UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

EVALUACION DE UN MODELO DESCRIPTIVO SOBRE ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y DESARROLLO INFANTIL EN ZONAS RURALES

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

M.C. JOSE ANGEL VERA NORIEGA

DIRECTOR DE TESIS: DR. ROLANDO DIÀZ LOVING

COMITE DE TESIS: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN
DRA. SUSAN PICK STEINER
DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ

SUPLENTES: DR. ARTURO BOUZAS R.
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

MEXICO, D. F. OCTUBRE DE 1996

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MEXICO

Dr. Javier Nieto Gutiérrez
Jefe de la División de Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología
Presente.

Después de haber concluido la asesoría y revisión de la tesis intitulada: **Evaluación de un modelo descriptivo sobre atención primaria a la salud y desarrollo infantil en zonas rurales.**
que para optar por el grado de Doctorado en Psicología presenta

José Angel Vera Noriega

el comité de tesis integrado por los abajo firmantes, ha acordado que dicha tesis ha sido elaborada con el decoro académico que exige un trabajo de este nivel.

Por lo anterior, este comité otorga su voto aprobatorio y está de acuerdo con que se presente para su réplica en el Examen de Grado correspondiente.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Ciudad Universitaria, a 5 de Septiembre de 1996

Director de Tesis
DR. ROLANDO DIAZ-LOVING

Miembro Comité
DRA. ISABEL REYES L.

Miembro Comité
DR. HECTOR AYALA V.

Miembro Comité
DRA. LAURA HERNANDEZ G.

Miembro Comité
DRA. SUSAN PICK STEINER

Vo.Bo.

Jefe de la División.

PRÓLOGO

Este trabajo trata sobre las características del microambiente familiar con un énfasis importante en la madre y su efecto sobre el cuidado del niño. No es un trabajo teórico o de investigación sobre el desarrollo del niño, por lo cual no existen pretensiones de aclarar algún tipo de especialización o adquisición de conducta. La meta es más modesta y se centra en la medida de estimaciones cognitivas y rasgos de personalidad de la madre que facilitan o inhiben el comportamiento asociado con el cuidado del niño.

Existen tres grandes retos que debimos haber sorteado: primero, encontrar una teoría relevante, segundo, construir las medidas y tercero, desarrollar un método congruente.

Existen en la literatura tres grandes áreas de investigación interesadas en el funcionamiento del medio ambiente y su efecto sobre el cuidado del niño.

La primera atendiendo a las prácticas educativas y estrategias enseñanza-aprendizaje de los padres, constituye el espíritu de dos grandes estudios, el Feld Research y el Berkeley Growth Study.

La segunda, abarca los estudios cuyo objetivo incluya el análisis de las interacciones madre-hijo, con el fin de evaluar el papel que juega la nutrición y los factores ambientales sobre el desarrollo social y cognoscitivo del niño. Aquí son importantes los estudios del Instituto Nacional de Nutrición de México y los del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Finalmente, los estudios transculturales que se ocupan del efecto de valores y creencias de los padres y la manera en la cual estos afectan el comportamiento de los padres hacia los niños.

Aunque no lo parezca, los tres son complementarios, por ejemplo, en los estudios de niños desnutridos una parte de las prácticas de cuidado del niño, son explicadas en relación con la cultura, como un elemento genérico que comparten las familias en términos de sus valores y creencias y otra parte, en relación con sus prácticas de enseñanza-aprendizaje y finalmente, un reducido número de problemas pueden ser resueltos argumentando el estado nutricional.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Así pues, alrededor del desarrollo del niño giran tres subsistemas que lo influyen recíprocamente, uno de corte tecnológico-social, que tiene que ver con la salud y el estado nutricional; otro familiar, que tiene que ver con las prácticas enseñanza-aprendizaje y otro; comunitario-cultural, asociado a la concepción social de desarrollo.

El primero incluye factores de vulnerabilidad, tecnología, ecología, manejo de medicina tradicional; cultura alimentaria. El segundo, la calidad y tipo de interacciones madre-padre-hijo, educación y estimulación. El tercero, implica al desarrollo social y económico de la comunidad.

Resulta un problema complejo de abordar en este contexto multideterminado, la selección de las medidas de desarrollo y de las variables involucradas. No existen herramientas más adecuadas -cuando se parte de una visión etnopsicológica- que las que se construyen bajo ese marco específico. Esto requiere una serie de suposiciones teóricas, que pueden resumirse de la siguiente manera: conocimientos y percepción de riesgo son dos unidades diferenciales y no siempre correspondientes, pues ésta última, puede depender de la vulnerabilidad del niño y la atribución de control sobre el evento. Si el niño es poco sensible a las agresiones del ambiente y la conducta de evitación de la madre ha sido reforzada aumentando la atribución de control, las posibilidades de relación entre conocimientos y percepción de riesgo son menores.

Los conocimientos, la percepción de riesgo, vulnerabilidad y controlabilidad, se consideran los estimadores cognoscitivos más relevantes a la explicación de la conducta de cuidado de la madre. Definir los contenidos para el tipo de conducta relacionada requirió del uso de entrevistas estructuradas y no estructuradas para deslindar el universo de reactivos. En general, se necesitan algunos años de convivencia en la comunidad, con el objeto de definir contenidos relacionados con la vida cotidiana de la población.

Una segunda consideración teórica es que algunos rasgos de personalidad considerados como estilos de respuesta ante situaciones muy variadas, permean las prácticas de enseñanza-aprendizaje de la madre con el niño. El estilo de autoridad, el estado anímico y el autoconcepto son algunos elementos relacionados con el cuidado del niño que deben ser explorados y medidos, no sólo como conductas específicas para una situación

dada, sino como expresiones genéricas del comportamiento de la madre sin referencia a una situación concreta.

El análisis del cuidado del niño considerando desarrollo, salud y nutrición y contemplando tres subsistemas explorados con dos líneas de variables predictoras - requeriría una cantidad muy grande de posibles contrastes para cada uno de ellos, una subpoblación cruzada con una antagónica en los valores de las variables predictoras, multiplicaría el número de sujetos y posibilidades hasta convertirlo en inaccesible.

Un estudio alternativo podría ser el análisis de las familias de una comunidad lo suficientemente grande -de tal forma- que los diferentes contrastes y comparaciones sugeridos se lleven a cabo con un número de sujetos adecuado. Es importante llevar a cabo este tipo de estudio en una sola comunidad con el objeto de controlar el factor cultural a la vez, que se puede dar seguimiento al programa de investigación específico. Por otro lado, es sobre la población de interés, sobre la cual se definen los cortes de diferenciación de cada una de las variables, considerando los parámetros propios de la población, sin necesidad de una definición a priori, con la cual seleccionar sujetos. El trabajo con la comunidad total nos permite un estudio prospectivo más claro y corregimos parte del sesgo que involucra el trabajar sólo con niños desnutridos o con problemas de estimulación. Al trabajar con toda la comunidad nos permite elegir a los desnutridos al momento de los contrastes en base a un parámetro de distribución de la misma población.

En comunidades como la estudiada, sin pobreza extrema, el valor de la obediencia y la amabilidad influyen las prácticas de crianza, los niños se consideran fuente de afecto y consolidación de la pareja y el objetivo de los padres tiene como pretensión la independencia económica a través del establecimiento de habilidades que le permitan al niño -a mediano plazo- el valerse por sí mismo. En este tipo de comunidades no existe desnutrición aguda o crónica y la recurrencia de infecciones respiratorias y diarréicas, no son un factor explicativo de la mortalidad infantil.

En comunidades en extremo pobres, el niño es visto como fuerza de trabajo útil en el campo o en el taller para incrementar los niveles de producción, a la vez que, cumplen una función económica dentro de la familia y, los valores de sumisión y obediencia, son muy consistentes y no se da lugar a desatinos y consideraciones. En estas condiciones las

variables macro y microeconómicas configuran gran parte de los esquemas explicativos de las fallas en el crecimiento y desarrollo de los niños. Los indicadores que se exponen constituyen una lista de posibles factores que pueden modificarse en búsqueda de una solución que repare y evite el daño producido.

Por otra parte, en las comunidades sin pobreza extrema, los esquemas de interpretación centran su atención en los factores psicosociales de la dinámica familiar en la búsqueda de fórmulas que eviten que una situación de riesgo implique a corto plazo un daño. La actitud del investigador en este concepto es totalmente preventiva y basa sus estimadores en los riesgos encontrados y no en los daños producidos.

Estas son las ideas que definen la atmósfera del estudio que a continuación reseñamos y que se espera contribuya a estimular en los psicólogos trabajos en los cuales la representatividad y la generalización no hagan perder de vista la especificidad cultural para la evaluación de un modelo. Lo más representativo de un sujeto es su comunidad, el muestreo aleatorio de una población finita, si no queremos mal interpretar las variaciones encontradas deberá incluir un criterio de homogeneidad étnica. La comunidad como caso único, podría interesar a todos aquellos estudiosos del comportamiento para los cuales una cultura se diseña sobre valores y creencias que constituyen un sistema macrocontingencial sobre el que se sustenta el funcionamiento de la vida cotidiana.

Sin la intención de hacer responsables de todas estas barbaridades, agradezco al Dr. Rolando Díaz-Loving y a la Dra. Isabel Reyes-Lagunes por su dirección académica y disposición para entablar un diálogo plural y constructivo. Por la calma con la cual abordaron cada uno de mis atavismos conceptuales y las bondades de sus estrategias didácticas para sortear la ignorancia, agradezco al comité dictaminador y a los investigadores del Departamento de Psicología Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En estas difíciles empresas, las Instituciones se transforman en amigos siempre atentos y presentes en los momentos cruciales recordando las metas, prescribiendo recetas de ánimo y consejo académico que son un alivio para los males de la obstinación y la tolerancia. Sabiendo ustedes que los recuerdo a todos, mencionaré a Inocencio Higuera,

Martha Montiel, Rosario Román, Elías Robles y a los Profesores Investigadores de la Escuela de Psicología de la Universidad de Sonora.

Existen dos grupos de personas que merecen mi más profundo agradecimiento; el primero -porque contiene ese halo etéreo que transforma el amor en compromiso- a mi madre, hermanos, sobrinos y sobre todo a Mónica, Carolina y María de Jesús. El segundo, - por su noble gesto y su inspiración estoica que resistió 10 años de trabajo en la zona rural. Mi gratitud y admiración por su constancia, su empeño y compromiso - para Chemita, Sergio, Zayra, Lolita, Luly, Kenia, Sandra, Cheno, Luz Alicia, Cande, Carlos, Jesús, Becky, Paty, Janet, Celia, Roberto, Tere, Clara, Nelly, Gaby y Martha.

A las familias de las comunidades de San José de Batuc, Nuevo Tepupa, Huépari, San Pedro de la Cueva, Nácori Grande y Mátape. Al Botitas, Esther y Jerónimo, Beba, Chala de Quitito, María de Salvador, Ana María de Cosme Enrique, al Padre Humberto, a Marthita la enfermera, a los Apenitas. Por todas sus enseñanzas, la humildad en su proceder, por su afecto y compañía, por las tortillas de harina y el café colado. Para ustedes nuestro compromiso de implementar un programa de trabajo basado en la investigación como recíprocidad a la menesterosa tarea de lidiar con los psicólogos durante tantos años.

El apoyo del CONACYT, la SEP, y el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, fueron fundamentales para llevar a cabo esta empresa, la cual pretende hacer una reseña de algunos de los datos obtenidos con la intención de generar las dudas que alimenten las hipótesis del mañana.

José Angel Vera Noriega.

RESUMEN

La investigación sobre salud y nutrición infantil llevada a cabo en comunidades, suponen que la malnutrición y las enfermedades afectan la maduración del sistema nervioso, retardando asi la adquisición y complejidad de los repertorios adaptativos. En estos modelos la variable dependiente es la velocidad del crecimiento y el desarrollo, definiendo y comparando retrospectivamente poblaciones con y sin riesgo nutricional. Se propone un modelo de cuidado del niño en zonas rurales sin pobreza extrema que trascienda e incluya las variables nutricionales e incorpore las de salud y desarrollo psicológico.

El modelo supone que los rasgos de personalidad de la madre y las estimaciones de riesgo relacionadas con la crianza son las fuentes de variabilidad para la estimulación del niño, higiene del hogar y diversidad de la dieta.

La selección de los rasgos de personalidad y su medida se relacionan con una teoría en donde se enfatizan la estructura social, normas, roles y cultura. Para las estimaciones de riesgo, se utilizan modelos para la explicación de conducta, normas y actitudes que enfatizan atribuciones de control y riesgo . Los rasgos de personalidad estudiados fueron: estilos de autoridad, autoconcepto, estado anímico e índice de estrés de la crianza. Las estimaciones estudiadas fueron: conocimientos, frecuencia de conducta inadecuada, susceptibilidad, controlabilidad y percepción de riesgo. Docientas once familias fueron estudiadas en la zona rural centro oriente del Estado de Sonora, México utilizando diseño observacional, cuestionarios, entrevistas y escalas. Los resultados muestran que, la estimulación en niños de riesgo en desarrollo se relaciona negativamente con la expresividad percibida por la madre como pareja (= -.41) y la frecuencia de conducta inadecuada (ß=.45), con una r^2 = a .31 y en niños sin riesgo con conocimientos, susceptibilidad y controlabilidad (r^2 = .28/ß= .36, -.38, .29). Para niños reportados como enfermos los resultados del análisis de regresión muestran a permisividad (ß = .25), expresividad (ß = .19), conocimientos (ß= -.23), susceptibilidad (ß= .19) y frecuencia de conducta inadecuada (ß= -31) como los mejores predictores de higiene con un coeficiente de determinación de .37. Para sanos las variables importantes fueron: conocimientos (ß= -.45), depresión (ß= .23) y permisividad (ß= .27), con una varianza explicada de 28%. Para niños con desnutrición moderada (-1 D.S.), autoritarismo (ß= .27) y percepción de riesgo (ß= .37) presentan un coeficiente de determinación de .24 para la diversidad de energía. Finalmente, para niños por arriba de la primera desviación estándar de peso para la talla se obtuvieron 5 variables para explicar la diversidad de frituras: permisividad (ß= .50), susceptibilidad (ß= .37), conocimientos (ß= -.37), autoritarismo (ß= -.27) y controlabilidad (ß = -.29) con una varianza explicada de 46%.

Los datos obtenidos comparados con similares llevados a cabo en Europa y Estados Unidos de América son distintos y se contraponen a los hallazgos de la literatura. Se propone una visión etnopsicológica para su entendimiento y se plantean las acciones programáticas de intervención.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ABSTRACT

Research on health and infant nutrition carried out in communities supposes that malnutrition and illnesses affect the maturation of the nervous system retarding with this the acquisition and complexity of the adaptative repertories. In these models the dependent variable is tha rate of growth and development, defining and comparing, retrospectively, populations with and without nutritional risk. It is proposed a model of child care in rural areas where poverty is not extreme, which transcends and incorporate the nutritional variables and includes those of health and psychological development.

The model supposes that the traits of the mother's personality and the risk estimations related to child-rearing are the sources of variability for child stimulation, home hygiene and diversity of the diet.

The selection of the traits of the mother's personality and their measurement are related to a theory which emphasizes social structure, rules of behavior, roles, and culture. The models for the explanation of behavior, rules, and attitudes that emphasize control and risk attributions are used for risk estimations. The traits of personality studied were: the styles of authority, self-concept, state of emotions, and stress index of child-rearing. The estimations studied were: knowledge, frequency of inadequate behavior, susceptibility, control, and risk perception. Two hundred and eleven families were studied in the central east rural area of the State of Sonora, Mexico using an observational design, questionnaires, interviews, and scales. The results have shown that the stimulation in children at risk at the stage of development is negative related to the affective expressiveness (ß= -0.41) frequency of inadequate behavior (ß= 0.45) with a r^2 equal to 0.31 and in children not at risk with knowledge, susceptibility, and control (r^2 =0.28/ß= 0.36, -0.38, 0.29). For children reported as ill, the results of the linear regression analysis show a permissiveness (ß= 0.25), affective expressiveness (ß= 0.19), knowledge (ß= 0.23), susceptibility (ß= 0.19), and frequency of inadequate behavior (ß= 0.31) as the best predictors for hygiene with a determination coefficient of 0.37. For healthy children the important variables were: knowledge (ß= -0.45), depression (ß= 0.23), and permissiveness (ß =0.27), with a variance of 28%. For children with moderate malnutrition (-1 D.S.), authoritharianism (ß= 0.27), and risk perception (ß= 0.37) show a determination coefficient of 0.24 for the diversity of energy. Finally, for children above the first standard deviation of weight for height, five variables to explain the diversity of snacks: permissiveness (ß=0.50), susceptibility (ß= 0.37), knowledge (ß= -0.37), authoritharianism (ß= -0.27), and control (ß= -0.29) with a variable of 46% were obtained.

The data obtained compared with similar data from Europe and the United States of America is different and is opposite to the findings reported in the literature. An ethnopsychological vision for its understanding and technological derivations is proposed.

ÍNDICE

PARTE I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

Página

CAPÍTULO 1. MODELOS CONCEPTUALES DE CRECIMIENTO, SALUD Y DESARROLLO

1.1. Introducción 1
1.2. Modelos Económicos de Crecimiento y Desarrollo . 4
1.2.1. Modelo de Ajuste de Andrea Cornia. 5
1.2.2. Modelo de Economía Familiar de Bennett. 8
1.2.3. Modelo de la Cadena de los Alimentos de Schuftan 11
1.2.4. Resumen. 13
1.3. Modelos Médicos de Crecimiento y Desarrollo. 14
1.3.1. Modelo Médico Epidemiológico. 16
1.3.2. Modelo Médico Comunitario de Cravioto. 18
1.3.3. Modelo de Desviación Positiva de Zeitlin y Mansour. 21
1.4. Modelos Psicológicos. 23
1.4.1. Modelo de Desarrollo Ecológico de Bronferbrener. 24
1.4.2. Modelo de Nicho Ecológico. 27
1.4.3. Modelo Analítico Cognitivo-Conductual. 29
1.4.4. Modelo propuesto para el Cuidado del Niño en Comunidades Rurales sin Pobreza Extrema. 33

CAPÍTULO 2. ALIMENTACIÓN, SALUD Y DESARROLLO

2.1. Introducción. 37
2.2. Factores que afectan el Crecimiento. 39
2.2.1. Factor Nutricional. 39
2.2.2. Factor Genético. 39
2.2.3. Factor Hormonal. 40
2.2.4. Factor Socioeconómico. 40
2.2.5. Factor Estacional. 41
2.2.6. Ejercitación Física. 41
2.2.7. Enfermedades Recurrentes. 41
2.2.8 Factor Psicológico. 42

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

2.3. Nutrición y Conducta. 42
2.3.1. Estado Nutricional y Sistema Nervioso. 43
2.3.2. Período Crítico del Crecimiento y Desarrollo. 45
2.3.3. Secuela de la Desnutrición Temprana. 47
2.4. Microambiente Familiar y Estado Nutricional. 48
2.4.1. Condiciones Sociales y Estado Nutricional. 49
2.4.2. Condiciones de la Familia y Estado Nutricional. 51

CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA PARA COMUNIDADES SIN POBREZA EXTREMA

3.1. Introducción. 53
3.2. Definición y Características. 56
3.3. Características del Microambiente Familiar. 57
3.4. Desnutrición Leve y Moderada. 59
3.5. Enfermedades Diarreícas. 60
3.6. Desarrollo del Niño. 63
3.7. Planteamiento del Problema. 65

CAPÍTULO 4. VARIABLES RELACIONADAS CON CRECIMIENTO, SALUD Y DESARROLLO

4.1. Introducción. 68
4.2. Interacción Madre-Hijo. 69
4.3. Estilos de la Madre. 72
4.4. Creencias y Percepción de Riesgo. 76
4.5. Objetivos. 77
4.6. Diseño de Investigación. 78

CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE UN MODELO PARA LAS VARIABLES

5.1. Introducción. 80
5.2. Diversidad, Estimulación e Higiene. 84
5.3. Estilo de Comportamiento de la Madre: Hipótesis. 86
5.4. Conocimiento y Percepción de Riesgo: Hipótesis. 87

PARTE II. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO

CAPÍTULO 6. DESARROLLO DEL NIÑO

6.1. Introducción. 89
6.2. Métodos de Evaluación del Desarrollo. 92
6.3. Métodos de Evaluación del Niño en el Hogar. 96
6.4. Métodos de Evaluación de las Variables Subyacentes. 102

CAPÍTULO 7. SALUD

7.1. Introducción. 103
7.2. Métodos de Evaluación de la Frecuencia de Infecciones Diarréicas. 107
7.3. Métodos de Evaluación de Higiene. 107
7.4. Métodos de Evaluación de Variables Subyacentes. 108

CAPÍTULO 8. ESTADO NUTRICIONAL

8.1. Introducción. 111
8.2. Método de Evaluación de Antropométrica. 114
8.3. Métodos de Evaluación de la Diversidad de la Dieta. 116
8.4. Métodos de Evaluación de las Variables Subyacentes. 120

CAPÍTULO 9.COMPORTAMIENTO DEL CUIDADOR

9.1. Introducción. 122
9.2. Método para Evaluar la manera en que la Madre Percibe al Niño. 123
9.3. Métodos de Evaluación del Ejercicio de la Autoridad. 125
9.4. Métodos de Evaluación del Estado Anímico. 126
9.5. Métodos de Evaluación de Autoconcepto como Pareja y Percepción de la Pareja. 128
9.6. Atributos Sociales. 130

CAPÍTULO 10. PROCEDIMIENTOS

10.1. Introducción. 131
10.2. Estrategia del Levantamiento de Datos. 132
10.3. Entrenamiento de Personal y Confiabilidad. 134
10.4. Población. 136

PARTE III. ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

CAPÍTULO 11. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES PARA EL MODELO DE DESARROLLO

11.1. Introducción. 140
11.2. Escala de Desarrollo Integral del Niño. 141
11.3. Estimulación del Niño en el Hogar. 144
11.4. Conocimientos y Percepción de Riesgo en Desarrollo. 147

CAPÍTULO 12. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES PARA EL MODELO DE SALUD

12.1. Higiene de la Casa, la Mamá y el Niño. 152
12.2. Conocimientos y Percepción de Riesgo en Diarreas. 155

CAPÍTULO 13. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES PARA EL MODELO DE NUTRICION

13.1. Diversidad de la Dieta. 159
13.2. Conocimientos y Percepción de Riesgo en Nutrición. 161

CAPÍTULO 14. DEFINICIONES DE LAS VARIABLES PARA EL MODELO DE COMPORTAMIENTO DEL CUIDADOR

14.1. Evaluación de la Conducta del Niño. 165
14.2. Evaluación del Ejercicio de la Autoridad. 167
14.3. Evaluación del Estado Anímico. 169
14.4. Evaluación de la Autopercepción como Pareja. 171
14.5.. Factores Sociales. 173

PARTE IV. RESULTADOS

CAPÍTULO 15. MODELO DE DESARROLLO DEL NIÑO

15.1. Introducción. 175
15.2. Modelo de Desarrollo: Variables Subyacentes. 180
15.2.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación. 181
15.2.2. Análisis de Varianza. 184
15.2.3. Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión. 187
15.2.4. Resumen. 190
15.3. Modelo de Desarrollo: Variables Intermedias. 191
15.3.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación. 191
15.3.2. Análisis de Varianza. 191
15.3.3. Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión. 193
15.3.4. Resumen. 195
15.4. Modelo de Desarrollo: Variables Sociales. 195
15.4.1. Relación de Variables: Análisis de Correlación. 195
15.4.2. Análisis de Varianza. 196
15.5. Modelo de Predicción de Desarrollo para Niños con y sin Riesgo. 197
15.6. Resumen. 198

CAPÍTULO 16. MODELO DE SALUD

16.1. Introducción. 199
16.2 Modelo de Salud: Variables Subyacentes. 201
16.2.1 Relación entre Variables: Análisis de Correlación. 201
16.2.2 Análisis de Varianza. 202
16.2.3 Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión. 205
16.2.4 Resumen. 207

16.3 Modelo de Salud: Variables Intermedias. 207
16.3.1 Relación entre Variables: Análisis de Correlación. 207
16.3.2 Análisis de Varianza. 208
16.3.3 Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión. 210
16.3.4 Resumen. 211
16.4 Modelo de Salud: Variables Sociales. 212
16.4.1 Relación entre Variables: Análisis de Correlación. 212
16.4.2 Contraste de Hipótesis: Análisis de Varianza. 213
16.5 Modelo de Predictivo para Salud. 215
16.6 Resumen. 216

CAPÍTULO 17. MODELO DE NUTRICIÓN

17.1. Introducción. 217
17.2. Modelo de Nutrición: Variables Subyacentes. 220
17.2.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación 220
17.2.2. Análisis de Varianza. 220
17.2.3. Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión. 221
17.2.4. Resumen. 223
17.3 Modelo de Nutrición: Variables Intermedias. 224
17.3.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación. 224
17.3.2. Análisis de Varianza. 224
17.3.3. Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión. 226
17.3.4. Resumen. 227
17.4. Modelo de Nutrición: Variables Sociales. 228

17.5. Modelo de Predicción de Nutrición. 228
17.6. Resumen. 229

PARTE V. DISCUSION Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 18. DISCUSIÓN

18.1. Introducción. 230
18.2. Discusión sobre los Resultados del Modelo de Desarrollo del Niño. 223
18.2.1. Grupo de niños considerados de riesgo. 234
18.2.2. Grupo de niños considerados sin riesgo. 238
18.2.3..Alcances y limitaciones. 241

18.3. Disusión sobre los Resultados del Modelo de Salud. 244
18.3.1.Grupo de niños reportados como enfermos. 244
18.3.2.Grupo de niños sanos. 247
18.3.3. Alcances y limitaciones. 249
18.4. Discusión sobre los Resultados del Modelo de Nutrición. 250
18.4.1. Grupo de niños con bajo peso/talla. 250
18.4.2. Niños con alto peso/talla. 252
18.4.3. Alcances y limitaciones. 254

CAPÍTULO 19. CONCLUSIONES

19.1. Conclusiones. 255

CAPÍTULO 20. CONSIDERACIONES PROGRAMÁTICAS DE INTERVENCIÓN

20.1. Introducción. 264
20.2. Acciones Programáticas de Intervención. 266

Referencias Bibliográficas. 273
Anexo I. Instrumentos de Medida. 294
Anexo II. Matrices de Correlación. 339

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Número Página

Capítulo 1. Modelos Conceptuales de Crecimiento, Salud y Desarrollo.

1.1. Variables para un modelo económico que explica los problemas de crecimiento del niño tomando como base la economía nacional (Cornia, Jolly y Stewart 1987; citado en Myers, 1992). 7

1.2. Variables económicas para explicar los problemas del crecimiento en el niño tomando como base la economía familiar (Bennet, 1988). 10

1.3. Variables económicas para explicar el crecimiento del niño tomando como base la producción de alimentos (Shufftan,1977). 12

1.4. Variables de un modelo médico para explicar el crecimiento del niño tomando como base las condiciones de vida en la familia (Mosley y Chen, 1984; citado en Myers; 1992). 17

1.5. Variables de un modelo médico para explicar el crecimiento del niño tomando como base las condiciones de desarrollo comunitario (Cravioto et. al, 1988). 20

1.6. Variables de un modelo médico para explicar el crecimiento del niño partiendo de las diferencias individuales entre cuidadores (Zeitlin y Maunsour, 1990; citado en Myers, 1992). 22

1.7. Variables de un modelo psicológico para explicar el desarrollo del niño partiendo de las condiciones de su ecología (Brofenbrener, 1979; citado en Myers, 1992). 26

1.8. Variables de un modelo psicológico para explicar el desarrollo del niño partiendo de una concepción cultural-comunitaria (Super y Harkeness, 1987). 29

1.9. Teoría de la acción razonada: factores que determinan el comportamiento de una persona (Fishbein y Ajzen, 1980). 30

1.10. Modelo de creencias en salud, un predictor de conducta preventiva en salud (Rosenstock, 1974). 32

1.11. Modelo sintético del cuidado del niño en zona rural. 35

Capítulo 2. Alimentación, Salud y Desarrollo

Capítulo 3. Planteamiento del Problema para Comunidades sin Pobreza Extrema

3.1. Interacción entre infecciones y estado nutricional (Martorrell, 1980). 63

Capítulo 4. Variables relacionadas con Crecimiento, Salud y Desarrollo.

Capítulo 5. Propuesta de un Modelo para las Variables.

5.1 Variables relacionadas con el cuidado del niño en zona rural. 83

5.2. Variables de un modelo psicológico para explicar salud, nutrición y desarrollo del niño en zonas rurales partiendo de las estimaciones de riesgo y rasgos de personalidad de la madre. 85

Capítulo 6. Desarrollo del Niño.

6.1. Variables medidas en la evaluación del desarrollo psicosocial del niño en la zona rural. 91

Capítulo 7. Salud.

7.1. Variables medidas en la evaluación del estado de salud del niño en zona rural. 106

Capítulo 8. Estado Nutricional.

8.1. Variables medidas en la evaluación nutricional del niño en la zona rural. 113

Capítulo 9. Comportamiento del Cuidador.

Capítulo 10. Procedimientos.

Capítulo 11. Definición de las variables para el Modelo de Desarrollo.

11.1. Valores de correlación para las dimensiones de la escala de desarrollo integral del niño para la población de infantes y preescolares. 143

11.2. Análisis factorial y correlación para los reactivos de estimulación del niño en el hogar. 145

11.3. Valores de correlación para las dimensiones de la escala de estimulación del desarrollo del niño en el hogar para infantes y preescolares. 148

11.4. Análisis factorial y correlación para los reactivos de frecuencia de conducta de riesgo en desarrollo. 149

11.5. Análisis factorial y correlación para los reactivos de percepción de riesgo en el desarrollo. 150

11.6. Valores de correlación para las dimensiones de percepción de riesgo, susceptibilidad y controlabilidad. 151

Capítulo 12. Definición de las variables para el Modelo de Salud

12.1. Análisis factorial y correlación para los reactivos de higiene del hogar. 152

12.2. Análisis factorial y correlación para los reactivos de higiene de la madre. 153

12.3. Análisis factorial y correlación para los reactivos de higiene del niño. 154

12.4. Valores de correlación para las dimensiones de la variable observación de higiene para la población de infantes y preescolares. 154

12.5. Análisis factorial y correlación para los reactivos de frecuencia de conductas de riesgo en diarreas. 156

12.6. Análisis factorial y correlación para los reactivos de percepción de riesgo en diarreas. 157

12.7. Valores de correlación para las dos dimensiones de la variable percepción de riesgo y frecuencia, en diarreas para infantes y preescolares. 157

12.8 Valores de correlación entre percepción de riesgo, susceptibilidad, controlabilidad en diarreas para infantes y preescolares. 158

Capítulo 13. Definición de las variables para el Modelo de Nutrición.

13.1. Análisis factorial y correlación para los reactivos de frecuencia de riesgo de nutrición. 162

13.2. Análisis factorial y correlación para los reactivos de percepción de riesgo en nutrición. 163

13.3. Valores de correlación para las dimensiones de percepción de riesgo, susceptibilidad y controlabilidad. 164

Capítulo 14. Definiciones de las variables para el Modelo Comportamiento del Cuidador.

14.1. Análisis factorial y correlación para los reactivos de evaluación de la conducta del niño. 165

14.2. Valores de correlación para las dimensiones de la percepción de la conducta del niño. 167

14.3. Análisis factorial y de correlación para las reactivos de la escala multidimensional de autoritarismo. 168

14.4. Valores de correlación para las dimensiones de autoritarismo. 169

14.5. Análisis factorial y correlación para el inventario de depresión . 170

14.6. Valores de correlación para las dimensiones de depresión. 171

14.7. Análisis factorial y correlación para los reactivos de autoconcepto. 172

14.8. Valores de correlación para las dimensiones de autoconcepto. 172

Capítulo 15. Modelo de Desarrollo del Niño

15.1. Criterios de corte para definir las subpoblaciones de riesgo en cada modelo. 176

15.2. Medias en puntuaciones tipificadas para el grupo de riesgo y no riesgo, valores promedio, desviaciones estándar para las variables utilizadas en el modelo de desarrollo. 178

15.3. Resultados significativos del análisis de varianza para desarrollo en la población total y las subescalas del inventario de estimulación del niño en el hogar. 181

15.4. Correlaciones significativas (p= .001) encontradas entre las variables subyacentes y las subescalas de estimulación del niño en el hogar para niños con riesgo. 182

15.5. Resultados significativos del análisis de varianza entre la estimulación del niño en el hogar y las variables subyacentes para madres de niños con riesgo. 185

15.6. Resultados significativos para el análisis de varianza entre la estimulación del niño y las variables subyacentes para madres de niños sin riesgo. 186

15.7. Valores de la ecuación de regresión para estimulación con variables subyacentes para madres de niños con riesgo. 188

15.8. Valores de la ecuación de regresión para estimulación con las variables subyacentes para madres de niños sin riesgo. 189

15.9. Resultados significativos de análisis de varianza para las subescalas de estimulación y las intermedias para madres de niños con riesgo. 192

15.10. Resultados significativos del análisis de varianza para las subescalas de estimulación y las variables intermedias para madres de niños sin riesgo. 193

15.11. Valores de la ecuación de regresión para estimulación con las variables intermedias en madres de niños con riesgo. 194

15.12. Valores de la ecuación de regresión para estimulación con las variables intermedias en madres de niños sin riesgo. 194

15.13. Valores de correlación significativos (p= .001) para las variables sociales y las subescalas de estimulación para niños con riesgo. 195

15.14. Resultados significativos del análisis de varianza para estimulación y la condición social en madres de niños con riesgo. 196

Capítulo 16. Modelo de Salud.

16.1. Valores promedio, desviaciones estándar y las medias en puntuaciones tipificadas de niños sanos y enfermos para las variables del modelo de salud. 200

16.2. Correlaciones significativas (p= .001) entre las subescalas de higiene y las variables subyacentes en niños enfermos. 201

16.3. Correlaciones significativas (p = .001) entre las subescalas de higiene y las variables subyacentes en niños sanos. 202

16.4. Resultados significativos del análisis de varianza entre las variables subyacentes y las subescalas de higiene para madres de niños enfermos. 203

16.5. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de higiene y las variables subyacentes en madres de niños sanos. 204

16.6. Valores de la ecuación de regresión para higiene y las variables subyacentes en madres de niños enfermos. 206

16.7. Valores de la ecuación de regresión para higiene y las variables subyacentes en madres de niños sanos. 206

16.8. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de higiene y las variables intermedias en madres de niño enfermos. 208

16.9. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de higiene y las variables intermedias en madres de niños sanos. 209

16.10. Valores de la ecuación de regresión para higiene y las variables intermedias en madres de niños enfermos. 210

16.11. Valores de la ecuación de regresión para higiene y las variables intermedias en madres de niños sanos. 211

16.12. Valores de correlación significativos (p=.001) entre higiene y las variables sociales para niños enfermos. 212

16.13. Valores de correlación significativos (p=.001) entre higiene y las variables sociales para niños sanos. 213

16.14. Resultados de análisis de varianza para higiene y condición social de niños enfermos. 214

16. 15. Resultados del análisis de varianza para higiene y condición social de niños sanos. 214

Capítulo 17. Modelo de Nutrición

17.1. Valores promedio, desviación estándar y las medias en puntuación tipificada de niños de bajo y alto peso/talla para las variables del modelo de nutrición. 219

17.2. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de diversidad y las variables subyacentes en niños de bajo peso/talla. 221

17.3. Valores de la ecuación de regresión para la diversidad de la dieta y las variables subyacentes para niños de bajo peso/talla. 222

17.4. Valores de la ecuación de regresión para la diversidad de la dieta y las variables subyacentes en niños de alto peso/talla. 223

17.5. Resultados significativos del análisis de varianza entre las variables intermedias y las subescalas de diversidad en niños de bajo peso/talla. 225

17.6. Resultados significativos del análisis de varianza entre las variables intermedias y las subescalas de diversidad en niños de alto peso/talla. 225

17.7. Valores de la ecuación de regresión para la diversidad de la dieta y las variables intermedias en niños de bajo peso/talla. 226

17.8. Valores de la ecuación de regresión para la diversidad de la dieta y las variables intermedias en niños de alto peso/talla. 227

17.9. Resultados del análisis de varianza para la diversidad de la dieta y educación de la madre de niños con bajo peso/talla. 228

Capítulo 18. Discusión

18.1 Resultados del análisis de regresión para estimulación total en los niños con riesgo en el desarrollo. 236

18.2. Resultados del análisis de regresión para la estimulación total en niños sin riesgo en el desarrollo. 241

18.3. Resultados del análisis de regresión para el modelo de salud en niños enfermos. 247

18.4. Resultados del análisis de regresión para el modelo de salud en niños sanos. 248

18.5. Resultados del análisis de regresión para la diversidad de energía en niños con bajo peso/talla. 252

18.6. Resultados del análisis de regresión para diversidad en frituras en niños con alto peso/talla. 253

Capítulo 19. Conclusión

19.1. Condiciones que facilitan el cuidado del niño con riesgo en la zona rural sin pobreza extrema. 256

19.2. Condiciones que facilitan el cuidado del niño sin riesgo en la zona rural sin pobreza extrema. 257

Capítulo 20. Consideraciones Programáticas de Intervención

20.1 Definición, programación y evaluación de objetivos para el trabajo comunitario. 270

20.2.Secuenciación de actividades en comunidad. 272

PARTE I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. MODELOS CONCEPTUALES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1.1. Introducción

Es importante iniciar definiendo y diferenciando crecimiento y desarrollo del niño, como procesos. El primero se refiere a las variables relacionadas con la proporcionalidad en los cambios asociados a la talla con relación a la edad y el segundo a la especialización, complejidad y funcionalidad de repertorios de conducta asociados al tiempo de vida. La alimentación y la nutrición son dos procesos que se ha mostrado facilitan o inhiben los procesos de crecimiento y desarrollo. La alimentación se refiere a la disponibilidad y acceso de alimentos, esto explica lo que el sujeto come. Es un proceso socioeconómico en lo genérico y uno de tipo psicológico en lo individual o específico. Una vez conocida la disponibilidad y el acceso a los alimentos dado fundamentalmente por un proceso social y económico, las preferencias, combinaciones y diversidad se vuelven un asunto cultural y psicológico.

La nutrición es un proceso biológico de asimilación y procesamiento de alimentos en donde los sistemas de reacción del organismo determinan la biodisponibilidad de los nutrientes de los alimentos (Marthell, Bertolini, Nieto, Tenzer, Ruggia y Belitzky, 1981). El proceso nutricional se modifica con la especialización o deterioro de los órganos y sistemas que intervienen en el proceso, aún cuando se mantengan los estándares de alimentación, el proceso de nutrición será diferente si existen diferencias en el funcionamiento de los sistemas involucrados en el proceso de asimilación y procesamiento de alimentos.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

En la literatura (Fomon, 1976) se ha utilizado de manera tradicional el término *estado nutricional* para hacer referencia a la forma en que las medidas antropométricas sirven como evidencia de que el sujeto ha venido consumiendo proteínas y energía y, se supone, que la proporcionalidad de la talla con la edad implica que no existen trastornos en los procesos de nutrición. Esta suposición, se derivó de los estudios en comunidades con niños con desnutrición aguda-crónica, en los cuales, se encontraba invariablemente la relación entre pérdida crónica de la talla y un déficit en el consumo de proteínas y energía y, en general, un subconsumo generalizado de alimentos, esto es, una alimentación insuficiente. Sin embargo, desde entonces sabemos que la desnutrición leve y moderada como resultantes de medidas antropométricas no puede explicarse en relación a variables socioeconómicas pues, invariablemente, está asociada a variables de tipo psicosocial.

Hasta aquí las precisiones deben dejar claro que: a) crecimiento y desarrollo son procesos paralelos que pueden ser afectados por la alimentación y la nutrición, entre otras variables. Además, no todas las variables que afectan el desarrollo afectan el crecimiento y viceversa; b) alimentación y nutrición son inclusivos como estados pero como procesos son exclusivos; c) el estado nutricional, como resultante, se estima indirectamente con medidas antropométricas y se relaciona con los procesos de alimentación y nutrición en desnutridos crónicos-agudos.

De nuevo, en condiciones extremas, la falta de alimento inhibe tanto el crecimiento como el desarrollo psicosocial; sin embargo, aún cuando existe poca evidencia, los problemas leves o moderados en el crecimiento no necesariamente traen como consecuencia desórdenes del desarrollo. Es posible que algunos problemas psicosociales en la interacción madre-hijo estén asociados a desnutrición leve y moderada.

Es difícil entender actualmente, como y de que manera, crecimiento y desarrollo son facilitados o inhibidos cuando el problema no es falta de alimentos sino diversidad de la dieta. Comunidades con consumos adecuados de proteínas y energía, pero con una dieta monótona parecen presentar algunas carencias en el consumo de micronutrientes principalmente hierro, zinc, y vitamina A, B12 y C (Pollit, 1991). La monotonía en la dieta puede estar asociada a factores de comercialización o acceso y aún, cuando los alimentos y los recursos para adquirirlos están disponibles, aspectos históricos-culturales y de interacción madre-niño establecen las condiciones que hacen más probable el consumo de una restringida canasta de alimentos.

En este capítulo, daremos, inicialmente, un repaso por tres de los modelos más representativos en el ámbito económico, con el fin de aclarar algunas variables del macroambiente socioeconómico que se ha mostrado se relacionan con la baja ganancia de peso y talla. Debe apuntarse que tales modelos fueron elaborados con el fin de mostrar un paradigma con una lógica social y económica para países o pueblos en donde la desnutrición crónico-aguda es endémica y, no siempre, el inverso del efecto del estado de las variables señaladas como de riesgo sirven para explicar como tienen lugar los procesos de desnutrición leve.

Después revisaremos en los modelos médicos como las variables macro, consideradas subyacentes, trataran de presentarnos una logística de los microfactores familiares que parecen perpetuar el ciclo de vida de la desnutrición a nivel de la comunidad y la familia. Estos análisis fueron llevados a cabo también partiendo del entendido de que se trata de explicar la dinámica de la desnutrición en comunidades con pobreza extrema.

Finalmente, se presentan algunos modelos que enfatizan variables psicosociales relacionadas con la familia y los individuos que han sido utilizados en análisis de los efectos de programas de recuperación o seguimiento para explicar

cambios prospectivos y, en algunos casos, utilizados para el diseño de programas preventivos en comunidades sin pobreza extrema.

1.2. Modelos Económicos de Crecimiento y Desarrollo

La crisis económica iniciada en los setentas, ha dominado la escena internacional desde entonces y ha significado para muchos países del mundo en desarrollo llevar a cabo una serie de ajustes a los recursos que se venían otorgando a los sectores prioritarios para la equidad y justicia social en particular salud y educación. El empeoramiento del estado de salud de la infancia se confirma, por la incidencia creciente de enfermedades infecciosas como el tifus, hepatitis y enfermedades gastrointestinales. La educación, también se ha visto afectada seriamente, se ha producido descensos en las tasas de escolarización y terminación en la enseñanza primaria y graves deterioros en la calidad de la educación impartida.

A continuación se esbozan, de manera somera pero sintética, tres de los modelos o marcos analíticos más importantes en lo que a su aplicación comunitaria se refiere, con énfasis en un planteamiento para la promoción del cuidado y desarrollo del niño.

El modelo de Cornia, Jolly y Stewart (1987) plantea un marco analítico, cuya preocupación subyacente, es la definición de ajustes presupuestales a las naciones en épocas de crisis. El modelo de economía familiar de Bennett (1988), en el que se expone una estrategia para entender el efecto de las macro variables económicas sobre los hogares, desarrolla una propuesta en donde los recursos de la familia como el ingreso y redes de apoyo intrafamiliar permiten hacer frente a un déficit de recursos económicos, alimentarios y de inversión en salud y educación. Finalmente el modelo de Schuftan (1979), en donde las redes de producción,

distribución y comercialización de alimentos, además, de las políticas de distribución de la tierra y la riqueza explican el deterioro del estado de salud y nutrición del niño.

1.2.1. Modelo de Ajuste de Andrea Cornia

En esta propuesta (Cornia, Jelly y Stuart, 1987) se establece un modelo analítico en el que se describen tres tipos de variables: a) los indicadores de factores que describen variables que influyen en la disponibilidad de recursos para la infancia, como ingresos familiares, gastos sociales gubernamentales, tiempo de atención de los padres, salud y nivel de instrucción; b) los indicadores de proceso para variables de disponibilidad y uso de alimentos y servicios sociales básicos destinados al bienestar de la infancia; e c) indicadores de resultado que incluyen cambios en el bienestar de la infancia, como el estado de salud, el nivel de nutrición y educativo.

El cuadro analítico de interrelaciones entre factores económicos e indicadores de bienestar en la infancia presenta variables macroeconómicas que reflejan los cambios en la economía mundial y las políticas de ajuste y los resultados macroeconómicos nacionales. La economía mundial, analizada a partir de la demanda interna, proteccionismo, relación de intercambio, flujo de capitales, tipos de interés y condiciones de préstamo, tiene una conexión causal con las políticas nacionales de ajuste analizadas a través de la restricción de la demanda, la expansión de la oferta y las políticas sociales. Ambas variables son importantes para explicar los resultados de los ajustes en la economía de una nación. Las políticas de ajuste y la forma en que se impacta la economía nacional determinan el comportamiento de los principales factores subyacentes que afectan el bienestar de la infancia durante los períodos de depresión económica como son el gasto en:

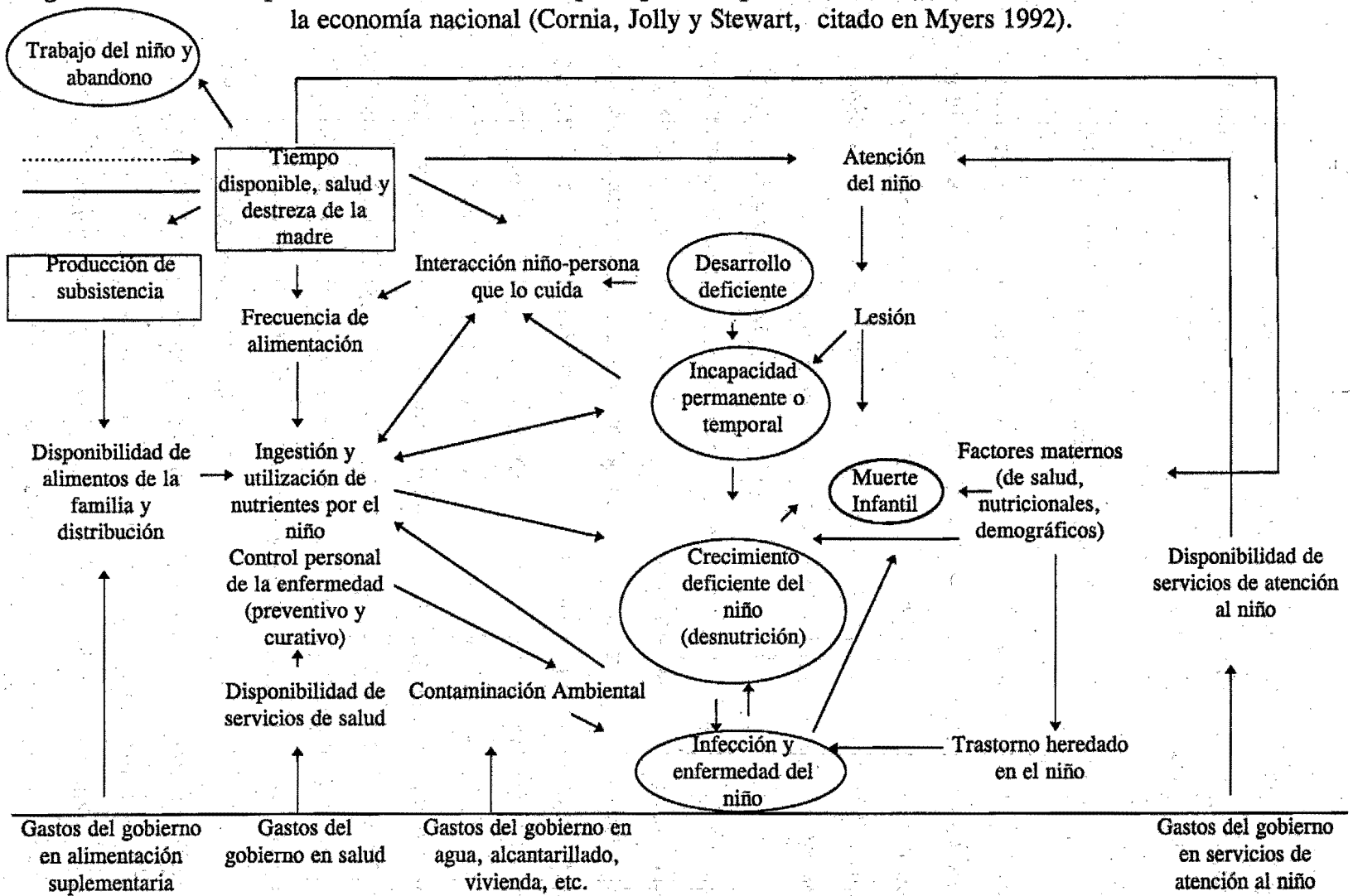
educación, subsidios a alimentos, salud, infraestructura sanitaria, vivienda, y servicios de atención a la infancia. También impactan los precios de los alimentos, los ingresos familiares, su distribución y modifican el uso de los tiempos, la salud y educación de la madre. Lo anterior afecta los indicadores del estado de bienestar de la infancia (indicadores de resultados) como son: la escolarización y abandono escolar, retraso en el crecimiento, morbilidad y mortalidad infantil.

Las familias enfrentadas a una súbita caída del ingreso pueden reducir el ahorro o aumentar el número de miembros que trabajan; sin embargo, en las familias pobres la caída en el poder de compra significa una reducción en los gastos de alimentación. Para una familia que gasta entre el 60 y 80 porciento del ingreso en alimentos un decremento de 10% en sus ingresos implica una reducción del 6 al 8 porciento en gastos de alimentación. Es decir, por la disminución de ingresos, aumento de precios de alimentos y falta de subsidios, los gastos en alimentos descienden en casi la misma cantidad que la caída del ingreso real. Lo mismo es cierto para gastos en salud y educación.

Debemos apuntar que los descensos en el gasto real dedicado a la alimentación familiar no necesariamente implican grandes cambios en el consumo de nutrientes, ya que se substituyen alimentos caros por baratos con el mismo contenido calórico. El consumo insuficiente en proteínas y energía se asocia al retraso en el crecimiento y puede ser también explicado por variables como la recurrencia de infecciones diarréicas y respiratorias que a su vez, generan anorexia o pérdidas de nutrientes.

Por otro lado, el tiempo de dedicación al cuidado del niño, la salud, educación y la conducta reproductiva de la madre influyen en la mortalidad infantil, en el crecimiento y desarrollo y en el rendimiento escolar. El impacto de los ajustes económicos nacionales es mayor sobre la educación de las futuras madres, quienes no soportan los gastos escolares, y por la necesidad de aumentar el ingreso

Figura 1.1. Variables para un modelo económico que explica los problemas de crecimiento del niño tomando como base la economía nacional (Cornia, Jolly y Stewart, citado en Myers 1992).



familiar, se dedican a los trabajos domésticos o del campo. Se compensa el tiempo pasado fuera del hogar decrementando el tiempo dedicado a los niños, el descanso y la socialización (Leslie, Lycette y Buvinic, 1986; Popkin, 1980). La conducta reproductiva, la calidad de la alimentación y salud de la madre influyen el estado nutricional y la tasa de mortalidad infantil.

Se supone, sin embargo, que el organismo se ajusta a las condiciones de vida adaptando su peso y tamaño a las condiciones ambientales. El modelo de Mosley y Chen (1984), que revisaremos adelante, en los datos que aporta puede observarse que el riesgo de mortalidad aumenta constantemente de forma exponencial con la disminución del peso para la edad, en cada momento de observación, en estudios longitudinales. Esto sucede fundamentalmente cuando se produce una caída repentina del peso para la edad, que no permite al organismo adaptarse gradualmente y a largo plazo a un nivel más bajo de disponibilidad de alimentos. Esta reflexión nos conduce a pensar que los niños pobres con desnutrición leve y moderada tienen mayor riesgo de mortalidad ante cambios y ajustes económicos severos.

En resumen, el modelo de Cornia, Jelly y Stuart (1987), parte del estado actual de la economía nacional, en particular, los subsidios y protección del gobierno a grupos vulnerables y la manera en que impacta el crecimiento de los niños dadas las débiles condiciones en las que se encuentra la economía familiar una política económica centrada en la producción y globalización de mercado.

1.2.2. Modelo de Economía Familiar de Bennett

Para Bennett (1988) el crecimiento y desarrollo del niño debe ser entendido partiendo de la economía del hogar. En esta aproximación, en contraste con la anterior, el eje fundamental de explicación se desplaza de las políticas nacionales al

proceso de mediación y afrontamiento que la cabeza de familia lleva a cabo con el ingreso-gasto tratando de ajustarlo y manejarlo de tal forma que permita condiciones de subsistencia.

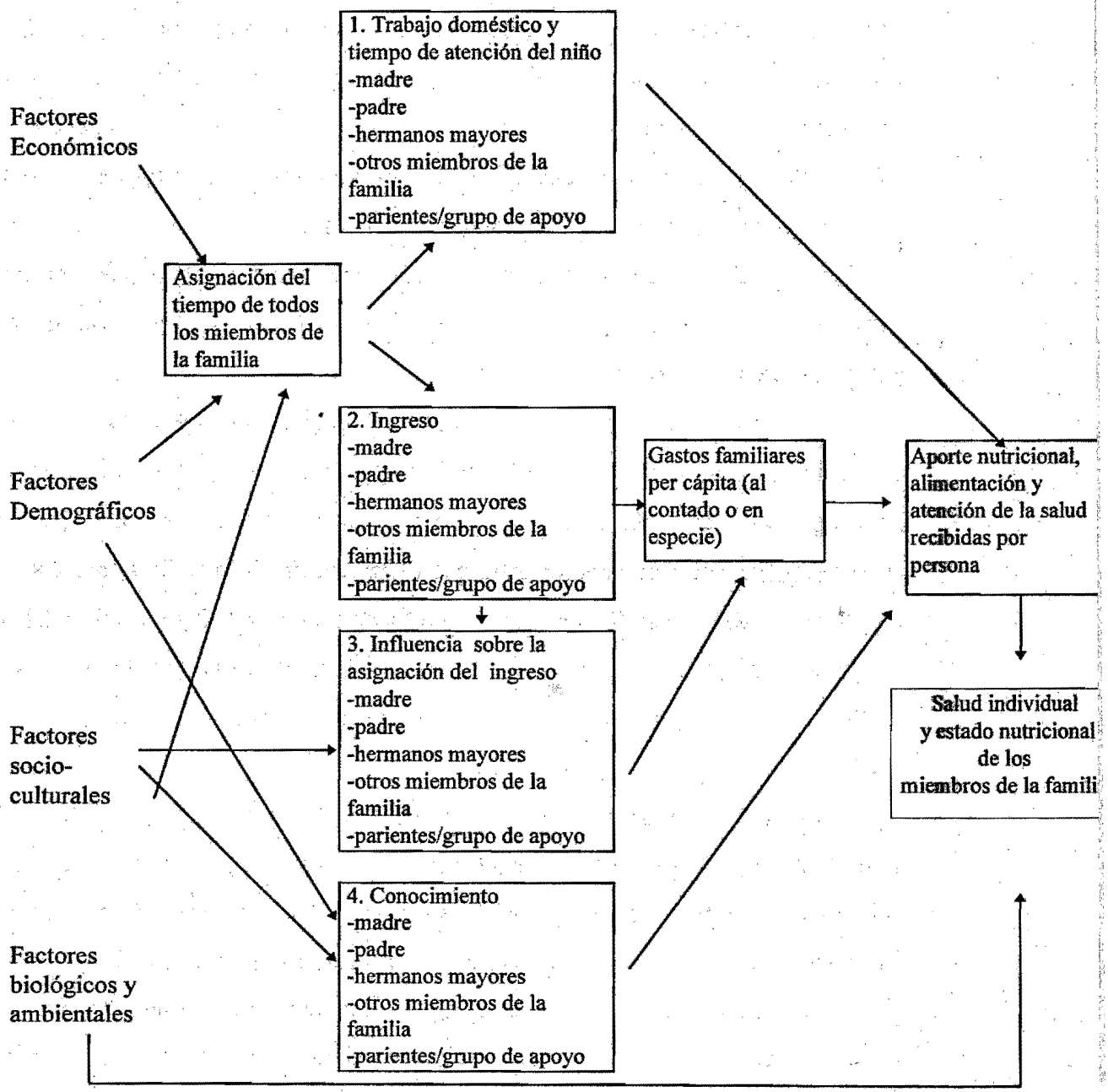
Las variables relacionadas con la familia se plantean dentro de un macro nivel con influencias socioculturales, factores demográficos, económicos, biológicos y ambientales. Todo lo anterior se relaciona con el ajuste y programación del tiempo para cuidado del niño y la casa y, a su vez , estas variables afectan el ajuste y regulación del ingreso y ambos el gasto por persona en efectivo o en especie; esto directamente determina el consumo de alimentos, servicios de salud, educación. El tiempo que la madre dedica al cuidado del niño y el hogar y sus conocimientos puede explicar el estado de salud y nutrición de los individuos de una familia.

El modelo es interesante primordialmente en el sentido de ubicar el papel de la mujer no sólo en su nivel reproductivo sino además deja ver que la salud y educación de la mujer esta íntimamente relacionado con el cuidado del niño. Este cuadro analítico de variables, al igual que el de Cornia, Jolly y Stewart (1987), es muy lineal y no supone que pueda el mejoramiento en la salud y nutrición del niño modificar el ajuste en la distribución del tiempo de la madre y cuidadores. La salud de la madre no se percibe en el modelo como una variable que pueda afectar los resultados.

Es interesante hacer notar que el modelo de Bennett (1988) se enfoca a salud y nutrición y parece obviar las dimensiones psicosociales y de estimulación en el desarrollo del niño; lo cual nos hace pensar que el cuidado del niño es entendido como custodia. Por otro lado, el modelo no incorpora la posibilidad de que el niño pueda ser atendido fuera del hogar en algún centro de cuidado diario del niño que son cada día más comunes en las colonias populares. Esto es importante porque

cambia la direccionalidad del efecto entre el tiempo de la familia utilizada en ganarse los ingresos y el que se emplea en trabajo doméstico o cuidado del niño.

Figura 1.2. Variables económicas para explicar los problemas del crecimiento en el niño tomando como base la economía familiar (Bennet, 1988).



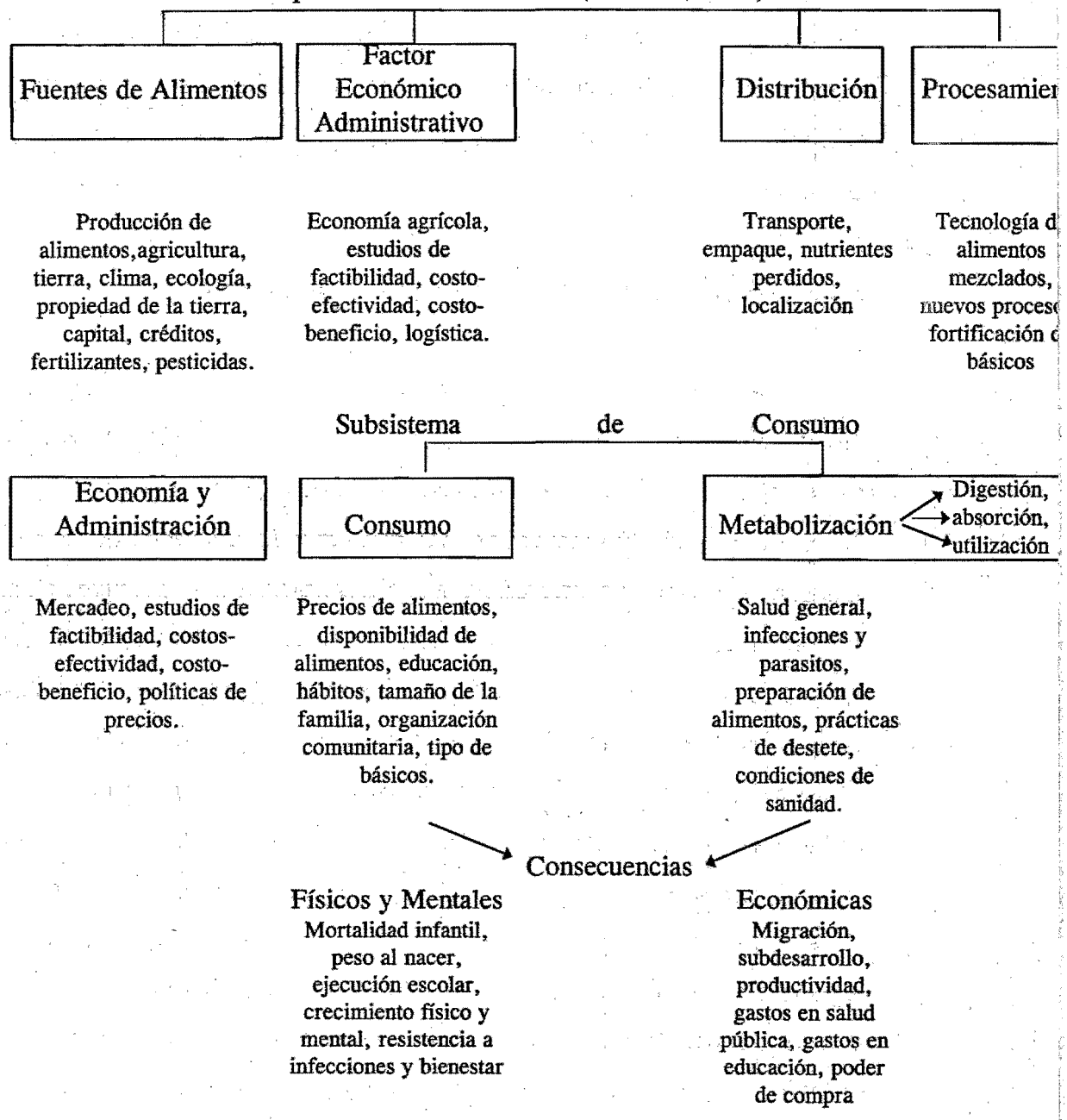
Una debilidad que no es particular a este modelo, es la manera en que se maneja la variable *comunidad*; a veces como factores sociales, describiendo objetos, pertenencias o servicios, pero no en el sentido del efecto de carácter histórico cultural del *colectivo* sobre prácticas de crianza. Tal vez, lo anterior se deba a que la medicina y la antropología enfatizan el trabajo con individuos mientras la economía se refiere a variables relacionadas con el impacto de la relación fuerza de trabajo y acumulación de capital sobre las condiciones de vida de la familia y los grupos.

1.2.3. Modelo de la Cadena de los Alimentos de Schuftan

En este trabajo se incluye un modelo que enfatiza la producción, distribución y procesamiento de alimentos como el eje central de explicación del estado físico y conductual del niño. Según Schuftan (1979) el papel de las intervenciones multidisciplinarias en nutrición se entiende de mejor manera analizando la secuencia a través de la cual los alimentos se producen, distribuyen y consumen en un país o región (Schuftan, Ozerol y Carter, 1973; 1977). Se distinguen, en el cuadro analítico, un subsistema de producción en donde se señala como variables la distribución, procesamiento y producción de alimentos. Además, se añade un componente de economía y administración, en donde se incluyen el mercadeo, estudios de factibilidad y políticas de precios. El subsistema del consumidor en donde; a) la variable consumo se supone es afectada por el ingreso, precios, disponibilidad, educación, hábitos, tamaño de la familia y organización comunitaria; b) la metabolización es afectada por el estado de salud, preparación de alimentos, prácticas de destete, condiciones sanitarias y finalmente; c) las consecuencias se reflejan en lo físico y mental a través de indicadores de

mortalidad infantil, peso al nacer, ejecución escolar, pero también tienen consecuencias económicas como desempleo, migración, poder de compra, gasto en salud.

Figura 1.3. Variables económicas para explicar el crecimiento del niño tomando como base la producción de alimentos (Shufftan, 1977).



El número de variables que afectan los diferentes estados de esta cadena se presentan bajo cada uno de los eslabones, esto facilita la identificación de *cuellos de botella* en el flujo de alimentos al consumidor.

Es interesante hacer notar que el diagrama pretende enfatizar que las intervenciones nutricionales tienen un potencial limitado en su efecto sobre grupos vulnerables. Por ejemplo, si aumentamos la disponibilidad de alimentos mientras coexistan problemas de asimilación de nutrientes provocados por diarreas recurrentes, no tendremos un efecto importante sobre el estado de salud. La disponibilidad de alimentos no cambia los niveles de consumo aún cuando mejore su comercialización; si la cantidad del ingreso dedicado a alimentos rebasa el 80% del ingreso total de la familia.

El modelo propone cambios estructurales asociados al reparto y tenencia de la tierra y la tecnología utilizada en la producción primaria de alimentos. Esta descripción analítica tiene una tendencia político-económica pues la posición del autor plantea la necesidad de cambios en las política de producción de alimentos y esto, sólo puede lograrse, con cambios en las voluntades de los encargados de tomar decisiones y con la participación democrática del mayor número de representantes del pueblo.

1.2.4. Resumen

Estas tres citas de los modelos económicos que parecen ser las más importantes en el área de crecimiento y desarrollo del niño, convergen en su interés por el cuidado infantil. Sus pronunciamientos aún cuando en el plano económico pueden diferenciarse por el enfoque, un nivel macro de políticas nacionales de Cornia, Jolly y Stewart (1987), economía familiar o nivel micro de Bennett (1988) y terminando con Schuftan (1979) que, aún cuando parte de las políticas nacionales,

se centra en una variable molar (producción de alimentos) como eje fundamental de explicación de los problemas de crecimiento y desarrollo del niño.

Es característico de todos ellos la linearidad que suponen en el proceso descriptivo, la manera en que exentan una serie de acciones de participación y organización comunitaria que junto con el ejercicio de las redes de apoyo psicosocial pueden modificar sustancialmente las condiciones del microambiente familiar, a través, de acciones colectivas dirigidas al bienestar familiar y del niño. Este tipo de acciones son cada vez más frecuentes en nuestras comunidades y seguramente representan una alternativa fuera de las políticas macroeconómicas que podrían mejorar los indicadores de bienestar del niño.

Es común que las variables planteadas en los cuadros analíticos sean medidas en términos de indicadores sociodemográficos y, en general, de datos censales referentes a un Estado o Nación. Donde las variables resultantes para el análisis del bienestar y cuidado del niño son mortalidad, morbilidad y fecundidad. Se utilizan métodos retrospectivos en cortes de tiempo para poblaciones y se plantean estrategias a nivel nacional. Revisaremos ahora tres modelos cuyo eje fundamental es el estado nutricional y sus consecuencias sobre el desarrollo y el proceso salud-enfermedad.

1.3. Modelos Médicos de Crecimiento y Desarrollo

Después de revisar los tres modelos económicos considerados más apropiados a la discusión que pretendemos en este documento en relación al cuidado del niño en comunidades sin pobreza extrema, haremos un repaso de tres modelos médicos epidemiológicos. Estos exploran el campo de variables asociadas a la desnutrición como un proceso salud-enfermedad y no como una resultante de la relación fuerza de trabajo y acumulación de capital. En donde las propuestas

analíticas de las condiciones causales implican correlatos del proceso nutricional; con el objeto de encontrar, en primer plano, un cuadro analítico de relaciones que describa el funcionamiento del organismo desde lo biológico y lo social y como funcionan facilitando u obstaculizando el proceso salud-enfermedad.

El modelo de Mosley y Chen (1984) tiene una tendencia médico-epidemiológica que destaca como resultantes morbilidad, mortalidad infantil, emaciación, desmedro y fecundidad como indicadores en poblaciones y elabora un cuadro analítico distinguiendo entre factores próximos y subyacentes. Los factores próximos implican una propuesta de análisis de los procesos psicosociales a través de los que operan los factores subyacentes. Esto quiere decir que, las variables macro, en particular las socioeconómicas, afectan de manera distinta a los individuos y comunidades dependiendo de sus estructuras biopsicosociales y su capacidad de afrontamiento y tolerancia a los cambios a nivel familiar e individual.

El modelo de Cravioto y Arrieta (1986) trata de evaluar un cuadro analítico de variables que pueden explicar la baja ganancia de peso. A diferencia del modelo de Mosley y Chen (1984) que proponen morbilidad, mortalidad y fecundidad pertenecen al grupo de variables que explican la baja ganancia de peso, para Cravioto y Arrieta (1986) es una resultante o producto más que variable causal.

Cravioto et al. consideran cuatro estados:

1) Falta de tecnología para producción de alimentos y falta de conocimientos o conocimientos inadecuados para enfrentar la enfermedad.

2) La falta de excedentes genera un cuadro de relaciones en el cual el conocimiento pre pasteriano acerca de la enfermedad y la falta de inversión en educación, hace posible que la familia el individuo o la comunidad se mantengan en un estado de analfabetismo e ignorancia lo cual viene a hacer menos probable la búsqueda de soluciones.

3) La forma en que se reproducen estas estructuras de pobreza y marginalidad y
4) Se ubica el factor salud en este proceso deteriorado y deteriorante.

Finalmente, el modelo de Zeitlin y Mansour (1990) propone una forma novedosa de aproximación al estudio del crecimiento y desarrollo del niño. Esta posición reconoce que las interacciones madre-niño y las prácticas de salud e higiene establecen condiciones positivas para el cuidado del niño, independientemente de las variables sociales o socioeconómicas. La desviación positiva se refiere al estudio de las diferencias entre dos grupos que viven en las mismas condiciones de vida y en donde uno de ellos mantiene un buen nivel de desarrollo y salud. Sin embargo, tal vez por su formación profesional, propone intervenciones potenciales a nivel educativo y servicios sociales, pero no hay propuestas específicas a nivel de la interacción madre-hijo.

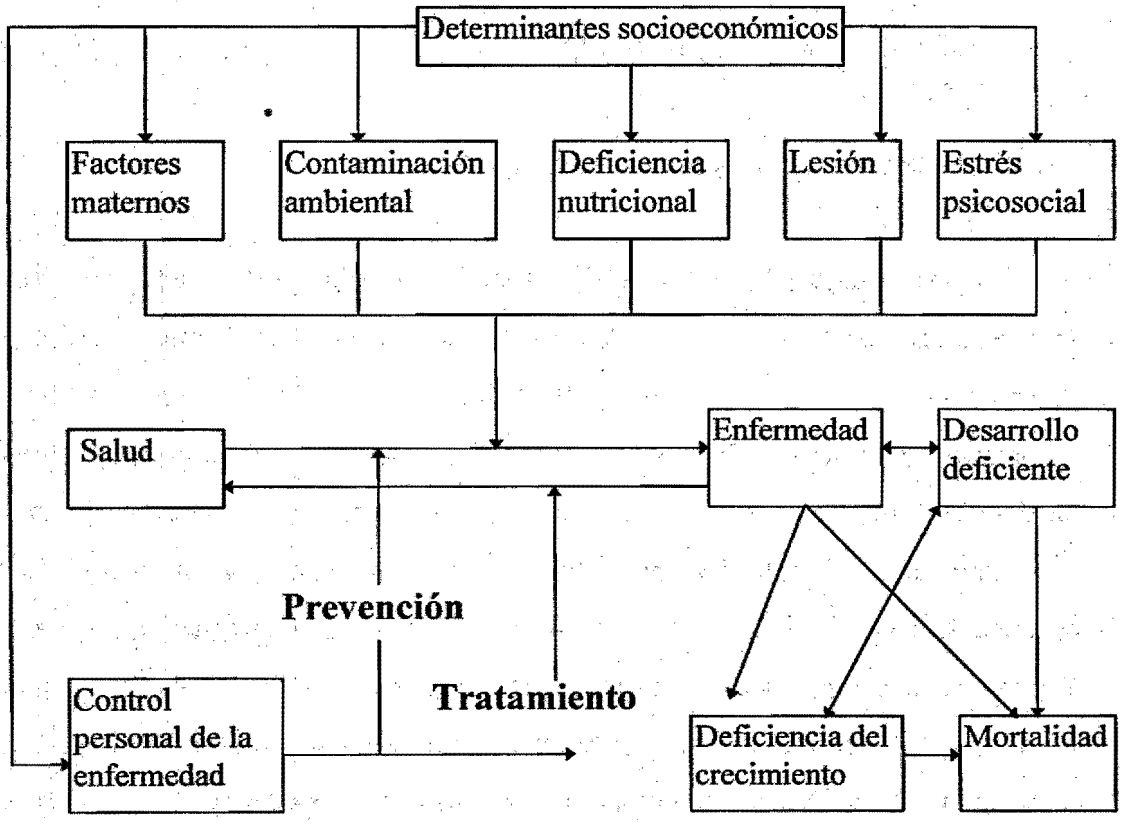
1.3.1. Modelo Médico Epidemiológico

El objetivo del marco analítico de Mosley y Chen (1984) es definir una serie de determinantes próximos de la mortalidad que liguen los procesos salud-enfermedad presentes en los niños, con sus determinantes sociales en la familia y la comunidad (Mosley, 1988). Se entiende por determinantes próximos a los mecanismos biosociales básicos que influencian directamente los riesgos de morbilidad y mortalidad. Los determinantes subyacentes son variables que operan indirectamente a través de los determinantes próximos para influenciar la sobrevivencia en la infancia. Por ejemplo, la diversidad de la dieta como factor próximo es una expresión de la disponibilidad y el acceso de alimentos como subyacente. Al abordar los determinantes próximos se presenta un fenómeno de heterogeneidad biológica; esto es, diversos grupos de niños, en diferentes clases

sociales, experimentaran riesgos en diferentes intensidades a partir de la concepción.

Mosley y Chen (1984) proponen un marco simple de determinantes próximos para el estudio de la sobrevivencia en la infancia que identifica catorce mecanismos básicos que agrupados en cinco categorías, son: a) factores de fertilidad materna (edad, paridad, intervalos intergénesicos); b) contaminación ambiental (aire, alimento, agua, dedos; piel, tierra, objetos inertes; insectos-vectores); c) deficiencias nutricionales (energía, proteínas, micronutrientes); d) lesiones (accidentales, intencionales) y e) control personal de la enfermedad (medidas personales, tratamiento médico).

Figura 1.4. Variables de un modelo médico para explicar el crecimiento del niño tomando como base las condiciones de vida en la familia (Mosley y Chen, 1984; citado en Myers, 1992).



Los determinantes subyacentes de la mortalidad en la infancia y la niñez se clasifican en variables independientes exógenas (factores familiares, institucionales y ambientales) y endógenas o dependientes (factores culturales). Los factores ambientales obran directamente sobre los determinantes próximos mientras que las variables familiares e individuales se ven restringidos por los factores culturales.

Hasta aquí, debemos apuntar que se esta tratando de explicar los factores de sobrevivencia en la infancia que denominaremos resultantes, que como sabemos son fertilidad, morbilidad, emaciación, desmedro y mortalidad. En segundo plano, es un marco analítico para investigación demográfica en poblaciones para tomar acciones a nivel Estado o Nación. Tercero, finalmente, los determinantes próximos tienen dos componentes uno de sobrevivencia en la infancia (morbilidad, emaciación, desmedro, mortalidad) y otro de fecundidad (variables de fecundidad); esto es, uno de mortalidad y otro de reproducción.

1.3.2. Modelo Médico Comunitario de Cravioto

Su autor lo denomina método ecológico y constituye una forma particular de la historia natural de un daño; a través de la cual, se busca determinar la naturaleza de las variables efectivas por medio del análisis de sus interrelaciones en una sola población (Cravioto, Cravioto y Bravo, 1988). Este enfoque, aplicado particularmente al problema de la desnutrición, intenta definir patrones de causa y consecuencia analizando las interrelaciones que se presentan entre los factores sociales de salud y nutrición. Por otro lado, si el enfoque ecológico se lleva a cabo longitudinalmente se pueden identificar condiciones de riesgo específicas para cada edad y, relacionar antecedentes y consecuentes en diferentes estadios del desarrollo, integrando escalas de tiempo biológicos y sociales. La variable resultante a explicar es la baja ganancia de peso y para estudiarla se consideran tanto variables macro

como micro ambientales. Sin embargo, lo más importante de estas investigaciones, además de ser prospectivos, es que utilizan variación no controlada como el elemento principal del estudio. Por lo cual, la suficiente variabilidad en los atributos a ser considerados en la población estudiada es requisito primordial.

Para llevar a cabo un estudio bajo este método es necesario definir las características de la comunidad, identificar características que tengan suficiente variabilidad para permitir análisis de asociación y por lo tanto inducir y comprobar hipótesis a través de que se encuentre asociación entre dichas variables.

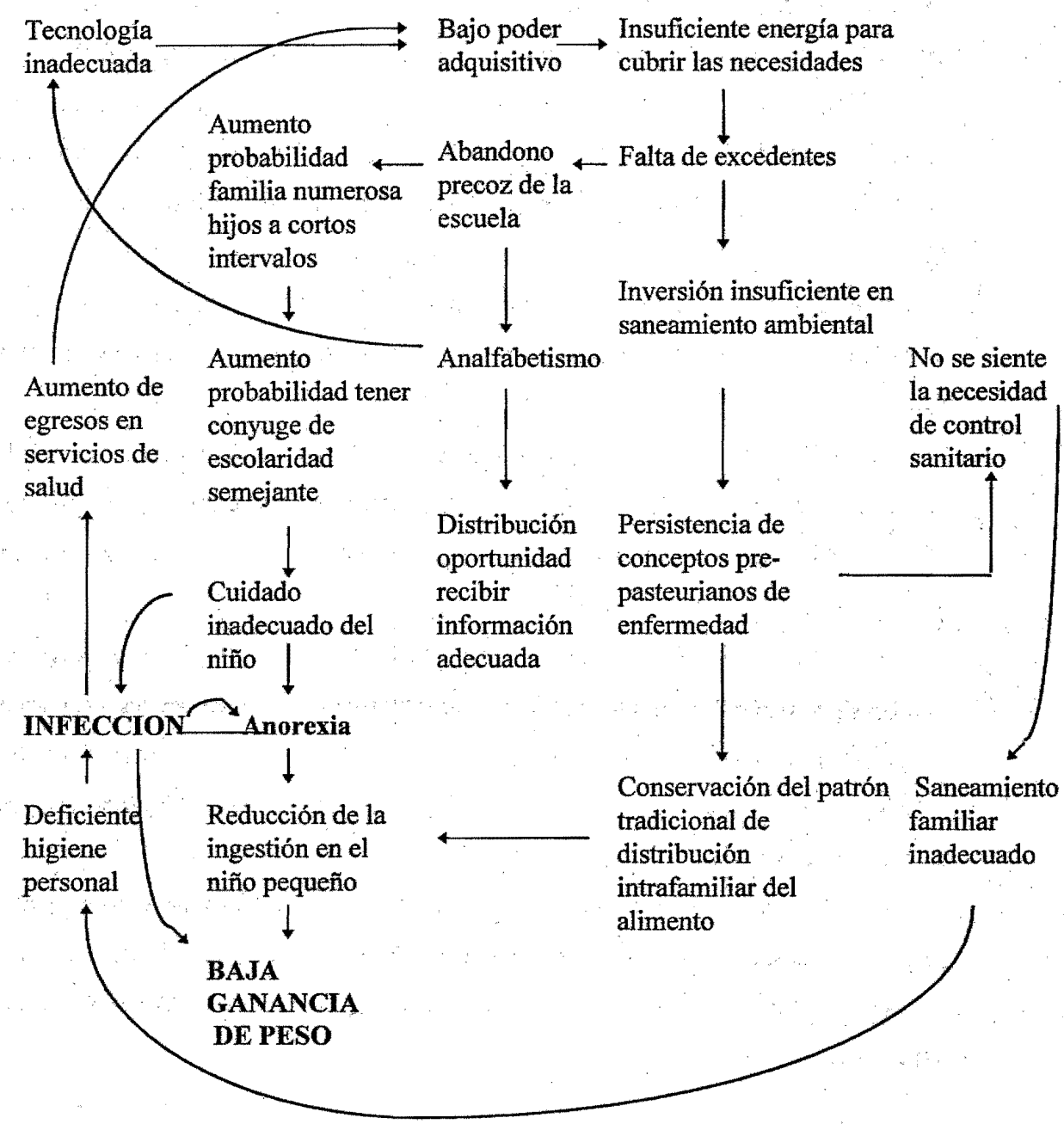
El esquema describe cuatro momentos analíticos, a la vez que, cuatro tipos de factores; tecnológicos de producción, educación, reproducción de estructuras y salud.

El primero tiene que ver con los generales socioeconómicos de la población; el segundo, con los niveles cualitativos y cuantitativos de educación; el tercero con el proceso intergeneracional de transmisión de la pobreza y la falta de educación y finalmente, las variables de salud.

Se trata de un modelo metodológico iniciado en 1966 por Cravioto con una falange de nacimientos en una comunidad de Puebla; en donde, la desnutrición en el preescolar prevalece y en donde otros factores relacionados con la vida de los niños tienen variaciones de amplitud suficiente que permiten se efectúen análisis asociativos adecuados.

La hipótesis fundamental que guía la estructura del cuadro analítico es que el desarrollo intelectual en todos los estadios y la ejecución en la edad escolar, están relacionados a las condiciones nutricionales y de salud a las cuales el niño ha estado expuesto.

Figura 1.5.Variables de un modelo médico para explicar el crecimiento del niño tomando como base las condiciones de desarrollo comunitario (Cravioto et. al., 1988).



1.3.3. Modelo de Desviación Positiva de Zeitlin y Mansour

Este marco conceptual está dirigido a describir por qué algunos niños presentan problemas de desmedro y emaciación en condiciones de riesgo, mientras otros se mantienen sin problemas aún cuando están expuestos a las mismas condiciones. El énfasis es puesto en el entendimiento de lo que ha sido llamado *desviación positiva;* esto es, la identificación de los mecanismos de adaptabilidad social y conductual a condiciones de estrés que permiten un buen desarrollo y crecimiento del niño.

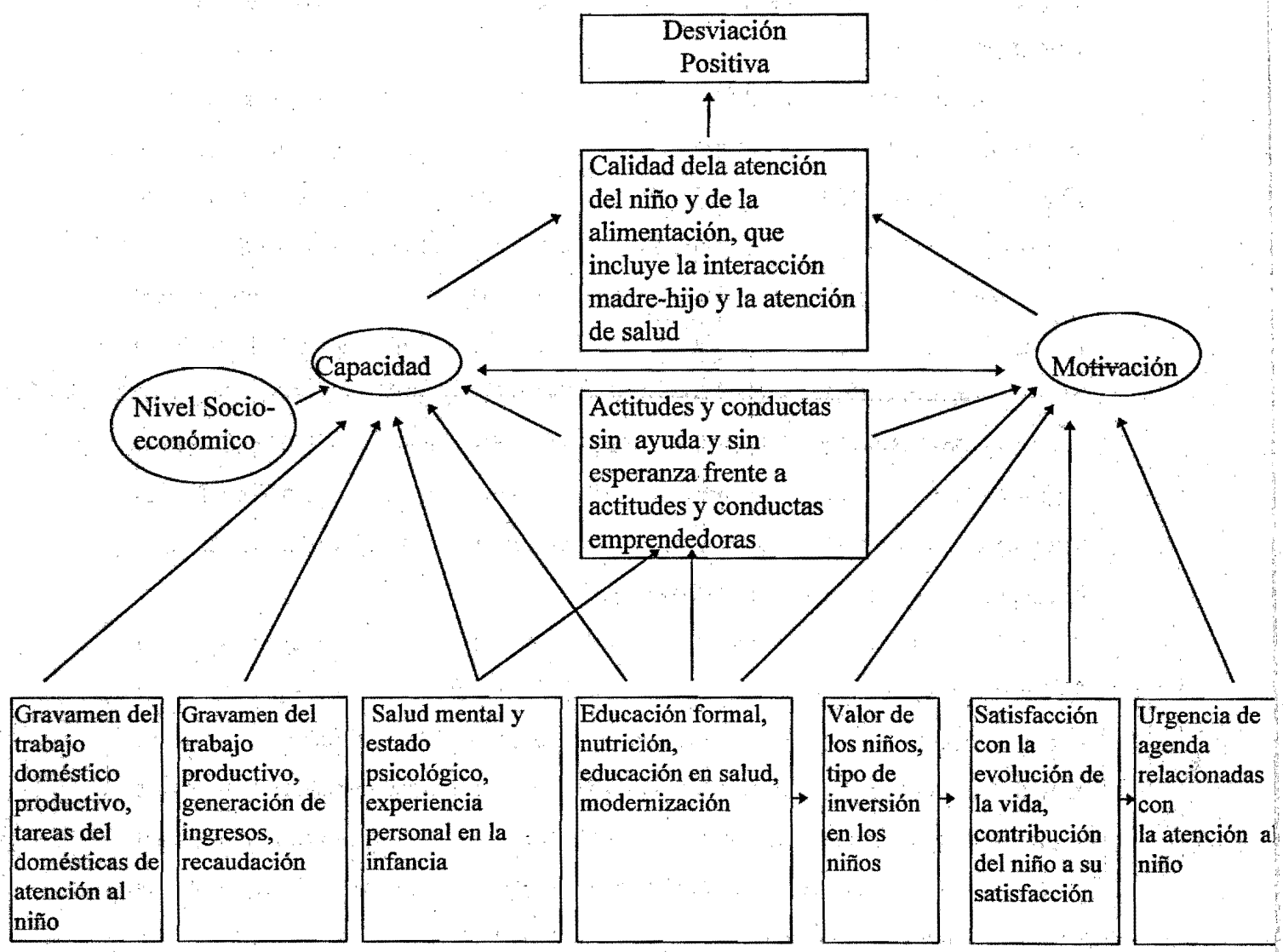
Los modelos mencionados anteriormente tienen un alto nivel de agregación de variables a nivel demográfico y socioeconómico, mientras que Cravioto, Cravioto y Bravo (1988) y Zeitlin y Mansour (1990) están más interesados en lo que ocurre en el ambiente inmediato en el cual el niño crece y se desarrolla.

Zeitlin y Mansour (1990) enfocan el crecimiento incorporando una dimensión psicosocial. El crecimiento se presenta en el modelo relacionando el estrés con el consumo de alimentos y salud de manera sinérgica. Aqui se enfatizan los factores psicosociales más que los de tipo fisiológico como responsables de la desviación positiva, puesto que el efecto negativo del estrés psicológico sobre el uso de nutrientes y resistencia a la infección ya ha sido documentada, describiremos esto más adelante.

El subrayar el estrés y sus tres vías sinérgicas hace de este modelo un marco analítico diferente a los expuestos anteriormente. Se puede ver en el modelo una interacción combinada entre las tres vías que ejercen salud-nutrición-estrés y las características del niño (por ejemplo su habilidad para elicitar respuestas). Al hacer explícita esta interacción el modelo se desvía de una causalidad lineal. El marco analítico de variables sugiere una clase de efecto espiral en la cual, un niño que es mejor alimentado, saludable y se encuentra bajo menos estrés contribuye más

efectivamente a la interacción madre-hijo; lo cual, a su vez dirige a una mejor alimentación salud y menos estrés. Dentro de las características de la madre se enfatizan el análisis de valores y actitudes ya considerados en los modelos anteriores. Curiosamente, desarrollo y promoción comunitaria son dejados fuera, aún cuando estos pueden afectar los servicios y a su vez decrementar el nivel de estrés.

Figura 1.6. Variables de un modelo médico para explicar el crecimiento del niño partiendo de las diferencias individuales entre cuidadores (Zeitlin y Maunsour, 1990; citado en Myers, 1992).



1.4. Modelos Psicológicos

Revisaremos tres aproximaciones psicológicas para el estudio del crecimiento y desarrollo. La primera constituye más bien una teoría del desarrollo pues fue elaborada con el fin de hacer una propuesta holística y evolutiva que considera además del organismo, el manejo e influencia de su entorno familiar y social. Su representante Bronfenbrenner (1979) ve al desarrollo como una acomodación progresiva mutua entre el marco de desarrollo del ser humano y la naturaleza cambiante del ambiente inmediato en el cual vive la persona (Sameroff y Chandler, 1975; Brofenbrenner, 1979). La acomodación mutua es mediada por la naturaleza de un contexto más amplio y complicado, en el cual, la acomodación tiene lugar.

El segundo modelo, se refiere a un marco analítico, utilizado para propuestas de intervención psicosocial en estudios en los que se pretende establecer relaciones asociativas o causales entre crecimiento y desarrollo. Klein (1979) y Pollit y Thompson (1977) en estudios de intervención han evaluado las variables psicosociales relacionadas con los problemas de crecimiento o falta de estimulación. Estas propuestas de trabajo se apoyan en variables que han resultado importantes como criterio para rehabilitar psicológicamente niños, después de una desnutrición moderada, en programas de estimulación y promoción del desarrollo y las agrupamos bajo el modelo del nicho ecológico propuesto por Super y Harkness (1987).

El tercer modelo propone un marco analítico desarrollado en el área de la prevención en salud y, aún cuando, se ha utilizado para explicar algunos aspectos del cuidado del niño, es poco conocido en el ámbito de la atención primaria en salud a nivel comunitario. Los modelos de Fishbein y Ajzen (1980) y Rosenstock (1974) se presentan de manera conjunta, pues representan una línea de pensamiento

cognitivo-conductual en el ámbito de la salud que vale la pena sintetizar en una propuesta comprensiva y holística, en nuestro objeto estudio.

1.4.1. Modelo de Desarrollo Ecológico de Bronferbrener

Las consideraciones básicas del modelo de desarrollo humano de Bronferbrener (1979) quedan claramente enunciadas a través de las definiciones expuestas en su libro. Para él, la ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo. Considera que este proceso de acomodación se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos. Esto quiere decir que, la interacción organismo-ambiente es creciente, dinámica y recíproca y su entendimiento requiere del análisis de las interconexiones entre los entornos y las influencias externas que emanan de entornos más amplios.

El ambiente ecológico se concibe, topológicamente, como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Estas estructuras se denominan micro, meso, exo y macrosistemas.

El microsistema es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que el sujeto en desarrollo experimenta en un entorno determinado con características físicas y materiales particulares. El entorno es el lugar en el que las personas pueden interactuar cara a cara fácilmente, como el hogar, la guardería, el campo de juegos y otros. Los factores de la actividad, el rol, y la relación interpersonal constituyen los elementos o componentes de microsistema.

Un macrosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (por ej. para un niño, las

relaciones entre hogar, escuela y el barrio). Es decir, es un sistema de microsistemas.

El exosistema se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo pero, en los cuales, se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que, se ven afectados por lo que ocurre en su entorno. Para un niño podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase a la que asiste un hermano, etc.

El mesosistema se refiere a las correspondencias en forma y contenido de los sistemas de menor orden (micro-meso y exo) que existen o podrían existir, a nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias. La homogeneidad y/o heterogeneidad en los esquemas menores para distintos grupos étnicos, socioeconómicos, religiosos reflejan sistemas de creencias y estilos de vida que ayudan a perpetuar los ambientes ecológicos del desarrollo en cada grupo.

Una transición ecológica se produce cuando la posición de una persona en el ambiente se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez.

Para este autor, el desarrollo humano es el proceso por el cual la persona adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, se motiva y se vuelve capaz de realizar actividades que revelen las propiedades de ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad en cuanto a su forma y contenido.

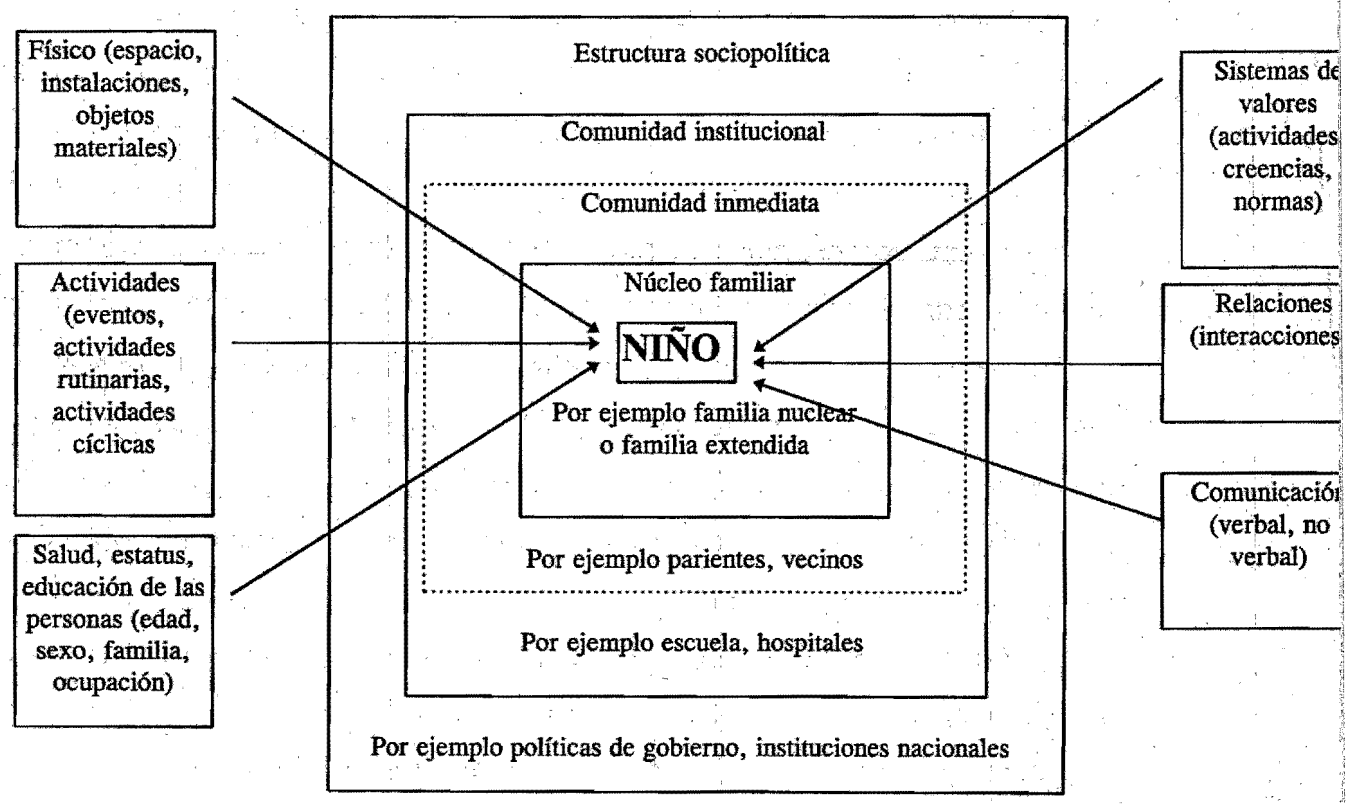
El cambio del desarrollo tiene lugar simultáneamente en dos campos: el de la percepción y el de la acción. Teóricamente hablando estos campos tienen una estructura isomórfica con los cuatro niveles del ambiente ecológico.

En el campo del diseño y el método de investigación esta concepción impone la validez ecológica. La cual se refiere, a la medida en la que el ambiente que los

sujetos experimenten en una investigación científica tiene las propiedades que el investigador piensa o supone que tiene.

También existe la necesidad de generalizar a través de entornos, pues no basta con demostrar que un cambio que acontece en el ambiente ha producido una alteración de la conducta. Hay que demostrar que este cambio presenta una cierta constancia a través del tiempo, el espacio o ambos. A esta demostración se le llama validez de desarrollo. Esto es para demostrar que un cambio en las percepciones o actividades de una persona ha tenido lugar, debe extenderse a otros entornos y otros momentos.

Figura 1.7. Variables de un modelo psicológico para explicar el desarrollo del niño partiendo de las condiciones de su ecología (Brofenbrener, 1979; citado en Myers, 1992).



1.4.2. Modelo del *Nicho Ecológico*

El trabajo de los psicólogos en el campo de la rehabilitación con niños que han sufrido desnutrición aguda crónica plantea en la actualidad los siguientes resultados:

1) Los estudios correlacionales como los de Hertzig, Birch, Richardson y Tizard (1972) comparan los resultados obtenidos en una prueba de inteligencia aplicada a tres grupos: niños desnutridos, sus hermanos y un grupo control. Los resultados más bajos corresponden al grupo de niños desnutridos. Richardson, Birch y Hertzing (1973); Richardson (1974), utilizando la misma configuración del diseño anterior, analizan el rendimiento escolar y la evaluación que realiza el maestro. Las diferencias reportadas llevan a los autores a plantear la necesidad de estudiar el medio ambiente en el que se desarrollan los niños desnutridos. Estos resultados señalan la necesidad de analizar el medio familiar, los factores y las pautas de comportamiento.

2) En estudios cuasi experimentales las evidencias obtenidas, a través de programas de intervención, sostienen la existencia de una relación causal entre desnutrición y retraso en el desarrollo cognocitivo. Esta relación se presenta en poblaciones con desnutrición aguda-crónica por subconsumo de proteínas y energía.

3) La mayoría de los estudios concluyen que hay que modificar el énfasis otorgado a la desnutrición como principal factor explicativo de bajo rendimiento intelectual de los niños en situaciones de pobreza. Proponen el estudio de la ecología de los infantes en riesgo de desnutrición.

4) Deberá extenderse el análisis del desarrollo cognitivo a otras esferas del comportamiento (desarrollo afectivo, emocional, social, etc.). Las pruebas de coeficiente intelectual han resultado buenos predictores del logro escolar futuro

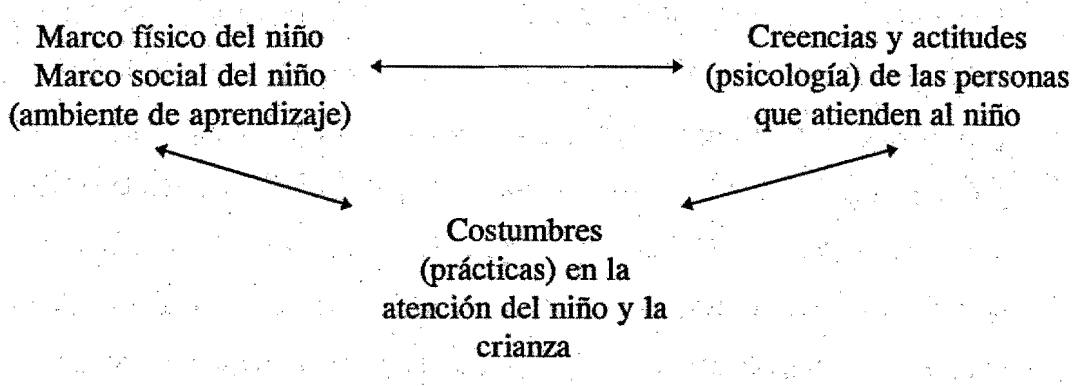
pero, dicen muy poco, acerca de la manera en la que el niño se adapta a su ambiente. Además de que la asociación entre coeficiente intelectual y desnutrición no implica relaciones causa efecto, pues intervienen innumerables variables de tipo social y biológico.

5) Los programas de intervención que enfatizan el factor estimulación y suplementación más que aquellos multifactoriales han resultado ser los más efectivos en sus alcances.

Los psicólogos involucrados en los trabajos de nutrición en comunidades sólo han presentado una serie de elementos para armar un modelo. Este modelo relaciona varios entornos, el de la familia, el de la escuela y el de sus pares en la comunidad, proponiendo como elemento fundamental la estimulación del niño a través del entrenamiento del cuidador; esto es, modificando la interacción madre-hijo en lo cuantitativo y lo cualitativo fundamentalmente en los primeros dos años de la vida.

En general, todos los estudios anteriores, parecen enfatizar en su análisis las características físicas y sociales del ambiente o ecología del niño, creencias y actitudes de los cuidadores y las prácticas de cuidado del niño como fundamentales para entender el retardo en el crecimiento y desarrollo. Por lo anterior, se incluyen todos estas experiencias de investigación bajo el modelo de Super y Harkeness (1987), el cual permite integrar investigaciones cuyo objetivo es la regulación cultural del micro ambiente familiar del niño. Con base en lo anterior, se introduce el concepto de nicho del desarrollo o ecología del microambiente.

Figura 1.8. Variables de un modelo psicológico para explicar el desarrollo del niño partiendo de una concepción cultural-comunitaria, (Super y Harkeness, 1987).



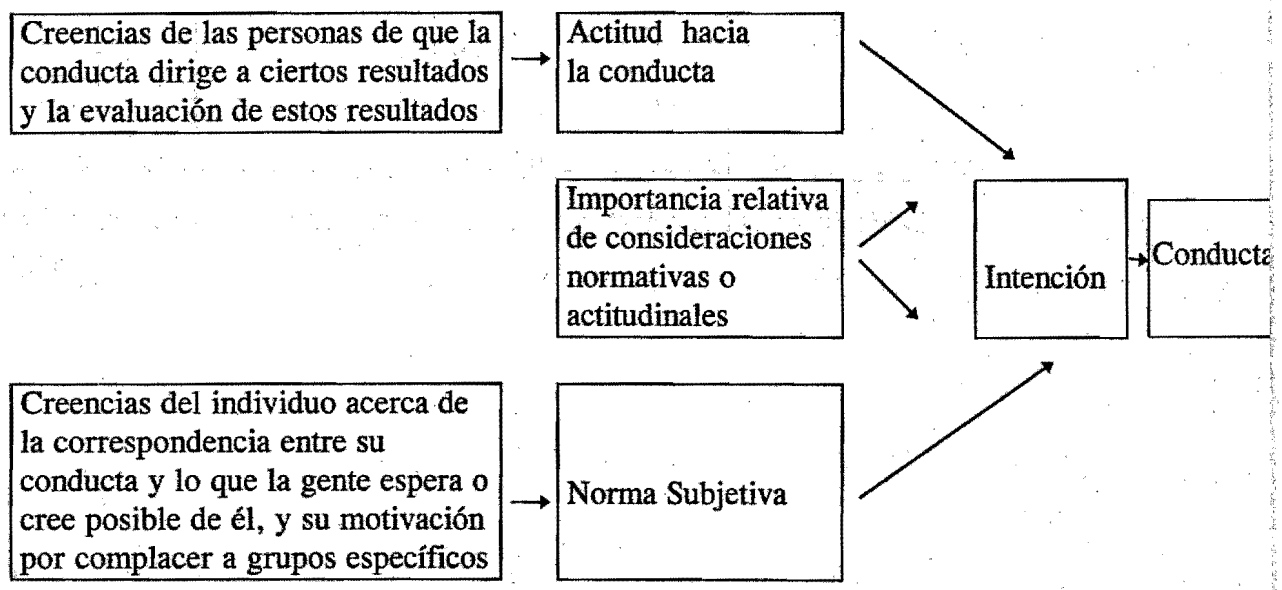
Tal como lo demuestra la evidencia empírica (Klein, Lester, Yarbrough y Habitch, 1972; Pollit y Thompson, 1977) los tres subsistemas deben ser apropiados al nivel de desarrollo y características individuales del niño. Sin embargo, como lo describe Super y Harkness (1987), los tres sistemas tienen diferentes relaciones con otros rasgos del ambiente y así se constituyen rutas independientes de desequilibrio y cambio. Las regularidades dentro y entre los subsistemas, la continuidad temática y progresiva a través de los nichos o ecologías provee al niño con materiales de los cuales el niño abstrae reglas sociales, afectivas y cognitivas.

1.4.3. Modelo Analítico Cognitivo-Conductual

Dos modelos cognocitivos-conductuales en salud han mostrado su utilidad al explicar comportamiento pro-saludable en conductas de riesgo relacionadas con la prevención secundaria. En el primero de ellos, (Fishbein y Ajzen, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975) la conducta objetiva y bien definida relacionada con salud puede ser predicha por su intención de llevarla a cabo. Esta intención tiene dos fuentes de control, las actitudes y la norma subjetiva. La primera fuente de control

es producto de las experiencias que el sujeto ha tenido, ya sea de manera directa, por modelamiento o por aprendizaje vicario. La segunda fuente de variabilidad se relaciona con la deseabilidad social; esto es, las intenciones cambian cuando se modifica nuestra forma de percibir la manera en la cual nuestro grupo de pertenencia o referencia espera que nos comportemos. En resumen, el modelo propone una vez definida, de manera clara y objetiva la conducta central existen dos formas de variabilidad. Una depende de la manera en la cual el sujeto ha entrado en contacto directo o indirecto con el objeto en cuestión y la otra propone que la deseabilidad social, normas sociales y reglas del comportamiento grupal controlan la conducta aún sin una historia particular de contingencias.

Figura 1.9. Teoría de la acción razonada: factores que determinan el comportamiento de una persona. (Fishbein y Ajzen, 1980).



La teoría asume que las conductas son una función de las intenciones para realizarlas. Estas intenciones están determinadas por actitudes hacia la realización del comportamiento y las normas subjetivas respecto del mismo. Las actitudes y normas subjetivas están determinadas a su vez respectivamente por creencias y

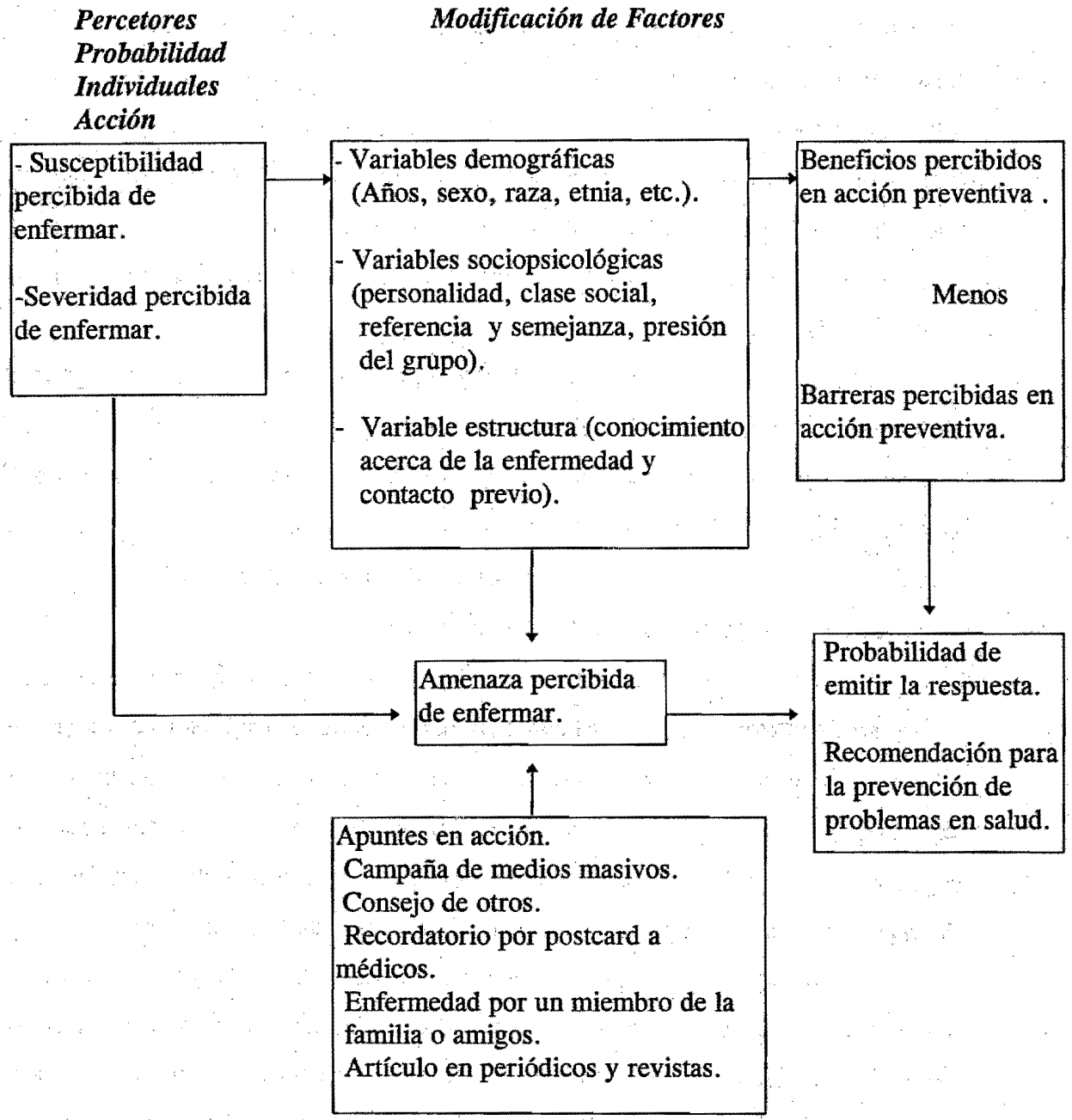
normas de conducta. De acuerdo a la teoría, la conducta está determinada por las propias creencias y el análisis final (cambiar la conducta) se ve como una función del cambio de creencias. Así pues, las intenciones de una persona para llevar a cabo una conducta prosaludable tiene dos determinantes; uno de naturaleza personal y otro que refleja la influencia social. El factor personal incluye los sentimientos negativos o positivos con respecto a la ejecución de la conducta específica; este factor es llamado actitud. El segundo determinante de la acción es la percepción de la presión social puesta en ellos para ejecutar o no la conducta (Fishbein, 1990; Budd y Spencer, 1985).

El modelo de Rosenstock (1974) denominado de creencias en salud, plantea de nuevo la necesidad de definir de manera clara y objetiva una conducta central asociada al problema de salud a investigar. Los cambios de probabilidad en la conducta dependen de dos fuentes de variación, una que tiene que ver con los beneficios y barreras percibidas y otra con la amenaza percibida por la enfermedad, con base a la susceptibilidad y severidad percibida.

El modelo supone que la motivación es condición necesaria para la acción y que el motivo determina selectivamente las percepciones individuales del ambiente. El concepto de motivación se entiende entonces en un doble sentido. Primero, con la probabilidad de llevar a cabo una acción en términos del estado actual del organismo en relación al contexto, y por otro lado, en la medida en la cual el curso de la acción se cree beneficiara reduciendo la amenaza de la enfermedad.

El modelo propone que para que un individuo lleve a cabo alguna acción preventiva para evitar la enfermedad necesita creer: a) que él es personalmente susceptible a ella; b) que la ocurrencia de la enfermedad pudiera al menos afectar de manera moderada algún componente de su vida y c) el que el sujeto lleve a cabo alguna acción para reducir su susceptibilidad a la condición o su severidad, si la

Figura 1.10. Modelo de creencias en salud, un predictor de conducta preventiva en salud (Rosenstock ,1974).



enfermedad ocurre; para lo cual, no podrán existir barreras psicológicas, financieras, fisiológicas y otras.

Para que un factor funcione como señal de conducta prosaludable debe tomar en cuenta que: los niveles combinados de susceptibilidad y severidad proveen la energía o fuerza para la acción y la percepción de beneficios (menos barreras) establecen la mejor vía para la acción. Ambos pueden lograr efectos similares pero sin observar cambios en conducta hasta que aparece un estímulo instigador de la acción. Estas señales o instigadores pueden ser internas (por ej. percepciones corporales, dolor) o externas (por ej. interacciones personales, medios masivos). Finalmente las variables demográficas, socio-psicológicas y variables estructurales sirven como condición para las percepciones individuales y los beneficios percibidos de la acción.

1. 5. Modelo Propuesto para el Cuidado del Niño en Comunidades Rurales sin Pobreza Extrema

En principio parece presentarse un fenómeno de inclusividad de los modelos macroeconómicos a los de tipo médico y psicológico, lo cual nos ubica en la necesidad de hacer un planteamiento sintético e integrador. Como se observa los factores socioeconómicos son considerados como origenes de varianza de los microambientales los cuales tienen que ver con aspectos de saneamiento, infraestructura y condiciones de vida y, a su vez, estos establecen condiciones de variación individual.

Considerando que el objeto fundamental de este recuento de modelos analíticos sobre crecimiento y desarrollo es la de proponer un marco que nos permita ubicar las variables importantes asociadas al cuidado del niño en zonas rurales sin pobreza extrema; esto es, en donde la desnutrición aguda y crónica no existen, los aspectos de tipo psicosocial se vuelven más relevantes por su

participación explicativa. Estamos más interesados por el desarrollo del niño y su estimulación en donde participan los aspectos de salud y nutrición.

Así pues, incluímos las variables del mesosistema de Brofenbrener (1979) con las variables subyacentes, las del microsistema con variables próximas y a las del exosistema las que denominaremos intermedias.

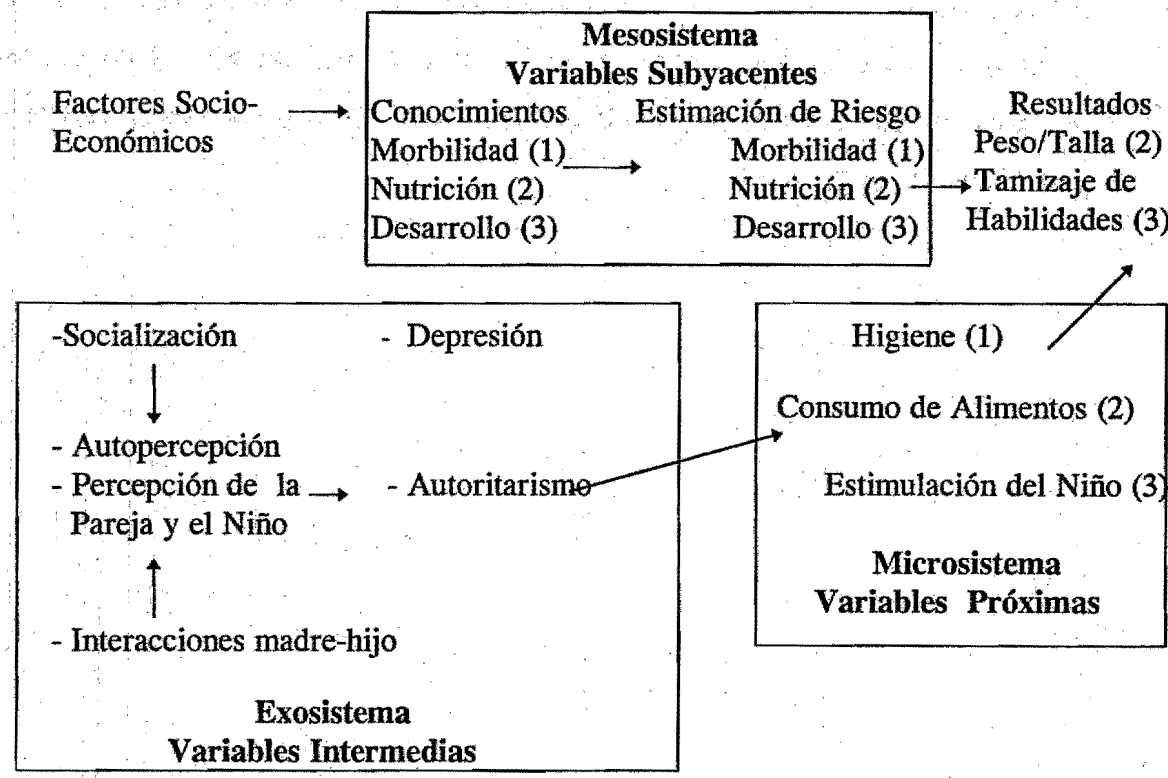
Para nosotros, a diferencia de Mosley y Chen (1984) los factores subyacentes modifican las actitudes, creencias, conocimientos y estilos de conducta, los cuales a su vez afectan a variables próximas que tienen que ver con la interacción madre-hijo y, de esta manera, se establecen variaciones en los resultados de nutrición, salud y desarrollo.

Partimos de la suposición de que el macro sistema actúa sobre el meso sistema, pues es a través de un mundo de creencias y estilos dados por los aspectos culturales locales como puede explicarse la estructura funcional del microambiente familiar.

Nuestro modelo supone que el cuidado del niño en zonas rurales, sin pobreza extrema, está en principio asociado al análisis de las formas particulares con las cuales la madre o cuidador enfrenta la alimentación, la salud y el desarrollo y esto se relaciona con sus estilos, creencias y percepciones, los cuales dependen de aspectos de tipo socioeconómico y cultural. Por lo tanto, las creencias estilos y valores que configuran la estructura del mesosistema desarrollado por Bronfenbrener (1979), se sintetizan en lo individual como formas particulares de comportamiento hacia el niño y funcionan como vínculo entre estructura y funcionalidad del exo y micro sistema.

El marco analítico que proponemos supone como variables intermedias algunos estilos del cuidador, que según la literatura se asocian con el cuidado y percepción del comportamiento del niño conjuntamente con el riesgo percibido en

Figura 1.11. Modelo sintético del cuidado del niño en zona rural.



relación a su desarrollo, nutrición y salud. Esto constituye el elemento explicativo de los cambios en probabilidades del comportamiento pro-saludable y se supone jugará un papel importante en la explicación de la variabilidad de los resultados o estado actual del niño.

Como se observa en el marco analítico anterior, los factores próximos, (estimulación del niño en el hogar, diversidad de la dieta e higiene) vínculados a los resultados, se hacen depender, en un primer plano, de las variables intermedias asociadas al estado anímico del cuidador.

El estado anímico descrito como una unidad tiene como antecedentes la socialización, las relaciones madre-padre y sus percepciones como pareja y, como consecuentes los rasgos de autoridad y la percepción del comportamiento del niño.

Asociado con lo anterior, tenemos las variables subyacentes (percepciones, susceptibilidad y severidad de riesgo) relacionados con nutrición, salud y desarrollo, los cuales se supone se relacionan con conocimientos y conductas de riesgo y sirven para estimar la probabilidad de los comportamientos relacionados con las variables próximas.

CAPÍTULO 2. ALIMENTACIÓN, SALUD Y DESARROLLO

2.1. Introducción

Crecimiento es el proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo; incremento que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular y desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas y que se produce a través de los fenómenos de crecimiento y especialización o integración (Lechting, 1971; Sinclair, 1973) crecimiento es entendido como el desarrollo progresivo de un ser vivo, de una parte o de todo el organismo, desde las etapas más tempranas hasta la madurez, incluyendo el aumento de tamaño y por desarrollo se entiende la serie de cambios por los cuales el embrión se vuelve organismo maduro.

Los alimentos son esenciales para un crecimiento normal, e importa tanto la cantidad como la calidad del nutriente. La necesidad calórica por kilogramo de peso corporal en los primeros meses de vida es dos a tres veces mayor (100 a 120 cal./kg.) comparada con la de adultos que realizan trabajo corporal moderado (40 a 50 cal/kg) (Gordon y Levine, 1944). La razón de lo anterior es que en las edades tempranas además del balance energético, se requiere energía para los procesos sintéticos del crecimiento.

Este capítulo ofrece una visión descriptiva de los datos con los que actualmente se pueden fortalecer las hipótesis que vinculan el desarrollo del niño, su salud y su alimentación. Se enfatizan asuntos metodológicos ligados a estudios de campo en comunidades con pobreza extrema y hacen suposiciones acerca de su validez ecológica y validez de desarrollo cuando el microsistema es más o menos similar; pero el exosistema cuenta con elementos de apoyo como redes

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

psicosociales de apoyo, grupos comunitarios, apoyos externos, etc. Todo lo anterior, con el objeto de enumerar variables y procesos analíticos que han mostrado su utilidad en estudios con desnutrición aguda y que podrían servir como punto de partida para la propuesta de tres modelos que serán detenidamente tratados en los siguientes capítulos. Aquí sólo se describen los tres modelos que constituyen el eje fundamental del análisis de esta disertación.

En los primeros tres apartados se exponen los tres elementos fundamentales para el entendimiento de cualquier teoría sobre crecimiento y desarrollo.

Tal vez parezca extraño manejar hipótesis de interés en psicología con datos de nutrición, pero un análisis cuidadoso de los métodos y datos nos permite observar que se trata de investigaciones sobre desarrollo, en las cuales, la concepción misma de nutrición como condición de vida en pobreza extrema hizo necesario desde los primeros intentos el estudio del microambiente y entornos circundantes. Representan los esfuerzos preliminares de equipos multidisciplinarios para desentrañar la ecología del desarrollo; que si acaso, desdeñaba el aspecto psicológico, enfatizaba el efecto de una buena cantidad de variables aparte de la alimentación sobre el resultado en pruebas de inteligencia.

Se pretende en este trabajo, partiendo de esta experiencia donde el eje explicativo es el estado nutricional, a otra, en donde el objetivo meta sea; a) explicar el desarrollo como una concatenación de variables asociadas a lo que denominamos cuidado del niño y, b) a la diferentes maneras de ejecutarlo por parte de los cuidadores, estilo de cuidado del niño.

Inspirado en las propuestas iniciales de Klein, Lester, Yarbrough y Habitch, (1972) se propone el estudio del microambiente de la familia en relación al exosistema, estado anímico y rasgos de personalidad de la madre como componentes de las variables intermedias que están vinculadas a las variables próximas de estimulación, diversidad de la dieta e higiene.

Se incluye en el estudio del exosistema la manera en que la madre percibe al niño y los riesgos asociados a su cuidado; las formas de relación y los niveles de socialización permitidos que puedan explicar en parte algunos de los rasgos medidos en la madre.

2.2. Factores que afectan el Crecimiento

2.2.1. Factor Nutricional

Winick (1970; 1972) encontró que si la hiponutrición dura poco, la talla y el peso son menores (en comparación con un grupo normal) y pueden restaurarse si se le ofrece al niño una dieta adecuada. Se produce un incremento en la velocidad del crecimiento que se llama "catch-up", recuperando lo perdido y el organismo retorna a la curva de crecimiento determinada de modo genético. Pero si la hiponutrición es grave y prolongada, aunque se instaure una suplementación adecuada, no aparece luego la fase de recuperación y la falta de talla será definitiva. Pero este efecto ocurre de manera más notoria en los tejidos y órganos con mayor velocidad de crecimiento en el momento de la hiponutrición.

2.2.2. Factor Genético

Los factores genéticos influencian de manera permanente la determinación del tamaño y la maduración de los individuos y están sujetos a la acción de los agentes del medio ambiente. Cuando se sospecha de un crecimiento insuficiente, lo primero que debe evaluarse es la evolución de los mismos parámetros en los progenitores.

Sinclair (1973) considera que lo anterior es válido en particular para la talla corporal, la erupción dentaria y la maduración sexual. Por ejemplo, la maduración esquelética adelantada de las mujeres, en relación con los varones, se ha atribuido a un retardo en la acción de los genes ligados al cromosoma *y* (masculino).

2.2.3. Factor Hormonal

MacMillan (1970) propone que el máximo crecimiento del feto ocurre en el cuarto mes, momento en el cual funcionan la hipófisis y las glándulas tiroides. Las gónodas no intervienen en el crecimiento fetal y la participación de la paratiroides es incierta.

La hormona del crecimiento influye en la vida postnatal sobre la longitud de los huesos y actuando en el nivel de la proliferación de las células cartilaginosas epifisiarias. La aceleración del crecimiento, que ocurre en la pubertad, se atribuye a dos acontecimientos hormonales de este período: a) la secreción de andrógenos por la corteza suprarrenal y b) la producción de gonadotrofinas hipofisiarias que estimulan las células intersticiales de las gónodas.

2.2.4. Factor Socioeconómico

Cravioto y Licardie (1971) presentaron evidencia de que los niños de niveles socioeconómicos elevados tienen talla mayor que los pertenecientes a clases más humildes. La diferencia media es de 2.5 cm a los tres años y llega a 4.5 cm en la adolescencia. Sin embargo, argumentan que no sólo influye el aspecto nutricional, sino que están implicadas otras causas; ambiente familiar, balance entre sueño y ejercicio, normas de higiene, etc.

2.2.5. Factor Estacional

Thompson (1942) observó en adolescentes, que el incremento en la talla es 2.5 veces más rápido en primavera que en otoño; en tanto que el peso se incrementa 4 a 5 veces más en otoño que en primavera. Sin embargo, se duda que las estaciones provoquen cambios considerables en la talla y, más bien se cree que es el peso el que varía vinculado a factores dietéticos o enfermedades. De cualquier manera debe cuidarse de que las comparaciones entre los sujetos sean sobre medidas tomadas en un mismo ciclo estacional.

2.2.6. Ejercitación Física

Es fácil suponer que la actividad produce un aumento de la masa muscular y una reducción de los depósitos de grasa. La falta de ejercicio es causa importante de obesidad.

2.2.7. Enfermedades Recurrentes

Las enfermedades en los niños, en particular si son prolongadas, tienen efectos negativos sobre el crecimiento. Las infecciones diarréicas y respiratorias recurrentes pueden tener consecuencias parecidas a la malnutrición. Pasada la enfermedad se produce una aceleración del crecimiento con tendencias a la recuperación. Sinclair (1973) propone que el retardo en el crecimiento relacionado con las enfermedades esta asociado a factores hormonales tales como, la disminución de la secreción de somatotrofina y aumento de esteroides suprarrenales.

2.2.8. Factor Psicológico

Klein (1979) destaca la importancia de la interacción madre-hijo como fuente de estimulación del aprendizaje y desarrollo afectivo-emocional. La carencia de afecto puede ser causa de sub-nutrición o alteraciones en el crecimiento. La asociación es tan importante que las alteraciones del niño indican, en buen grado, anomalías de personalidad de la madre.

Los indicadores antropométricos de mayor utilidad para estudios a nivel de grupos poblacionales son los que evalúan retardo en crecimiento de los huesos largos. Este tipo de indicadores evalúan *achicamiento* (stunting), siendo la talla para la edad el mejor ejemplo. Por otra parte, la proporción de peso/talla es una medida que puede reflejar tanto achicamiento como desgaste.

2.3. Nutrición y Conducta

Tradicionalmente se ha pretendido asociar el estado nutricional con el comportamiento en el siguiente sentido. Si en un período crítico, que va del nacimiento a los primeros dos años de vida del niño, el consumo de proteínas y energía esta por debajo del 60% de lo recomendado para su edad pero, además, esta deficiencia subsiste durante un período prolongado, los repertorios verbales y perceptuales se ven afectados y el niño responde presentando algunos problemas de ejecución comparado con niños normales.

Como se observa, es el subconsumo de proteínas y energía, como variable subyacente, afecta el desarrollo de células y transmisores neurales, lo cual, aunado al empobrecimiento del ambiente tanto en lo físico como en lo psicológico afectan las puntuaciones de las pruebas de inteligencia. Es difícil separar en los dos

primeros años de la vida el subconsumo de alimentos de las condiciones de pobreza.

Por lo anterior, y ante las dificultades metodológicas para poder asignar aleatoriamente a los sujetos, igualar a los sujetos, separar los efectos de la desnutrición de los del ambiente y para contar con instrumentos confiables y válidos para el contexto en el cual se aplica, no tenemos aún hipótesis sólidamente probadas. Si bien, podemos suponer un tipo de afectación sobre la conducta por falta de alimentos en los dos primeros años de vida, este efecto no es claro. Sin embargo, debemos subrayar que estas investigaciones se llevaron a cabo con poblaciones de niños desnutridos agudos y crónicos en estratos sociales con pobreza extrema.

2.3.1. Estado Nutricional y Sistema Nervioso

El efecto de la falta de nutrientes sobre las habilidades cognoscitivas y el lenguaje tiene lugar a través de la forma en que impactan el crecimiento y funcionalidad de las neuronas y transmisores en el cerebro. Lo que llamaremos como "período crítico" va desde el último trimestre de la vida fetal y los siguientes 18 meses de vida extrauterina (Dhopeshwarkar, 1983), parámetro importante para determinar los efectos es la severidad de la privación de alimentos y el período de duración.

Brown (1965) reporta que el peso de los cerebros de niños que mueren por marasmo está notablemente reducido. Winick y Rosso (1969) observaron que, además de la reducción, hay una afectación diferencial; por ejemplo, la médula oblongada y el cerebelo están más afectados que el cerebro. Winick y Noble (1966) presentan datos en donde tanto el peso del cerebro como su contenido proteico fue reducido. Argumentan que dado que el DNA es constante dentro de las células

diploides de todas las especies y la mayoría de las células del cerebro son diploides, la medida del DNA del cerebro total puede darnos por algunos cálculos simples el número total de células en el cerebro. Así pues, después de 21 días de privación de calorías se redujo el 34% las células y 25% en 14 días.

Dobbing (1972) llevó a cabo un experimento que mostró la restricción de alimentos en edad gestacional y lactancia tienen efectos importantes sobre peso de cerebro; pero, parece ser de mayor importancia, la restricción en la etapa de lactancia. Estudios posteriores (Dobbing y Smart, 1973) incluyen datos sobre reducción en el total de células del cerebro, reducción de los lípidos y distorsión del patrón enzimático.

Los datos previamente reportados con humanos son ratificados a través de investigación básica. Zamenhof, Van Marthens y Margolis (1968), encontraron que las ratas hembras mantenidas con una dieta baja en proteínas (81%) por un mes antes de la cópula y durante el período gestacional afectaba el tamaño de los hemisferios cerebrales y contenía el 10% menos de DNA y el 19% menos de proteínas comparado con los controles; esto implica que el número de células estaba reducido desde el nacimiento. En otro experimento (Zamenhof, Van Marthens y Giavel, 1972) los descendientes de madres con una dieta baja en proteínas fueron cruzadas, pero descendientes de esta cruza recibieron una dieta normal desde el nacimiento. El peso del cerebro, el peso corporal y las proteínas fueron determinados a los 30 y 90 días después del nacimiento. El grupo control presentó un 7% de decremento en el DNA cerebral al nacimiento y los descendientes también tuvieron un 6% de decremento en el número de células cerebrales.

Posteriormente se llevaron a cabo estudios con dietas con deficiencias en uno u otro aminoácidos y se encontró que con la falta de uno de ellos se generan los mismos daños en el cerebro que con la falta de todos (Niiyama, Kishi e Inone, 1970).

Aún cuando se ha probado existe un efecto intergeneracional de una alimentación deficiente en proteínas y energía, se desconoce la manera en que el decremento de neuronas se asocia con deficiencias de comportamiento. Así pues, los estudiosos de la malnutrición y el cerebro llegan a plantear de los efectos sobre la estructura neuronal y sobre el cerebro, en lo general, pero no examinan la manera en la cual esto repercute sobre la conducta presente o futura.

2.3.2. Período Crítico del Crecimiento y Desarrollo

Los últimos tres meses del embarazo y los primeros 18 meses de vida del infante constituyen el período crítico en el cual es más sensible a las deficiencias de nutrientes. Este período no sólo es fundamental para el crecimiento del cerebro y la maduración de los transmisores neurales, sino que, a nivel de lo psicológico, implica un tiempo en el cual los cambios son más rápidos en la aparición de nuevos comportamientos y en la especialización de otros. Sin embargo, si la desnutrición tiene lugar en condiciones de pobreza extrema sucede que los efectos sobre sistema nervioso difícilmente pueden separarse de aquellos que tienen que ver con la privación ambiental, entendida como la carencia de estimulación del niño por parte de la madre y cuando no se tiene un cuidador que estimule el desarrollo de nuevas conductas o especialización de otras.

En un análisis retrospectivo Cabak y Najdanvic (1965) demostraron que niños serbios con una historia de marasmo tenían coeficientes intelectuales (I.Q.) más bajos comparados con su grupo control, y que la deficiencia de nutrientes tuvo lugar durante el primer año de vida. Champakam, SriKantia y Gopalan (1968), estudiaron diez y nueve niños entre uno y tres años de edad rehabilitados de Kwashiorkor y fueron igualados con otros niños como control. La igualación procedió vía parámetros sociales como sexo, edad, religión, nivel socioeconómico,

tamaño de la familia, educación de los padres y fueron puestos en la misma escuela y en la misma localidad. Los niños malnutridos en la infancia, a la edad de 8-9 años fueron más lentos en el desarrollo de habilidades de abstracción y perceptuales. Se observó una diferencia de 35 puntos en el I.Q. entre los dos grupos aún después de 6 o más años de la recuperación. Sin embargo, la igualación de los sujetos no incluyó la privación social a la que se recluyo a los niños durante varios meses mientras se recuperaban del Kwashiorkior y no se consideraron características de apego y responsividad de los padres. El problema de encontrar población para conformar el grupo control no es fácil pues se requiere igualar también por variables psicosociales.

En un estudio llevado a cabo en Jamaica (Hertzing, Birch, Richardson y Tizard, 1972) setenta y cuatro niños hospitalizados antes de los dos años por malnutrición fueron comparados con sus hermanos o compañeros de clase cuando tenían entre 6 y 11 años. El nivel intelectual fue más bajo en ellos que el de los controles. Sin embargo, debe enfatizarse que los datos se confunden por el uso de los compañeros de clase como control, pues, el niño hospitalizado por marasmo, tiene una familia de alto riesgo a nivel social y psicológico.

Del análisis de los estudios de (Cravioto y Robles, (1965), Cravioto, Birch y Delicardie (1967), Cravioto, Delicardie y Birch (1966) identificamos como la variable más importante asociada a la baja estatura, la malnutrición durante el primer año de vida y esto se asocia con un deterioro en el desarrollo de las competencias integrativo-sensoriales.

En un estudio con niños de clase media que presentaron fibrosis cística (Lloyd-Still, Wolff, Horwitz y Schwachman, 1972), la malnutrición ocurrió en el primer año de la vida pero no hubo privación social o ambiente empobrecido. Veintinueve hermanitos de los malnutridos sirvieron como controles. Los niños malnutridos quienes tenían menos de 5 años al momento del estudio presentaron

bajos puntajes en el Merrill-Palmer comparados con el grupo control. Sin embargo, los niños mayores a 5 años a quienes se les aplicó el Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) no presentaron diferencias significativas con sus controles. Los resultados parecen mostrar que la malnutrición en los primeros meses de la vida esta asociada con puntajes bajos en pruebas psicológicas mientras el niño esta enfermo o en los años subsiguientes o durante la recuperación de la malnutrición. Las diferencias de I.Q. aparentemente desaparecen a los 5 años. Sin embargo, debemos recordar que en esta investigación los niños no se encontraban en un ambiente empobrecido.

2.3.3. Secuela de la Desnutrición Temprana

Uno de los obstáculos más importantes en este campo, es la falta de instrumentos psicométricos para infantes y preescolares consistentes temporalmente.

McKay, McKay y Snisterra (1974), en un estudio retrospectivo con niños koreanos desnutridos en el primer año de la vida y adoptados por familias estadounidenses comprueban mejorías en sus ejecuciones durante la edad escolar. Se estudiaron 141 niñas divididas en tres grupos: 42 fueron severamente malnutridas (abajo del tercer percentil para p/t) 22 con desnutrición moderada (entre el tercer y el 25 percentil para p/t) y 47 bien nutridos (abajo del 50 percentil). Sólo los infantes que cayeron en estas categorías antes de su primer cumpleaños fueron seleccionados e investigados antes de su segundo aniversario. A los 7 años de edad no hubo diferencias en el peso promedio en los 3 grupos. La talla para niños malnutridos permaneció ligeramente pequeña. La media de I.Q. del grupo malnutrido fue de 102.05, los moderados lograron 105.95 lo cual no es una diferencia significativa; sin embargo, los bien nutridos lograron 111.68 y es significativamente diferente a los dos grupos. Todos se encontraron dentro de las

normas para niños americanos lo cual habla de la reversibilidad de los efectos de la malnutrición a través de alimentación y estimulación suplementaria.

La secuela de la malnutrición sobre el desarrollo puede mermarse para desaparecer si se toman medidas a partir de los 18 meses dando alimentación suplementaria y estimulación; pero si esto no sucede, el niño siempre se encuentra en desventaja en relación a los bien nutridos fundamentalmente en su capacidad atentiva (Pollit y Thompson, 1977) y en su integración sensorial (Cravioto y Robles, 1965).

2.4. Microambiente Familiar y Estado Nutricional

La pobreza extrema se refiere, entre otras cosas, a la falta de servicios de salud, infraestructura sanitaria, incorrectos hábitos de higiene, una concepción pre-pausteriana de la enfermedad, bajo nivel educativo de la madre, bajos ingresos, número de hijos. Todo lo anterior constituye el cuadro en donde la desnutrición crónica y aguda tiene lugar, un panorama desolador en el que es difícil separar los efectos de la falta de energía y proteína en los primeros dos años de las consecuencias de un ambiente con problemas de estimulación.

En este ambiente proliferan las enfermedades infecciosas no sólo por el grado de insalubridad, sino además porque la madre no percibe como riesgoso la falta de higiene y su estado anímico y condiciones de respuesta son fundamentales para hacer frente a la demanda de estimulación del niño.

La mayoría de las veces, las familias en condiciones de pobreza extrema, generan normas de actuación social y procedimientos de percepción compartidos que tienen como finalidad ajustarse a las difíciles condiciones de vida. Además manejan premisas lógicas y morales diferentes de una clase social o barrio a otra como algo peculiarmente bueno.

2.4.1. Condiciones Sociales y Estado Nutricional

Los estudios de Santa María Cauque (Mata, 1978) y Tierra Blanca (Cravioto, et. al., 1988) junto con los trabajos de Chávez, Martínez y Yaschine (1975) y los del INCAP (Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá) (Klein, 1979) tienen los datos transversales y longitudinales más sistemáticos y ordenados en sendos programas de investigación que incluyen diagnóstico, intervención y evaluación. En todos ellos prevalece la premisa de investigar la relación entre las condiciones de vida, desnutrición y desarrollo del niño. Kagitabasi, Sunar y Beckman (1987) y Galler y Ramsey (1975) en proyectos longitudinales estudian el efecto del estado nutricio sobre respuestas, conductas y habilidades. Al igual que los anteriores, concluyen que el efecto negativo de la desnutrición temprana puede revertirse en un 80% si se suplementa la alimentación desde los primeros dos años y se programa estimulación sistemática para el niño.

Es obvio la suplementación debe acompañarse con el entrenamiento de hábitos de higiene, cuadros de vacunación y cuidado del niño, para evitar que la ganancia en peso y el incremento en la velocidad de crecimiento se vea menguada por la recurrencia de infecciones (Cravioto y Arrieta, 1986).

Las condiciones básicas que permiten la permanencia de las conductas pro saludables no son frecuentemente consideradas en los modelos médicos de los autores antes citados y resultan insuficientes para la obtención sistemática de datos y la evaluación de los cambios a lo largo del tiempo. Las condiciones sociales deberan considerarse, no sólo como variables atributivas de los participantes (edad, sexo, educación, características de la vivienda, enseres, ingreso-egreso) sino como variables funcionales independientes o dependientes en los continuos de desarrollo de la familia o de grupo. Dentro de las condiciones sociales que deberían considerar los modelos actuales asociados a la conducta prosaludable y su permanencia se

encuentra la forma en que el grupo o la familia perciben la susceptibilidad, la controlabilidad y el riesgo a enfermarse (Rosentock, 1974). Además deberían considerarse las características de las interacciones de pareja, el ejercicio de poder en los géneros, la comunicación y satisfacción en las relaciones de pareja. Todo lo anterior, como procesos disposicionales que facilitan o inhiben la adquisición y mantenimiento de conducta prosaludable.

En las condiciones sociales de pobreza la homogeneidad ha resultado bondadosa en la comparación de grupos. La homogeneidad es útil para diseños factoriales, balanceados, cuadros latinos y grecolatinos. Sin embargo, la homogeneidad se basa en criterios promedio y porcentuales de variables atributivas, lo que aunado a la percepción social del investigador, resulta en la estimación de los recursos, sin considerar que existen datos que muestran que en las mismas condiciones de pobreza la tenencia de radio establece diferencias de socialización de la madre y cuidado del niño (Mora, Amezquita, Castro, Christiansen, Clement-Murphy et. al., 1974).

Otros datos muestran diferencias en las características de apego y temperamento de niños si las familias se ubican en una comunidad con desarrollo industrial donde existen servicios de salud y educativos (Cervera-Montejano, 1994). Así pues, la homogeneidad estructural de las familias no implica lo mismo a nivel funcional, si hay pequeñas diferencias en educación, (Chávez, Martínez y Yaschine, 1975). El comportamiento reproductivo y cuidado del niño muestran grandes diferencias en el desarrollo psicológico y formas de comportamiento y actitudes de la madre.

2.4.2. Condiciones de la Familia y Estado Nutricional

Hablar de la familia en relación al desarrollo y cuidado del niño implica: relaciones de pareja, los estilos de autoridad o liderazgo dentro de la familia o sea el poder, comunicación y satisfacción, expectativas de la pareja y los recursos para llevar a cabo la conducta planeada (Shaffer, 1991).

Se ha observado que el poder lo ejerce la figura masculina en un amplio ámbito por ejemplo, el uso de los anticonceptivos por la mujer se somete sin apreciar, que la sumisión a las creencias actitudes y conductas de su pareja pueden poner en riesgo su salud y la de sus hijos (Chávez, Martínez y Yashine, 1975).

En las comunidades en donde la desnutrición tiene lugar la madre es encargada de los procesos de desarrollo psicológico y educativo del niño mientras que la participación del padre es directiva y de supervisión pero poco dinámica e integrada. El padre determina los objetivos y las metas que se espera que el niño lleve a cabo, y la madre selecciona las estrategias, técnicas y procedimientos para cumplir con tal obligación. Así el padre es proveedor y dominante mientras que la madre es consecuente y protectora (Kohn, 1963).

Los hijos son percibidos como pertenencias, educados para seguir los valores y principios morales que se inculcaron a los padres; viéndolos además como una alternativa de apoyo en las labores del hogar y suministro de recursos para el bienestar. Tal vez sea por esto, por lo que los varones son más apreciados que las niñas, pues ellos deben de estar más preparados y físicamente proporcionados para el trabajo y su papel futuro de suministradores y directivos. Lo anterior ejerce diferencias en el trato desde la alimentación hasta la educación y la salud (Hoffman, 1988).

Todo modelo que trate de explicar el desarrollo y cuidado del niño deberá considerar las variables de la familia descritas con anterioridad. Las condiciones

suscritas por la cultura y la comunidad heredada por los padres, aunado a los estilos de liderazgo, determinan objetivos y expectativas de los hijos y la forma de percibir su desarrollo; lo cual, es fundamental para definir las líneas de acción que se van a perfilar sobre el futuro de los niños, y permite seleccionar áreas de estimulación y promoción prioritarias a través de actividades de apoyo educativo y comportamiento lúdico (Gergen, Gloger-Tippelt y Barkowitz, 1990).

CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA PARA COMUNIDADES SIN POBREZA EXTREMA

3.1. Introducción

En la investigación sobre crecimiento y desarrollo del niño en nuestros días; deben hacerse las siguientes consideraciones: a) la cultura, no menos que la biología, explica en buena parte las bases de la paternidad, por ej. la manera particular en la cual los padres perciben la tarea de cuidado del niño; b) las maneras de percibir son *racionales* en la medida en la que las contingencias ambientales, previamente experimentadas por la población son asimiladas dentro del contexto de la tradición cultural; c) la información que nos interesa se refiere a los aspectos relevantes de la salud, nutrición y cuidado del niño y las respuestas que en lo social se reconocen como más adecuadas para su mantenimiento; d) los padres que se adhieren a las prescripciones sociales de lo que es deseable socialmente, tal vez no tengan conciencia de la eficacia en el pasado o en el presente de algunas técnicas tradicionales, pero pueden ser establecidas y seguidas a través de ordenamientos éticos y religiosos y; e) el componente adaptativo relacionado con las costumbres sobre cuidado del niño sólo se puede entender al contrastarlo con la manera en que operan los valores encontrados en otra cultura, evaluando así la prospectiva de cambio.

En un estudio llevado a cabo en la zona rural del Estado de Sonora (Vera, 1996) se observó que los niños duran de un año a año y medio de alimentación al pecho, aunque a partir de los seis meses le comienzan a ofrecer papillas y cereales al niño.

El criterio que parece guiar el dejar de dar pecho es el tamaño y peso del niño; esto es, cuando el niño se ve grande se debe dejar de darle pecho o se va

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

hacer "chipilón". Esta creencia parece sustentarse en la preparación de la adaptación del niño a los peligros que obstaculizarían después su sobrevivencia, y no por ser una reflexión moral o religiosa. Las prácticas comunitarias parecen basarse en la información ambiental y en la retroalimentación recibida por los ancestros acerca del cuidado del niño.

La mayoría de las costumbres sobre cuidado del niño funcionan como mecanismos adaptativos y proveen a los padres con soluciones establecidas a problemas reconocidos de manera tradicional. Eliminan la necesidad de los padres de entender las reglas de operación de las soluciones. De tal forma, que cuando se les pregunta a los padres porque no se debe ofrecer grasas a los niños durante el destete y la ablactación o dejar de dar de comer al niño cuando tiene diarrea, no saben como responder.

En general deben suponerse como fines universales del cuidado del niño: a) la sobrevivencia y salud física del niño incluyendo el desarrollo psicológico normal y la capacidad reproductiva; b) el buen desarrollo psicológico y conductual como forma de alcanzar la posibilidad de automantenerse en la madurez; c) establecer una continuidad generacional a las reglas sociales y valores de la cultura como sus leyes morales, religiosas en las cuales se describen las estrategias que son deseables socialmente para lograr el prestigio, la autorealización, la satisfacción personal según correspondan a las creencias e ideologías de la cultura (LeVine, 1974).

Estos fines son inclusivos. En aquellas comunidades con pobreza extrema en las cuales, la falta de servicios de salud e infraestructura sanitaria establecen una plataforma cultural que ofrece soluciones a través de la medicina tradicional debe asegurarse la sobrevivencia. En comunidades sin pobreza extrema en donde la sobrevivencia del niño esta asegurada es más probable que la cultura ofrezca mecanismos que se compartan comunitariamente para promover y facilitar el desarrollo y la autosuficiencia.

Es por lo anterior que debe suponerse que, en aquellas comunidades en las cuales existen altas tasas de mortalidad infantil asociadas a malnutrición, los padres enfatizan su cuidado en la salud y nutrición del niño en los primeros años; mientras en aquellas sin pobreza extrema, los padres enfatizan prácticas y creencias relacionadas con la capacidad del niño para su futuro económico y automantenimiento.

Las costumbres y tradiciones sobre cuidado provocan un grado menor de incertidumbre y por tanto, generan menor ansiedad en padres que se apegan a ella como recurso adaptativo (LeVine, 1977). De aquí, que los padres con un niño enfermo en una comunidad sin pobreza extrema es probable que se sientan más ansiosos y estresados que aquellos de una población en el cual la muerte y la pobreza son extremas y cotidianas. No sólo por las expectativas correspondientes a cada clase o base social sino porque en este último caso cuentan con soluciones culturales que los hacen percibir y sentir su compromiso con el bienestar y cuidado del niño. Digamos que perciben menos riesgo, dados los conocimientos tradicionales para hacer frente a la enfermedad y a los problemas del desarrollo.

En las comunidades con pobreza extrema, la madre considera como prioritario la sobrevivencia del niño, su salud y alimentación y le resulta incomprensible todo aquello relacionado con la estimulación temprana para el desarrollo. Es posible que las expectativas de bienestar del niño sean aquellas que se relacionen con su sobrevivencia.

En comunidades sin pobreza extrema, las madres, consideran la salud y alimentación del niño como fines prioritarios del bienestar (Villagran y Vera, 1994). En estas comunidades se reconoce que la sobrevivencia es importante, en tanto que la cultura identifica al niño grande y gordo como resultado de un buen maternaje, pero a la vez se interesa por el desarrollo conductual.

Tratando de ser coherentes con lo expuesto, tendremos que revisar la manera en la cual algunos aspectos de la interacción diádica tienen que ver con la percepción de los padres acerca del desarrollo, salud y nutrición del niño.

Elaboraremos una propuesta teórica sobre un modelo de investigación que considere factores inmediatos, mediatos y subyacentes para la explicación del fenómeno alimentario en comunidades sin pobreza extrema.

3.2. Definición y Caraterísticas

Con base a las medidas antropométricas de peso y talla se considera desnutrido leve según la clasificación de Gómez, Ramos-Galván, Frenk, Cravioto-Muñoz, Chávez y Vázquez (1956) a aquellos que se encuentren entre el 89 y 75% de su adecuación de peso/edad. Para talla con la clasificación de Kanawati y McLaren (1970) el niño con retardo leve se encuentra entre el 94 y 90% y finalmente en peso/talla entre 90 y 99% de la adecuación.

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, reunidos en 1977 en 1983, analizó aspectos relacionados al uso e interpretación de los indicadores antropométricos del estado nutricional. A partir de ese entonces se generalizó el uso de puntuaciones *z* para comparar poblaciones. La puntuación *z* compara a un individuo con la distribución de NCHS (1976) por medio de la diferencia entre el resultado individual y el promedio de la población de referencia como una fracción de la desviación estándar.

El valor *z* es el valor de la medida antropométrica menos el promedio de la referencia entre la desviación estándar de la distribución. Cuando el valor de la medición antropométrica es menor que el promedio de la población de referencia, la puntuación *z* será negativa, mientras que cuando es mayor tendrá valor positivo.

Otra definición importante es la de pobreza extrema, según Camberos, Genesta y Huesca (1994) existen varias formas de definir la pobreza, ya sea como satisfacción de necesidades que garantizan la reproducción biológica y social del individuo o por el método de necesidades básicas insatisfechas como disponibilidad de espacio suficiente, agua potable, drenaje, energía eléctrica, nivel de educación de adultos. Para Sonora en 1990 el límite de pobreza extrema fue de 548, 310 pesos mensuales, 1.75 salarios mínimos y el de pobreza moderada ascendió a 3.14 salarios que asciende a 878,400 pesos mensuales (Camberos, Genesta y Huesca, 1994). Sin embargo, resulta difícil medir el ingreso en la zona rural, es así que optamos por definir una comunidad sin pobreza extrema como aquella en la cual la desnutrición crónica y aguda no existe y en donde los niños de 0 a 6 años con desnutrición moderada es menor al 20%. Cuentan con agua potable, energía eléctrica, escuelas de preescolar a secundaria, y aparece en el XI Censo General de Población con más de tres salarios mínimos.

3.3. Características del Microambiente Familiar

Zanjonc y Bargh (1980) reportan que el orden del nacimiento no establece diferencias significativas en el desarrollo cognoscitivo si se controla el número de hijos. No se encontró hasta el tercer niño, en el orden de nacimiento, diferencia en tres cohortes de sujetos seleccionados para su estudio durante la primera mitad de los años 70's. Sin embargo, los niños de familias numerosas tienen consistentemente menor talla y son menos pesados (Belmont y Morolla, 1973) después de controlar y mantener constante el nivel socioeconómico. Aún cuando el nivel socioeconómico reduce la relación entre tamaño de la familia y ejecución cognoscitiva, esta diferencia permanece significativa. Se considera que el número de hijos mayor a cuatro reduce los tiempos dedicados a la estimulación en lo

general y más aún en el estimado para cada niño. En estas familias los niños del tercer y cuarto orden en nacimiento tienen problemas de lectura como también en la ejecución académica en lo general (Douglas, 1964).

El microambiente de la familia en donde se encuentra un niño con desnutrición leve se caracteriza por la frecuente inestabilidad de ella; es decir, padre ausente y otro tipo de problemas familiares. Clausen (1966), en una revisión de literatura, concluyó que existe suficiente evidencia para suponer que los problemas familiares tienen un efecto importante sobre la ejecución académica y el desarrollo cognoscitivo. De los datos obtenidos por Kellam, Ensminger y Turner (1977) y Shinn (1978), se deriva que la falta de figura paterna no es la responsable de las diferencias, sino más bien, el tiempo exclusivo dedicado a las interacciones adulto-niño y las habilidades de promoción del desarrollo con las que cuenta el adulto. Los datos demuestran que niños que viven con su mamá y otro adulto que apoye el desarrollo (abuela o tía) presentan mejor adaptación y ejecución académica que aquellos que viven con la madre sola o con la mamá y un padrastro.

La edad de la madre es otra variable importante característica de niños con desnutrición leve, entre 16 y 25 años. Durante el primer año de vida, los factores psicosociales relacionados con la edad de la madre ejercen una poderosa influencia sobre el desarrollo del niño. En el estudio de Mednick, Baker y Sutton-Smith (1979) sobre mortalidad perinatal en dos poblaciones, danesa y estadounidense, se muestra que las madres adolescentes tienen un alto nivel de mortalidad perinatal asociado al cuidado inadecuado y que, la adolescente, no se encuentra aún lo suficientemente desarrollada en lo biológico y psicológico para la crianza. Se observa que los niños de madres adolescentes, que se encuentran vigorosos e inteligentes en el primer año cuentan con la presencia de la abuela, esto se presenta poco cuando la madre y el niño viven solos. Goldstein (1971), encontró que

controlando el nivel socioeconómico la edad de la madre sólo se relaciona con la estatura de niñas a los 7 años sólo al momento del parto tenían más de 30 años.

3.4. Desnutrición Leve y Moderada

Comparativamente hablando existen pocos trabajos llevados a cabo sobre malnutrición moderada y, aún menos, sobre leve en contraste con aquellos de aguda y crónica. Tal vez lo anterior se deba, en parte, al incremento en los costos de la investigación al estudiar niños con desnutrición moderada pues se necesitan muestras grandes y estudios de campo en los ambientes naturales. Mientras el estudio de niños con desnutrición crónica requiere muestras pequeñas que usualmente están hospitalizados.

En los estudios con malnutrición media a moderada se utilizan diseños no experimentales retrospectivos en donde la variable nutricional se define solo por medidas antrompométricas.

En un estudio con sujetos con malnutrición moderada (Mora, Amezquita, Castro, Christiansen, Clement-Murphy, et. al, 1974), definida por el criterio de talla/ peso en el tercer percentil, se ofreció alimentación suplementaria a la mitad de los grupos control y experimental. El nivel intelectual fue evaluado con la prueba de Griffths antes y después de un año de intervención. Los niños se dividieron por edad en dos grupos. Las comparaciones de las medias obtenidas en la Escala de Griffths entre los menores bien nutridos (X = 100.91, S.D.= 13.17) y menores malnutridos (X = 86.25, S.D.= 14.74) como entre mayores bien nutridos (X = 95.07, S.D. = 12.79) y los mayores mal nutridos (X = 80.88, S.D. = 15.10) fueron estadísticamente significativos en la dirección esperada ($P < .01$). Sin embargo, los bien nutridos tuvieron mejores indicadores socioeconómicos que sus pares de mal nutridos. Las madres de bien nutridos pasaban más tiempo con el

niño y estimulaban y proveían de manera más frecuente la estimulación. El análisis de regresión múltiple usando los factores sociales y estado nutricional (p/t) como predictores de la habilidad mental mostraron que ambas variables, ya sea combinadas o independientes, estuvieron relacionadas significativamente con el I.Q.

Es importante apuntar que este estudio, lo mismo que algunos otros llevados a cabo en condiciones naturales (Klein, Freeman, Kagan, Yarbrough y Habitch, 1972; Winick, Meyer y Harris, 1975; Cravioto y Arrieta, 1966), tiene lugar en comunidades con pobreza extrema en donde la desnutrición es endémica. En todos ellos se obtuvieron los siguientes resultados: a) infantes y preescolares con malnutrición ejecutan menos adecuadamente que grupos de comparación de la misma comunidad en pruebas de inteligencia y desarrollo cognitivo; b) niños de talla baja pertenecen a familias de nivel socioeconómico bajo; c) talla y factores sociales explican una parte significativa de la ejecución en pruebas de desarrollo cognitivo y; d) los cambios en la calidad de vida mejoran la ejecución de los niños en las pruebas (Pollit y Thompson, 1977).

No existe evidencia para creer que la desnutrición moderada en la infancia y preescolar afecte el desarrollo de las estructuras cognitivas en la adolescencia para la ejecución de operaciones lógico-matemáticas (Kagan y Klein, 1973). Las fallas parecen más bien asociadas a la disponibilidad y acceso de información y educación a lo largo del proceso ontogénetico.

3.5. Enfermedades Diarréicas

Al estudiar Chávez y Martínez (1982), la presencia de *escherichia coli,* indicador de contaminación fecal en 20 familias encontraron que: a) la mitad de las madres tenían sus manos y uñas contaminadas con *escherichia coli;* b) fue alta la presencia de *escherichia coli* en las manos de los niños y; c) en el 80% de los

casos, se encontró en varios lugares del piso de la casa y en paredes; d) en la mitad de las casas apareció en las tazas y platos.

Scrimchaw, Taylor y Gordon (1968), encontraron que el 71% de 400 episodios de diarrea presentados en niños menores de 5 años y de estos la tercera parte del total correspondía a niños menores de un año. Sólo el 1.4% de los episodios se asoció con una infección en un segundo miembro de la familia. Esto quiere decir que el episodio diarréico en niños de 0 a 5 años de edad tiene lugar individualmente y parece que la infección es trasmitida al preescolar por portadores asintomáticos. O sea, que el niño es especialmente susceptible a los microorganismos que causan la diarrea y mientras los adultos son inmunes se convierten en portadores.

Durante el destete y la introducción de alimentos se establecen las condiciones para transmisión de infecciones gastrointestinales. Black, Brown, Becker, Abdul-Alim, y Merson, (1982) encontraron que el 40% de 470 muestras de alimentos preparados para niños durante la ablactación estaban contaminados con *escherichia coli.* Por supuesto los niveles de contaminación fueron más altos en días de calor.

En la zona rural del Estado de Sonora se encontramos que las muestras de agua obtenidas de las tomas domiciliarias no estaban contaminadas; mientras que, aquellas muestras obtenidas en depósitos de barro contenían coliformes fecales (Vera y Altamirano, 1992).

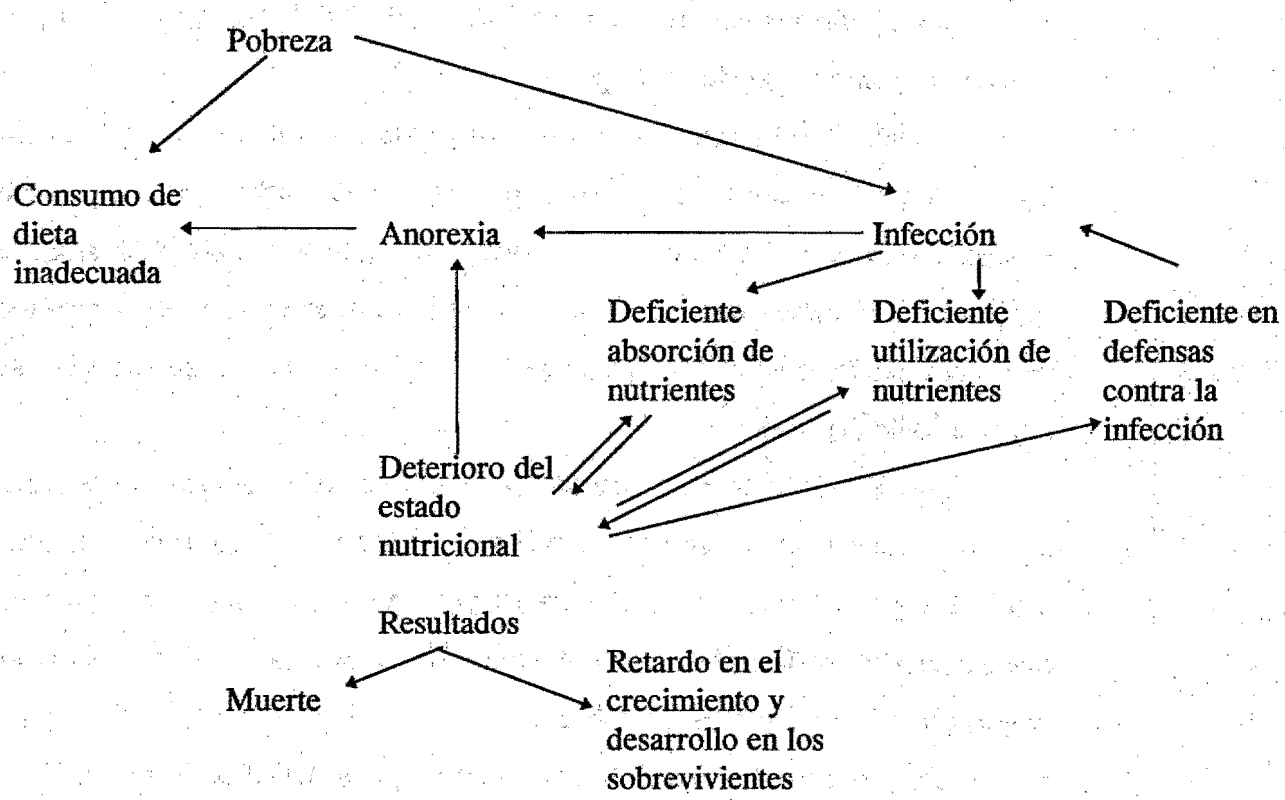
Lutter, Mora, Habitch, Rasmussen y Robson (en prensa) compararon dos grupos de niños, uno que recibió suplementación alimentaria después de episodios de diarrea y un control sin suplementación. Encontrando que la diarrea se asoció negativamente con el crecimiento en quienes no recibieron suplementación. Los resultados muestran que el efecto negativo de la diarrea sobre el crecimiento

desaparece si el niño es alimentado adecuadamente durante la enfermedad y su recuperación.

Se proponen cuatro hipótesis causales sobre la interacción infección-alimentación (Rivera y Matorell, 1988): Primero, la malnutrición y la infección están relacionadas con un tercer factor común y de esta manera no existe una relación causal directa. La pobreza del ambiente (contaminado con patógenos e incapaz de ofrecer una dieta adecuada) puede estar causando de manera independiente a ambos; segundo, la infección puede causar malnutrición, pero la malnutrición puede no alterar la incidencia y prevalencia, duración y severidad de la infección; tercero, la malnutrición puede incrementar la susceptibilidad a infecciones, lo cual puede resultar en una alta incidencia, duración o severidad de las infecciones pero sin que las infecciones sean la causa del retardo en el crecimiento. En este caso un aumento en la susceptibilidad puede ser debido a insuficiencias inmunológicas resultante de la malnutrición y, cuarto, por último la malnutrición puede causar una alta incidencia, duración o severidad de las infecciones y las infecciones a su vez, pueden causar retardo en el desarrollo. Esta es la única propuesta que incluye una interacción entre infección y nutrición.

Los mecanismos biológicos a través de los cuales la pobreza afecta el estado nutricional y retarda el crecimiento y el desarrollo fue elaborado por Martorell (1980). Se propone que las infecciones y el consumo de una dieta inadecuada asociados a la pobreza provocan un cuadro en el cual las infecciones hacen probable una absorción y utilización inadecuada de nutrientes y un sistema inmune deficiente; lo cual, conjuntamente con el deterioro del estado nutricional establece un cuadro de anorexia que hace menos probable el consumo de una dieta adecuada (ver figura 3.1.).

Figura 3.1. Interacción entre infecciones y estado nutricional (Martorell, 1980).



3.6. Desarrollo del Niño

Desarrollo, salud y nutrición pertenecen a una de las esferas de resultantes del cuidado del niño; son el elemento valorativo del maternaje, anclaje fundamental del concepto de estilo de crianza.

El concepto de estilo de crianza se refiere fundamentalmente al estudio de patrones compartidos en una cultura y transmitido de generación en generación. Como formas de respuesta instrumental se repiten en la mayoría de los componentes del grupo pero su estudio está referido a creencias o percepciones subjetivas como premisas socioculturales que constituyen mecanismos de ajuste a la ecología del desarrollo humano particular.

El estudio de la interacción madre-hijo se realiza para obtener patrones de conducta instrumental que permiten clasificar o generar tipologías en términos de la frecuencia y tipo de conducta desplazada.

El método de interacciones diádicas puede ser útil tanto para el análisis de estilos como principios compartidos por un grupo, como para el estudio de procesos de individuación en donde las variables de historia particular y el contexto explican buena parte de la varianza. El estudio de ambas partes se complementan, pues podemos encontrar para cada una de las variables su contribución a la varianza de la variable dependiente.

Livson (1973) ha sugerido que resulta productivo analizar datos separados de una variedad de subgrupos homogéneos y usar la presencia y ausencia de resultados *génericos* a través de los grupos como una base para estimular las especulaciones teóricas. El método de contraste de grupos se utiliza para comparar grupos por sexo, clase social o cultura.

Los estudios de Klein, Lester, Yarbrough y Habitch (1972) y Cravioto, Delicardie y Birch (1966), comparando grupos con diferencias en estado nutricional y el de Kohn (1963) comparando grupos por clase social son ejemplos de estudios en donde la contrastación genera datos que son utilizados para apoyar conceptos teóricos asociados al cuidado de los padres y desarrollo del niño.

Kagan (1971), argumenta que lo que llama *continuidad completa* de la conducta, rara vez puede manejarse en continuos de largos períodos de tiempo. Propone para esto, dos términos *continuidad homeotípica* en donde se reconocen conductas con la misma topografía pero funcionalidad diferente (llorar a los dos meses y a los seis años) y la *continuidad heterotípica* en donde la funcionalidad de la conducta es la misma pero la topografía cambia. Sin embargo, Ermerich (1964) y Baltes y Nessebroode (1973), sugieren que el término continuidad se refiere sólo a la similaridad en la estructura o patrones de grupos de conductas durante el

desarrollo. Es obvio que para encontrar tal continuidad, se requiere que el grupo de variables o conductas sean analizadas por factoriales en cada una de las edades o, en otras palabras, que las variables o conductas presenten un patrón similar dentro del grupo, esto es, que covaríen juntas. El criterio debe ser observar si los factores encontrados son similares a través de las edades.

Contrastando condiciones de vida se encuentra que las diferencias son significativas en el tipo y tiempo dedicado a la estimulación (Pollit y Leibel, 1980), y particularidades que describen el estado psicológico de la madre como ansiedad, depresión, socialización, satisfacción con la pareja (Pollit y Leibel, 1980).

En resumen, parecen diferenciarse variables de: interacción madre-hijo, personalidad de la madre, desarrollo del niño y las de nutrición. El objetivo es comparar grupos para obtener correlaciones entre variables predictoras, estudiar las varianzas entre variables atributivas fundamentalmente sociales, y las variables criterio y finalmente llevar a cabo análisis de regresión múltiple o análisis de vías para poder ejemplificar relaciones causales.

3.7. Planteamiento del Problema

Tradicionalmente desarrollo y salud han sido tratadas como variables independientes y las medidas de antropometría que son los indicadores del estado nutricional como variables dependientes. La variable independiente evaluada en dos grupos de contraste permite observar si las que explican en un grupo también lo hacen en el segundo, en que proporción y con que grado de significancia.

Por otro lado, en la mayoría de los estudios el objetivo es contrastar grupos con diferencias en peso y talla en estudios ex post facto donde es imposible determinar si el crecimiento de los niños fue afectado realmente por las covarianzas encontradas. Además, cualquier inferencia sobre las covariaciones tendrá que ser

hecha sin tener información sobre su secuencia temporal. Muy pocos de estos estudios se han llevado a cabo en situaciones naturales, con la población de la comunidad sin la inclusión de criterios nutricionales de desarrollo o salud; por lo que se requieren pocos sujetos y se trabaja en hospitales. Aún cuando se trata de pacientes ambulatorios sabemos que el acceso al hospital implica características socioeconómicas y culturales diferentes. Además, estos niños tienen madres a quienes les interesa la salud y su desarrollo por lo que las muestras resultan sesgadas. La selección y comparación de niños contrastantes en peso y talla establece condiciones para la diferenciación entre factores ambientales y sociales de los dos grupos.

Se requiere hacer investigación en la cual: a) los sujetos no sean seleccionados partiendo de grupos de contraste; b) trabajar con muestras grandes de niños en las cuales los investigadores no conozcan a que grupo pertenece cada niño; c) definir los grupos de comparación después del levantamiento de datos; d) llevar a cabo los contrastes separando inicialmente las variables dependientes, nutrición, salud y desarrollo; e) para cada una de las variables obtener datos relacionados con la interacción madre-hijo, personalidad de la madre y características sociales.

Después de llevar a cabo las correlaciones en cada uno de los modelos, involucrar a las variables independientes relevantes en una regresión líneal, ingresando una por una las variables dependientes. Después, se puede pretender obtener un modelo general en donde las otras dos variables dependientes peso/talla y morbilidad funcionen como independientes.

Esta propuesta tiene el fin de unificar criterios de explicación para la desnutrición leve presente en comunidades sin pobreza extrema. El problema consiste en plantear la manera en que las variables dependientes desarrollo, salud y alimentación pueden ser explicadas a través del estudio de las interacciones madre-niño, los estilos de comportamiento de la madre y factores sociales con un método

de contraste entre grupos diferenciados en términos de la variable dependiente elegida, para evaluar posteriormente si existe algún tipo de interacción entre variables de diferentes esquemas. Se requiere medir un conjunto de variables independientes para cada una de las dependientes y tratarlas de manera exclusiva hasta obtener las determinantes y el modelo de regresión. Con base en lo anterior se parte del supuesto de que los niños con y sin riesgo en el desarrollo, con y sin problemas de peso/talla y con y sin problemas de incidencia de infecciones diarréicas serán diferentes debido a la independencia entre los factores relacionados con el estado nutricional. Tal independencia será comprobable a posteriori.

Por lo anterior, la propuesta del modelo de desarrollo requiere medir una serie de variables sobre el desarrollo del niño, la relación con el cuidador, la familia y la cultura, lo mismo que de morbilidad y alimentación.

CAPÍTULO 4. VARIABLES RELACIONADAS CON CRECIMIENTO, SALUD Y DESARROLLO

4.1. Introducción

El estudio de las variables relacionadas con salud, alimentación y desarrollo en el contexto natural, esto es, en su contexto de pertenencia, nos permite hablar de la salud, en particular de infecciones diarréicas, en términos de frecuencia alta y baja, en el campo de la nutrición de desnutrición leve y moderada y en el desarrollo psicológico de grupos de niños en y no riesgo. El estado nutricional deja de funcionar como eje explicativo de los fenómenos de salud y desarrollo; en vez de esto, variables de la interacción madre-hijo vienen a conformar el eje de explicación de la salud, nutrición y desarrollo del niño.

En comunidades sin pobreza extrema, las variables psicosociales resultan más importantes que las económico-sociales en la explicación del cuidado del niño. Al contrario de la suposición que ha servido de base a la mayoría de los estudios del cuidado del niño en investigación de campo, la hipótesis descansa en la posibilidad de que la interacción madre-hijo y los estilos de comportamiento de la madre explican los procesos conductuales de higiene, diversidad de la dieta y estimulación.

En este capítulo se revisaran los datos existentes sobre interacciones diádicas en el contexto de los estudios en situación natural comunitaria para niños con desnutrición leve y moderada. Las secciones ilustran las diferentes variables y/o factores relacionados con el cuidado del niño.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

4.2. Interacción Madre-Hijo

Los problemas de alimentación condicionan para futuros desarreglos de la interacción madre-hijo. Específicamente, las madres no tienen las habilidades para adaptarse y responder adecuadamente a un niño que es más antipático e irritable como resultado de los bajos niveles de energía asociados a problemas de alimentación, generando patrones de interacción madre-hijo poco ajustivos (Rossetti-Ferreira, 1978, Lester, 1979). La madre al ver a su niño flaco y espigado inactivo y poco responsivo puede percibirlo como inmaduro y vulnerable y empezar a sobreprotegerlo. Sin embargo, puede suceder también que los problemas de interacción madre-hijo en la primera infancia contribuyan al desarrollo de la desnutrición leve y moderada; a través de un mecanismo controlado por la deseabilidad social de un niño gordo como niño sano. Esta creencia puede servir para que el niño utilice el comportamiento alimentario en la obtención del control de la situación y de las consecuencias reforzantes como disponibilidad de tiempo y permisos lo mismo que alimentos chatarra. También es posible que una madre depresiva, no responsiva y poco estimulativa no entienda las señales o sea incapaz de responder a ellas, dificultándose mantener un cuidado adecuado (Galler, Riccuitti, Grawford y Kuchrscki, 1984; Salt, Galler y Ramsey, 1988).

Cravioto y Delicardie (1975, 1976), encontraron al comparar un grupo de niños con problema de nutrición y otro que no desarrollo ningún problema en los primeros tres años de vida, que las variables microambientales fueron significativamente diferentes aún después del episodio de malnutrición. Aunque los investigadores no registraron directamente la interacción madre-hijo, esto hallazgos sugieren que las alteraciones en los patrones de interacción contribuyen al desarrollo de la malnutrición.

Graves (1976), con dos grupos de infantes entre 7 y 18 meses, 16 con malnutrición moderada y 19 sanos, observó las interacciones de la madre y el niño en una situación de juego agrupándolas en tres categorías: conducta exploratoria (manipulación de juguetes), conducta de apego (ej. interacción a distancia, contacto físico y aproximación) y otros (ej. llorar, pedir los brazos y alimentación). Los niños malnutridos presentaron bajos niveles de conducta exploratoria y conducta de juego, interacción a distancia con las madres (ej. vocalizar, sonreir, mirarla), pasaron más tiempo en brazos de su madre que los sanos, iniciaron menos interacciones y fueron menos atentivos y responsivos.

Como podemos observar la malnutrición interfiere con el desarrollo cognitivo y social limitando la habilidad del niño para interactuar con el ambiente y beneficiarse de la estimulación disponible. Sin embargo, es difícil saber por la metodología utilizada de los estudios, si el desajuste conductual se debe a la malnutrición o la malnutrición al desgaste conductual inicial.

Recientemente se llevaron a cabo tres estudios en tres culturas diferentes México, Egipto y Kenia para investigar los efectos funcionales de la desnutrición leve y moderada. El estudio partió de la identificación de las madres en el embarazo y estudió a sus hijos desde la infancia hasta la edad escolar. Se midieron entre otras, la interacción madre-hijo, el estado nutricional, consumo de alimentos, desarrollo del niño, salud, micronutrientes en sangre y composición de la leche materna.

Las observaciones en infantes fueron entre los 3 a 6 meses de edad y de 18 a 30 meses a preescolares. Los instrumentos y métodos de observación son equiparables en los tres países se aplicaron en casa. Por considerarlo de mayor relevancia presentamos detenidamente el estudio de nuestro país.

El estudio en México se realizó en seis comunidades del Valle de Solís. Los resultados con infantes (Allen, Backstrand, Chávez y Pelto, 1992) muestran que al

mayor peso y consumo de grasa en el embarazo se asocia con una frecuencia alta de sonreir. Bajos niveles de vitamina B12 durante el embarazo y la lactancia se asocia con menos miradas a la madre, rechazo y berrinche. Altos niveles de vitamina B12 se asocia con ver más a la mamá y con una disminución de rechazo y advertencias hacia el niño. Es decir que, madres mejor nutridas tienen hijos que sonrien, mueven sus brazos y dirigen la atención. En esta etapa del desarrollo son más importantes las características de la madre en determinar la conducta del infante que los factores relacionados con el infante mismo.

Los preescolares fueron observados de 24 a 31 meses de edad (Scanlon, 1989; Allen, Backstrand, Chávez y Pelto, 1992), registrados 10 minutos, 10 horas cada mes. Al comparar niños normales contra niños con peso o talla para la edad por debajo de -1.5 DS, se encontró que los niños marginalmente desnutridos fueron menos activos, menos sociables, menos interactivos con sus padres y otros individuos. Jugaron menos, presentaron menos imaginación, lloraban y seguían pasivamente al adulto más frecuentemente. Eran menos aseados, limpiados o cambiados. Sus madres interactuaban menos con ellos sus hermanos y pareja, eran menos activas y daban instrucciones a sus hijos en pocas ocasiones. Sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos en el consumo dietario. Los niños con malnutrición marginal vivían en casas más pobres y sus padres migraban a otros lugares durante temporadas para trabajar y esto reducía el tiempo disponible de la madre para el niño, pues se dedicaba a labores de campo y de la casa. Se propone el corte de -1.5 DS como fundamental y sensible si se tiene el interés de estudiar cambios conductuales asociados a malnutrición.

En general, los resultados muestran que los niños infantes y preescolares con problemas de alimentación son apáticos, menos activos, irritables, menos capaces de interactuar con su ambiente y sus madres son más pasivas y menos responsivas a sus niños. De esta forma se demuestra la interacción entre el niño con

problema de alimentación y su madre interfiere con el desarrollo conductual en la medida en que restringe la habilidad del niño para explorar su ambiente y ofrece poco o nada de estimulación cognoscitiva. La convergencia de los resultados entre los tres estudios ofrece evidencia sobre los patrones maternales de crianza que como resultado de los estilos derivados de la cultura afectan el desarrollo del niño. Es importante subrayar que los factores socioeconómicos parecen no influenciar las conductas de infantes y preescolares con desnutrición leve. Sin embargo, si afectan la conducta de la mamá en la medida que restringen la disponibilidad de tiempo exclusivo al niño y se asocian con un reducido número de años de escolaridad cursados.

4.3. Estilos de la Madre

Tradicionalmente los estudios retrospectivos pretenden estudiar la historia de los individuos con el objeto de conocer estilos y competencias y en términos de ellos hacer inferencias sobre la manera en que se comportaran en el futuro, o clasificar en tipologías que permitan la configuración de patrones de conducta frente a situaciones.

Cuando nos referimos a estilos hablamos de invariantes en el sentido de patrones consistentes con los cuales un individuo o grupo enfrenta una situación al interactuar con ella por primera vez, conforman preponderantemente la manera en que se comportará y no el que conductas particulares mostrará en la situación. Desde nuestro punto de vista esto puede ser estudiado conductual o actitudinalmente. En el segundo caso se trata de conocer de manera indirecta, a través de escalas la forma en la cual los patrones de comportamiento serán más o menos probables en una situación. Por ejemplo, si la madre percibe riesgo de enfermedad del niño en una prueba en la que se enfatizan situaciones de toma de

decisiones y tendencia al riesgo, podríamos suponer, por las opciones que selecciona la población, una dimensión cultural que demanda comportamiento y maneras de confrontación del estrés específicos en todos los miembros de una cultura dada. La varianza de los rasgos de la personalidad, que resulta de la dialéctica cultura-contracultura permite la aparición de los rasgos individuales (Díaz-Guerrero, 1979).

Con base en lo anterior, el estudio de la percepción de riesgo tiene que considerar la reactividad del individuo ante situaciones genéricas de salud, sin criterios predeterminados de efectividad ante los estímulos. Las situaciones más usualmente utilizadas para construir los reactivos en esta área son: toma de decisiones, persistencia o logro, flexibilidad al cambio, tendencia al riesgo, impulsividad no impulsividad, tendencia a la transgresión,

De las respuestas de un grupo a un continuo escalar podemos observar la variabilidad entre grupos y sujetos. A partir de ello, constituir tipologías o hacer inferencias sobre comportamiento futuro. Otra método es la simulación de juegos o problemas que permitiera evaluar al sujeto contra si mismo en un diseño experimental sin estadística, en cada una de las situaciones con el objeto de anotar sus estilos.

El estudio de los estilos de la madre en el contexto de la salud del niño, en situaciones comunitarias, requiere de una visión cultural; pues las invariantes del comportamiento materno en una comunidad responderan en parte a la norma subjetiva o deseabilidad social de esas conductas en el contexto. Así pues, algunos estilos o rasgos de personalidad pueden ser explicados en relación a la herencia cultural dado el desarrollo social y económico de la comunidad.

El ejercicio de la autoridad, el autoconcepto, estado anímico como rasgos de personalidad de la madre y su percepción del comportamiento del niño, de la pareja y las características de socialización como percepciones y conductas derivadas de

los estilos pretenderá ubicarse como variables relevantes que se suponen pueden relacionarse con la estimulación del niño, la higiene y la diversidad de la dieta.

La revisión de literatura muestra el impacto de la depresión sobre las interacciones del infante y su desarrollo. Los infantes de madres deprimidas: a) desarrollan un estilo de comportamiento poco activo a los tres meses de edad; b) persiste sobre el primer año, si persiste la depresión en la madre y; c) afecta el crecimiento y el puntaje en la escala de desarrollo Bayley al final del primer año (Tiffany, 1992). Los estilos depresivos en madres incluyen percepciones distorsionadas de conducta y prácticas negativas de enseñanza (Tiffany, 1992).

El papel de los factores sociales y familiares se asocia a desórdenes de conducta y la depresión materna juega un papel importante dentro de los factores que afectan la interacción cuidador-niño (Gardner, 1992). Además, existen evidencias que apoyan la hipótesis que la inhibición social está asociada con la depresión materna y afecta la relación de apego (Rubin, Both, Zahn-Waxler y Cumming, 1991).

Lovejoy (1991), observó las interacciones sociales de 32 madres deprimidas y no deprimidas y sus niños de 3 y 4 años, evaluando las percepciones de la madre sobre la conducta del niño. Las madres deprimidas exhibieron más conductas negativas que los grupos controles, pero no se encontraron diferencias significativas en el comportamiento materno positivo. Hubo un alto grado de reciprocidad entre la conducta del niño y la madre en ambos grupos, mostrándose las madres deprimidas fueron más negativas en sus percepciones que las controles.

Redding, Harmon y Morgan (1990) examinaron la relación entre depresión materna y tareas de competencia, persistencia y placer del niño al hacer un rompecabezas. Los puntajes de depresión materna se correlacionan inversamente con el placer del infante asociado a la tarea. Los autores sugieren que la depresión materna afecta las competencias y preferencias de cambio en niños pequeños.

Es importante mencionar que las madres participantes en los estudios mencionados presentan sólo un modo depresivo de comportamiento y no son clínicamente depresivas. La depresión de la madre se asocia con prácticas de crianza indeseables tales como la no responsividad, falta de atención e involucramiento y una percepción negativa del niño (Gelfand y Teti, 1990).

La condición anímica de la madre es multideterminada no sólo por variables antecedentes o históricas sino también por conducta de planeación. Se trata más bien de un producto o resultado de la socialización, interacción con la pareja, percepción de la pareja y el niño y las expectativas que establezca el estilo de autoridad que la mamá ejerce en la familia.

De la permisividad a la omnipotencia podemos describir un continuo en el ejercicio de la autoridad en el seno familiar lo cual nos permite discriminar diferentes tipos de madres en cuanto al manejo de la autoridad (Vera, 1995). Las democráticas, omnipotentes y autoritarias tienen más clara la conducta esperada del niño, mientras las sumisas y permisivas son menos directivas. No sólo se trata de la definición de la conducta esperada sino reconocen y definen un proceso sistematizado y ordenado que seguirá el entrenamiento del niño con el objeto de llegar a la meta esperada.

El estilo autoritario se asocia a técnicas enseñanza-aprendizaje basadas en evitación-escape, usando el castigo para mantener al niño sujeto a normas y respetuoso ante la autoridad. Mientras que el estilo democrático promueve técnicas de enseñanza-aprendizaje basados en el principio de reforzamiento y la idea de que los niños tienen la posibilidad de opinar y ofrecer consecuencias a los padres, volviendo el proceso de control instruccional en un sistema de interacción en donde se fomenta la solución de problemas y la toma de decisiones (Kochanska, 1995).

También dentro de los rasgos de personalidad relacionados con los estilos de crianza se encuentra el autoconcepto, entendido este, como un proceso psicológico

cuyos contenidos y dinamismo son determinados socialmente. "Lo que experimentamos como un autoconcepto", afirma Cottrell (1969, p, 548), "Es un producto reflexivo de la interacción social". La matriz en la cual se forma y se desarrolla el autoconcepto es el complemento de sí mismo con los otros. El papel de los otros en la percepción de sí mismo es fundamental. El autoconcepto, sin ser exclusivamente una reproducción de la manera como el individuo es percibido por los otros, se construye a partir de las percepciones y representaciones sociales de los otros significativos.

La dimensión del autoconcepto que nos interesa investigar tiene que ver con la pareja, como se conceptualiza a sí misma en un aspecto, el de pareja. El autoconcepto de la mujer en su papel de pareja se relaciona con la percepción del hombre como pareja y ambos pueden asociarse posiblemente con los estilos de autoridad que la madre ejerce en el hogar.

4.4. Creencias y Percepción de Riesgo

Aunado a los rasgos de personalidad de la madre y las características interactivas de la díada madre-hijo, los conocimientos que la madre maneje acerca de la salud, nutrición y desarrollo del niño son un aspecto fundamental en la explicación del cuidado de este; que si bien, potencializan una decisión adecuada, no la determinan, pues entre el conocimiento y la acción existen una serie de variables que parecen explicar el proceso.

Una de estas variables relacionadas son las actitudes hacia el cuidado del niño, que se refieren fundamentalmente a la crianza. Se ha encontrado que una actitud negativa hacia el niño incrementa los niveles de estrés en la madre, afectando la posibilidad de predecir adecuadamente la conducta futura hacia el niño y afectando las características de la interacción madre-hijo.

Una actitud negativa hacia el niño implica una percepción distorsionada de su comportamiento y esto hace que la madre sea menos sensible a las señales de enfermedad o desajuste. Este tipo de percepción es propia de madres depresivas, que son poco responsivas hacia las demandas del niño y generalmente los niños de estas mamás tienen problemas de salud y alimentación. Suponemos que el proceso de desnutrición leve tiene su origen en los factores asociados entre el conocer y el hacer; los cambios en las percepciones son maximizadas por el deterioro perceptivo, el cual viene a modificar la interacción madre-hijo.

Así pues, entre el conocimiento y la acción encontramos a las actitudes, la percepción de riesgo y la norma subjetiva. Posiblemente. todas ellos siguen una dinámica impuesta por los rasgos de personalidad de la madre y los factores sociales. Por supuesto, los tres componentes enunciados deben ser estudiados contextualizadamente (salud, desarrollo y nutrición) a través de conductas objetivas claras y medibles.

4.5. Objetivos

Con base en lo expuesto hasta ahora identificamos y planteamos los siguientes objetivos:

1) Dimensionar y relacionar las variables de rasgos de personalidad: autoconcepto, estado anímico, autoritarismo, percepción de la pareja con las variables de conocimiento, estimaciones de riesgo en cada uno de los grupos.
2) Dimensionar y relacionar las variables de rasgos de personalidad y conocimiento-estimación de riesgo con las subyacentes de tipo social y condiciones de vida en cada uno de los grupos.
3) Teniendo como variable dependiente la diversidad de la dieta comparar dos grupos, uno con y otro sin desnutrición leve (-1 D.S. en peso/talla) en las

variables conocimiento, estimaciones de riesgo y rasgos de personalidad de la madre.

4) Teniendo como variable dependiente la estimulación del niño en el hogar comparar dos grupos uno con y otro sin riesgo en el desarrollo de las variables conocimientos, estimaciones de riesgo y rasgos de personalidad.

5) Teniendo como variable dependiente la higiene del niño, la madre y el hogar comparar dos grupos uno con y otro sin procesos de salud-enfermedad en las variables de conocimiento, estimaciones de riesgo y rasgos de personalidad.

6) Si existe correlación entre los grupos de comparación en base a las tres variables de segmentación. Evaluar el modelo general de cuidado del niño con las dimensiones significativas encontradas en los intentos individuales a través de regresión múltiple por pasos.

4.6. Diseño de Investigación

En general la evidencia bibliográfica para estos casos esta saturada de ejemplos de grupos de comparación transversal o longitudinal con las medidas nutricionales como eje central y las sociales, salud y desarrollo como satélites independientes, todo estudiado de manera retrospectiva.

El diseño implementado es un tanto diferente por las siguientes características:

1) La población infantil y preescolar no fue seleccionada o indicada hasta el término del levantamiento de datos.

2) No existió criterio previo para aceptar o rechazar a un niño, por lo cual, se desconoció hasta el término del levantamiento cuantos de los niños pertenecían a cada uno de los grupos.

3) Se estudió una comunidad completa en un corte transversal, desde el nacimiento a los seis años.

Se conformaron grupos de menos 30 sujetos que para comunidades de 3 a 4 mil habitantes nos generó datos con suficiente variabilidad para el contraste de grupos en términos de las variables dependientes y a su vez nos permitió tener una visión de las variables en diferentes edades del niño.

El muestreo no fue aleatorio, pero los grupos no se definieron a priori. Se separaron los sujetos a posteriori y se llevaron a cabo los análisis respectivos, Por la manera de operativizar el levantamiento de datos se controló el acarreo intra e inter sujeto.

Este tipo de diseño tiene validez ecológica y pretendió estudiar el microsistema familiar con el objeto de observar su interrelación como mesosistema (interacción entre entornos) y su afectación como entorno no presente o exosistema.

En el microsistema familiar se refiere al análisis de las variables de proceso como estimulación, higiene y diversidad de la dieta, el mesosistema a las variables de estimación de riesgo y finalmente el exosistema a las variables de personalidad.

CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE UN MODELO PARA LAS VARIABLES

5.1. Introducción

Necesitamos incrementar nuestro conocimiento acerca del papel de los padres como educadores. Con el fin de contar con los elementos para el desarrollo de los programas de educación a padres. No se ha estudiado mucho las características de los padres que promueven el desarrollo de competencias en el niño. A pesar de que, el conocimiento, los valores, creencias y conductas de los padres contribuyen a la ejecución de objetivos y metas explícitas que el padre persigue con su educación.

Los valores y creencias de los padres están fuertemente articulados a las competencias y habilidades del adulto, incluyendo su competencia como educadores de sus hijos. Cambios en creencias traen consigo cambios en conducta (Krietler y Krietler, 1976).

Kohn (1977) presenta evidencia en la cual se puede observar que los valores de los padres acerca de la amabilidad y obediencia contrastan con la curiosidad, iniciativa y valores de autodirectividad de los niños. La relación entre obediencia y dependencia afecta en los valores de los padres acerca de lo que el niño tiene que hacer como meta (Alwin, 1984). Ambas, las creencias y los valores paternos se asocian de manera significativa con los puntajes en pruebas de inteligencia del niño, competencias académicas, estilo de autoridad y las creencias de los padres acerca de las estrategias enseñanza-aprendizaje (Schaefer y Edgerton, 1985). La dimensión de autoritarismo ha sido identificada por investigación en la que se propone la deificación de los padres, exclusión de experiencias externas, intrusividad y técnicas de control negativo (Schaefer, 1961). Donde se constituyen en valores de los padres que manejan la obediencia como una meta del desarrollo del niño

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

(Sparling y Lowman, 1983). A menor educación de los padres la obediencia es una conducta adaptativa reforzada en el entorno cotidiano del padre y se trata de establecer en los hijos puesto que es un valor en el sistema de creencias del padre (Kohn, 1969). Los antropólogos han observado en comunidades con economías agrícolas que la obediencia es un valor que rige el trato de los padres hacia los niños. Las comunidades en las que las tasas de mortalidad son bajas y se cuenta con recursos de alimentación y subsistencia los padres están preocupados por el futuro económico de automantenimiento de los hijos (Langman, 1973; Munroe y Munroe, 1972). En este contexto, los niños ayudan a satisfacer las necesidades afectivas, proveen de amor y compañía a los padres y refuerzan el matrimonio (Hoffman y Hoffman, 1973). Levine (1974), afirma que los patrones de crianza reflejan el interés de los padres en la sobrevivencia. Todo esto corresponde con las características de las comunidades de la zona rural de la región Centro del Estado de Sonora, en las cuales se llevó a cabo la investigación con el objeto de conocer la relación entre las características de la madre y el desarrollo del niño. Consecuentemente, se estudiaron los estilos vínculados a las estrategias enseñanza-aprendizaje, tales como: el estilo de autoridad, el estado anímico y autoconcepto en las madres.

La obediencia afiliativa y el control interno activo que de acuerdo con La Rosa (1986) representan dos dimensiones del autoconcepto indican la relativa independencia o dependencia de la madre hacia sus normas subjetivas (pareja, comunidad, etc.). En nuestro estudio se midió el autoconcepto de la madre como pareja con el objeto de contar con una medida indirecta de la atribución de control (Giraldi y Díaz-Loving, 1991) para relacionarla con el apego de la madre al control y reglas derivadas de lo social, tales como los valores de obediencia y abnegación como objetivo meta del entrenamiento del niño.

Se sabe que la depresión afecta la evaluación que la madre hace acerca de su niño (Billings y Moos, 1983; Conrad y Hamman, 1989). Habser-Stratton (1988) indican que existe una relación entre el estrés depresivo y la depresión marital, la evaluación del niño y el comportamiento de la madre. Pero los datos muestran que el comportamiento de los niños no es diferente, son las evaluaciones de madres depresivas más negativas y su comportamiento es más agresivo, intrusivo y emocional. Este comportamiento es muy parecido al que se plantea como parte de un estilo autoritario en donde el valor de obediencia rige los criterios de educación (Hops, Beglan, Sherman, Yoll et al., 1987).

Así pues, el modelo con mayor fundamento empírico propone que la depresión de la madre y la interacción con la pareja son una unidad que afecta la percepción del niño y en términos de esta evaluación, los niveles de irritabilidad y tolerancia son débiles, donde las consecuencias del uso del castigo implican el control y la obediencia del niño (Dumas y Serketich, 1994).

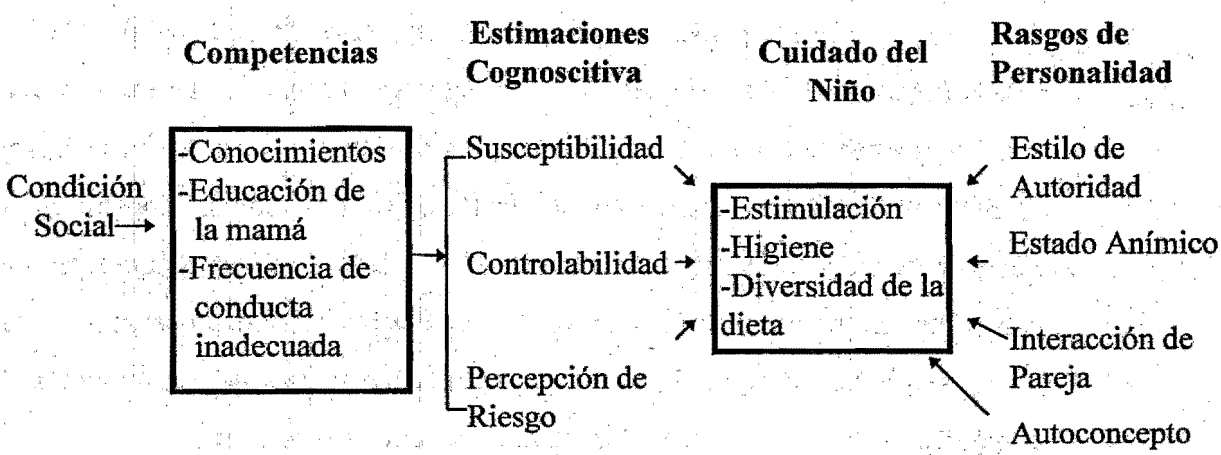
La relación con la pareja se evalúa con tres tipos de registro: uno observacional y de reporte sobre trato que el padre da a la madre; otro sobre el concepto que la madre tiene de su pareja y un último sobre la socialización de la madre. Para conocer de que manera funciona la estimulación del niño cuando éstas medidas varían en poblaciones de la zona rural. Consideramos que las variaciones en la interacción de la madre con la pareja explican más sobre su conducta estimulativa que la depresión y que ésta última actuaría como concomitante.

Los elementos constitutivos de las prácticas de crianza tiene otra fuente de variación, las estimaciones de riesgo, controlabilidad y susceptibilidad del niño ante un problema de desarrollo, salud y nutrición. El modelo cognitivo-conductual de Ajzen y Madden (1986) denominado teoría de la conducta planeada, extensión de la teoría de la acción razonada Ajzen y Fishbein (1980) supone que la intención de ejecutar una conducta tiene tres determinantes conceptuales: actitud hacia la

conducta, (evaluación favorable o desfavorable hacia la conducta en cuestión); la norma subjetiva (percepción de las personas sobre las presiones sociales, valores sociales, para realizar o no determinado comportamiento); y la percepción de control de conducta, (facilidad o dificultad de realizar cierto comportamiento, reflejando las experiencias pasadas así como obstáculos o impedimentos).

Para explicar conducta, no intenciones, medimos: a) a susceptibilidad como estimulación de la vulnerabilidad del niño ante un eventual problema de salud y desarrollo; b) el nivel de control percibido por la madre; c) la estimación de riesgo acerca de conductas inadecuadas. La contribución de estos elementos ante el fenómeno estudiado dependerá de la evaluación retrospectiva de la madre acerca del desarrollo o la salud del niño. Que será diferente en niños de riesgo o no riesgo en el desarrollo, reportados como sanos y enfermos y con bajo y alto peso para la talla. Estas variables podrán actuar de manera independiente o concatenada en la determinación de la conducta específica para niños de una población riesgo o no riesgo en las tres conductas de cuidado del niño

Figura 5.1. Variables relacionadas con el cuidado del niño en zona rural.



Como se puede observar en la figura 5.1 las relaciones propuestas estarán afectadas por los conocimientos, la frecuencia de conductas inadecuadas, la educación de la madre como una unidad que tiene que ver con sus competencias y por el nivel social como indicador de infraestructura de la vivienda y sanitaria.

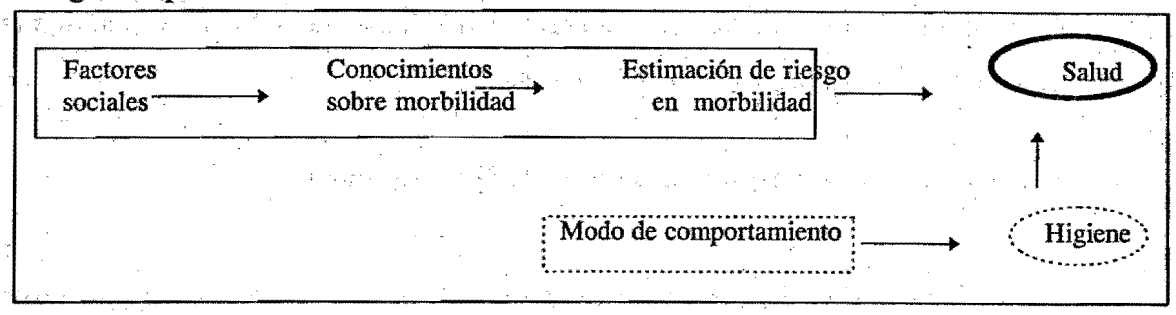
5.2. Diversidad, Estimulación e Higiene

Los productos o resultantes en el modelo recién propuesto no son diferentes a los que ya se han indicado en la literatura, peso/talla, desarrollo y morbilidad, donde las variables próximas del microsistema familiar son diversidad de la dieta, estimulación del niño e higiene.

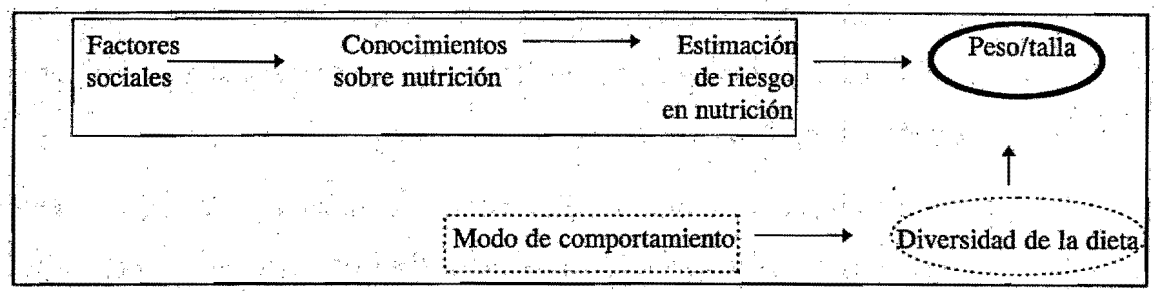
Las tres variables que enfatizan formas particulares de comportamiento se miden de manera directa observacional. La primera tarea analítica implica mostrar que existe relación entre la forma de comportamiento de la madre y el estado actual del niño como se muestra en la figura 5.2.

La segunda tarea analítica, es descubrir los factores facilitadores o inhibidores de los comportamientos adecuados, para lo cual se proponen dos tipos de variables. El primero, tiene que ver con los rasgos de personalidad de la madre relacionados con el cuidado del niño y el segundo, presupone que los conocimientos y el riesgo percibido afectan el comportamiento de la madre. Se tiene la hipótesis de una relación inicial entre estos dos factores, esto es, que los conocimientos y el riesgo percibido presentan una variabilidad asociada a los factores de personalidad y a través de esta interacción se afecta el comportamiento. Se considera también que es posible que actuen de manera independiente en uno de los comportamientos, como desarrollo, y de forma interactiva para salud y nutrición.

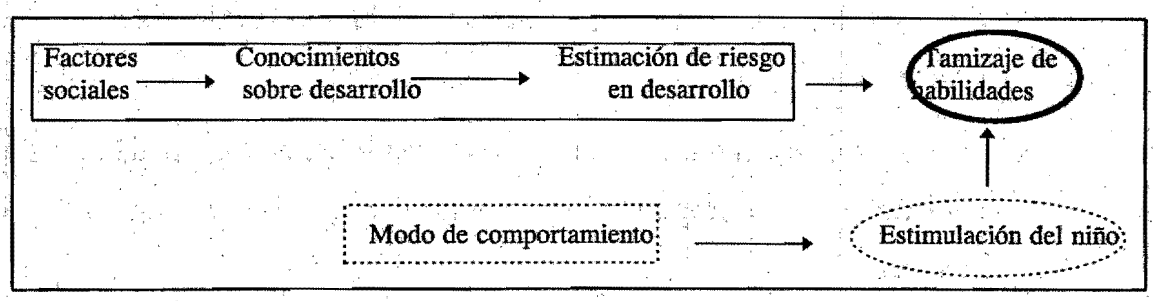
Figura 5.2. Variables de un modelo psicológico para explicar salud, nutrición y desarrollo del niño en zonas rurales partiendo de las estimaciones de riesgo y rasgos de personalidad de la madre.



Cuidado del niño: variables de nutrición.



Cuidado del niño: variables de desarrollo.



Variables Subyacentes =
Variables Próximas =
Variables Intermedias =
Resultados o Productos =

Una tercera hipótesis implica que los dos factores interactuen según el grupo etáreo en el que se prueban, siendo más probable la interacción en los infantes que en los preescolares. Una suposición hipotética adicional es que la interacción o

unicidad dependen de un factor social o las características de la relación del cuidador con la pareja. Finalmente, debe suponerse que es probable que cada uno de los dos factores actue de manera independiente facilitando o inhibiendo los comportamientos adecuados de cuidado del niño.

5.3. Estilo de Comportamiento de la Madre: Hipótesis

Con base en el análisis de la literatura relevante reportada proponemos las siguientes hipótesis:

1) La variabilidad en el factor próximo (higiene, diversidad, estimulación) está relacionada con los cambios en las variables de estado anímico, estilo de autoridad, evaluación del niño y autoconcepto.

2) Las correlaciones entre las dimensiones o subescalas de las variables de personalidad, obtendrán valores mínimos de asociación no significativos.

3) Cada una de las dimensiones o subescalas de personalidad explican de manera independiente y con parámetros distintos a la diversidad, higiene y estimulación.

4) En la línea de afectación de evaluación del niño, estado anímico, estilo de autoridad y autoconcepto la variabilidad en una debe ser explicada por la anterior.

5) La variabilidad en diversidad, higiene, estimulación se relaciona con la pertenencia a un grupo de riesgo.

6) La cantidad del atributo de las variables predictivas de personalidad se asocian con la pertenencia a grupos diferenciados en términos de riesgo.

5.4. Conocimientos y Percepción de Riesgo: Hipótesis

La susceptibilidad percibida como variable en nuestro estudio se origina a partir del modelo de creencias en salud (Janz y Becker, 1984) donde se refiere a la vulnerabilidad estimada a una condición, esto es, se refiere una dimensión personal subjetiva de riesgo de contraer una enfermedad. Esta susceptibilidad de riesgo es exclusiva e individual mientras la percepción de riesgo es una estimación del riesgo asociado a factores situacionales.

Los tres esquemas presentados en la figura 5.2 aunque analíticamente parecen aislados, están vinculados entre sí, por su dinámica. La morbilidad, la nutrición y la estimulación del desarrollo son los tres aspectos fundamentales del cuidado del niño en una zona rural sin desnutrición moderada y grave. Los factores sociales, (número de hijos, ocupación, educación, tenencia de enseres y vivienda) se asocia con el tipo y número de conocimientos que la madre domina y éstos a su vez con la percepción de riesgo.

La forma en que la madre percibe el riesgo a enfermar de su hijo parece estar fuertemente ligado a los conocimientos que la persona maneja en relación al tema y a un conjunto de actitudes relacionadas con la susceptibilidad, severidad, y controlabilidad percibida (Janz y Becker, 1989).

Las hipótesis son:

1) Existe una relación entre la diversidad, nutrición y desarrollo y cambios en las estimaciones de riesgo.
2) No existen intercorrelaciones entre las variables de estimación de riesgo.
3) Las variables de estimación de riesgo explican cada una de las variables próximas de manera independiente y diferente.

4) En la línea de afectación de conocimientos hacia estimaciones de riesgo, la variabilidad en una debe ser explicada por la anterior.

5) La variabilidad en diversidad, higiene, estimulación está relacionada con la pertenencia a uno u otro grupo en términos de la cantidad del atributo de las variables predictoras de estimación.

Como cada una de las hipótesis o suposiciones se evalúa para los tres factores próximos nos dan un total de 18 suposiciones.

PARTE II. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

CAPÍTULO 6. DESARROLLO DEL NIÑO

6.1. Introducción

En este capítulo se trataran los aspectos metodológicos y de instrumentación del desarrollo como producto y la estimulación como recurso para promoverlo.

En general, el desarrollo infantil es un proceso continuo y progresivo. Sin embargo, la velocidad a la que avanza cada niño a través de los estadíos, puede ser muy variada.Esta variación está asociada a diferencias culturales y sociales, además, el avance relativo en una dimensión del comportamiento no implica que los niveles de desarrollo en otras esferas tenga la misma velocidad.

El desarrollo infantil refleja la integración de procesos genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. El desarrollo en sí mismo comprende diversas áreas de ejecución, las cuales pueden estar funcionalmente separadas pero se influyen unas a otras en diversos grados. Los problemas en ciertas áreas del desarrollo se manifiestan más temprano que en otras. Esto significa que algunos problemas del desarrollo se pueden detectar a cierta edad y otros, en etapas posteriores.

El desarrollo es un proceso dinámico, interactivo, en el que tanto el medio ambiente como las características del niño se influyen de manera recíproca.

Las características del niño influyen sobre el medio ambiente y a su vez modifican el impacto del medio ambiente sobre su propio desarrollo. La manera en que el medio ambiente trata al niño está parcialmente determinada por la forma de ser del niño y la manera en que es percibido (Samaroff y Chandler, 1975).

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Existe en la literatura un elemento adicional importante a ser considerado, se refiere a la coordinación o sincronía relacionado con el desarrollo afectivo. La coordinación de conductas se piensa es la clave de éxito en las interacciones entre madre e hijo como también del desarrollo de habilidades sociales (Tronick, 1989; Tronick y Cohn, 1989). Se parte de la premisa de que la madre y el hijo son igualmente capaces de modificar estados afectivos. Madres e hijos que son capaces de reestablecer una condición de equilibrio, pasando de un estado mal coordinado a uno de ajuste, ayudan al infante para lograr un sentido del éxito y la eficacia, como el sentido de sí mismo (Stechler y Kaplan, 1980; Tronick y Cohn, 1989). En contraste la inhabilidad para reparar el malajuste resultan en sentimientos de desesperanza y retiro que pueden llevar a la depresión en el niño (Tronick, 1989).

Cuando se han examinado las consecuencias de la falta de coordinación se ha encontrado que los niños tienen un inadecuado crecimiento y desarrollo, conductas maternas pobres, estrés familiar y un nivel socioeconómico bajo. Estos datos como resultantes se parecen aquellos presentados en malnutrición por lo cual se piensa que los patrones disfuncionales de las interacciones madre-hijo puedan dirigir a la desnutrición.

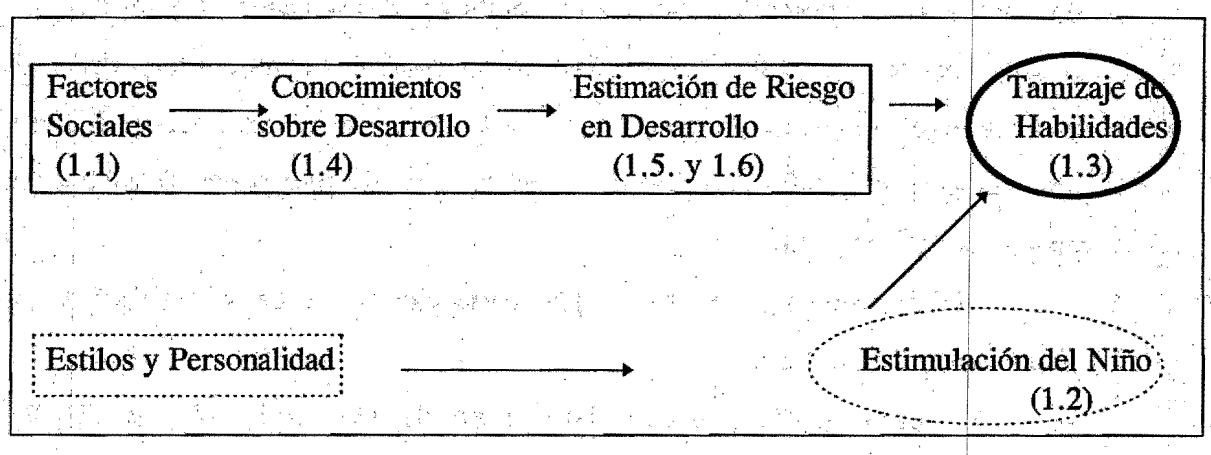
Se supone que para el niño de 0 a 6 años, la estimulación en el hogar esta relacionada con el nivel de desarrollo (Coll, Hoffman y Oh, 1986; Matheny, Wilson y Tobhen, 1987) y ambos según el modelo propuesto se relacionan con los conocimientos y percepción de riesgo de la madre y con sus características de personalidad. Así pues, este conjunto de variables se cree pueden explicar los niveles de estimulación y desarrollo.

Figura 6.1. Variables medidas en la evaluación del desarrollo psicosocial del niño en la zona rural.

Componentes

1.1. Datos de Identificación del Niño
1.2. Estimulación del Niño en el Hogar
1.3. Escala de Desarrollo Integral del Niño.
1.4. Evaluación de Conocimiento sobre Desarrollo
1.5. Frecuencia de Conducta asociada a Riesgo en Desarrollo
1.6. Percepción de Riesgo en Desarrollo

Modelo de la Tarjeta 1. Cuidado del niño: variables del desarrollo psicosocial.



Variables Subyacentes =
Variables Intermedias =
Resultantes =
Variables Próximas =

6.2. Métodos de Evaluación del Desarrollo

Al evaluar el desarrollo estamos obteniendo un puntaje, la mayoría de las veces en una escala dicotómica, de un conjunto de reactivos de tipo conductual-observacional; esto es, disponemos el ambiente de tal forma que el niño tenga oportunidad de llevar a cabo una conducta. Sin embargo, no estamos midiendo un proceso de manera directa sino indirecta a través de sus resultados, esos productos nos permiten ubicar al niño en relación con su población de referencia.

En relación con la precisión de la lectura y dependiendo de las pretensiones de la medición, tenemos instrumentos de diagnóstico y de tamizaje. Las medidas de diagnóstico pertenecen a un nivel de análisis micro y por lo tanto son moleculares en cuanto a la manera de cubrir una habilidad o dimensión. Por otro lado, las medidas de tamizaje hacen referencia a un macro análisis en donde las dimensiones y cambios en el desarrollo son evaluados en lo general. Se trata de indicadores molares que nos informan sobre el riesgo que el niño tiene de presentar un problema del desarrollo.

Los instrumentos diseñados para detección o tamizaje deberán tener las siguientes características:

1) Ser de aplicación rápida y baratos por la disponibilidad y acceso de los materiales.
2) Estar diseñados con una lógica simple y detallada de manera que puedan ser manejados por personal con un mínimo de capacitación.
3) Incluir ítemes con clara relevancia para el tipo de problemas a detectar y el tipo de población a investigar (Atkin, 1989).

Por lo anterior se deben especificar claramente cuales son los objetivos conductuales del instrumento, es decir, los problemas del desarrollo que se pretenden detectar o describir con ese instrumento. Los indicadores deberán ser

apropiados a los objetivos conductuales del instrumento y a las poblaciones en las que el instrumento será usado.

4) Incluir indicaciones claras en cuanto a la manera de interpretar los resultados y a las normas o estándares que habrán de seguirse para ubicar a cada niño del estudio.

Además el instrumento debe proporcionar una continuidad a lo largo de las edades en términos de las áreas y de los indicadores del desarrollo que incluye, se debe prever la facilidad para comparar los resultados a lo largo del tiempo.

Así pues, es necesario contar con instrumentos precisos mejorando la capacidad evaluativa del mismo haciendo igualmente sensible para el comportamiento del recien nacido las escalas de lenguaje y social y para el preescolar las medidas de conducta motora fina y gruesa. Esta consideración es importante para muchos de los instrumentos de tamizaje que desdeñan el comportamiento social-lingüístico en niños no verbales.

En la selección de los indicadores, además de la necesidad de considerar las bases conductuales, existe otro aspecto de suma relevancia y complejidad que es la adecuación cultural de los mismos. Esto es especialmente importante cuando el instrumento que se ha seleccionado fue elaborado para otra cultura, o cuando el instrumento se basa en investigación realizada en otros países.

La escala de desarrollo integral del niño de 0 a 6 años (EDIN), de Costa Rica es por mucho la más completa, cubriendo más áreas del desarrollo con mayor número de indicadores; sin embargo, el número de indicadores en cada edad es muy irregular. Se colocan los indicadores a la edad en que el 70% - 75% de los niños de la muestra de estandarización logran esa conducta. Se basa en estudios de evaluación llevados a cabo en América Latina con muestras de estandarización bien seleccionadas. Parece tener propiedades psicométricas adecuadas y además, tiene datos en cuanto a su validez constructiva en términos de tendencias del desarrollo y

de comparación entre diversos niveles socioeconómicos. Sin embargo, no hay datos disponibles en cuanto a la validez concurrente y predictiva. Fue diseñada para proporcionar mejores descripciones del desarrollo del niño, que las que ofrecen otras escalas estandarizadas elaboradas en otros países. Sin embargo, hasta el momento no se sabe como se comportan en comparación con otros tests o con los resultados de evaluaciones clínicas llevadas a cabo a la misma edad, o con el desarrollo mostrado ulteriormente (Atkin, Supervielle, Sawyer y Cantón, 1987)

En el caso de la ETDD (prueba de escrutinio del desarrollo Denver) (Frankenburg y Doods, 1967) ha simplificado significativamente la presentación visual de la hoja de la prueba, al colocar las conductas en orden cronológico, ejemplificando de esta manera la progresión del desarrollo.

La prueba Denver y la EDIN tienen los manuales de instrucciones más completos, mientras que las otras sólo cuentan con lineamientos generales e ilustraciones dentro del mismo instrumento.

En el Denver, los retrasos leves pueden pasar desapercibidos dado que el juicio diagnóstico se determina en base al número de áreas con déficit. Este procedimiento puede resultar inadecuado, especialmente si se toma en cuenta que no se tiene datos de la consistencia de las áreas en ellas mismas.

De manera consistente la prueba de escrutinio del desarrollo Denver mostró ser muy preciso en términos de su especificidad, es decir, su habilidad para identificar individuos sanos. Sin embargo, ha mostrado consistentemente una sensibilidad baja, o sea, el instrumento con suma frecuencia falla en identificar a niños que si están en riesgo (Atkin, 1989).

Uno de los aspectos útiles de la prueba Denver es la manera en que se describe el rango de edad correspondiente a la adquisición de cada una de las conductas, presentando la edad a la cual el 10%, 50%, 75% y el 90% de la muestra original logró dicha conducta. Esto tiene un gran valor educativo para los

trabajadores de salud y del sector educativo que son capaces de comprender la presentación en barras.

La versión modificada presenta las conductas en orden cronológico, que le da una apariencia de menos amontonamiento y hace más fácil la percepción de la naturaleza progresiva del desarrollo. Además, sólo se evalúan las conductas que podrían considerarse como retraso, reduciendo considerablemente el tiempo de aplicación.

La prueba Denver parece más apropiada para programas que cuenten con una supervisión estrecha a cargo de personal paraprofesional con nivel educativo medio o personal del equipo de salud con mayor entrenamiento.

En estudios anteriores llevados a cabo en la zona rural (Vera, Domínguez, Moreno, Sandoval y Laborín, 1993), se había utilizado la prueba de Escrutinio del Desarrollo Denver (ETDD) (Frankenburg y Doods, 1967) y se notaba que para poblaciones de niños con padres alfabetizados y sin pobreza es más sensible para detectar niños sanos, pues se observaba que para que un niño se declarará de riesgo en las conductas relacionadas con el percentil 75 se requerían tres fallos en diferentes escalas, lo cual ocurría pocas veces por lo probable que el niño pasará la mayoría de los reactivos. De esta manera, se llegó a la conclusión de que los niños detectados como de no riesgo posiblemente se encontraban algunos con riesgo en el desarrollo, pues para que el niño sea detectado como de riesgo se requiere un retardo importante en el desarrollo. Para tratar de resolver esta situación y hacer más sensible el instrumento se requería hacer más completa la evaluación aumentando el número de reactivos en las áreas de lenguaje y personal social en el primer año de la vida y para conducta motora fina y gruesa en los últimos dos años (4 a 6 años).

La lista de reactivos del EDIN (ver anexo tarjeta 1.3) permite una evaluación más detallada para su examen. Al igual que el Denver se llevaron a cabo

tres intentos para cada uno de los reactivos y se registraron los reactivos pasados o fallos. Sin embargo, la definición de riesgo para este estudio se precisa convirtiendo para cada grupo de edad los valores absolutos en puntuaciones *z* y considerando como niños de riesgo en el desarrollo lo que se encuentran por abajo del -.75 desviaciones estándar.

Esto quiere decir, que encontrada la relación entre el número de reactivos y obtenida la puntuación *z* partiendo de la desviación y media para cada grupo etáreo empezaríamos a considerar niños de riesgo por abajo del primer cuartil que corresponde -.75 desviación estándar correspondiente al 25 porciento de casos hacia la izquierda.

6.3. Métodos de Evaluación del Niño en el Hogar

Los patrones de cuidado del niño pueden ser considerados como adaptaciones culturales a las características del ambiente ecológico y las diferencias en las conductas de cuidado pueden estar relacionadas con el estado de salud de la población (LeVine, 1977). La hipótesis es que el comportamiento de las madres en comunidades desaventajadas con tasas de mortalidad y desnutrición en pobreza extrema reflejan un interés importante en la sobrevivencia, mientras en las comunidades por arriba de la línea de pobreza extrema se interesan por el desarrollo cognoscitivo y conductual. LeVine (1977) encontró que las madres son más responsivas, tienen más contactos físicos y alimentarios y menos contacto visual y verbal en comunidades desaventajadas. Sin embargo, se han encontrado algunos datos contradictorios que muestran que en la zona rural de Africa grupos de clase media del Japón y minorías étnicas de Cánada y Estados Unidos presentan patrones en donde la madre responde adecuadamente a la conducta verbal del niño, la respuesta de angustia a la separación maternal aparece a los ocho meses,

decrementa el contacto físico e incrementan las interacciones sociales (Super, 1981; Kagan, 1981; Sigman y Wachs,1991).

Basado en lo anterior, se ha sugerido la existencia de ciertos patrones universales de conducta y donde la cultura probablemente afecta la tasa, intensidad y ritmo de conductas específicas (Sigman y Wachs, 1991), como también la elección de conductas a las cuales, las madres responden y la manera en la cual responden (Brazelton y Cramer, 1990; Bornstein, 1992).

Existen dos comportamientos maternales que parecen jugar un papel importante en el establecimiento de patrones adecuados de interacciones madre-hijo y el óptimo desarrollo en todas las edades. Estas son la sensibilidad de la madre a las necesidades del niño y la responsividad contingente a sus señales. Aún cuando las respuestas específicas de la madre ante las demandas del niño varían como una función de la edad, parece que algunas conductas son fundamentales en todas las edades. De esta manera, la estimulación verbal y visual y las demostraciones de afecto parecen ser importantes en todas las edades mientras el contacto físico y el cargar al niño parecen ser positivos no después de los 10 o 12 meses de edad pues se interfiere con la independencia del niño y la conducta exploratoria (Clarke y Stewart, 1973; Wachs y Gruenm, 1982).

La riqueza actual de la estimulación que el niño recibe en el hogar es posible medirla con el HOME (Home Observation Measurement of the Environment) (Caldwell y Bradley, 1968).Este inventario de observación diseñado para medir la estimulación en el hogar presenta tres modalidades una para infantes que contiene 45 reactivos agrupados en 6 subescalas: a) responsividad emocional y verbal de los padres; b) aceptación de la conducta del niño; c) organización del medio ambiente físico; d) provisión de materiales de juego; e) los padres se involucran con el niño; f) oportunidades de variedad en la estimulación; otra para preescolares de 3 a 6 años de edad que contiene 10 reactivos más que el infantil agrupados en 8

subescalas: a) estimulación del aprendizaje; b) estimulación del lenguaje; c) ambiente físico; d) calor y aceptación; e) estimulación académica; f) modelamiento; g) variedad en la experiencia; h) aceptación. Y un tercero para escolares que asisten a la escuela primaria que contiene 59 reactivos agrupados en 8 subescalas que son: a) responsividad emocional y verbal; b) fortalecimiento de la madurez; c) clima emocional; d) materiales y experiencias que fomentan el crecimiento; e) disposición para estimulación activa; f) participación familiar en experiencias estimulantes del desarrollo; g) participación paterna; h) aspectos del ambiente físico.

Las suposiciones generales que subyacen al inventario de estimulación son:

1) Que los padres o el cuidador aseguren en el medio ambiente del niño la satisfacción del espacio físico, la salud del niño y su seguridad, sin restricciones físicas y/o sociales sobre la conducta exploratoria en un ambiente organizado temporal y físicamente.

2) Se considera que los padres fomentan el desarrollo sí le proveen un modelamiento variado en cantidad de estímulos. Considerando un rango de intensidad que no pase el umbral del niño para relacionarse efectivamente con la función de estímulo.

3) Los padres o cuidadores deben ser consistentes y sistemáticos en la aplicación de contingencias a la conducta apropiada y socialmente valiosa. Los adultos deberan ofrecer las mismas consecuencias positivas a la conducta que de manera acordada reconocen como adecuada.

4) Finalmente se supone que el desarrollo del niño es estimulado al proveer al niño experiencias culturales variadas, materiales y ambiente de juego enriquecedoras que tengan lugar con una persona que consistentemente va moldeando el comportamiento del niño.

La entrevista se lleva a cabo ante la presencia del niño y la madre, con una duración estándar de una hora, esto con el objeto de hacer igualmente probable la

ocurrencia de todos aquellos reactivos de observación del inventario (Caldwell y Bradley, 1968).

Como los reactivos son de observación y de reporte es importante que durante la aplicación del inventario el entrevistador considere las siguientes recomendaciones derivadas de estudios anteriores llevadas a cabo en la zona rural (Vera, Domínguez y Laborín, 1991).

1) Evitar estar llenando la forma durante la entrevista debe manejar toda la información dedicándose a observar y seguir una fórmula lógica y continua en las preguntas.

2) Es recomendable completar los puntajes del inventario antes de abandonar el hogar, el entrevistador no debe confiar en su memoria. Inclusive puede verificar los reactivos que están basado en la observación y todos estos reactivos pueden ser calificados por un sí o un no.

3) Tratar de no hacer un sondeo específico para cada reactivo del inventario. Esto es, no instigar para que la persona de la respuesta que se desea obtener.

4) El hecho de que las interacciones entre madre e hijo son trascendentales no excluye al padre o al cuidador, ya que en los reactivos se le da preferencia a las madres, bajo el supuesto cultural de que la madre es la más próxima a los cuidados del niño, por lo cual preferentemente debe levantarse el inventario a la madre o aquella persona que cuida generalmente al niño.

5) La entrevista puede ocurrir en cualquier parte del hogar, lo que importa realmente es que esté presente el niño y que la madre tenga la menor cantidad de distractores posibles, se debe recordar que la madre debe atender solamente la entrevista, no debe estar realizando labores hogareñas.

6) No es necesario ver el resto de la casa para hacer la entrevista. Se recomienda en la medida de lo posible observar el cuarto del niño y el patio de juegos.

7) Sí una persona le revela al entrevistador problemas personales durante la entrevista, se le debe pedir reservar para el final estos problemas, un momento en que tal vez pueda hacerle sugerencias.

8) El entrevistador debe utilizar los primeros 15 minutos de la entrevista para el ajuste de la tríada a la situación de encuesta y comenzando con datos generales de identificación deslindar los tiempos que disponen los padres para hacer contacto con el niño y el acceso que el niño tiene a los padres en la vida diaria. Después debe arrancar el cronómetro e iniciar preguntando sobre cuidados generales del niño (salud) comenzando la entrevista con aquellos ítemes que tratan de informar sobre la relación del niño con el entorno y sus amigos para después pasar a los padres y de los padres al niño. Después pide enseñar al niño sus juguetes y el lugar donde los guarda, donde juega, a qué juega, con quién, cuando y cuanto. El entrevistador debe recordar que se requiere evaluar la estimulación que los padres o cuidadores proveen, por lo cual debemos deslindar lo que el niño sabe o hace pero como un producto de la iniciativa paterna.

Se debe tomar en consideración que la precisión y sensibilidad de este instrumento decrementa al aumentar la brecha entre las características psicosociales de las familias de clase media en la que fue evaluado y los estilos de vida y formas idiosincráticas de estimulación del desarrollo infantil en comunidades pobres de zonas urbanas y rurales con bajos niveles de educación de los padres y graves problemas de disponibilidad y acceso a los recursos económicos, culturales y educativos. En resumen, esto implica que la probabilidad de encontrar casos de niños con bajos puntajes sin estar en riesgo, aumenta en la medida que las familias son pobres y su acceso a las diferentes formas de educación es limitado.

El método de entrenamiento de observadores consiste en la medición a diez díadas a quienes el modelo y el observador miden en dos ocasiones. Posteriormente se compara la medición uno del supervisor y la del observador, registrándose los

acuerdos y desacuerdos; al finalizar la medición a cada observador se le proporciona una retroalimentación, señalándole exactamente en que punto existe la diferencia con el supervisor. El anterior procedimiento se lleva a cabo con la segunda medición y en los diez sujetos; se recomienda que exista un intervalo suficiente entre las mediciones para evitar que el recuerdo de la primera medición influya en la segunda.

Se alcanza el grado de entrenamiento cuando el supervisor y el observador alcanzan un 96% de acuerdos, donde la diferencia no varie de 3 desacuerdos.

Para lograr confiabilidad en el levantamiento de datos se recomienda grabar diez entrevistas y definir un modelo que por su experiencia se considere confiable. Después con estas entrevistas debe someterse a los sujetos entrenados a una prueba de confiabilidad siguiendo el procedimiento de Habitch (1974) utilizado en antropometría.

Bajo las condiciones de vida y de aplicación del inventario para los niños de la zona rural fue necesario llevar a cabo un ajuste a los reactivos para adecuar los principios conceptuales del instrumento a la disponibilidad y acceso de materiales y a las formas particulares que la cultura impone históricamente sobre la forma de interpretar el desarrollo del niño en la comunidad.

Algunos reactivos, por su inaplicabilidad en el contexto rural, se encontraban presentes o ausentes en toda la población, lo cual impide estudiar variaciones entre sujetos. En la zona rural los periódicos y los libros no se venden, no se escucha radio y existe sólo un canal televisivo, no hay supermercados, en fin, las condiciones de vida hacen irrelevantes un total de 22 reactivos de ambos protocolos, por lo cual fueron eliminados de la forma original (ver anexo 1.2).

6.4. Método de Evaluación de las Variables Subyacentes

Partiendo de los principios que subyacen al instrumento para medir estimulación se elaboraron los reactivos de conocimientos (ver anexo tarjeta 1.4). Por esto, los conocimientos que se están midiendo son más bien referidos a estimulación, más que a desarrollo en el sentido ontogénetico. Se revisaron los principios y los reactivos del inventario de estimulación y se decidió abarcar sólo las preguntas relacionadas con las respuestas verbales y emocionales, restricción y castigo e involucramiento de la madre como factores del cuidado maternal dejando de lado los principios y subescalas que tienen que ver con la organización del ambiente, acceso a juegos y diferentes materiales y variedad de la experiencia que sirven para evaluar factores ambientales. A partir de esto, se elaboraron 11 reactivos que fueron utilizados para obtener el conocimiento de la madre sobre factores de cuidado relacionados con estimulación a la vez que constituyen las conductas sobre las cuales la madre estimaba la frecuencia en una escala de 5 puntos (nunca-siempre) y también el riesgo que representa su presencia o ausencia para el desarrollo futuro del niño (ver tarjeta 1.5 y 1.6).

CAPÍTULO 7. SALUD

7.1. Introducción

Los problemas más comunes de salud en el niño del nacimiento a los seis años se refieren a las enfermedades diarréicas y respiratorias. Las diarreas ocupan el segundo lugar como causa de enfermedad y muerte, muy cerca de las infecciones agudas de vías respiratorias. El grupo etario más afectado es el de los lactantes, preescolares y escolares (Kumate, 1988). En el primer año de la vida se combinan la ablactación temprana, la ignorancia y el descuido en la preparación de fórmulas lácteas y otros alimentos así como las deficiencias del saneamiento ambiental, higiene personal y carencias de agua y drenaje.

En la encuesta nacional de diarreas (Sepúlveda-Amor, et al., 1986) se observó que un 16.3% de los niños menores de 5 años habían padecido algún episodio diarréico en las últimas dos semanas. La mortalidad por esta causa fue cuatro veces mayor en la región del sureste que en la región norte del país; la proporción de las defunciones asociadas a diarrea fue de 50% y 25% respectivamente.

La gran mayoría de las diarreas son de origen infeccioso, el riesgo de exposición al agente infeccioso depende de condiciones sanitarias ambientales. La respuesta del receptor al agente varía según el estado inmunológico del primero y la dosis y virulencia del segundo.

Algunos mecanismos por los cuales a corto plazo las infecciones afectan el estado nutricional son: a) durante los episodios de diarrea se reduce el consumo de alimentos; b) la absorción de macro y micro nutrientes se ve reducida durante la diarrea; c) existe un aumento en el catabolismo, se ha calculado que por cada

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

gramo de fiebre existe un aumento del metabolismo basal del 5 al 8 porciento. En el transcurso de una fiebre tifoidea de 20 días de duración se pierden aproximadamente 130 gramos de nitrogeno corporal equivalente a 4 kg. de masa corporal (Pollack y Sheldon, 1970).

El estado nutricional del receptor es importante para defenderse de las infecciones. En la desnutrición severa las defensas inmunológicas y no inmunológicas se ven afectadas por varios mecanismos, tales como la disminución de la acidez gástrica, de la motilidad intestinal y del índice mitótico de las células del epitelio. Pero lo más importante es que la desnutrición causa depresión de la inmunidad celular y de la secreción de IgA en la mucosa intestinal (Mulholland, 1995).

El diagnóstico y prevención de las infecciones diarréicas y respiratorias en la comunidad depende en mucho de las creencias respecto de la enfermedad y a menudo distan mucho de la opinión médica reconocida en la esfera internacional. La gente explica, clasifica y trata la enfermedad sobre todo de acuerdo con experiencias pasadas, creencias culturales y tradiciones. En general, se cree que casi todos los casos de enfermedad pueden curarse en el hogar con remedios caseros. La población se muestra insatisfecha con los servicios de salud a su disponibilidad, sobre todo por causas de barreras culturales y lingüísticas entre las personas que cuidan a los niños y los provedores de atención.

Cuando se enferma un niño, la familia puede buscar consejo de varias fuentes y probar una cantidad de tratamientos. Generalmente, el primer paso es medicación casera, basada en todas las creencias locales sobre la enfermedad y el consejo de amigos y familiares. Sólo más tarde buscaran al curandero tradicional o al farmaceútico. Las familias aceptan el diagnóstico y consejo que tenga más sentido. Si existe un abismo entre los antecedentes culturales y nivel de educación

entre la comunidad y el trabajador de salud, las personas pueden no entender los consejos, por lo que parecerá que el tratamiento no "funciona".

Sin embargo, cuando la infección persiste, se observa sangre en el excremento o vómito en las infecciones diarréicas, o sangre en las flemas o tos muy frecuente con fiebre las madres acuden al médico, pero siguen usando remedios caseros. La duración de la diarrea y la presencia de fiebre con tos aumenta la probabilidad de que el niño sea llevado al médico.

Asociado a la problemática de las infecciones diarréicas encontramos el comportamiento higiénico, el cual se refiere a la forma en que las personas llevan a cabo las actividades domésticas y personales que se relacionan con la transmisión de infecciones incluyendo las respiratorias y diarréicas. El comportamiento higiénico es importante porque afecta el grado de contaminación por las bacterias y virus en el hogar y hasta donde estos pueden infectar a los miembros de la familia. Los microbios causantes de las diarreas y las infecciones respiratorias se trasmiten generalmente de persona a persona por la ruta fecal-oral.

Los comportamientos higiénicos que influyen en la transmisión de la diarrea por esta ruta son: a) donde defecan las personas; b) sí se lavan las manos después de defecar y antes de preparar y consumir los alimentos; c) como se elimina la materia fecal de los niños; d) como se guarda y se usa el agua y; e) como se guardan y preparan los alimentos. Para las infecciones respiratorias son : a) condiciones de la vivienda para evitar las corrientes de aire en la casa; b) como se cubren los niños de bajas temperaturas; c) el consumo de bebidas heladas durante el calor y calientes durante el frío; d) la exposición a personas enfermas.

La frecuencia de enfermedades diarréicas en el niño son considerados como el producto o resultante de las condiciones de higiene y protección. En el modelo específico para salud que se describe a continuación se supone que las resultantes dependen de un factor próximo que se estudia con el inventario de observación de

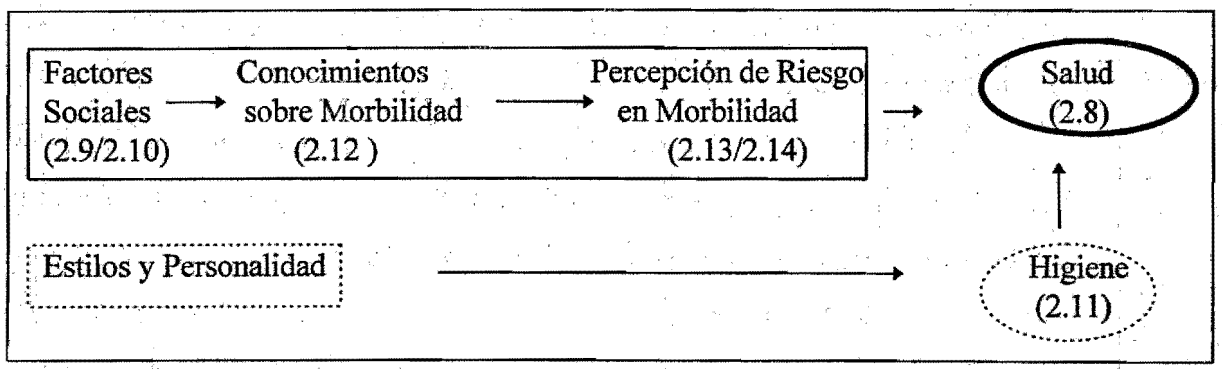
higiene, estas observaciones se hipotetiza se relacionan con factores subyacentes que tienen que ver con los conocimientos y percepción de riesgo de las madres y con factores intermedios como los rasgos de personalidad de la madre y factores socioeconómicos.

Figura 7.1. Variables medidas en la evaluación del estado de salud del niño en zona rural.

Componentes

2.8. Frecuencia y Duración
2.9. Diarreas
2.11. Observación de Higiene
2.12. Evaluación de Conocimiento sobre Diarreas
2.13. Frecuencia de Conducta Asociada a Riesgo en Diarrea
2.14. Percepción de Riesgo en Diarrea

Modelo de la Tarjeta 2. Cuidado del niño: variables de salud.



Variables Subyacentes =
Variables Intermedias =
Resultantes =
Variables Próximas =

La frecuencia de conducta que pone en riesgo la salud, las creencias y conocimientos sobre estos serán importantes en la percepción que tiene la madre del riesgo que el niño de contraer una enfermedad.

Los elementos del comportamiento higiénico para infecciones diarréicas constituyen la base para elaborar los reactivos de una lista de chequeo de higiene y los cuestionarios para examinar conocimientos, frecuencia de comportamiento higiénico y percepción de riesgo en diarreas. Por otro lado, en las infecciones respiratorias los elementos de abrigo, vivienda y cuidado constituyen el dominio observable de los reactivos para medir frecuencia, conocimientos y percepción de riesgo.

7.2. Método de Evaluación de la Frecuencia de Infecciones Diarréicas

Con el fin de conocer la frecuencia de las infecciones en la comunidad se les preguntaba primero si el niño había presentado "curcera" o "chorro" en los quince días anteriores, si la respuesta era positiva se le preguntaba quien lo atendió y como se le trató.

7.3. Métodos de Evaluación de Higiene

Se reformuló y mejoró un instrumento utilizado anteriormente para evaluar la higiene del hogar, el niño y la madre (Vera y Altamirano, 1992). Se trata de una lista de chequeo observacional que revisa el área de la casa en los puntos que se consideran clave para la buena higiene como son el piso, el baño, la estufa, la mesa, así como también el aseo personal del menor de la familia entre cero y seis años de edad y de la madre.

De los indicadores de la vivienda se registraba en primer plano el tipo, por ejemplo para piso, si era de material o tierra; para baño, si era letrina-fosa o sanitario; para estufa, si era de leña o gas; y para mesa, si era improvisada. Después se examinaba si había manchas, después si había desperdicios orgánicos y

finalmente si existía alguna condición para extremar condiciones de higiene como el uso de limpiadores, aromatizantes o materiales locales para mejorar la asepsia del lugar, en general quería saberse si existía un esfuerzo adicional por mejorar la higiene.

Para el registro de la higiene de la madre y el niño se utilizó la observación de la cabeza (cara, cabello, nariz, cuello y oídos) extremidades superiores (manos, brazos y uñas) y la ropa. Se consideraba limpio cuando no existían manchas de alimentos, tierra o polvo, aceite o grasas o mugre. Ante cualquier indicio de mugre o manchas se registraba con cero (ver tarjeta 2.11).

Las categorías de observación fueron tan exclusivas que dos observadores siempre coincidieron en los puntos marcados por uno y cero, por lo cual resulta irrelevante describir el procedimiento de confiabilidad y sus resultados. Con un entrenamiento en la definición de las categorías y diez ejercicios de comparación con un modelo es suficiente para obtener el 95 por ciento de coincidencias entre dos observadores en campo.

7.4. Método de Evaluación de las Variables Subyacentes

El trabajo desarrollado durante siete años en las comunidades rurales de la zona nos permitieron evaluar en el pasado los conocimientos y conductas de riesgo asociadas a las infecciones diarréicas (Vera y Altamirano, 1992; Vera, Domínguez y Esquivel, 1994).

En ambos estudios se trabajó con preguntas relacionadas con prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones e implicaron a su vez el diseño de programas de intervención.

En relación con infecciones diarréicas la información obtenida dentro de un estudio de intervención (Vera y Altamirano, 1992) nos muestra que las respuestas

correctas de 70 mujeres entrevistadas fue del 25 porciento de tal forma que la mayoría de las madres saben muy poco acerca de la adquisición, diagnóstico y consecuencias de la diarrea. Por otro lado, se sabe que los niños son llevados al médico después de 3 a 5 días si existe fiebre, sangre en el excremento o vómito y además existe una tecnología más variada y efectiva en el hogar para el tratamiento de infecciones diarréicas que para las de tipo respiratorio; cuando menos en las comunidades estudiadas. Se encontró además que 2 de cada 10 mujeres reporta saber preparar el suero, pero realmente del grupo que reporta saber prepararlo adecuadamente 3 de cada 10 lo hacen bien; y 8 de cada 10 suspende la alimentación cuando el niño cursa por episodios de diarrea.

Con esta información y los conocimientos adicionales sobre morbilidad en las comunidades de trabajo fue posible diseñar un instrumento para medir conocimientos sobre infecciones diarréicas. Una vez elaborado el instrumento se siguió un procedimiento piloto para probar el entendimiento de los reactivos y discriminación, esta prueba se llevó a cabo en la zona urbana con 120 madres amas de casa con un hijo de cero a seis años. Para probar los reactivos se dividió a la población en dos partes lo que sabían (80-100 puntos de aciertos) y los que no sabían (30-50 porciento de aciertos) y se obtuvieron las *Ji* cuadradas, eliminando los que parecerían muy difíciles o fáciles. Se obtuvo un total de 17 reactivos para la estructura que fue utilizada en este estudio (ver tarjeta 2.12).

Los comportamientos preventivos que constituyen los contenidos del instrumento de evaluación son: a) donde defecan las personas; b) si se lavan las manos; c) como se elimina la materia fecal y; d) como se guarda y usa el agua y; e) como se preparan los alimentos. En base de estos contenidos se elaboraron las preguntas sobre frecuencia de conducta de riesgo y percepción de riesgo (ver tarjeta 2.13).

Finalmente, se incluyeron tres preguntas, una para evaluar percepción de riesgo, otra para controlabilidad y una última para susceptibilidad percibida. Esto último se evaluaban en una escala de 5 puntos en donde se describía de menor a mayor el rasgo que se quería medir (ver tarjeta 2.14).

CAPÍTULO 8. ESTADO NUTRICIONAL

8.1. Introducción

El peso y la talla son considerados los mejores indicadores de salud pública y el estado nutricional de una comunidad (Eveleth y Tanner, 1976). El crecimiento es influido por aspectos genéticos y medio ambientales. Sin embargo, en la infancia los factores del medio ambiente, estan más estrechamente relacionados con el crecimiento que los genéticos. La mayoría de los factores del medio se refieren a la calidad de vida y bienestar (Martorell, 1985; Habitch, Martorell, Yarbrough, Malina y Klein, 1974). El peso y la talla como indicadores de crecimiento están íntimamente relacionados con nutrición y el estado nutricional con condiciones de vida.

Digamos que existen dos formas de evaluar el estado nutricional, uno como producto de un proceso, el cual se conoce a través de medidas antropométricas y una segunda forma es a través del análisis de un corte temporal para conocer todos los nutrientes consumidos. En ambos casos estamos hablando de estudios poblacionales cuya intención es obtener información genérica por lo que difícilmente puede explicarse a un individuo particular hasta no contar con normas y estándares.

En la mayoría de las ocasiones las medidas antropométricas, tradicionalmente la talla son en parte explicadas a través de una correlación positiva con el consumo de proteínas y energía, cuando menos con la población que se encuentra en la -1.5 D.S. para la talla. Y es que la evidencia a mostrado que la desnutrición crónica aguda está asociada fundamentalmente a la pobreza extrema, en particular a una alimentación insuficiente.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Alteraciones del proceso nutricional en poblaciones sin pobreza extrema en los cuales la desnutrición no es endémica comienza a presentar a la talla para la edad como poco sensible o precisa frente al peso, pues la desnutrición leve, parece ser un proceso crónico en el cual está implicado el comer poco y/o comer alimentos poco nutritivos, esto es, tiene más que ver con los hábitos de alimentación, es decir, la velocidad de crecimiento no se ve menguada, se trata de niños, flacos espigados, esto es, con poca grasa pero con un crecimiento lineal adecuado.

Es posible que en las variables asociadas al consumo se encuentre la clave para explicar la baja ingesta. En particular nos referimos a las técnicas utilizadas por la madre para la adquisición de comportamiento alimentario durante el destete y la ablactación. En la primera infancia se establecen las asociaciones entre olores, sabores, colores y en general todos los aspectos organolépticos de los alimentos aparecen en la vida del niño asociándose al comportamiento de la madre. Como la madre sabe poco sobre aquellos olores y sabores que son agresivos para el niño, considera que el sabor que para ella tiene el azúcar, el chocolate o el limón es idéntico aquel que el niño experimenta.

Un elemento adicional que suponemos se asocia con la presencia de desnutrición leve y moderada se refiere a la creencia niño gordo, niño sano y la deseabilidad social de la gordura como éxito del maternaje, van fabricando un modelo de interacción que permite al niño el control de la madre.

Finalmente durante las diferentes etapas del desarrollo psicológico, el niño comienza a comportarse de manera independiente y en la medida que el niño se independiza del seno materno y logra interactuar en el entorno escolar, el de los padres y el familiar, el consumo de alimentos se vuelve una variable importante de control sobre la madre para ganar espacio y tiempo en los entornos circundantes.

Se supone que la desnutrición leve en estas comunidades se relaciona con un problema de diversidad de la dieta y en menor medida tiene que ver con disponibilidad y acceso de los alimentos.

En este contexto el análisis del cuidado del niño asociado a las variables de nutrición se presenta en la figura 8.1 que trata de describir las medidas que componen las variables que se consideran relacionados con la diversidad de la dieta.

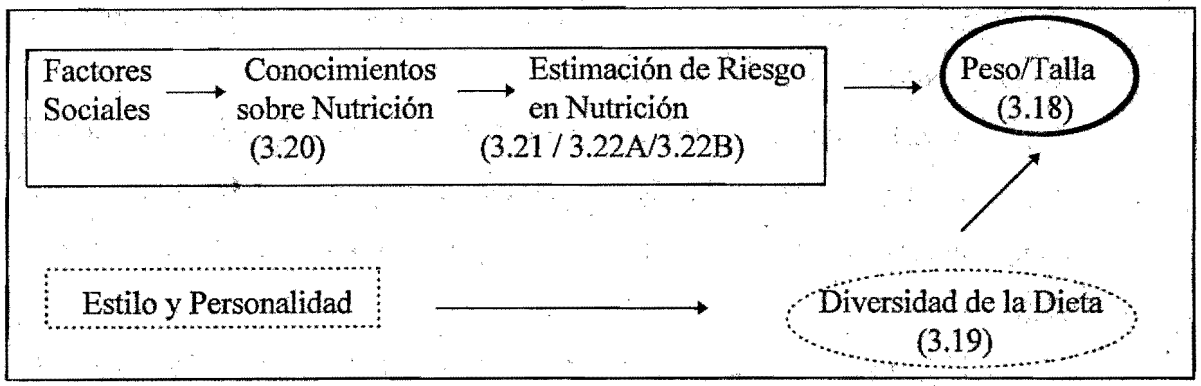
El modelo que se propone considera al peso y talla como resultados o productos y la diversidad de la dieta se supone una variable próxima asociada al crecimiento y como variables subyacentes, los conocimientos y percepción de la madre en relación con la diversidad de la alimentación y la manera en la cual, la madre utiliza en los procesos alimentarios consecuencias que estimulan el consumo de alimentos chatarra. Se supone en el modelo que los estilos de personalidad covarían con los conocimientos y percepción para explicar las diferencias en la diversidad de la dieta.

Figura 8.1. Variables medidas en la evaluación nutricional del niño en zona rural.

Componentes

3.18. Antropometría
3.19. Frecuencia de Alimentos
3.20. Evaluación de Conocimientos sobre Nutrición
3.21. Frecuencia de Conducta Asociada a Riesgo en Nutrición
3.22A Percepción Asociada al Riesgo en Nutrición
3.22B Susceptibilidad y Controlabilidad de Riesgo en Nutrición.

Modelo sobre la Tarjeta 3. Cuidado del niño: variables de nutrición.



Variables Subyacentes =
Variables Intermedias =
Resultantes =
Variables Próximas =

8.2. Métodos de Evaluación Antropométrica

La técnica de obtención de peso consiste en: a) el encargado de tomar las medidas debe calibrar la balanza, de modo que el brazo de la balanza esté en el punto medio cuando la balanza esté en el valor cero. Debe además revisarse que la balanza esté montada sobre una superficie horizontal y lisa, de modo que no haya desequilibrios de la balanza; b) los niños se pesan desnudos, y en caso de no poder desnudarlos con un mínimo de ropa que se descuenta del peso obtenido. De igual manera, los adultos se pesan descalzos con un mínimo de ropa, y el peso de ésta se descontará del peso total.

Los niños se sientan en la parte céntrica de la plataforma de la balanza infantil, y en caso de no poderse sentar, se acuestan sobre la balanza. Al poderse parar se pesan en la balanza de adultos, y en este caso, al igual que los adultos, deberán pararse en la parte céntrica de la plataforma.

Aunque no es recomendable en todas las ocasiones, cuando el niño llora mucho y haga imposible la toma del peso, se pesa a la madre y al niño, luego a la madre y se obtiene el peso del niño de la diferencia entre estas dos unidades.

Debe insistirse en otros dos aspectos que requieren mucha atención del antropometrista, asegurarse que el niño esté tranquilo y que no se esté apoyando en ningún lugar; c) una vez que se establezca el punto de equilibrio entre el peso del sujeto y la marca de la báscula, se procede a la lectura y anotación del peso. Efectuado el registro, se retira al sujeto de la balanza y se vuelve a poner en el valor cero.

La técnica de obtención de longitud y talla consiste en: a) Longitud: la longitud de los niños se mide en un infantómetro en posición horizontal, apoyado sobre una superficie firme y lisa, preferiblemente sobre una mesa. El niño, descalzo y sin moños o peinados altos, se acuesta en el centro del infantómetro, con la cabeza apoyada contra el tope fijo del antropómetro, de modo que los ojos miren verticalmente. El niño debe estar acostado de modo que los hombros, la espalda y las nalgas estén apoyadas en el centro del infantómetro. Un ayudante o la madre del niño, puesto al lado opuesto del infantómetro, frente al antropometrista hace que ambas extremidades inferiores del niño estén bien relajadas y coloca la mano sobre las rodillas del niño para que las piernas se mantengan completamente extendidas. En seguida el antropometrista apoya el tope móvil del infantómetro contra la planta de los pies, de modo que el tope los toque simultáneamente y ejerza la misma presión sobre ambos talones. La lectura deberá hacerse una vez que se está seguro que el niño no se ha movido de la posición indicada; b) Talla: el instrumento de medición o estadiómetro debe estar en posición vertical, apoyado contra una superficie dura y absolutamente lisa. El sujeto debe estar descalzo y sin moños ni peinados altos. Para la obtención de la medida el sujeto debe estar en el centro del estadiómetro, con los pies desnudos y tocándose los maleolos internos y la parte

interna de ambas rodillas, con los talones pegados al estadiómetro, de modo que la nuca, los hombros, nalgas, piernas y talones toquen la superficie del estadiómetro. No deben adoptarse posiciones extremas o forzadas, debiendo mantenerse la cabeza erguida, con los ojos mirando a un plano horizontal. Es importante asegurarse que las rodillas no estén dobladas. Para tomar la medida se baja el tope móvil hasta apoyarlo contra la cabeza, permitiéndose siempre movimientos fáciles de la cabeza. La lectura deberá hacerse una vez que se está seguro que el sujeto no se ha movido de la posición indicada, teniéndose la precaución de leer y registrar la medida antes de que el sujeto se retire del estadiómetro (ver tarjeta 3.18).

8.3. Métodos de Evaluación de la Diversidad de la Dieta

En relación al consumo de nutrientes, la desnutrición leve y moderada, si bien están asociadas a un déficit en el consumo de alimentos, este no corresponde a un problema de disponibilidad o acceso. No se trata de comercialización, distribución o costo de los alimentos, sino a variables del microambiente familiar asociadas a la interacción madre-hijo.

Sea cual fuere el camino de acceso a un problema de desnutrición leve y moderada, lo cierto es que no se trata de un problema de disponibilidad de una dieta adecuada. Esto es importante pues en los estudios de los sesenta y setentas sobre desnutrición siempre se recomendó y utilizó el método de recordatorio de 24 horas para cuantificar la dieta (Karvetti y Knuts, 1985; Beaton, Milner, Mc Guire, Cousins, et al., 1979). El análisis se lleva a cabo a través de un programa de computadora llamado Alim-3000 que llega en la actualidad hasta 10,000 o más, lo cual ha venido a aumentar su precisión, ya que su objetivo es la cuantificación de la dieta para reconocer de manera poblacional el consumo de nutrientes.

Con poblaciones pequeñas de 300 a 500 muestras, las vitaminas y minerales presentan una variabilidad tan amplia que resulta inútil su análisis, pero al incluir más sujetos la distribución se va tornando cada vez más sistemática.

En estos estudios, se requería cuantificar la dieta para averiguar a que tipo de deficiencia nutricional estaba asociado el desgaste y el achicamiento. Desmedro y emaciación se refieren a dos procesos de un mismo continuo, cuyo común denominador es la pobreza y de la cual se analiza la falta de alimentos, infecciones diarréicas y respiratorias recurrentes relacionadas con la infraestructura sanitaria y los servicios de salud.

Sin embargo, el problema de desnutrición leve y moderada en comunidades sin pobreza extrema no esta referido a falta de alimentos sino a una utilización errática de los recursos alimentarios, esto es, se trata de un problema de diversidad y distribución de la dieta.

La evaluación del estado dietario incluye la medición de los tipos y cantidades de alimentos consumidos como también el consumo de los nutrientes y otros componentes de los alimentos. Cuando los datos sobre consumo de alimentos son combinados con información sobre la composición de los alimentos podemos entonces estimar el consumo de nutrientes particulares.

Los próposito de los estudios sobre consumo de alimentos es muy variado, pueden ser útiles para planear su producción y distribución, evaluar programas de educación nutricional, hasta la estimación de consumo de aditivos y contaminantes. Para este estudio los datos sobre consumo son importantes para estimar el consumo dietario en grupos de población con diferencias en peso y talla para la edad.

Una de las técnicas para medir la dieta es el recordatorio 24 horas. Con este método un entrevistador entrenado pide al sujeto que recuerde en detalle todos los alimentos y bebidas consumidas durante un período de tiempo del pasado reciente. La información se registra para después codificarla y analizarla. Aún cuando el

método es conocido como recordatorio 24 horas, el período de tiempo puede extenderse a 48 horas, 7 días, y en raras ocasiones a un mes.

El método utilizado en este estudio fue el cuestionario de frecuencia de alimentos y el objetivo es comparar dos grupos de población en diversidad de la dieta. Este método utiliza una lista de chequeo de alimentos para determinar la frecuencia de consumo de un número limitado de alimentos que sabemos componen la dieta básica de la población objetivo. El cuestionario consiste de una lista de aproximadamente 100 alimentos individuales que son importantes por constituir la fuente de energía-proteína y otros nutrientes en la población de interés (Block, 1989; Block, Hartman, Dresser, Caroll, Gannon y Gardner, 1986).

Los sujetos indican el número de veces que consumen el alimento en nuestro caso en las 72 horas pasadas inmediatas. Se utilizan como estandares el tamaño de la porción que son las cantidades comidas por servicio para los diferentes grupos de edad. Estos cuestionarios son relativamente fáciles de aplicar y presentan un buen nivel de exactitud. La exactitud declina en la medida que el tiempo desde el final de la referencia incrementa. La exactitud aumenta cuando el cuestionario es administrado por personal entrenado.

La diversidad de la dieta se operacionalizó de la siguiente manera: a) se elaboró un listado de alimentos por grupo, seleccionando aquellos que en investigaciones anteriores sobre estado nutricional (IIESNO, 1981; 1980) y actuales sobre la canasta básica en la zona rural (Valencia, Jardínez, Noriega y Ramos, 1983) nos indican que alimentos son los más frecuentemente consumidos por los pobladores de las comunidades; b) decidida la lista, investigadores del CIAD A.C. la revisaron y en base a su asesoría como expertos fue posible mejorarla. La lista obtenida fue probada en sus aspectos operativos y semánticos en 15 familias de la zona rural para observar su precisión y variabilidad; c) una vez probada se diseño el plan de la entrevista.

En principio como el objetivo se centraba en el conocimiento de la diversidad de la dieta, se decidió manejar 72 horas en retrospectiva sobre el consumo de los alimentos del listado. La matriz de la entrevista se estructuraba de la misma manera que la técnica de 24 horas y de aqui se obtenía la frecuencia y gramos de consumo de cada uno de los alimentos del listado. Así pues, se iniciaba del tiempo reciente al pasado, utilizando eventos de la comunidad como referentes espacio-temporales (ver anexo tarjeta 3.19).

Se utilizaron modelos de platos, cucharas, además equipo de alimentos plásticos y un sistema de fotografías en un álbum dividido por grupo de alimentos. Cada una de estas fotos esta codificada en números y gramos y se percibe como en su tamaño y contextura natural. Estos materiales han sido validados y utilizados en otras investigaciones y ha probado que mejoran la precisión en gramos y además el sistema nomotécnico del entrevistado.

Las encuestas se llevaban a cabo en la cocina pues el tener a la vista los utencilios domésticos y algunos alimentos hace más fácil la cuantificación y disminuye el error en la medida de la dieta. En la mayoría de las entrevistas se utilizaba la referencia de los trastes, cucharas, platos y alimentos presentes registrándose cada uno de ellos en términos de los códigos que el item tenía en los modelos del Alim-10000.

Se llevaba a cabo por medio de dos personas, una de ellas preguntaba sobre alimentos tratando de manejar un orden de la entrevista que permitiera conocer de manera exacta lo consumido por el niño en las últimas 72 horas. La otra persona se ocupaba de ir presentando y registrando en la lista de alimentos la frecuencia de consumo del modelo y el número de porciones consumidas para obtener después los gramos. La entrevista tomaba de 45 minutos a una hora y media dependiendo de las habilidades sociales, verbales y de memoria de la madre. En el caso de niños mayores de 3 años la entrevista se le hacía al niño y a la madre juntos, pues

sabíamos que al independizarse del consumo doméstico, los alimentos chatarra, dulces y bebidas aumentan su consumo en el entorno de los amigos y de la escuela.

Se registran todos los alimentos consumidos en 72 horas con la técnica de recordatorio y se ordenan en un formato para contar que tantos alimentos consumió cada niño. Esta lista se analiza para observar que tantos alimentos diferentes se incluyeron. Un total de 100 reactivos de alimentos se incluyeron y se registraron.

Para cada reactivo, la frecuencia de consumo fue registrado para cada niño, y se obtuvieron los totales para cada reactivo (total de columnas) como también para cada sujeto (total de los renglones).

La dieta de cada uno de los niños fueron evaluadas dando un puntaje de uno sí el alimento fue mencionado una o más veces y cero si no fue mencionado. No se hacen indicaciones de cantidad (número de veces) de alimento consumido. El puntaje sólo indica la presencia o ausencia de un alimento para un registro. Cuando un platillo era mencionado por la madre como componente era registrado como constituyente individual. El puntaje de variedad total, o diversidad de alimentos, nos da un indicador de el número de diferentes alimentos consumidos, pero un bajo o alto puntaje no necesariamente significa que la dieta es inadecuada o adecuada (ver tarjeta 3.19).

8.4. Métodos de Evaluación de las Variables Subyacentes

Para evaluar los factores subyacentes asociados a la diversidad de la dieta desarrollamos una serie de preguntas a la madre basados fundamentalmente en lo que define como susceptibilidad, controlabilidad y percepción de riesgo.

El diseño de las preguntas requirió primero decidir que tipo de conocimientos se evaluaría. La respuesta requiere de conocer que creencias o conocimientos se relacionan con el comportamiento alimentario. Teníamos los datos

sobre varios estudios en la zona rural (IIESNO, 1980) que nos ilustraban sobre aquellas creencias y conocimientos que dirigían las prácticas dietarias.

Para obtener los reactivos se dividió el universo por grupos de alimentos y para cada uno de ellos se evaluaron creencias y conocimientos. Las creencias obtenidas se refieren a aquellas que obstaculizan o promueven hábitos alimentarios con dietas monótonas. Los de conocimientos estan referidos a preparación y formas de consumo, por ejemplo: que la carne se consideraba insustituible y su consumo esta relacionado con estatus social. La cocción como método para acabar con bacterias de las verduras es una creencia generalizada. El conocimiento sobre el contenido nutricio, preparación y consumo de frutas y verduras es pobre (ver anexo tarjeta 3.20).

Cuando pedimos a la madre estime la probabilidad que tiene su hijo de enfermar, su respuesta se ubica en un continuo. Podemos medir además la estimación que la madre haría de una forma particular de padecimiento. Esto con el fin de observar si alguna conducta particular en una población dada se asocia con la estimación del riesgo a enfermar (ver anexo tarjeta 3.21 y 3.22A).

Se supone que en la medida que la madre estima la susceptibilidad del niño a enfermar hace también una estimación de riesgo. Así pues, niños con problemas de peso/talla serán percibidos como más susceptibles, pues son más vulnerables biológicamente y por tanto estimaran más riesgo a enfermar.

Finalmente, es importante conocer la estimación del control que la madre percibe sobre la probabilidad de enfermar del niño pues de ello dependerá el que la madre este llevando a cabo medidas preventivas actuales o futuras. Se esperaría que madres que estiman que el control no depende de ellas, sus hijos presenten un puntaje superior en la frecuencia de conductas de riesgo que aquellas que estiman que el control depende de su actuación (ver anexo tarjeta 3.22B).

CAPÍTULO 9. COMPORTAMIENTO DEL CUIDADOR

9.1. Introducción

En el entendimiento del microambiente familiar del niño de la zona rural, el comportamiento de la madre es un factor fundamental pues sabemos que en esas áreas la madre es el cuidador principal del niño. Tal y como se ha descrito en los capítulos 2 y 3 de la primera parte de este documento la responsividad de la madre a las demandas del niño y las características afectivo-emocionales de la interacción madre-hijo, entendido como apego cercanía y técnicas de enseñanza, son los elementos más relevantes que la literatura a destacado como promotores del desarrollo. Relacionado con la primera característica encontramos al estado de ánimo como variable elemental que parece afectar la capacidad responsiva de la madre. Por otro lado, las características cualitativas de las respuestas ante el niño dependen de las estrategias de enseñanza utilizadas y las formas particulares del ejercicio de autoridad por parte de la madre (Konchaska, Kuczuynski, Radke-Yarow y Darby, 1987).

El ejercicio de la autoridad y el estado de ánimo parecen condicionar la manera de percibir al niño y esta percepción la mayoría de las veces se separa de la descripción actual del comportamiento. Se señala además que la percepción del niño es importante en la selección de las estrategias de enseñanza por parte de la madre, esto es el tipo de contingencias utilizadas para recompensar o castigar el comportamiento (Downey y Coyne, 1990).

El comportamiento de la madre en una situación específica requiere una explicación de factores relacionados con otros entornos en particular el de su relación con la pareja, por lo cual, el estudio de las características de la madre en el

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

cuidado del niño incluye en este documento la percepción del padre como pareja, el reporte sobre las características de la interacción y la autopercepción de la madre como pareja.

El modelo que describe este tipo de relaciones incluye además del estado anímico, el estilo de autoridad y la autopercepción como pareja, una evaluación de la manera en la cual la madre percibe al niño y un reporte de socialización. Se considera que la interacción madre-padre y la socialización de la madre se relacionan con la depresión y constituyen así las variables subyacentes, mientras la percepción de la pareja y la autopercepción constituyen las variables intermedias. El comportamiento resultante o producto del estilo de autoridad como variable próxima se refiere a la forma en la cual la madre percibe a su niño. Esta evaluación incluye tres escalas obtenidas de Abidin (1992), la cual se califica en base a una escala de cinco puntos.

9.2. Método para Evaluar la manera en que la Madre Percibe al Niño

Del instrumento para medir el índice de estrés de los padres (Abidin, 1992) se consideraron las subescalas distractibilidad (9 reactivos), aceptabilidad (7 reactivos) y demanda (9 reactivos) que pertenecen a la dimensión del niño (ver tarjeta 4.26).

Las suposiciones que guían el instrumento son: a) que los estresores o fuentes de estrés son aditivos; b) los estresores son multidimensionales en origen y clase. Esta suposición nos enfrenta a tres dimensiones como fuentes de estresores: a) características del niño; b) características de la madre; c) estresores de vida, demográficos-situacionales. Estos van desde eventos de vida estresantes como la muerte de un familiar hasta los sentimientos subjetivos de las madres de estar atrapadas por sus responsabilidades maternales.

El índice de estrés parental (IEP) consta de 151 reactivos. Los reactivos están asignados a priori a las subescalas que son análogas a las tres dimensiones como fuentes de estresores. Del análisis factorial se identificaron dos dimensiones uno asociado con las características de la madre (19.6% de la varianza) y otro que contenía reactivos principalmente de la dimensión de características del niño (6.6% de varianza).

La forma actual del IEP tiene dos dimensiones la del niño con 47 reactivos y la de los padres con 54 reactivos. Dentro de las dimensiones del niño encontramos adaptabilidad (11 reactivos), aceptabilidad (7 reactivos), demanda (9 reactivos), amor (5 reactivos), distractibilidad/hiperactividad (9 reactivos) y reforzamiento a los padres (6 reactivos).

En el manual del índice de estrés parental (Abidin, 1992) se escriben los detalles de los estudios de validez concurrente y validez discriminante en donde se observa que le IEP es capaz de identificar correctamente al 100% de los padres de niños normales de su estudio y el 60% de los padres de niños vistos en una clínica de desarrollo infantil cuando el percentil 90 del puntaje de estrés total del IEP era utilizado como corte. En otro estudio las madres con bajo estrés (carencia de apego) y las madres con alto estrés (apegados) parecían ser incapaces de proporcionar la atención y las interacciones necesarias para el cuidado adecuado del niño, lo cual probablemente incluye daños y accidentes en los niños.

Las subescalas presentadas se derivan de los análisis factoriales de una muestra de 534 madres que incluía madres de niños que habían sido referidos a clínicos y normales. Los seis factores de la dimensión y sus coeficientes de intercorrelación son mayores a .50.

9.3. Métodos de Evaluación del Ejercicio de la Autoridad

Con el objeto de diseñar un instrumento que evaluara autoritarismo en el contexto cultural de nuestro país, Vígano y Díaz-Loving (1990) desarrollaron instrumentos en donde las preguntas exigían una evaluación de sí mismo frente a la afirmación propuesta, midiendo así el grado de autoritarismo en las relaciones interpersonales, encontrando tres dimensiones: autoritarismo, democracia y sumisión.

Para obtener la validez y confiabilidad del instrumento diseñado por Vígano y Díaz-Loving (1990) para evaluar autoritarismo en la condición interpersonal específica madre-hijo, se hicieron algunos cambios a las preguntas modificando el sentido general de la afirmación al contexto específico de la relación con los hijos.

Contar con una herramienta para medir autoritarismo en madres puede ser útil para clasificar estilos de maternaje una vez obtenidas las dimensiones, por ejemplo, un estilo autoritario se asocia a técnicas enseñanza-aprendizaje basadas en evitación-escape. Así el control instruccional requiere del castigo para mantener al niño sujeto a las normas y al respeto por la autoridad. Mientras que un estilo democrático promueve técnicas de enseñanza-aprendizaje basados en el principio de reforzamiento y la idea de que los niños tienen la posibilidad de opinar y ofrecer consecuencias a los padres, volviendo al proceso de control instruccional en un sistema de interacción en donde se fomenta la solución de problemas y la toma de decisiones (Kochanska, 1995).

Esta variable de personalidad relacionada con el estilo de crianza por supuesto deberá incorporarse a otras de tipo contextual (número de hijos, edad del hijo), atributivas (edad de la madre, escolaridad), cognoscitivas (estilo atribucional, autopercepción materna, autoconcepto), conductuales (socialización de la madre,

interacción con el padre), afectivas (patrones de apego del niño), y otras de personalidad (estado de anímico).

Antes de utilizar el instrumento en la zona rural, se aplicó el instrumento en forma individual en la zona suburbana de la ciudad de Hermosillo Sonora, México a 100 mujeres que tuvieran al menos un hijo de 0 a 6 años.

El instrumento utilizado consta de 39 reactivos con 5 opciones de respuesta que van de siempre (5) a nunca (1) redactados con el objeto de que la madre asumiera la evaluación de una conducta en relación con el hijo (ver escala de autoritarismo).

Se efectuó un análisis de frecuencias por reactivo para observar la distribución de las respuestas. Se corrigieron algunos aspectos semánticos y de ordenamiento de los reactivos con el objeto de hacerlo más accesible a personas con 4 a 6 años de educación. En resumen se mantuvieron los 39 reactivos para ser aplicados en la zona rural. (ver anexo 4.24).

9.4. Métodos de Evaluación del Estado Anímico

La escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) es una escala de autoreporte desarrollada para utilizarse en estudios epidemiológicos y medir sintomatología depresiva en población general (ver anexo tarjeta 4.24). El CES-D consta de 20 reactivos que se registran de 0 a 3 puntos de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma durante la semana inmediata anterior y el rango teórico de posibles valores fluctúa entre 0 y 60. Para fines de investigación, un puntaje de 16 o más se ha definido como indicador de niveles altos de sintomatología depresiva (Radolff, 1977). Este puntaje es igual a seis síntomas presentes la mayor parte del tiempo durante la semana pasada o la mayoría de los

síntomas presentes por períodos cortos de tiempo. El CES-D pretende identificar estados depresivos más que depresión clínica.

Las propiedades psicométricas del CES-D según Radolff (1977) incluyen:

1) Una consistencia interna de .85 para población general y .90 para pacientes psiquiatricos
2) La confiabilidad test-retest es de .54 para población general y .53 para pacientes psiquiátricos.
3) El porcentaje de no respuesta es bajo. La escala es generalizable, pues el análisis por subgrupos obtienen coeficientes alfa mayores a .80.

El CES-D mostró una estructura bien definida con tres dimensiones: afecto negativo, síntomas somáticos y afecto positivo cuando fue validada con una muestra de adolescentes (Marino, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993).

En otro estudio se midieron algunas características psicométricas del CES-D para mujeres mexicanas adultas de áreas rurales (Salgado y Maldonado, 1994). Estos investigadores encontraron a través del análisis factorial, una estructura de 4 factores, que no corresponde con la estructura factorial original de la escala pero permite agrupar en forma conceptual adecuada los reactivos. Las cuatro dimensiones fueron afecto negativo, afecto positivo, interpersonal y somatización.

Con el objeto de evaluar las características psicométricas para poblaciones urbanas del Estado de Sonora se llevó a cabo un estudio con mujeres adultas con pareja que tuvieran al menos un niño entre el nacimiento y los seis años.

Los factores de riesgo de naturaleza sociodemográfica en la depresión de que se presentan en la bibliografía, son: ser mujer, tener un nivel socioeconómico y un grado de escolaridad bajo (Weissman y Klerman, 1997a; Weissman y Klerman, 1977b; Aneshensel y Stone, 1982).

El instrumento se aplicó a una muestra de 200 mujeres entrevistadas en la zona suburbana de Hermosillo, Sonora. Se eligieron las colonias de la periferia

norte, porque la mayoría de sus habitantes han emigrado de la zona rural a la urbana en búsqueda de mejores condiciones de vida.

La edad de las mujeres osciló entre los 20 y 40 años con una escolaridad promedio de 6 años. Todas tenían un niño entre el nacimiento y los 6 años, tenían pareja y pertenecían al estrato social bajo que percibe entre 1 y 5 salarios mínimos.

Se observa en los resultados del análisis factorial, que las tres dimensiones, somatización, afectos negativos y positivos explican el 53% de la varianza. El factor somatización presenta pesos de .37 a .68 y una consistencia interna de .82. El segundo factor afecto negativo se presenta con pesos factoriales de .34 a .77 y un alfa estandarizada de .76. La tercera dimensión afecto positivo presenta pesos factoriales de .51 a .83 y una consistencia de .56 (ver tarjeta 4.23).

9.5. Métodos de Evaluación del Autoconcepto como Pareja y Percepción de la Pareja

Las teorías conductuales han utilizado el término autoconcepto (Bandura, 1977) coincidiendo con la propuesta de Staats (1979) en el sentido de que un individuo con una larga historia de reforzamiento positivo ordinariamente participará y recibirá experiencia de muchas actividades, trabajos y desafíos que la proporcionará al final, mayor habilidad que un individuo que a causa de su autoconcepto negativo ha vacilado en interactuar en determinadas situaciones. La Rosa (1986), Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (1991) y Valdez (1991), entre otros, consideran que el autoconcepto se refiere a las actitudes, valores, creencias y sentimientos que constituye la forma en la cual se perciben y describen las personas. Además señalan que la constitución del autoconcepto está influído por el medio social en que se desenvuelve el individuo. Este implica cambios en la manera de percibirse cuando el individuo cambia de rol o de situación.

Se considera que el concepto personal es un factor de la personalidad que determina fuertemente la conducta, es un elemento de organización y evaluación del propio comportamiento, ya que las personas nos inclinamos a comportarnos de acuerdo a la idea que nos hemos hecho de nosotros mismos.

La Rosa (1986) llevó a cabo una investigación amplia con la cual diseño y validó la escala multidimensional para medir el autoconcepto en estudiantes de secundaria y preparatoria identificando cuatro dimensiones fundamentales: social, emocional, ocupacional y ética. Del instrumento La Rosa (1986) se tomaron aquellos adjetivos bipolares que fueran de utilidad para describir la autopercepción como pareja. Una vez seleccionados se preguntó a una muestra de la zona urbana de 60 mujeres con pareja e hijos menores de seis años con una escolaridad mínima de primaria retirándose todos aquellos que resultaban confusos e inentendibles. Se conformó así la escala de autoconcepto como pareja para mujeres de la zona rural.

Los adjetivos bipolares utilizados para medir el autoconcepto como pareja conformaron la escala para medir la percepción que se tiene del conyuge como pareja.

Para estas dos escalas no se llevó a cabo estudio piloto de identificación de dimensiones en la zona urbana por considerar que el instrumento de origen (La Rosa, 1986) fue evaluado de manera detallada y las dimensiones posiblemente encontradas corresponderían a los cuatro factores de la escala. Las características psicométricas de la escala propuesta serán presentadas en la sección de resultados, pues se trata de las dimensiones encontradas con la población de estudio y no con una población similar adyacente (ver tarjeta 4.27).

9.6. Atributos Sociales

Aún cuando las características socioeconómicas son propias de la familia y no de la madre en particular incluiremos en este apartado el material de presentación del método de obtención de las factores socioeconómicos, pues se trata de una variable subyacente relacionada fundamentalmente con el comportamiento de la madre como cuidador.

La encuesta sobre socioantropología familiar tiene como objetivo general obtener información de la composición familiar, información reproductiva de la madre y de las características de la vivienda. Algunos de los datos que se solicitan a la madre y el padre son: estado civil, escolaridad, edad, ocupación.

Particularmente de la madre interesa saber el número de embarazos, número de hijos vivo, hijos muertos, mortinatos y abortos. Del niño, antecedentes del embarazo, parto y puerperio, lactancia, destete, y ablactación y traumatismos importantes. De la vivienda, materiales de piso, techo, paredes, desecho de aguas residuales, infraestructura sanitaria y número de enseres.

CAPÍTULO 10. PROCEDIMIENTOS

10.1. Introducción

El procedimiento consistió en definir primero el mecanismo de acopio por comunidades dividiendo la población total de 211 familias en 8 secciones por su cercanía geográfica e incidentalmente coincidieron en sus características sociales, fundamentalmente en los niveles educativos, parámetro importante a considerar para dirigir las entrevistas y observaciones. Se decidió primero levantar los datos en las cinco secciones de la cabecera municipal y posteriormente las tres comunidades restantes. Lo anterior se fundamenta en la baja probabilidad existente de transferencia sobre la información pedida. Esta variable podría contaminar los datos si no se hubiese considerado levantar cada una de las medidas abarcando las cinco secciones de la cabecera en cada ocasión, pues la cercanía geográfica haría más probable posibles sesgos por transferencia de información sobre el contenido de la encuesta.

Se decidió la siguiente estrategia de levantamiento de datos:

1) Resultantes	Antropometría. Frecuencia de Enfermedades. Escala de Desarrollo.
2) Variables Próximas	Frecuencia y consumo de alimentos. Lista de verificación de higiene. Estimulación del niño en el hogar.
3) Variables Intermedias Estilos de la Madre	Socialización de la madre. Interacción padre-madre. Escala CES-D depresión. Escala de autoritarismo. Subescalas del índice de estrés en la crianza.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

4) Variables Subyacentes. Percepción de Riesgo de la Madre	Conocimientos de nutrición, desarrollo y morbilidad. Frecuencia de conductas de riesgo. Percepción de riesgo, controlabilidad, susceptibilidad, percibida.

El orden se decidió en base a: a) las variables resultantes, que definen nuestras variables dependientes, requieren ser coincidentes con el corte de edad de las cohortes seleccionadas, pues el paso del tiempo va ubicando al niño en diferentes momentos de la evaluación y los parámetros de variación lo mismo que los puntos de corte se van moviendo, corriendo el peligro de perder sujetos por su incorporación a otro estrato etáreo y sesgando la ponderación de los grupos; b) las variables próximas requieren coincidir con la temporalidad de las variables resultantes pues se espera que exista asociación.

10.2. Estrategia de Levantamiento de Datos

Primeramente del registro de la Secretaría de Salud en las comunidades se obtuvieron fechas de nacimiento de todos los niños entre el año y los 5 años 11 meses. Del registro civil se recabaron las fechas de los nacimientos en el último año, estableciendo un corte temporal arbitrario para iniciar a partir de aquí a conformar nuestros grupos con un mes y medio atrás para dar tiempo a las tareas de asignación de claves, localización y espera a las madres que en su seno llevan aún los niños del nacimiento a los 3 meses. Del listado de embarazadas, registro civil, y secretaría de salud se eligieron al azar 30 niños por grupo etáreo.

En principio se obtuvieron los datos sociales y se procedió a elaborar un código para cada niño, con su fecha de nacimiento, grupo etáreo, localización y sección a la que pertenece. Para la población total esta tarea llevó 45 días incluyendo sábados y domingos.

Se levantaron primero los datos para niños del nacimiento a los 2 años pues la escala de desarrollo no permite desfases temporales mayores a 15 días. Se contó solamente con 2 personas entrenadas y confiabilizadas con el método de Habitch (1974) que ofrecen seguridad y precisión en el levantamiento de la antropometría y cuatro más para el levantamiento de la escala de desarrollo. Los datos no pudieron levantarse en una visita o en días sucesivos por la fatiga para el niño y la madre, por lo que se hicieron dos visitas separadas al menos por tres días. Cada una de las visitas requirió al menos 15 minutos de introducción y ajuste y al menos una hora para los datos y 15 minutos de traslado, haciendo un total de 270 horas. Con una cuota diaria de 6, se empezó con los más pequeños y se terminó en 7 días. Para los niños de 0 a 2 años, se requirieron 8 días más. El lapso de 15 días, no desfasa a los niños de 2 a 6 años. Lo anterior, fue considerando que son 2 equipos de 2 personas los que evaluaran desarrollo, lo cual permitió 12 niños diarios. En resumen este segundo momento del levantamiento tomó 30 días y 15 más de ordenamiento, revisión y rescate de datos faltantes.

Tres diádas entrenadas en el levantamiento del inventario de estimulación del niño en el hogar empezaron a evaluar de manera simúltanea en sesiones de una hora y media hora de traslado y llenado de la forma en cuotas de 6 diarios, con un total de 18 tomando entre 10 y 15 días.

De la misma forma se evaluó la frecuencia y consumo de alimentos conjuntamente con el inventario de higiene, se estimó los mismos tiempos para terminar esta fase.

A continuación, se registró en una visita las variables agrupadas bajo el rubro de estilos de la madre en la quinta visita al hogar. Se estimó una hora y media para la entrevista y desplazamientos y 3 diádas trabajando en el campo durante 10 a 15 días.

Se llevó a cabo la obtención de información sobre frecuencia de conductas de riesgo para las cuatro áreas mencionadas con el mismo sistema anterior, en los 15 días subsecuentes.

Se previó la selección de niños considerando la edad que tuvieran durante el levantamiento de datos, para que al final del levantamiento se encontraran dentro de los límites de la edad.

Se llevaron a cabo 8 visitas por familia en aproximadamente 6 meses, lo cual refleja un total de 1300 visitas domiciliarias.

10.3. Entrenamiento de Personal y Confiabilidad

Se llevó a cabo el entrenamiento de personal y medida de confiabilidad de la siguiente manera:

1) Antropometría: Se utilizó el método Habicht (1974) a través del cual se compara un modelo con un adiestrado en 10 ensayos, cada observador mide dos veces, con los datos obtenidos se lleva a cabo una prueba de constraste no paramétrica.
2) Evaluación dietaria: El objetivo de esta medida es obtener frecuencia y gramos de consumo durante las últimas 72 horas.

Una vez obtenido y etiquetado el equipo de recordatorio se procedió a entrenar a 4 personas en el uso de modelos de platos, vasos, tazas, cucharas y alimentos que fueron seleccionados por su frecuencia de consumo en la región serrana según estudio del IIESNO (1980).

3) Escala de Desarrollo Integral del Niño: Se entrenó a 4 personas en la aplicación del instrumento para evaluar el desarrollo, primero a través de un videocassette y poco después a través de un sistema de corrección y finalmente se aplicó a 10 sujetos en diferente estrato etáreo por parte de un observador y un

modelo a partir de lo cual se obtuvó confiabilidad entre acuerdos y desacuerdos al 95%.

4) Inventario de Estimulación del Niño en el Hogar: Este instumento requirió entrenar al personal en diádas en donde una se dedica a la observación y la otra a la entrevista. Una vez entrenado el observador sobre una lista de chequeo conductual, el otro entrevistador se capacita en una ruta crítica para la obtención de datos, se establecen las reglas de la interacción entre los 2 entrevistadores, la madre y el niño durante una hora que duraba la aplicación del inventario.

5) Conocimientos, Frecuencia de Comportamiento asociado con Riesgo y Percepción de Riesgo en las tres áreas de estudio: desarrollo, diarreas, y nutrición fueron revisados por los aplicadores discutiendo el contenido que cada reactivo pretendía evaluar. La aplicación inicial en la zona urbana permitió que la redacción y el manejo de la información de los instrumentos estuvieran denominados por los aplicadores antes de su levantamiento en la zona rural.

6) Inventario CES-D Depresión y Autoritarismo: Estas herramientas se aplicaron con una distancia de 7 a 15 días y para su levantamiento se entrenó a los sujetos en el tipo de información que se requería en cada reactivo. El cuestionario se le entregó a la persona para su llenado y sólo en casos que lo solicitaran fue leída.

7) Datos Sociales: Estos datos se obtuvieron a través de cuestionario para lo cual se requirió entrenar a personal sobre el contenido de cada uno de ellas y la información esperada en cada uno de los apartados.

8) Inventario de Higiene y Morbilidad: Se entrenó observadores en un lista de chequeo que revisa puntos estratégicos y les otorga una evaluación según su estado. La entrevista de morbilidad es sumamente sencilla y requirió entrenar personas a preguntar en un recordatorio 15 días los problemas diarréicos del

niño, quién y cómo fue atendido el niño, los días que tiene cursando por la infección y si comió regularmente.

9) Autopercepción y Percepción de la Pareja: Con una escala de 5 puntos autoaplicable con adjetivos bipolares la madre primero se ubica en un continuo para 18 características que son las mismas que tendrá que utilizar para ubicar a su pareja.

Es necesario señalar que para antropometría, desarrollo y nutrición ya se contaba con personal capacitado y entrenado y para las herramientas restantes durante la validación en la zona urbana de los instrumentos se entrenó y capacitó al personal.

10.4. Población

Es evidente que se requiere una región con municipios más o menos homogéneos en sus indicadores demográficos, salud, educación y socioeconómicos por lo que se determinó la región 08 del Estado de Sonora, que aparte de poseer consistencia en algunos de los indicadores de servicios e infraestructura de salud y educación presenta condiciones socioeconómicas similares a la muestra.

En general, la región serrana antes mencionada presenta las siguientes características:

1) Menos de 3 niños de cada 10, desde el nacimiento a los 6 años, padecen desnutrición leve o moderada.
2) A nivel poblacional, más del 80% de los niños de 0 a 6 años cumplen con la adecuación de Recomended Dietary Allowances (RDA, 1980) para el consumo de energía y proteína.
3) Existen servicios de salud y educación.
4) Cuenta con fuentes naturales de alimentos, pobremente explotadas.

5) El nivel de educación de los padres oscila entre 4 y 5 años cursados.

6) Son poblaciones menores de 2,500 habitantes, en su mayoría trabajadores del campo.

El cumplimiento de estas condiciones aseguran que el factor educativo posiblemente se relaciona con el crecimiento y el desarrollo del niño. En estas condiciones de vida existe un porcentaje de niños con problemas de peso y talla. Poblacionalmente hablando no existen subconsumos de energía y proteína, pero ha disminuído de la dieta el consumo de cárnicos y lácteos.

Por otra parte, son mínimos los excedentes del ingreso familiar que se canalizan a la educación y salud, pero existen en el seno familiar, la comunidad y la ecología condiciones para mantener un desarrollo humano persistente, aunque frágil, ya que lentamente se agravan las condiciones que impiden el desarrollo.

El estudio se llevó a cabo en la comunidad de San Pedro de la Cueva, Sonora, municipio que se encuentra localizado a 150 km al Oriente de la Ciudad de Hermosillo, Sonora y cuenta con sus propias fuentes de trabajo como la agricultura que se realiza en los márgenes de la presa Plutarco Elías Calles, la ganadería en las partes serranas y en algunas ocasiones la pesca.

El relativo aislamiento de esta población se debe al sinuoso y escarpado trayecto de 70 km. por terracería. Esta particularidad es interesante, no sólo por la necesidad de intervención, sino por las ventajas metodológicas que permite una población más o menos estable en relación con fenómenos migratorios, ingreso-gasto, y otros aspectos socioeconómicos (Agenda Estadística Sonora, 1986).

PARTE III. ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

CAPÍTULO 11. DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA EL MODELO DE DESARROLLO

Medir variables psicológicas basándose en el reporte verbal de las personas, puede resultar un riesgo de precisión y confiabilidad, pues siempre se duda sobre la relación entre el decir y el hacer. Para resolver este dilema, los psicólogos han ideado métodos analíticos y estadísticos que permiten asegurar la validez y confiabilidad de las medidas indirectas. Los cuestionarios, entrevistas y escalas como técnicas de medición pueden proporcionarnos conocimientos acerca de algunas variables, siempre y cuando sean sometidos a rigurosos y sistemáticos procedimientos, que hacen de estas técnicas formas de acopio fáciles de aplicar y con una riqueza empírica incomparable.

La mayoría de las veces, el utilizar este tipo de medidas está vínculado a un modelo hipotético-deductivo, como criterio epistemológico de hacer investigación. En este modelo se construyen una serie de hipótesis acerca de la relación entre variables, a partir de las cuales se van seleccionando aquellas más particulares que expliquen el fenómeno.

En psicometría, el modelo para la construcción de pruebas o herramientas de medida que están basados en constructos se conoce como modelo de atributo-latente (Nunnally, 1967) y consiste en contener y obtener una muestra representativa de conductas en las que se refleje la característica o atributo que queremos medir. El proceso se inicia por la identificación clara del significado psicológico de uno o varios conceptos y/o identificación de aquellas conductas o indicadores que la población meta considera pertenecen al constructo de interés (Reyes-Lagunes, 1996).

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Una vez conocido el significado connotativo para la población de referencia se diseña una situación estandarizada experimental en la que obtenemos una muestra representativa de conductas en la que se refleja la característica o atributo que queremos medir (Reyes-Lagunes, 1991). Para esto, es necesario saber lo qué se quiere medir, en quien, y para qué se mide.

En primer plano es necesario definir conceptualmente el atributo a medir haciendo una integración crítica de la bibliografía relevante al tema, la cual será corroborada a través de la técnica de redes semánticas (Mora, Palafox, Valdez y León, 1984). A través del análisis cualitativo de estas dos fases se identifican los indicadores del constructo, lo que a su vez nos permite integrar el plan de la prueba (Reyes-Lagunes, 1996). Los reactivos positivos y negativos deben contrabalancearse y el orden debe estar dispuesto al azar.

Un constructo refleja una hipótesis de que una variedad de conductas se relacionan entre sí en estudios de diferencias individuales y/o seran afectadas de manera semejante por manipulaciones experimentales. La tarea científica consiste en desarrollar medidas de constructos y hallar relaciones funcionales entre ellos. De aqui que la teoría tiene dos componentes de igual importancia; el componente de medición y el componente estructural, el primero para determinar que constructos seran medidos y el segundo para describir las interrelaciones entre constructos (Nunnally y Bernstein, 1995).

La delimitación del constructo consiste en gran parte en lo que uno entiende con el uso de palabras como *ansiedad, depresión, democracia.* El que el dominio de observables que abarca un constructo esté bien especificado, es una cuestión empírica. La adecuación de la delimitación de un dominio es evaluada por la intercorrelación de las observables. Las intercorrelaciones describen el grado en que todas las medidas se relacionan con la misma cosa. Esto es en esencia el trabajo del análisis factorial.

Después de esto, se siguen el análisis de discriminación de reactivos, el análisis factorial, las pruebas de consistencia entre reactivos, de correlación entre subescalas, validación predictiva y confiabilidad test-retest.

El análisis factorial exploratorio por componentes principales, fue utilizado en este estudio porque no teníamos una hipótesis planteada en relación a cada una de las herramientas, por lo que no se precisa acerca del número y tipo de factores observables de una colección de variables. Así pues, los factores se definen en términos matemáticos de mayor correspondencia, esto es, la mayor varianza explicada. El objetivo es explicar la mayor varianza con el mínimo de factores, después de esta condensación los factores fueron rotados por el método varimax para obtener combinaciones lineales, dividiendo la varianza de manera más útil. El análisis factorial fue aplicado a datos estandarizados de modo que cada variable tiene una media cero y una desviación estándar de uno.

11.1. Introducción

En general el análisis de datos en esta parte tiene por objeto, conformar las dimensiones y subescalas de medida que integraran las variables, con las cuales se tratara de encontrar algún tipo de explicación a los cambios que suceden en las variables próximas de diversidad de alimentos, higiene y estimulación para los niños con y sin problemas de salud, desarrollo y alimentación.

En cada uno de los instrumentos utilizados, se revisó la frecuencia relativa para cada una de las alternativas de respuestas, ademas de la media, moda, mediana y la desviación estándar para escalas dicotómicas y de cinco puntos. Del primer examen se eliminaron todos los reactivos que mostraron frecuencias extremas en alguna opción de respuesta, ya sea muy altas o mayores a 95% o muy bajas o menores al 5%.

Después de revisar la distribución de frecuencias por alternativa de respuesta para cada uno de los reactivos, se obtenía la calificación para cada sujeto en la prueba total, se revisaban las puntuaciones y se seleccionaba un punto de corte que sirviera para comparar dos poblaciones para cada uno de los reactivos. En cada reactivo se comparaba la forma de responder de ambas poblaciones para un valor de significancia de .05.

Todos aquellos reactivos que discriminaban a las poblaciones se utilizaban en el análisis factorial de componentes principales exploratorio o confirmatorio con rotacion varimax. En este se revisaban los pesos factoriales, la cantidad de varianza explicada y las correlaciones entre los reactivos. Este último valor se refiere al valor de correlación obtenido con una correlacion alfa de Cronbach, el cual determina el valor de asociacion para la prueba total si el reactivo es eliminado.

Después de reconocer que las dimensiones de un instrumento coincidían con las esperadas teóricamente, se llevaba a cabo un análisis de correlación producto-momento entre ellas, con el objeto de mostrar si se trataba de dos dimensiones independientes. Cuando las correlaciones eran mayores a .35 al .05 podíamos fusionar las dimensiones buscando disminuir el número de variables que se utilizarían después en el análisis de datos.

11.2. Escala de Desarrollo Integral del Niño

Para la escala de desarrollo integral del niño los datos fueron capturados para el total por subescala y no por reactivo. Para poder comparar todos los niños al interior del continuo de desarrollo se contaba el número de veces en las cuales se emitió una respuesta adecuada al ítem. Como cada reactivo contaba con 3 oportunidades de respuesta, el número posible de pasados a obtener fue el producto del número de reactivos por 3 divididos entre el número de reactivos. Este cálculo nos

ofrece la posibilidad de reconocer en una escala de 0 a 3 puntos la proporción de fallos por subescala.

Con estos datos se llevó a cabo un análisis de correlación entre las subescalas y el total obtenido en la prueba para todos los niños. Después se separó a los preescolares e infantes y se llevó a cabo la correlación producto momento entre las subescalas y los totales.

Como se puede apreciar los valores obtenidos en la prueba completa se asocian fuertemente y con un nivel de significancia .001 para dos colas a los obtenidos en las subescalas (ver tabla 1.4). Es interesante observar que la subescala de lenguaje correlaciona aunque de manera notariamente más baja con todas las subescalas, lo cual tal vez tenga que ver con la interdependencia entre la aparición del lenguaje y el desarrollo de repertorios sociales y motores como antecedentes y consecuente a la aparición del sistema de convenciones que le permitirá a la diada madre-hijo desligarse de su condición espacio-tiempo.

Tabla 11.1. Valores de correlación para las dimensiones de la escala de desarrollo integral del niño para la población de infantes y preescolares.

	Motora Gruesa			Motora Fina			Senso-Cognición			Lenguaje			Socio-Afectiva			Hábitos			Total		
	Total	0-3	0-6	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6
Motora Gruesa	■	■	■																		
Mot.ora Fina	.364 **	.228 **	.502 **	■	■	■															
Senso-Cognición	.233 **	.259 *	.205	.337 **	.234	.447 **	■	■	■												
Lenguaje	.315 **	.372 **	.365 **	.372 **	.074	.401 **	.365 **	.503 **	.198	■	■	■									
Socio-Personal	.293 **	.166	.357 **	.166	.007	.334 **	.210 *	.183	.231	.232 **	.343 **	.164	■	■	■						
Hábitos	.210 *	.210	.252 *	.175	.012	.362 **	.191 *	.172	.225	.319 **	.297 *	.330 **	.109	.048	.219	■	■	■			
Total	.609 **	.532 **	.672 **	.530 **	.344 **	.720 **	.465 **	.453 **	.473 **	.521 **	.537 **	.539 **	.481 **	.427 **	.523 **	.405 **	.312 *	.531 **	■	■	■

No. de Casos = total 209/ 103 infantes (0-3 años)/ 106 preescolares (3-6 años). Significancia a 2 colas = * -.01, **-.001

11.3. Estimulación del Niño en el Hogar

Los datos levantados por esta herramienta fueron capturados en términos de ocurrencia y no ocurrencia (1-0). Se elaboró un listado de reactivos en base al formato infantil para evaluar estimulación del lenguaje y del aprendizaje en bebes de 0 a 6 meses y para niños de 6 meses a 2 años, la subescala aprendizaje y lenguaje fueron evaluados no en términos de el ejercicio formal del acto educativo como tiene lugar en el preescolar sino preguntando y observando si durante la visita al niño le cantaban rimas o platicaban acerca de colores, formas, números, animales, etc., a la vez que podía observarse las características fonológicas y afectivas del habla de la madre.

Cada uno de los reactivos incluidos para ser evaluados en infantes tenía su correspondencia con un reactivo de la escala de estimulación del aprendizaje, lenguaje, aceptancia y experiencia tratando de manejar un sólo sistema de evaluación para infantes y preescolares.

Se llevó a cabo un análisis de reactivos obteniendo en principio la frecuencia absoluta para ocurrencia-no ocurrencia en cada uno de los reactivos. Algunos reactivos presentaron una frecuencia menor a 10 que representa el .05 % del total de observaciones. Por ejemplo, el reactivo que evalúa la presencia de algún trabajo artístico en casa que la madre haya colgado o ubicado en un lugar vistoso se presenta 4 veces, mientras que cuando se preguntaba si el niño salía a jugar sólo casi la totalidad reportaba con afirmativo. De esta manera 8 reactivos fueron eliminados quedando un total de 31. Se dividió la población en dos grupos, uno de niños estimulados y otro de no estimulados, tomando como punto de corte 10 y se llevó a cabo una *Ji* cuadrada. Ninguno de los reactivos resultó significativo por arriba del .05, aún más los valores de *Ji* tienen valores mayores a 15.

Se llevó a cabo un análisis factorial tipo confirmatorio con rotación varimax que mostró 5 dimensiones para una varianza explicada de 41.7%. La primera

subescala abarca los 8 reactivos sobre *Estimulación del Lenguaje* con un alfa estandarizada de .778. La segunda dimensión es la de *Estimulación del Aprendizaje* que contiene 8 reactivos con un coeficiente de correlación total de los reactivos de .725. La tercera subescala fue *Rigurosidad de la Disciplina* que abarca 6 de los reactivos que se observan durante la visita. La subescala de *Socialización* tiene 5 reactivos con una correlación total de .573 y finalmente la dimensión de *Responsividad Recíproca* con 432 de alfa estandarizada y pesos factoriales mayores a .45.

Tabla 11.2. Análisis factorial y correlación para los reactivos de estimulación del niño en el hogar.

Reactivo Número	Dimensión Estimulación del Lenguaje	Factor 1	Corr.
C25	Los padres animan al niño a hablar y toman su tiempo para escuchar	.720	.708
C1	Los padres espontáneamente le hablaron al niño dos veces durante la visita	.713	.723
C2	Los padres responden verbalmente a las verbalizaciones del niño	.708	.722
C23	Los padres dicen el nombre de objetos o personas al niño durante la visita	.659	.712
C27	Los padres alaban las cualidades del niño dos veces en la visita	.570	.715
C3	Los padres ayudan a demostrar algun logro o habilidad del niño durante la entrevista	.507	.734
C26	La voz del padre conlleva sentimientos positivos	.418	.745
C24	Los padres enseñan formas verbales simples y/o patrones de habla	.394	.737

Alfa Estandarizada= .778 Varianza Total Explicada = 41.7%

Reactivo Número	Dimensión Estimulación del Aprendizaje	Factor 1	Corr.
C18	El niño tiene juguetes o es animado a aprender los numeros	.765	.677
C16	El niño tiene juguetes o es animado a aprender colores, formas, tamaños	.718	.674
C20	El niño es animado a aprender el alfabeto	.678	.687
C19	El niño tiene juguetes que le ayudan a aprender el nombre de los animales	.617	.698
C21	Los padres enseñan repertorios de cuidado del medio ambiente	.473	.705
B16	El niño tiene acceso a libros	.392	.733
C17	El niño tiene juguetes que permitan la libre expresión	.373	.736
B21	El niño come al menos una comida diaria con los padres	.352	.734

Alfa Estandarizada= .725

Reactivo Número	Dimensión Rigurosidad de la Disciplina	Factor 3	Corr.
C13	Los padres regañan o critican al niño durante la visita	.782	.606
C9	Los padres le gritan al niño	.724	.607
C10	Los padres expresan u hostilidad o impaciencia al niño	.710	.628
C14	Los padres interfieren o restringen al niño durante la visita	.681	.637
C12	Mas de una instancia de castigo físico durante la semana pasada	.476	.691
C11	Los padres castigan físicamente al niño durante la visita	.419	.687

Alfa Estandarizada= .707

Reactivo Número	Dimensión Socialización	Factor 4	Corr.
C6	Los padres conversan con soltura y facilidad	.800	.368
C5	Los padres inician intercambios verbales con los visitantes	.671	.473
B14	El niño tiene acceso a grabadora	.500	.492
C4	El habla de los padres es clara y audible	.496	.533
B15	El niño tiene acceso a televisión	.316	.556

Alfa Estandarizada= .573

Reactivo Número	Dimensión Responsividad Reciproca	Factor 5	Corr.
B22	El niño ayuda a su mamá en las labores del hogar	.578	.270
C7	Los padres apapachan al niño al menos dos veces	-.544	.447
B18	Los padres traen visitas al niño	.483	.390
B19	Animan al niño a guardar sus juguetes sin ayuda	.458	.322

Alfa Estandarizada= .432

Los valores de correlación para las dimensiones de estimulación del desarrollo del niño en el hogar parecen dar lugar a las siguientes consideraciones: a) en base a las correlaciones positivas y significativas que se observan encontramos que el instrumento podría dividirse en dos grandes rubros, estimulación del aprendizaje, lenguaje y socialización y otro sobre responsividad y rigurosidad de la disciplina. En concreto las dos áreas prioritarias en la interacción madre-hijo, estimulación y afectividad; b) por otro lado, podría utilizarse el valor de estimulación como un indicador de promoción del desarrollo en todas las áreas (ver tabla 11.3).

11.4. Conocimientos y Percepción de Riesgo en Desarrollo

Para la prueba de conocimientos, las alternativas de respuestas no se saturaron en alguna opción. Los 11 reactivos discriminaron a la población con y sin éxito en la prueba.

Para evaluar la frecuencia estimada con la cual la madre llevaba a cabo o permitía comportamiento que pone en riesgo la estimulación que el niño recibe se utilizaron 11 reactivos con 5 opciones de respuesta, capturados tomando el 5 como criterio de conducta adecuada y el 1 como conducta inadecuada. Obteniendo en principio las frecuencias para cada una de las opciones, se puede observar que la distribución es muy homogénea, no se observan saturaciones en alguna opción, por lo que todos los reactivos son considerados para separarlos en 2 grupos por un punto de corte ubicado en 25 puntos. Los grupos se contrastaban para 5 opciones y el reactivo 5 que evalúa la frecuencia con la cual se le permite al niño jugar en otras casas se elimina por los valores obtenidos de *Ji* cuadrada (*Ji* = .55, alfa = .96) lo que indica que se distribuye de manera más o menos parecida para los dos grupos en las 5 opciones.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación varimax con los 10 reactivos de frecuencia de conducta de riesgo en desarrollo y se obtuvieron 2 subescalas con una varianza explicada de 39.2% y un alfa estandarizada de .54. En la primera dimensión quedaron ubicados los 6 reactivos para conductas de modelamiento y disciplina y la segunda dimensión es la que aglutina las conductas de estimulación con 4 reactivos.

Tabla 11.3. Valores de correlación para las dimensiones de la escala de estimulación del desarrollo del niño en el hogar para infantes y preescolares.

	E. del Lenguaje			E. del Aprendizaje			R. de la Disciplina			Socialización			R. Reciproca		
	r	0-3	3-6	r	0-3	3-6	r	0-3	3-6	r	0-3	3-6	r	0-3	3-6
Estimulación del Lenguaje	■	■	■												
Estimulación del Aprendizaje	.273 **	.162	.400 **	■	■	■									
Rigurosidad de la Disciplina	.141	.272	.029	.159	.133	.204	■	■	■						
Socialización	.284 **	.248	.276 *	.257 **	.275	.281 **	-.004	.068	-.060	■	■	■			
Responsividad Recíproca	.337 **	.181	.492 **	.337 **	.185	.495 **	.315 **	.271	.364 **	.215	.225	.223	■	■	■
Total	.722 **	.684 **	.743 **	.709 **	.603 **	.799 **	.496 **	.608 **	.425 **	.482 **	.489 **	.471 **	.645 **	.584 **	.740 **

No. de Casos = total 181/ 76 infantes (0-3 años)/ 105 preescolares (3-6 años). Significancia a 2 colas = *-.01, **-.001

Tabla 11.4. Análisis factorial y correlación para los reactivos de frecuencia de conducta de riesgo en desarrollo.

Reactivo Número	Dimensión Modelamiento y Disciplina	Factor 1	Corr.
K9	Le pega o regaña al niño enfadada porque no tiene dinero o no le alcanza el tiempo	.704	.37
K3	Pedir frituras y dulces sucede después de un berrinche	.685	.39
K8	Usted y su pareja se pelean o gritan frente a los niños	.599	.42
K1	Plática con su niño una hora al día aunque este haciendo el negocio de la casa	-.572	.41
K2	Con que frecuencia le da al niño para comparar sabritas y dulces	.566	.39
K11	Se parecen en la manera de criar al niño los adultos que lo atienden	.300	.64

Alfa Estandarizada = .54 Varianza Total Explicada = 39.2%

Reactivo Número	Dimensión Variedad y Estimulación	Factor 2	Corr.
K10	Le hace ver al niño que obedece y juega sin pelear	.692	.46
K6	El papá puede pasar una hora después de trabajar con el niño	.651	.40
K4	Dedica cuando menos 1 hora al día para jugar con el niño después de hacer negocio de la casa	.546	.46
K7	El niño sale a otro municipio o lo llevan a Hermosillo de paseo	.537	.52

Alfa Estandarizada = .53

Se llevó a cabo un análisis de correlación entre las dimensiones obtenidas de los reactivos que miden la frecuencia de conductas relacionadas con la subescala llamada modelamiento y la de estimulación, pero en ninguno de los casos se encontró que la correlación fuera significativa.

Para el análisis de reactivos de percepción de riesgo en desarrollo se obtuvieron las frecuencias para cada una de las 5 opciones capturadas de muy riesgoso a nada riesgoso, ubicando siempre el 5 para la estimación de riesgo más alta, recodificando aquellos ítemes en donde nada riesgoso fuera la estimación más apropiada, pues la pregunta se planteaba en términos de un comportamiento que favorece el desarrollo. Los reactivos 1, 3 y 8 obtuvieron una frecuencia alta en la opción 5, pero no se excluyeron porque nunca representaron el 95% del total de las opciones de respuesta.

Con las calificaciones totales a los 10 reactivos se dividió a la población en 2 grupos en el punto de corte de 25 hacia arriba para las que perciben riesgo y para abajo para el grupo de mamás que nos estiman riesgo. Los resultados de la *Ji* cuadrada fueron para todos los reactivos siempre menores a .05, por lo cual se procedió al análisis factorial con los 10 reactivos.

Del análisis factorial exploratorio con rotación varimax surgieron 2 subescalas una para riesgos en modelamiento y disciplina con 7 ítemes y otra para riesgos de estimulación con 3 ítemes. El total de la varianza explicada fue de 43.9% y el alfa estandarizada de .64 y .70 respectivamente. Los pesos factoriales fueron siempre mayores a .42 por lo cual, puede decirse que se tienen 2 subescalas pertinentes y consistentes.

Tabla 11.5. Análisis factorial y correlación para los reactivos de percepción de riesgo en el desarrollo.

Reactivo Número	Dimensión Riesgos para Modelamiento y Disciplina	Factor 1	Corr.
J9	Una mamá que pega y regaña a su niño enojada porque no tiene dinero o no le alcanza el tiempo	.632	.57
J5	Dejar al niño jugar únicamente en la casa	.599	.58
J6	El papá se pasa días o temporadas trabajando lejos de casa (15 días al mes)	.584	.59
J2	Que una madre le de a su hijo para comprar sabritas y dulces evitando así un berrinche	.578	.59
J4	Si los adultos que lo cuidan aplican diferente disciplina y educación	.573	.59
J8	El que los papás griten o se pelen frente a ellos	.531	.60
J10	El ignorar al niño cuando esta jugando sin pelear y cuando obedece	.428	.62

Alfa Estandarizada = .64 Varianza Total Explicada = 43.9%

Reactivo Número	Dimensión Riesgos para Estimulación	Factor 2	Corr.
J3	Jugar con el niño una hora diaria, después de terminar el negocio de la casa	.794	.50
J1	Que una madre platique una hora al día con su niño aunque este haciendo el quehacer	.788	.47
J7	Salir con del niño de paseo a otro municipio o a Hermosillo	.672	.76

Alfa Estandarizada = .70

La correlación entre las dimensiones de estimación de riesgo para comportamientos relacionados con modelamiento y estimulación no presenta correlaciones importantes, por lo cual se deberá seguir trabajando para todos los análisis posteriores con 2 subescalas para percepción de riesgo.

La susceptibilidad y la percepción presentan en desarrollo correlaciones lo suficientemente altas como para considerarlas bajo una sola variable que llamaremos susceptibilidad y que mide la estimación que hace la madre acerca de la vulnerabilidad de su hijo ante un eventual problema de desarrollo.

Controlabilidad no presenta relación alguna con las respuestas dada a los 2 reactivos anteriores, mientras percepción y susceptibilidad presentan altos y positivos niveles de correlación que los hacen ver como dos indicadores complementarios e inclusivos.

Tabla 11.6. Valores de correlación para las dimensiones de percepción de riesgo, susceptibilidad y controlabilidad.

	Percepción de Riesgo			Susceptibilidad			Controlabilidad		
	total	0-3	3-6	total	0-3	3-6	total	0-3	3-6
Percepción de Riesgo	■	■	■						
Suceptibilidad	.421 **	.466 **	.367 **	■	■	■			
Controlabilidad	.159	.130	.189	.143	.276	-.029	■	■	■

No. de Casos = total 208/ 102 infantes (0-3 años)/ 106 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = * -.01, **-.001

En resumen para la evaluación del modelo de desarrollo se tienen 6 escalas del EDIN (Escala del Desarrollo Integral del Niño), 5 del Inventario de Estimulación del Niño en el Hogar, una para Conocimientos, 2 para frecuencia de Conducta de Riesgo y 2 para Estimación de Riesgo y 2 indicadores uno para Susceptibilidad y otro para Controlabilidad, haciendo un total de 18 variables que serán utilizadas en los análisis posteriores.

CAPÍTULO 12. DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA EL MODELO DE SALUD

12.1. Higiene de la Casa, la Mamá y el Niño

Como se describió anteriormente este instrumento de observación registraba en una escala dicotómica la presencia o ausencia de manchas, suciedad o desperdicios en la casa y para la madre y el niño la suciedad en diferentes partes del cuerpo.

Con el objeto de agrupar los reactivos en diferentes dimensiones o subescalas y poder tratarlos como variables se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación varimax cuyos resultados presentan 2 dimensiones que explican el 45.6% de la varianza para la higiene del hogar. La dimensión higiene de la cocina con 8 reactivos y la dimensión higiene del baño con 4 reactivos. Como se puede observar los pesos factoriales fueron siempre mayores a .6 y las correlaciones entre reactivos de .85, lo cual indica un buen nivel de pertenencia y cohesión en cada una de las escalas.

Tabla 12.1. Análisis factorial y correlación para los reactivos de higiene del hogar.

Reactivo Número	Dimensión Higiene de la Cocina	Factor I	Corr.
N15	Estufa con desperdicios	.779	.835
N10	Mesa sucia	.769	.831
N14	Estufa sucia	.745	.831
N11	Mesa con desperdicios	.698	.840
N16	Estufa manchada	.693	.845
N12	Mesa sucia por debajo	.630	.847
N3	Piso con desperdicios	.625	.843
N2	Piso sucio	.605	.845

Alfa Estandarizada= .858 Varianza Total Explicada = 56 %

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Reactivo Número	Dimensión Higiene del Baño	Factor 2	Corr.
N6	Baño con residuos	873	.774
N7	Baño manchado	793	.801
N5	Letrina como baño	.786	.842
N8	Baño con papeles tirados	.774	.782

Alfa Estandarizada= .861

Para los reactivos que evaluaban la higiene de la madre y el niño podemos observar 2 dimensiones con un 66.2% y un 46.2% de varianza explicada para cada caso. La dimensión higiene del tronco con 5 reactivos para la madre y con 9 para el niño, pues incorpora higiene de manos y pies, por lo cual se denomina higiene de tronco y extremidades.

La segunda dimensión de higiene de la madre incluye 4 reactivos para ropa y manos y para el niño ropa y uñas con 3 reactivos.

Los reactivos que no aparecen fueron excluídos por su baja frecuencia como la nariz sucia en la madre o porque no son relevantes como uñas largas y portar la mamá más de una prenda.

Tabla 12.2. Análisis factorial y correlación para los reactivos de higiene de la madre.

Reactivo Número	Dimensión Higiene de Tronco	Factor 1	Corr.
N21	Oidos sucios	.883	.801
N23	Brazos sucios	.838	.766
N20	Cuello sucio	.836	.812
N17	Cara sucia	.789	.807
N18	Cabello sucio	.627	.872

Alfa Estandarizada= .880 VarianzaTotal Explicada = 66.2 %

Reactivo Número	Dimensión Higiene de Ropa y Manos	Factor 2	Corr.
N26	La madre anda descalza	.813	.698
N24	La madre trae las uñas sucias	.636	.558
N25	La madre trae la ropa sucia	.662	.642
N22	La madre trae las manos sucias	.512	.602

Alfa Estandarizada= .704

Tabla 12.3. Análisis factorial y correlación para los reactivos de higiene del niño.

Reactivo Número	Dimensión Higiene de Tronco y Extremidades	Factor 1	Corr
N32	El niño trae las manos sucias	.781	.761
N27	El niño trae la cara sucia	.753	.772
N28	El niño trae el cabello sucio	.709	.786
N36	El niño tre la ropa sucia	.680	.782
N33	El niño trae los brazos sucios	.639	.789
N30	El niño trae el cuello sucio	.575	.809
N29	El niño trae la nariz sucia	.509	.808
N38	El niño anda descalzo	.486	.824
N31	El niño trae los oidos sucios	.466	.817

Alfa Estandarizada= .813 Varianza Total Explicada = 46.2 %

Reactivo Número	Dimensión Higiene de Ropa y Uñas	Factor 2	Corr
N37	El niño trae más de una prenda	.766	.511
N35	El niño trae las uñas largas	.446	.232
N34	El niño trae las uñas sucias	.686	.140

Alfa Estandarizada= .411

Las correlaciones de Pearson entre las dimensiones de higiene de la madre, el niño y la casa presentan correlaciones altas y positivas entre las 2 dimensiones de cada una de las 3 medidas de higiene, lo cual nos permite trabajar sólo con 3 dimensiones.

Tabla 12.4. Valores de correlación para las dimensiones de la variable observación de higiene para la población de infantes y preescolares.

Higiene en cocina y baño

	Cocina			Baño		
	Total	Infante	Preescolar	Total	Infante	Preescolar
Cocina	■	■	■			
Baño	.393**	.264*	.516**	■	■	■

No. de Casos = total 211/ 105 infantes (0-3 años)/ 106 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = * -.01, **-.001

Higiene de la madre

	Tronco			Ropa y Manos		
	Total	Infante	Preescolar	Total	Infante	Preescolar
Tronco	■	■	■			
Ropa y manos	.556**	.635**	.508**	■	■	■

Higiene del niño

	Tronco			Ropa y Manos		
	Total	Infante	Preescolar	Total	Infante	Preescolar
Tronco	■	■	■			
Ropa y manos	.480**	.374**	.560**	■	■	■

No. de Casos = total 185/ 105 infantes (0-3 años)/ 106 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = * -.01, **-.001

12.2. Conocimientos y Percepción de Riesgo en Diarreas

Las 17 preguntas sobre conocimientos en diarreas fueron capturadas como correctas e incorrectas (1-0) para después separar en 2 grupos según su ejecución exitosa o no exitosa (punto de corte 9) y obtener una *Ji* cuadrada para cada uno de los reactivos en 2 opciones de respuesta. Ninguno de los reactivos obtuvo un valor de *Ji* por arriba del nivel de significancia de .05, por lo cual, la calificación en el total de la prueba será considerado como parámetro para evaluar conocimientos sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones diarréicas.

Para la frecuencia de comportamiento de riesgo en enfermedades diarréicas se obtuvo la frecuencia para las opciones de respuesta capturadas de siempre-nunca dando el valor de 5 a la opción que representa la conducta adecuada. Dividiendo los sujetos en dos partes por su puntuación con un punto de corte > 25, se llevó a cabo una *Ji* cuadrada para cada reactivo en las 5 opciones para los 2 grupos el de alta conducta de riesgo contrastado con el de baja conducta de riesgo. Sólo el reactivo 9 que pregunta sobre la frecuencia con la cual el niño come demasiado tuvo que excluirse de los análisis posteriores (*Ji* = 5.53, alfa = .23).

Con los reactivos restantes se llevó a cabo un análisis factorial que presenta 2 dimensiones para un 41.7 de la varianza explicada, una que tiene que ver con la conducta de aseo personal con 5 reactivos y otra con conductas de higiene en la casa

con 4 reactivos. Ambas presentan pesos factoriales mayores a .40 y correlaciones total entre los reactivos de .63.

Tabla 12.5. Análisis factorial y correlación para los reactivos de frecuencia de conducta de riesgo en diarreas.

Reactivo Número	Dimensión Conductas de Aseo Personal	Factor 1	Corr.
P6	Su hijo come frutas y verduras sin lavarlas	.730	.52
P8	Se sienta su hijo a comer sin lavarse las manos	.716	.51
P2	Su hijo se lava las manos después de ir al baño	.616	.60
P1	Su hijo hace caca al aire libre	.511	.61
P7	Su hijo utiliza platos y cucharas de personas con diarrea	.421	.62

Alfa Estandarizada = .63 Varianza Total Explicada = 41.0%

Reactivo Número	Dimensión Conductas de Higiene en Casa	Factor 2	Corr.
P4	Con que frecuencia su hijo usa el mismo vaso o taza utilizado por otros	.676	.39
P5	Con que frecuencia su hijo juega en corrales y/o trochiles	.605	.46
P3	Con que frecuencia su hijo toma agua de la olla o de galones	.517	.47
P10	Con que frecuencia su hijo come alimentos preparados en sartenes y ollas que ya hallan sido utilizados	.440	.55

Alfa Estandarizada = .54

Los valores de correlación obtenidos entre las subescalas para frecuencia de conductas sobre exposición a contaminantes y suciedad nos permite considerar para toda la población y los subgrupos indicadores de frecuencia (ver tabla 12.7).

Para la estimación del riesgo que la madre percibe en relación a las conductas de aseo e higiene se obtuvieron las frecuencias para las 5 opciones de respuestas capturadas en términos de muy riesgoso (5) nada riesgoso (1). Después se dividieron las mamás en términos de los puntajes totales obtenidos quedando las que perciben riesgo por arriba de 35 puntos y las que perciben poco riesgo por abajo. Se obtuvo el análisis de *Ji* cuadrada para cada reactivo en sus 5 opciones para 2 grupos de contraste. Sólo el reactivo 9 presentó un valor de *Ji* con un nivel de significancia por arriba de .05 (*Ji* = 2.0, alfa = .73) por lo cual no fue considerado en los análisis posteriores.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación varimax que presentó 2 dimensiones; la dimensión denominada riesgos de aseo personal con 4 reactivos y la de riesgos de higiene de la casa con 5 reactivos. Estas 2 dimensiones explican el 51.3% de la varianza total y presentan pesos factoriales mayores a .58 y una correlación total de .78.

Tabla 12.6. Análisis factorial y correlación para los reactivos de percepción de riesgo en diarreas.

Reactivo Número	Dimensión Riesgo por Contaminación	Factor 1	Corr.
O4	Tomar agua de la olla o de la llave, que tan riesgoso puede ser para un niño	.774	.72
O5	Usar un sólo vaso para tomar agua	.746	.74
O10	El hacer caca al aire libre	.720	.74
O7	Usar platos y cucharas de una persona con diarrea	.678	.74
O8	Jugar en trochiles y corrales que tan riesgoso es para un niño	.587	.74

Alfa Estandarizada = .78 Varianza Total Explicada = 51.3%

Reactivo Número	Dimensión Riesgo por Suciedad	Factor 2	Corr.
O6	Es para un niño comer frutas y verduras sin lavarlas	.772	.65
O3	Es para un niño comer los alimentos en trastes sucios	.761	.65
O2	Sentarse a comer con las manos sucias	.694	.67
O1	No lavarse las manos después de ir al baño	.692	.74

Alfa Estandarizada = .74

La correlación producto-momento entre las dimensiones de estimación de riesgo por suciedad y contaminación en infecciones diarréicas presenta una correlación alta y significativa para los 3 grupos.

Tabla 12.7. Valores de correlación para las dos dimensiones de la variable percepción y frecuencia de riesgo en diarreas para infantes y preescolares.

Percepción de Riesgo

	Por Contaminación			Por Suciedad		
	Total	Infante	Preescolares	Total	Infante	Preescolares
Por Contaminación	■	■	■			
Por Suciedad	.419**	.330**	.466**	■	■	■

No. de Casos = total 205/ 100 infantes (0-3 años)/ 105 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = *-.01, **-.001

Frecuencia

	Por Suciedad			Por Contaminación		
	Total	Infante	Preescolares	Total	Infante	Preescolares
Por Suciedad	■	■	■			
Por Contaminación	.415**	.320*	.498**	■	■	■

No. de Casos = total 205/ 100 infantes (0-3 años)/ 105 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = *-.01, **-.001

Tabla 12.8. Valores de correlación entre percepción de riesgo, susceptibilidad, controlabilidad en diarreas para infantes y preescolares.

	Percepción			Susceptibilidad			Controlabilidad		
	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6
Percerpción	■	■	■						
Susceptibilidad	.400 **	.487 **	.297 *	■	■	■			
Controlabilidad	.041	.202	-.142	.157	.270*	-.020	■	■	■

No. de Casos = total 207./ 102 infantes (0-3 años)/ 105 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = *-.01, **-.001

En resumen, para la evaluación del modelo de salud tenemos la frecuencia de enfermedades diarréicas; las subescalas de higiene de la cocina, madre y el niño haciendo un total de 3 subescalas para los factores próximos. Además contamos con la medida de conocimientos sobre infecciones diarréicas. Dos subescalas para frecuencia de conductas de riesgo en diarreas; conductas de aseo personal y de higiene de la casa. Finalmente, 2 subescalas para estimar la percepción de riesgo en diarreas; riesgos de higiene de la casa y riesgos de aseo personal. Esto hace un total de 5 variables para la evaluación de conocimientos, frecuencia de conductas de riesgo y percepción de riesgo en salud.

Dos indicadores adicionales serán incluidos en los análisis posteriores para susceptibilidad y controlabilidad y diarréicas. Con estos indicadores tenemos un total de 10 variables para el análisis del modelo de salud.

Sin embargo, después de observar las correlaciones positivas y altas, frecuencia y la percepción se consideraron como una sola variable, quedando así sólo 8 variables para evaluar el modelo de salud.

CAPÍTULO 13. DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA EL MODELO DE NUTRICIÓN

13.1. Diversidad de la Dieta

Con los registros de los alimentos consumidos por el niño en las 72 horas inmediatas anteriores fue posible llevar a cabo el registro de presencia o ausencia de cada uno de los 91 alimentos. Una vez hecho, esto se obtuvo la frecuencia con la cual aparecía cada reactivo en la población total eliminando a todos aquellos con una frecuencia menor al diez porciento del total de las veces para los registros en toda la población. Esto implica eliminar reactivos con una frecuencia menor a 5 de poco más de 600 presentaciones por oportunidad. Ejemplo de estos son: los berros, camote, papaya, coliflor, brocoli, fresas, mandarina, apio, nieve, yogurth, requeson, sardina, atún, soya, garbanzo, pie, donas, tocino, y otros tantos, haciendo un total de 26 reactivos eliminados por su baja frecuencia.

El formato que se presenta en los anexos al final del documento (3.21 A y B) contiene todos los reactivos que se incluyeron para obtener la diversidad.

Con los 65 reactivos restantes se elaboraron 20 grupos de alimentos a saber:

1. Golosinas: dulces, chicles, pastel, galletas.
2. Lácteos: leche, queso, nieve, café con leche.
3. Pan y Tortillas de Harina de Trigo: Tortilla de harina, pan dulce, galletas saladas, pan de barra, pan horneado.
4. Tortilla de Maíz y Corn Flakes.
5. Cítricos y Jugos: guayaba, naranja, limón, uva, jugo de naranja.
6. Mango, melón, durazno.
7. Manzana, plátano, pera, sandía, jugo de manzana.
8. Quelite, verdolaga, nopal.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

9. Apio, lechuga, repollo, aguacate.
10. Tomate, cebolla, chile, catsup.
11. Zanahoria, calabacitas.
12. Papas, papas guisadas.
13. Derivados del Trigo: hot cakes, crema, sopa de pasta.
14. Otros Cereales: avena, arroz.
15. Carnes Frías: Salchicha, bolonia, chorizo.
16. Carnes: res, pescado, pollo.
17. Huevos
18. Proteína Vegetal: frijoles, cacahuates, lentejas.
19. Bebidas: sodas, tang, café.
20. Frituras caseras, frituras compradas, mayonesa.

Para cada niño se apuntaba si había consumido o no, durante el registro de 72 horas al menos uno de los alimentos incluidos en cada grupo señalando con un 1 o 0 presencia o ausencia de consumo. Sumando para cada niño los puntos obtenidos fue sorprendente que sólo 6 niños tenían una frecuencia total ≥ a 17, lo cual, estimabamos como una dieta diversa. Fue entonces, cuando se decidió para efectos de análisis de varianza posteriores dividir en dos grupos, aquellos con una dieta diversa (>12 puntos) y los de dieta monótona (< 12 puntos). A su vez los alimentos fueron recodificados en 5 grupos de alimentos: energía (alimentos chatarra, grasas y aceites); proteína animal (carnes y lácteos); vitaminas (frutas y verduras) y proteína vegetal y energía (cereales y leguminosas).

En principio se decidió que para los análisis de diversidad de la dieta no se tomarían en cuenta los niños pequeños, puesto que todos los menores de un año y particularmente los menores de seis meses toman buenas cantidades de leche, lo cual, opaca una medida de diversidad.

13.2. Conocimientos y Percepción de Riesgo en Nutrición

En principio los 13 reactivos fueron capturados como correctos e incorrectos. Después tomando el punto de corte de 55 se dividió a los sujetos en exitosos y no exitosos para llevar a cabo a una *Ji* cuadrada para cada reactivo. De este análisis el reactivo 1 y 4 se comportaron de manera muy parecida para ambos grupos (R1/*Ji* = .03, alfa = .85; R4/ *Ji* = .02, alfa = .87) (ver tarjeta 3.22 en los anexos).

Para los 10 reactivos en donde la madre estima en un continuo de 5 puntos siempre-nunca, la frecuencia de comportamiento de riesgo en nutrición se obtuvieron las frecuencias para cada opción recodificada para darle el valor mayor a la conducta adecuada y el menor a la inadecuada. De esta forma, una estimación de conducta que fuera adecuada sumaría 50 puntos, por lo cual, se dividió en dos grupos a la población tomando como punto de corte 25 puntos hacia abajo y hacia arriba para obtener el valor de *Ji* cuadrada para las 5 opciones en dos grupos de contraste, los de conducta adecuada e inadecuada. Ninguna de las estimaciones resultó por arriba del .05 y los valores de *Ji* fueron bastante altos en todos los casos.

Todos los reactivos se conservaron para llevar a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación varimax que permite observar 2 dimensiones que explican el 44.4% de la varianza total. La dimensión con 7 reactivos la llamamos condiciones y consecuencias que se refiere a los comportamientos que implican el manejo de contingencias de recompensa o castigo frente a los hábitos de alimentos del niño. La dimensión variedad se refiere a conductas de preparación y consumo de alimentos.

Tabla 13.1. Análisis factorial y correlación para los reactivos de frecuencia de riesgo en nutrición.

Reactivo Número	Dimensión Condiciones y Consecuencias	Factor 1	Corr.
AA2	Come solo si le permiten salir a jugar, ver la televisión u obtener dinero	.802	.66
AA9	Le pega o regaña a su hijo si no quiere comer algún platillo	.736	.69
AA1	Su hijo come solamente si le prometen sabritas, sodas y dulces	.708	.69
AA7	Su hijo pide que le preparen platillos que son de su gusto	.585	.69
AA8	Su hijo pide golosinas y frituras como recompensa o premio cuando se porta bien	.569	.69
AA10	Su hijo no quiere comer cuando tiene diarrea o resfriado	.514	.73
AA5	Usted les ofrece a su señor y a los hijos varones que trabajan consuman la mayor parte de la comida	.371	.74

Alfa Estandarizada = .74 Varianza Total Explicada = 44.4%

Reactivo Número	Dimensión Variedad	Factor 2	Corr.
AA4	A la semana prepara la comida con los mismos ingredientes	.823	.22
AA3	Su hijo pasa el día comiendo de diario los mismos alimentos	.616	.35
AA6	Su hijo come entre horas	.566	.55

Alfa Estandarizada = .49

Un análisis de correlación producto-momento no encontró una correlación entre las 2 dimensiones.

Para los reactivos de percepción de riesgo se llevaron a cabo los análisis de frecuencia para cada una de las opciones se obtuvieron los valores de *Ji* cuadrada y al igual que para frecuencia de conducta de riesgo ninguna de las estimaciones resultó por arriba del .05 y los valores de *Ji* fueron bastante altos en todos los casos. Para este caso el punto de corte se ubicó en los 35 puntos y por arriba para definir al grupo que percibe riesgo y menos de 35 puntos para los que no perciben riesgo.

Con todos los reactivos se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación varimax que presentó 2 dimensiones, variedad y demora con 4 reactivos y condiciones y consecuencias con 6. La primera subescala contiene los reactivos relacionados con la variedad (2 ítemes) y aquellos que implican el manejo por parte de la madre de una consecuencia reforzante demorada si el niño come (2 ítemes).

Consecuencias y condiciones se refiere a los reactivos que evaluan el riesgo de las restricciones bajo las cuales el niño acepta el alimento y el tipo de consecuencia inmediata requerida para aceptar la comida.

El análisis de correlación entre las escalas de percepción de riesgo estimada para la variedad y consecuencias ofrecidas por comer presenta para la población total una correlación positiva significativa ($r = .64$; $p = .001$), lo cual nos autoriza a manejar una sola columna con los resultados totales de la estimación de la madre cuando se lleven a cabo análisis de la población total o los subgrupos.

Tabla 13.2. Análisis factorial y correlación para los reactivos de percepción de riesgo en nutrición.

Reactivo Número	Dimensión Variedad y Demora	Factor 1	Corr.
Z3	El que coma de diario los mismos alimentos	.811	.57
Z4	El que la mamá prepare platillos con los mismos ingredientes	.766	.64
Z1	Que un niño coma solamente si le prometen sabritas, sodas y dulces	.606	.65
Z2	Que un niño coma solamente si le prometen salir a jugar, manejar la televisión y obtener dinero	.599	.65

Alfa Estandarizada = .69 Varianza Total Explicada = 42.1%

Reactivo Número	Dimensión Condiciones y Consecuencias	Factor 2	Corr.
Z9	Para un niño que le peguen o regañen cuando no tiene hambre y no quiere comer un platillo.	.647	.58
Z8	Para un niño que le ofrezcan golosinas y frituras como recompensa o premio cuando se porta bien	.635	.55
Z5	Que en su familia, el señor y a los varones que trabajan se consuman la mayor parte de la comida	.615	.54
Z10	Para un niño que no quiera comer cuando tiene diarrea o resfriado	.577	.58
Z7	Que pida que le preparen los platillos que son de su gusto	.507	.55
Z6	Que un niño coma entre horas	.375	.59

Alfa Estandarizada = .61

Los indicadores para susceptibilidad, controlabilidad y percepción de riesgo constituídos por un solo reactivo, cada uno presenta a la controlabilidad como percepción de riesgo y susceptibilidad se relaciona positivamente para infantes, preescolares y población total.

13.3. Valores de correlación para las dimensiones de percepción de riesgo, susceptibilidad y controlabilidad.

	Percepción de Riesgo			Susceptibilidad			Controlabilidad		
	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6	Total	0-3	3-6
Percepción de Riesgo	■	■	■						
Susceptibilidad	.420 **	.455 **	.375 **	■	■	■			
Controlabilidad	.175	.225	.122	.089	.166	.012	■	■	■

No. de Casos = total 205/ 101 infantes (0-3 años)/ 104 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = * -.01, **-.001

Planteado de esta manera, a partir de estos análisis estadísticos preliminares tenemos las siguientes variables para el modelo que queremos probar de nutrición: peso/talla, diversidad de la dieta dividido en 5 grupos de alimentos, frecuencia de conductas inadecuadas, y dos indicadores adicionales uno para severidad y otro para controlabilidad percibida por la madre sobre los problemas de alimentación.

CAPÍTULO 14. DEFINICIONES DE VARIABLES PARA EL MODELO DE COMPORTAMIENTO DEL CUIDADOR

14.1. Evaluación de la Conducta del Niño

Los 24 reactivos que se utilizaron para evaluar la percepción que la madre tiene de su hijo fueron obtenidos de 3 subescalas del instrumento para medir estrés de la crianza de Abidin (1992). Una vez que se observó que las frecuencias absolutas no estaban saturadas en una de las opciones, se llevó a cabo un análisis factorial con los 24 reactivos, encontrándose 4 dimensiones claramente delimitados con una varianza explicada de 38.3%. La subescala de atención y demanda con 7 reactivos para un alfa estandarizada de .77. La subescala en donde la madre evalúa su percepción sobre el apego con su niño con 6 reactivos con un alfa de .57. La dimensión en la cual la madre evalúa su percepción sobre la actividad del niño con 7 reactivos y una intercorrelación total entre reactivos de .59 y finalmente la escala de expectativas con cuatro reactivos y un alfa de .37.

Tabla 14.1. Análisis factorial y correlación para los reactivos de evaluación de la conducta del niño.

Reactivo Número	Dimensión Atención y Demanda	Factor 1	Corr.
H23	Mi hijo parece mucho mas difícil de cuidar que la mayoría de los niños	.620	.534
H24	Mi hijo pide más de lo que he visto en otros hijos	.612	.533
H4	Comparado con la mayoría de los niños, mi hijo tiene más dificultades para concentrarse y poner atención	.566	.549
H10	Mi hijo me mira de manera diferente a lo que yo esperaría y eso me hace sentir incomoda	.531	.542
H6	Mi hijo divaga o pierde el tiempo más de lo que yo quisiera	.450	.570
H9	A mi hijo se le puede distraer de algo que desea	.422	.595
H11	En algunas cosas mi hijo parece haber olvidado enseñanzas pasadas y hace cosas características de niños más pequeños	.373	.586

Alfa Estandarizada= .778 Varianza Total Explicada = 38.3%

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Reactivo Número	Dimensión Apego	Factor 1	Corr.
H16	A mi hijo le gusta mucho ser abrazado como yo espero	.622	.445
H12	Mi hijo parece aprender tan rápidamente como la mayoría de los niños	.593	.455
H13	Mi hijo perece sonreir tanto como la mayoría de los niños	.567	.471
H15	Mi hijo es capaz de de hacer tanto como yo espero	.524	.496
H21	Mi hijo esta siempre colgado de mi	.498	.594
H17	Cuando mi hijo llora, generalmente dura:	.405	.548

Alfa Estandarizada= .574

Reactivo Número	Dimensión Actividad	Factor 3	Corr.
H14	Mi hijo hace pocas cosas que me molestan mucho	.663	.527
H18	Hay algunas cosas que mi hijo hace que realmente me incomodan	.574	.524
H2	Mi hijo es tan activo que me cansa	.575	.525
H1	Cuando mi hijo quiere algo, generalmente sigue tratando de conseguirlo	.467	.549
H20	Conforme mi hijo ha crecido y es más independiente, me preocupa más que se lastime o se meta en problemas	.362	.581
H3	Mi hijo es desorganizado y se distrae con facilidad	.333	.595
H7	Mi hijo es mucho más activo de lo que yo esperaba	.454	.544

Alfa Estandarizada= .591

Reactivo Número	Dimensión Expectativa	Factor 4	Corr.
H5	Mi hijo a menudo se mantiene ocupado con un juguete por más de diez minutos	-.600	.322
H19	Mi hijo ha tenido más problemas de salud de lo que yo esperaba	.584	.239
H8	Mi hijo patalea y protesta demasiado cuando lo visto y lo baño	.328	.303
H22	Mi hijo se ha convertido en un mayor problema, más de lo que yo esperaba	.435	.335

Alfa Estandarizada= .374

Los valores de correlación para las dimensiones de la variable percepción de la conducta del niño para la población de infantes y preescolares presenta a la dimensión atención relacionada positiva y significativamente con la expectativa para la población total, infantes y preescolares, todas las demás asociaciones fueron bajas y no significativas.

Tabla 14.2 Valores de correlación para las dimensiones de la percepción de la conducta del niño.

	Atención			Apego			Actividad			Expectativa		
	Total	0-3	0-6	Total	0-3	0-6	Total	0-3	0-6	Total	0-3	0-6
Atención	■	■	■									
Apego	-.081	.074	-.213	■	■	■						
Actividad	.169	.300 *	.029	.139	.186	.063	■	■	■			
Expectativa	.375 **	.379 **	.365 **	-.150	-.059	-.205	.031	.078	-.003	■	■	■

No. de Casos = total / 101 infantes (0-3 años)/ 106 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = *- .01, **-.001

14.2. Evaluación del Ejercicio de la Autoridad

Los 39 reactivos del instrumento de autoritarismo tienen 5 opciones de respuesta que van de siempre (5) a nunca (1) redactados con el objeto de que la madre asumiera la evaluación de su conducta en relación con el hijo. Se efectuó un análisis de frecuencias por ítem para ver la distribución de las respuestas, aquellas que discriminaron se sometieron a un análisis factorial exploratorio con rotación varimax. Los valores obtenidos con la rotación varimax indican que las dimensiones son robustas, lo cual, corrobora con los valores de correlación interna para cada reactivo respecto del total. Se puede observar que la primera dimensión que denominaremos *Permisiva* presenta 12 reactivos con pesos factoriales mayores a .55 con una correlación de .79. La subescala *Restringente* está constituída por 11 reactivos con pesos factoriales por arriba de .36 y una correlación alfa estandarizada de .79. El factor 3 le llamaremos *Omnipotente* e incluye 8 reactivos con pesos factoriales mayores a .44 y una correlación total entre reactivos igual a .77. La cuarta dimensión factorial se denomina *Autoritaria* y cuenta con 6 reactivos con pesos .50 y una correlación total de .65.

Tabla 14.3 Análisis factorial y correlaciones para los reactivos la escala multidimensional de autoritarismo.

Reactivo Número	Permisiva	Factor 1	Corr.
1	Le gusta tratar a todos sus hijos igualmente	.5373	.41
2	Le gusta aprender de sus hijos	.6492	.21
3	Busca diálogo para resolver problemas con sus hijos	.4342	.42
8	Sus hijos le obedecen por temor	.6967	.76
10	Toma en cuenta sentimientos de sus hijos	.7181	.76
11	Castiga a sus hijos por no estar de acuerdo con usted	.6523	.77
14	Se aprovecha de sus hijos	.3104	.80
15	Se siente culpable si desobedece a sus hijos	.6662	.76
29	Cumple órdenes de sus hijos al pie de la letra	.5590	.78
30	Respeta la autoridad de sus hijos aunque sea arbitraria	.6900	.76
31	Le gusta para sus hijos la disciplina militar	.5219	.78
32	Obedecen sus hijos y usted las normas de la iglesia	.6310	.77

* Alfa estandarizada .7973 Varianza Total Explicada = 40.9%

Reactivo Número	Restringente	Factor 2	Corr.
5	Consigue con sus hijos lo que quiere a gritos	.4697	.77
6	Se impone con sus hijos su manera de ser	.4746	.77
9	Considera las opiniones de sus hijos	.6026	.77
12	Distribuye entre sus hijos su poder de decisión.	.6952	.76
13	Acepta sugerencias de sus hijos para la toma de decisiones	.6216	.76
16	Le va bien cuando obedece a sus hijos	.5074	.77
18	Le gusta mandar a sus hijos	.4884	.77
20	Pone sus interés por encima de sus hijos	.4501	.78
21	Piensa que sus hijos son ineptos	.5765	.77
22	Impone formas de pensar sin razón en sus hijos	.5467	.78
39	Manipula a sus hijos para lograr lo que necesita	.3618	.78

* Alfa estandarizada .7973

Reactivo Número	Omnipotente	Factor 3	Corr.
4	Obliga a sus hijos hacer lo que usted quiere	.4672	.75
23	Se considera mejor que sus hijos	.6529	.71
24	No tolera que sus hijos piensen diferente de usted	.5612	.74
25	Acepta que sus hijos evaluen su comportamiento	.5957	.74
26	Toma en cuenta los intereses de sus hijos	.7100	.72
27	Considera en sus órdenes consecuencias para sus hijos	.6737	.73
28	Platica con sus hijos antes de decidir	.4633	.77
38	Actua a su conveniencia olvidando a sus hijos	.4465	.76

* Alfa estandarizada .7722

Reactivo Número	Autoritaria	Factor 3	Corr.
19	Usa la autoridad sobre sus hijos para eliminar conflictos	.5533	.63
33	Obedecen sus hijos y usted las normas dictadas por la sociedad	.4645	.61
34	Impone sus ideas a sus hijos aunque desacuerden con usted	.5080	.59
35	Impone lo que quiere en sus hijos	.5592	.62
36	Se impone con sus hijos a la fuerza	.6795	.55
37	Amenaza a sus hijos por no cumplir sus órdenes	.6211	.59

* Alfa estandarizada .6505

Los valores de correlación encontrados entre las dimensiones de la escala de autoritarismo nos permite observar valores altos positivos y significativos entre la subescala omnipotente y restringente para la población total, infantes y preescolares. Estos datos nos permiten considerar sólo 3 dimensiones en la medición del ejercicio de la autoridad, a saber: permisiva, restringente y autoritaria.

Tabla 14.4. Valores de correlación para las dimensiones de autoritarismo.

	Permisiva			Restringente			Omnipotente			Autoritaria		
	Total	0-3	0-6	Total	0-3	0-6	Total	0-3	0-6	Total	0-3	0-6
Permisiva	■	■	■									
Restringente	.133	.081	.198	■	■	■						
Omnipotente	.177	.146	.209	.650 **	.681 **	.609 **	■	■	■			
Autoritaria	.276	.262 *	.292 *	.094	- .062	.305 *	.189	.091	.303 *	■	■	■

No. de Casos = total 207/ 102 infantes (0-3 años)/ 105 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = *- .01, **-.001

14.3. Evaluación del Estado Anímico

Después de llevar a cabo un proceso similar a los anteriormente descritos para el análisis de reactivos y de haber tomado la decisión de manejar todos los reactivos de la prueba, al igual que para todos los instrumentos se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con rotación varimax que presentó dos dimensiones para esta

población. La dimensión afectiva con pesos factoriales de .38 a .80 y una correlación total entre reactivos de .78 y la dimensión somatización con pesos factoriales de .48 a .75 y una correlación total .78. La primera subescala con 13 reactivos y la segunda con 7.

Tabla 14.5. Análisis factorial y correlación para el inventario de depresión.

Reactivo Número	Dimensión Afectiva	Factor 1	Corr.
3	Sentí que no podía quitarme de encima la tristeza, ni aún con la ayuda de mi familia y amigos.	.736	.72
4	Sentí que yo era tan bueno como cualquier otra persona	.802	.77
6	Me sentí deprimido.	.550	.72
7	Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	.429	.72
8	Me sentí optimista sobre el futuro.	.381	.74
10	Durante la semana pasada me sentí con miedo.	.547	.73
12	Estuve contento.	.759	.72
14	Me sentí solo.	.603	.72
15	Sentí que la gente no era amistosa.	.664	.78
16	Disfrute la vida.	.618	.72
18	Me sentí triste.	.787	.70
19	Sentí que le caía bien a la gente.	.556	.75
20	No tuve ganas de hacer nada.	.686	.76

* Alfa estandarizada .781 Varianza Total Explicada = 53.0 %

Reactivo Número	Dimensión Somatización	Factor 2	Corr.
1	Durante la semana pasada, me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	.559	.76
2	No me sentí con ganas de comer, tuve mal apetito.	.541	.75
5	Tuve dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo.	.757	.72
9	Pense que mi vida había sido un fracaso.	.679	.74
11	Mi sueño era inquieto.	.560	.73
13	Hablé menos de lo usual.	.602	.74
17	Pasé ratos llorando.	.484	.74

* Alfa estandarizada .7852

Como se observa las 2 dimensiones de depresión presentan una correlación positiva significativa para el total de la población, los infantes y preescolares, por lo cual, es posible considerar los 20 reactivos de depresión como una sola medida de estado anímico.

Tabla 14.6. Valores de correlación para las dimensiones de depresión.

	Afectividad			Somatización		
	Total	Infante	Preescolares	Total	Infante	Preescolares
Afectividad	■	■	■			
Somatización	.643**	.647**	.650**	■	■	■

No. de Casos = total 208/ 102 infantes (0-3 años)/ 106 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = * -.01, **-.001

14.4. Evaluación de la Autopercepción como Pareja

Los 18 reactivos bipolares para evaluar la autopercepción de la madre como pareja se capturaron después de recodificar en términos del adjetivo positivo por ejemplo, activa, generosa, cooperativa, amable, etc. La distribución de frecuencias no se saturo en alguna opción para ninguno de los reactivos. Formando dos grupos en términos de un punto de corte medio a 45 puntos, se contrastaron las madres que se perciben positivamente y las que lo hacen negativamente para las 5 opciones de respuesta. La *Ji* cuadrada fue siempre menor al .05 por lo cual, se procedió a los análisis posteriores considerando todos los reactivos.

El análisis factorial exploratorio con rotación varimax presentó 2 dimensiones uno para la evaluación de expresividad afectiva y otro para obediencia afiliativa. La primera con 12 reactivos y la segunda con 6. El total de la varianza explicada para este arreglo fue de 31.5 y el valor total de correlación fue de .791 y .425 respectivamente.

Tabla 14.7. Análisis factorial y correlación para los reactivos de autoconcepto.

Reactivo Número	Dimensión Evaluación de Expresividad Afectiva	Factor 1	Corr.
F6	Respetuosa-irrespetuosa	.692	.753
F5	Amable-grosera	.754	.746
F8	Cariñosa-seca	.599	.759
F15	Fiel-infiel	.530	.768
F9	Responsable-irresponsable	.696	.751
F14	Tierna-agresiva	.523	.768
F16	Inteligente-incompetente	.450	.773
F3	Generosa-egoista	.605	.761
F4	Cooperativa-competitiva	.463	.774
F17	Mentirosa-sincera	-.453	.772
F2	Pasiva-activa	-.442	.779
F18	Mandona-acomedida	-.351	.788

Alfa Estandarizada = .791 Varianza Total Explicada = 31.5 %

Reactivo Número	Dimensión Obediencia Afiliativa	Factor 2	Corr.
F7	Timida-desenvuelta	.626	.319
F11	Audaz-miedosa	-.559	.351
F1	Sumisa-dominante	.528	.378
F10	Impulsiva-reflexiva	.443	.395
F13	Celosa-confiada	.402	.416
F12	Abnegada-independiente	.378	.417

Alfa Estandarizada= .426

Las correlaciones entre las subescalas para autoconcepto como pareja dejan ver 2 dimensiones independientes y contrastantes que no tienen ningún tipo de asociación.

Tabla 14.8. Valores de correlación para las dimensiones de autoconcepto.

	Expresividad Afectiva			Obediencia Afiliativa		
	Total	Infante	Preescolares	Total	Infante	Preescolares
Expresividad Afectiva	■	■	■			
Obediencia Afliativa	.074	.046	.096	■	■	■

No. de Casos = total 206/ 101 infantes (0-3 años)/ 105 preescolares (3-6 años).
Significancia a 2 colas = * -.01, **-.001

14.5. Factores Sociales

El constructo *Nivel Social* fue elaborado de la siguiente manera: 1) Se llevó a cabo un análisis factorial de las variables sociales, desagüe, sanitario, materiales del techo, piso, paredes, número de cuartos, número de hijos vivos, ocupación del padre y educación de la madre. Se encontraron 3 dimensiones que explican el 57.1% de la varianza.

El primer factor *Infraestructura de la Vivienda* agrupa desagüe (peso factorial = .79), sanitario (.88) y el número de cuartos (.69), material del piso (.57) y techo (.82). El segundo factor *Material de la Vivienda* incluye material de piso (.57) y techo (.82). El tercer factor *Enseres* agrupa licuadora (.82) y lavadora (.82). Todas las intercorrelaciones fueron mayores a .60. Para cada una de las dimensiones encontradas se asignaron valores dicotómicos a cada una de las variables según su presencia o ausencia. Se clasificó dentro de cada dimensión en 3 categorías asignando el número 3 cuando se obtenían sólo 1, esto es, punteaba positivo en el total de las variables que contenía la dimensión. Se asignaba 2 cuando obtenía una variable con valor 0 y 1 cuando registraban más de un 0. Se definen cuatro niveles sumando los puntos. El primer nivel es el de mayor bienestar con familias que obtienen de 8 a 9 puntos. El nivel social medio para familias con 6 y 7 puntos, el nivel bajo para aquellos 4 y 5 puntos. Finalmente los del nivel social pobre para familias que obtienen de 0 a 4 puntos.

PARTE IV. RESULTADOS

CAPÍTULO 15. MODELO DE DESARROLLO DEL NIÑO

Se inicia el análisis de datos obteniendo una matriz de correlación entre las variables dependientes y las predictoras, con el objeto de observar algún tipo de asociación entre ellas, y a la vez evaluar las correlaciones entre las variables predictoras, con el propósito de evitar efectos de colinealidad en el análisis de regresión.

Como se tenían dos o más valores de la variable independiente, se quería conocer el peso de las fuentes de variación sistemática y las fuentes de error en la determinación de la variación total , para lo cual se utilizó el análisis de varianza.

Como los niveles de la variable independiente fueron seleccionados en base a puntos de corte definidos arbitrariamente, el modelo se conoce como de efectos fijos. En nuestra investigación, diferentes grupos de personas se sometieron a distintos niveles de la variable independiente. La población total de 211 sujetos, se dividió en grupos dependiendo del valor obtenido en la variable independiente (subyacente o intermedia) dentro de un rango de pertenencia relacionada con un punto de corte asociado con los cuartiles de la distribución de los puntajes.

Una vez que se encontró que los niveles de la variable independiente tenía efectos significativos sobre la varianza de la variable dependiente, se llevó a cabo un análisis más específico comparando las medias obtenidas en cada nivel de la variable. Este tipo de análisis se conoce como comparaciones a posteriori o comparaciones múltiples.

Con este tipo de diseño multigrupo no sólo es posible determinar con cierta precisión la relación existente entre dos variables, sino que también se puede derivar

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

un modelo cuantitativo que describa de forma aproximada el comportamiento o la relación entre ambas.

Adoptando el método de avance propuesto por Kleinbaum y Kupper (1978), se inició el análisis de los datos con el modelo matemático más simple, en este caso con el modelo de la recta, para en posteriores análisis probar sucesivamente modelos más complejos. Además el método de avance es recomendable cuando no existe ninguna experiencia o teoría que indique la relación entre variables.

Con el método de mínimos cuadrados se obtuvo la recta de regresión y se evaluó si la ecuación de regresión encontrada ayuda a predecir los valores de Y, y en que medida lo hace. Comparando la dispersión de los puntos alrededor de la recta de mínimos cuadrados con la dipersión alrededor de la media de los valores de Y, se obtuvieron tres índices estadísticos: el coeficiente de determinación, la razón F y el índice que mide lo adecuado de la suposición de linealidad entre variables.

15.1. Introducción

Con el objeto de presentar de manera organizada los análisis de datos, y dada la gran cantidad de datos utilizados en el análisis, se separaron los resultados en base a cada uno de los aspectos del cuidado del niño en diferentes capítulos.

Cada una de las variables próximas tomo dos niveles, por ejemplo: en nutrición, niños con bajo y alto peso-talla; en desarrollo, niños con riesgo y no riesgo en el desarrollo; y en morbilidad, niños que se reportaron enfermos en los últimos 15 días anteriores a la visita y niños que se reportaron sanos. Los criterios para definir los puntos de corte fueron diferentes para cada una de las variables. En el modelo de nutrición el punto de corte fue más-menos una desviación estándar para el peso para el peso para la talla (Waterlow, Buzina, Keller, et. al., 1977). El

Tabla 5.1. Criterios para definir las subpoblaciones de riesgo en cada modelo.

Indicador	Medida	Riesgo	No Riesgo
Desarrollo	Escala Desarrollo Integral del Niño	-.75 D.S.	+ .75 D.S.
Salud	Frecuencia y Duración de Enfermedades	Reportado Enfermo	Reportado Sano
Nutrición	Antropometría Peso/talla	-1-00 D.S.	+1.00 D.S.

criterio de corte para la evaluación del desarrollo del niño fue definida en base a las puntuaciones *z,* de tal modo que se denomina de riesgo a niños por debajo de la -.75 desviación estándar y de no riesgo a los que se encuentran por arriba de .75 desviaciones estándar de sus puntuaciones en la Escala de Desarrollo Integral. Finalmente, los puntos de corte para las comparaciones en el modelo de salud se basó en la presencia o ausencia de enfermedad del niño en los 15 días anteriores a la visita.

En lo general seguimos la siguiente estrategia en todos los análisis: a) se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión de cada una de las dimensiones de las variables para cada modelo con el objeto de tener una idea de lo que significa el valor de la puntuación *z; b)* se presentan las tablas de correlación para examinar la relación entre las dimensiones de la variable próxima y las variables subyacentes, después con las variables intermedias y finalmente con las variables sociales. Es importante presentar las tablas de correlación antes de llevar a cabo las regresiones pues como se sabe, una correlación importante entre las variables independientes pueden producir un efecto de colinealidad.

Para todos y cada uno de los modelos realizamos la siguiente estrategia de análisis:

1) Obtención de medidas de tendencia central y de dispersión para cada una de las dimensiones.
2) Análisis de correlaciones entre las dimensiones: próximas, subyacentes, intermedias y sociales.

3) Análisis de varianza de una vía para evaluar el efecto de las variables subyacentes e intermedias sobre la variable próxima, probándose la significatividad con la prueba post hoc de diferencias mínimas.

4) Análisis de regresión por pasos (step wise) para evaluar la predictibilidad de las variables subyacentes e intermedias, confirmándose su valor a través de la prueba Durbin-Watson (Etxeberria, Joaristi y Lizasoain, 1990).

5) Con base en los resultados obtenidos a través de este procedimiento, las variables identificadas en las ecuaciones de regresión fueron sometidas a un nuevo análisis de regresión para la obtención del modelo final.

Presentamos los resultados en todos los casos en este orden. Sólo para las variables sociales no se llevaron a cabo análisis de regresión, por lo cual la presentación de datos terminaba con el análisis de varianza considerándolas como variable independiente cuantitativa y la variable dependiente se refería a la estimulación, la higiene o la diversidad de la dieta. Las variables sociales estudiadas son: condición social y educación de la madre y el padre. La condición social resulta de la suma de material de piso, número de enseres, número de cuartos, tipo de sanitario, tipo de desagüe y su transformación en unidades *z*. Esta operación se justifica después de revisar los valores de correlación entre ellos y basados en un análisis factorial (Vera, 1996).

Para que el lector tenga una idea de lo que significan las puntuaciones *z* para cada variable, a continuación se describen las medias y desviaciones (ver tabla 15.2).

Para las subescalas de estimulación del niño en el hogar la media obtenida es mayor al punto medio del máximo valor posible, señalando que la distribución se inclina hacia un buen nivel de estimulación. Para la evaluación del desarrollo, encontramos una distribución normal, con el mismo número de sujetos a los lados de la media, después de la + -75 D.S. tenemos 42 niños y a la izquierda en la -75 D.S. tenemos 44, quedándonos al centro de la distribución 114. Esto implica que el nivel

de estimulación y desarrollo del niño en la población total es adecuado y tiene una distribución normal.

Para las variables subyacentes, la media de 6.15 para conocimientos esta por abajo del punto medio del valor máximo (20) lo cual indica un pobre manejo de la información sobre estimulación. La frecuencia de conducta inadecuada obtuvo medias muy altas en sus dos dimensiones, señalando una alta frecuencia de conductas inapropiadas en particular en la dimensión modelamiento.

Tabla 15.2. Medias en puntuaciones tipificadas para el grupo de riesgo y no riesgo, valores promedio, desviaciones estándar para las variables utilizadas en el modelo de desarrollo.

	Media	D.S.	Valor Máximo	Medias Riesgo	Medias No Riesgo
Lenguaje	5.35	2.33	8	-.300	.192
Aprendizaje	4.11	2.21	8	-.255	.540
Disciplina	4.88	1.52	6	-.059	.010
Socialización	4.07	1.06	5	-.220	.186
Responsividad	3.52	2.84	4	-.285	.413
Estimulación Total	20.53	5.24	31	-.291	.412
	Variables	Subyacentes			
Conocimientos	6.15	1.57	20	-.116	.009
Frecuencia Modelamiento	22.8	3.5	35	-.059	-.038
Frecuencia Estimulación	11.2	3.21	20	.401	-.364
Percepción-Modelamiento	18.2	5.12	35	.089	.082
Percepción-Estimulación	13.2	2.37	15	-.194	.044
Susceptibilidad	5.17	1.96	10	.040	-.038
Controlabilidad	3.38	1.40	5	.084	-.069
	Variables	Intermedias			
Depresión Total	14.88	11.4	60	.114	-.208
Evaluación Niño	70.3	8.6	130	-.134	.098
Expresividad	26.2	6.14	60	.152	-.046
Obediencia-Afiliativa	18.2	3.70	30	-.107	-.031
Permisivo	32.6	8.05	60	.096	-.094
Restrictivo	73.6	11.3	95	-.288	-.034
Autoritario	14.3	4.09	55	-.114	.124
Condición Social	17.44	4.52	28	-.179	.329

El valor mínimo fue cero.

Para percepción de riesgo, es evidente que la población percibe mayor riesgo con conductas relacionadas con la estimulación del niño, lo cual, es congruente con el dato anterior y puede relacionarse con una alta frecuencia de conducta inapropiada de modelamiento, en donde, comparativamente, se percibe mucho menos riesgo.

En las variables intermedias, la media 14.88 para depresión es alta considerando que una persona con puntuación 16 es considerada como depresiva leve y con 24 moderada. Con una desviación estandar de 11.4 la primera desviación incluye puntuaciones de 26 y la segunda de 37 de un total posible de 60. Tenemos 42 mujeres a la primera desviación y 34 entre la segunda y la tercera.

Expresividad afectiva y obediencia afiliativa ambas dimensiones de autoconcepto y la subescala permisividad presentan medias coincidentes con el valor medio de la puntuación máxima. Por otro lado, la media 73.6 de estilo restrictivo es muy alta para un valor máximo de 55. Esto indica que prevalece un estilo restrictivo, mientras la media 14.33 de autoritarismo es muy baja para el valor máximo de 55. Esto indica que prevalece un estilo restrictivo.

Para un valor máximo de 28 la media poblacional para la condición social fue de 17.4 con una desviación de 4.52 indicando en lo general que la infraestructura de la vivienda, sanitaria y número de enseres se encuentra por arriba del nivel medio del óptimo esperado.

La descripción las variables intermedias y sociales se repiten en los modelos siguientes y los valores absolutos de la media y la desviación no cambian, por lo cual, no se repetira en los apartados siguientes.

Observando las medias para los grupos en puntuaciones tipificadas, los valores del grupo de riesgo son negativos para las subescalas de estimulación y para la percepción de riesgo en modelamiento las medias de ambos grupos son iguales. Susceptibilidad y controlabilidad en los niños sin riesgo eran evaluados como menos

susceptibles y la madre se consideraba menos capaz de controlar la eventual presencia de problemas del desarrollo.

Por las medias en puntuaciones tipificadas para los grupos podemos observar que, las madres incluidas en el grupo de riesgo fueron más depresivas (X= .114 V.S. -.208); evaluaron más negativamente al niño (X= -.134 V.S. .09); tuvieron mayor expresividad afectiva (X= .15 V.S. -.04); fueron más permisivas (X= .09 V.S. -.09); menos restrictivos (X = -114 V.S .124) y su condición social fue más apremiante (X= -.179 V.S. .329) que aquellos del grupo de niños sin riesgo.

15.2. Modelo de Desarrollo: Variables Subyacentes

En términos del modelo inicial propuesto para explicar el desarrollo del niño, se hace una primera suposición acerca de la relación entre la medida de desarrollo y la de estimulación del niño en el hogar. Se supone que la estimulación es diferente en grupos contrastantes en cuanto al desarrollo.

En la tabla 15.3 presentamos los resultados del análisis de varianza en donde el factor o variable independiente se refería al riesgo y la variable cuantitativa o dependiente fueron las subescalas del instrumento para medir la estimulación del niño en el hogar. Se puede observar que en la variabilidad de las subescalas de estimulación del lenguaje, aprendizaje y responsividad recíproca producen un efecto significativo.

Tabla 15.3. Resultados significativos del análisis de varianza para desarrollo en la población total y las subescalas del inventario de estimulación del niño en el hogar.

Factor	Variable	Varianza	Cuadrado Medio	F	Sig.
Escala Desarrollo	Lenguaje	Explicada Residual	6.2 1.1	5.6	.02
Escala Desarrollo	Aprendizaje	Explicada Residual	15.0 .805	18.7	.00
Escala Desarrollo	Responsividad	Explicada Residual	8.5 .90	9.47	.003

gl. = 1/97

Aún cuando se hipotetizaba que grupos de niños con diferencias en la medida de desarrollo tendrían una variabilidad distinta en sus medidas de estimulación, no se estimaba que para disciplina y socialización tal diferencia no fuera significativa. Sin embargo, esto puede explicarse si recordamos que disciplina mide la aplicación de castigos durante la visita y socialización las oportunidades de experiencias nuevas a las cuales los padres exponen al niño; de esta manera, son muy similares las oportunidades de socialización y técnicas enseñanza-aprendizaje en la zona rural por su relativo aislamiento, la cercanía y el predominio de la familia extensa.

15.2.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación

En el análisis de correlación entre las subescalas de estimulación y las variables subyacentes de conocimientos, frecuencia de conducta de riesgo, percepción de riesgo, susceptibilidad y controlabilidad se consideraron importantes las correlaciones con valor mayor a .35 y con un nivel de significancia del .05. Para la interpretación de los resultados presentaremos este análisis por separado para cada uno de los grupos.

En la tabla 1 del anexo II aparecen las correlaciones entre las variables de conocimientos y estimaciones de riesgo para los niños en riesgo en el desarrollo (-.75 D.S. de la puntuación en la Escala de Desarrollo Integral).

En la tabla 15.4 se presentan las correlaciones que cumplieron con el criterio de aceptación. Podemos observar que la frecuencia de conducta de riesgo relacionado con modelamiento de conducta inadecuada correlaciona de forma negativa con aprendizaje, responsividad y el total de estimulación.

Tabla 15.4. Correlaciones significativas (P= .001) encontradas entre las variables subyacentes y las subescalas de estimulación del niño en el hogar para niños con riesgo.

Frecuencia Modelamiento	-.418	Aprendizaje
	-.446	Responsividad
	-.416	Total de Estimulación
Susceptibilidad	.425	Disciplina

n = 44

Es importante recordar que un incremento en el puntaje obtenido en la frecuencia de conducta de riesgo en la subescala de modelamiento significa que el comportamiento inadecuado es muy frecuente. Puesto que el reactivo está planteado en esos términos; un incremento en la estimulación del niño en el hogar se asocia con un decremento en la frecuencia de conducta inadecuada. Dicho de otra forma, a mayor estimulación corresponde mayor frecuencia de conducta adecuada.

Por otro lado, la estimación de la madre sobre el grado de susceptibilidad de su hijo para presentar problemas de desarrollo se relaciona con la disciplina que ejerce. Esta última subescala refleja la rigurosidad durante la entrevista, el tipo de castigos, reprimendas y negaciones que la madre ofreció durante los 45 minutos de registro observacional. Un aumento en la puntuación obtenida para disciplina implica

aumento de la conducta inadecuada, de tal forma que en la medida que la madre percibe a su hijo como más vulnerable a problema de conducta aumenta el puntaje obtenido en disciplina, lo cual debe interpretarse como un aumento de la conducta inadecuada durante la visita.

Esta problemática tiene que ver con la creencia de que el control instruccional o sea la obediencia y el seguimiento de instrucciones son la base del comportamiento inteligente, de tal forma que el niño es un burro o tonto en la medida que no "hace caso", o es desobediente. Es posible que la relación entre susceptibilidad y disciplina se deba a que la madre percibe a su niño más vulnerable a problemas de desarrollo, a medida que no hace caso, es muy "aguerrido" o como dirían ellas "no tiene juicio".

Para el grupo de no riesgo, sólo una de las correlaciones cumplió con los criterios impuestos para su aceptación. Se trata de la relación entre controlabilidad y lenguaje (.385 p=.01; n = 42). Esto indica que el nivel de control que la madre estima para la prevención problemas del desarrollo del niño se relaciona positiva y significativamente con la estimulación del lenguaje.

En las comunidades de estudio se considera que el niño va aprendiendo a caminar, a tirar, comer a través del tiempo sin necesidad de que el adulto intervenga, pero el desarrollo del lenguaje necesita del apoyo del adulto como se refleja en la correlación obtenida.

Consideramos importante resaltar que no existe una correlación entre frecuencia de conducta de riesgo y percepción de riesgo, por lo cual, no se podría suponer que la frecuencia se explica por su relación con la percepción de riesgo.

15.2.2. Análisis de Varianza

Se realizaron análisis de varianza de una vía para los factores: conocimiento, susceptibilidad, controlabilidad, frecuencia y percepción de conducta de riesgo (2), considerando la estimulación total del niño en el hogar como variable dependiente para probar las diferencias en los dos grupos de riesgo (con y sin) formados a través de la Escala de Desarrollo Integral del Niño (Edin).

Se dividieron los puntajes *z* obtenidos para las variables subyacentes en términos de 3 puntos de corte, -.75 D.S. (desviación estándar) entre -.75 D.S. y + 75 D.S y puntuaciones por arriba de + .75 D.S. Estos variables constituyen los factores del ANOVA (análisis de varianza) y las variables dependientes fueron las subescalas de estimulación.

De las variables estudiadas la frecuencia de conducta inadecuada relacionada con modelamiento y sus 3 niveles son las que generaron el mayor número de diferencias en la variabilidad de las subescalas y el total de los puntajes del inventario. Esto es la pertenencia a uno de los 3 grupos, afecta el puntaje del inventario de estimulación del niño.

La frecuencia de conducta de riesgo relacionada con el uso del modelamiento consta de 7 reactivos en donde la madre tiene que estimar la frecuencia con la cual utiliza de manera inadecuada las técnicas de modelamiento y uso de recompensas. Particularmente se refiere a la frecuencia con la cual recompensa al niño por presentar berrinche; a las actividades colaterales que lleva a cabo mientras estimula al niño; al gran número de personas que atienden al niño; a la frecuencia de peleas y gritos de la pareja estando el niño presente. Estos elementos constituyen dentro de las variables subyacentes el factor que afecta todas las áreas de la estimulación del desarrollo.

Tabla 15.5. Resultados significativos del análisis de varianza entre la estimulación del niño en el hogar y las variables subyacentes para madres de niños con riesgo.

Factor	Variable	Cuadrado Medio	F	Sig.	LSD	Media	S's
Percepción Disciplina	Disciplina	E * 4.37 R * * 1.17 T *** 1.31	3.71	.03	2-3	.22 .17 -.94	9 29 9
Frecuencia Modelamiento	Estimulación Total	E 7.56 R .940 T 1.22	8.05	.001	2-3	-.15 .42 -.83	8 16 23
Frecuencia Modelamiento	Lenguaje	E 4.42 R 1.23 T 1.37	3.58	.03	2-3	-.15 .23 -.72	8 16 23
Frecuencia Modelamiento	Aprendizaje	E 3.86 R .534 T .679	7.24	.002	2-3 1-3	.06 .17 -.66	8 16 23
Frecuencia Modelamiento	Disciplina	E 4.27 R 1.18 T 1.31	3.61	.035	2-3	-.41 .53 -.34	8 16 23
Frecuencia Modelamiento	Responsividad	E 4.76 R .997 T 1.17	4.77	.01	1-3	.09 .19 -.77	8 15 21
Controlabilidad	Estimulación Total	E 7.56 R .940 T 1.22	8.05	.001	2-1 2-3	-1.27 .23 -.45	9 22 16
Controlabilidad	Lenguaje	E 9.12 R 1.02 T 1.37	8.93	.001	2-1 3-1	-1.50 .19 -.29	9 22 16

gl.= 2/44 E* = varianza explicada; R** = residual; T*** = total

El factor controlabilidad (estimación del control que la madre maneja sobre una posible presentación de un problema de desarrollo) establece diferencias significativas en la estimulación del lenguaje entre el grupo con un puntaje bajo en esa escala y los demás, esto es, la madre supone que es poco o nada lo que puede hacer para evitar un problema de desarrollo en el niño con riesgo. También la percepción de riesgo para la disciplina como factor promueve diferencias en los puntajes de la estimulación de disciplina.

Como se observa en la tabla 15.5. que resume los resultados significativos para niños de riesgo, el criterio de diferencia lo impone mayoritariamente el grupo 2 (mamás de niños que se encuentran entre la media y el más menos .75 D.S.).

Las medias de estimación de riesgo para cada uno de los grupos utilizados en cada factor presentan dinámicas distintas. La percepción de riesgo y la frecuencia de conducta de riesgo aumentan cuando bajan los porcentajes de estimulación del niño en el hogar. Los niveles bajos de estimación de control sobre los problemas de desarrollo van aunados a bajar en los puntajes de estimulación.

El grupo de niños sin riesgo en el desarrollo presentó los siguientes datos:

Tabla 15.6. Resultados significativos para el análisis de varianza entre la estimulación del niño y las variables subyacentes para madres de niños sin riesgo.

Factor	Variable	Cuadrado Medio	F	Sig.	LSD	Media	S's
Percepción Disciplina	Disciplina	E 3.23 R .93 T 1.03	3.48	.04	2-3	.08 .23 -.57	9 26 11
Susceptibilidad	Aprendizaje	E 3.18 R .841 T .948	3.79	.031	1-3 1-2	1.10 .41 .11	13 21 11
Controlabilidad	Lenguaje	E 3.41 R .807 T .926	4.22	.021	3-1 3-2	-1.56 .009 .809	12 21 13
Frecuencia Disciplina	Responsividad	E 1.84 R .51 T .58	3.58	.037	2-3 2-1	.04 .64 .02	9 26 7
Frecuencia Modelamiento	Responsividad	E 1.76 R .520 T .581	3.39	.044	1-3	.73 .27 -.06	17 19 6

gl. = 2/42

En contraste con el grupo anterior, no existe un factor que sea consistente con las variables dependientes, la fuente de variación para cada variable dependiente es más diversa.

Para este grupo las medias de estimulación se comportan de manera similar a los niños de riesgo, aumentando el puntaje de estimulación mientras el grupo al que

pertenecen las madres es el de menor percepción y frecuencia de conducta de riesgo o el de mayor estimación de controlabilidad. Para susceptibilidad, el pertenecer al grupo de madres con mayor estimación de la vulnerabilidad del niño las ubica como las que ofrecen mayor estimulación del lenguaje.

En ninguno de los 2 grupos, los conocimientos se relacionan con la variabilidad en estimulación, la frecuencia de conducta de riesgo aparece en los niños de riesgo como explicacativa de la variabilidad en estimulación mientras que en los niños sin riesgo es la responsividad de la madre a las demandas del niño lo importante.

15.2.3. Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión

Tomando como independientes a las 7 variables subyacentes se realizó el análisis de regresión por pasos (step wise) para evaluar su capacidad de predicción para cada una de las 5 subescalas de estimulación del niño en el hogar haciendo un total de 6 ecuaciones por grupo de niños, con y sin riesgo en el desarrollo. Se estableció como criterio de entrada a la ecuación, el valor de *t* para la pendiente, igual o menor al .05.

Cada variable aceptada debió incrementar significativamente el valor del coeficiente de determinación, hasta lograr, la ecuación final. Se señala en los cuadros con línea punteada aquellos casos, en los cuales ninguna de las variables dependientes cumplieron con el criterio.

En la tabla 15.7 se presentan los resultados del análisis de regresión para los niños del grupo de riesgo en el desarrollo.

Tabla 15.7. Valores de la ecuación de regresión para estimulación con variables subyacentes para madres de niños con riesgo.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C. D.*	F / Sig.	Durbin-Watson
Lenguaje	Modelamiento (F**) Constante	-.362 -.154	.109	5.52/.023	2.00
Aprendizaje	Modelamiento (F) Constante	-.333 -.120	.187	10.37/.002	1.81
Disciplina	Susceptibilidad Disciplina-(P***) Constante	-.427 -.357 -.010	.167 .240	9.05/.004 6.94/.002	2.06
Socialización	--	--	--	--	--
Responsividad	Modelamiento-(F) Constante	-.447 -.124	.198	10.42/.002	1.74
Estimulación Total	Modelamiento (F) Constante	-.454 -.108	.192	10.70/.002	1.72

C.D. * Coeficiente de Determinación/ F** = Frecuencia de conducta de riesgo/ P*** = Percepción de riesgo

Si consideramos que se trata de 7 variables independientes, el valor de .17 para el coeficiente de determinación es aceptable como mínimo de explicación de la varianza de la ecuación de regresión para cada una de ellas.

Como se observan los valores beta son todos negativos obedeciendo a la relación descrita en el apartado del análisis de correlación (conductas inadecuadas). Se puede observar la frecuencia de conducta de riesgo en modelamiento es el predictor más importante con una varianza explicada por la ecuación de regresión cercana al 20%. El análisis de varianza indica que el modelo de regresión explica una proporción importante de la variación en la variable dependiente. El índice Durbin-Watson con valores cercanos a 2 implica que los valores residuales no estan autocorrelacionados.

La constante que representa el valor donde la recta cruza la ordenada no pasa por el origen, los valores de las variables dependientes e independientes se encuentran en puntuaciones *z*, por lo tanto, el cero es el valor de la media en una escala no proporcional o de intervalo.

Para la subescala de socialización como dependiente ninguna variable cumplió el criterio establecido.

Finalmente, se observan 2 variables que explican la subescala disciplina, (castigos al niño durante la entrevista) que son: la percepción y la estimación de la madre acerca de la susceptibilidad del niño frente a problemas del desarrollo. Esta es la mejor ecuación, pues los valores beta son altos y explican el 24% de la varianza total entre ambas variables. En otras palabras, un aumento en la estimación de susceptibilidad o vulnerabilidad del niño decrementa la rigurosidad de la disciplina; lo mismo que un aumento en la percepción estimada de riesgo asociados a el uso de técnicas de castigo y evitación se asocia con un decremento en el uso de sistemas rigurosos y de castigo durante la visita.

En conclusión para este grupo, la frecuencia de conducta de riesgo relacionada con la enseñanza por modelamiento, en todos los casos explica casi el 20% de la varianza y tiene siempre valores altos de beta; lo que indica que a medida que aumenta la frecuencia de las conductas inadecuadas de riesgo, el puntaje en el inventario de estimulación del niño en el hogar aumenta.

Tabla 15.8. Valores de la ecuación de regresión para estimulación con variables subyacentes para madres de niños sin riesgo.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C. D.	F / Sig.	Durbin-Watson
Lenguaje	Controlabilidad Constante	.394 .236	.175	9.16/.004	2.02
Aprendizaje	Susceptibilidad Conocimientos Constante	-.389 .368 .536	.153 .268	7.80/.007 7.72/.001	1.46
Disciplina	Disciplina (P) Constante	-.301 .323	.118	5.78/.020	1.92
Socialización	--	--	--	--	--
Responsividad	Modelamiento (F) Constante	-.58 .323	.119	5.41/.025	1.68
Total de Estimulación	Conocimientos Susceptibilidad Controlabilidad Constante	.364 -.387 .294 .463	.105 .195 .280	5.08/.029 5.11/.010 5.34/.003	1.21

n = 42

Como se presenta en la tabla 15.8 en los niños sin riesgo que las variables independientes que resultan importantes y significativas son susceptibilidad, controlabilidad y conocimientos.

Esto implica que el nivel de estimulación decrementa si aumenta la estimación de susceptibilidad, los niños menos estimulados fueron considerados por su mamá como más vulnerables. También las madres que más sabían de estimulación y estimaban que la prevención en problemas en desarrollo está bajo su propio control tienden más a ser madres estimulativas. Esto mismo ocurre para susceptibilidad y estimulación del aprendizaje y su relación positiva para conocimientos, con un coeficiente de determinación total de .26 para las 2 variables en la ecuación la cantidad de estimulación del aprendizaje aumenta en la medida que la madre estima al niño como menos vulnerable de un problema de desarrollo y aumenta en la medida que estima a que ella tiene mayor control en la prevención de cualquier problema de desarrollo.

15.2.4. Resumen

Para el primer grupo (con riesgo) la frecuencia de conducta inadecuada es la variable independiente que explica los cambios en la estimulación del niño, mientras que en los niños sin riesgo cada subescala se relaciona con un indicador distinto. Para estos últimos niños, son más importantes como factores explicativos de la estimulación que el niño recibe en el hogar, la vulnerabilidad que la madre atribuya a su hijo, el control percibido y los conocimientos.

El análisis de varianza refleja que existen diferencias significativas fundamentalmente entre los grupos 3 y 2 para frecuencia de conducta inadecuada de modelamiento. El reporte de una frecuencia de conducta de riesgo coincide con el

registro observacional de estimulación, esto es, hay consistencia entre el reporte de la madre y lo observado.

El análisis de regresión corrobora que la distribución de la frecuencia de conducta puede predecir a la de estimulación con un 20% de exactitud.

15.3. Modelo de Desarrollo: Variables Intermedias

15.3.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación

Para ambos grupos en la matriz de correlaciones entre variables dependientes e independientes no se encontraron relaciones que cumpliera los criterios de aceptación (ver anexo II, tabla 2).

Sin embargo, dentro de las subescalas encontramos una relación importante (> .35) significativa (> .05) entre la subescala de somatización y la de afectividad de la escala de depresión por lo cual para el análisis subsecuente se adhieren y se manejan como un solo valor representando el nivel de depresión.

15.3.2. Análisis de Varianza

Se llevó a cabo un análisis de varianza para observar si las variaciones en las subescalas de estimulación del niño en el hogar son afectadas por alguna de las variables intermedias, clasificadas en 3 grupos según su puntuación *z*. El primer grupo se constituyó con los niños que obtuvieron una puntuación por debajo del -.75 D.S., el segundo grupo con una puntuación entre -.75 y +.75 D.S., el tercer grupo aquellos que obtuvieron una puntuación mayor a + .75 D.S.

Considerando que se trata de 5 subescalas y un total para el inventario de estimulación del niño en el hogar y 7 rasgos evaluados de la personalidad de la madre

se obtuvieron 42 valores de *F* para niños de riesgo y 42 para niños sin riesgo en el desarrollo. De los cuales sólo 4 resultan significativos para los niños de riesgo y uno para el otro grupo.

La variable control interno-activo se relaciona con la estimulación total, el lenguaje y aprendizaje en el grupo de niños con riesgo y la subescala de autoritarismo con la estimulación de disciplina durante la entrevista.

Existen diferencias consistentes entre los grupos extremos o entre uno de estos 2 grupos y el intermedio en expresividad afectiva. Aunado a lo anterior, los puntajes promedios de estimulación son menores si la madres pertenece al grupo con mayor expresividad afectiva con la pareja.

La expresividad afectiva se refiere a la evaluación de atributos relacionados con la suposición de que su papel con la pareja está bajo control del sujeto y mantiene para ello una postura activa, establece diferencias en las subescalas de estimulación. Las que obtienen puntuaciones bajas en expresividad afectiva son mujeres que se conceptualizan como seca, agresiva, egoista, pasiva, mandona, este autoconcepto parece estar relacionado con un alto puntaje de estimulación.

Tabla 15.9. Resultados significativos del análisis de varianza para las subescalas de estimulación y las intermedias para madres de niños con riesgo.

Factor	Variable	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	S.S
Expresividad Afectiva	Estimulación Total	E 5.54 R 1.03 T 1.22	5.37	.008	2-3 1-3	.41 -.07 -.92	7 24 16
Expresividad Afectiva	Lenguaje	E 3 R 83 T 1.26	3.03	.05	2-3	.10 -.04 -.85	7 24 16
Expresividad Afectiva	Aprendizaje	E 3.37 R .55 T .67	6.07	.005	2-3 1-3 1-2	.47 -.18 -.68	7 24 16
Autoritario	Disciplina	E 4.10 R 1.19 T 1.31	3.44	.04	2-1	-.74 .24 -.10	12 28 7

gl.= 2/44

Para los niños sin riesgo de los 42 valores de *F* solo uno resultó significativo, en la subescala de lenguaje que presenta diferencias significativas en sus variaciones para los 3 grupos de depresión de la madre. Se observa en las puntuaciones medias de estimulación para cada grupo que a medida que el puntaje en la escala de depresión es menor la estimulación del niño disminuye.

Tabla 15.10. Resultados significativos del análisis de varianza para las subescalas de estimulación y las variables intermedias para madres de niños sin riesgo.

Factor	Variable	Cuadrado Medio	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Depresión	Lenguaje	E 2.83 R .83 T .92	3.39	.04	3-1	-25 .31 1.04	14 29 3

gl.=2/42

15.3.3. Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión

Las ecuaciones de regresión para las subescalas de estimulación del niño en el hogar y las variables de personalidad de las madres de niños de riesgo presentadas en la tabla 15.11 indican que los puntajes obtenidos en estimulación del lenguaje depende del estado de ánimo de manera negativa; esto es, la estimulación del lenguaje es más probable si presentan menos síntomas depresivos relacionados con los (sola, triste, que no vale nada, que nadie la quiere etc.) y la somatización (agotada, sin ganas de hacer nada).

Para el total de estimulación y el aprendizaje en niños con riesgo, el puntaje obtenido en la subescala de expresividad afectiva la ecuación supone que a mayor expresividad afectiva menor estimulación total y del aprendizaje. Para la subescala de socialización, disciplina y responsividad ninguna de las variables de personalidad cumplió con los criterios de inclusión en la ecuación.

Tabla 15.11. Valores de la ecuación de regresión para estimulación con variables intermedias en madres de niños con riesgo.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C. D.	F /Sig.	Durbin-Watson
Lenguaje	Depresión Constante	.33 .28	.09	4.29/.04	2.09
Aprendizaje	Expresividad Afectiva Constante	-.286 -.164	.190	10.147/.002	2.09
Disciplina	--	--	--	--	--
Socialización	--	--	--	--	--
Responsividad	--	--	--	--	--
Total Estimulación	Expresividad Afectiva Constante	-.410 -.194	.121	5.92/.019	2.19

n=44

En los niños sin riesgo las únicas subescalas que cumplieron con los criterios de inclusión fueron la escala de depresión y expresividad afectiva. Esto indica que a menor puntaje en el inventario de depresión mayor será la estimulación del lenguaje. Sin embargo, el coeficiente de determinación es sumamente bajo. Por otro lado, la responsividad de la madre ante las demandas del niño aumenta a medida que la expresividad afectiva decrementa.

Tabla 15.12. Valores de la ecuación de regresión para estimulación con las variables intermedias en madres de niños sin riesgo.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C. D.	F /Sig.	Durbin-Watson
Lenguaje	Depresión (D) Constante	.322 .286	.09	4.29/.044	2.10
Aprendizaje	--	--	--	--	--
Disciplina	--	--	--	--	--
Socialización	--	--	--	--	--
Responsividad	Expresividad Afectiva Constante	-.263 .403	.108	4.86/.003	1.94
Total Estimulación	--	--	--	--	--

15.3.4. Resumen

Aún cuando los coeficientes de determinación fueron bajos, resalta como dato fundamental el papel que juegan en la estimulación total y del aprendizaje en niños con riesgo la expresividad afectiva que apareció en la regresión múltiple y en el análisis de varianza como el factor que dentro de todas las variables intermedias se relacionó significativamente con la estimulación total y del aprendizaje.

15.4. Modelo de Desarrollo: Variables Sociales

15.4.1. Relación de Variables: Análisis de Correlación

La matriz de correlación para los niños de riesgo contrastando las variables sociales con el total de subescalas del inventario de estimulación en el hogar presenta sólo 2 relaciones importantes. Una para la subescala de lenguaje con enseres, desague y sanitario y la otra con el total de estimulación y las mismas variables sociales. La correlación entre las variables enseres, número de cuartos, tipo de sanitario, desagüe y material de piso es muy alta y significativa.

Tabla 15.13. Valores de correlación significativos (p = .001) para las variables sociales y las subescalas de estimulación para niños de riesgo.

Lenguaje	.52 →	No. de enseres
	.49 →	Tipo de sanitario
	.57 →	Tipo de desagüe
Total Home	.37 →	Enseres
	.40 →	Tipo de sanitario
	.41 →	Tipo de desagüe

n = 44

En el análisis de las variables sociales para los niños de riesgo se consideraron como variables independientes: educación de la madre, del padre y una variable que llamaremos condición social definida en términos de la infraestructura dada por las variables que tienen una alta correlación entre sí y que parecen los indicadores más relevantes para diferenciar la población en términos de su clase social. Estas variables presentaron correlaciones altas y significativas para los 42 sujetos de este grupo.

Al analizar correlaciones por separado para los 2 grupos (con y sin riesgo) se aprecia que la variable condición social correlaciona con lenguaje (-.546; p = .01) y con el total de estimulación del niño en el hogar (.377; p=.01) en los niños de riesgo, pero para los niños sin riesgo la evaluación social no obtuvo correlaciones significativas.

15.4.2. Análisis de Varianza

Para probar si la condición social y las variables de educación producen un efecto significativo en la estimulación en el hogar se realizaron análisis de varianza.

Tabla 15.14. Resultados significativos del análisis de varianza para estimulación y la condición social en madres de niños con riesgo.

Factor	Subescala	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Condición Social	Lenguaje	E 8.44 R 1.052 T 1.373	8.03	.001	2-1 3-1	-1.21 .04 .23	14 25 8
Condición Social	Total de Estimulación	E 4.48 R 1.10 T 1.26	4.04	.025	3-1	-.83 -.18 .32	14 25 8
Educación Madre	Aprendizaje	1.81 .626 .681	2.89	.06	2-1	-.40 .23 -.00	34 8 5
Educación Madre	Responsividad	4.74 .997 1.17	4.76	.014	2-1	-.54 .67 -.14	32 8 4

gl. = 2/44

Para los niños de riesgo (tabla 15.13) hay efecto significativo de condición social para la subescala de lenguaje y el total de estimulación; mientras que la educación de la madre lo produce sobre subescala de aprendizaje y responsividad. La prueba LSD y las medias para cada uno de los 3 grupos de condición social indican que a mejor condición social mejores niveles de estimulación. Las medidas de los niños del grupo sin riesgo no obtuvieron ninguna relación significativa.

Como puede observarse en los valores promedio para la estimulación del niño en cada una de las condiciones sociales a mejor condición social puntajes más altos de estimulación.

Por otro lado, en la misma tabla 15.13 se observa que las condiciones de estimulación mejoran en la medida que se tiene una educación entre los 6 y los 9 años de escolaridad.

15.5. Modelo de Predicción de Desarrollo para Niños con y sin Riesgo

Se llevó a cabo una regresión múltiple por pasos para el conjunto de variables de personalidad y estimación de riesgo como variables de personalidad y estimación de riesgo como variables independientes o predictoras y la estimulación total como variable dependiente o criterio para niños de riesgo. La frecuencia de conducta inadecuada en modelamiento y la expresividad afectiva cumplieron con los criterios para entrar en la ecuación sumando un coeficiente de determinación de .31 y valores beta negativos de -.45 y -.41 respectivamente.

El mismo procedimiento se siguió para el conjunto de variables y la estimulación total para los niños sin riesgo en el desarrollo. Los conocimientos, susceptibilidad, controlabilidad y expresividad afectiva resultaron importantes con un coeficiente de determinación de .38 y valores beta de .36, -.38, .29 y -.26 respectivamente.

15.6. Resumen

En síntesis podemos afirmar que: sí se seleccionan sólo los grupos extremos de .-74 y .+ 75 D.S. e identificamos al primero con niños de riesgo (44) y al segundo con niños sin riesgo (46) y cada uno de ellos es dividido en 3 grupos en términos de los valores tipificados para cada una de las variables subyacentes e intermedias obtenemos:

1) En los grupos de riesgo, la expresividad afectiva y frecuencia de conducta de riesgo afectan significativamente la estimulación. En los niños del grupo sin riesgo, susceptibilidad, controlabilidad y frecuencia afectan significativamente la estimulación y además, los niveles de depresión afectan la estimulación del lenguaje.
2) Para los niños con riesgo, la frecuencia de conducta inadecuada de la madre es el mejor predictor de estimulación y para los niños sin riesgo son los conocimientos, susceptibilidad y controlabilidad de riesgo.
3) En los niños de riesgo las variables sociales afectan de manera significativa estimulación total y de lenguaje. Lo mismo sucede con la educación de la madre sobre las subescalas de aprendizaje y responsividad.
4) El modelo general para niños de riesgo señala a la frecuencia de conducta inadecuada y la expresividad afectiva como predictores de la estimulación del niño en el hogar. Ambos factores se relacionan de forma negativa, así pues, un aumento en los niveles de ambas variables, decrementa la probabilidad de la estimulación. Para los niños sin riesgo en el desarrollo conocimiento y controlabilidad predicen con signos positivos mientras la expresividad afectiva y susceptibilidad lo hacen de manera negativa para la estimulación del niño en el hogar.

CAPÍTULO 16. MODELO DE SALUD

16.1. Introducción

La variable independiente clasificatoria en este apartado se refiere al reporte de presencia y ausencia de enfermedad, dividiendo a la población en 2 grupos, aquellos en donde la madre reportó que el niño había enfermado en los 15 días anteriores a la visita y aquellos en los que la madre reportó que había estado sano. Ciento cuatro madres reportaron sus niños como enfermos y cien como sanos. Los primeros análisis muestran que el reportar al niño enfermo no se asocia con la variabilidad en la higiene de la casa, la mamá y el niño. Más bien, el que el niño estuviera enfermo respondía a factores climáticos, de vulnerabilidad y/o falta de control.

Aún con todo lo anterior, el reporte de enfermedad debe suponerse tiene algún tipo de relación con el cuidado del niño, esto es, podríamos suponer que las mamás con niño enfermo fueron menos cuidadosas en algún aspecto, que las que no reportaron niño enfermo. Es por esto, que se decidió utilizar esta dicotomía para separar los grupos al evaluar la relación entre higiene y las variables subyacentes e intermedias.

En este contexto se llevó a cabo un análisis de correlación entre las variables de higiene y las subyacentes por un lado y las de personalidad por el otro. Como en el caso anterior, se siguió con los análisis de varianza; el análisis de regresión y se analizaron las variables sociales para cada uno de los grupos conformados.

Antes de iniciar la descripción de los resultados es necesario presentar los valores de las medias y desviaciones de tal forma que sea posible interpretar los valores *z* cuando esto sea necesario.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Tabla 16.1. Valores promedio, desviaciones estándar y las medias en puntuaciones tipificadas de niños sanos y enfermos para las variables del modelo de salud.

	Media	D.S.	Valor Máximo	Medias Enfermos	Medias Sanos
Higiene casa	3.66	3.54	12	-.095	.099
Higiene mamá	.699	1.51	9	.021	-.019
Higiene niño	3.19	2.78	12	.035	-.035
Higiene total	7.55	6.31	33	-.034	.034
	Variables	Subyacentes			
Conocimiento diarreas	8.83	3.79	17	-.006	.004
Frec. riesgo diarreas	34.3	5.73	50	-.007	.008
Percepción de riesgo en diarreas	14.2	5.31	45	.011	-.012
Susceptibilidad diarreas	5.59	1.85	10	-.017	.024
Controlabilidad diarreas	3.39	1.38	5	.153	-.154
	Variables	Intermedias			
Depresión total	14.88	11.4	60	.040	-.041
Evaluación niño	70.3	8.6	130	-.017	.050
Expresividad afectiva	26.3	6.14	60	-.101	.107
Obediencia afiliativa	18.2	3.70	30	.065	-.071
Permisivo	32.6	8.05	60	-.024	.025
Restringente	73.6	11.3	95	.003	-.002
Autoritario	14.3	4.09	55	-.060	.066
Condición social	17.44	4.52	28	-.017	.016

El valor mínimo fue cero.

Para las subescalas de higiene la media obtenida es mucho menor al punto medio del máximo valor indicando, lo cual nos hace suponer condiciones salubres en la casa, la mamá y el niño. Para las variables subyacentes, los conocimientos, susceptibilidad y controlabilidad sobre aspectos de diagnóstico y prevención se encuentran en el nivel medio del punto máximo. La frecuencia de conducta inadecuada de riesgo tiene una media alta (X = 34.3 para 50 máximo) y mientras el riesgo percibido una media muy baja (X = 14.2 para 45 máximo).

Las medias y desviaciones para las variables intermedias son idénticas a las del modelo de desarrollo, pero las medias para enfermos y sanos en puntuaciones tipificadas son diferentes. En este modelo de salud tenemos 104 niños en el grupo de

enfermos y 101 en el de sanos. En principio, las diferencias entre los grupos para las medias en las variables de personalidad fueron muy pequeñas, encontrándose entre reportados enfermos (-.107) y sanos (+ .107) la diferencia decimal más grande todas las demás fueron diferencias en centésimas y milésimas.

16.2. Modelo de Salud: Variables Subyacentes

16.2.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación

De la matriz de correlación (anexo II; tabla 4) entre las variables de higiene y la de estimación de riesgo en infecciones diarréicas podemos observar que para los niños que sus madres reportaron como enfermos; la frecuencia de conducta de riesgo correlaciona negativamente con la higiene de la casa, la higiene de la mamá y el total. Recordemos que el inventario de higiene mide condiciones de insalubridad no de limpieza, de tal forma que en la medida que aumenta su puntaje que existen menos condiciones de higiene.

Tabla 16.2. Correlaciones significativas (p= .001) entre las subescalas de higiene y las variables subyacentes en niños enfermos.

Frecuencia	→	-.353	Higiene casa
	→	-.325	Higiene mamá
	→	-.352	Higiene total

n = 104

La frecuencia de conducta inadecuada decrementa en la medida que el puntaje obtenido en el inventario de higiene tiende a incrementar, esto es, existen peores condiciones de higiene. Además, si la madre reporta una frecuencia alta de conductas inapropiadas en el cuidado de la salud, decrementa el puntaje de higiene en el hogar, esto es, mejoran las condiciones de higiene.

Para los niños reportados sanos, susceptibilidad y la higiene total, de la casa y de la mamá, produjeron correlaciones significativas mayores a .35

Tabla 16.3. Correlaciones significativas (p = .001) entre las subescalas de higiene y las variables subyacentes en niños sanos.

Susceptibilidad	-.36	Higiene casa
	-.35	Higiene mamá
	-.42	Higiene total

n = 100

La vulnerabilidad con la cual se percibe al niño que se reportó sano se asocia con las condiciones de higiene de la mamá, de la casa, y el total.

Al interior de las variables subyacentes de estimación se observa una relación entre controlabilidad y la frecuencia de conductas inapropiadas tanto en niños reportados enfermos (-.373; p = .001) como en los sanos (-.376; p = .001), por lo que habrá que tener en cuenta esta relación para prever efectos de colinealidad en las regresiones múltiples. Esta relación negativa deberá tenerse en cuenta, ya que implica que las madres que reportan mayor frecuencia de conducta de riesgo en sus niños suponen menor control sobre la posibilidad de que se enfermen.

16.2.2. Análisis de Varianza

Considerando las subescalas y el total de higiene como variables dependientes se llevaron a cabo análisis de varianza de una sola vía de efectos fijos utilizando conocimientos, percepción, frecuencia, susceptibilidad y controlabilidad como los factores asociados a riesgo. Se siguió el proceso explicado en el capítulo anterior para la conformación de los grupos a ser contrastados.

Para los resultados del análisis de varianza en el grupo de niños reportados como enfermos, los conocimientos y la frecuencia de riesgo fueron también en las que

se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de higiene. Los resultados obtenidos en este grupo muestran en los análisis de comparación múltiple post hoc que las mejorías en las condiciones de higiene son un efecto del nivel de conocimiento y de la frecuencia de riesgo. El grupo con mayor número de respuestas correctas en conocimientos sobre enfermedades diarréicas presenta las medias más bajas de insalubridad.

Tabla 16.4. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de higiene y las variables subyacentes para madres de niños enfermos.

Factor	Variable	Cuadrado Medio	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Conocimientos	Higiene casa	E* 3.55 R** .776 T*** .828	4.58	.012	2-3 1-3	.10 .02 -.53	25 55 27
Conocimientos	Higiene mamá	E 3.16 R .86 T . 903	3.68	.028	2-3 1-3	.25 .11 -.38	25 55 27
Conocimientos	Higiene niño	E 3.49 R .88 T .93	3.94	.022	1-3	.37 .06 -.35	25 55 27
Conocimientos	Higiene total	E 5.18 R .79 T .87	6.55	.002	2-3 1-3	.28 .07 -.54	25 55 27
Frecuencia riesgo	Higiene casa	E 3.24 R .78 T .82	4.14	.018	1-3 1-2	.33 -.20 -.29	26 54 27
Frecuencia riesgo	Higiene mamá	E 4.15 R .84 T .90	4.94	.009	1-3 1-2	.48 -.04 -.28	26 54 27
Frecuencia riesgo	Higiene niño	E 2.82 R .89 T .93	3.14	.04	1-3	.40 -.00 -.24	26 54 27
Frecuencia riesgo	Higiene total	E 4.93 R .795 T .873	6.20	.003	1-3 1-2	.47 -.12 -.34	26 54 27

gl.= 2/104 E* = varianza explicada; R** = residual; T*** = total

En la tabla 16.5 se pueden observar los 8 valores de *F* que resultaron significativos de un total de 25 para enfermedades diarréicas en niños reportados como sanos.

Tabla 16.5. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de higiene y las variables subyacentes en madres de niños sanos.

Factor	Variable	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	N's
Conocimientos	Higiene casa	E 7.87 R 1.03 T 1.16	7.63	.001	2-3 1-3 1-2	.667 .106 -.516	23 59 22
Conocimientos	Higiene mamá	E 9.05 R .94 T 1.10	9.54	.000	1-3 1-2	.747 -.1.74 -.400	23 59 22
Conocimientos	Higiene niño	E 7.05 R .963 T 1.08	7.33	.001	2-3 1-3 1-2	.540 -.057 -.577	23 59 22
Conocimientos	Higiene total	E 11.65 R .92 T 1.13	12.55	.000	2-3 1-3 1-2	.790 -.008 -.642	23 59 22
Frecuencia de riesgo	Higiene casa	E 4.21 R 1.10 T 1.16	3.82	.02	2-3 1-3	.33 .23 -.35	28 47 29
Frecuencia de riesgo	Higiene mamá	E 7.46 R .980 T 1.106	7.62	.001	1-3 1-2	.59 -.16 -.36	28 47 29
Frecuencia de riesgo	Higiene niño	E 7.6 R .951 T 1.08	8.06	.001	2-3 1-3 1-2	.48 -.02 -.55	28 47 29
Frecuencia de riesgo	Higiene total	E 8.32 R .99 T 1.13	8.36	.000	2-3 1-3	.54 .08 -.53	28 47 29

gl. = 2/101

Los conocimientos que la madre posee sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarréicas, aunado a la frecuencia con la cual se emite conducta de riesgo, establecen diferencias importantes en las puntuaciones obtenidos en higiene. Las tres variables subyacentes adicionales no tuvieron ningún efecto sobre la variabilidad en higiene. La mayoría de las veces las diferencias encontradas en las puntuaciones de higiene se deben al grupo 1. Este grupo es aquel cuyas madres obtuvieron puntajes del más bajo al -.75 desviación estándar o sea que tienen menos conocimientos o frecuencia de conducta inadecuada.

Observando los valores de las medias para cada uno de los grupos de conocimientos y frecuencia de riesgo, se encuentra que a medida que poseen más conocimientos tienen puntuaciones *z* negativas en el inventario de higiene, lo cual quiere decir que son más limpias. Lo mismo sucede con la frecuencia de conducta inadecuada.

16.2.3 Relaciones Predictivas: Análisis de Regresión

En la tabla 16.6 aparecen los resultados de la regresión múltiple para cada una de las variables dependientes y las variables independientes para el modelo de salud de los niños reportados enfermos. Es conveniente recordar que por la forma en la cual fue medido las correlaciones son negativas por lo que las interpretaremos en sentido positivo para evitar confusiones.

Como estamos trabajando con una regresión con cinco variables independientes se espera que la varianza explicada en la ecuación para cada variable, o sea los valores del coeficiente de determinación se encuentren en valores cercanos a .20.

Como se puede observar la ecuación con mayor fortaleza explicativa es la de higiene total que presenta un coeficiente de determinación total de .25 y los valores de *F* más altos y significativos. Se descarta un efecto de colinealidad pues las 3 variables independientes no presentaron correlaciones importantes o significativas.

En resumen, la higiene total parece depender de la estimación de la frecuencia de conducta de riesgo en el niño, de los conocimientos de la madre sobre identificación y prevención de diarreas y la estimación de la madre sobre la susceptibilidad del niño para contraer una infección diarréica.

Tabla 16.6. Valores de la ecuación de regresión para higiene y las variables subyacentes en madres de niños enfermos.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C. D.*	F/Sig.	Durbin-Watson
Higiene de la casa	Frecuencia Susceptibilidad Constante	-.318 .195 -.094	.124 .172	14.5/.000 10.5/.000	1.72
Higiene de la mamá	Frecuencia Constante	-.316 .031	.105	12.8/.000	1.65
Higiene del niño	Conocimientos Frecuencia Constante	-.260 -.207 .059	.095 .137	10.71/.001 8.07/.000	2.18
Higiene total	Frecuencia Conocimientos Susceptibilidad Constante	-.319 -.232 .187 -.019	.154 .210 .252	18.59/.000 13.45/.000 11.23/000	1.80

*C.D. Coeficiente de Determinación.

La tabla 16.7 presenta los resultados de la regresión múltiple por pasos para la variable dependiente higiene y las variables independientes de estimación de la madre en el modelo de salud en el grupo de niños sanos.

Tabla 16.7. Valores de la ecuación de regresión para higiene y las variables subyacentes en madres de niños sanos.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C. D.	F /Sig.	Durbin-Watson
Higiene de la casa	Conocimientos Constante	-.395 .108	.131	14.85/.000	2.05
Higiene de la mamá	Conocimientos Constante	-.374 -.009	.123	13.78/.000	2.17
Higiene del niño	Conocimientos Constante	-.327 -.009	.099	10.77/.001	1.89
Higiene total	Conocimientos Constante	-.456 .053	.181	21.67/.000	2.16

Los coeficientes de determinación no alcanzan valores cercanos a .20 excepto para higiene total. Así pues, un aumento en el valor de conocimientos sobre enfermedades diarréicas traería consigo un mejoramiento de las condiciones de higiene para los niños sanos.

16.2.4. Resumen

Los resultados encontrados entre la estimulación como variable dependiente y las variables subyacentes como independientes pueden resumirse de la siguiente forma:

1) Los conocimientos y la frecuencia de conducta de riesgo establecen diferencias en los puntajes de higiene para niños reportados como sanos y enfermos. Siendo siempre el valor *F* más alto y significativo para higiene total y apareciendo la comparación entre los grupos extremos 1 y 3 como la significativa.
2) En el grupo de niños reportados como enfermos, la frecuencia de conducta inadecuada, conocimientos y susceptibilidad son los mejores predictores de la higiene total. Para el grupo reportado sano, los conocimientos son el único predictor significativo de la higiene total.

16.3. Modelo de Salud: Variables Intermedias

16.3.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación

En la matriz de correlación de higiene con las variables intermedias (anexo II; tabla 5) no se observa que exista relación significativa y alta, tal y como se ha definido para considerarla importante. Sin embargo, se observa asociación entre las subescalas de autoritarismo, permisividad y autoritarismo (.396; p = .001) la cual se debe tomar en consideración para evitar efectos de colinealidad en los análisis de regresión.

16.3.2. Análisis de Varianza

Manejando como variable dependiente las subescalas y el total de la higiene se llevó a cabo un análisis de varianza con las puntuaciones *z* de las subescalas de personalidad de la madre: autoconcepto, depresión, las 3 subescalas de autoritarismo y la evaluación que la madre hace de su niño. Los grupos fueron conformados de nuevo por las puntuaciones *z*.

Tabla 16.8. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de higiene y variables intermedias en madres de niños enfermos.

Factor	Variable	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Expresividad afectiva	Higiene casa	E 2.16 R .803 T .828	2.69	.07	2-1	-.40 .05 .03	31 54 22
Expresividad afectiva	Higiene mamá	E 4.21 R .840 T .903	5.02	.008	3-1 2-1	-.41 .21 .17	31 54 22
Expresividad afectiva	Higiene niño	E 4.75 R .860 T .933	5.53	.005	2-1 3-1	-.42 .19 .30	31 54 22
Expresividad afectiva	Higiene total	E 5.07 R .792 T .873	6.40	.002	2-1 3-1	-.51 .16 .15	31 54 22
Permisividad	Higiene casa	E 3.01 R .786 T .828	3.84	.02	2-1 3-1	-.48 .25 .86	29 48 30
Permisividad	Higiene niño	E 3.94 R .87 T .93	4.50	.01	2-1 3-1	-.48 .14 .27	29 48 30
Permisividad	Higiene total	E 4.67 R .80 T .87	5.84	.00	2-1 3-1	-.50 .09 .22	29 48 30

gl.= 2/104/106

Como se puede observar de las variables estudiadas sólo la expresividad afectiva y permisividad de la madre produce efecto en las puntuaciones de higiene.

Estas diferencias se debe fundamentalmente al contraste del grupo uno con los restantes.

Observando las medias de los grupos de niños reportados como enfermos se puede concluir que aquellas madres con menor puntaje en expresividad afectiva y permisividad presentan las mejores condiciones de higiene.

Para los niños reportados sanos encontramos que la expresividad afectiva de la escala de autoconcepto de la madre como pareja, establece diferencias en los puntajes de higiene excepto en higiene de la madre.

Tabla 16.9. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de higiene y las variables intermedias en madres de niños sanos.

Factor	Variable	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Expresividad afectiva	Higiene casa	E 3.59 R 1.11 T 1.16	3.22	.04	3-1	-.27 .00 .41	21 44 39
Expresividad afectiva	Higiene total	E 3.37 R 1.09 T 1.13	3.08	.05	3-1	-.31 -.07 .34	21 44 39
Permisividad	Higiene casa	E 6.06 R 1.06 T 1.16	5.67	.005	2-1 3-1	-1.67 .22 .30	17 63 24
Permisividad	Higiene niño	E 3.00 R 1.04 T 1.08	2.88	.06	2-1 3-1	-.57 .06 .09	17 63 24
Permisividad	Higiene total	E 5.35 R 1.05 T 1.13	5.07	.008	2-1 3-1	-.68 .15 .23	17 63 24
Evaluación niño	Higiene total	E 9.07 R .980 T 1.13	9.26	.000	1-2 1-3	.71 -.34 .04	25 46 33
Evaluación niño	Higiene casa	E 7.83 R 1.03 T 1.16	7.58	.001	3-2 1-2	.67 -.28 .20	25 46 33
Evaluación niño	Higiene mamá	E 7.36 R .98 T .10	7.49	.001	1-3 1-2	.65 -.22 -.24	25 46 33
Evaluación niño	Higiene niño	E 3.91 R 1.02 T 1.08	3.81	.025	1-2	40 -.28 +.01	25 46 33

gl. = 2/101

También la subescala permisividad generó diferencias en los puntajes de higiene excepto en la higiene de la casa. De nuevo, es al grupo 1 al que se deben las diferencias significativas.

Para estos niños sanos, el total de la puntuación de la evaluación del niño generó diferencias significativas en las medidas de higiene.

En contraste con el grupo anterior, en este caso, la evaluación del niño produce efectos altamente significativos en todas las medidas de higiene. Las madres que evaluan más positivamente a sus hijos presentan mejores condiciones de higiene.

16.3.3. Relación Predictiva: Análisis de Regresión

Cada una de las ecuaciones se llevó a cabo para 7 variables: las subescalas de autoconcepto, percepción del niño, depresión y 3 subescalas de autoritarismo.

Tabla 16.10. Valores de la ecuación de regresión para higiene y las variables intermedias en madres de niños enfermos.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C. D.	F/Sig.	Durbin-Watson
Higiene de la casa	Permisividad Constante	.169 -.088	.039	4.19/.043	1.90
Higiene de la mamá	Permisividad Constante	.216 .037	.057	6.16/.014	1.60
Higiene del niño	Permisividad Constante	.234 .071	.067	7.26/.008	2.07
Higiene total	Permisividad Expresividad afectiva Constante	.250 .195 -.010	.080 .122	8.85/.003 7.01/.001	1.79

Las ecuaciones de regresión para los niños que se reportaron como enfermos presentan valores muy bajos de r^2 , pero aún cuando los valores son bajos, se repite la subescala de permisividad como significativa. Esto indica que un aumento en las puntuaciones de permisividad traería consigo un incremento en las condiciones de insalubridad.

Tabla 16.11. Valores de la ecuación de regresión para higiene y las variables intermedias en madres de niños sanos.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C. D.	F/Sig.	Durbin-Watson
Higiene de la casa	Permisividad Constante	.283 .080	.062	6.56/.011	2.01
Higiene de la mamá	Depresión Evaluación del Niño Constante	.291 -.215 -.011	.110 .146	11.07/.001 8.41/.000	2.42
Higiene del niño	--	--	--	--	--
Higiene total	Permisividad Depresión Constante	.277 .231 .070	.060 .104	658/.011 5.7/.004	2.16

Para los niños reportados comos sanos, las ecuaciones de regresión presentan a depresión y permisividad como las variables dependientes que alcanzaron el criterio de entrada a la ecuación, aún cuando sus valores explicativos son bajos. Debe observarse que los valores beta para las variables independientes son todos positivos excepto el de evaluación del niño que es negativo. Esto se explica considerando que la medida de higiene es negativa y la depresión también, así pues, al aumentar los niveles depresión aumentan los de insalubridad. Finalmente, en la medida que se conceptualiza al niño como más aguerrido y desobediente el estado de higiene mejora.

16.3.4. Resumen

Los resultados obtenidos para los análisis del modelo de salud indican:

1) Para niños reportados como enfermos, la expresividad afectiva y la subescala de permisividad de la madre produce diferencias significativas debiéndose al contraste del grupo uno (≤ -.75 D.S.) con los grupos restantes. Esta situación es similar en los niños sanos excepto que aqui interviene otra variable, la evaluación del niño.

2) La permisividad y la expresividad afectiva son los mejores predictores de higiene total en el grupo de madres con niños enfermos. En el caso de los sanos son la depresión, la evaluación del niño y la permisividad los mejores predictores.

16.4. Modelo de Salud: Variables Sociales

16.4.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación

En la matriz de correlación de higiene con las variables sociales se observa un panorama semejante al del modelo anterior (desarrollo del niño), la correlación entre número de cuartos, número de enseres, tipo de sanitario, tipo de desagüe y material de piso es alta y significativa. Por lo anterior, fue posible elaborar de nuevo el indicador de condición social que se analiza, conjuntamente con la educación de los padres y la ocupación del padre. (tabla 7; anexo II).

En la tabla 16.12 la nueva matriz de correlación presentó las siguientes asociaciones importantes y significativas para el grupo de niños reportados como enfermos y en la tabla 16.13 presentamos las correlaciones para el grupo de niños sanos.

Tabla 16.12. Valores de correlación significativos (p = .001) entre higiene y las variables sociales para niños enfermos.

Condición Social	→	-.52	Higiene de la casa
	→	-.35	Higiene de la mamá
	→	-.48	Higiene total
Educación Madre	→	-.39	Higiene total
	→	-.35	Higiene del niño

n = 104

Tabla 16.13. Valores de correlación significativos (p = .001) entre higiene y las variables sociales para niños sanos.

Condición Social	-.47	Higiene de la casa
	-.49	Higiene total
n = 100		

Todas las correlaciones son negativas, puesto que, el inventario de higiene a mayor puntaje indica más condiciones de insalubridad. Tal como podría esperarse, las correlaciones más altas se dan entre la condición social y la higiene de la casa siendo más fuertes y variadas para el grupo de niños reportados enfermos.

16.4.2. Análisis de Varianza

Dividiendo en 3 grupos según el valor *z* obtenido en la condición social; se llevaron a cabo análisis de varianza para las variables del modelo de salud en forma separada para los niños reportados enfermos y sanos.

Como se puede observar tanto la condición social como la educación de la madre producen diferencias significativas en todas las medidas de higiene para el grupo reportado enfermo.

El valor *F* más importante y significativo corresponde como en la mayoría de los casos a la higiene total. En particular, la distribución del grupo 1 es diferente a la de los otros 2 grupos (ver tabla 16.14).

Tabla 16.14. Resultados del análisis de varianza para higiene y condición social de niños enfermos.

Factor	Variable	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Condición social	Higiene casa	E 11.67 R .620 T .828	18.84	.000	2-3 1-3 1-2	.75 -.36 -.30	25 59 23
Condición social	Higiene mamá	E 3.21 R .859 T .903	3.73	.027	2-3 1-3	.46 -.11 -.11	25 59 23
Condición social	Higiene niño	E 3.51 R .884 T .933	3.97	.022	1-3	.47 -.04 -.24	25 59 23
Condición social	Higiene total	E 9.82 R .201 T .873	14.00	.000	2-3 1-3	.74 -.25 -.30	25 59 23
Educación madre	Higiene casa	E 5.00 R 1.08 T 1.16	4.59	.012	1-3	.28 .19 -.48	61 20 23
Educación madre	Higiene mamá	E 3.82 R 1.05 T 1.10	3.63	.030	1-3	.20 -.26 -.40	61 20 23
Educación madre	Higiene niño	E 7.40 R .95 T 1.08	7.74	.001	1-3 2-3	.22 -.16 -.68	61 20 23
Educación madre	Higiene total	E .12 R 99 T .13	8.13	.001	2-3 1-3	.31 -.02 -.66	61 20 23

gl. = 2/101

Tabla 16.15. Resultados del análisis de varianza para higiene y condición social para los niños sanos.

Factor	Variable	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Condición social	Higiene casa	E 14.7 R .897 T 1.16	16.41	.000	1-2 1-3	.77 .19 -.60	28 43 33
Condición social	Higiene mamá	E 4.14 R 1.04 T 1.10	3.95	.022	1-3 1-2	.27 .10 -.42	28 43 33
Condición social	Higiene niño	E 3.72 R 1.02 T 1.08	3.62	.030	1-3 1-2	.26 .05 -.40	28 43 33
Condición social	Higiene total	E 2.14 R .919 T 1.13	13.21	.000	1-3 1-2	.61 .15 -.62	28 43 33

gl. = 2/104

Para los niños reportados como sanos a mejor condición social mejor condición de higiene similar a lo obtenido con el grupo reportado como enfermo.

Al igual que en todos los casos anteriores el valor de F es mayor para la diferencia entre la higiene total dentro de los 3 grupos distintos de la variable independiente. Son los grupos extremos (1 y 3) tanto en los sanos como en los enfermos.

16.5. Modelo Predictivo para Salud

Se llevó a cabo una regresión múltiple por pasos para el conjunto de variables de personalidad y estimación de riesgo como variables independientes o predictoras y la higiene total como variable dependiente o criterio para niños reportados enfermos.

Conocimientos, susceptibilidad y la frecuencia de conducta inadecuada, estilo permisivo y expresividad afectiva, cumplieron los criterios para entrar en la ecuación, sumando un coeficiente de determinación de .38 y valores beta negativos de -.39 y -.31 para frecuencia de conducta inadecuada y conocimientos; .25 para permisividad y .19 para expresividad afectiva. Esto quiere decir que, a mayor frecuencia de inadecuadas y conocimientos decrementa el puntaje de higiene mejorando las condiciones de salubridad. Pero al incrementar el estilo permisivo y la expresividad afectiva, incrementa el puntaje de higiene, empeorando las condiciones de salubridad. Finalmente, el valor más bajo de beta .18 corresponde a susceptibilidad, la cual aumenta incrementando el puntaje en el inventario de higiene.

Para el grupo de niños sanos, conocimientos presenta el valor más alto de beta con -.45, encontrando .27 para permisividad y .23 para depresión con un coeficiente de determinación total de .285. Así pues los niveles de higiene mejorar si aumenta los conocimientos y si decrementa la puntuación para permisividad y depresión.

16.6. Resumen

Si clasificamos a la población total en términos del reporte de la madre en sanos y enfermos y cada uno de ellos se divide en tres grupos en términos de los valores tipificados para cada una de las variables subyacentes e intermedias obtenemos:

1) Para todos los niños (sanos y enfermos), las diferencias significativas en las puntuaciones de higiene se deben a el conocimiento y la frecuencia de conducta indecuada.
2) Para los niños que reportados enfermos, la higiene total depende de la estimación de la frecuencia de conducta inadecuada, los conocimientos y la estimación de la madre sobre la susceptibilidad del niño para enfermarse.
3) Para ambos grupos la expresividad afectiva y la permisividad producen diferencias significativas en la higiene.
4) La permisividad y la expresividad afectiva son los mejores predictores de higiene en los niños enfermos, mientras que los niños sanos lo son la depresión y la evaluación que del niño hace la madre.
5) Para todos los niños, la condición social presenta diferencias significativas en los puntajes de higiene. También la educación de la madre se presenta en los niños enfermos como un factor de diferencia.
6) Las condiciones de higiene mejoran para niños reportados como enfermos con un decremento en las conductas inadecuadas, mayor puntaje en conocimientos y obteniendo un bajo puntaje en el caso del estilo de control permisivo y control expresividad afectiva. Para niños sanos higiene total mejora, aumentando los conocimientos y decrementando la puntuación para permisividad y depresión.

CAPÍTULO 17. MODELO DE NUTRICIÓN

17.1. Introducción

Para llevar a cabo el análisis de las variables involucradas en el modelo de nutrición sólo se tomó en cuenta a un total de 173 niños, eliminando el análisis a todos los menores de un año. El consumo de leche es alto en niños menores de un año y se prefirió trabajar con poblaciones en las cuales una diversidad alimentaria natural no fuera restringida ni por los obstáculos impuestos por la biología, ni por de la cultura alimentaria durante los episodios de destete y ablactación.

Treinta y siete de ellos se clasificaron como sujetos con peso/talla alto (partiendo del punto de corte de ≥ 1.0 D.S.) y 39 con peso bajo (partiendo del corte - 1.0 D.S).

En principio se llevó a cabo un análisis de las variables subyacentes y los grupos de alimentos para diversidad de la dieta a través de una correlación múltiple para toda la población, y niños con alto y bajo peso/talla.

Se continuo con el análisis de varianza, en el cual las variables subyacentes constituyeron el factor, y los grupos de alimentos la variable cuantitativa dependiente.

Después se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple por pasos para las 5 variables subyacentes, considerando como variable dependiente cada uno de los grupos de alimentos y el total de la diversidad de la dieta.

Procedimiento similar se siguió para el análisis de las 7 variables intermedias. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de varianza para cada uno de los grupos de alimentos como variable dependiente y la condición social como independiente. Lo anterior para observar si la diversidad por grupo de alimentos se distribuye de manera diferente en distintas condiciones sociales para niños de bajo y alto peso/talla.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El mismo procedimiento se siguió para educación de la madre sólo que los 3 grupos se constituían con las mamás que habían cursado algún grado de primaria, otro grupo entre primero y tercero de secundaria y el último con preparatoria o más. El peso/talla no correlacionó de manera importante con los grupos de alimentos, la correlación más alta fue de .15 no significativa para el grupo de vitaminas. Se llevó a cabo un análisis de varianza con el objeto de buscar el tipo de relación existente entre la diversidad de la dieta y el peso/talla, pero al parecer no se relacionan, ni se establece una relación entre ésta y la variabilidad de la diversidad para el total y los grupos. Así pues, el peso/talla fue dividido en 3 cortes los que se encontraron por debajo del - 1 D.S.; por arriba de + 1 y el tercer grupo entre estas cantidades y se contrastó con la variable diversidad de la dieta sin que arrojara algún valor de *F* significativo.

Los valores en puntuaciones tipificadas se obtuvieron a partir de la media y las desviaciones de cada una de las variables que se presentan en la tabla 17.1.

Para las subescalas de diversidad las medias se encuentran por arriba de la mitad del valor máximo reflejando una tendencia a una dieta diversa. La frecuencia de conducta inadecuada presenta una media por arriba de la mitad del valor máximo. La media para percepción de riesgo se encuentra cercana a la mitad del valor máximo, lo cual nos indica que evidentemente se percibe poco riesgo relacionado con la alimentación.

Por otro lado, se puede observar que el grupo de bajo peso/talla ubicó su media en puntuaciones tipificadas en el lado negativo de la curva, relacionando así su condición de riesgo con una menor diversidad en su alimentación.

Tabla 17.1. Valores promedio y desviación estándar y las medias en puntuación tipificada de niños de bajo y alto peso/talla para las variables del modelo de nutrición.

	Media	D.S.	Valor Máximo	Bajo Peso/talla	Alto Peso/talla
	Variables	Próximas			
Diversidad energía	2.45	1.03	4	-.115	.065
Diversidad proteína	2.81	.98	4	-.034	.179
Diversidad vitamina	3.55	1.79	7	.026	.150
Diversidad frituras	2.67	1.11	5	-.084	.293
Diversidad total	14.1	4.13	20	-.057	.238
	Variables	Subyacentes			
Conocimientos	6.75	2.40	13	.019	-.289
Frecuencia Consecuencias	25.1	5.14	35	-.114	.144
Frecuencia variedad	9.05	2.13	15	-.022	.119
Percepción consecuencias	10.7	3.79	20	-.196	.304
Percepción variedad	17.3	4.5	30	-.073	.065
Susceptibilidad	5.51	1.9	10	-.010	-.335
Controlabilidad	3.61	1.4	5	-.017	-.222
	Variables	Intermedias			
Depresión	14.88	11.4	60	-.031	.314
Evaluación del niño	70.3	8.6	130	.137	.072
Expresividad afectiva	26.3	6.14	60	-.175	.254
Obeciencia-afiliativa	18.2	3.70	30	.182	.064
Permisividad	32.6	8.05	60	.156	.239
Restringente	73.6	11.3	95	.142	-.189
Autoritario	14.3	4.09	55	.143	-.163
Condición Social	17.44	4.52	28	.008	-.158

Los valores medios en las variables subyacentes para los niños de riesgo en nutrición fueron negativos indicando que los puntajes en las variables se encuentra en promedio por debajo de la de los niños sin riesgo o de alto peso/talla, exceptuando conocimientos, susceptibilidad y controlabilidad en donde las diferencias son pronunciadas dejando ver que las madres de niños de alto peso/talla conocen menos y perciben como más vulnerables a sus niños y se consideran con menor capacidad de control ante un eventual problema nutricional.

Estos valores es importante considerarlos, pues son útiles para ubicar alguna puntuación *z* en el continuo de los valores absolutos, con el objeto de observar el comportamiento de una puntuación en relación con la población.

17.2. Modelo de Nutrición : Variables Subyacentes

17.2.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación

Las variables subyacentes de frecuencia y percepción de riesgo obtuvieron correlaciones altas entre sus 2 subescalas para el grupo de niños con bajo peso/talla (.74 significativa al .001) y para alto peso/talla (.66 significativa al .001). Para las subescalas de frecuencia de conducta inadecuada obtuvimos .48 y .35 significativo al .001 respectivamente. De esta forma las variables subyacentes se disminuyeron a: susceptibilidad, controlabilidad, frecuencia y percepción de riesgo y conocimientos.

La tabla 8 del anexo II presenta las matrices de correlación entre las subescalas de diversidad de la dieta y las variables subyacentes. No existe ninguna relación importante entre las variables dependientes y la diversidad de la dieta; sin embargo, se observa una correlación importante entre la diversidad total y las subescalas que la componen ($r > .38$; $p > .001$).

17.2.2. Análisis de Varianza

Como en los casos anteriores las variables subyacentes se dividieron en tres grupos según los siguientes grupos de corte: el grupo que puntea por abajo del -.75 D.S. (desviación estándar), el que puntea por arriba del + .75 D.S. y los que se encuentran entre estos valores. Se llevó a cabo un análisis de varianza por cada una de las 5 variables subyacentes como factor, usando a las 5 subescalas de diversidad,

obteniendo un total de 25 valores *F* para los niños con bajo peso/talla, de los cuales sólo 3 resultaron significativos. La frecuencia de conducta inadecuada afecta significativamente tanto a la diversidad total como a la de vitaminas, mientras que la percepción de riesgo produce diferencias significativas sobre la diversidad de energía.

Tabla 17.2. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de diversidad de la dieta y las variables subyacentes en niños de bajo peso/talla.

Factor	Variable	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Media	S's
Frecuencia	Diversidad total	E* 2.88 R** .77 T***.88	3.71	.03	3-1	-.02 -.54 .39	13 13 13
Frecuencia	Diversidad vitaminas	E 3.96 R .01 T 1.17	3.88	.03	3-2	.15 -.57 .50	13 13 13
Percepción	Diversidad energía	E 3.71 R .69 T .85	5.36	.009	2-3 1-3	.16 .10 -.91	11 19 9

gl. = 2/38 *E = explicada/ ** R = residual/ ***T = total.

Como se observa en el análisis post hoc (LSD) es al grupo 3 (extrema conducta inadecuada) el que produce las diferencias, este grupo presenta las medias más altas de diversidad.

Las madres que perciben mucho riesgo obtuvieron puntuaciones en diversidad de energía significativamente diferentes a aquellas que perciben poco riesgo de desnutrición en su hijo.

Para el grupo de niños con alto peso/talla ninguno de los 25 análisis de varianza obtuvo valores *F* significativos.

17.2.3. Relación Predictiva: Análisis de Regresión

En los análisis de regresión se utilizaron 5 variables dependientes, percepción de riesgo, frecuencia de conducta inadecuada, susceptibilidad, controlabilidad y conocimientos. Para el grupo de niños bajo peso/talla, con los criterios impuestos

sobre el valor de entrada para el contraste *t* sólo las variables percepción y susceptibilidad de riesgo se relacionan linealmente con la diversidad de energía y frituras. Pero su coeficiente de determinación únicamente explica el 12 y 14% respectivamente.

Tabla 17.3. Valores de la ecuación de regresión para la diversidad de la dieta y las variables subyacentes para niños de bajo peso/talla.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C.D.*	F/ Sig.	Durbin-Watson
Diversidad total	--	--	--	--	--
Diversidad energía	Percepción Constante	-.27 -.16	.12	5.18/.02	2.18
Diversidad proteína	--	--	--	--	--
Diversidad vitaminas	--	--	--	--	--
Diversidad frituras	Susceptibilidad Constante	-.43 -.08	.14	6.25/.01	1.87

*C.D.= Coeficiente de Determinación

Sin embargo, es conveniente resaltar que la dirección de los valores encontrados indican que a mayor percepción y susceptibilidad de riesgo las madres ofrecen menor diversidad de energía y frituras.

En las regresiones para el grupo de niños alto peso/talla, se puede apreciar que todos los valores de *t* que se encontraron fueron mayores a .05, lo cual los hace poco significativos y sólo la diversidad frituras como variable dependiente puede ser explicada a través de los conocimientos, susceptibilidad y controlabilidad con un coeficiente de determinación de .34.

Las ecuaciones significativas encontradas para los niños de alto peso/talla indican que a mayor conocimiento y controlabilidad percibida de la madre esta ofrece menos diversidad en frituras. En contraste entre más vulnerable perciba al hijo ofrece una mayor diversidad de frituras.

Tabla 17.4. Valores de la ecuación de regresión para la diversidad de la dieta y las variables subyacentes en niños de alto peso/talla.

V.D.	V.I.	Beta y Constante	C.D.	F / Sig.	Durbin-Watson
Diversidad total	--	--	--	--	--
Diversidad energía	--	--	--	--	--
Diversidad proteína	--	--	--	--	--
Diversidad vitaminas-minerales	--	--	--	--	--
Diversidad frituras	Conocimiento Susceptibilidad Controlabilidad Constante	-.37 .37 -.29 .24	.12 .24 .34	5.04/.03 5.45/.00 5.88/.002	1.48

17.2.4. Resumen

1) En donde la desnutrición aguda y crónica no existen, la medida de peso para la talla y la diversidad de la dieta muestran relación poco significativa.

2) Para los niños con bajo peso/talla la frecuencia de conducta inadecuada de la madre se presenta como un factor de diferencia para la diversidad total y en vitaminas, además, percepción de riesgo afecta la diversidad de energía.

3) En el grupo de niños de bajo peso/talla aunque la percepción y la susceptibilidad de riesgo de la madre predicen diversidad de energía y fritura respectivamente, su coeficiente de determinación es muy bajo.

4) Para niños con alto peso/talla, en el análisis de varianza no se encontró ningún dato significativo. Sin embargo, la ecuación de regresión para estos niños involucra tres variables que explican la diversidad de frituras. Los conocimientos, susceptibilidad y controlabilidad de riesgo en nutrición predicen el 34% de la variación total.

17.3. Modelo de Nutrición: Variables Intermedias

17.3.1. Relación entre Variables: Análisis de Correlación

Puesto que la correlación entre las 2 subescalas de depresión para ambos grupos fue de .61 significativo al .001 se consideró a esta como una sola variable. En el anexo II tabla 9 se aprecia que no existe correlación alguna entre las variables intermedias [depresión, autoritarismo (3 subescalas), evaluación del niño y autoconcepto (2 subescalas)] y los grupos de alimentos. Se observa una correlación .38 significativa al .001 entre permisividad y autoritarismo de la escala de autoritarismo en el grupo de niños con dieta monótona, mientras que, para los niños de alto peso/talla ninguna de las correlaciones es importante.

17.3.2 Análisis de Varianza

En los análisis de varianza para cada una de los 7 rasgos de personalidad de la madre se separaron a los sujetos en 3 grupos según la puntuación obtenida por su madre en los instrumentos aplicados. De esta manera, en el grupo 1 se encuentran las mamás de niños que obtuvieron una puntuación menor a -.75 D.S., en el grupo 2 las mamás de los niños que obtuvieron entre -.75 y +.75 D.S.; y en el tercer grupo las mamás que obtuvieron por arriba de + .75 D.S.. Como tenemos clasificada la diversidad de la dieta en 4 grupos de alimentos y un total, se obtienen 35 valores *F* para cada grupo de niños.

Para el grupo de niños con bajo peso/talla de los 35 valores *F* obtenidos sólo fueron significativos 4 de ellos, autoritarismo produce diferencias en la diversidad total de la dieta, de vitaminas y energía, donde entre más autoritaria se muestra la madre mayor diversidad ofrece a su niño.

Para este mismo grupo, el parámetro depresión se presenta como elemento que diferencia significativamente al consumo de frituras, pero aqui a mayores niveles de depresión, más diversidad de frituras.

Tabla 17.5. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de diversidad de la dieta y las variables intermedias en niños de bajo peso/talla.

Factor	V.D.	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Autoritario	Diversidad total	E 4.6 R .682 T .888	6.7	.003	2-3 1-3	.36 .17 -.93	5 25 9
Autoritario	Energía	E 3.7 R .69 T .85	5.3	.009	2-3	.12 .12 -.91	5 25 9
Autoritario	Vitaminas	E 5.28 R .88 T 1.17	7.07	.003	2-3 3-1	.46 .30 -.1.0	5 25 9
Depresión	Frituras	E 4.03 R .92 T 1.07	4.33	.02	3-2	.06 -.34 1.02	8 26 5

De los 35 valores *F* obtenidos para el grupo con peso/talla alto el parámetro de permisividad y expresividad afectiva establecen diferencias significativas para la diversidad total y frituras respectivamente. Esto quiere decir que entre más permisiva es la madre mayor diversidad de frituras ofrece, mientras que en los grupos extremos de expresividad afectiva ofrecen una dieta total monótona.

Tabla 17.6. Resultados significativos del análisis de varianza entre las subescalas de diversidad de la dieta y las variables intermedias en niños de alto peso/talla.

Factor	V.D.	Cuadrado Medio	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Expresividad afectiva	Diversidad total	E 6.3 R .66 T .88	9.4	.001	2-1 2-3	-.85 .77 -.16	4 21 12
Permisivo	Frituras	E 4.8 R .80 T .98	4.8	.01	3-1	-.47 .13 .81	6 17 14

17.3.3. Relación Predictiva: Análisis de Regresión

Tabla 17.7. Valores de la ecuación de regresión para la diversidad de la dieta y las variables intermedias en niños de bajo peso/talla.

V.I.	V.D.	Beta y Constante	C.D.	F/Sig.	Durbin-Watson
Diversidad total	Autoritario Constante	-.37 -.001	.12	5.45/.02	1.77
Diversidad energía	Autoritario Constante	-.37 -.001	.12	5.18/.02	1.96
Diversidad proteína	Permisivo Constante	-.44 .034	.12*	5.18/.02	1.79
Diversidad vitaminas-minerales	Autoritario Constante	-.39 .08	.10*	4.13/.04	1.88
Diversidad frituras	--	--	--	--	--

En la tabla 17.7 se observa que para los niños con bajo peso/talla sólo autoritario y permisivo resultan significativos para explicar los cambios en diversidad de la dieta con excepción de frituras. Sin embargo, sólo en los casos de autoritario hacia diversidad total, energía y vitaminas alcanza un coeficiente de determinación bajo de .12 para un esperado de .15 en 7 variables, indicando que a mayor puntaje en autoritario menor diversidad.

Tabla 17.8. Valores de la ecuación de regresión para la diversidad de la dieta y las variables intermedias en niños de alto peso/talla.

VD	VI	Beta y Constante	C.D.	F/Sig.	Durbin-Watson
Diversidad total	Permisivo Constante	.34 .15	.15	.017	2.00
Diversidad energía	--	--	--	--	--
Diversidad proteínas	--	--	--	--	--
Diversidad vitaminas	Permisivo Constante	.29 .07	.12	5.21/.07	1.95
Diversidad de frituras	Permisivo Autoritario Constante	.50 -.27 .12	.18 .28	8.18/.007 6.66/.003	2.47

En los niños con alto peso/talla aparece como importante la variable permisividad explicando la diversidad de la dieta total, la de vitaminas y frituras. Entre más democrática es la madre ofrece una diversidad mayor. Autoritarismo explica en forma inversa la diversidad de frituras.

17.3.4. Resumen

De las 7 variables de personalidad de la madre son los estilos de autoridad en particular la obtenida en permisividad y autoritarismo las que afectan la diversidad de la dieta en ambos grupos. En particular el contraste del grupo con puntaje bajo y alto en permisividad son diferentes en sus puntuaciones para diversidad de vitaminas, frituras y total y en el caso de autoritarismo es consistente el hecho de que entre menos autoritarias ofrecen mayor diversidad de la dieta.

17.4. Modelo de Nutrición: Variables Sociales

Los análisis de varianza considerando la condición social como variable independiente y la diversidad de la dieta como dependientes no presentaron diferencias significativas en ambos grupos.

Tabla 17.9. Resultados del análisis de varianza para la diversidad de la dieta y educación de la madre de niños con bajo peso/talla.

Factor	Variable	Cuadrados Medios	F	Sig.	LSD	Medias	S's
Educación madre	Diversidad proteína	E 4.29 R .99 T 1.15	4.14	.02	3-1	-.49 -.11 .65	14 14 11
Educación madre	Diversidad vitamina	E 6.28 R .88 T 1.17	7.07	.003	3-2	-.09 -.38 .96	23 9 7

gl. = 2/89

La educación de la madre produce diferencias significativas en el grupo de niños con bajo peso/talla donde a mayor educación mayor diversidad en proteínas y vitaminas.Para la educación de la madre en el grupo de niños con alto peso-talla no se encontró ningún valor significativo.

17.5. Modelo de Predicción de Nutrición

Para los niños de bajo peso/talla el estilo sumiso de la madre explica el 12% de la variabilidad en diversidad de la dieta con un valor beta negativo (-.37) indicando que a menor autoridad frente a sus hijos aumenta la diversidad total. Además a medida que la madre percibe como más susceptible de un problema de nutrición a su hijo ofrece una diversidad menor de frituras. El coeficiente de determinación para esta relación fue de .14 y el valor beta de -.43.

Para los niño de alto peso/talla resulta interesante la ecuación para la diversidad en frituras. Para estos niños en la medida que la madre posee más conocimientos sobre preparación y consumo de alimentos y percibe mayor controlabilidad sobre un eventual problema de nutrición en su hijo ofrece una diversidad menor de frituras como lo muestran los coeficientes beta -.37 y -.29 respectivamente. Por otro lado, a mayor susceptibilidad percibida mayor diversidad en frituras.

Si el estilo permisivo aumenta y decrementa el de autoridad mejora la diversidad total y de frituras.

17.6. Resumen

1) Para los niños de riesgo en nutrición, la frecuencia de conducta inadecuada en alimentación presenta una media de diversidad mayor que el grupo con menor frecuencia. Como la mayoría de las veces frecuencia y percepción actuan en el mismo sentido a mayor percepción menor diversidad de alimentos energéticos.
2) En niños de riesgo en nutrición el consumo diverso de frituras está relacionado con el estilo permisivo y la susceptibilidad. Al percibir al niño más vulnerable y presentar un bajo puntaje en estilo permisivo ofrecen menor diversidad de frituras.
3) Para niños sin riesgo, conocimientos, controlabilidad y susceptibilidad pueden predecir la diversidad de frituras de tal manera, que si los dos primeros son altos y la susceptibilidad baja, la diversidad de frituras decrementa.
4) El estilo permisivo de la madre de niños con alto peso/talla aumenta la posibilidad de ofrecer dietas diversas en lo general y de frituras en lo particular.

PARTE V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 18. DISCUSIÓN

18.1. Introducción

Consideramos indispensable iniciar este capítulo con la puntualización de algunas de las características importantes de los modelos propuestos para explicar el cuidado del niño en zonas rurales sin pobreza extrema.

1) Con base en la amplia revisión bibliográfica relevante se conformaron tres modelos teóricos específicos: Desarrollo, Salud y Nutrición que al ser conjuntados buscamos expliquen tan complejo fenómeno como es el desarrollo infantil.
2) Las variables se consideran independientes en relación a su efecto, suponiéndose únicamente que los conocimientos afectan las estimaciones de riesgo y estas afectan las variables próximas de estimulación, higiene y diversidad. Si bien es cierto, se suponía dependencia, se trataba más bien de observar sus relaciones y el grado de determinación sobre la variable próxima.
3) La variable próxima en cada modelo es afectada por dos líneas: a) los rasgos de personalidad de la madre relacionados con el cuidado del niño: autoconcepto, autoritarismo, depresión y evaluación del niño, y; b) los conocimientos, percepción de riesgo, frecuencia de conducta inadecuada, susceptibilidad y controlabilidad percibida por la madre.

Se consideraba que cada una de ellas tendría un diferente nivel de explicación del cuidado del niño en los modelos propuestos.

De la amplia variedad de rasgos de personalidad se seleccionaron, aquellos en los que se cuenta con evidencia de su impacto real, con base en la revisión

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

bibliográfica y conocimiento empírico de la población a estudiar, buscando que todos ellos contaran con mediciones relevantes culturalmente. Es así que las dimensiones evaluadas están siempre relacionadas con el papel formador de la madre, cuidador del desarrollo infantil en la zona estudiada.

Los elementos de conocimiento y estimación de riesgo, si bien como indicadores tienen su origen en el modelo de conducta planeada de Ajzen (1985) y el modelo de creencias en salud de Rosenstock (1974) la investigación no tenía por objetivo evaluar las relaciones lógicas intrínsecas de cada uno de ellos. Se elaboró un sistema de relaciones más simple, para conocer el grado en el cual los conocimientos y estimaciones por un lado y los rasgos de personalidad por otro, explican la varianza del cuidado del niño.

Tomando en consideración la importancia y definitividad de los primeros años de vida, nos centramos en el cuidado del niño del nacimiento a los seis años, se estudió conformando grupos diferenciados por presencia y ausencia de riesgo en niveles de desarrollo, salud y nutrición.

Basado en los cuartiles como punto de corte, cada uno de los grupos de niños fue dividido en tres poblaciones para cada una de las variables independientes, con el objeto de conocer si los atributos de personalidad o de estimación de riesgo de las madres establecen diferencias en las puntuaciones obtenidas para la variable próxima. Esto es, obtener las variables relevantes en éstas comunidades para grupos con problemas de cuidado y niños bien cuidados, analizando por separado cada uno de los componentes de los modelos de desarrollo, salud y nutrición. En todos los casos se realizó el mismo tratamiento estadístico para permitir la comparación entre los modelos.

Por otro lado, debe considerarse que las poblaciones en las que se llevó a cabo el estudio tienen menos de tres mil habitantes y pertenecen a la zona rural. Esto es significativamente importante pues las formas de interacción social que se establecen

entre sus habitantes son las que son deseables establecer en los niños. Estas comunidades se conforman con grandes familias extensas, que si bien, no ocupan el mismo espacio geográfico, sus reglas y normas de interacción están bien establecidas y no sólo deben ser respetadas por sus miembros, sino también existe la necesidad y obligación de la comunidad de transmitirlas a sus niños a través de las prácticas educativas y patrones de crianza (Kessen,1979).

Cuando existe una desviación de las prácticas educativas derivadas socialmente, el niño con un estilo de crianza diferente resulta muy evidente, es entonces, cuando las redes de interacción a través de los abuelos, tíos, compadres y amigos funcionan previendo a los padres de las consecuencias y de los cambios en las estrategias de crianza para ajustar al niño a los estándares esperados socialmente (Siegel, 1982).

Este mecanismo de control social se hace más enfático con los infantes y preescolares, por un lado, por considerar que en la temprana edad requieren del control para su formación y por otro lado, porque los resultados de la crianza que se hacen evidentes en el nivel de obediencia y respeto del niño a las premisas del adulto, son inputables únicamente a los padres, pues la escuela no juega aún papel de control y promoción de los valores sociales y culturales de la comunidad.

Para los niños de 0 a 6 años el microsistema familiar es fundamental en la explicación de los cambios en el desarrollo, pues la influencia de otros sistemas externos (exosistema) es aún muy pobre. Sin embargo, la crianza como evento fundamentalmente cultural está matizado por creencias, valores y actitudes provenientes del mesosistema cultural (Bronferbrener, 1979).

Para llevar a cabo una discusión ordenada se procede a un análisis crítico del modelo de desarrollo, siguiendo con el de salud y finalmente el de nutrición. Dentro de cada modelo primero, se aclara lo que sucede con los niños de riesgo y después a los de no riesgo.

La discusión de los datos obtenidos se desarrolla sobre las siguientes bases: a) comparación entre los datos obtenidos en la zona rural de nuestro país y las relaciones establecidas por algunos estudios con niños estadounidenses, analizando y describiendo las diferencias y semejanzas; b) discutir las incongruencias de nuestros datos y los occidentales en términos de la cultura mexicana en la zona rural; c) presentar algunas recomendaciones para los programas de intervención a partir de los datos obtenidos.

18.2. Discusión sobre los Resultados del Modelo de Desarrollo del Niño

A partir de las dos líneas de afectación identificados en el proyecto se estipulan las siguientes hipótesis fundamentales: a) los rasgos de personalidad de la madre influyen y predicen el desarrollo del niño a través de la estimulación que proporcionan y; b) los conocimientos y estimaciones de riesgo influyen y predicen el desarrollo del niño a través de la estimulación que proporcionan.

Para la prueba de las hipótesis se identificaron dos grupos de niños (riesgo-no riesgo) definidos en base a la puntuación obtenida en la Escala de Desarrollo Integral, en ellos se evaluó la participación de cada una de las variables sobre la estimulación y el desarrollo. La asociación, el contraste de hipótesis y la regresión se llevaron a cabo suponiendo que cada una de las variables actua de manera singular sobre la variable dependiente, con el objeto de ponderar la importancia de alguna de ellas.

18.2.1. Grupo de Niños considerados de Riesgo

Con base en los análisis estadísticos realizados podemos afirmar que:

1) La frecuencia de conducta inadecuada (de riesgo) y de controlabilidad que la madre estima en la prevención de problemas de desarrollo parece establecer diferencias importantes en la estimulación que ella provee a su niño.

Es importante señalar que existe coherencia entre la estimación de frecuencia de conducta de riesgo y la estimulación proporcionada. Es decir, cuando las madres reportan una alta incidencia de conductas inadecuadas estimulan significativamente menos. En general se pudo constatar que existe coherencia entre lo que dicen y lo que hacen. Las madres que reportan mayor frecuencia de riesgo y consideran que pueden hacer muy poco para evitar los problemas de desarrollo de su niño lo estimulan menos.

2) Una alta expresividad afectiva implica que la madre como pareja se considera cooperativa, amable, tierna, inteligente, cariñosa, activa. Esto coincide con los rasgos de control interno-activo propuesto por Díaz-Guerrero (1982). Sorprendentemente encontramos que las madres expresivas afectivas estimulan menos adecuadamente a sus hijo, lo cual, contradice hallazgos previos (Díaz-Guerrero, op.cit.) que indican que este tipo de personalidad es mas eficiente intelectualmente y promueve un mejor ajuste emocional.

Esta contradicción es relativamente verdadera, por un lado, porque se utilizó un sistema parcial de evaluación del autoconcepto, considerándose sólo aquellos reactivos relacionados con la evaluación de la madre como pareja y por otro, porque los reactivos incluidos en la subescala están referidos especialmente a aspectos de expresividad afectiva con la pareja. De tal forma, que una puntuación baja implica un concepto de sí mismo como poco hábil para comunicarse con la pareja. Esta forma de

conceptualización hace más probable que aquellas madres con inexpresividad afectiva se perciban como secas, agresivas, egoistas o mandonas con la pareja.

Además debe subrayarse que aún cuando los adjetivos involucrados en la escala tienen mucho que ver con lo que Díaz-Guerrero (op. cit.) denomina control interno-activo, dicha correspondencia se avala en similitud de los adjetivos que se agruparon en la subescala con las características descritas para este concepto, derivadas del estudio de las premisas socio-culturales.

Aún con todo lo anterior, no deja de destacarse que las madres que se consideran poco inteligentes, egoistas, secas, groseras, pasivas, mandonas y agresivas estimulan significativamente más a sus hijos que las que se conceptualizan en el extremo positivo de cada concepto.

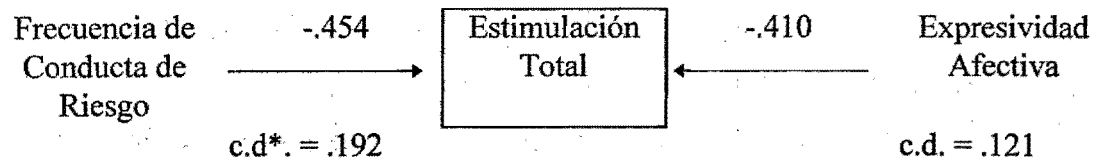
La madre inexpresiva participa menos de las actividades sociales y se dedica a sus hijos y a su casa; mientras que las expresivas si participan en actividades sociales, y tienen menos contactos en tiempo y forma con sus niños (Vera, 1996).

Aunque podríamos suponer que una madre expresiva ligada a un control interno-activo debería ser más permisiva y democrática y ofrecer un ambiente familiar flexible (Launtrey, 1985), lo cierto es que, para niños de riesgo en desarrollo, la mejor estimulación se relaciona con el estilo inexpresivo y los niveles más bajos de estimulación para los niños con madres expresivas. Estas últimas tienen también un promedio más alto de conductas inadecuadas para la estimulación del desarrollo.

Schaefer, Edgarton y Hunter (1983; 1984) encontraron que madres poco expresivas tienen creencias autoritarias sobre el cuidado del niño y proveen menos estimulación en casa. Sin embargo, este no es el caso para los niños de riesgo en zona rural. Aunque Schaefer (1991) insiste en que los padres con estilos de autoridad democráticos promueven la conducta auto-directiva en el niño. En nuestro caso, no es el estilo de autoritario la variable relacionada con la estimulación en niños de riesgo sino el autoconcepto.

Las estimaciones de riesgo, los estilos de autoridad y el estado anímico no establecen diferencias, ni se relacionan linealmente con la estimulación en niños de riesgo como se demuestra en la tabla 18.1.

Tabla 18.1. Resultados del análisis de regresión para estimulación total en los niños con riesgo en el desarrollo.



c.d.* = coeficiente de determinación

En cuanto al control que las madres perciben tener sobre un eventual problema de desarrollo, encontramos que, aquellas que perciben tener una controlabilidad baja, presentan promedios de estimulación significativamente altos comparados con las madres con el grupo contrastante extremo.

3) Una puntuación baja en controlabilidad expresa una evaluación que la madre hace, la cual considera que su participación en la prevención de problemas de desarrollo es poco o nada importante. Tal vez esto refleje, que la estimación llevada a cabo enfatiza las posibilidades de control de la madre sobre un eventual problema del niño y no sobre la conducta actual del niño. Por otro lado, un autoconcepto extremo pasivo como pareja implica una mujer pasiva, mandona, competitiva, esto es, con poco control. El poco control percibido sobre el futuro desarrollo y la auto percepción como pareja muestran una mujer que se percibe con muy poco control sobre la pareja y el desarrollo del niño; pero que se desempeña activamente en tareas de estimulación, promoviendo que su hijo sea "listo" e "inteligente".

Las actividades programáticas de intervención futura deberan considerar que los niños con riesgo en el desarrollo son más estimulados si sus madres se perciben con poco control. La información de los programas de educación a padres enfatizan la

promoción de una interacción expresiva entre la pareja como un elemento contextual para promover el desarrollo. Sin embargo, es posible que el desarrollo de habilidades de comunicación entre la pareja resulte nocivo sobre las prácticas de crianza. Resulta adecuada esta anotación, si consideramos que en el contexto de las prácticas de crianza en la zona rural sólo el lenguaje se considera un repertorio sobre el cual se estima un control importante.

4) Para los niños en riesgo extremo en el desarrollo se esperaba el estado anímico de la madre fuera importante. Existe evidencia de que las madres con sintomatología depresiva reportan niveles altos de problemas con sus hijos y tienden a ser más aversivas y controladoras hacia este (Hops, Biglen y Sherman, 1987). Sin embargo, existe evidencia de que los niños de madres depresivas y asintómaticas son muy parecidas conductualmente (Bohn y Mcmahon, 1984; Rogers y Forehand, 1983; Webster-Stratton, 1988). No encontramos correlación entre niveles de depresión y las subescalas de disciplina o con los índices de estrés de la crianza que evalua la manera en la cual la madre percibe al niño.

En las investigaciones recien mencionadas, realizadas en países diferentes al nuestro la depresión ha sido manejada como variable dependiente. Este estudio se interesó en la depresión como variable independiente que al considerarla en bloques, su efecto sólo fue significativo en la subescala de lenguaje.

5) A diferencia de Schaefer y Edgerton (1985), no encontramos relación alguna entre estilos de autoridad y estimulación del desarrollo aunque es conveniente señalar que en los tres estilos medidos: permisivo, restringente y autoritario las medias obtenidas en calificación *z* son muy cercanas a cero. Sin embargo, al analizar detenidamente el trabajo de estos autores observamos que ellos miden autoritarismo como patrón de conducta que se relaciona significativamente con las creencias acerca de la educación y cuidado del niño agrupando variables relativas a las prácticas educativas. Esta forma de medir autoritarismo se relaciona con la

selección de un conjunto de prácticas comunes en la interacción madre-hijo, las cuales se clasifican como democráticas o autoritarias. La escala muldimensional de autoritarismo pretende conocer los estilos de ejercicio de poder de la madre hacia sus hijos como rasgo, como un patrón estable e invariante.

Además, es difícil comparar nuestros resultados, pues la mayoría de las investigaciones se interesaron en niños mayores de seis años y se llevaron a cabo en familias de clase media de la zona urbana (Baldwin, Kalhorn y Breese, 1949; Schaefer, 1959).

6) Las diferencias en la condición social afecta la estimulación total y el lenguaje. Las familias en condiciones de vida menos favorables, en particular, las más pobres, estimulan menos.

Las diferencias en educación de la madre afecta la estimulación del aprendizaje y responsividad. Las madres menos educadas obtienen puntuaciones más bajas en el inventario de estimulación del niño.

En resumen, por primera vez se encuentra que la condición social, la educación de la madre, la frecuencia de conducta de riesgo y el autoconceptualizarse como una madre expresiva con la pareja son elementos que en el grupo de niños con riesgo en el desarrollo afectan los niveles de estimulación del niño. Conformándose así el modelo de desarrollo para niños de riesgo.

18.2.2. Grupos de Niños considerados sin Riesgo

1) Los datos encontrados para los niños sin riesgo difieren considerablemente de su contraparte. Aqui la susceptibilidad (estimación de vulnerabilidad del niño) afecta la estimulación del aprendizaje; la estimación de control sobre eventual problema de desarrollo, afecta al lenguaje; frecuencia de conducta inadecuada

afecta la responsividad y la percepción de riesgo influye significativamente a estimulación de disciplina.

Los reactivos utilizados para medir frecuencia de conducta inadecuada se refieren a conductas relacionadas con modelamiento y disciplina que promueven la estimulación del niño. Estos mismos reactivos se utilizaron para que las madres evaluaran que tan riesgosas le parecían estas conductas para promover el desarrollo del niño.

Así pues, la responsividad de la madre ante las demandas del niño es afectada por la frecuencia de conducta inadecuada del niño. La disciplina, esto es, el tipo de consecuencias que recibe el niño por su conducta se modifica significativamente por el riesgo estimado de la madre. Dicho de otro modo, la madre responde responde a las demandas del niño dependiendo de como se comporte, pero el regañarlo o recompensarlo depende de si ella percibe como riesgoso o no riesgoso lo que el niño hace.

Por otro lado, la medida de estimulación del aprendizaje esta afectada por la evaluación que la madre hace de la vulnerabilidad del niño a problemas de desarrollo. Si consideran que su hijo es poco "listo" o "lento" se preocupan más por estimular su desarrollo. Finalmente, la estimulación del lenguaje en esto niños con un óptimo nivel de desarrollo, es afectado por el nivel de controlabilidad que la madre percibe sobre eventuales problemas de desarrollo.

La especificidad de las variables predictoras para cada subescala de la estimulación de los niños que obtuvieron puntuaciones óptimas en el inventario de desarrollo infantil, nos muestra los requerimientos de estimación de riesgo relevantes a cada repertorio, gracias a lo cual estas áreas del desarrollo se encuentran con un buen nivel de estimulación. En contraparte, la estimulación de los niño en riesgo, presentaron en los análisis de varianza a la frecuencia de conducta inadecuada y la controlabilidad como variables que afectan a todas las áreas de estimulación. Dicho

de otra manera, si la madre reporta una frecuencia alta de conducta inadecuada de su hijo y además considera que es poco o nada lo que puede hacer para promover su desarrollo, estimulan mucho menos en cada una de las áreas.

En base a lo anterior, un programa cuyo objetivo sea promover la estimulación del desarrollo deberá no sólo enfocarse a entrenar a las madres en habilidades educativas, sino cambiar las estimaciones de riesgo relacionadas con cada uno de los repertorios, evitando información que suponga el manejo de un tipo de estimación para todos los niveles de estimulación.

2) Las madres en los diferentes niveles de las variables de personalidad no parecen diferenciarse en la cantidad de estimulación que proporcionan a su niño. En este sentido tener más o menos de uno de los atributos de personalidad que fueron medidos no mejora las puntuaciones obtenidas en estimulación del niño.

Al no encontrarse diferencias en la variabilidad de las variables de personalidad estudiadas, hace suponer una homogeneidad en la manera de responder de la población de madres con niños con un óptimo desarrollo. Las características cuantitativas de estos parámetros es la siguiente: a) a decir de la comparación entre las medias de ambos grupos se puede decir que las madres de niños con un nivel óptimo de desarrollo son significativamente menos depresivas (.114 vs -.208); evaluan positivamente a su hijo (-.134 vs .098); son menos permisivas (.096 vs -.094) y más autoritaria (-.114 vs .124) y su condición social es mucho mejor (-.179 vs .329) que las madres de niños con riesgo en el desarrollo; b) la descripción anterior coincide con lo que puede ser una caracterización de la madre que promueve el desarrollo, de lo que resalta, un nivel bajo para la puntuación de estilo permisivo y alto para autoritario, que evalua el sometimiento del niño a las órdenes de la madre.

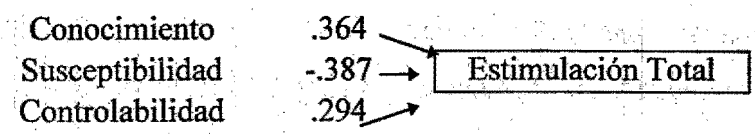
Lo anterior supone que, para promover el desarrolo se requiere que la madre mantenga frente al niño una posición que si bien no es autoritaria, le permite

mantener el control sin arriesgar la obediencia y respeto hacia ella y los adultos como objetivo de la educación en el hogar.

3) De las variables subyacentes son los conocimientos, susceptibilidad y controlabilidad las únicas variables de importancia relacionados con la estimulación del niño sin riesgo.

El conocimiento es la variable que produce efectos más significativos y cuenta con el coeficiente de determinación más importante sobre estimulación del desarrollo del niño. Relacionando al grupo de madres que más sabe de desarrollo con las medias más altas en estimulación. El conocer sobre los efectos e importancia de estimulación conlleva el estimar como más vulnerable al niño y atribuirse mayores posibilidades de control sobre sus problemas de desarrollo del niño, como se ilustra en la tabla 18.2.

Tabla. 18.2. Resultados del análisis de regresión para la estimulación total en niños sin riesgo en el desarrollo.



Es importante señalar que para este grupo la condición social y la educación de la madre no afectan significativamente la estimulación del niño en el hogar.

18.2.3. Alcances y Limitaciones

En principio y como se ha señalado anteriormente, existen algunas limitaciones para la comparación de los datos obtenidos y los estudios existentes, fundamentalmente si se trata de las medidas de personalidad. Por un lado, la medida de autoritarismo es una selección de las consecuencias más probables que la madre ofrece ante un comportamiento del niño, planteada como una estrategia educativa (Schaefer y Edgarton, 1985). En nuestro caso, es una estimación sobre una colección

de reactivos que plantean un universo de patrones genéricos de comportamiento acerca de la forma en la cual la madre ejerce la autoridad sobre los hijos. Por otro lado, en algunos casos no existe evidencia en la bibliografía existente para establecer un marco de comparación, como sucede con los estimadores de reisgo y autoconcepto. En este rubro destaca el caso de los datos existentes sobre depresión y su efecto sobre la percepción y el comportamiento del niño (Bohn y Memahon, 1984; Hops, Binglan y Sherman, 1987) los cuales difícilmente podrían funcionar como un marco comparativo, pues la medida de depresión es estudiada como variable dependiente y en nuestro estudio fue tratada como variable independiente.

En particular, la autopercepción de la madre como pareja y la controlabilidad percibida del desarrollo del niño, como se describe en los niños con riesgo presupone que la estimulación se mejora si la madre percibe menor control. Si bien no tenemos datos, podríamos suponer que en las comunidades rurales que se estudiaron los patrones de crianza la estandarización se basa fundamentalmente porque comparten como objetivos, la obediencia y respeto como metas educacionales. Este contexto social establece reglas y normas de actuación que hacen pensar que la falta de control percibido como pareja y madre facilita la estimulación. Esto puede estar relacionado con formas de control externo que tiene como depositario la motivación por complacer, comportandose como lo demandan las exigencias del mundo comunitario a través de redes de apoyo que tienen que ver con las suegras, abuelas, tías, comadronas y autoridades que dictan normas de actuación enseñanza-aprendizaje para pretender y promover el proceso de desarrollo en grupos de población que se caracteriza por su cultura colectivista (Triandis, 1994).

Los resultados para los niños sin riesgo en el desarrollo hacen notar que la percepción de control no es una variable relacionada con la estimulación cuando se tienen hijos con un óptimo desarrollo. Con este tipo de población mantener un estilo de autoridad con bajos niveles de permisividad y alto puntaje de autoritarismo, se

relaciona con medias altas de estimulación en todas las áreas del desarrollo, tal como se aprecia en la tabla 15.1. Además, conocimientos y la percepción de control sobre el desarrollo del niño, deberan estimularse. Por otro lado, un programa de educación a padres debera considerar la evaluación de la susceptibilidad como un criterio de logro, más que de riesgo. Esta evaluación acerca de la vulnerabilidad del niño es posible obedezca a un criterio de evaluación que las madres llevan a cabo a partir de como perciben su desempeño las prácticas de estimulación y cuidado.

Lo más importante de esta parte del estudio del desarrollo y sus determinantes en comunidades sin pobreza extrema de la zona rural es seguramente el hecho de ser pionero. Los hallazgos contradicen los estudios más cercanos en niños caucásicos de clase media en zonas urbanas en Estados Unidos y Europa. Subrayaremos pues, que si se pretende que las madres de niños desventajados o de riesgo en el desarrollo estimulen a sus hijos sería conveniente que se fomentará y promoviera el ajuste a las normas y reglas sociales de la comunidad, asegurando la participación de estas madres en la defensa y permanencia de los estilos de crianza heredado por generaciones. Dicho de otra forma, se requiere que la madre perciba su responsabilidad y compromiso con el desarrollo del niño, como una exigencia comunitaria que salvaguarda sus tradiciones y normas en puericultura como parte de un colectivo y no como un bien personal e individual.

Si en los niños aventajados o sin riesgo se quisiera mejorar las condiciones de estimulación deberá aumentarse la cantidad de conocimientos sobre desarrollo con el objeto de que perciban como más vulnerable a su niño a la vez que, consideren que la posibilidad de prevenir problemas de desarrollo está bajo su control, pues esta atribución es fundamental para su actuación.

En conclusión las estimaciones subjetivas en madres de niños sin riesgo en el desarrollo establecen diferencias en los niveles de estimulación en subescalas específicas y predicen el total de la estimulación, mientras en las madres de niños de

riesgo su conducta parece ser el factor más importante relacionado con la estimulación.

18.3. Discusión sobre los Resultados del Modelo de Salud

Es conveniente recordar que en este modelo los grupos que se contrastan representan reporte de ausencia o presencia de enfermedad para los cuales se establecieron las siguientes hipótesis:

1) Para ambos grupos no existen intercorrelaciones significativas entre las variables de estimación de riesgo y personalidad.
2) Los conocimientos afectan en forma directa las estimaciones de riesgo para los dos grupos.
3) El efecto de las variables estudiadas se presentaron en forma diferenciada en cada uno de los grupos.

18.3.1 Grupos de Niños Reportados como Enfermos

Con base en los análisis estadísticos podemos afirmar que:

1) Para este grupos de niños la frecuencia de conducta inadecuada correlaciona con las puntuaciones de higiene de manera negativa, de tal forma que, en la medida que la frecuencia de conducta inadecuada decrementa, aumenta el puntaje detenido en el inventario de higiene.

La ecuación de regresión presenta que la frecuencia, los conocimientos y la susceptibilidad como los principales determinantes de los niveles de higiene total. Las dos primeras variables relacionan negativamente con higiene, si incrementan los conocimientos y/o la frecuencia de conducta inadecuada, decrementa el puntaje del inventario, que como recordaremos está basado en términos negativos.

Si bien tiene sentido pensar que los conocimientos sobre prevención y diagnóstico de enfermedades diarréicas, mejoran las condiciones de salubridad en el hogar, lo que parece no tener sentido es que la frecuencia con la cual el niño incurre en actividades que hacen más probable un problema diarréico se relacione de manera negativa a las condiciones de salubridad. Debe enfatizarse que la frecuencia con la cual el niño incurre en conductas de riesgo, es una percepción que se relaciona con los estándares que tiene la madre de pulcritud y ascepcia en la casa y en sus hijos. Así pues, puntajes bajísimos en el inventario de higiene, que supone altos niveles de limpieza condicionan una mayor sensibilidad en la observancia de la conducta de riesgo del niño, lo cual se concretiza en una valoración alta de frecuencia de conducta inadecuada del niño. Por lo anterior, la frecuencia estará variando con los criterios de limpieza de la madre de manera negativa, por lo cual este indicador puede variar, no sólo por lo que el niño hace, sino depende también de la sensibilidad de la madre ante los eventos que se describen en la prueba. Con esta lógica, las madres en condiciones de poca higiene tenderán a evaluar la conducta insalubre de sus hijos como muy poco frecuente.

La susceptibilidad como estimación de vulnerabilidad tiene para higiene la misma funcionalidad que para la estimación del niño en el hogar. La madre percibe como poco susceptible a su hijo a enfermarse si obtiene un puntaje bajo en el inventario de higiene, lo cual implica un alto nivel de limpieza. La diferencia en los signos de la relación para susceptibiliadad con estimulación e higiene obedece a que el inventario de higiene está constituido para medir insalubridad, esto es, todos sus reactivos en la lista de chequeo registran si el objeto o sujeto estaba o no sucio. Sin embargo, fuera de esto la susceptibilidad resulta ser una estimación de la madre que depende de una evaluación de su desempeño en la higiene y cuidado del niño.

3) Dos de las variables de personalidad estudiadas en la madre producen diferencias significativas en higiene: la expresividad con la pareja y el estilo de

autoridad permisiva. En todos los casos las madres con menor expresividad y estilo permisivo presentan bajos niveles de higiene. Esto se confirma en los análisis de regresión en donde, además se observa que la participación del estilo de autoridad es dos veces mayor comparado con el de expresividad con la pareja.

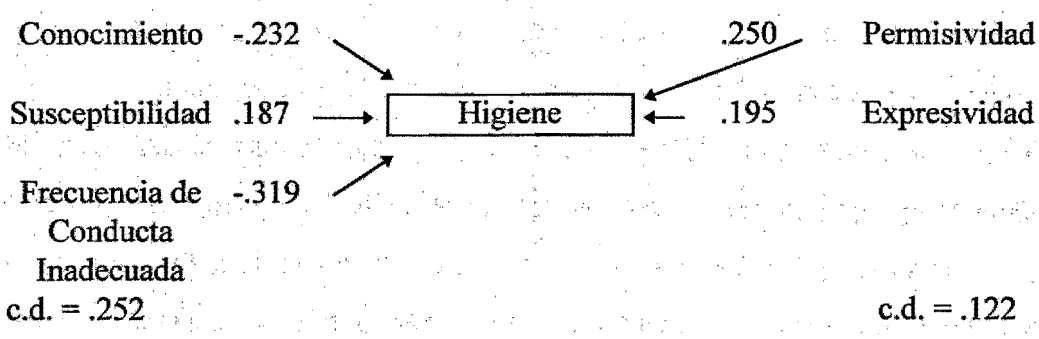
Permisividad y la subescala de expresividad del autoconcepto como pareja se comportan de la misma forma en la cual lo hacen en el modelo de desarrollo. La diferencia en los signos se debe a que el inventario de higiene está tasado en términos negativos o sea de insalubridad. Las madres poco permisivas y que se conciben como una pareja seca, agresiva, competitiva, grosera y mandona presentan los mejores puntajes de higiene del niño, la mamá y el hogar. Al igual que para desarrollo, se requiere poca permisividad sin autoritarismo como estilo de personalidad, que permea todas las prácticas enseñanza-aprendizaje del cuidado en general y que implica compartir con la comuna los objetivos de una buena crianza, que toda madre de familia en lo individual maneja como valores de obediencia y respeto.

La evidencia existente señala que las madres permisivas y con un autoconcepto como pareja muy expresivo en lo afectivo que es lo que llamamos control interno-activo tienen un cuidado y un trato con el niño que promueve la independencia y facilita el desarrollo intelectual y afectivo (Schaefer, 1991). Para niños de cero a seis años en comunidades rurales estos rasgos de personalidad no parecen ser los más apropiados, pues las madres más permisivas y poco expresivas tienen mayor cuidado de la higiene de la casa, del niño y de ellas mismas. Esto se debe a que los valores de obediencia y respeto a la autoridad contrastan en estas comunidades con los de auto-directividad e independencia (Kohn, 1969). La madre que mantiene a su niño bajo control y se dedica a las labores de limpieza y alimentación de su casa es evaluada positivamente por la comunidad, pues comparte a las reglas y normas establecidas tanto por sus antepasados como por la comunidad en general (Lucca-Irizarry, 1994).

4) A mayor condición social y educación de la madre mejores son las condiciones de higiene.

5) En resumen, en el modelo de salud para niños reportados enfermos una baja puntuación en el inventario de higiene se relaciona con una madre que conceptualiza como poco expresiva con la pareja y poco permisiva con sus hijos con una alta percepción de frecuencia de conducta inadecuada y a un buen nivel de conocimientos (ver tabla 18.3).

Tabla 18.3. Resultados del análisis de regresión para el modelo de salud en niños enfermos.



18.3.2. Grupo de Niños Sanos.

Para el grupo de niños reportados sanos se destacan las siguientes relaciones:

1) Las condiciones de higiene guardan una relación positiva con los conocimientos y la frecuencia de conducta inadecuada, tal y como se encuentra también en el grupo de niños reportados enfermos. Es valida aqui la misma suposición arriba mencionada, la cual sostiene que las madres con niveles altos de limpieza en casa, el niño y ella misma y que además tienen conocimiento acerca de las conductas y condiciones de insalubridad que hacen más probable una

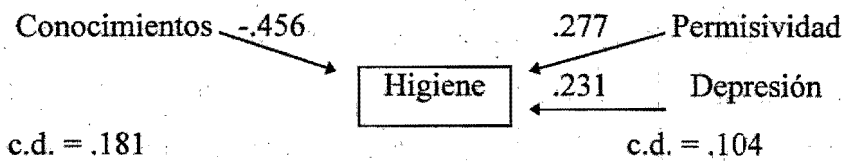
enfermedad diarréica son más sensibles a discriminar en su hijo conducta de riesgo en higiene.

2) En los niños que se reportan como sanos, la alta frecuencia percibida de conductas inadecuadas de higiene en el niño se relacionan con una percepción baja de controlabilidad sobre la posibilidad de que el niño se enferme. Esto es resultado de concebir el papel del maternaje y cuidado en términos de ordenar y limpiar el escenario y la imposibilidad de seguir los movimientos y desplazamientos del niño para evitar todo tipo de conducta de riesgo. En cambio para estimulación la conducta inadecuada es fundamentalmente referida a acciones propositivas de la madre y por lo tanto el control es dependiente de sus acciones. En higiene, la frecuencia de conducta inadecuada se refiere a acciones del niño y entonces la madre estima difícil poder controlar todos los movimientos del niño.

3) De nuevo en este grupo sólo dos de las variables de personalidad de la madre influyen significativamente en la higiene. A medida que aumenta la prevalencia del estilo permisivo y ante mayor sintomatología depresiva, la higiene es más precaria. Este último dato es comprensible, pues la relación positiva del estilo permisivo con la depresión implica el desarrollo de patrones de conducta en los cuales el niño no tiene un control específico, definido por tarea y el alcance de metas.

Resumimos en la tabla 18.4 el modelo de salud encontrado para niños sanos.

Tabla 18.4. Resultados del análisis de regresión para el modelo de salud en los niños sanos.



4) Para el grupo de niños reportados como sanos la condición social fue un factor que diferenció las puntuaciones de higiene, el promedio del grupo uno que sería el

más desventajado de los niños reportados sanos obtuvó la media más alta de higiene.

18.3.3. Alcances y Limitaciones

Se requiere en el grupo de niños reportados enfermos mejorar los niveles de conocimientos permitiendo que la madre discrimine de manera más precisa la conducta inadecuada del niño y aumentar así los niveles de higiene. A la vez, que se propone una estrategia que modifique la creencia de que si el niño es expuesto a condiciones insalubres se hace más "cuerudo" pues esto aumenta la frecuencia de conductas inadecuadas que invierten el efecto del mejoramiento de las condiciones de higiene.

La predominancia del estilo permisivo y la expresividad hacia la pareja tienen que modificarse por un estilo con mayor autoridad y una relación de mayor distancia expresiva, que parece poner a la mujer como pareja en condiciones de una mejor interacción para la toma de decisiones acerca de las prácticas educativas que se usan para promover la salud. Es posible que un nivel bajo de expresividad con la pareja implique una posición menos sumisa, pues como sabemos se relaciona con características masculinas negativas (Díaz Loving, et al., 1994).

Con base a lo anterior proponemos promover y estimular que las madres se adhieran a las condiciones de maternaje y estilos de crianza promovidos por la comunidad, como objetivo en la primera infancia, pues parece que la expresividad y el estilo permisivo implican transgredir las reglas de lo social en lo que respecta a las prácticas de crianza.

Estas recomendaciones son extensivas al grupo de niños sanos pues el modelo es muy semejante con la salvedad de la presencia significativa de la variable depresión.

18.4. Discusión sobre los Resultados del Modelo de Nutrición

Se ha encontrado (Klein, 1979) que la diversidad de la dieta se asocia al crecimiento en comunidades con desnutrición aguda y crónica, presentando un grave problema de salud, con pocas probabilidades de solución. Con un enfoque preventivo decidimos estudiar la relación de la diversidad de la dietaria y el estado nutricional en comunidades sin pobreza extrema prediciendo un comportamiento diferencial de las variables independientes para niños con y sin riesgo nutricional. Se esperaba además que la estimaciones de riesgo y rasgos de personalidad explicaran de manera independiente la diversidad de la dieta.

18.4.1 Grupo de Niños con Bajo Peso/Talla

1) En este modelo la frecuencia de conducta inadecuada se comporta de la siguiente manera: a) en la medida que aumenta la frecuencia de conducta inadecuada decrementa la diversidad dietaria. En este sentido actuan en el mismo sentido que lo hace para higiene y estimulación; b) la frecuencia de conducta inadecuada como la percepción de riesgo enfatizan reactivos vínculados al uso de alimentos "chatarra" como consecuencias a conducta adecuada y a las técnicas utilizadas por las madres para la adquisición y mantenimiento de comportamiento alimentario; c) en contraste con higiene, la diversidad de la dieta desmejora si aumenta la frecuencia de conductas de consumo y preparación que son inadecuadas, por lo cual, para este caso, es importante señalar que un bajo puntaje en frecuencia de conducta inadecuada en este modelo si bien no correlaciona con la diversidad, tiene un efecto importante en la distribución de los puntajes.
2) La percepción de riesgo explica con un coeficiente de determinación .12 la diversidad de consumo de energía reflejando que a mayor percepción de riesgo

menor diversidad de fuentes de energía. Las madres de niños de bajo peso/talla perciben como un riesgo la monotonía, pero sólo pueden utilizar las fuentes de energía a su alcance. Recordemos que ofrecer una dieta variada implica un costo económico que muchas familias no pueden sufragar, por lo cual, el riesgo percibido acerca de la monotonía de la dieta no se disipa cambiando de comportamiento, sino mejorando el acceso a los alimentos. Además y congruente con la percepción de riesgo, la diversidad en el consumo de frituras disminuye a medida que la madre percibe a su niño como más vulnerable a problemas de nutrición.

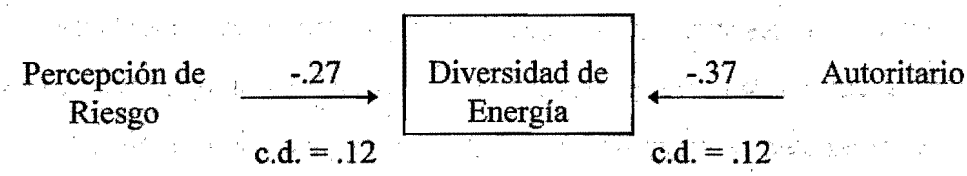
3) En cuanto a las variables de personalidad de la madre el autoritarismo y la depresión presentan efectos significativos sobre la diversidad dietaria con todas las reservas del caso, por el número de sujetos en los grupos extremos en la escala de autoritarismo, afirmamos que las madres más autoritarias ofrecen las dietas más monótonas. Esto puede deberse a que el estilo de autoridad, imposición absoluta de la madre ante los hijos, refleja una capacidad de control y un poder de desición frente a los hijos. Consecuentemente los niños evitan enfrentar problemas y consumen la dieta monótona por motivos relacionados con la evitación de castigo, olvidando las recompensas positivas o las propiedades organolépticas o nutricionales. Por otro lado, las madres con altos puntajes en la escala de depresión ofrecen gran diversidad de frituras, generalmente considerados como alimentos chatarra reflejando la apatía inherente a su estado anímico.

Para niños de bajo peso se observa que en la medida que el niño se estime como más vulnerable a problemas de nutrición, la diversidad de frituras es menor. Este hallazgo es relevante porque implica que el rasgo de autoridad es fundamental para caracterizar las madres de niños de bajo peso y en ese sentido es necesario llevar a cabo las acciones que modifiquen los estilos del ejercicio de la autoridad de la madre hacia el uso de estrategias y técnicas democráticas.

5) En esta población a mayor educación de la madre mayor diversidad en el consumo de proteína, frutas y verduras.

6) En resumen, el modelo de nutrición para niños en riesgo nutricional, en base a los datos de regresión obtenidos para la diversidad de energía, señalan al riesgo percibido hacia prácticas de alimentación del niño y el estilo sumiso de la madre como los mejores predictores (r = .24), con valores beta negativos, lo que indica que a mayor sometimiento y riesgo percibido decrementa al diversidad de fuentes de energía (ver tabla 18.5).

Tabla 18.5 Resultados del análisis de regresión para diversidad de energía en niños con bajo peso/talla.



18.4.2. Niños con Alto Peso/Talla

1) En principio destaca que las medias en puntuación tipificada para niños con alto peso/talla presentan a sus madres como más permisivas, menos autoritarias y restrictivas con una media mayor para depresión y un puntaje menor para evaluación del niño. Son más expresivas con sus parejas que aquellas con niños en riesgo de desnutrición. Además tienen menor conocimiento sobre preparación y consumo de alimentos, se sienten menos capaces de controlar y perciben a su hijo como poco susceptible de problemas nutricionales.

2) En la población de niños con alto peso/talla la diversidad en el consumo de frituras y bebidas aumenta cuando disminuyen los conocimientos y el control percibido sobre un eventual problema de nutrición y aumenta con la vulnerabilidad del niño. Esto se debe a que la susceptibilidad en nutrición tiene dos ángulos,

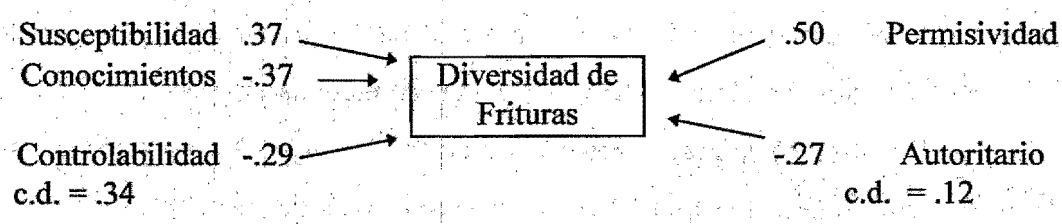
3) uno que tiene que ver con desnutrición y otro con malnutrición. Las madres evalúan como susceptible tanto al niño flaco como al gordo. Para el niño gordo la diversidad en frituras es más alta si no lo considera como vulnerable a problemas de nutrición, para el flaco hay menos diversidad de frituras si la madre lo cree vulnerable.

4) En contraste con el grupo anterior, el estilo permisivo aumenta conjuntamente con la diversidad total, vitaminas y frituras. Resultando este un estilo más favorable para un buen estado nutricional. El autoritarismo se comporta también de forma inversa a menor autoridad mejor dieta.

En general, en ambos grupos el autoritarismo como estilo de la madre parece afectar negativamente la diversidad, para el caso de frituras tal efecto beneficia la salud del niño, pero para el caso de consumo de alimentos energéticos el efecto puede ser perjudicial.

Estos datos nos llevan a corroborar que en comunidades sin pobreza extrema los problemas de peso/talla se relacionan con los conocimientos y el estilo de autoridad de las madres, más que con la condición o nivel social al cual pertenece como se presenta en la tabla 18.6.

Tabla 18.6. Resultados del análisis de regresión para diversidad de frituras en niños con alto peso/talla.



Por otro lado, los puntajes de autoritarismo se relacionan linealmente con la diversidad total en niño de bajo peso/talla y para los de alto peso/talla fue permisividad. A menor autoritarismo en el grupo de bajo peso y a mayor permisividad

en madres de niños de alto peso/talla mejora la diversidad-frituras. Así pues, las madres de niños con riesgo nutricional deberan ser entrenados en estilos y prácticas de educación alimentaria menos autoritarios, mientras a las mamás de niños gordos el entrenamiento deberá tener por objetivo decrementar los niveles de permisividad.

18.4.3. Alcances y Limitaciones

Las hipótesis postuladas fueron comprobadas y en base en los hallazgos realizamos las siguientes recomendaciones.

1) El mejoramiento de las condiciones de la diversidad dietaria en la población de niños de bajo peso/talla requiere la modificación de los estilos de autoridad frente a sus hijos y elevar el nivel de educación de las madres. Se debe entrenar a las madres con rasgos de autoridad en estrategias de control por recompensa de la conducta alimentaria. Sin embargo, el estilo permisivo resultó más favorable en niños de alto peso/talla para la diversidad en frituras, por lo que se deberá entrenar a las madres en un estilo en donde ejerza mayor autoridad. Esto redundará en la disminución de ingesta de comida "chatarra".
2) Es necesario implementar programas de educación nutricional que partan del conocimiento de los recursos alimentarios y económicos de la comunidad con el objeto de balancear y diversificar la dieta. Estos programas deberan contemplar la modificación de creencias falsas, "niño gordo igual a niño sano".
3) Este tipo de hallazgos deberan ser probados en poblaciones más amplias, pues los tamaños de los grupos limitan la generalización de los resultados.

CAPÍTULO 19. CONCLUSIONES

En general, como pudo describirse y observarse, las variables de un modelo que describa las relaciones para el cuidado del niño debe tener en consideración las siguientes premisas relacionadas con el conjunto de variables medidas en comunidades sin pobreza extrema:

Para los niños de riesgo los conomimientos acerca de la estimulación, infecciones diarréicas, (diagnóstico-prevención), alimentación (consumo-preparación) y la frecuencia de comportamiento inadecuado del niño no se correlacionan, pero como variables independientes afectan la variabiliadad de estimulación, higiene y diversidad de la dieta. Por otro lado, la expresividad afectiva con la pareja y un estilo de autoridad permisivo se relacionan negativamente con las variables resultantes del cuidado del niño.

Aunado a estas relaciones susceptibilidad es importante para higiene, controlabilidad para estimulación mientras percepción de riesgo lo es en nutrición. El estado depresivo presenta medias significativamente diferentes para la higiene total.

Para estos mismos niños de riesgo los tres indicadores de cuidado del niño presentan diferencias significativas según la condición social a la que pertenezca y el número de años cursados.

En la tabla 19.1. se presentan las relaciones significativas evaluadas presentadas en relación al cuidado del niño en el general y para cada uno de sus indicadores en particular. Este diagrama no sólo señala la dirección y el tipo de variables que conforman un modelo descriptivo para los niños con riesgo en comunidades sin pobreza extrema, sino la dirección de las acciones programáticas de intervenciñon. El sentido de las flechas sólidas nos indica la dirección del efecto esperado por la aplicación de una tecnología de intervención.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

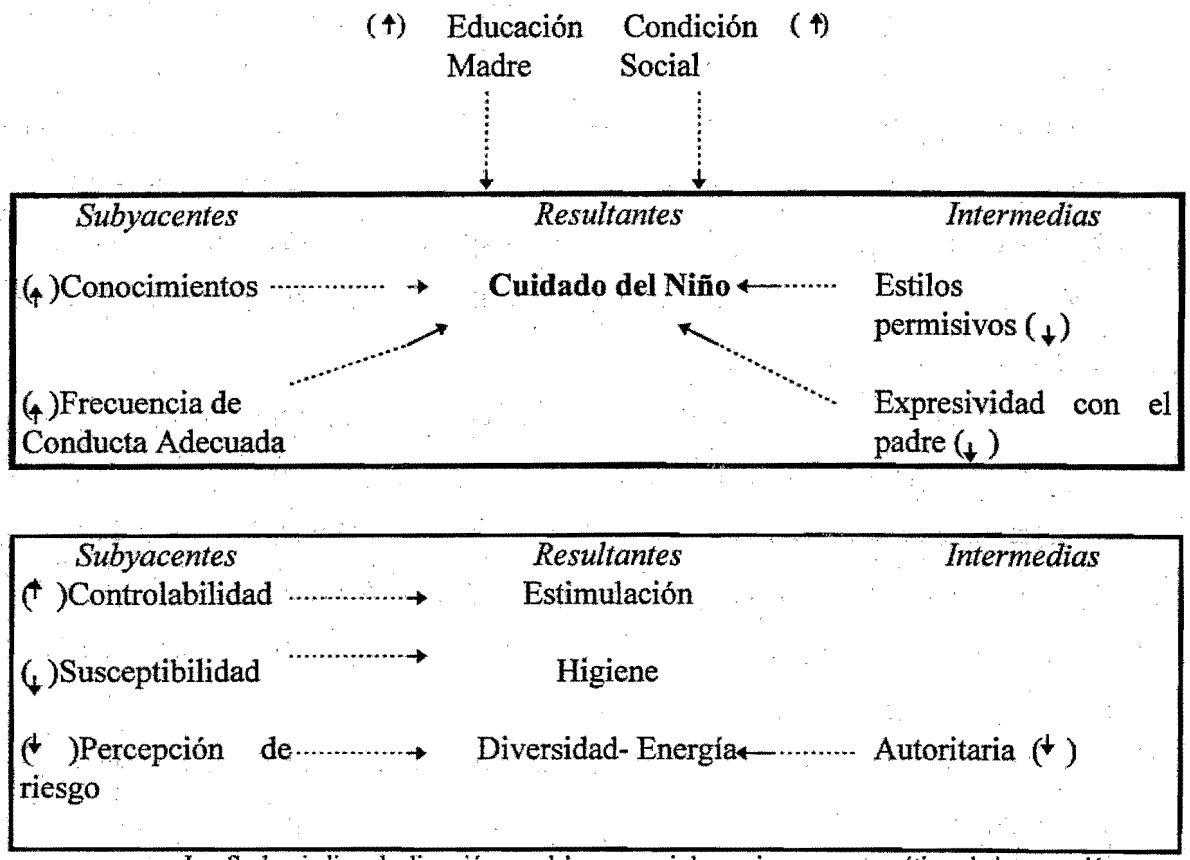
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El diagrama superior describe las variables y relaciones para el cuidado en general, o sea, variables que comparten los niños de riesgo en los tres grandes campos del cuidado. La parte inferior subraya las variables subyacentes e intermedias que son específicos a un área del cuidado, o sea, variables no compartidas.

Tabla. 19.1. Condiciones que facilitan el cuidado del niño con riesgo en la zona rural sin pobreza extrema.

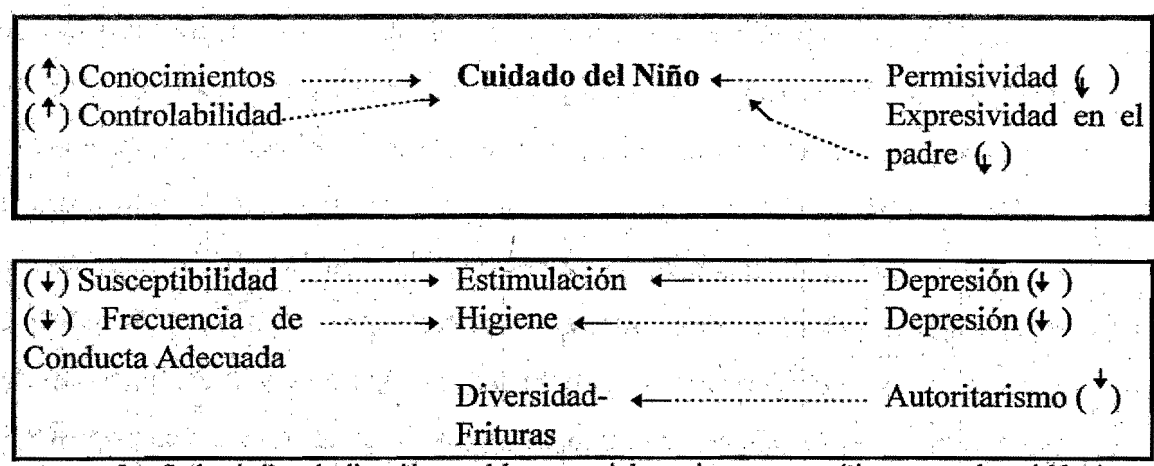


Las flechas indican la dirección que deberan seguir las acciones programáticas de intervención para cada variable ↑ = aumentar, ↓ = disminuir.

Esto quiere decir que, existen variables generales al cuidado del niño, mientras existen otras que solo explican variaciones en una variable criterio o resultante. Esto deberá ser considerado en el diseño de programas de intervención que pretendan mejorar el cuidado del niño en la zona rural.

Para los niños sin riesgo, que además pertenecen al grupo de los que se encuentran en las mejores condiciones para el desarrollo, nutrición y salud los factores involucrados son:

Tabla 19.2 Condiciones que facilitan el cuidado del niño sin riesgo en la zona rural sin pobreza extrema.



Las flechas indican la dirección que deberan seguir las acciones programáticas para cada variable ↓ = aumentar, ↑ = disminuir.

Para los niños en condiciones óptimas en desarrollo, salud y peso/talla la controlabilidad es una variable que desplaza a la frecuencia de conducta de riesgo como variable independiente. A su vez, se modifican los parámetros específicos para cada variable de cuidado, y lo más importante, no existen diferencias significativas en ellas por efectos de la condición social y la educación.

Para ambos grupos de niños si queremos promover el cuidado del niño debemos encontrar la forma de mejorar los conocimientos e incrementar la frecuencia de conducta adecuada y los niveles de control percibido por la madre y a su vez decrementar los estilos permisivos y los niveles de expresividad con el padre. Aumentar los niveles de autoridad de la madre y cambiar los niveles de expresividad puede resultar poco prudente y hasta descabellado y habrá quien lo considere inmoral y poco ético, sin embargo implica establecer una percepción de control de la madre en

pareja condiciones para un trato equitativo entre géneros. La inexpresividad como autoconcepto característico de madres, controladoras, o sea que mandan en el hogar, es una resultante de una transición en el comportamiento de la mujer en la zona rural en la búsqueda de condiciones de equidad en la pareja.

Los datos obtenidos parecen contradictorios con lo encontrado en estudios transversales y longitudinales de corte experimental en comunidades urbanas de los Estados Unidos y Europa. Los hallazgos más relevantes en la bibliografía extranjera consideran que la relación entre expresividad de la madre, que en otro lado hemos discutido su similitud con el control interno-activo (Díaz-Guerrero, 1984), aunado al estilo de autoridad democrático, promueven la autodirectividad, creatividad e independencia del niño. Estos hallazgos, no son replicados por este estudio, sin embargo, esto no implica un hecho contradictorio sino más bien complementario. La expresividad con la pareja, el estilo permisivo y un nivel anímico depresivo son características de madres que estimulan poco el desarrollo del niño y en general el cuidado del niño. Este cuidado está dirigido fundamentalmente al desarrollo emocional y afectivo del niño y de manera muy elemental al desarrollo cognoscitivo.

Dentro del espacio actual que configura la investigación sobre desarrollo infantil sobresalen el área que trata de esclarecer el vínculo entre lo biológico y lo conductual. Relacionado con esto encontramos las consecuencias conductuales de una gran variedad de riesgos prenatales y perinatales como el bajo peso al nacer (Tielkin, 1970; Lechting, Delgado Lasky, Klein et. al., 1975; Leiderman, 1975). Se encuentran también estudios sobre crecimiento físico y desarrollo mental conjuntamente con el análisis de los factores socioambientales (Chase y Martin, 1970; Klein, Irwin, et. al., 1976) que afectan la salud, nutrición y desarrollo (McCammon, 1970). Todos estos estudios en el área han estado vínculados a una propuesta científica, cuyo propósito es la explicación causal y cuantitativa de los cambios en la especialización de

repertorios, y cuyos principios se aplican a todos los niños, de todas las edades, en todos los momentos históricos, en todas partes del mundo (Lucca-Irizarry, 1994).

La estrategia de generalización de los hallazgos en estos estudios tiene una tendencia a universalizar las variables examinadas y sus cambios. Sin embargo, estos investigadores utilizan un modelo teórico que deja de lado el sustrato cultural que subyace en los valores y creencias de los padres y la comunidad, los cuales imponen criterios de selección sobre las conductas a promover y los proceso educativos para facilitarlos.

Super y Harkness (1982) consideran que las diferencias entre culturas resultan de las creencias de los adultos acerca de la naturaleza del desarrollo del niño o del mundo. Además, esta concepción difiere de comunidad a comunidad y estas creencias afectan la conducta de los padres.

Existen tres posturas teóricas en relación con esto, la de LeVine (1974) que sugiere que las prácticas de crianza reflejan los patrones de intereses para la sobrevivencia del niño. Esta teoría supone que en aquellos lugares en donde la mortalidad infantil es baja, pero los recursos de subsistencia son escasos, los padres están preocupados por la capacidad del niño para lograr de forma independiente un futuro económico. En este contexto se ha observado que la obediencia es un valor muy importante para inculcar a los niños que viven en economías agrícolas. La obediencia es un rasgo característico para la sobrevivencia económica en la zona rural una vez que el niño se transforma en adulto. En una segunda, teoría Kohn (1980) sugiere que en aquellos países en los cuales el padre tiene una ocupación de obrero, el trato con el niño subraya la conformidad con las reglas en su crianza, mientras los profesionales y supervisores moldean la iniciativa y la independencia. Se cree que esto sucede porque en profesionales y ocupaciones de gerencia media la independencia y la iniciativa juegan un papel importante, mientras en los obreros la obediencia es fundamental para su permanencia.

Finalmente, Hoffman y Hoffman (1973) desarrollaron una teoría para explicar diferencias entre culturas en la crianza con el objeto de investigar la motivación por reproducirse. En el centro de esta teoría está la idea de que el niño viene a satisfacer ciertas necesidades básicas de los padres, tales como la necesidad de amar, de estimulación y diversión o seguridad económica. Las necesidades que el niño viene a satifacer son afectadas por la estructura social y económica de una sociedad particular, así que son diferentes en diferentes grupos.

En resumen, la cultura impone sobre el desarrollo del niño, un marco particular de interpretación. Como resultado, las creencias de sentido común acerca de la naturaleza del niño permean ambos el contexto y los límites sobre el entendimiento científico. Porque los conceptos científicos no pueden derivarse inductivamente de las observaciones, porque la investigación sobre el desarrollo debe tener sentido dentro de la estructura cultural existente, la investigación no podrá dibujar algún tipo de conclusiones que vayan más allá del rango que el entendimiento de sentido común le permitan (Somedslund, 1985).

La sistematicidad, orden y objetivos que persigue la madre con sus cuidados están relacionados con procesos sociales de aculturación que promueven actitudes y atribuciones que le dan sentido y dirección a la crianza. Así pues, en las comunidades con pobreza extrema el cuidado alimentario es prioritario sobre los otros, en las comunidades sin pobreza extrema es prioritaria la salud y en aquellas de clase media la autodirectividad es fundamental.

Es importante recordar con Triandis (1994) que no sólo nuestro sentido común está influído por supuestos básicos que tienen su origen en la cultura sino también la forma en que hacemos psicología esta influenciada por la cultura. Los resultados de las investigaciones sobre desarrollo que se revisaron, son un reflejo de las concepciones occidentales sobre el individuo en comunidades individualistas verticales y por los datos obtenidos no coinciden con grupos y comunidades

colectivistas verticales (Triandis, 1994), en los cuales se vea a la familia y el grupo como la unidad básica y en este tipo de cultura el respeto por la norma y la no transgresión son más importantes para la explicación de la conducta, que las actitudes (Botempo y Rivero, 1992).

Las madres de los niños de la zona rural que tienen una pronunciada inexpresividad con la pareja son más eficaces en la estimulación y cuidado del niño porque su conducta social colectivista corresponde con las prácticas comunitarias y con los objetivos que de ella emanan y sus rasgos de expresividad les permite concebirse como controladoras en su microambiente familiar.

Las tares y obligaciones son más importantes que las ventajas o desventajas de una estrategia de cuidado. Por lo anterior, la obediencia a la norma es un objetivo fundamental del entrenamiento social del niño.

Al conceptualizarse como inexpresiva, la madre de la zona rural hace menos probable un patrón de obediencia-afiliativa lo cual puede explicar el éxito de la madre como estimuladora cuando percibe altos niveles de control sobre eventuales problemas del cuidado del niño. La inexpresividad con la pareja tiene las características de un control externo (Díaz-Guerrero, 1982) y está asociado con personalidad dependiente de campo (Witkin, Oltman, Reskin y Karp, 1971). La dependencia de campo está asociada con una percepción global de los acontecimientos concretos alrededor del cuidado. Tal vez por esto la madre percibe la dieta o la estimulación como un todo sin distinguir sus elementos, por lo que la dieta variada o la estimulación del niño no es algo fácil de conceptualizar analíticamente.

La percepción de riesgo es una estimación en las que se pide a la madre una valoración alejada de la interacción cotidiana madre-hijo, mientras susceptibilidad y controlabilidad buscan información existente en la interacción, por lo cual la madre no necesita llevar a cabo abstracción alguna, sino responder en términos de su experiencia, por lo cual, la dependencia de campo (Witkin, Oltman, Reskin y Karp,

1971) como estilo cognitivo parece relacionarse con patrones de crianza en los cuales subyacen la cooperación, la obediencia y la conformidad de los hijos hacia la autoridad de los padres, así como a las necesidades del grupo. Avila, Curiel y Díaz-Guerrero (1976) estudiando una muestra de más de mil sujetos entre 3 y 5 años de edad y en tres niveles (urbano bajo-urbano alto-rural) encontraron que entre más alta es la clase social mayor es la independencia de campo; el grupo total de niños urbanos resultó más independiente de campo que los rurales.

En resumen, podríamos suponer que en la dialéctica cultura-contracultura (Díaz-Guerrero, 1986), el efecto de confrontación que dirige el desarrollo cognitivo y de personalidad de las madres en la zona rural pueden calificarse como; confrontación obediente-afiliativa, confrontación con control externo, confrontación interdependiente, escasos recursos económicos y poca eficacia en la utilización, que aunados a la falta de información favorece un estilo de confrontación con control externo e interdependiente.

Todo lo anterior, nos exige en principio corregir algunos aspectos metodológicos que nos permitiran mejores condiciones para la toma de decisiones:

1) Analizar como percibe la madre el papel ideal de madre y su desempeño real, con el objeto de medir la convergencia y observar la relación de ideal con la exigencia de la norma social que establecen como demanda los importantes del grupo, analizando a su vez la motivación por complacer y la asociación entre los niveles de convergencia y los estilos de confrontación de las madres rurales con el objeto de conocer la determinación cultural de la adherencia al patrón de crianza.
2) Se requiere llevar a cabo un estudio para clasificar a las parejas en términos de su masculinidad-femeneidad y locus de control con el objeto de elaborar una tipologia que podamos relacionar con el manejo de variables dependientes específicas en el cuidado.

3) El instrumento para medir estilos de autoridad (Vígano y Díaz-Loving, 1990) requiere ser confrontado con instrumentos que midan los mismo para situaciones específicas y cotidianas concretas en el microambiente familiar de la zona rural, con el objeto de medir la correlación entre el estilo de autoridad como rasgo o estilo y como estado o conducta específica relacionada con las prácticas educativas.

4) Incrementar a 50 el número de sujetos por banda de edad en un nuevo levantamiento en comunidades semejantes, con el objeto de contar con mayor solidez en la toma de decisiones estadísticas. Llevar a cabo un seguimiento con las medidas que resultaron relevantes en cada una de las variables dependientes para probar la consistencia de las aseveraciones en el tiempo y obtener además la confiabilidad tes-retest de los instrumentos utilizados.

5) Estudiar la influencia del niño sobre los padres, rebasando la posición adulto céntrica, midiendo en el niño autoconcepto y su estilo de comportamiento frente a la madre, con el objeto de conocer el papel que juegan las características del niño en la determinación de un tipo de práctica educativa y de que manera el estilo de comportamiento de la madre se relaciona con la conducta del niño.

CAPÍTULO 20. CONSIDERACIONES PROGRAMÁTICAS DE INTERVENCIÓN

20.1 Introducción

El estudio del cuidado del niño como un evento integral requiere una interpretación multideterminada, no sólo por factores psicológicos, sino también por los de salud y nutrición. Un enfoque de este tipo nos impone la búsqueda de modelos e información que hayan considerado a todos los elementos en el diseño de investigación. La búsqueda bibliográfica nos indica, que los investigadores con esta visión han partido del supuesto de que la nutrición y salud afectan la maduración del sistema nervioso central, retardando así la adquisición de habilidades y conductas ajustivas complejas en un contexto de pobreza extrema, que permea y reproduce estas condiciones a través de su efecto sobre la madre. La responsable del cuidado con su poca educación y los valores que la cultura comunitaria le impone acerca de los objetivos de la crianza contribuye de igual manera al retardo en el crecimiento y el desarrollo (Chávez, Martínez y Yaschine, 1975; Cravioto y Arrieta, 1986; Galler y Ramsey, 1985).

En estos modelos la variable dependiente es la velocidad del crecimiento y el estado de desarrollo y las explicaciones tienen como eje la nutrición, la salud, las condiciones socioeconómicas y la interacción madre-hijo. Además estos estudios implican un diseño comparativo y retrospectivo entre poblaciones diferenciadas por las variables dependientes.

Siguiendo esta tradición de investigación del microambiente familiar con y sin niños en riesgo en el desarrolo y crecimiento, se plantea el estudio de comunidades en las cuales la desnutrición leve y moderada sean las más frecuentes, por lo cual, las comunidades tienen un nivel de pobreza no extrema. En estas condiciones, el poder

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

explicativo de las variables socioeconómicas será menor y tendremos que enfatizar variables relacionadas con los estilos de personalidad y estimaciones de riesgo de las madres que se encuentran más relacionadas con la cultura y la educación, que con los procesos de producción de alimentos e infraestructura sanitaria y de vivienda.

Se requirió considerar las variables utilizadas en los estudios en comunidades con pobreza extrema donde la desnutrición es endémica e incluir algunas que la bibliografía señalaba como importantes para explicar el crecimiento y desarrollo (Schaefer, Edgarton y Hunter, 1983; Tiffany, 1992; Super y Harkness, 1982).

Se necesito elaborar un modelo que describiera las relaciones entre variables predictivas y criterio, que permitiera ordenar las hipótesis a probar y a su vez definir y seleccionar los aspectos que se midieran. Este modelo partió de las suposiciones de Bronferbrener (1979) en términos de los subsistemas que define como micro, exo, meso y macro. Para el estudio del microambiente se eligieron indicadores de observación directa a través de lista de chequeo e inventarios para medir estimulación, higiene y diversidad de la dieta. El exosistema fue definido por las variables que llamamos intermedias, que si bien, no corresponden a un registro directo de las influencias externas sobre la interacción madre-hijo, los rasgos de personalidad son producto de los procesos de socialización y de interacción entre la pareja y la comunidad. Finalmente, el mesosistema fue estudiado con indicadores de conocimientos y estimaciones de riesgo, cristalizando las creencias y valores que la cultura comunitaria tiene acerca del cuidado del niño.

A partir de los modelos encontrados para niños con y sin riesgo (ver figuras 19.1 y 19.2) se requiere reflexionar acerca de las acciones programáticas de intervención que podrían resultar benéficos para facilitar el cuidado del niño en poblaciones de nuestro país que tengan las características definidas para una comunidad sin pobreza extrema.

20.2. Acciones Programáticas de Intervención

En este momento conocemos la tendencia que debemos esperar de nuestras variables comportamentales para producir un efecto positivo en el cuidado del niño.

En un primer momento nuestra investigación futura deberá considerar la evaluación del modelo en otras comunidades sin pobreza extrema de la región con el objeto de evaluar su generalidad, después de esto, se tendrá que llevar a cabo un trabajo de investigación para definir como conductas, los comportamientos relacionados con los constructos. Lo anterior se refiere a un proceso de validación correlativa con observables y de validación predictiva con las variables dependientes del estudio.

El modelo teórico propuesto (ver figuras 19.1 y 19.2) sustenta, primero la idea de que la salud, nutrición y los procesos de interacción psicosocial afectan la sobrevivencia y el desarrollo del niño en los primeros años de vida; el resultado de estas interacciones condiciona el nivel con el que el niño ingresa a la escuela y a su vez influencia la oportunidad que tiene el niño de permanencia y de éxito dentro de la misma. Berg (1981) subraya que en algunos países de Latinoamérica los niños pierden más o menos una tercera parte de los días considerados dentro de un año escolar por enfermedades y problemas de salud. El resultado de esto es repetir el año escolar o permanecer con muy bajos niveles de aprovechamiento. El niño con una historia de enfermedad ya sea de infecciones respiratorias o diarréicas, no está preparado para la escuela y subsecuentemente sus avances y ejecución escolar están en riesgo.

Este modelo integral facilitador del desarrollo infantil (ver figuras 19.1 y 19.2) sustenta también que las infecciones crónicas afectan el estado nutricional y éste a su vez los niveles de actividad. Como todos sabemos los niños malnutridos ya sea por deficiencia protéico-calórica, vitamínica o deficiencia de minerales, son menos

activos y menos capaces para concentrarse en actividades de aprendizaje, están menos interesados en el ambiente que les rodea y son menos demandantes de estimulación que aquellos niños que están bien nutridos (Pollit y Thompson, 1977; Chávez, 1974).

Como ya explicamos las suposiciones teóricas del modelo integral facilitador y su representación símbolica describiremos cómo las suposiciones y abstracciones se consolidan en un programa de intervención y análisis a través de un sistema de intervención comunitaria en salud pública.

Los sistemas de evaluación y monitoreo de los programas serán en dos niveles; un nivel de análisis de las macro variables socioculturales, constituído por las medidas de seguimiento longitudinal, y un nivel micro o específico para el nivel individual para el monitoreo del aprendizaje intragrupo y evaluación de la eficiencia del programa.

De los resultados del modelo integral para facilitar el desarrollo del niño de cero a seis años en zonas rurales sin desnutrición endémica, podemos derivar como programas prioritarios; la educación para la salud-nutrición y servicios con atención al desarrollo bajo el rubro de entrenamiento de habilidades para el cuidado del niño. El diseño de evaluación del sistema de intervención requerirá de un estudio comparativo entre un grupo control y uno experimental a través de un análisis transversal del estado dietario-nutricional, morbi-mortalidad, socio-antropológicas, estimulación del niño en el hogar, calidad de las interacciones familiares y desarrollo de la conducta individual.

Las investigaciones subsecuentes permitiran observar la forma en que diferentes variables de la familia se asocian al estado salud-nutrición y desarrollo del niño y la manera en que variables genéricas de la comunidad permiten la repetición y perpetuación de ineficientes prácticas y hábitos de higiene, alimentación, estimulación y cuidado del niño.

Los datos obtenidos sobre la monotonía de la dieta, estado higiénico de alimentos, enseres y ambientes, y la morbilidad por diarreas, justifican la propuesta de un programa de educación nutricional con algunos proyectos, posiblemente como esenciales se encontraran los siguientes: monitoreo del crecimiento y preparación y consumo de alimentos. La participación continua de la comunidad en la definición y análisis de los objetivos de los programas, lo mismo que el uso de técnicas de educación programada ramificada para la capacitación de maestros, comités de salud y personal local de salud, posiblemente cambiará significativamente el consumo de frutas y verduras. Con el uso de sistemas de enseñanza y recolección de datos de tipo participativo y comunitario se podrán establecer las formas de conducta adecuada hacia la salud con sistemas de contingencias inmediatas y perdurables, esto traerá sus consecuencias sobre el número de niños con desnutrición leve y el número de niños con problemas de lenguaje y socialización.

El programa de intervención debe incluir el manejo de un bloque de educación para la salud cuando menos de tres programas; diarreas y rehidratación oral, infecciones respiratorias agudas y la atención materno infantil.

Se espera un buen manejo en habilidades diagnósticas y de prevención de infecciones respiratorias agudas en amas de casa formadas como promotoras en un sistema escolarizado con programación lineal. Esto disminuirá la morbilidad por estas enfermedades y posiblemente sea otro factor que mejorará el peso y la talla del niño.

Un tercer bloque de intervención será dirigido a la educación a madres con tres programas escolarizaos en una modalidad conductual con enseñanza dinámica: estimulación temprana, prácticas de educación y estilos de autoridad y comunicación con la pareja.

Finalmente, un componente de educación a padres y maestros, redonderará vía prevención, los esfuerzos de este programa integral, a través de la capacitación de

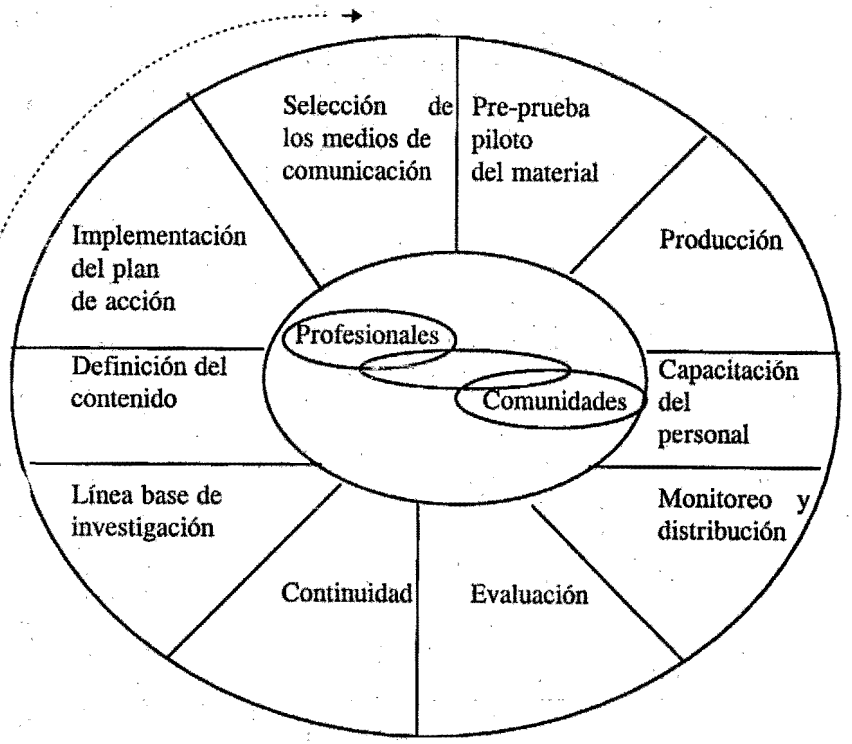
maestros en el manejo del niño en la escuela y del padre para estimular el desarrollo en casa y comunicación con la pareja.

La definición, programación y evaluación de objetivos se llevará a cabo como se describe en la figura 20.1 considerando siempre las características culturales y sociales de la comunidad y manteniendo en la medida de lo posible el rigor metodológico en cuanto a la medición, selección y modificación del comportamiento.

Como se puede apreciar en la figura 20.1 una vez que los constructos están definidos en términos de conducta lo que tenemos es un listado de problemas, a partir del cual debemos seleccionar aquellos que se consideren prioritarios, no sólo por el efecto sobre la salud o el comportamiento de los individuos, sino también por la forma en que están encadenados con otras variables contenidas en el modelo. Para esto debe considerarse una validación social que viene asociada a las necesidades actuales y futuras de la comunidad y una validación cultural que tiene que ver con una definición operacional del problema. Después de esto, se tiene una lista de conductas objetivo que cumplen con las siguientes características: deben ser más o menos fáciles de modificar, observables, cuantificables, estar presentes en la mayoría de la población, y que el cambio en estos comportamientos afecte significativamente el desarrollo del niño. A continuación, una auscultación comunitaria define las técnicas instruccionales más adecuadas para enseñar lo que se pretenda que los sujetos aprendan y finalmente las características de la estrategia operativa de intervención y multiplicar el programa a otras comunidades con una buena calidad de los materiales y de los sistemas. El proceso anterior requiere de una evaluación experimental inicial que se lleva a cabo en pequeños grupos o en un número reducido de personas y cuyo objetivo es evaluar el sistema instruccional y llevar a cabo los cambios y correcciones necesarias antes de una proyección masiva del programa educativo. Dicho de otra manera la figura 20.1 describe los diferentes momentos para la definición, programación y evaluación de objetivos en los trabajos de educación comunitaria

Figura 20.1. Definición, programación y evaluación de objetivos para el trabajo comunitario.

Momentos	Actividades
Diagnóstico (listado de problemas)	a) Selección de comunidad b) Selección de herramientas c) Selección de equipo de trabajo
Necesidades Básicas (Selección de problemas)	a) Validación de contenido b) Validación social c) Validación cultural.
Conductas Problemas (Lista de conductas)	a) Fácil de modificar b) Observable c) Cuantificable d) Este presente en la mayoría de la población e) Afecte significativamente el desarrollo del niño.
Auscultación Comunitaria (selección de técnicas instruccionales)	a) Investigar sistema instruccional b) Investigar técnica instruccional c) Secuenciación de objetivos d) Definición de unidades
Programas de Intervención	a) Tamizaje de población b) Características del usuario c) Sistema de distribución de materiales y clases d) Estrategia de cobertura e) Estrategia de calidad
Evaluación Inicial	a) Determinación de cambios y ajustes a programas b) Cambios a la secuencia de estrategias

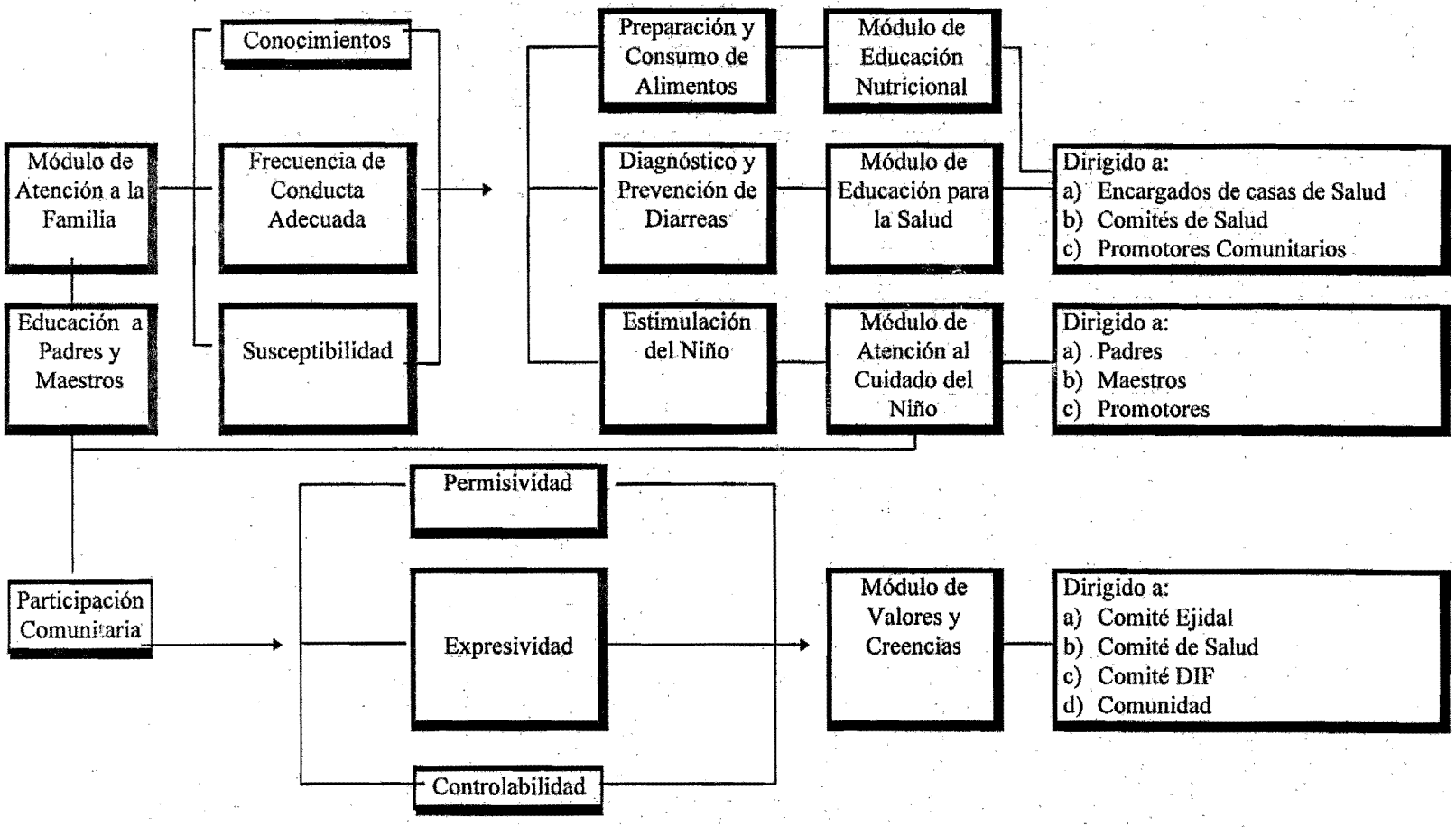


y podríamos dividirlo en dos partes: la parte derecha que describe el proceso de evaluación de los materiales en situaciones restringidas y experimentales y la parte izquierda en donde se describen los diferentes momentos para la definición y evaluación de contenidos dirigidos a la comunidad de manera masiva.

De esta forma los cuatro programas de investigación propuestos anteriormente llevarán a cabo bajo un proceso como el que se presenta en la figura 20.2. Es así como al término del trabajo de investigación en comunidad se contaría con el diseño y evaluación de cuatro módulos, derivados como una síntesis de los doce proyectos de investigación a saber: módulo *educación nutricional*; módulo de *educación para la salud*; módulo de *atención al cuidado del niño*; y módulo de *valores y creencias sobre la crianza*. Como lo explica la figura 20.2 el sistema de ajuste e identificación con la comunidad se llevará a cabo en un módulo de *atención a la familia* en la zona rural y a partir de esta primera actividad se desglosaran una serie de actividades que comprenderan fundamentalmente la participación comunitaria y la organización de operativos repetidos en el tiempo y organizados conjuntamente con las comunidades con el fin de cuidar el crecimiento y desarrollo del niño.

De esta forma, integrando la experiencia de los tres proyectos de investigación educativa para la salud se iniciará con el diseño y evaluación de un sistema de enseñanza y capacitación a los comités de salud que adicionado a las acciones normativas de la Secretaría de Salud, optimizaran el esfuerzo de los comités de salud comunitarios. Los tres proyectos de investigación propuestos para educación a padres y madres cristalizaran en un sitema de educación continua a través de enseñanza programada ramificada dirigido a manejo del niño e interacciones con la pareja. Todas estas acciones deberan retroalimentar a los tres modelos propuestos pues estos son los elementos fundamentales sobre el cual se estructuran los sistemas de transferencia producción y ajuste de la estrategia a otras poblaciones.

Figura 20.2. Secuenciación de Actividades en Comunidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abidin, R.R. (1992) Manual del índice de estrés parental. Universidad Autónoma de México. Ayala, H. y Gutiérrez, M. (traductores). *Documento Inédito.*

Agenda Estadística del Estado de Sonora (1986) Secretaría de Planeación y Desarrollo. Gobierno del Estado de Sonora.

Alwin, D.F. (1984) Trends in parental socialization values. *American Journal of Sociology*, Vol. 90, pp. 359-382

Allen, L.H., Backstrand, J.R., Chávez, A. & Pelto, G.H. (1992) *People cannot live by tortillas alone: the Results of the Mexico Nutrition CRSP.* Final Report to the US Agency for International Development.

Aneshensel, C. & Stone, J. (1982) Stress and depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* Vol. 39, pp. 1392-1396.

Atkin, L.C. (1989) Análisis de los instrumentos utilizados en América Latina relacionados con el desarrollo psicosocial de los niños menores de seis años. *Coordinator's Notebook, Consultive Group on Early Childhood Care Development.* Julio, No. 5.

Atkin, L.C., Supervielle, T., Sawyer, R. & Cantón, P. (1987) *Paso a paso: como evaluar el Desarrollo y Crecimiento de los Niños.* UNICEF/PAX. México.

Avila-Curiel, M.A. & Díaz-Guerrero, R. (1976) Estilo cognoscitivo-perceptual en el preescolar mexicano: un estudio comparativo. *Revista Interamericana de Psicología.* Vol. 10, pp. 3-4.

Ajzen, .I. & Madden, T.J. (1986) Predicting of goal-directed behavior. *Journal Exp. Social Psych.* Vol. 22, pp. 453-479.

Azjen, I. (1985) From intentions to actions: A theory of planned behavior. *In Action Control: From Cognition. to Behavior.* Edited by Kuhl J. and Beckmann, J.) pp.11-39. Springer Heidelberg.

Baldwin, A. L. (1949) The effect of home environment on nursery school behavior. *Child Development.* Vol. 20, pp. 49-61.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Baltes, P. B. & Nesselroade, J.R. (1973) The developmental analysis of individual differences on multiple measures. En Nessel, J.R., Resses, H.W. (Eds.) *Life span developmental psychology: methodological Issues*. New York, Academic, Press.

Bandura, A.(1977) *Social Learning Theory*. New Jersey, Prentice-Hall. Cap.4, pp. 128-150.

Beaton, G.H., Milner, J., Carey, P., Mc Guire, V., Counsis, M., & et al. (1979) Sources of variance in 24 hour dietary recall data: implications for nutrition study design and interpretation. *The American Journal of Clinical Nutrition.* Vol. 32, pp. 2546-2559.

Becker, M., (1974) The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs.* Vol. 2 No. 4, 409-419.

Beck, A. T. & Beamesderfer, A., (1974) Assessment of Depression: the depression inventory. In P. Pichot (Eds.) *Psychological Measurements in Psychopharmacology. Moderm Problems in Pharmacopsychiatry.* pp. 151-169. Basel, Switzerland: S. Karger.

Belmont, L., & Morolla, F.A., (1973) Birth order, family size, and intelligence. *Science.* Vol.182, pp. 1096-1101.

Berg, A. (1981) *Malnourish People. A Policy View.* Washington. The World Bank.

Bennett, L, (1988) The role of women in income production and intra-household allocation of resources as a determinant of child nutrition and health. *Food and Nutrition Bulletin.* Vol. 10, No. 3, 16-26.

Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Friedman, L., Arthur, J., & Osteen, V. (1985) Problem solving interactions of depressed mothers and their spouses. *Behavior Therapy.* Vol.16, pp. 143-451.

Billings, A.G. & Moos, R.H. (1983) Comparisons of children of depressed and non depressed parent: a social-environmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology.* Vol. 11, pp. 463-486.

Black, R.E., Brown, K.H., Becker, S., Abdul Alim, ARM., & Merson, M.N. (1982) Contamination of weaning foods and transmission of enterotoxigenic escherichia coli diarrhoea in children in rural Bangladesh. *Trans R. Soc. Trop. Med. Hyg.* Vol. 73, pp. 259-64.

Block, G. (1989) Human dietary assessment: methods and issues. *Preventive Medicine.* Vol. 18, pp. 653-660.

Block, G., Hartman, A.M., Dresser, C.M., Caroll, M.D., Gannon, J., & Gardner, L. (1986) A data-based approach to diet questionnaire design and testing. *American Journal of Epidemiology.* Vol. 124, 453-469.

Bontempo, R., & Rivero, J.C. (1992) Cultural variation in cognition. The role of self-concept in the acttitude behavior link. Presentado en la reunión de la *American Academy of Management.* Las Vegas, Nevada. Aug.

Bornstein, M.H., Tamis-LeMonda, C.S., Tal, J., Ludemann, P., Toda, S., Rahn, C.W., Pecheux, M.G., Azuma, H. & Vardi, D., (1992) Maternal responsiveness to infant in three societies: The United States, France and Japan. *Child Development.* Vol. 63, pp. 808-821.

Brofenbrenner, U., (1979) *The Ecology of Human Development.* Cambridge, Mass: Harvard, University Press.

Brown, R.E. (1965) Decreased brain weight in malnutrition and to implications. *East African Medecine Journal.* Vol. 11, pp. 584.

Brazelton, T. B. & Cramer, B.G. (1990) *The Earliest Relationship.* Reading MA: Addison-Wesley.

Budd, R.J., & Spencer, C.P. (1985) Exploring the role of personal normative belief in the Theory of Reasoned Action: the problem of discriminating between alternative path models. *European Journal of Social Psychology.* Vol. 15, pp. 299-313.

Cabak, V. & Najdanvic, R. (1965) Effects of under nutrition in early life in physical and mental development. *Archives Dis. Child.* Vol. 40. pp. 532.

Caldwell, B., & Bradley, R. (1968) *Home Observations for Measurement Observations in Families of Infant, Toddlers and Preescholars.* USA the University of Arkansas at Little Rock.

Camberos, M., Genesta, M.A.. & Huesca, L. (1994) La pobreza en Sonora: los límites a la modernización. *Revista de Estudios Sociales.* Vol. 5 No. 9 Enero-Junio.

Champakam, S., Srikantia, S. G. & Gopalan, C., (1968) Kwashiorkor and mental development. *American Journal Clinical Nutrition.* Vol. 21, pp. 844.

Cervera-Montejano, M.A. (1994) Caretaken-infant interaction and nutrition among yucatec mayan children: an intervention study. *Doctoral Dissertation.* Boston University School of Medicine. Manuscript no published.

Chase, H. P., & Martin, H. P. (1970) Undernutrition and child development. *New England Journal of Medicine* Vol. 282, pp. 933-939.

Chávez, A. (1974) Algunos aspectos ecológicos de la desnutrición. *Gac. Med. México.* Vol. 107 pp. 274-280.

Chávez, A., Martínez, C. & Yaschine, T. (1975) Nutrition, behavioral development and mother-child interaction in young rural children. *Federal Proc.* Vol. 34, pp. 1574.

Chávez, A., & Martínez, C., (1982) *Growing up in a Developing Community.* México: Nueva Editorial Interamericana.

Clarke-Stewart, K.A. (1973) Interaction between mothers and their young children: characteristics and consequences. *Monographs of the Society for Research in Child Development.* Vol. 38, No.153.

Clausen, J.A., (1966) Family structure, socialization and personality. In L.W. Hoffman & M.L. Hoffman (Eds.) *Review of Child Development Research.* University of Chicago Press.

Coles, R.. (1976) *Children of Crisis: a Study of Courage and Fear.* Boston: Little y Brown.

Coll, C., Hoffman, J. & Oh, W. (1986) Maternal and environmental affeting developmental outcome of infants of adolescent mothers. *Developmental and Behavioral Pediatrics.* Vol. 7, No. 4, 230-236.

Colleta, N.D. (1983) At risk for depression: a study of young mothers. *Journal of Genetic Psychology.* Vol.142, pp. 301-310.

Conrad, M., & Hammen, C. (1988) Role of maternal depression in perceptions of child maladjustmen. *Journal of Consultive and Clinical Psychology*. Vol. 57, No. 5, 663-667.

Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F. (1987) *Ajuste con Rostro Humano: Protección de los Grupos Vulnerables y Promoción del Crecimiento.* Madrid, España. Siglo XXI Editores.

Cottrell, L.S. (1969) Interpersonal interaction and the development of the self. En Goslin, D.A. *Handbook of Socialization Theory and Research.* Chicago: Rand McNally. pp. 543-570.

Coyne, J.C. (1990) Interpersonal processes in depression. En Keitner, G., Y. (Eds.) *Depression and families* Washington, D.C. American Psychiatric Press. pp. 31-54.

Craig, T. J. & Van Natta, P. A. (1979) Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms. *Archs. Gen. Psychiat.* Vol.36, pp. 149-154.

Cravioto, J. & Arrieta, (1986) *Nutrición, Desarrollo Mental, Conducta y Aprendizaje.* México, DIF-UNICEF.

Cravioto, J., Birch, H.G., & Delicardie, E.R. (1967) Influencia de la desnutrición en la capacidad de aprendizaje del niño escolar. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México.* Vol. 24, pp. 217.

Cravioto, J., Cravioto, P. & Bravo, J. (1988) Ecología del crecimiento físico, desarrollo mental, conducta y aprendizaje en un escenario rural del Centro de México. *Seminario Internacional de Intervención Comunitaria en Salud Pública.* Octubre. México. D.F.

Cravioto, J., Delicardie, E.R. & Birch, H.G. (1966) Nutrition growth and neurointegrative development: an experimental ecological study. *Pediatrics.* Vol. 3, pp. 217.

Cravioto, J., & Delicardie, E.R. (1971) Desnutrición en la infancia y nivel intelectual. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Vol. 28, pp. 663.

Cravioto, J. & Delicardie, E. (1975) Mother-infant relationship prior to the development of clinically severe malnutrition in the child. In. P.L. White & N. Selvey (Eds.) *Proceedings of the Western Hemisphere Nutrition Congress IV.* Acton, MA: Publishing Sciences Group. pp. 126-137.

Cravioto, J. & Delicardie, E. (1976) Microenvironmental factors in severe protein-energy malnutrition. In N.S. Scrimschaw & M. Béhar (Eds.) *Nutrition and Agricultural Development: Significance and Potential for the Tropics.* New York: Plenum Press. pp. 25-35.

Cravioto, J. & Robles, B. (1965) Evolution of adaptive and motor behavior during rehabilitation from kwashiorkor. *American Journal Orthopsychiatrics.* Vol. 35, pp. 449.

Díaz-Guerrero, R. (1979) Origines de la personalite humaine et des systémes sociaux. *Revue de Psychologie Appliquee.* Vol. 29, 139-52.

Díaz-Guerrero, R. (1982) *Psicología del Mexicano.* Trillas, México.

Díaz-Guerreo, R. & Díaz-Loving, R.(1991) *Introducción a la Psicología: un enfoque sistémico.* México, Trillas.

Dobbing, J. (1972) Vulnerable period of brain development en Elliott, K. & Knight, J. (Eds.) *Lipids, malnutrition and the developing brain, Ciba Fundation Symposium.* Elsevier Amsterdam.pp. 9-29.

Dobbing, J. & Smart, J.L. (1973) Early Undernutrition, brain development and behavior. In Barnett S.A. (Eds.). *Ethology and Development.* Spastics Into. Medical. Publ. with Heinmann Med. Books, London. pp. 16-36.

Dopeshwarkar, A.G. (1983) *Nutrition and Brain Development.* Plenum, Press, New York. Cap. 6.

Douglas, J.W.B., (1964) *The Home and the School.* London, Macgibbon & Kee.

Dumas, J.E., Serketich, W.J. (1994) Maternal depressive symptmatology and child maladjustment: a comparison of three process model. *Behavior Therapy.* Vol. 25, pp. 161-181.

Downey, G. & Coyne, J. (1990) Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin.* Vol.108, No. 1, 50-76.

Ermerich, W. (1964) Continuity and stability in early social development. *Child Development.* Vol. 35, pp. 311-332.

Etxeberria, J., Joaristi, L. & Lizasoain, L. (1990) *Programación y Análisis Estadísticos Básicos con SPSS/PC+.* Ed. Paraninfo, Madrid.

Eveleth, P.B. & Tanner, J.M. (1976) *World wide Variation in Human Growth.* Cambridge: Cambridge University Press.

Fishbein, M. (1990) Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad.* Vol. 6, 1.

Fishbein, M. & Ajzen I. (1975) *Beliefs, Attitudes Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research.* Addison-Werlay Reading M.A.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.* Englewood Cliffs. N.J. Prentice Hall Inc.

Fleming, A., Klein, E. & Corter, C. (1992) The effecs of a Social support group on Depression, Maternal Attitudes and Behavior in new Mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* Vol. 33, No.4, 685-698.

Fomon, S. (1976) *Nutrición Infantil.* México, Ed. Interamericana. Segunda edición.

Frankenburg, W.K. & Doods, J.B. (1967) Denver Development Screening Test. *The Journal of Pediatrics.* Vol. 71, No. 2, 181-91.

Galler, J.R., Ricciuti, H.N., Crawford, M.A. & Kuchrski, L.T. (1984) The role of mother-infant interaction in nutritional disorders. In J.R. Galler (Eds.), *Nutrition and Behavior.* New York: Plenum Press. pp. 269-304.

Galler, J.R. & Ramsey, F. (1985) The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development. VI The role of the micro enviroment of the household. *Nutrition and Behavior.* Vol. 2, pp. 161-173.

Gardner, F. E. (1992) Parent-Child Interaction and Conduct Disorder.*Educational Psychology Review.* Vol. 4, No.2, 135-163.

Gelfand-Donna, M. & Teti-Douglas, M. (1990) The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review.* Vol.10, No.3, 329-353.

Gergen, K., S, Gloger-Tippelt, G. & Berkowitz, P. (1990) The cultural construction of the developing child. En Semin, R.G. y Gergen, J.K. (Eds.) *Everyday Understanding: Social and Scientific Implications.* Londres, Sage Publications. pp. 108-129.

Giraldi, C., & Díaz-Loving, R. (1990) Escala de atribución de control para adolescentes mexicanos. *Revista Sonorense de Psicología.* Vol. 4, No. 1, 40-59.

Goldstein, H. (1971) Factors influencing the heigth of seven year old children results from the national child development study. *Human Biology.* Vol. 43, No.1, 92-111.

Gómez, F., Ramós-Galván, R., Frenk, S., Cravioto-Muñoz, J., Chávez, R. & Vázquez, J. (1956) Mortality in second and third degrees malnutrition. *J. Tropical Pediatrics.* Vol. 2, pp. 77-83.

Gordon, H., & Levine, S.Z., (1944) The metabolic basis for the individualized feeding of infants, premature and full-term. *Journal Pediatrics.* Vol. 25, pp. 464.

Graves, P.L. (1976) Nutrition, infant behavior and maternal characteristics: a pilot study in West Bengal, India. *American Journal of Clinical Nutrition.* Vol. 29, pp. 305-319.

Habitch, J.P., Martorell, R., Yarbrough, c., Malina, R.M. & Klein, R.E. (1974) Height and weight standartds for preeschool children: how relevant are ethnic differences in growth potential. *Lancet* Vol.1, pp. 611-615.

Habitch, J.P.(1974) Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre terreno. *Boletín de la Oficina Secretaria Panamericana.* Vol. 76, No.5.

Hertzig, M..E., Birch, S.A., Richardson, S.A. & Tizard, J. (1972) Intellectual levels of school children severely malnourished during the first two years of life. *Pediatrics.* Vol. 49, pp.814.

Hoffman, L.W. (1988) Cross-cultural differences in chil rearing goals. En Levine, R.A., Miller, P.M. & West, M.M. (Eds.) *Parental Behavior in Diverse Societies. New Direction for Child Development.* No. 40. San Francisco, Jossey-Bass. pp. 99-122.

Hoffman, L. W. & Hoffman, M.L. (1973) The value children to parents. In J.T. Fawcett . *Pschological Perspectives on Fertility.* New York: Basic Books.

Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L. & Osteen, V. (1987) *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Vol. 55, No. 3, 341-346.

INEGI (1990) Resultados Preliminares del XI Censo General de Población y Vivienda.

Instituto de Investigación y Estudios Superiores del Noroeste A.C. (IIESNO) (1980) *Estudio nutricional en la zona serrana del Estado de Sonora. Reporte Técnico.* Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. Hermosillo, Sonora.

Instituto de Investigación y Estudios Superiores del Noroeste A.C. (IIESNO) (1981) *Estudio Nutricional en Centros Urbanos Marginados de Sonora. Reporte Técnico.* Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. Hermosillo, Sonora.

Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984) The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly.* Vol. 11, pp. 1-47.

Kagan, J. (1971) *Change and continuity in infancy.* New York: Wiley.

Kagan, J. (1981) Universal human development. In R.H. Munroe y B.B. Whiting (Eds.) *Handbook of Cross Cultural Development.*. New York: Garland. pp. 53-62

Kagan, J.& Klein, R.E. (1973) Cross-cultural perspectives on early development. *American Psychologist.* Vol. 28, pp. 947-961.

Kanawati & McLaren, (1970) Assessment of marginal malnutrition. *Nature.* Vol. 228, pp. 573-575.

Karvetti, R.L. & Knuts, L.R. (1985) Validity of the 24 hour dietaryrecall. *Journal of the American Dietetic Association.* Vol. 85, No. 11, 1437-1442.

Kellam, S.G., Ensminger, M.E. & Turner, J. (1977) Family structure and the mental health of children. *Archives of General Psychiatry.* Vol. 34, pp. 1012-1022.

Kessen, W. (1979) The American child and other cultural inventions.*American Pschologist.* Vol. 34, pp. 815-20.

Kirskey, A., Harrison, G.G., Galal, O.M., McCabe, G. P., Wachs, T.D. & Rahmanifar, A. (1992) *The human cost of moderate malnutrition in an Egyptian Village.* Final Report to the US Agency for International Development.

Klein, R., (1979) Malnutrition and human behavior: backward glance on going longitudinal study. *In Malnutrition environment and behavior.* Levitsky, D., (De.) Ithaca N.Y. Cornell, University Press. pp. 219-237.

Klein, R., Freeman, H., Kagan, J., Yarbrough, C. & Habitch, J.P. (1972) Is big smart? The relation of growth to cognition. *J. Health Behavior.* Vol.13, pp. 219-225.

Klein, R. E., Irwin, M.H., Engle, P. L., & Yarbrough, C. (1976) Malnutrition and mental development in rural Guatemala: An applied cross-cultural research study. In N. Warren (Eds.) *Advances in Cross-Cultural Psychology.* New York: Academic Press.

Klein, R. E., Lester, B M., Yarbrough, C. & Habitch, J.P. (1972) On malnutrition and development: some preliminary findings. *Procedings IX International Congress of Nutrition.* México.

Keinbaum, G.D. y Kupper, L.L. (1978) Applie regression analysis and other multivariable methods. Massachusetts, Duxbury Press.

Kumate, J. (1988) Morbilidad y mortalidad por diareas en México. En Terregrosa, F., Olarte, J., Rodríguez-Suárez, R., Santos-Preciado, J., Velázquez-Jones, L. (Eds.) *Enfermedades diarreicas en el niño.* Novena edición, México. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. pp. 11-20.

Kochanska, G. (1995) Children temperament, mother's discipline and security of attachment: multiple pathways to emerging internalization. *Child Development.* Vol. 66 No. 3, 597-615.

Kochanska, G., Kuezynski, L. Radke-Yarrow, M. & Welsh, J.D. (1987) Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young child. *Journal of Abnormal Child Psychology.* Vol.15, pp. 441-456.

Kohn, M.L.(1963) Social class and parent-chid relationships: an interpretation. *American Journal of Sociology.* Vol. 68, pp. 471-480.

Kohn, M.L. (1969) *Class and Conformity: a Study in Values Homewood.* Illinois, Dorsey, Press.

Kohn, M.L. (1977) *Social Competence Symptoms, and Underachievement in Childhood:A Longitudinal Perspective.* New York: Wiley.

Kohn, M.L. (1980) *Personality, Ocuppation and Social Situation a Frame of Reference.* Heidelber, West Germmany: Klett-Cotta.

Krietler, H. & Krietler, S., (1976) *Cognitive Orientation and Behavior*. New York; Springer.

Langman, L. (1973) Economic practices and socialization in three societies. Paper presented at the meeting of the American Sociological Association. New York, August.

La Rosa, J. (1986) Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. *Tesis Doctoral*. México. Facultad de Psicología. UNAM.

La Rosa, D. L. & Díaz Loving, R. (1988) Diferencial Semántico del Autoconcepto en Estudiantes. *Revista de Psicología Social y Personalidad.* Vol. 4, No.1, 39-57.

Lechtig, A., (1971) Metabolismo, nutrición, crecimiento y desarrollo. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. pp. 21-87.

Leslie, J., Lycette, M. & Buvinic, M. (1986) *Wathering Economics Crises: The Crucial Role of Women in Health.* Washington, D.C. The International Center for Resarch on Women.

Lester, B. M. (1979) A synergistic approach to the study of prenatal malnutrition. *International Journal of Behavioral Development.* Vol. 2, pp. 377-393.

Lovejoy, M., C. (1991) Maternal depression: Effects on social cognition and behavior in paren-child interactions. *Journal of Abnormal-Child Psychology.* Vol.19, No. 6, 693-706.

LeVine, R. A. (1977) Child rearing as cultural adaptation. En Leiderman H.P., Thlkin, S.R. y Rosenfild, A. (Eds.). *Culture and Infancy: Variations in the Human Experiencie.* New York Academic. Press Inc. Cap. 2, pp. 15-29.

LeVine, R.A. (1974) Parental goals: a cross-cultural view. *Teachers Collage Record.* Vol. 74, No.2, 226-239.

Livson, N. (1973) Developmental dimensions of personality: a life span formulation. In. P. B. Baltes & K.W. Schaie (Eds.) *Life-Span Developmental Psychology Personality and Socialization.* New York; Academic Press.

Lutter, C.K. Mora, J.O., Habicht, J.P., Rasmussen, K.M. & Robson, D.S. (En prensa) Nutritional supplementation eliminates chil stunting due to diarrhea. *American Journal Clinical Nutrition.*

Lloyd-Still, J.D., Wolff, P.H., Horwitz, Y. & Shwachman, H. (1972) Studies on intellectual development after severe malnutrition in infancy in cystic fibrosis and other intestinal lesions. *Presented at IX International Congress of Nutrition.* México.

MacMillan, D.R. (1970) Endocrins influences over fetal developmental. *Clinical Pediatrics North Am.* Vol.17, pp.111.

Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E., Chaparro, J.J. & González-Forteza, C. (1993) Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología.* Vol. 10, No. 2, 141-145.

Marthell, M., Bertolini, L.A., Nieto, F., Tenzer, S., Ruggia, R. & Belitzky, R. (1981) *Crecimiento y Desarrollo en los Dos Primeros Años de Vida Postnatal.* Washington, D.C. E.U.A. Editado por O.P.S.

Martorell, R. (1985) Child growth retardation. A discussion of into causes and its relationship to health. In R. L. Blaxter and J.C. Waterlow (Eds.) *Nutrition, adaptation in man.* London: John Libbey. pp. 13-29

Martorell, R., Yarbrough, C., Lechtig, A., Habicht, J.P. & Klein, R. E. (1975) Diarrheal diseases and growth retardation in preschool Guatemalan children. *American Journal Phys. Antrhropol.* Vol. 43, pp. 341-6.

Mata, L. (1978) *The Children of Santa Maria Cauqué: A Prospective Field Study of Health and Growth.* Cambrige, the MIT Press.

Matheny, Wilson & Tobhen (1987) Home and mother: relationship with infant temperament. *Developmental and Behavioral Pediatrics.* Vol.23. No. 3, 323-331.

McCammon, R. W. (1970) *Human growth and development.* Springfield, Ill.: Thomas.

McKay, H., Mckay, A. & Snisterra, L. (1974) Intellectual development of preeschol children in programs of stimulation and nutritional supplementation. In Cravioto, J., H. Ambraus, L, y Vahlquist, B. (Eds.) *Symposia of the Swedish Nutrition Fundation XIll. Early Malnutrition and Mental Development.* Uppsala Almquist y Wiksell. pp. 226.

Mednick, B.R., Baker, R.L. & Sutton-Smith, B. (1979) Teenage pregnancy and perinatal mortality. *Journal of Youth and Adolescence.* Vol. 8, pp. 343-357.

Mora, J. O., Amezquita, A., Castro, L., Christiansen, N., Clement-Murphy, J., Cobos, L., Crever, H., Dragustin, S., Elias, M., Franklin, D., Herrera, M., Ortiz, N., Pardo, R., De Paredes, B., Ramos, C., Riley, R., Rodríguez, H., Vuori-Christiansen, L., Wagner, M. & Stare. F. J., (1974) Nutrition health and social factors related to intellectual performance. *World Review Nutrition Diet.* Vol. 19, pp. 205-236.

Mora, C., Palafox, G., Valdez, J.I. & León, R. (1984) La representación social desde una perspectiva básica. Trabajo presentado en el XII Congreso Internacional de Psicología . Universidad Nacional Autónoma de México.

Mosley, H. (1988) Determinantes biológicos y socioeconómicos de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Pública de México.* Vol. 30, No. 3.

Mosley, W. H. & Chen, L. (1984) An Analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development Review Supplement.* Vol. 10, pp. 25-45.

Mulholland, K., (1995) La neumonía en niños con desnutrición grave. *Noticias sobre IRA'S.* No. 31, Junio-Septiembre. 2-3.

Munroe, R.H. & Munroe, R.L. (1972) Obedience among children in an East African Society. *Journal of Cross Cultural Psychology.* Vol. 3, pp. 395-399.

Myers, R. (1992) *The Twelve who survive: strengthening programmes of early chilhood development in the third world.* N.Y. Routledge.

National Research Council (1980) *RDA Recomended Dietary Alowences.* 9th. Washington, D.C. National Academy of Scienc.

National Center Health Stat. NCHS (1976) *Growth Charts-United States Dept. of Health Education and Welfare* Public Health Service, Health Resources Administration. Rockville, Md. HRA. 76 1120, 25, 3.

Neuman, C., Bwibo, N.O. & Sigman, M. (1992) *Diet quantity and quality functional effects on rural Kenyan families.* Final Report to the US Agency for International Development.

Niiyama, Y. Kish, K. & Inone, G. (1970) Effects of ovarian steroids on maintenance of pregnancy in rats fed diets devoid of one essential amino acid. *Journal Nutrition.* Vol. 100, pp. 1461.

Nunnally, J.C. (1967) *Psychometric theory.* McGraw-Hill. New York.

Nunnally, J. C. & Bernstein, J. I. (1995) *Teoría psicométrica.* México, McGraw-Hill. Tercera ed.

Pepitone, A. (1991) El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y de la Personalidad.* Vol. 7, No. 1, 61-79.

Pollack, H. & Sheldon, D.R. (1970) The factor of disease in the world food problem. *JAMA.* pp. 212-598.

Pollit, E. (1991) Effects of diet deficient in iron on the growth and development of preeschool and school age children. *Food and Nutrition Bulletin.* Vol. 13; 110-118.

Pollit, E. & Leibel, J. (1980) Biological and social correlates of failure to thrive. En Greene, L.S. y Johnston, E.E. (Eds.) *Social and biological Predictors of Nutritional Status, Physical Growth, and Neurological Development.* pp. 173-198. New York; Academic Press.

Pollit, E. & Thompson, C. (1977) Protein-calorie malnutrition and behavior: a view point from psychology. In Wurtman, R.G. y Wurtman, J.J. (Eds.) *Nutrition and the Bram.* Raven Press, New, York. Vol. 2, pp. 10-57.

Popkin, B., (1980) Time allocation of the mother and child and nutrition. *Ecology of food and Nutrition.* Vol. 9, pp. 1-14.

Prohaska, J. R., Albrech, G., Levy, J.A., Sugave, N. & Kim, J.H. (1990) Determinants of self-perceived risk of AIDS. *Journal of Health on Social Behavior.* pp. 384-394.

Radolff L.S. (1977) The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Appl.Psychol. Measurement*. Vol. 137, 1081-1084.

Rahmanifar, A., Kirskey, A., Wachs, T.D., McCabe, G.P., Bishry, Z., Galal, O.M., Harrison, G.,G. & Jerome, N., W. (1993) Diet during lactation associated with infant behavior and caregiver-infant interaction in a semi-rural Egyptian village. *Journal of Nutrition.* Vol. 123, pp. 164-175.

Redding-Richard, E., Harmon-Robert, J. & Morgan-George, A. (1990) Relationships between maternal depression and infant's mastery behaviors. *Journal Infant-behavior and development.* Vol.13, No.3, 391-295.

Reyes-Lagunes, I. (1991) Técnicas de redes semánticas: conceptos básicos, instrumentación y resultados. *XXIII Congreso Interamericano de Psicología.* Sociedad Intermericana de Psicología, San José Costa Rica.

Reyes-Lagunes, I. (1996) Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista Mexicana de Psicología Social y Personalidad.* En prensa.

Richardson, S.A. (1974) The background histories of school children severely malnourished in infancy. *Advances in Pediatrics.* Vol. 21, pp. 167.

Richardson, S.A., Birch, H..G. & Hertzing, M.E. (1973) Performance of children who were malnourished in infancy. *American Journal of Mental Deficiency.* Vol. 77, pp. 623.

Rivera, J. & Martorell, R. (1988) Nutrition, infection and growth part 1: Effects of infection on growth C*linical Nutrition.* Vol. 7, No. 4, 156-162.

Rogers, T., R. & Forehand, R. (1983) The role of parent depression in interactions between mothers and their clinic-referred children. *Cognitive Therapy and Research.* Vol. 7, pp. 315-324.

Rosentock, l. M. (1974) The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs.* Vol. 2, pp. 354-386.

Rossetti-Ferreira, M.C. (1978) Malnutrition and mother-infant asynchrony: slow mental development. *International Journal of Behavioral Development.* Vol. 1, 207-219.

Rubin-Kenneth, H, Both, L., Zahn-Waxler, C., Cumming, E. M. et al (1991) Dyadic play behaviors of children of well and depressed mothers. *Journal Development and Psychopathology.* Vol. 3, No.3, 243-251.

Salgado de Snyder, V.N. & Maldonado, M. (1994) Características psicométrica de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México.* Vol. 36 No. 2. Marzo-Abril.

Salt, P., Galler, J.R.& Ramsey, F. (1988) The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development. VII The effects of maternal depressive symptoms. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.* Vol. 9, pp. 1-5.

Sameroff, A. J. & Chandler, M.J. (1975) Reproductive risk and the continum of caretaking casuality. In Horowitz Degen F. (Editor) *Review of Child Development Research.* Chicago: University of Chicago Press. Vol. 4, pp. 187-244.

Sanlon, K., S. (1989) *Activity and behavior changes in marginally malnourished mexican preschoolers.* Storrs, CT: Unpublished doctoral dissertation. University of Connecticut.

Schaefer, E. S., (1959) A circumplex model for maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Pschology.* Vol. 59, pp. 226-235.

Schaefer, E. S. (1961) Converging conceptual models for maternal behavior and child behavior. In J.C. Clidewell (Eds.) *Parent attitudes and child behavior.* Springfield IL. Thomas. pp. 124-146.

Schaefer, E. S. (1991) Goals for parent and future-parent education: research on parental beliefs and behavior. *The Elementary School Journal* Vol. 91, No. 3, 339-247.

Schaefer, E., S. & Edgarton, M. (1985) Parent and child correlates of parental modernity. In I. E. Sigel (Ed.) *Parental belief systems: the psychological consequences for children.* Hillsdale, N.J.; Erlbaum. pp. 287-318.

Schaefer, E. S., Edgerton, M. & Hunter, W. (1983) *Childrearing and child development correlates of maternal locus of control.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA.

Schaefer, E. S. , Edgarton, M. & Hunter, W. M. (1984) *Interpersonal relationships and locus of control: expectancy and reinforcement effects.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto.

Schuftan, C. (1979) The challenge of feeding the people: chile under Allende and Tanzania under Nyerere. *Social Sciencies and Medecine.* Vol. 13, pp. 97-107.

Schuftan, C., Ozerol, M. & Carter; J., (1973) *Planning National Nutritions Programs: a suggested approach.* Vol. 1 Summary of the Methodology effice of nutrition bureau for technical assistence. Agency for International Development .

Schuftan, C., Ozerol, M. & Carter, J. (1977) *Nutrition Planning Manual.* MCH/FP Center, Meharry Medical College, Nashville Tennese, March.

Scrimshaw, N.S., Taylor, C.E. & Gordon, J.E. (1968) *Interactiones of nutrition and infection.* Geneva: World Health Organization.

Secretaría de Planeación y Desarrollo (1986) Agenda Estadística del Estado de Sonora. Gobierno del Estado de Sonora.

Sepúlveda-Amor, J. (1986) *Encuesta sobre morbilidad, mortalidad y tratamiento de diarreas en México*. Informe Preliminar. México, Dirección General de Epidemiología, SSA.

Smedslund, J. (1985) Necessary true cultural psychologies. In K.J. Gergen and K.E. Davis (Eds.) *The Social Construction of the Person.* New York: Springer. pp.73-84.

Shinn, M., (1978) Father absence and children's cognitive development. *Psychological Bulletin.* Vol.85, No.2, 295-324.

Sigel, I.E. (1982) The relationship between parental distancing strategies and the child's cognitive behavior. In I.M. Laosa & I.E. Sigel (Eds.) *Families as Learning Environments for Children.* New York: Plenum. pp. 47-86.

Sigman, M., Neumann, C., Baksh, M., Bwibo, N. & McDonald, M.A. (1989) Relations between nutrition and development in Kenya toddlers. *Journal of Pediatrics.* Vol. 59, pp. 1251-1261.

Sigman, M., & Wachs, T.D. (1991) Structure, continuity and nutritional correlates of caregiver behavior patterns in Kenya and Egypt. En M.H. Boinstein (Eds.) *Cultural approaches to parenting.* Hillsdale, N.J. Erlbaum. pp.123-137.

Sinclair, D., (1973) *Human Growth after birth* . 2da. Edición, New York. Oxford University Press.

Sparling, J. & Lowman, B. (1983) Parent information needs as revealed through interests, problems, attitudes and preferences. In R. Haskins & D. Adams (Eds.). *Parent education and public policy.* Norwood, NJ: Ablex. pp. 304-323

Staats, A. (1979) *Conductismo Social.* México. Manual Moderno.

Stechler, G. & Kaplan, S. (1980) The development of the self: a psychoanalytic perspective.*Psychoanalytic Study of Children.* Vol.35, pp. 85-105.

Super, C.M. (1981) Behavioral development in infancy. En R.L., Munroe & B.B. Whiting (Eds.) *Handbook of Cross Cultural Development.* New York: Garland. pp. 181-270.

Super, C. & Harkness, S (1987) The development hiche: a conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development.* Vol. 9, pp. 1-25.

Super, C. & Harkness, S. (1982) The development of affect in infancy and early children. In D.A. Wagner and H.S. Stevenson (Eds.) *Cultural Perspectives on Child Development.* San Francisco: W.H. Freeman.

Tiffany, F. (1992) Infants of Depressed Mothers. *Development and Psychopathology.* Vol. Vol. 4, No.1, 49-66.

Thompson, D.W. (1942) *Growth and Form.* 2ª Edition. Londres, Cambridge University Press.

Triandis, H.C. (1994) Cultura: el nuevo énfasis en Psicología. *Revista de Psicología Social y Personalidad.* Vol. 10, No. 1, 1-16.

Tronick, E.Z. (1989) Emotions and emotional commnication in infants. *American Psychologist.* Vol. 44, pp. 112-119.

Tronick, E.Z. & Cohn, J.F. (1989) Infant-mother face to face interaction: age and gender differences in coordination and the ocurrence of miscoordination. *Child Development.* Vol. 60, pp. 85-92.

Tulkin, S. R. Mother-infant interaction in the first year of life: An inquiry into the influences of social class. *Unpublished doctoral dissertation.* Harvard University.

Valdez, J.(1991) Las categorías semánticas, usos y aplicaciones en Psicología Social. *Tesis de Maestría.* Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

Valencia, M., Jardínez, P., Noriega, E. & Ramos, E. (1983) The use of 24 hours recall date from nutrition surveys to determine food preference available and food consumptions baskets in population. *Nutrition Report International.* Vol. 28, No. 4, 815-823.

Vera-Noriega, J.A. (1995) Características psicométricas de una escala de autoritarismo para mujeres de la zona rural. *XXV Congreso Interamericano de Psicología.* Julio. San Juan, Puerto Rico.

Vera-Noriega, J.A., (1996) Análisis del microambiente familiar y estado nutricio de infantes y preescolares en comunidades rurales sin pobreza extrema del norte de Sonora.*Boletín del Hospital Infantil del Estado de Sonora.* En prensa.

Vera-Noriega, J.A. (1996) Síntomas de depresión en mujeres de una población rural. *La Psicología Social en México.* Vol. VI. México. AMEPSO. En prensa.

Vera-Noriega, J.A. & Altamirano-Cheno, F.X. (1992) Análisis evaluativo de las intervenciones de tipo masivo para diarreas en zonas rurales: un estudio exploratorio. *Salud y Sociedad.* Vol. 1, No.1, 9-21.

Vera-Noriega, J.A., Domínguez-Ibáñez, S.E. & Esquivel, J.I. (1994) Diseño y evaluación de una estrategia educativa para formar promotoras en el cuidado de infecciones respiratorias agudas. *Psicología y Salud.* No. 4. Nueva Epoca. Julio-Diciembre.

Vera-Noriega, J.A., Domínguez-Ibáñez, S.E. & Laborín, J.(1991) Nota Técnica: algunas consideraciones sobre la aplicación del inventario de estimulación del niño en el hogar en la zona rural. *Revista Sonorense de Psicología.* Vol. 5 No. 2, 68-77.

Vera-Noriega, J.A., Domínguez-Ibáñez, S. E., Moreno, J., Sandoval, R. & Laborín, J. (1993) Estrategia del monitoreo e implementación de métodos correctivos sobre crecimiento y desarrollo del niño en zonas rurales en Sonora, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición.* Vol. 42. No. 4.

Vígano, D. (1986) Autoritarismo e intolerancia a la ambigüedad en la cultura mexicana. *Tesis de Maestría.* Facultad de Psicología UNAM.

Vígano, D., & Díaz Loving, R. (1990) Desarrollo y análisis psicométrico del EMACM: Escala Multidimensional de Autoritarismo en la Cultura Mexicana. *Revista Interamericana de Psicología.* Vol. 24, No. 2, 139-158.

Villagrán-Vázquez, G. & Vera-Noriega, J.A. (1994) Life quality perception and its satisfaction in mother from three rural communities in Mexico. *XXIII International Congress of Applied Psychology.* España.

Wachs, T.D. & Gruenm, J. (1982) *Early experience and human development.* New York: Plenum.

Waterlow, J. C., R., Buzina, W. Keller, J.M., Lane, M.Z., Nichanan & J. M, Tanner (1977) The presentation and use of height and weiht data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. *Bull. World Health Organization.* Vol. 55, pp. 489-498.

Webster-Stratton, C. & Hammond, M., (1988) Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology.* Vol. 16, pp. 299-315.

Weissman M.M. & Klerman, G.L., (1977). The chronic depressive in the community: unrecognized and poorly treated. *Comparative Psychiatry.* Vol. 18, pp. 523-532.

Weissman M.M. & Klerman, G.L., (1977) Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* Vol. 34, pp. 259-282.

Weissman, M. & Myers, J. (1978) Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community. *Acta Psychiat. Scand.* Vol. 57, pp. 219-231.

Winick, M., (1970) Crecimiento celular en la desnutrición intrauterina. *Clinical Pediatric North Am.* Vol. 17 pp.69.

Winick, M., (1972) *Nutrition and Development*. New York. Wiley and Sons.

Winick, M., Meyer, K. & Harris, R. (1975) Malnutrition and environmental enrichment by early adoption. *Science*. Vol.190, pp. 1173-1175.

Winick, M.., & Noble, A. (1966) Cellular responses in the rat during malnutrition at various ages. *Journal Nutrition*. Vol. 89, pp. 300.

Winick, M. & Rosso, P. (1969) Effects of severe easly malnutrition on cellular growth on human brain. *Pediatrics Research*. Vol. 3, pp. 181.

Yatkin, U.S., & McLaren, D.S. The behvioural development of infants recovering from severe malnutrition. *Journal of Mental Deficiency Research*. Vol. 14, pp. 25-32.

Zajonc, R.B. & Bargh, J., (1980) Birth order, family size and decline of SAT scores. *American Psychologist*. Vol. 35, pp. 74-88.

Zamenhof, S., Van Marthens, E. & Giavel, L. (1972) DNA Cell number and protein in rat brain: second generation (F2) alteration by maternal (Fo) dietary protein restriction. *Nutr. Metab*. Vol. 14, pp. 293- 262.

Zamenhof, S. Van Marthens, E., & Margolis, F.L. (1968) DNA all number and protein in neonatal brain: alternation by maternal dietary protein restriction. *Science*. Vol. 160, pp. 322.

Zeitlin, M. & Mansour, M. (1990) *Positive deviance in child nutrition with enphasis on psychosocial and behavioral aspects and implications for development*. Tokyo; The United Nations University.

ANEXO I

Intrumentos de Medida

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTRUMENTO DE EVALUACION INTEGRAL DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO PROYECTO 6614-6615 SAN PEDRO DE LA CUEVA-MATAPE.

ENTREVISTADOR _____FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA __/__/___
OBSERVADOR _____FECHA DE LA SEGUNDA ENTREVISTA __/__/___
NUMERO DE DIADA _____

II. DATOS DE IDENTIFICACION DEL NIÑO

1. CLAVE _____COMUNIDAD _____|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

2. NOMBRE DEL NIÑO _____/_____ ____ __/_____
PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

3. FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____
MES DIA AÑO

4.PESO AL NACER _____ 5. TALLA AL NACER _____

4|__.__| 5|__.__|

6.EXCLUSIVO PECHO ____ 7.MIXTO ____ 6|__|7|__|__|

8. ABLACTACION _____ 8|__|__|

9. COMPLICACIONES PERINATALES _____

ESPECIFIQUE _____ 9|__|__|

10. FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE
_____/_____/_____
MES DIA AÑO 10|__|__.__|__|

11. FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE 11|__|__.__|__|
_____/_____/_____
MES DIA AÑO

Clave	Fecha de Visita	Entrevistador

1. REACCION DEL CUIDADOR CON EL NIÑO DURANTE LA ENTREVISTA

a) LOS PADRES ESPONTANEAMENTE LE HABLARON AL NIÑO DOS VECES DURANTE LA ENTREVISTA. SI _ NO _ a|___|

b) LOS PADRES RESPONDEN VERBALMENTE A LAS VERBALIZACIONES DEL NIÑO. SI_ NO_ b|___|

c) LOS PADRES AYUDAN A DEMOSTRAR ALGUN LOGRO O HABILIDAD DEL NIÑO DURANTE LA VISITA. SI_ NO_ c|___|

d) EL HABLA DE LOS PADRES ES CLARA Y AUDIBLE. SI_ NO_ d|___|

e) LOS PADRES INICIAN INTERCAMBIOS VERBALES CON EL VISITANTE. SI_ NO_ e|___|

f) LOS PADRES CONVERSAN CON SOLTURA Y FACILIDAD. SI_ NO_ f|___|

g) LOS PADRES APAPACHAN ESPONTANEAMENTE AL NIÑO, AL MENOS DOS VECES. SI _ NO _ g|___|

ST|___|

2.RIGUROSIDAD DE LA DISCIPLINA DURANTE LA ENTREVISTA

a) LOS PADRES LE GRITAN AL NIÑO. SI _ NO _ a|___|

b) LOS PADRES EXPRESAN IMPACIENCIA U HOSTILIDAD AL NIÑO. SI _ NO _ b|___|

c) LOS PADRES CASTIGAN FISICAMENTE AL NIÑO DURANTE LA ENTREVISTA. SI _ NO _ c|___|

d) MAS DE UNA INSTANCIA DE CASTIGO FISICO DURANTE LA SEMANA PASADA. SI _ NO _ d|___|

e) LOS PADRES REGAÑAN O CRITICAN AL NIÑO DURANTE LA VISITA. SI _ NO e|___|

f) LOS PADRES INTERFIEREN O RESTRINGEN AL NIÑO DURANTE LA VISITA. SI _ NO _ f|___|

ST|___|

Clave	Fecha de Visita	Entrevistador

3. ESTIMULACION DEL APRENDIZAJE

a) EL NIÑO TIENE JUGUETES O ES ANIMADO A LA ENSEÑANZA DE COLORES, FORMAS Y TAMAÑOS. SI _ NO _ a|___|

b) EL NIÑO TIENE JUGUETES QUE LE PERMITEN LA LIBRE EXPRESION. SI _ NO __ b|___|

c) EL NIÑO TIENE JUGUETES O ES ANIMADO A APRENDER NUMEROS. SI _ NO__ c|___|

d) EL NIÑO TIENE JUGUETES QUE LE AYUDAN A APRENDER EL NOMBRE DE LOS ANIMALES. SI _ NO__ d|___|

e) EL NIÑO ES ANIMADO A APRENDER EL ALFABETO. SI _ NO__ e|___|

f) LOS PADRES ENSEÑAN REPERTORIOS DE CUIDADO DEL AMBIENTE. SI _ NO__ f|___|

ST|___|

4. ESTIMULACION DEL LENGUAJE

a) EL PADRE DICE EL NOMBRE DE OBJETOS O PERSONAS AL NIÑO DURANTE LA ENTREVISTA. SI _ NO _ a|___|

b) LOS PADRES ENSEÑAN FORMAS VERBALES SIMPLES Y/O PATRONES DE HABLA. SI _ NO _ b|___|

c) LOS PADRES ANIMAN AL NIÑO HABLAR Y TOMAN SU TIEMPO PARA ESCUCHAR. SI _ NO _ c|___|

d) LA VOZ DEL PADRE CONLLEVA SENTIMIENTOS POSITIVOS AL NIÑO. SI _ NO__ d|___|

e) LOS PADRES ALABAN CUALIDADES DEL NIÑO DOS VECES DENTRO DE LA VISITA. SI _ NO_ e|___|

ST|___|

Clave	Fecha de Visita	Entrevistador

5. ACEPTANCIA Y EXPERIENCIA

a) EL NIÑO TIENE ACCESO A: 1) GRABADORA __ 2) TELEVISION __
LIBROS __ a 1|___| 2|___| 3|___|

b) LOS PADRES TRAEN VISITAS AL NIÑO. SI _ NO b|___|

c) LOS PADRES ANIMAN AL NIÑO A GUARDAR SUS JUGUETES SIN AYUDA. SI _ NO__ c|___|

d) EL NIÑO COME AL MENOS UNA COMIDA DIARIA CON EL PADRE MADREOCUIDADOR. SI_NO_ d|___|

e) EL NIÑO AYUDA A SU MAMA EN LABORES DEL HOGAR. e|___|

ST|___|

THO|___|

Tarjeta 1.3 Anexo Estimulación a Infantes

I. REPORTE DEL CUIDADOR

1. TIENE ALGUN LUGAR PARA GUARDAR JUGUETE __ (Escala 5/c) 1 |___|

2. LLEVA AL NIÑO A VISITAR PARIENTES Y AMIGOS __ (Escala 5/b) 2 |___|

3. ES LLEVADO AL MANDADO UNA VEZ A LA SEMANA __ (Escala/5/a) 3 |___|

4. EL NIÑO ES BUENO PARA COMER __ (Escala 5/d) 4 |___|

5. El NIÑO LLORA MUCHO Y NO DEJA HACER EL QUEHACER DE LA CASA (Escala 5/e) 5 |___|

II. DEMOSTRATIVOS

6. SE LE ESTA ENSEÑANDO A USAR CUCHARA Y TENEDOR ____ (Escala 3/f) 6 |___|

7. SE LE ESTA ENSEÑANDO RITMOS Y RIMAS ____ (Escala 3/d) 7 |___|

8. SE LE ESTA ENSEÑANDO PARTES DEL CUERPO ___(Escala 3/c) 8 |___|

9. SIGUE OBJETOS CON LA VISTA _____ (Escala 4/a) 9 |___|

10. DA LOS BRAZOS AL ENTREVISTADOR __ (Escala 4/c) 10 |___|

11. IMITA ACTIVIDADES DEL HOGAR __ (Escala 4/c) 11 |___|

12. MUESTRA SU AFECTO (TIRA BESITOS) __ (Escala 3/c) 12 |___|

13. LOS PADRES LE DAN AL NIÑO JUGUETES DURANTE LA VISITA ___ (Escala 3/a) 13 |___|

14. EL CUIDADOR MANTIENE AL PEQUEÑO EN SU CAMPO VISUAL __ (Escala 4/d) 14 |___|

15. EL NIÑO TIENE JUGUETES QUE FACILITAN EL APRENDIZAJE (MOVILES-CORRALITO-PERIQUERA, ETC).__ (Escala 3/b) 15 |___|

16. EL CUIDADOR LE HABLA AL NIÑO MIENTRAS LLEVA A CABO SUS QUEHACERES DOMESTICOS ____ (Escala 4/b) 16 |___|

NOTA: PARA LA SUBESCALA 5 NO SE APLICAN A NIÑOS MENORES DE 6 MESES. PARA LAS SUBESCALAS DE ESTIMULACION DEL APRENDIZAJE PARA NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, DEBERA EVALUARSE SI LOS PADRES DICEN AL NIÑO NOMBRES DE COLORES, FORMAS Y TAMAÑOS, O NOMBRES DE NUMEROS, ANIMALES Y LETRAS DEL ALFABETO. PARA NIÑOS DE 0 - 6 MESES NO SON APLICABLES LAS SUBESCALAS 3 Y 4 SE DEBERA USAR EL ANEXO.

Clave	Fecha de Visita	Entrevistador

I. EDAD DE 5 - 6 MESES / CONDUCTAS ESPERADAS

MOTORA GRUESA — ENSAYOS CALF.

1.BOCA ARRIBA, LEVANTA LA CABEZA TRATANDO DE SENTARSE |__|__|__| |__|
2.SE SIENTA SIN APOYO MOMENTANEAMENTE CON INSEGURIDAD |__|__|__| |__|
3.DA LA VUELTA DE BOCA ABAJO A BOCA ARRIBA |__|__|__| |__|
4. SENTADO CON APOYO, ES CAPAZ DE TOMAR JUGUETES QUE SE LE COLOQUEN A LA DERECHA E IZQUIERDA, UTILIZANDO AMBAS MANOS, PRIMERO UNA Y DESPUES LA OTRA |__|__|__| |__|
5. SOBRE UNA SUPERFICIE PLANA, CUANDO SE LE SOSTIENE DEL TRONCO DA PASITOS |__|__|__| |__|
6. BOCA ABAJO, SE EMPUJA HACIA ADELANTE CON LOS DEDOS DE LOS PIES |__|__|__| |__|
7. BOCA ARRIBA, SE COGE LOS PIES |__|__|__| |__|

STMG|__|

MOTORA FINA

1. COGE EL ARO QUE EL EXAMINADOR BALANCEA FRENTE A EL |__|__|__| |__|
2. BOCA ARRIBA, COGE EL CHILINDRIN QUE SE LE COLOCA SOBRE EL PECHO |__|__|__| |__|
3. MIENTRAS SE ALIMENTA GOLPEA EL CHUPON O EL PECHO CON SUS MANOS EN FORMA REPETITIVA |__|__|__| |__|
4. SENTADO EXTIENDE SUS BRAZOS HACIA EL CUBO QUE TIENE ENFRENTE |__|__|__| |__|
5. PASA UN OBJETO DE UNA MANO A LA OTRA, CON DIFICULTAD Y LENTAMENTE |__|__|__| |__|

6. INTENCIONALMENTE ALCANZA UN CUBO QUE ESTA SOBRE LA MESA CON TODA LA MANO |__|__|__| |__|
7. ROTA LA MUÑECA DE LA MANO CON FLEXIBILIDAD |__|__|__| |__|
8. SE INTERESA POR UN JUGUETE QUE PRESENTA EL EXAMINADOR SIN SOLTAR EL QUE YA TIENE EN SU MANO |__|__|__| |__|

STMF|__|

SENSO-COGNITIVA

1. EXAMINA CON SU MIRADA LOS OBJETOS QUE SON COLOCADOS CERCA DE EL ANTES DE TOMARLOS |__|__|__| |__|
2. SACUDE FUERTEMENTE EL CHILINDRIN QUE TIENE EN LA MANO |__|__|__| |__|
3. SIGUE CON LA MIRADA MOMENTANEAMENTE LOS OBJETOS QUE CAEN |__|__|__| |__|
4. MUEVE LA CABEZA HACIA UNA CAMPANA QUE SUENA SUAVEMENTE A 12 PULGADAS DE SU OIDO |__|__|__| |__|
5. SENTADO FRENTE A UNA MESA, SIGUE CON LA MIRADA UNA BOLA QUE RUEDA SOBRE ESTA |__|__|__| |__|
6. AL COLOCAR UNA GOMITA FRENTE A EL, LA OBSERVA CON ATENCION |__|__|__| |__|
7. FIJA LA MIRADA EN UN CUBO QUE TIENE EN LA MANO Y ALTERNA SU ATENCION HACIA UNA BOLA QUE SE LE PRESENTA |__|__|__| |__|

STSC|__|

LENGUAJE

1. RESPONDE CON VOCALIZACIONES CUANDO SE LE CONVERSA |__|__|__| |__|
2. EXPRESA VOCALMENTE Y LLORANDO SU IMPACIENCIA Y DESAGRADO |__|__|__| |__|
3. VOCALIZA VARIAS SILABAS "DA", "TA", "BA" |__|__|__| |__|
4. ESTIRA LOS BRAZOS CUANDO SE LE INDICA QUE SE VA ALZAR, SE MUEVE Y EMITE SONIDOS |__|__|__| |__|

5. EMITE SONIDOS MIENTRAS JUEGA SOLO |__|__|__| |__|

STL |__|

SOCIO-AFECTIVA

1. EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y LAS MANOS |__|__|__| |__|
2. TIENDE LOS BRAZOS CUANDO SE ACERCA LOS PADRES O FAMILIARES PARA QUE LO ALCANCEN |__|__|__| |__|
3. SONRIE AL MIRARSE EN UN ESPEJO, ACARICIA LA IMAGEN Y EMITE SONIDOS |__|__|__| |__|
4. VUELVE A VER CUANDO SE LE LLAMA POR SU NOMBRE |__|__|__| |__|

STSA |__|

HABITOS

1. EJECUTA ALGUNOS MOVIMIENTOS DE MASTICACION AL RECIBIR ALGUN ALIMENTO |__|__|__| |__|
2. INTRODUCCION DE PAPILLAS |__|__|__| |__|
3. DUERME 7 O MAS HORAS DURANTE LA NOCHE SIN INTERRUPCION |__|__|__| |__|
4. DUERME DE 2 A 4 HORAS DURANTE EL DIA |__|__|__| |__|

STH |__|

Clave	Fecha de Visita	Entrevistador

I. EDAD DE UNO A UNO Y MEDIO AÑOS / CONDUCTAS ESPERADAS.

MOTORA GRUESA	ENSAYOS	CALF.
1. CAMINA AGARRADO DE LA MANO DE UN ADULTO	|_|_|_|	|__|
2. SE MANTIENE DE PIE SIN APOYO POR 5 SEGUNDOS	|_|_|_|	|__|
3. DA UNOS PASOS SOLO Y SIN NINGUN APOYO	|_|_|_|	|__|
4. PASA DE BOCA ARRIBA A POSICION DE PIE, PREVIA POSICION DE GATEO (USAR UN OBJETO)	|_|_|_|	|__|
5. SUBE ESCALERAS, PONIENDO AMBOS PIES EN CADA ESCALON, CON AYUDA	|_|_|_|	|__|
6. BAJA ESCALERAS, PONIENDO AMBOS PIES EN CADA ESCALON, CON AYUDA	|_|_|_|	|__|
7. SUBE A UNA SILLA SIN AYUDA	|_|_|_|	|__|
8. EL NIÑO PATEA LA PELOTA	|_|_|_|	|__|
		STMG|__|

MOTORA FINA		
1. SOSTIENE DOS CUBOS PEQUEÑOS EN UNA MANO	|_|_|_|	|__|
2. PASA LAS PAGINAS DE UN LIBRO, VARIAS A LA VEZ	|_|_|_|	|__|
3. TOMA UN LAPIZ CON TODA LA MANO Y GARABATEA	|_|_|_|	|__|
4. SE INCLINA PARA TOMAR UNA PASA	|_|_|_|	|__|
		STMF|__|

SENSO-COGNITIVA		
1. CON OBJETOS FAMILIARES REALIZA ACCIONES QUE INDICAN QUE RECONOCE SU FUNCION (LAPIZ, VASO, ROPA)	|_|_|_|	|__|
2. RECUPERA UN CUBO ESCONDIDO	|_|_|_|	|__|
		STSC|__|

LENGUAJE

1. VOCALIZA DE DOS A SEIS PALABRAS
(DE 2 EN 2 SEIS PALABRAS) |__|__|__|__|

12. MIRA AL LUGAR ADECUADO CUANDO SE LE PREGUNTA
(3 LUGARES) |__|__|__|__|

3. EJECUTA ORDENES SIMPLES CON O SIN ADEMANES
(3 ORDENES) |__|__|__|__|

STL|__|

SOCIO-AFECTIVA

1. DEMUESTRA AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (3 VECES) |__|__|__|__|
2. RECONOCE A 3 FAMILIARES * |__|__|__|__|
3. PROTESTA CUANDO SE LE PONE UNA LIMITACION |__|__|__|__|
4. JUEGA SOLO, SIN DEMANDAR LA PRESENCIA DE UN ADULTO
(3 OCASIONES) * |__|__|__|__|
5. RECHAZA EN UN PRINCIPIO A LOS EXTRAÑOS
(PEDIR BRAZOS) * |__|__|__|__|
6. RESISTE QUE LE QUITEN JUGUETES |__|__|__|__|

STSA|__|

HABITOS

1. COLABORA AL VESTIRSE (3 DIAS ANTERIORES) * |__|__|__|__|
2. DUERME EN LA NOCHE DE OCHO A DIEZ HORAS (3 DIAS) * |__|__|__|__|
3. TRATA DE COMER POR SI SOLO
(3 OCASIONES ANTERIORES) * |__|__|__|__|
4. TOMA LIQUIDO EN TAZA (3 OCASIONES) |__|__|__|__|
5. DUERME UNA SIESTA DE UNA A DOS HORAS (3 DIAS) * |__|__|__|__|

STH|__|

TOTST|__|

NOTA: LOS REACTIVOS SEÑALADOS SE EVALUARAN POR MEDIO DE REPORTE DE LA MADRE.

ESCALA PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS

Clave **Fecha de Visita** **No. de Díada**

VII. EDAD DE CINCO A SEIS AÑOS / CONDUCTAS ESPERADAS

MOTORA GRUESA	ENSAYOS	CALF.
1. SALTA ABRIENDO Y CERRANDO LOS PIES	___	__
2. ATRAPA UNA PELOTA	___	__
3. SE EQUILIBRA EN UN PIE 10 SEGUNDOS	___	__
4. CAMINA PUNTA-TALÓN	___	__
5. BRINCA EN UN PIE	___	__
		STMG__

MOTORA FINA		
1. COPIA UN CUADRADO	___	__
2. DOBLA UN PAPEL DOS VECES DIAGONALMENTE	___	__
3. AGARRA CON UNA MANO UN SAQUITO	___	__
4. DIBUJA UN HOMBRE (6 PARTES)	___	__
		STMF__

SENSO-COGNOSCITIVA		
1. NOMBRA EL MATERIAL CON QUE ESTAN HECHOS LOS OBJETOS (PLASTICO, MADERA, FIERRO)	___	__
2.COMPLETAANALOGIASOPUESTAS (TRISTE, BLANCO, FRIO)	___	__
3. PUEDE CONTAR DE SIETE A DIEZ OBJETOS	___	__
		STSC__

LENGUAJE

1.DOMINA LOS ADVERBIOS: "CERCA" Y "LEJOS" (3 OCASIONES) |_|_|_| |_|

2. RECUERDA Y REALIZA CUATRO ENCARGOS CONSECUTIVOS (UNO POR ENCARGO) |_|_|_| |_|

3. DICE SU EDAD (SI - NO) |_|_|_| |_|

4. CONJUGA VERBOS DE ACUERDO A VARIACIONES DE TIEMPO (PRESENTE, PASADO, FUTURO) |_|_|_| |_|

5. RESPONDE A LA PREGUNTA POR QUE? (SI - NO) * |_|_|_| |_|

STL |_|

SOCIO-AFECTIVA

1. LA MADRE RECHAZA ALGUNO DE LOS AMIGUITOS (3 CASOS) * |_|_|_| |_|

2. PARTICIPA EN ACTIVIDADES DE GRUPO (4 O 5) |_|_|_| |_|

3. RESPETA EL TRABAJO DE LOS DEMAS (HNOS., AMIGOS, ADULTOS) |_|_|_| |_|

4. SE SEPARA DE LA MADRE FACILMENTE (TIENDA, FIESTAS, PASEOS) * |_|_|_| |_|

STSA |_|

HABITOS

1. HA APRENDIDO HABITOS DE HIGIENE (ROPA, MANOS) * |_|_|_| |_|

2. DUERME TODA LA NOCHE SIN TENER QUE LEVANTARSE AL BAÑO (3 DIAS) * |_|_|_| |_|

3. SE BAÑA Y SE SECA SOLO (3 DIAS ANTERIORES) * |_|_|_| |_|

STH |_|

TOTST |_|

NOTA: LOS REACTIVOS SEÑALADOS SE EVALUARAN POR MEDIO DE REPORTE DE LA MADRE.

Clave	Fecha	Entrevistador

LEA DETENIDAMENTE CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS SOBRE EL DESARROLLO DE UN NIÑO QUE SE PRESENTAN A CONTINUACION Y ELIJA EL INCISO QUE CONSIDERE CORRECTO.

1. EL NIÑO ES CAPAZ DE DAR Y RECIBIR AFECTO Y DE RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS, DESDE EL PRIMERA DÍA. 1 |___|

2. LOS ADULTOS Y PAPAS DEBEN DECIRLE A LOS NIÑOS EL FIN QUE DEBEN ALCANZAR EN SUS JUEGOS. 2 |___|

3. CANTAS Y ENSEÑAS RIMAS A LOS NIÑOS PARA QUE APRENDAN HABLAR 3 |___|

4. PARA QUE UN NIÑO SE DESARROLLE SANO NECESITA QUE LOS ADULTOS LO RECOMPENCEN CUANDO HACE ALGO BIEN. 4 |___|

5. TRES O CUATRO PERSONAS SON SUFICIENTES PARA CUIDAR Y ESTIMULAR EL DESARROLLO DEL NIÑO 5 |___|

6. SI AL NIÑO LO ESTAN CRIANDO 2 O 3 PERSONAS, CADA UNA DE ELLAS DEBE EDUCAR AL NIÑO COMO ELLA CREA ES MEJOR. 6 |___|

7. EL NIÑO DEBE CRIARSE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO CON ADULTOS 7 |___|

8. LA MAMA O LA PERSONA QUE ESTA CRIANDO PUEDE JUGAR Y EDUCAR AL NIÑO MIENTRAS LAVA ROPA Y TRASTES 8 |___|

9. CUANDO EL NIÑO PIDE COMIDA, JUGUETES O ALGUNA COSA, DEBEMOS DARLE LO QUE PIDA CUANDO HABLE CHIPILONCITO Y DESPACITO 9 |___|

10. CUANDO LOS PADRES SE PELEAN O SE REGAÑAN ENTRE SI, AFECTAN EL DESARROLLO INTELECTUAL Y EMOCIONAL DEL NIÑO. 10 |___|

11. CUANDO EL NIÑO SE PORTA BIEN DEBEMOS DEJARLOS TRANQUILOS PARA QUE SIGAN ASÍ. 11 |___|

Clave **Fecha** **Entrevistador**

SEÑORA, EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION QUE MEJOR DESCRIBE LA FRECUENCIA SEMANAL CON LA CUAL USTED LLEVA A CABO CON SU HIJO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA PLATICA CON SU NIÑO UNA HORA AL DIA AUN QUE ESTE HACIENDO EL NEGOCIO DE LA CASA.

SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES CASI NUNCA NUNCA 1 [ ]

2. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA LE DA AL NIÑO PARA COMPRAR SABRITAS Y DULCES. 2 [ ]

3. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA ESTO SUCEDE DESPUES DE UN BERRINCHE. 3 [ ]

4. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA DEDICA CUANDO MENOS 1 HORA AL DIA PARA JUGAR CON EL NIÑO DESPUES DE HACER TODO EL NEGOCIO DE LA CASA. 4 [ ]

5. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA PERMITE A SU NIÑO LO LLEVEN A JUGAR A OTRAS CASAS. 5 [ ]

6. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA EL PAPA PUEDE PASAR UNA HORA DESPUES DE TRABAJAR CON EL NIÑO. 6 [ ]

7. CON QUE FRECUENCIA AL AÑO EL NIÑO SALE A OTRO MUNICIPIO O LO LLEVAN A HERMOSILLO A PASEAR. 7 [ ]

8. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA USTED Y SU PAREJA SE PELEAN O GRITAN FRENTE A LOS NIÑOS. 8 [ ]

9. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA LE PEGA O REGAÑA AL NIÑO, ESTANDO ENOJADA PORQUE NO TIENE DINERO O NO LE ALCANZA EL TIEMPO. 9 [ ]

10. CON QUE FRECUENCIA DIARIA LE HACE VER AL NIÑO QUE OBEDECE Y JUEGA SIN PELEAR. 10 [ ]

11. SE PARECEN EN LA MANERA DE CRIAR AL NIÑO LOS ADULTOS QUE LO ATIENDEN O DAN ORDENES. 11 [ ]

Clave **Fecha** **Entrevistador**

SEÑORA, LEA CUIDADOSAMENTE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS Y MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION QUE DESCRIBE MEJOR QUE TAN RIESGOSO PUEDE SER PARA EL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA DEL NINO.

1. QUE TAN RIESGOSO PARA EL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA PUEDE SER QUE UNA MADRE PLATIQUE UNA HORA AL DIA CON SU NIÑO AUNQUE ESTE HACIENDO EL QUEHACER.

MUY RIESGOSO REGULARMENTE RIESGOSO POCO RIESGOSO NADA RIESGOSO 1 |___|

2. QUE TAN RIESGOSO PUEDE SER QUE UNA MADRE LE DE A SU HIJO PARA COMPRAR SABRITAS Y DULCES EVITANDO ASI UN BERRINCHE. 2 |___|

3. QUE TAN RIESGOSO PUEDE SER JUGAR CON EL NIÑO UNA HORA DIARIA, DESPUES DE TERMINAR EL NEGOCIO DE LA CASA. 3 |___|

4. QUE TANTO RIESGO EXISTE PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO, SI LOS ADULTOS QUE LO CUIDAN APLICAN DIFERENTE DISCIPLINA Y EDUCACION. 4 |___|

5. QUE TAN RIESGOSO PUEDE SER DEJAR AL NIÑO JUGAR UNICAMENTE EN LA CASA. 5 |___|

6. QUE TANTO PONE EN RIESGO EL DESARROLLO INTELIGENTE DEL NIÑO SI EL PAPA SE PASA DIAS O TEMPORADAS TRABAJANDO LEJOS DE CASA (15 DIAS AL MES). 6 |___|

7. QUE TAN RIESGOSO PUEDE SER PARA EL DESARROLLO INTELIGENTE SALIR CON EL NIÑO DE PASEO A OTRO MUNICIPIO O A HERMOSILLO. 7 |___|

8. QUE TAN RIESGOSO ES PARA EL DESARROLLO INTELIGENTE DEL NIÑO EL QUE LOS PAPAS GRITEN O SE PELEN FRENTE A ELLOS. 8 |___|

9. QUE TANTO PUEDE PONER EN RIESGO EL DESARROLLO INTELIGENTE UNA MAMA QUE PEGA Y REGAÑA A SU NIÑO ENOJADA PORQUE NO TIENE DINERO O NO LE ALCANZA EL TIEMPO. 9 |___|

10. QUE TANTO PUEDE PONER EN RIESGO EL IGNORAR AL NIÑO CUANDO ESTA JUGANDO SIN PELEAR Y CUANDO OBEDECE. 10 |___|

Clave **Fecha** **Entrevistador**

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, MARQUE LA OPCION QUE CONSIDERA DESCRIBE MEJOR LO QUE USTED PIENSA

1. ¿CUAL ES EL RIESGO QUE TIENE SU HIJO DE PRESENTAR UN PROBLEMA EN EL DESARROLLO DE SU INTELIGENCIA?

5 MUY ALTO
4 ALTO
3 REGULAR 1 |___|
2 BAJO
1 MUY BAJO

2. ¿QUE TAN GRAVE SE PONDRA SU HIJO SI SE LE PRESENTA UN PROBLEMA DE DESARROLLO DE SU INTELIGENCIA?

5 MUY GRAVE
4 GRAVE
3 DE CUIDADO 2 |___|
2 POCO SEVERO
1 SIN CUIDADO

3. EL QUE SU HIJO PRESENTE ALGUN PROBLEMA EN SU DESARROLLO INTELIGENTE, QUE TANTO DEPENDE DE USTED.

5 TOTALMENTE DE MI
4 MAS DE MI, QUE DE OTRAS COSAS
3 MITAD DE MI, MITAD DE OTRAS COSAS 3 |___|
2 MAS DE OTRAS COSAS QUE DE MI
1 TOTALMENTE DE OTRAS COSAS

Clave_____**Fecha de Visita**_____ **Entrevistador**_____

1. ACTUALMENTE SU NIÑO ESTA ENFERMO DE ALGO? SI _NO __ 1|__|
2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA DESCRIBA

_____

3. COMPARADO CON OTROS NIÑOS DE SU EDAD, SU NIÑO ES MAS ENFERMIZO QUE LOS DEMAS DE LA COMUNIDAD?

SI __ NO __ 3|__|

ESPECIFIQUE POR QUE?

_____

4. SU NIÑO HA CURSADO CON EVACUACIONES LIQUIDAS O SEMILIQUIDAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS? SI __ NO__ 4|__|

5. DURANTE CUANTOS DIAS?_____

6. CUALES FUERON LOS SINTOMAS? 6|__|

7. QUIEN LO ATENDIO?_____ 7|__|__|

8. COMO FUE ATENDIDO? _____

9. LA PERSONA QUE LO ATENDIO QUE LE DIJO QUE TENIA _____

_____ 9|__|

10. EL NIÑO CONTINUO COMIENDO REGULARMENTE? _____ 10|__|

11. SU NIÑO HA CURSADO CON ALGUN PROBLEMA RESPIRATORIO EN LOS ULTIMOS QUINCE DIAS? SI _ NO ____ 11|__|

12. DURANTE CUANTOS DIAS? _____ 12|__|__|

13. CUALES FUERON LOS SINTOMAS?_____ 13|__|

_____

14. QUIEN LO ATENDIO? _____ 14|__|

15. COMO FUE ATENDIDO?_____ __

16. EL NIÑO CONTINUO COMIENDO COMO SIEMPRE? SI ___ NO ___ 16|__|

Clave _____ **Fecha de Visita** _____ **Entrevistador** _____

1. OBSERVACION DIRECTA EN EL HOGAR

PISO DE LA COCINA	BAÑO	
a)MATERIAL____	e)LETRINA____	a|___| e|___|
b)SUCIO___	f)CON RESIDUOS____	b|___| f|___|
c)CON DESPERDICIOS ___	g)MANCHADO_____	c|___| g|___|
d)USA DESINFECTANTE____	h)PAPELES TIRADOS ___	d|___| h|___|

MESA	ESTUFA	
a)IMPROVISADA _____	e)DE GAS_____	a|___| e|___|
b)SUCIA _____	f)SUCIA _____	b|___| f|___|
c)CON DESPERDICIOS ___	g)CON DESPERDICIOS___	c|___| g|___|
		T1|__|__|

2. OBSERVACION DIRECTA EN LA MADRE

CABEZA	EXTREMIDADES SUPERIORES	
a)CARA SUCIA____	f)MANOS SUCIAS_____	a|___| f|___|
b)CABELLO SUCIO_____	g)BRAZOS SUCIOS____	b|___| g|___|
c)NARIZ SUCIA _____	h)UÑAS SUCIAS ____	c|___| h|___|
d)CUELLO SUCIO _____		d|___|
e)OIDOS SUCIOS _____		e|___|

ROPA

i)SUCIA ____ i\|___\|

T2\|__\|__\|

3. OBSERVACION DIRECTA EN EL NIÑO

CABEZA	EXTREMIDADES SUPERIORES	
a)CARA SUCIA _____	f)MANOS SUCIAS _____	a|___| f|___|
b)CABELLO SUCIO_____	g)BRAZOS SUCIOS_____	b|___| g|___|
c)NARIZ SUCIA _____	h)UÑAS SUCIAS _____	c|___| h|___|
d)CUELLO SUCIO _____	i)UÑAS LARGAS _____	d|___| i|___|
e)OIDOS SUCIOS _____		e|___|

ROPA

j)SUCIA _____	j|___|
k)UNA SOLA PRENDA ___	k|___|
L) DESCALZO ____	l|___|
	T3|__|__|

Clave_____**Fecha de Visita**_____**Entrevistador**_____

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS, MARQUE CON UNA CRUZ (X), SEGUN USTED CONSIDERE SI TALES AFIRMACIONES SON FALSAS (F) O VERDADERAS (V). MARQUE NO SE, SI TIENE DUDAS O SI OLVIDO DE MOMENTO LA RESPUESTA CORRECTA.

1. A LOS NIÑOS QUE TOMAN BIBERON LES DA DIARREA MAS VECES QUE LOS QUE TOMAN PECHO.

a) CIERTO b) FALSO c) NO SE 1[__]

2. SI UN BEBE LLORA SIN LAGRIMAS ES PROBABLE QUE ESTE DESHIDRATADO. 2[__]
3. LA MOLLERA CAIDA ES SEÑA DE DESHIDRATACION. 3[__]
4. DESPUES DE CADA DIARREA DEBEMOS TOMAR CUANDO MENOS 2 VASOS DE SUERO CASERO. 4[__]
5. LA DIARREA ES UNA ENFERMEDAD QUE TE DA CUANDO COMES ALIMENTOS QUE NO TE GUSTAN. 5[__]
6. LA DIARREA ES ALGO QUE DE TODOS MODOS LE DA A LOS NIÑOS EN TIEMPO DE CALOR. 6[__]
7. CUANDO EL NIÑO LE DA DIARREA, HAY QUE ESPERAR 3 DIAS ANTES DE LLEVARLO AL MEDICO, PORQUE LUEGO SE LES QUITA. 7[__]
8. EL EMPACHO ES POR LAS LOMBRICES. 8[__]
9. LOS PARCHES EN EL ESTOMAGO AYUDAN A CURAR EL EMPACHO 9[__]
10. EL HEPAZOTE CORTA LA DIARREA. 10[__]
11. HASTA QUE EL NIÑO VOMITA SE DEBE LLEVAR AL MEDICO. 11[__]
12. UN NIÑO CON LA ROPA SUCIA SE ENFERMA MAS SEGUIDO DEL ESTOMAGO. 12[__]
13. CUANDO AL NIÑO LE DA COMEZON EN EL ANO ES PORQUE COMIO DEMASIADO. 13[__]
14. DEJAR A LOS NIÑOS JUGAR CON TIERRA Y SUCIEDAD LOS HACE MAS CUERUDOS A LAS ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO. 14[__]
15. LOS NIÑOS QUE JUEGAN CON TIERRA SE ENFERMAN MAS DEL ESTOMAGO. 15[__]
16. UN NIÑO QUE NO SE BAÑA CASI NO SE ENFERMA DEL ESTOMAGO. 16[__]
17. CUANDO TENEMOS DIARREA NOS RECETAMOS ALGUN REMEDIO O MEDICINA. 17[__]

Clave_____**Fecha de Visita**_____**Entrevistador**_____

SEÑORA, LEA CUIDADOSAMENTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES Y MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCIONQUE MEJOR DESCRIBE LA FRECUENCIA CON LA CUAL SU HIJO LLEVA A CABO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO HACE CACA AL AIRE LIBRE.

SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES CASI NUNCA NUNCA 1|___|

2. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO SE LAVA LAS MANOS DESPUES DE IR AL BAÑO. 2|___|

3. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO TOMA AGUA DE LA OLLA O DE GALONES. 3|___|

4. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO USA EL MISMO VASO O TAZA UTILIZADO POR OTROS. 4|___|

5. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO JUEGA EN CORRALES Y/O TROCHILES. 5|___|

6. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO COME FRUTAS Y VERDURAS SIN LAVARLAS. 6|___|

7. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO UTILIZA PLATOS Y CUCHARRAS DE PERSONAS CON DIARREA. 7|___|

8. CON QUE FRECUENCIA SE SIENTA SU HIJO A COMER SIN LAVARSE LAS MANOS. 8|___|

9. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO COME DEMASIADO 9|___|

10. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO COME ALIMENTOS PREPARADOS EN SARTENES Y OLLAS QUE YA HALLAN SIDO UTILIZADOS. 10|___|

Clave_____**Fecha de Visita**_____**Entrevistador**_____

SEÑORA, LEA CUIDADOSAMENTE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS Y MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION QUE MEJOR DESCRIBE EL RIESGO QUE TIENE UN NIÑO DE CONTRAER UNA DIARREA AL REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES.

1. QUE TAN RIESGOSO ES PARA UN NIÑO NO LAVARSE LAS MANOS DESPUES DE IR AL BAÑO.

MUY RIESGOSO REGULARMENTE RIESGOSO POCO RIESGOSO NADA RIESGOSO 1[ ]

2. QUE TAN EN RIESGO DE CONTRAER UNA DIARREA SE ENCUENTRA UN NIÑO QUE SE SIENTA A COMER CON LAS MANOS SUCIAS. 2[ ]

3. QUE TAN RIESGOSO ES PARA UN NIÑO COMER LOS ALIMENTOS EN TRASTES SUCIOS. 3[ ]

4. TOMAR AGUA DE LA OLLA O DE LA LLAVE, QUE TAN RIESGOSO PUEDE SER PARA UN NIÑO. 4[ ]

5. QUE TAN EN RIESGO DE CONTRAER UNA DIARREA SE ENCUENTRA UN NIÑO QUE EN SU CASA SE USA UN SOLO VASO PARA TOMAR AGUA. 5[ ]

6. QUE TAN RIESGOSO ES PARA UN NIÑO COMER FRUTAS Y VERDURAS SIN LAVARLAS. 6[ ]

7. QUE TAN RIESGOSO ES PARA UN NIÑO USAR PLATOS Y CUCHARRAS DE UNA PERSONA CON DIARREA. 7[ ]

8. QUE TAN EN RIESGO DE CONTRAER UNA DIARREA SE ENCUENTRA UN NIÑO QUE JUEGA EN TROCHILES Y CORRALES. 8[ ]

9. PARA CONTAER UNA DIARREA, QUE TAN RIESGOSO PUEDE SER COMER MUCHO. 9[ ]

10. QUE TAN RIESGOSO RESULTA EL HACER CACA AL AIRE LIBRE 10[ ]

Clave_____**Fecha de Visita**_____**Entrevistador**_____

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, MARQUE LA OPCION QUE CONSIDERA DESCRIBE MEJOR LO QUE USTED PIENSA.

1. ¿CUAL ES EL RIESGO QUE TIENE SU HIJO DE PRESENTAR UNA DIARREA?

5	MUY ALTO	
4	ALTO	
3	REGULAR	1|__|
2	BAJO	
1	MUY BAJO	

2. ¿QUE TAN GRAVE SE PONDRA SU HIJO SI SE LE ENFERMA DE DIARREA?

5	MUY GRAVE	
4	GRAVE	
3	DE CUIDADO	2|__|
2	POCO ENFERMO	
1	SIN CUIDADO	

3. EL QUE SU HIJO SE ENFERME DE DIARREA, QUE TANTO DEPENDE DE USTED.

5	TOTALMENTE DE MI	
4	MAS DE MI QUE DE OTRAS COSAS	
3	MITAD DE MI, MITAD DE OTRAS COSAS	3|__|
2	MAS DE OTRAS COSAS QUE DE MI	
1	TOTALMENTE DE OTRAS COSAS	

Clave_____ **Fecha de Visita**_____**Entrevistador**_____

A N T R O P O M E T R I A

MUNICIPIO _____

FECHA _____

CLAVE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

NOMBRE DEL NIÑO _____

TALLA _____

PESO EN LIBRAS _____

PESO EN KG. _____

OBSERVACIONES _____

ADECUACIÓN TALLA _____

ADECUACIÓN PESO _____

ENCARGADA (O) _____

EVALUACION DIETARIA DEL NIÑO

Nombre _____ **No. de Sujeto** _____ **Entrevistador** _____

Clave _____ **Fecha de levantamiento** _____

VITAMINA A: FRUTAS Y VEGETALES		**F G**
MELON	P___ F___ G___	1|__|__|
MANGO	P___ F___ G___	2|__|__|
PAPAYA	P___ F___ G___	3|__|__|
GUAYABA	P___ F___ G___	4|__|__|
QUELITES	P___ F___ G___	5|__|__|
BERROS	P___ F___ G___	6|__|__|
VERDOLAGAS	P___ F___ G___	7|__|__|
ZANAHORIA	P___ F___ G___	8|__|__|
AGUACATE	P___ F___ G___	9|__|__|
CALABACITAS	P___ F___ G___	10|__|__|
CAMOTE	P___ F___ G___	11|__|__|
CALABAZON	P___ F___ G___	12|__|__|
COLIFLOR	P___ F___ G___	13|__|__|
		Subtotal 1|__|__|

VITAMINA C: FRUTAS Y VEGETALES		
JUGO DE NARANJA	P___ F___ G___	14|__|__|
JUGO DE PIÑA	P___ F___ G___	15|__|__|
JUGO DE MANZANA	P___ F___ G___	16|__|__|
FRESAS	P___ F___ G___	17|__|__|
NARANJA	P___ F___ G___	18|__|__|
LIMON	P___ F___ G___	19|__|__|
UVA	P___ F___ G___	20|__|__|
TORONJA	P___ F___ G___	21|__|__|
MANDARINA	P___ F___ G___	22|__|__|
TOMATE	P___ F___ G___	23|__|__|
BROCOLI	P___ F___ G___	24|__|__|
CEBOLLA	P___ F___ G___	25|__|__|
CHILE	P___ F___ G___	26|__|__|
NOPALES	P___ F___ G___	27|__|__|
		Subtotal 2|__|__|

EVALUACION DIETARIA DEL NIÑO

Nombre _____ **No. de Sujeto** _____ **Entrevistador** _____

Clave _____ **Fecha de levantamiento** _____

OTRAS FRUTAS Y VERDURAS		**F G**
MANZANA	P___F___G___	28|__|__|
PLATANO	P___F___G___	29|__|__|
PERA	P___F___G___	30|__|__|
DURAZNO	P___F___G___	31|__|__|
SANDIA	P___F___G___	32|__|__|
APIO	P___F___G___	33|__|__|
PAPAS	P___F___G___	34|__|__|
REPOLLO	P___F___G___	35|__|__|
LECHUGA	P___F___G___	36|__|__|
_____	P___F___G___	37|__|__|
_____	P___F___G___	38|__|__|
	Subtotal 3	|__|__|

PANES Y CEREALES/ATOLES		
MAIZENA	P___F___G___	39|__|__|
PAN INTEGRAL	P___F___G___	40|__|__|
CORN FLAKES	P___F___G___	41|__|__|
HOT CAKES	P___F___G___	42|__|__|
AVENA	P___F___G___	43|__|__|
CREMA	P___F___G___	44|__|__|
SOPA DE PASTA	P___F___G___	45|__|__|
TORTILLA DE MAIZ	P___F___G___	46|__|__|
TORTILLA DE HARINA	P___F___G___	47|__|__|
PAN DULCE	P___F___G___	48|__|__|
ARROZ	P___F___G___	49|__|__|
GALLETAS SALADAS	P___F___G___	50|__|__|
PAN DE BARRA	P___F___G___	51|__|__|
PAN HORNEADO	P___F___G___	52|__|__|
_____	P___F___G___	53|__|__|
	Subtotal 4	|__|__|
	TOTAL	|__|__|

EVALUACIÓN DIETARIA DEL NIÑO

Nombre _____ **No. de Sujetos** _____ **Entrevistador** _____

Clave: _____ **Fecha de levantamiento** _____

PROTEINAS Y GRASAS:		**F**	**G**
LECHE SOLA	1		
QUESO	2		
REQUESON	3		
YOGURTH	4		
NIEVE	5		
	Subtotal 1		

PROTEINA ANIMAL:		
HIGADO	6	
CARNE	7	
DE RES	8	
PUERCO	9	
PESCADO	10	
SALCHICHA	11	
JAMON	12	
BOLONIA	13	
HUEVOS	14	
POLLO	15	
CHORIZO	16	
ATUN	17	
SARDINA	18	
	Subtotal 2	

EVALUACIÓN DIETARIA DEL NIÑO

Nombre _____ **No. de Sujetos**_____ **Entrevistador** _____

Clave: _____ **Fecha de levantamiento** _____

VEGETAL:		**F**	**G**
FRIJOLES	19		
SOYA	20		
NUECES	21		
CACAHUATES	22		
LENTEJAS	23		
GARBANZO	24		
	Subtotal 3		

EXTRAS:			
DULCES	25		
CHICLES	26		
PASTEL	27		
PIE	28		
GALLETAS	29		
DONAS	30		
SODAS	31		
TANG	32		
KOOL AID	33		
Hi-C	34		
FRITURAS	35		
TOCINO	36		
PAPAS GUISADAS	37		
FRITURAS COMPRADAS	38		
CAFE CON LECHE	40		
CAFE SOLO	41		
MAYONESA	42		
SALSA CATSUP	43		
	Subtotal 4		
	TOTAL		

Clave _____ **Fecha** _____ **Entrevistador** _____

LEA DETENIDAMENTE CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS SOBRE LA NUTRICION DE UN NIÑO QUE SE PRESENTAN A CONTINUACION Y ELIJA EL INCISO QUE CONSIDERE CORRECTO.

1. LA CARNE ES EL UNICO ALIMENTO QUE NOS PUEDE MANTENER FUERTES Y SANOS. 1|__|

a) CIERTO b) FALSO c) NO SE

2. LAS FRUTAS Y LAS VERDURAS SON MAS NUTRITIVAS CUANDO LAS COMEMOS COCIDAS. 2|__|

3. NUESTRO CUERPO ESTA SIEMPRE EN REPARACION Y CONSTRUCCION. 3|__|

4. LOS BEBES SOLO NECESITAN TOMAR LECHE HASTA LOS SEIS MESES. 4|__|

5. LOS NIÑOS NECESITAN COMER MAYOR CANTIDAD DE ALIMENTOS CON PROTEINAS QUE LOS ADULTOS. 5|__|

6.LOS CEREALES NOS PROPORCIONAN ENERGIA. 6|__|

7. LA LECHE Y EL QUESO AYUDAN A LA ALIMENTACIÓN DE HUESOS Y DIENTES. 7|__|

8. LOS ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL TIENEN COMO PRINCIPAL FUNCION CONSTRUIR Y REPARAR NUESTRO CUERPO. 8|__|

9. LOS ALIMENTOS ENERGETICOS NOS DAN FUERZA Y ENERGÍA PARA REALIZAR NUESTRAS ACTIVIDADES. 9|__|

10. LA UNICA FORMA DE SUSTITUIR LOS PRODUCTOS ANIMALES EN LA DIETA ES COMIENDO FRUTAS Y VERDURAS. 10|__|

11. LOS NIÑOS EN CRECIMIENTO NECESITAN COMER MAYOR CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE CONTENGAN VITAMINAS. 11|__|

12. LAS FRUTAS Y LAS VERDURAS NOS AYUDAN A LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS. 12|__|

13. LAS FRUTAS Y LAS VERDURAS PARTICIPAN EN LA FUNCION DE PROTECCION DEL ORGANISMO. 13|__|

Clave _____ **Fecha** _____ **Entrevistador** _____

SEÑORA, EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION QUE DESCRIBA DE MEJOR MANERA LA FRECUENCIA CON LA CUAL SU HIJO LLEVA A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO COME SOLAMENTE SI LE PROMETEN SABRITAS, SODAS Y DULCES.

SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES CASI NUNCA NUNCA 1|___|

2. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO COME SOLO SI LE PROMETEN SALIR A JUGAR, VER LA TELEVISION U OBTENER DINERO. 2|___|

3. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO PASA EL DIA COMIENDO DE DIARIO LOS MISMOS ALIMENTOS. 3|___|

4. CON QUE FRECUENCIA A LA SEMANA PREPARA LA COMIDA CON LOS MISMOS INGREDIENTES. 4|___|

5. CON QUE FRECUENCIA USTED LES OFRECE A SU SEÑOR Y LOS HIJOS VARONES QUE TRABAJAN CONSUMAN LA MAYOR PARTE DE LA COMIDA. 5|___|

6. CON QUE FRECUENCIA SU NIÑO COME ENTRE HORAS. 6|___|

7. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO PIDE QUE LE PREPAREN PLATILLOS QUE SON DE SU GUSTO. 7|___|

8. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO PIDE GOLOSINAS Y FRITURAS 8|___|

9. CON QUE FRECUENCIA LE PEGA O REGAÑA A SU HIJO SI NO QUIERE COMER ALGUN PLATILLO. 9|___|

10. CON QUE FRECUENCIA SU HIJO NO QUIERE COMER CUANDO TIENE DIARREA O RESFRIADO. 10|___|

Clave _____ **Fecha** _____ **Entrevistador** _____

SEÑORA, LEA CUIDADOSAMENTE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS Y MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION QUE DESCRIBE EL RIESGO QUE TIENE UN NIÑO DE PRESENTAR UN PROBLEMA DE ALIMENTACION.

1. QUE TAN RIESGOSO ES QUE UN NIÑO COMA SOLAMENTE SI LE PROMETEN SABRITAS, SODAS Y DULCES.

MUY RIESGOSO | RIESGOSO | REGULARMENTE RIESGOSO | POCO RIESGOSO | NADA RIESGOSO | 1|___|

2. QUE TAN RIESGOSO PARA SU NUTRICION ES QUE UN NIÑO COMA SOLAMENTE SI LE PROMETEN SALIR A JUGAR, MANEJAR LA TELEVISION U OBTENER DINERO. 2|___|

3. QUE TAN RIESGOSO ES PARA UN NIÑO EL QUE COMA DE DIARIO LOS MISMOS ALIMENTOS. 3|___|

4. QUE TAN RIESGOSO PARA SU NUTRICION QUE UN NIÑO EL QUE LA MAMA PREPARE PLATILLOS CON LOS MISMOS INGREDIENTES 4|___|

5. QUE TAN RIESGOSO ES PARA UN NIÑO QUE EN SU FAMILIA, EL SEÑOR Y A LOS VARONES QUE TRABAJAN SE CONSUMAM LA MAYOR PARTE DE LA COMIDA. 5|___|

6. QUE TAN RIESGOSO PARA SU NUTRICION ES QUE UN NIÑO COMA ENTRE HORAS. 6|___|

7. QUE TAN RIESGOSO ES PARA UN NIÑO EL QUE PIDA QUE LE PREPAREN LOS PLATILLOS QUE SON DE SU GUSTO. 7|___|

8. QUE TAN RIESGOSO PARA SU NUTRICION ES QUE UN NIÑO LE OFRESCAN GOLOSINAS Y FRITURAS COMO RECOMPENSA O PREMIO CUANDO SE PORTA BIEN. 8|___|

9. QUE TAN RIESGOSO ES PARA UN NIÑO QUE LE PEGUEN O REGAÑEN CUANDO NO TIENE HAMBRE Y NO QUIERE COMER UN PLATILLO. 9|___|

10. QUE TAN RIESGOSO PARA SU NUTRICION ES QUE UN NIÑO NO QUIERA COMER CUANDO TIENE DIARREA O RESFRIADO. 10|___|

Clave _____ **Fecha** _____ **Entrevistador** _____

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, MARQUE LA OPCION QUE CONSIDERA DESCRIBE MEJOR LO QUE USTED PIENSA.

1. ¿CUAL ES EL RIESGO QUE TIENE SU HIJO DE PRESENTAR UN PROBLEMA DE ALIMENTACION?

5 MUY ALTO
4 ALTO
3 REGULAR 1|__|
2 BAJO
1 MUY BAJO

2. ¿QUE TAN GRAVE SE PONDRA SU HIJO SI SE LE PRESENTA UN PROBLEMA DE ALIMENTACION?

5 MUY GRAVE
4 GRAVE
3 DE CUIDADO 2|__|
2 POCO SEVERO
1 SIN CUIDADO

3. EL QUE SU HIJO PRESENTE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION, QUE TANTO DEPENDE DE USTED.

5 TOTALMENTE DE MI
4 MAS DE MI, QUE DE OTRAS COSAS
3 MITAD DE MI, MITAD DE OTRAS 3|__|
2 MAS DE OTRAS COSAS QUE DE MI
1 TOTALMENTE DE OTRAS COSAS

Clave **Fecha de Visita** **Entrevistador**

A CONTINUACION LE HACEMOS UNA SERIE DE PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE ANIMO DURANTE LA SEMANA PASADA, POR FAVOR TRATE DE RECORDAR MUY BIEN Y CONTESTE SOLO CON LA VERDAD, MUCHAS GRACIAS.

1. DURANTE LA SEMANA PASADA, ME MOLESTARON ALGUNAS COSAS QUE USUALMENTE NO ME MOLESTAN.
   NO__SI__ ¿CUANTOS DIAS? _____ 1 a|___|b|___|

2. NO ME SENTI CON GANAS DE COMER; TUVE MAL APETITO. NO_ SI_ 2 a |___|
   ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? ____ 2 b|___|

3. SENTI QUE NO PODIA QUITARME DE ENCIMA LA TRISTEZA NI AUN CON LA AYUDA DE MI FAMILIA Y AMIGOS. NO_ SI
   ¿CUANTOS DIAS? _____ 3 a|___|/3 b|___|

4. DURANTE LA SEMANA PASADA, SENTI QUE YO ERA TAN BUENO COMO CUALQUIER OTRA PERSONA.NO_ SI
   ¿CUANTOS DIAS? _____ 4 a |___|4 b|___|

5. TUVE DIFICULTAD EN CONCENTRARME EN LO QUE ESTABA HACIENDO. NO__ SI_
   ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? 5 a|___|5 b|___|

6. ME SENTI DEPRIMIDO. NO _ SI_ ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? _____ 6 a|___|6 b|___|

7. SENTI QUE TODO LO QUE HACIA ERA UN ESFUERZO. NO_ SI _
   ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? 7 a|___|7 b|___|

8. DURANTE LA SEMANA PASADA, ME SENTI OPTIMISTA SOBRE EL FUTURO.NO_ SI_ ¿CUANTOS DIAS? 8 a |___| 8 b|___|

9. PENSE QUE MI VIDA HABIA SIDO UN FRACASO.NO_ SI
   ¿CUANTOS DIAS? ____ 9 a|___| 9 b|___|

10. DURANTE LA SEMANA PASADA, ME SENTI CON MIEDO.
    NO_ SI__ ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? 10 a|___|10 b|___|

11. MI SUEÑO ERA INQUIETO. NO__SI__ ¿CUANTOS DIAS?___ 11a|___| 11 b|___|

12. ESTUVE CONTENTO.NO_ SI_ ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? ___ 12 a|____| 12 b|____|

13. HABLE MENOS DE LO USUAL.NO_ SI ¿CUANTOS DIAS? ___ 13 a|____| 13 b|____|

14. ME SENTI SOLO.NO_ SI_ ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? 14 a|____| 14 b|____|

15. SENTI QUE LA GENTE NO ERA AMISTOSA.NO_ SI ¿CUANTOS DIAS? ____ 15 a|____| 15 b|____|

16. DISFRUTE LA VIDA.NO_ SI_ ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? ___ 16 a|____| 16 b|____|

17. PASE RATOS LLORANDO.NO__ SI__¿CUANTOS DIAS? ___ 17 a|____| 17 b|____|

18. ME SENTI TRISTE.NO_ SI_ ¿CUANTOS DIAS DURANTE LA SEMANA PASADA? 18 a|____| 18 b|____|

19. SENTI QUE LE CAIA BIEN A LA GENTE.NO_ SI ¿CUANTOS DIAS? ___ 19 a |____| 19 b|____|

20. NO TUVE GANAS DE HACER NADA.NO_ SI ¿CUANTOS DIAS? ___ 20 a|____| 20 b|____|

Clave **Fecha Visita** **Entrevistador**

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES ACERCA DE SU COMPORTAMIENTO, MARQUE CON UN CRUZ EL NUMERO QUE MEJOR EXPRESA LA EVALUACION QUE USTED HACE DE SI MISMO.

SIEMPRE	= 1
CASI SIEMPRE	= 2
A VECES	= 3
CASI NUNCA	= 4
NUNCA	= 5

1.	LE GUSTA TRATAR A TODOS SUS HIJOS IGUALMENTE	1	2	3	4	5	1|___|
2.	LE GUSTA APRENDER DE SUS HIJOS	1	2	3	4	5	2|___|
3.	BUSCA DIALOGO PARA RESOLVER PROBLEMAS CON SUS HIJOS	1	2	3	4	5	3|___|
4.	OBLIGA A SUS HIJO HACER LO QUE USTED QUIERE	1	2	3	4	5	4|___|
5.	CONSIGUE CON SUS HIJOS LO QUE QUIERE A GRITOS	1	2	3	4	5	5|___|
6.	SE IMPONE CON SUS HIJOS A LA FUERZA	1	2	3	4	5	6|___|
7.	IMPONE CON SUS HIJOS SU MANERA DE SER	1	2	3	4	5	7|___|
8.	TOMA EN CUENTA OPINIONES DE DE SUS HJOS	1	2	3	4	5	8|___|
9.	SUS HIJOS LE OBEDECEN POR TEMOR	1	2	3	4	5	9|___|
10.	CONSIDERA LAS OPINIONES DE SUS HIJOS	1	2	3	4	5	10|___|
11.	TOMA EN CUENTA SENTIMIENTOS DE SUS HIJOS	1	2	3	4	5	11|___|
12.	AMENAZA A SUS HIJOS POR NO CUMPLIR SUS ORDENES	1	2	3	4	5	12|___|
13.	CASTIGA A SUS HIJOS POR NO ESTAR ACUERDO CON USTED	1	2	3	4	5	13|___|
14.	DISTRIBUYE ENTRE SUS HIJOS SU PODER DE DECISION	1	2	3	4	5	14|___|
15.	ACEPTA SUGERENCIAS DE SUS HIJOS PARA LA TOMA DE DECISIONES	1	2	3	4	5	15|___|
16.	SE APROVECHA DE SUS HIJOS	1	2	3	4	5	16|___|
17.	SE SIENTE CULPABLE SI DESOBEDECE A SUS HIJOS	1	2	3	4	5	17|___|
18.	MANIPULA A SUS HIJOS PARA LOGRAR LO QUE NECESITA	1	2	3	4	5	18|___|
19.	LE VA BIEN CUANDO OBEDECE A SUS HIJOS	1	2	3	4	5	19|___|
20.	USA SU POSICION ANTE SUS HIJOS PARA IMPONER SUS DESEOS	1	2	3	4	5	20|___|
21.	LE GUSTA MANDAR A SUS HIJOS	1	2	3	4	5	21|___|

22.	USA LA AUTORIDAD SOBRE SUS HIJOS PARA ELIMINAR CONFLICTOS	1	2	3	4	5	22|___|
23.	ACTUA A SU CONVENIENCIA OLVIDANDO A SUS HIJOS	1	2	3	4	5	23|___|
24.	PONE SUS INTERES POR ENCIMA DE SUS HIJOS	1	2	3	4	5	24|___|
25.	PIENSA QUE SUS HIJOS SON INEPTOS	1	2	3	4	5	25|___|
26.	IMPONE FORMAS DE PENSAR SIN RAZON EN SUS HIJOS	1	2	3	4	5	26|___|
27.	SE CONSIDERA MEJOR QUE SUS HIJOS	1	2	3	4	5	27|___|
28.	NO TOLERA QUE PIENSEN DIFERENTE DE USTED SUS HIJOS	1	2	3	4	5	28|___|
29.	ACEPTA QUE EVALUEN SU CONDUCTA SUS HIJOS	1	2	3	4	5	29|___|
30.	TOMA EN CUENTA LOS INTERESES DE SUS HIJOS	1	2	3	4	5	30|___|
31.	CONSIDERA CONSECUENCIAS DE SUS HIJOS EN SUS ORDENES	1	2	3	4	5	31|___|
32.	PLATICA CON SUS HIJOS ANTES DE DECIDIR	1	2	3	4	5	32|___|
33.	CUMPLE ORDENES AL PIE DE LA LETRA DE SUS HIJOS	1	2	3	4	5	33|___|
34.	RESPETA LA AUTORIDAD DE SUS HIJOS AUNQUE SEA ARBITRARIA	1	2	3	4	5	34|___|
35.	LE GUSTA PARA SUS HIJOS LA DISCIPLINA MILITAR	1	2	3	4	5	35|___|
36.	OBEDECEN SUS HIJOS Y USTED LAS NORMAS DE LA IGLESIA	1	2	3	4	5	36|___|
37.	OBEDECEN SUS HIJOS Y USTED NORMAS DICTADAS POR LA SOCIEDAD	1	2	3	4	5	37|___|
38.	IMPONE SUS IDEAS A SUS HIJOS AUNQUE DESACUERDEN CON USTED	1	2	3	4	5	38|___|
39.	IMPONE LO QUE QUIERE EN SUS HIJOS	1	2	3	4	5	39|___|

Clave	Fecha de Visita	Entrevistador

1. TIENE USTED OPORTUNIDAD DE VER, LEER O ESCUCHAR

FRECUENCIA POR SEMANA

a)TELEVISION _____ 1 a|___|___|___|

b)GRABADORA _____ 1 b|___|___|___|

2. TIENE USTED OPORTUNIDAD DE REUNIRSE CON AMIGAS ?

SI __ NO __ 2|___|

a) DONDE _____ _____

b) CON QUE FRECUENCIA _____

c) TIEMPO ___

a|___|b|___|___|c|___|___|

3. QUE TIPO DE PLATICAS SON MAS FRECUENTES CUANDO SE REUNEN

a) FAMILIARES ___ d) EDUCACION ___ a|___|d|___|

b) SALUD ___ e) INTIMIDADES ___ b|___|e|___|

c) ALIMENTACION ___ f) ECONOMICAS ___ c|___|f|___|

4. QUE TIPO DE ACTIVIDADES REALIZAN CUANDO ESTAN JUNTOS

a) DOMESTICAS ____ c) ESPECIFIQUE ____ a|___|c|___|

b) RELIGIOSAS ____ d) SOCIALES ____ b|___|d|___|

Clave **Fecha** **Entrevistador**

CONTESTE LAS PREGUNTAS MARCANDO LAS ORACIONES QUE MEJOR DESCRIBAN SUS SENTIMIENTOS. CONTESTE CON LA PRIMERA REACCION QUE TENGA ANTE CADA PREGUNTA. POR FAVOR SEÑALE LA FRECUENCIA CON QUE SU HIJO SE COMPORTA COMO VIENE EN LAS ORACIONES.

1. CUANDO MI HIJO QUIERE ALGO, GENERALMENTE SIGUE TRATANDO DE CONSEGUIRLO.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 1[ ]

2. MI HIJO ES TAN ACTIVO QUE ME CANSA.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 2[ ]

3. MI HIJO ES DESORGANIZADO Y SE DISTRAE CON FACILIDAD.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO NO ESTA SEGURA DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO 3[ ]

4. COMPARADO CON LA MAYORIA DE LOS NIÑOS, MI HIJO TIENE MAS DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE Y PONER ATENCION.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 4[ ]

5. MI HIJO A MENUDO SE MANTIENE OCUPADO CON UN JUGUETE POR MAS DE 10 MINUTOS.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 5[ ]

6. MI HIJO DIVAGA O PIERDE EL TIEMPO MAS DE LO QUE YO QUISIERA.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO NO ESTA SEGURA DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO 6[ ]

7. MI HIJO ES MUCHO MAS ACTIVO DE LO QUE YO ESPERARIA.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO NO ESTA SEGURA DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO 7[ ]

8. MI HIJO PATALEA Y PROTESTA DEMASIADO CUANDO LO VISTO O LO BAÑO.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 8|___|

9. A MI HIJO SE LE PUEDE DISTRAER FACILMENTE DE ALGO QUE DESEA.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 9|___|

10. MI HIJO ME MIRA DE MANERA DIFERENTE A LO QUE YO ESPERARIA Y ESO A VECES ME INCOMODA.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO NO ESTA SEGURA DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO 10|___|

11. EN ALGUNAS COSAS MI HIJO PARECE HABER OLVIDADO ENSEÑANZAS PASADAS Y HACE COSAS CARACTERISTICAS DE NIÑOS MAS PEQUEÑOS.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 11|___|

12. MI HIJO PARECE APRENDER TAN RAPIDAMENTE COMO LA MAYORIA DE LOS NIÑOS.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO DE ACUERDO NO ESTOY SEGURA DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO 12|___|

13. MI HIJO PARECE SONREIR TANTO COMO LA MAYORIA DE LOS NIÑOS.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 13|___|

14. MI HIJO HACE POCAS COSAS QUE ME MOLESTAN MUCHO.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 14|___|

15. MI HIJO ES CAPAZ DE HACER TANTO COMO YO ESPERO.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO EN DESACUERDO NO ESTA SEGURA DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO 15|___|

16. A MI HIJO LE GUSTA MUCHO SER ABRAZADO COMO YO ESPERO.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 16|___|

17. CUANDO MI HIJO LLORA, GENERALMENTE DURA:

1. MENOS DE DOS MINUTOS
2. 2 A 5 MINUTOS
3. 5 A 10 MINUTOS
4. 10 A 15 MINUTOS
5. MAS DE15MINUTOS 17|___|

18. HAY ALGUNAS COSAS QUE MI HIJO HACE QUE REALMENTE ME INCOMODAN.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 18|___|

19. MI HIJO HA TENIDO MAS PROBLEMAS DE SALUD DE LO QUE YO ESPERABA.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO NO ESTA DESACUERDO TOTALMENTE 19|___|
EN ACUERDO SEGURA EN DESACUERDO

20. CONFORME MI HIJO HA CRECIDO Y ES MAS INDEPENDIENTE, ME PREOCUPA MAS QUE SE LASTIME O SE META EN PROBLEMAS.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO NO ESTA DESACUERDO TOTALMENTE 20|___|
EN ACUERDO SEGURA EN DESACUERDO

21. MI HIJO ESTA SIEMPRE COLGADO DE MI.

SIEMPRE CASI SIEMPRE NO ESTOY SEGURA CASI NUNCA NUNCA 21|___|

22. MI HIJO SE HA CONVERTIDO EN UN MAYOR PROBLEMA MAS DE LO QUE YO ESPERABA.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO NO ESTA DESACUERDO TOTALMENTE
EN DE ACUERDO SEGURA DESACUERDO 22|___|

23. MI HIJO PARECE SER MUCHO MAS DIFICIL DE CUIDAR QUE LA MAYORIA DE LOS NIÑOS.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO NO ESTA DESACUERDO TOTALMENTE EN
DE ACUERDO SEGURA DESACUERDO 23|___|

24. MI HIJO ME PIDE MAS QUE LO QUE HE VISTO EN OTROS HIJOS.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO NO ESTA DESACUERDO TOTALMENTE EN
DE ACUERDO SEGURA DESACUERDO 24|___|

Clave **Fecha** **Entrevistador**

25. PIENSE CUIDADOSAMENTE Y MARQUE CON UNA CRUZ, AQUELLAS COSAS QUE LE INCOMODAN O LE DISGUSTAN MAS DE SU HIJO.

1. MAÑOSO	24. CONFIADO
2. AGRESIVO	25. MIEDOSO
3. ORGULLOSO	26. TIMIDO
4. ARRIESGADO	27. CELOSO
5. EGOISTA	28. RENCOROSO
6. ATREVIDO	29. PREOCUPON
7. APROVECHADO	30. IMPACIENTE
8. ABUSIVO	31. METICHE
9. TOSCO	32. CHISMOSO
10. MALVADO	33. MALAGRADECIDO
11. GROSERO	34. BURLON
12. DESATENTO	35. EMBUSTERO
13. SECO	36. ENTROMETIDO
14. IRRESPETUOSO	37. LATOSO
15. INTERESADO	38. PENOSO
16. PRESUMIDO	39. COSIJOSO
17. MANDON	40. TESTARUDO
18. REGAÑON	41. MULO
19. ABORASADO	42. MATRERO
20. TERCO	43. RABIOSO
21. OPORTUNISTA	44. ATRAVANCADO
22. LLORON	45. CIMARR ON
23. QUEJUMBROSO	46. DISIMULADO

POR FAVOR ESCRIBA EN LAS LINEAS DE ABAJO AQUELLAS COSAS QUE LE MOLESTAN DE SU HIJO Y NO ESTAN EN LA LISTA.

_____ _____ _____ _____

Clave **Fecha** **Entrevistador**

1. A CONTINUACION APARECEN UNA SERIE DE CARACTERISTICAS PERSONALES. INDICA COMO ERES TU, PONIENDO UNA CRUZ (X) SOBRE LA LINEA QUE MEJOR TE DESCRIBE EN CADA PAR DE ADJETIVOS.

		MUY	ALGO	REGULAR	ALGO	MUY		
a	SUMISA	____	____	_____	____	____	DOMINANTE	a ___
b	PASIVA	____	____	_____	____	____	ACTIVA	b ___
c	GENEROSA	____	____	_____	____	____	EGOISTA	c ___
d	COOPERATIVA	____	____	_____	____	____	COMPETITIVA	d ___
e	AMABLE	____	____	_____	____	____	GROSERA	e ___
f	RESPETUOSA	____	____	_____	____	____	IRRESPETUOSA	f ___
g	TIMIDA	____	____	_____	____	____	DESENVUELTA	g ___
h	CARIÑOSA	____	____	_____	____	____	SECA	h ___
i	RESPONSABLE	____	____	_____	____	____	IRRESPONSABLE	i ___
j	IMPULSIVA	____	____	_____	____	____	REFLEXIVA	j ___
k	AUDAZ	____	____	_____	____	____	MIEDOSA	k ___
l	ABNEGADA	____	____	_____	____	____	INDEPENDIENTE	l ___
m	CELOSA	____	____	_____	____	____	CONFIANZA	m ___
n	TIERNO	____	____	_____	____	____	AGRESIVA	n ___
o	FIEL	____	____	_____	____	____	INFIEL	o ___
p	INTELIGENTE	____	____	_____	____	____	INCOMPETENTE	p ___
q	MENTIROSA	____	____	_____	____	____	SINCERA	q ___
r	MANDONA	____	____	_____	____	____	ACOMEDIDA	r ___

Clave **Fecha** **Entrevistador**

2. A CONTINUACION APARECEN UNA SERIE DE CARACTERISTICAS PERSONALES. INDICA COMO ERES TU, PONIENDO UNA CRUZ (X) SOBRE LA LINEA QUE MEJOR TE DESCRIBE EN CADA PAR DE ADJETIVOS.

		MUY	ALGO	REGULAR	ALGO	MUY		
a	SUMISO	____	____	____	____	____	DOMINANTE	a ____
b	PASIVO	____	____	____	____	____	ACTIVO	b ____
c	GENEROSO	____	____	____	____	____	EGOISTA	c ____
d	COOPERATIVO	____	____	____	____	____	COMPETITIVO	d ____
e	AMABLE	____	____	____	____	____	GROSERO	e ____
f	RESPETUOSO	____	____	____	____	____	IRRESPETUOSO	f ____
g	TIMIDO	____	____	____	____	____	DESENVUELTO	g ____
h	CARIÑOSO	____	____	____	____	____	SECO	h ____
i	RESPONSABLE	____	____	____	____	____	IRRESPONSABLE	i ____
j	IMPULSIVO	____	____	____	____	____	REFLEXIVO	j ____
k	AUDAZ	____	____	____	____	____	MIEDOSO	k ____
l	ABNEGADO	____	____	____	____	____	INDEPENDIENTE	l ____
m	CELOSO	____	____	____	____	____	CONFIANZA	m ____
n	TIERNO	____	____	____	____	____	AGRESIVO	n ____
o	FIEL	____	____	____	____	____	INFIEL	o ____
p	INTELIGENTE	____	____	____	____	____	INCOMPETENTE	p ____
q	MENTIROSO	____	____	____	____	____	SINCERO	q ____
r	MANDON	____	____	____	____	____	ACOMEDIDO	r ____

Clave **Fecha** **Entrevistador**

3. A CONTINUACION SE PRESENTA UNA LISTA DE AFIRMACIONES. POR FAVOR INDICA CON UNA CRUZ CON QUE FRECUENCIA LLEVAS A CABO LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES.

3 SIEMPRE
2 A VECES
1 NUNCA

a. ES DIFICIL PARA MI EXPRESAR MIS SENTIMIENTOS A MI PAREJA ..... 1 2 3 a[ ]

b. SI MI PAREJA HACE ALGO QUE ME MOLESTA, SE LO DIGO ..... 1 2 3 b[ ]

c. EVITO HERIR LOS SENTIMIENTOS DE MI PAREJA AUNQUE YO SALGA PERJUDICADO (A) ..... 1 2 3 c[ ]

d. AL TOMAR UNA DECISION MI PAREJA Y YO BUSCAMOS EL COMUN ACUERDO..... 1 2 3 d[ ]

e. FACILMENTE LE EXPRESO MIS IDEAS A MI PAREJA..... 1 2 3 e[ ]

f. SI MI PAREJA ME PIDE REALIZAR UNA TAREA, LA ACEPTO AUN CUANDO NO ESTE DE ACUERDO CON ELLA ..... 1 2 3 f[ ]

g. SI DIFIERO EN LA FORMA DE PENSAR DE MI PAREJA SE LO DIGO ..... 1 2 3 g[ ]

h. SI MI PAREJA ME PIDE ALGO QUE VAYA EN CONTRA DE LO QUE PIENSO, LO ACEPTO POR MIEDO A PERDER SU AFECTO ..... 1 2 3 h[ ]

ANEXO II

Matrices de Correlación

Tabla 1. Matriz de correlación para las subescalas del inventario de estimulación del niño en el hogar y las variables subyacentes.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
A	■												
B	.534**	■											
C			■										
D				■									
	.409*												
E		.424*	.425*		■								
	.446*												
F	.805**	.739**	.530**	.402*	.610**	■							
	.752*	.660**	.433*	.407*	..510**								
G							■						
						.381*							
H								■					
I		-.418*			-.446*	-.416*			■				
J										■			
							-.360*						
K											■		
L			-.425*									■	
		-.424*											
M													■
	.385*											.457*	

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Riesgo (44)
0 = No riesgo (42)

A. = Lenguaje
B. = Aprendizaje
C. = Disciplina
D. = Socialización
E. = Responsividad
F. = Total
G. = Conocimientos
H. = Disciplina frecuencia
I. = Modelamiento frecuencia
J. = Disciplina percepción
K. = Modelamiento percepción
L. = Susceptibilidad
M. = Controlabilidad

Tabla 2. Matriz de correlación para las subescalas del inventario de estimulación en el hogar y las variables intermedias.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
A	1	■													
	0														
B	1	.494**	■												
	0														
C	1			■											
	0														
D	1				■										
	0	.409*													
E	1		.462*	.421*		■									
	0	.446*													
F	1	.798**	.729**	.567**		.622**	■								
	0	.752**	.660**	.433*	.407*	.510**									
G	1					-.365*		■							
	0														
H	1							.617**	■						
	0							.631**							
I	1									■					
	0														
J	1										■				
	0														
K	1											■			
	0														
L	1		-.472**				-.394**						■		
	0														
M	1													■	
	0														
N	1														■
	0														

A. = Lenguaje
B. = Aprendizaje
C. = Disciplina
D. = Socialización
E. = Responsividad
F. = Total
G. = Afectividad Depresión
H. = Somatización Depresión
I. = Permisividad
J. = Restringente
K. = Autoritario
L. = Obediencia afiliativa
M. = Expresividad afectiva
N. = Evaluación del niño

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Riesgo (44)
0 = No riesgo (42)

Tabla 3. Matriz de correlación para las subescalas del inventario de estimulación en el hogar y las variables sociales.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
A	1	■															
	0																
B	1	.534**	■														
	0																
C	1			■													
	0																
D	1				■												
	0	.409*															
E	1		.424*	.425*		■											
	0	.446*															
F	1	.805**	.739**	.530**	.402*	.610**	■										
	0	.752**	.660**	.433*	.407*	.510**											
G	1							■									
	0																
H	1								■								
	0																
I	1									■							
	0																
J	1										■						
	0																
K	1		.383*									■					
	0																
L	1												■				
	0										.381*						
M	1								.446*					■			
	0												.403*				
N	1	.524**			.470**		.379*				.518**	.444*			■		
	0						.407*				.402*	.483**					
O	1	.499**					.409				.439*	.544**			.564**	■	
	0										.520**	.368*	.429*		.490**		
P	1	.572**					.401*				.413*	.414*			.587**	.767**	■
	0														.621**	.553**	

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Riesgo (44)
2 = No riesgo (42)

A. = Lenguaje
B. = Aprendizaje
C. = Disciplina
D. = Socialización
E. = Responsividad
F. = Total
G. = Educación de la madre
H. = Educación del padre
I. = Ocupación del padre
J. = Número de cuartos
K. = Material del piso
L. = Material del techo
M. = Material de las paredes
N. = Número de enseres
O. = Tipo sanitarios
P. = Tipo desagüe

Tabla 4. Matriz de correlación para las subescalas del inventario de higiene y las variables subyacentes relacionadas con enfermedades diarréicas.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I
A	1	■								
	0									
B	1	.498**	■							
	0	.411**								
C	1	.360**	.558**	■						
	0	.440**	.525**							
D	1	.831**	.771**	.787**	■					
	0	.857**	.698**	.804**						
E	1	.233*				■				
	0									
F	1	-.353**	-.325**	-.265*	-.392**		■			
	0		-.238*	-.266**	-.284*					
G	1							■		
	0									
H	1		-.243*	-.308**	-.312**				■	
	0	-.362**	-.351**	-.314**	-.425		.330**			
I	1		.274*				-.373**			■
	0	.253*			.242*		-.376**		-.396**	

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Enfermo (104)
0 = Sano (100)

A = Higiene de casa
B = Higiene de la mamá
C = Higiene del niño
D = Higiene total
E = Conocimiento
F = Frecuencia de conducta
G = Percepción
H = Susceptibilidad
I = Controlabilidad

Tabla 5. Matriz de correlación para las subescalas del inventario de higiene y las variables intermedias.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
A	1	■											
	0												
B	1	.508**	■										
	0	.366**											
C	1	.369**	.562**	■									
	0	.426**	.517**										
D	1	.834**	.775**	.790**	■								
	0	.848**	.671**	.807**									
E	1					■							
	0		.307**		.245*								
F	1					.661**	■						
	0		.246*			.603**							
G	1		.239*	.259*	.283*	.237*		■					
	0				.250*		.245*						
H	1								■				
	0												
I	1									■			
	0							.396**					
J	1										■		
	0												
F	1											■	
	0												
L	1												■
	0												

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Enfermo (104)
0 = Sano (100)

A = Higiene de casa
B = Higiene de la mamá
C = Higiene del niño
D = Higiene total
E = Afectividad
F = Somatización
G = Permisividad
H = Restringente
I = Autoritario
J = Obediencia afiliativa
K = Expresividad afectiva
L = Evaluación del niño

Tabla 7. Matriz de correlación para las subescalas del inventario de higiene las variables sociales.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
A	1	■													
	0														
B	1	.493**	■												
	0	.415**													
C	1	.355**	.562**	■											
	0	.445**	.529**												
D	1	.829**	.770**	.786**	■										
	0	.858**	.700**	.807**											
E	1					■									
	0	-.303**	-.323**	-.345**	-.397**										
F	1						■								
	0														
G	1		.248*	.343**	.252*	-.392**		■							
	0		.254*	.293*		-.257*									
H	1	-.258*		-.274*	-.309**				■						
	0	-.343**	.276*	-.246*	-.366**	.244*									
I	1				-.267*	.388**			.231*	■					
	0	-.314**	-.472**	-.301**	-.420**	.292*			.384**						
J	1		-.241*								■				
	0	-.234*	-.329**		-.287*-	.432**			.375**	.276*					
K	1											■			
	0								.235*	.282*	.308**				
L	1	-.391**	-.314**	-.306**	-.429**				.531**	.264*			■		
	0	-.448**	.364**		-.413**				.405**	.457**	.403**				
M	1	-.524**	-.261*	.246*	-.462**				.551**	.352**			.495**	■	
	0	.564**		-.230*	-.456**	.295*			.520**	.434**		.251*	.509**		
N	1	-.467**	-.249*		-.377**				.357**				.522**	.603**	■
	0	-.307**							.326**	.302**			.444**	.665**	

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Enfermo (104)
0 = Sano (100)

A= Higiene en la casa
B = Higiene de mamá
C = Higiene niño
D = Total higiene
E = Educación de la madre
F = Educación del padre
G= Ocupación del padre
H = Número de cuartos
I = Material de piso
J = Material de techo
K = Material de paredes
L = Número de enseres
M = Tipo de sanitario
N = Tipo de desague

Tabla 8. Matriz de correlación entre las subescalas de diversidad de la dieta y variables subyacentes.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A	1	■									
	0										
B	1	.667**	■								
	0	.627**									
C	1	.384*		■							
	0										
D	1	.867**	.394*		■						
	0	.872**	.547**								
E	1	.754**	.566**		.495**	■					
	0	.667**			.452*						
F	1						■				
	0										
G	1							■			
	0										
H	1								■		
	0					-.380*					
I	1									■	
	0										
J	1										■
	0										

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Alto peso (37)
0 = Bajo peso (39)

A. = Div. Total
B. = Div. Energía
C. = Div. Proteínas
D. = Div. Vitaminas
E. = Div. Frituras
F. = Frecuencia de riesgo
G. = Percepción de riesgo
H. = Susceptibilidad
I. = Controlabilidad
J. = Conocimientos

Tabla 9. Matriz de correlación para las subescalas de diversidad de la dieta y las variables intermedias.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
A	1	■											
	0												
B	1		■										
	0	.627**											
C	1			■									
	0												
D	1				■								
	0	.872**	.547**										
E	1					■							
	0	.667**			.452*								
F	1						■						
	0												
G	1	.388*				.435*		■					
	0												
H	1						.396*		■				
	0												
I	1									■			
	0							.461*					
J	1										■		
	0												
K	1											■	
	0												
L	1							.393*					■
	0								.435*				

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Alto peso (37)
0 = Bajo peso (39)

A. = Div. Total
B. = Div. Energía
C. = Div. Proteínas
D. = Div. Vitaminas
E. = Div. Frituras
F. = Depresión
G. = Permisividad
H. = Restringente
I. = Autoritario
J. = Obediencia afiliativa
K. = Expresividad afectiva
L. = Evaluación del niño

Tabla 10. Matriz de correlación para las subescalas de diversidad de la dieta y las variables sociales.

		A	B	C	D	E	F	G	H	I
A	1	■								
	0									
B	1	**.667****	■							
	0	**.627****								
C	1	**.384***		■						
	0									
D	1	**.867****	**.394***							
	0	**.872****	**.547****							
E	1	**.754****	**.566****		**.495****	■				
	0	**.667****			**.452***					
F	1						■			
	0									
G	1						**.556****	■		
	0									
H	1								■	
	0						**.773****			
I	1									■
	0									

* = .01 grados de significancia
** = .001 grados de significancia
■ = Correlación de 1.000
1 = Alto peso (37)
0 = Bajo peso (39)

A. = Div. Total
B. = Div. Energía
C. = Div. Proteínas
D. = Div. Vitaminas
E. = Div. Frituras
F. = Educ. Mamá
G. = Educ. Papá
H. = Ocup. Papá
I. = Condición Social