres del Grupo 2 se observa una tendencia a niveles altos y medios de insatisfacción. En ambos grupos resaltan los altos niveles de insatisfacción para la sub-escala de *Aceptabilidad* ya que el 100% de las madres reportan tener algún conflicto entre las características físicas, intelectuales y emocionales del niño y en qué medida se igualan a lo que ellas esperan de ellos. También destaca la sub-escala de *Humor* donde el 92.3% de las madres del Grupo 2 reportan niveles medios de insatisfacción, es decir perciben a su hijo más triste, depresivo o menos alegre que las madres del Grupo 1, donde el 75% de ellas se ubicó en un nivel bajo.

Tabla 5. Análisis porcentual de las puntuaciones de la dimensión del niño y sus sub-escalas

	G1 Desnutrición (n=8)			G2 Normopeso (n=13)		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Niño Total	12.5%	87.5%	-	7.7%	92.3%	-
Distractividad	12.5%	87.5%	-	15.4%	84.5%	-
Reforzamiento	-	62.5%	37.5%	-	53.9%	46.2%
Humor	-	25%	75%	-	92.3%	7.7%
Aceptabilidad	100%	-	-	100%	-	-
Adaptabilidad	-	50%	50%	7.7%	84.6%	7.7%
Demanda	-	100%	-	7.7%	92.3%	-

Nota: se señalan en negritas los puntajes donde se observan los mayores contrastes.

6.2 Análisis descriptivo por grupo nutricional del Índice de Estrés Parental, dimensión materna

Los puntajes obtenidos sobre la dimensión materna y sus sub-escalas pueden observarse en la Tabla 6. Para el grupo de madres del Grupo 1 el Puntaje Total más frecuente fue de 85, con una mediana de 99, puntuando también en esta dimensión, más bajo que las madres del Grupo 2, donde el puntaje total que más se repitió fue de 113, con una mediana de 112.

Destacan las diferencias en la sub-escala de *Relación de Pareja*, donde las madres del Grupo 1 puntuaron un poco más bajo en comparación a las madres del Grupo 2.

Tabla 6. Análisis descriptivo de la dimensión materna y sus sub-escalas

	Media	Mediana	Moda	DE	Min-Max
G1 Desnutrición (n=8)					
Madre Total	108.1	99.0	85.0	24.3	85-140
Competencia	15.6	18.0	18.0	5.3	7-19
Apego	8.2	8.5	9.0	.8	7-9
Restricción	10.1	9.0	8.0	3.0	8-15
Depresión	16.6	15.0	13.0	4.6	13-27
Relación de Pareja	14.6	14.5	7.0	5.4	7-22
Aislamiento	15.8	14.0	14.0	5.2	11-24
Salud	10.3	11.0	4.0	4.3	4-15
G2 Normopeso (n=13)					
Madre Total	106.6	112.0	113.0	15.2	83-129
Competencia	17.1	17.0	17.0	1.8	13-20
Apego	7.6	7.0	7.0	2.0	5-12
Restricción	11.2	11.0	8.0	2.8	8-17
Depresión	15.4	17.0	17.0	3.7	10-21
Relación de Pareja	16.3	16.0	11.0	4.1	11-25
Aislamiento	15.0	15.0	13.0	3.4	8-21
Salud	8.3	8.0	6.0	2.5	5-13

Nota: se señalan en negritas los puntajes donde se observan los mayores contrastes.

Al convertir estas puntuaciones en niveles de satisfacción, se puede observar que existe una tendencia en ambos grupos a niveles medios de insatisfacción. Para la sub-escala de *Competencia* resaltan los niveles altos, en la que ambos grupos parecieran estar muy insatisfechas con respecto a su capacidad para la crianza. En la sub-escala de *Aislamiento* casi el 40% de las madres del Grupo 2 reporta haber disminuido su interacción con amigos y familiares, por otro lado el 50% de las madres del Grupo 1 ha notado un deterioro en su salud (véase Tabla 7).

Tabla 7. Análisis porcentual de las puntuaciones de la dimensión materna y sus sub-escalas

	G1 Desnutrición (n=8)			G2 Normopeso (n=13)		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Madre Total	50%	50%	-	61.5%	38.5%	-
Competencia	75%	-	25%	84.5%	15.4%	-
Apego	-	100%	-	15.4%	84.6%	-
Restricción	-	62.5%	37.5%	7.7%	69.2%	23.1%
Depresión	12.5%	87.5%	-	23.1%	76.9%	-
Relación de pareja	-	75%	25%	7.7%	92.3%	-
Aislamiento	-	75%	25%	38.5%	61.5%	-
Salud	50%	25%	25%	15.4%	76.9%	7.7%

Nota: se señalan en negritas los puntajes donde se observan los mayores contrastes.

6.3 Análisis descriptivo por grupo nutricional e Índice de Estrés Parental Total e

Inventario de Ansiedad Rasgo Estado

A continuación se describen los puntajes totales obtenidos en el Índice de Estrés Parental y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (véase Tabla 8). En cuanto a Estrés Total la media

y la moda toma valores muy parecidos para ambos grupos nutricionales, pero una mediana notablemente distinta de 182.5 para el Grupo 1 y 202 para el Grupo 2. En las puntuaciones totales de Ansiedad-Rasgo no se notan diferencias entre grupos. Para Ansiedad-Estado, el Grupo 1 reporta que el valor que más se repitió fue 22 y una mediana de 28, contra un elevado 37 en el Grupo 2 como valor que más se repitió y una mediana de 35.

Tabla 8. Análisis descriptivo de las puntuaciones totales del IDARE y del IEP

	Media	Mediana	Moda	DE	Min-Max
G1 Desnutrición					
(n=8)					
✓ Estrés Total	195.9	182.5	158	41.7	158-257
Ansiedad Rasgo	33.8	30.0	27	9.0	27-52
Ansiedad Estado	35.0	28.0	22	14.4	22-59
G2 Normopeso					
(n=13)					
Estrés Total	196.6	202.0	160.0	23.4	160-234
Ansiedad Rasgo	33.0	32.0	30.0	8.9	20-50
Ansiedad Estado	34.1	35.0	37.0	7.2	20-40

Nota: se señalan en negritas los puntajes donde se observan los mayores contrastes.

Finalmente en la Tabla 9 se muestra la conversión de estas puntuaciones en niveles de satisfacción para el caso de estrés (más alto, más insatisfacción) y niveles de ansiedad (más alto más ansiedad) para rasgo y estado. En cuanto a estrés total a pesar de que ambos grupos nutricionales reportan niveles medios y altos de insatisfacción, el 61.5% del Grupo 2 indica estar insatisfecha con la crianza. En cuanto a la ansiedad rasgo y ansiedad estado el 50% del Grupo 1 reportan niveles bajos de ansiedad, resaltando que otro 38% del grupo reporta tener un nivel alto de ansiedad estado. Por otro lado casi el 46% de las madres del Grupo 2 reporta niveles medios de ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Tabla 9. Análisis porcentual de las puntuaciones del IDARE y del IEP

	Alto	Medio	Bajo
G1 Desnutrición (n=8)			
Estrés Total	50%	50%	-
Ansiedad-Rasgo	12.5%	37.5%	50%
Ansiedad-Estado	37.5%	12.5%	50%
G2 Normopeso (n=13)			
Estrés Total	61.5%	38.5%	-
Ansiedad-Rasgo	15.4%	46.2%	38.5%
Ansiedad-Estado	23.1%	46.2%	30.8%

Nota: se señalan en negritas los puntajes donde se observan los mayores contrastes.

6.4 Análisis de correlación entre el Índice de Estrés Parental y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado

Para corroborar la relación entre la insatisfacción con la crianza y la ansiedad rasgo-estado se realizó un análisis no paramétrico (debido al tamaño de muestra) mediante la prueba de Spearman. Se encontró un valor de $r = .733$ ($p=.000$) insatisfacción con la crianza y ansiedad-estado, y un valor de $r = .821$ ($p=.000$) entre insatisfacción con la crianza y ansiedad-rasgo, ambas correlaciones altas y significativas, indicando que a mayor insatisfacción con la crianza corresponde mayor ansiedad-estado y aún más ansiedad-rasgo. Lo que nos permite entender la ansiedad rasgo-estado como un componente de la dimensión materna que puede influir en la satisfacción de la crianza.

Tabla 9. Análisis porcentual de las puntuaciones del IDARE y del IEP

	Alto	Medio	Bajo
G1 Desnutrición (n=8)			
Estrés Total	50%	50%	-
Ansiedad-Rasgo	12.5%	37.5%	50%
Ansiedad-Estado	37.5%	12.5%	50%
G2 Normopeso (n=13)			
Estrés Total	61.5%	38.5%	-
Ansiedad-Rasgo	15.4%	46.2%	38.5%
Ansiedad-Estado	23.1%	46.2%	30.8%

Nota: se señalan en negritas los puntajes donde se observan los mayores contrastes.

6.4 Análisis de correlación entre el Índice de Estrés Parental y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado

Para corroborar la relación entre la insatisfacción con la crianza y la ansiedad rasgo-estado se realizó un análisis no paramétrico (debido al tamaño de muestra) mediante la prueba de Spearman. Se encontró un valor de $r = .733$ ($p = .000$) insatisfacción con la crianza y ansiedad-estado, y un valor de $r = .821$ ($p = .000$) entre insatisfacción con la crianza y ansiedad-rasgo, ambas correlaciones altas y significativas, indicando que a mayor insatisfacción con la crianza corresponde mayor ansiedad-estado y aún más ansiedad-rasgo. Lo que nos permite entender la ansiedad rasgo-estado como un componente de la dimensión materna que puede influir en la satisfacción de la crianza.

6.5 Análisis comparativo entre la dimensión del niño y sus sub-escalas y grupo nutricional

Se llevaron a cabo comparaciones entre las variables, para todas ellas se estimó el estadístico U de Mann-Whitney considerando que el tamaño de muestra no permite asegurar una distribución normal de los datos. Se compararon los puntajes de la dimensión del niño y sus sub-escalas entre los grupos nutricionales, en la Tabla 10 se presentan los resultados donde se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) en la sub-escala *Humor* ($p = .032$) indicando que las madres del Grupo 2 perciben a su hijo más triste, depresivo o menos alegre que las madres del Grupo 1. Mientras que en el resto de las sub-escalas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 10. Análisis comparativo entre la dimensión del niño y sus sub-escalas y grupo nutricional

	Grupo nutricional	n	Rango promedio	Z	U	Sig.
Niño Total	G1	8	9.75	-.726	42.00	.468
	G2	13	11.77			
Distractividad	G1	8	12.44	-.836	40.50	.403
	G2	13	10.12			
Reforzamiento	G1	8	12.69	-1.02	38.50	.305
	G2	13	9.96			
Humor	G1	8	7.31	-2.148	22.50	.032*
	G2	13	13.27			
Aceptabilidad	G1	8	10.94	-.037	51.50	.970
	G2	13	11.04			
Adaptabilidad	G1	8	10.13	-.508	45.00	.611
	G2	13	11.54			
Demanda	G1	8	10.88	-.075	46.00	.940
	G2	13	11.08			

Nota: Grupo 1= Desnutrición; G2= Normopeso

6.6 Análisis comparativo entre la dimensión materna y sus sub-escalas y grupo nutricional

Continuando con el análisis comparativo, para la dimensión materna y sus sub-escalas por grupo nutricional, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 11).

Tabla 11. Análisis comparativo entre la dimensión materna y sus sub-escalas y grupo nutricional

	Grupo nutricional	n	Rango promedio	Z	U	Sig.
Madre Total	G1	8	11.13	-.073	51.00	.942
	G2	13	10.92			
Competencia	G1	8	12.00	-.591	44.00	.554
	G2	13	10.38			
Apego	G1	8	12.88	-1.111	37.00	.267
	G2	13	9.85			
Restricción	G1	8	9.56	-.850	40.50	.395
	G2	13	11.88			
Depresión	G1	8	11.75	-.438	46.00	.661
	G2	13	10.54			
Relación de pareja	G1	8	10.06	-.546	44.50	.585
	G2	13	11.58			
Aislamiento	G1	8	10.75	-.146	50.00	.884
	G2	13	11.15			
Salud	G1	8	13.00	-1.166	36.00	.243
	G2	13	9.77			

Nota: Grupo 1= Desnutrición; G2= Normopeso

6.7 Análisis comparativo entre estrés total, ansiedad rasgo, ansiedad estado y grupo nutricional

A continuación, se presenta el análisis entre la comparación de estrés total, ansiedad rasgo, y ansiedad estado según grupo nutricional. Se puede observar en la siguiente tabla (Tabla

12) que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en esta comparación de variables.

Tabla 12. Análisis comparativo entre estrés total, ansiedad rasgo, ansiedad estado y grupo nutricional

	Grupo nutricional	n	Rango promedio	Z	U	Sig.
Estrés Total	G1	8	10.44	-.327	47.50	.744
	G2	13	11.35			
Ansiedad Rasgo	G1	8	11.50	-.291	48.00	.771
	G2	13	10.69			
Ansiedad Estado	G1	8	10.44	-.326	47.50	.744
	G2	13	11.35			

Nota: Grupo 1= Desnutrición; G2= Normopeso

6.8 Análisis comparativo entre características sociodemográficas y grupo nutricional

Adicionalmente, se realizó un análisis comparativo entre grupo nutricional y ciertas características sociodemográficas de la muestra. En la Tabla 13 se presentan los resultados, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en el *Orden de Nacimiento del Niño* ($p = .017$) y *Número de Hermanos* ($p = .014$), lo que indica que probablemente las madres del Grupo 1, al procrear más hijos y pasar por grandes demandas nutricionales previas, no logran proveer al niño de las condiciones óptimas nutricionales en comparación a las madres del Grupo 2. De igual forma se encontró una diferencia significativa en *Presencia del Padre* ($p = .020$), lo que podría indicar que el Grupo 1 al recibir menos apoyo, con todo lo que esto supone, cuenta con menos medios para proporcionar una adecuada nutrición en comparación a las madres del grupo 2. Finalmente en nivel de pobreza multidimensional no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 13. Análisis comparativo entre orden de nacimiento, número de hermanos, nivel de pobreza multidimensional, presencia del padre y grupo nutricional

	Grupo nutricional	n	Rango promedio	Z	U	Sig.
Orden de nacimiento	G1	8	15.00	-2.39	20.00	.017*
	G2	13	8.54			
Número de hermanos	G1	8	15.13	-2.46	19.00	.014*
	G2	13	8.46			
Nivel de pobreza multidimensional	G1	8	12.13	-1.15	35.00	.250
	G2	13	9.42			
Presencia del padre	G1	8	13.44	-2.32	32.50	.020*
	G2	13	9.50			

* Nota: Grupo 1= Desnutrición; G2= Normopeso

7. Discusión y Conclusiones

El presente estudio se condujo bajo el objetivo de determinar las características de la satisfacción con la crianza y ansiedad rasgo-estado en las madres de niños con desnutrición y madres de niños con normo peso, la relación entre variables, y compararlas entre ambos grupos.

Para ello se llevaron a cabo análisis comparativos entre los grupos de desnutrición y el de peso normal. Tal y como se pudieron observar los resultados obtenidos, ambos grupos de madres para la dimensión del niño y sus sub-escalas puntuaron principalmente en niveles medios de insatisfacción, al comparar esta dimensión entre grupos no se encontraron diferencias significativas, pareciera entonces que ambos grupos de madres perciben a sus hijos de manera similar, a excepción de la sub-escala *Humor* en la que las madres de niños con normopeso perciben a su hijo más triste, depresivo o menos alegre ($p=.032$).

Parecido a esto, las puntuaciones encontradas en la dimensión materna y sus sub-escalas por grupo nutricional se concentran en niveles medios de insatisfacción y al comparar dichas variables no se encontraron diferencias significativas lo que podría indicar que tanto las madres de niños con desnutrición y las madres de niños con normopeso perciben su rol maternal de forma similar. Además, se puede observar un hallazgo interesante, ya que ambos grupos puntuaron en niveles altos de insatisfacción en la sub-escala de *Competencia*, esto, aunado a que se encuentra en niveles medios y altos de estrés total coincide con lo encontrado por Kazdin(1990), Quitner, Jackson y Clueckauf (1990), quienes señalan que las madres cuyo sentido de competencia ha sido dañado experimentan un mayor estrés psicológico. Hay que resaltar que esta misma insatisfacción influye

negativamente en la capacidad de adaptarse al niño y de percibirse competente en sus funciones como madre (Pelchat, Bisson, Bois y Saucier, 2003).

Otro dato rescatable, es que, contrario a lo encontrado por Bithoney, et al. (2005), donde los padres de niños con baja talla suelen percibirse más aislados socialmente, en esta muestra se encontró que las madres de niños con normopeso son las que perciben haber disminuido su interacción con amigos y familiares.

Por otra parte, las puntuaciones totales de estrés y de ansiedad rasgo-estado mostraron disimilitudes entre ambos grupos, sin embargo al llevarse a cabo un análisis comparativo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$), indicando una vez más que ambos grupos de madres perciben de manera similar su satisfacción con la crianza. Cabe señalar que las puntuaciones más altas en cuanto ansiedad rasgo-estado las obtuvieron las madres de niños con peso normal, contrario a lo que se esperaba, ya que como diversos estudios lo señalan, ante la enfermedad de un hijo las madres suelen expresar mayor ansiedad (Madan-Swain et al., 1994; Lahteenmäki, Salmi y Salo, 1996), inclusive De Tejada, Meza y Gonzáles (2000) encontraron que la ansiedad se encuentra entre una de las características de personalidad de las madres de niños desnutridos, sin embargo en esta muestra fueron las que puntuaron en los niveles más bajos.

Destacan las diferencias que se encontraron entre ambos grupos de madres en cuanto al *Orden de Nacimiento del Niño*, los niños correspondientes al Grupo 1 promediaron ser el cuarto en orden de nacimiento en contraste al Grupo 2 que reportaron ser el segundo, lo que parece indicar que las madres de niños desnutridos al procrear más hijos y pasar por grandes demandas nutricionales previas, no logran proveer al niño de las

condiciones óptimas nutricionales en comparación a las madres de niños con normopeso. Se considera entonces pertinente evaluar el espacio intragenésico entre hijos, ya que se ha encontrado en diferentes estudios que en las pacientes multíparas, la mujer gestante puede presentar un envejecimiento precoz, que podría derivar en diferentes problemas de salud (Adams, Delany y McCarthy, 1997), y el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, bajo peso al nacer, entre otros, aumenta a razón de un intervalo intergenésico menor a 24 meses, independientemente de otras variables (Zhu, Rolf's, Nangle y Horan, 1999; Klerman, Cliver y Goldemberg, 1998). Reyes y Gallegos (2012), han encontrado que a menor espacio intragenésico mayor riesgo tiene el infante de padecer desnutrición.

Por otro lado, el *Número de Hermanos* representó una diferencia significativa entre ambos grupos, donde el grupo de niños desnutridos reportó tener 3 hermanos, y el grupo de niños normopeso reportó tener únicamente 1, lo que coincide con lo encontrado por Pally y Mejía (2011) en un estudio realizado con niños desnutridos menores de cinco años, donde uno de los factores de riesgo para padecer desnutrición es la presencia de más hermanos en el núcleo familiar.

También resultó como una diferencia significativa entre ambos grupos la *Presencia del Padre*, en donde el 100% de las madres del Grupo 2 reportaron contar con la presencia del padre a diferencia del 60% de las madres del Grupo 1, por lo que se supone que, son estas últimas las que al no contar con un apoyo permanente, y lo que implica, carece de los medios para proporcionar una adecuada nutrición. Esto coincide con investigaciones anteriores en las que se reporta que es frecuente encontrar problemas nutricionales en niños

pequeños donde las familias cuentan con pobres redes de apoyo social y en las que el padre en muchos casos queda distante en el terreno de los cuidados del niño (Reyes et al. 2004).

Considerando que la pobreza funge como eje central en el marco multicausal de la desnutrición y que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de madres, ya que todas se encuentran en el nivel de pobreza multidimensional extrema o moderada, se podría decir que para esta muestra dicho factor de riesgo no pareciera ser el principal (como normalmente) determinante de la condición nutricional. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre grupos con respecto a las dimensiones de satisfacción con la crianza y ansiedad rasgo estado, es decir las condiciones maternas tampoco están impactando de manera diferencial el estado nutricional. Sin embargo es importante señalar que en todo proceso orgánico a lo largo de la vida de los seres humanos están implicados los fenómenos sociales y familiares, son estas condiciones sociales como factores de riesgo las que se relacionan con las biológicas y afectan el crecimiento y desarrollo del niño (Salcedo y Prado, 1991), como lo ocurrido en esta investigación, donde son las características sociales del contexto las que tienen mayor impacto sobre el estado nutricional de los infantes.

8. Referencias

- Abidin, R. (1990). Introduction to the special issue: The stress of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 298-301.
- Abidin, R. (1992). *Manual del índice de estrés parental*. (Trad. Ayala H., y Gutiérrez, M.) México: Universidad Nacional Autónoma de México. (Original en inglés, 1980).
- Adams, M., Delany, M., y McCarthy, B. (1997). The relationship of interpregnancy interval to infant birthweight and length of gestation among low risk women. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, (11), 48-62.
- Almeida, R., y Marins, V. (2002). Undernutrition prevalence and social determinants in children aged 0-59 months in Niterói, Brazil. *Annals of Human Biology*, 29(6), 609-618.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55(1), 83-96.
- Bilbao, I. (1997). Ansiedad de los progenitores en la crianza. Tesis doctoral no publicada. País Vasco. Septiembre 1997.
- Bithoney, W., Van Sciver, M., Foster, S., Corso, S., y Tentindo, C. (1995). Parental stress and growth outcome in growth-deficient children. *Pediatrics*, 96(4), 707-711.
- Burke, W. T., & Abidin, R. R. (1980). Parenting stress index (PSI): a family system assessment approach. En: Abidin, R. R. (editor). *Parent education and intervention handbook*. Springfield, Ill: Charles, C. Thomas.
- Cattell, R., y Scheier, I. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald Press.

- Chávez, A., Martínez, H., Guarneros, N., Allen, L., y Pelto, G. (1998). Nutrición y desarrollo psicomotor durante el primer semestre de vida. *Salud Pública de México*, 40(2), 111-118.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Pobreza. (2009). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. Recuperado el 21 de mayo de 2016, desde:
http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES/PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf
- Cortés, A., y Avilés, A. (2011). Factores demográficos, crianza e historia de salud: vinculación con la nutrición infantil. *Universitas Psychologica*, 10(3), 789-802.
- Crnic, K., y Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting vol.5*, 243-267. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daza, C. (2001). Malnutrición de micronutrientes. Estrategias de prevención y control. *Colombia Médica*, 61(12), 413-422.
- De Andraca, O., Salas, Y., Parra, A., y González, B. (1993). Interacción madre-hijo y conducta del niño en preescolares con antecedentes de anemia por deficiencia de hierro en la infancia. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 43(3), 191-198.
- De Tejada, M. (2004). La mediación del desarrollo de los niños desnutridos. *Akademios*, 6(1), 81-106.

De Tejada, M., Meza, I., y González, A. (2000). Perfil psicológico de un grupo de madres de niños desnutridos. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 63(4), 169-180.

FAO, FIDA y PMA (2014). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2014. Fortalecimiento de un entorno favorable para la seguridad alimentaria y la nutrición*. Roma, FAO.

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (2011). La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Recuperado el 19 de Mayo de 2015, de: <http://www.unicef.es/actualidad-documentacion/publicaciones/la-desnutricion-infantil>

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (2014). El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/emi_2014_0.pdf

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas México. (2008). Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe. Guías para Líneas de Acción. Consultado el 1 de junio de 2016, disponible en: [http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion(2).pdf)

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas México. (2016). Salud y Nutrición. Consultado el 25 de mayo de 2016, disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>

Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: Norton.

- Galván, M., Amigo, H. (2007). Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57 (4), 316-326.
- Grantham, S. (1995). A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development. *Journal of Nutrition*, 125(8), 2233S-2238S.
- Gutiérrez, J., Rivera, J., Samah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M., y Hernández, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hughes, D. & Bryan, J. (2003). The assesiment of cognitive performance in children: Considerations for detecting nutritional influences. *Nutritional Reviews*, 61(12), 413-422.
- Hull, C. (1921). Quantitative aspects of the evolution of concepts: an experimental study. *Psychological Monographs*, 28-85.
- Jiménez, D., Rodríguez, A., y Jiménez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 3(25), 18-21.
- Kazdin, A. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31(3), 415-425.
- Klerman, L., Cliver, S., y Goldemberg, R. (1998). The impact of short interpregnancy intervals on pregnancy outcomes in a low income population. *American Journal of Public Health*, (88) 1182-5.

- Lahteenmäki, P., Salmi, T., & Salo, M. (1996). Children with malignant disorders: the health and life situation of their parents examined over a 7 year interval. *Acta Paediatr*, 85(1), 70-75.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. España: Martines Roca.
- Loyd, B.H., & Abidin, R. R. (1985). Revision of the parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, (2), 169-177
- Madan-Swain, A., Brown, R., Sexson, S., Baldwin, K., País, R., & Ragab, A. (1994). Adolescent cancer survivors. Psychosocial and familial adaptation. *Psychosomatics*, 35(5), 453-459.
- Montiel, M., Vera, J.(1998). Análisis de las propiedades psicométricas del Índice de Estrés de la Crianza en una población rural. *La Psicología Social en México*, 7, 86-90.
- Mowrer, O. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcement agent. *Psychological review*, 46, 553-556.
- Nagy, S., & Ungerer, J. (1990). The adaptation of mothers and fathers to children with cystic fibrosis: a comparison. *Child Health Care*, 19(3), 147-154.
- Ochoa-de Alda, I., Espina, A., y Ortego, M. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*, 17(2), 151-170.
- Olhaberry, M., y Farkas, C. (2012). Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos. *Universitas Psychological*, 11(4), 1317-1326.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Ginebra. [Documento en línea]. Consultado el 25 de mayo del 2016. Disponible: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Ginebra, Comisión sobre Macroeconomía y Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud - Puerto Rico 2005. Consultado el 25 de mayo de 2016, disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4154%3A2007-monitoreo-analisis-procesos-cambio-sistemas-salud-puerto-rico-2005&catid=3186%3Aeventos-construccion-capacidades&Itemid=40322&lang=en
- Ortiz, A., Peña, L., Albino, A., Mönckeberg, F., y Serra, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición hospitalaria*, 21(4), 533-544.
- Pally, E., y Mejía, H. (2012). Factores de riesgo para desnutrición aguda en niños menores de cinco años. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 51(2) 90-6.
- Pelchat, D., Bisson, J., Bois, C., & Saucier, J. (2003). The effects of early relational antecedents and other factors on the parental sensitivity of mothers and fathers. *Infant and Child Development*, 12(1), 27-51.
- Programa Mundial de Alimentos (2015). El hambre. Recuperado el 20 de mayo de 2015 de:
<http://es.wfp.org/hambre/el-hambre>

- Quitner, A., Jackson, D., & Glueckauf, R. (1990). Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1266-1278.
- Ramsey, M. (2004). Feeding skill, appetite and feeding behaviours of infants and Young children and their impact on growth and psychosocial development. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de: <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/535/feeding-skill-appetite-and-feeding-behaviours-of-infants-and-young-children-and-their-impact-on-growth-and-psychosocial-development.pdf>
- Reyes, H., Pérez, R., Sandoval, A., Castillo, R., Santos, J., Douvoba, S., y Gutiérrez, G. (2004). The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case control study. *BioMedCentral Public Health*, (4)57-67.
- Reyes, J., y Gallegos, J. (2012, Abril). La desnutrición infantil: población rural del programa oportunidades. Tlateomani Revista Académica de Investigación [en línea], N°9. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/09/rhgm.html>
- Rojas-Carrasco, K. (2010). Validación del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con hijos en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 491-496.
- Romero, S., López, M., y Cortés, A. (2008). Desnutrición y desarrollo infantil: evaluación de factores de riesgo ambientales y de historia de salud. *Psicología y Salud*, 18(1), 69-80.

- Salcedo, A., y Prado, C. (1991). Factores asociados a la desnutrición aguda en preescolares migrantes de la zona cadera de Jalisco. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 48(3)131-139.
- Sánchez, M. (2003). *Mujer y Salud. Familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Spielberger, C. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography* (2nd ed). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C., y Díaz, R. (2007). IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México: Manual Moderno.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). *STAI manual*. California: Consulting Psychologists Press.
- Susser, M. y Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 85 (5), 674-677.
- United Nations International Children's Emergency Fund (1998). *The state of the World's children*. Oxford: United Nations Children Fund/Oxford University Press.
- Vera, A., Morales, D., y Vera, C. (2005). Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. *Psico-USF*, 10(2), 161-168.
- Victora, C., Adair, L., Fall, C., Hallal, P., Martorell, R., Richter, L., y Singh, H. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371(9609), 340-357.
- Walkerdine, V. y Lucey, H. (1989). *Democracy in the Kitchen*. Londres: Virago.

- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A Potential Disruptor of Parent Perceptions and Family Interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302-312.
- WHO Antrho para computadoras personales, versión 3, 2009: Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños del mundo. Ginebra, OMS 2009.
- World Health Organization (2000). Nutrition throughout life. 4th Report on the world nutrition situation. Geneva, ACC/SCN/ World Health Organization.
- World Health Organization (2006) Multicentre Growth Reference Study Group: WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, World Health Organization. Disponible en:
http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html
- Yerkes, R., y Dodson, J. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative neurological Psychology*, 18, 458-482.
- Zarate, L., Montro, M., y Gutiérrez, L. (2006). Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar. *Psicología y Salud*, 16(02), 171-178.
- Zhu, B., Rolf's, R., Nangle, B., y Iloran, J. (1999). Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. *The New England Journal of Medicine*, (340) 589-94.